ISSN : 2822-0749 (Online)

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development : SJRH)

Vol. 4 No. 4 : October - December 2025

ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2568

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม – ธันวาคม 2568 : Vol. 4 No. 4 : October - December 2025

เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการสำหรับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไปในประเทศและนานาชาติได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาคุณภาพวิชาการให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความกรณีศึกษา (Case Study article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ รายี 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนมีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากกว่ากำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่รูปเล่มและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ที่ตั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ตำบลโพนข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045 616041-6 ต่อ 312 E-mail : quality.phssk@gmail.com

Website : https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามกำหนด
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิ์กับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

1.	นพ.ทนง วีระแสงพงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2.	นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์	อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3.	นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข
4.	นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	อดีตสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข
5.	ดร.นพ.สุรเดชช ชวะเดช	นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
6.	นพ.พิเชฏฐ์ จงเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
7.	นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
8.	นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
9.	นายสุริยนต์ หล้าคำ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
10.	ภก.ไพฑูรย์ แก้วภมร	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
11.	ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
12.	นายอรรถวุฒิ ชารีผล	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull : Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong : University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco : Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชฏฐ์ จงเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

1.	ดร.อนันต์ ถันทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2.	นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3.	นางสาวสาวิตรี ยาหอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1.	นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2.	นางสาวรัชนีกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3.	นางสาวกมลชนก สมรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการ

1.	ดร.อนุพันธ์ ประจำ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
2.	ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3.	ผศ.ดร.กิตติ เหลาสุภาพ	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4.	ผศ.ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
5.	ผศ.ดร.วรกร วิชัยโย	อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
6.	ผศ.ดร.วิลาวัณย์ ชาดา	อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
7.	ผศ.ดร.ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์	อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
8.	ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
9.	อ.กุสุมา มีศิลป์	มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
10.	ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
11.	ดร.ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
12.	ดร.สมัย ลาประวัติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
13.	ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
14.	Dr. Le Ke Nghiep	Lecturer of the Department of Health, Vinh Long Province, Vietnam
15.	ดร.วิเชียร ศรีหนาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
16.	ดร.ธวัชชัย เติมใจ	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
17.	ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
18.	ดร.สุระพล นามวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
19.	ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์	นักวิจัยอิสระ
20.	นพ.ชำนาญ สมรมิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
21.	นพ.อัครเดช บุญเย็น	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
22.	พญ.ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
23.	ภก.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
24.	ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
25.	นายสมัย คำเหลือ	สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
26.	นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
27.	นายอนุศร การะเกษ	โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
28.	นางสาวขวัญจิตร เชิงชวโน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2568 วารสารเปิดรับบทความวิชาการผ่านการลงทะเบียนส่งบทความทางเว็บไซต์ของระบบ ThaiJO รับรองคุณภาพผลงานบทความวิชาการที่ส่งโดยมีกระบวนการและการดำเนินการตามขั้นตอน ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยและบทความวิชาการ จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษาที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการตระหนักดี ได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของผลการศึกษาวิจัยบทความผลงานวิชาการ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารนี้ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์และการนำไปใช้ประโยชน์ต่อของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งมั่นธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions บทความที่ส่งมาจะได้รับการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิชาการพร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐาน กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชฏฐ์ จงเจริญ
บรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

1. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ 1-17
ธัญาณิช คำพอง, พย.บ. , สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ปร.ด.

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ 18-30
นพรัตน์ แดงทน, พย.บ.

3. ผลการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ 31-44
ธมนวรรณ โสระเวช, พ.บ.

4. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการ ในพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ 45-52
พนิดา สารกอง, พย.บ. , สิริมาบังอร หลาวทอง, พย.บ. , พรชัย คำจันทร์ลา, พย.บ.

5. การจัดการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายในยุคดิจิตอล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ Application 53-66
สิรินญา ปาทาน, ภ.บ.

6. รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง ในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ 67-82
ละมัย ปูสารัมย์, พย.บ.

7. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ 83-99
รัตนาภรณ์ วิทยาขาว, พย.บ.

8. การศึกษาปัจจัยที่คาดการณ์ผลลัพธ์ NIHSS ต่ำกว่า 6 หลัง 1 ชั่วโมง ของการรักษา ด้วย Intravenous rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน 100-111
จตุรภัทร สมานพงษ์, พ.บ.

9. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ โรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ 112-125
ลำไพร ธรรมวัตร, สบ.

10.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด 126-142
พิษณุเกียรติ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, พ.บ.

11.รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ โดยชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ 143-158
นิรันทร์ ดาวเรือง, สบ.

บทความวิชาการ

1. การสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน : การทบทวนตามกรอบ Service Plan COPD 159-170
บุญทิต อสิพงษ์, พย.บ.

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ธัญาณิช คำพอง, พย.บ.[1] , สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ปร.ด.[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองค้า ตำบลหนองค้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง ตำบลพรหมสวัสดิ์ ทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่ในอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2568 รวมเป็นระยะเวลาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และการประเมินความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาระการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในและระหว่างกลุ่มด้วย Paired t-test และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านประเมินความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาระการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสุขภาพดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจในการได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ชุมชนมีส่วนร่วม

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail: thanynit.kp@gmail.com

[2]อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

Effects of a Competency Development Program for Family Caregivers of Dependent Elderly in Nong Kha Sub-district, Phayuh District, Sisaket Province.

Thanyanit Camphong, B.N.S[1] , Sukhontip Arunkamonphat, Ph.D.[2]

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a capacity-building program for caregivers of dependent elderly in NongKha Sub-district, Phayu District, Sisaket Province. The participants were primary family caregivers of dependent elderly residing in the catchment areas of Ban NongKha Health Promoting Hospital, NongKha Sub-district, and Ban Samrong Health Promoting Hospital, Phrom Sawat Sub-district, both located in Phayu District, Sisaket Province. The participants were purposively selected and divided into two groups: the experimental group and the comparison group, with 33 participants in each group. The experimental group received a capacity-building program for caregivers of dependent older adults developed by the researcher, while the comparison group received standard health care services according to the Ministry of Public Health guidelines. The intervention was conducted during June-August 2025 over a 12-week period. Data were collected using structured interviews and assessments covering caregivers' knowledge, caregiving skills, caregiver competency, caregiver burden, caregivers' quality of life, family participation in elderly care, older adults' ability to perform activities of daily living (ADL), and satisfaction with the care received by the dependent elderly. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and median. The differences within and between groups were analyzed using the paired t-test and independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The results indicated that, after the intervention, the experimental group showed significant improvements in mean scores of caregivers' knowledge, caregiving skills, caregiver competence, caregiving burden, quality of life, family participation in caregiving, dependent elderly ADL, and dependent elderly satisfaction with care, compared to the comparison group ($p < 0.05$). In particular, the mean caregiving burden score in the experimental group was significantly lower than in the comparison group ($p < 0.05$). These findings suggest that the caregiver capacity-building program for dependent elderly in Nongkha Sub-district, Phayu District, Sisaket Province, effectively enhances caregivers' competence, promotes the health of dependent elderly, and increases satisfaction with the care provided.

Keywords: family caregivers, Capacity-building, Dependent Elderly, Community participation

[1] Registered Nurse, Ban Nong Kha Primary Health Promoting Hospital. Email: thanynit.kp@gmail.com

[2] Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province. Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

การเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยในปี 2021 มีประชากรโลกกว่า 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (UN, 2019) ประเทศไทยเองก็ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว โดยปี 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 หรือประมาณ 20.5 ล้านคน (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2564; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ (2565) ระบุว่ามีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัว แม้ครอบครัวจะเป็นแหล่งดูแลหลัก แต่ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น กว่าร้อยละ 65 ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแล และร้อยละ 78 รายงานว่ามีความเครียด เหนื่อยล้า และวิตกกังวลจากภาระการดูแล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) ปัญหานี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อ และข้อติดยึด (วิชัย เอกพลากรและคณะ,2563) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเสนอว่าผู้ดูแลที่มีสมรรถนะต่ำมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout Syndrome) และภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Yildizhan et al., 2019; Alves et al., 2019) สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งบุคคลในครอบครัวถือเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องรับภาระในการดูแลในหลายมิติ ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนย้าย (รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์และคณะ, 2564) รวมถึงกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) เช่น การจัดการค่าใช้จ่าย การทำงานบ้าน และการดูแลเป็นระยะ (Sporadic care) ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด หรือการประสานงานกับทีมสุขภาพ (Schulz et al., 2020)ภาระในการดูแลเหล่านี้มักก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความวิตกกังวลและความเครียด และหากสะสมมากอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout Syndrome) (Yildizhan et al., 2019) อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันที่ลดลง ภาวะซึมเศร้า และการนอนไม่หลับ (Alves et al., 2019) ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดนโยบายการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ปี 2559 ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหลักการสำคัญคือการดูแลหลักยังคงอยู่ที่ครอบครัว และภาครัฐทำหน้าที่สนับสนุนเพิ่มเติมผ่านทีมผู้จัดการระบบการดูแล (Care Manager: CM) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (Caregiver: CG) (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้แก่ การดูแลด้านความสุขสบายทางกาย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการประสานงานระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญคือการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยบรรเทาภาระของครอบครัวผู้ดูแล (รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์และคณะ, 2564; Schulz et al.,2020) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบ LTC และการอบรมผู้ดูแลแล้ว แต่ยังคงพบปัญหาเชิงปฏิบัติ เช่น ผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ขาดความมั่นใจในการดูแล และมีทัศนคติที่ไม่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ (Yildizhan et al., 2019; Alves et al., 2019) งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่เพียงพอในการตอบโจทย์การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการจัดการภาวะเครียดในชีวิตจริงของครอบครัวผู้สูงอายุไทย

สำหรับพื้นที่ตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลปี 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุทั้งหมด 675 คน และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 47 คน แม้จะมีการให้บริการดูแลที่บ้านและการสนับสนุนจากกองทุน LTC แต่ยังพบปัญหาสำคัญ เช่น ภาวะเหนื่อยล้าและความเครียดของผู้ดูแล การดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และข้อจำกัดในการจัดการภาวะฉุกเฉินหรือภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จากช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการความรู้ ทักษะปฏิบัติ การจัดการความเครียดและการใช้

เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสมกับบริบทชุมชน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลในครอบครัว โดยอาศัยแนวคิด Self-Efficacy ของ Bandura (1986) ร่วมกับ Family System Theory (Bowen, M. , 1978) และ Community-Based Participatory Approach (CBPA) (Israel, B. et.al.,2013) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ลดภาระการดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 1 การสร้างฐานความรู้และการประเมิน (สัปดาห์ 1-3)

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมและการประเมินเบื้องต้น การแนะนำตัวและสร้างสัมพันธ์ในกลุ่ม การทำแบบประเมินภาระผู้ดูแลแบบไทย (Thai Caregiver Burden Scale) การสำรวจความต้องการและปัญหาเฉพาะบุคคล เล่าแรงบันดาลใจจาก “ผู้ดูแลต้นแบบ” ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 ความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุ พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการประเมินความเสี่ยง ฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงสูง (หกล้ม, สับสน, ซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ตรงตามบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนาทักษะเฉพาะด้าน (สัปดาห์ 4-8)

สัปดาห์ที่ 4 การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เข้าใจพฤติกรรมและการจัดการ การฝึกเทคนิคการสื่อสารเฉพาะ

สัปดาห์ที่ 5 การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง - ผู้สูงอายุติดเตียง เทคนิคการยกเคลื่อนย้าย และการเปลี่ยนท่านอน การดูแลสิ่งแวดล้อม สุขอนามัย

สัปดาห์ที่ 6 การผ่อนคลายและการจัดการอารมณ์ ฝึกเทคนิคการหายใจและสมาธิ กิจกรรมกลุ่มสำหรับแบ่งปันประสบการณ์ การสร้างแผนการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 กลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา เทคนิคการแก้ปัญหาเชิงบวกและการปรับตัว

สัปดาห์ที่ 8 การสร้างกลุ่มสนับสนุนและเครือข่าย การ Mappingทรัพยากรชุมชน การสร้างเครือข่ายสนับสนุน การวางแผนกิจกรรมร่วม

ระยะที่ 3 การปฏิบัติและการติดตาม (สัปดาห์ 9-12)

สัปดาห์ที่ 9 การนิเทศและการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาเฉพาะรายและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย การประเมินสภาพแวดล้อมบ้านและการปรับปรุง

สัปดาห์ที่ 10 การพัฒนากิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง การวางแผนกิจกรรมประจำเดือน การฝึกภาวะผู้นำและการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 11 การประเมินความก้าวหน้าและปรับปรุงแผน

ระยะที่ 4 การบูรณาการและนโยบาย (สัปดาห์ 12)

สัปดาห์ที่ 12 การนำเสนอผลการดำเนินงานโดยผู้ดูแล ประสบการณ์และความสำเร็จของผู้ดูแล กำหนดแนวทางนโยบายระดับ รพ.สต. การวางแผนติดตามและพัฒนาต่อเนื่อง

สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระดับคะแนนเฉลี่ยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุด้านความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบ Two group pretest-posttest design

2. ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและในเขตรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวของโรงพยาบาลพยุห์ (PCC) อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 7 หน่วยบริการ รวมทั้งหมด จำนวน 652 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองค้า ตำบลหนองค้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง ตำบลพรหมสวัสดิ์ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power มีค่า effect size จากงานวิจัยของปุลวิชช์ ทองแตงและคณะ (2022) ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า effect size=1.564 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงในสงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) ดังนั้นต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองกลุ่มละ 28 คน เนื่องจากในตำบลหนองค้า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลจำนวน 33 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกเอากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 33 คน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 33 คน เท่ากับกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2568 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงมาก มีระดับคะแนนการคัดกรอง ตามดัชนีของบาร์เธล (Barthel ADL Index ≤ 11 คะแนน) (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ,2559)

2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3) ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือน และใช้เวลาในการดูแลอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5) สามารถใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชันพื้นฐานได้

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (2Q และ 9Q ≥ 19 คะแนน)

2) มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ยชั่วโมงต่อวันได้รับ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 8 ตอน

2.1 ด้านความรู้ จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 15 คะแนน ในการจัดระดับเป็น 3 ระดับ คะแนน 0-8 คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) หมายถึง

ปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 13-15 คะแนน(ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง สูง

2.2 ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปรผลค่าคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977)ใช้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00 – 2.3 หมายถึง ระดับทักษะต่ำ 2) ค่าคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับทักษะ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับทักษะสูง

2.3 สมรรถนะของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของ Schumacher (Schumacher, K. L.et.al.,2002) จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งยิ่ง การแปรผลคะแนนของ เบสท์ (Best,,1977)ใช้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5 คะแนนแบ่งออกเป็น3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน1.00 – 2.3 หมายถึง ระดับสมรรถนะ ต่ำ 2) ค่าคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับสมรรถนะ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับสมรรถนะ สูง

2.4 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก จำนวน 26 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การวิเคราะห์ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต(2562) โดยมีระดับคะแนนดังนี้ 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และ 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.5 แบบประเมินภาระการดูแล (Caregiver Burden Scale) ตามแบบประเมินของ ZaritBurden Interview ZBI) (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2022) ลักษณะเป็นคำถามให้กลุ่ม ตัวอย่าง เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็น 0-10 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย 11-20 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง และ > 20 คะแนน: มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก

2.6 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(ADL) ลักษณะเป็นคำถาม แบบมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) ตามแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนเป็น3ระดับคะแนนต่ำสุด1คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน การแปรความหมายการแปรผลค่าคะแนนของ เบสท์ (Best,1977) ค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ต่ำ 2) ค่าคะแนน 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สูง

2.7 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นคำถามให้กลุ่ม ตัวอย่าง เลือกตอบ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก จำนวน 11 ข้อ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนการแปรผลค่าคะแนนของ เบสท์ (Best,1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00 – 2.3 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ต่ำ 2) ค่าคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ปานกลาง 3) ค่าคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สูง

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า

อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 8 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) พัฒนาความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาระแบบพหุวัฒนธรรม การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตวิทยาประกอบด้วยการจัดการความเครียดและการจัดทำแผนการดูแลตนเองในการจัดการด้านอารมณ์ (4)การสร้างกลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา โดยการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำในการจัดการปัญหา (5)การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนการMapping ทรัพยากรชุมชน ระดมสมองเพื่อหาทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสร้างระบบช่วยเหลือฉุกเฉินในชุมชน ร่วมคิดและร่วมทำ (6) การนิเทศและการเยี่ยมบ้าน รายบุคคลรวมเพื่อแก้ไขปัญหา (7) การคงอยู่ของกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการคัดเลือกตัวแทนผู้ดูแลที่มีภาวะผู้นำที่มีความกระตือรือร้น12-15 คน เพื่อฝึกให้เป็นผู้นำกิจกรรมในอนาคต การวางแผนกิจกรรมประจำเดือนจะเน้นความยั่งยืนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (8) กิจกรรมสะท้อนและแบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR -21 ด้านความรู้ = 0.76 และ Cornbrash’s alpha coefficient ดังนี้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash’s alpha coefficient = 0.76 ,0.82, 0.84, 0.80 และ 0.78 ตามลำดับ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash’s alpha coefficient =0.86 และ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า Cornbrash’s alpha coefficient =0.84

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

(1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ยชั่วโมงต่อวันได้รับ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency)ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

(2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้านความรู้ ทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันด้วยสถิติ Independent t-test โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-085 รับรองในวันที่

29 พฤษภาคม 2568 ถึง 28 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 27.3 เพศหญิงร้อยละ 72.7 อายุเฉลี่ย 51.91ปี (SD=6.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 90.9 รายได้เฉลี่ย 5390.91 บาท (SD=4366.66) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 60.6 6 ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ63.6 รองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 18.2 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย 3.75 ปี (SD=2.53) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 18.42 ชั่วโมง (SD= 7.21) ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 21.2 เพศหญิงร้อยละ78.8 อายุเฉลี่ย 68.47 ปี (SD=5.42) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ63.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 87.9 รายได้เฉลี่ย 5427.27 บาท (SD=3702.72) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 66.7 ความเกี่ยวพันกับผู้สูงอายุเป็นคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 42.4 รองลงมาเป็นบุตรร้อยละ 30.3 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย 2.63 ปี (SD= 1.59) ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 16.36 ชั่วโมง (SD= 8.61) ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแล รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	9	27.3	7	21.2
หญิง	24	72.7	26	78.8
2. อายุ				
Mean (S.D.) min, max	51.91 (6.58) 37,64		68.47 (5.42) 40,59	
3. อาชีพ				
เกษตรกรรม	30	90.9	29	87.9
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	1	3.0	1	3.0
รับจ้าง	1	3.0	2	6.1
รับราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	1	3.0	1	3.0
4. รายได้เฉลี่ยครัวเรือน Mean (SD) min, max				
	5390.51 (SD=4366.66) 2,000, 20,000		5427.27 (3702.72) 2,000 , 18,000	
5. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	60.6	21	63.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	9.1	1	3.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	6	18.2	8	24.2

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	12.1	3	9.1
6. สถานภาพการสมรส				
โสด	7	21.2	10	30.3
สมรส	20	60.6	14	42.4
หย่า /แยก	4	12.1	4	12.1
อื่นๆ	2	6.1	4	12.1
7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล				
บุตร	21	63.6	10	30.3
คู่สมรส	6	18.2	14	42.4
หลาน	4	12.1	4	12.1
พี่น้อง	1	3.0	4	12.1
ผู้ดูแลอื่นที่ได้รับค่าตอบแทน	1	3.0	1	3.0
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ Mean (S.D.)	3.75(2.52)		2.64 (1.59)	
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน Mean (S.D.)	18.42(7.21)		16.36 (8.61)	
10.การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่				
เคย	33	100	33	100
ไม่เคย	0	0	0	0

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ (p=0.886, Mean diff.= - 0.06; 95% CI=- 0.89 ถึง 0.77),ด้านทักษะการดูแล (p=0.439, Mean diff.= 0.439, 95% CI= -0.85 ถึง 1.95),ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (p=0.668, Mean diff.=0.36; 95% CI= -1.32 ถึง 2.05), ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ (p=0.807, Mean diff.=0.60; 95% CI= - 0.43 ถึง 0.56), การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (p=0.533, Mean diff.=-0.42; 95% CI=– 0.93 ถึง 1.78) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (p=0.891, Mean diff.=-0.27; 95% CI= - 3.69 ถึง 4.24) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) (p=0.862, Mean diff.=0.18; 95% CI=-1.90 ถึง 2.27) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ (p=0.942, Mean diff.=0.06; 95% CI=-1.60 ถึง 1.72) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=-33) $\bar{X}$ (S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=-33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	7.72 (1.57)	7.79 (1.83)	-0.06	- 0.89 -0.77	-0.144	0.886
ด้านทักษะการดูแล	40.21 (2.93)	39.67 (2.76)	0.55	-0.85 -1.95	0.778	0.439
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	38.82 (3.59)	38.45 (3.26)	0.36	-1.32 - 2.05	0.431	0.668
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	31.15 (1.00)	31.09 (1.01)	0.06	- 0.43 - 0.56	0.244	0.807
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	35.06 (2.83)	34.64 (2.67)	0.42	- 0.93- 1.78	0.627	0.533
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	95.94 (8.16)	95.97 (7.97)	0.27	- 3.69 - 4.24	0.137	0.891
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)	22.00 (4.29)	21.82 (4.19)	0.18	-1.90 - 2.27	0.174	0.862
ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ	38.27 (3.37)	38.21 (3.39)	0.06	-1.60 - 1.72	0.073	0.942

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านต่าง ได้แก่ ความรู้ (Mean diff.=5.64, 95% CI=5.02 ถึง 6.26, p<0.001), ด้านทักษะการดูแล (Mean diff.=4.76, 95% CI=3.56 ถึง 5.95, p<0.001),ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=5.61, 95% CI=ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ , p<0.001), การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=10.30, 95% CI=9.37 ถึง11.24, p<0.001), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Mean diff.=27.91, 95% CI=24.94 ถึง 30.88, p<0.001), ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) (Mean diff.=3.41, 95% CI=3.02 ถึง 3.81, p=0.043), ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ (Mean diff.=7.12, 95% CI=5.87 ถึง 8.37, p<0.001) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=0.68, 95% CI=0.27

ถึง 1.08, p<0.001) สะท้อนให้เห็นว่าการทดลองมีผลต่อความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)ดีขึ้นและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล อย่างชัดเจน รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=-33) $\bar{X}$ (S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	13.91(0.72)	8.27 (1.62)	5.64	5.02 - 6.26	18.201	<0.001***
ด้านทักษะการดูแล	44.88 (2.22)	40.12 (2.63)	4.76	3.56-5.95	7.941	< 0.001***
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	44.45 (2.19)	38.85(3.03)	5.61	4.30-6.91	8.603	<0.001***
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	20.91(1.42)	30.91(1.13)	-10.00	-10.63 - -9.37	-31.645	<0.001***
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	45.21 (0.99)	34.91(2.50)	10.30	9.37-11.24	21.969	<0.001***
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	124.06 (2.89)	96.15 (8.03)	27.91	24.94 -30.88	18.925	<0.001***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)	31.03 (4.67)	22.12(4.01)	3.41	3.02-3.81	17.807	<0.001***
ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ	45.48 (1.12)	38.36 (3.41)	7.12	5.87 -8.37	11.403	0.001***

***P value <0.001

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยด้านความรู้เพิ่มขึ้น 6.18 คะแนน (95% CI = 5.68 ถึง 6.69) ด้านทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น 4.67 คะแนน (95% CI = 4.08 ถึง 5.25) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 10.15 คะแนน(95% CI = 9.16 ถึง 11.15) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 28.12 คะแนน (95% CI = 25.27 ถึง 30.97) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)เพิ่มขึ้น 9.03 คะแนน (95% CI =7.82-10.24) ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 7.21 คะแนน (95% CI = 6.05 ถึง 8.37) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.=-10.15, 95% CI=-10.77 ถึง -9.72, p<0.001) สะท้อนให้เห็นว่าการ

ทดลองมีผลต่อความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)ดีขึ้นและผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในด้านความรู้ ด้านทักษะการดูแล ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=-33) $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการทดลอง (n=-33) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95% CI	t	p-value
ความรู้	7.73 (1.57)	13.91(0.72)	6.18	5.68-6.69	24.934	<0.001***
ด้านทักษะการดูแล	19.44 (1.79)	24.32 (1.68)	4.67	4.08-5.25	17.893	<0.001***
ด้านสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	38.82 (3.59)	44.45 (2.19)	5.64	4.56-6.71	10.653	<0.001***
ด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุ	31.15 (1.00)	20.91 (1.42)	-10.24	-10.77--9.72	-39.765	<0.001***
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	35.06 (2.83)	45.21 (0.99)	10.15	9.16-11.15	20.771	<0.001***
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	95.94 (8.16)	124.06 (2.89)	28.12	25.27-30.97	20.088	<0.001***
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)	22.00 (4.29)	31.03 (4.67)	9.03	7.82-10.24	15.236	<0.001***
ความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลของผู้สูงอายุ	38.27 (3.37)	45.58 (1.12)	7.21	6.05-8.37	12.682	<0.001***

***p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลหนองค้า อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 8 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) พัฒนาความรู้พื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาระแบบพหุวัฒนธรรม การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะในดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง (3) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตวิทยาประกอบด้วยการจัดการความเครียดและการจัดทำแผนการดูแลตนเองในการจัดการด้านอารมณ์ (4)การสร้างกลวิธีการรับมือและการแก้ปัญหา โดยการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำในการจัดการปัญหา (5)การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนการ Mapping ทรัพยากรชุมชน ระดมสมองเพื่อหาทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสร้างระบบช่วยเหลือฉุกเฉินในชุมชนร่วมคิดและร่วมทำ (6) การนิเทศและการเยี่ยมบ้านรายบุคคลรวมเพื่อแก้ไขปัญหา (7) การคงอยู่ของกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการคัดเลือก

ตัวแทนผู้ดูแลที่มีภาวะผู้นำที่มีความกระตือรือร้น 12-15 คน เพื่อฝึกให้เป็นผู้นำกิจกรรมในอนาคต การวางแผนกิจกรรมประจำเดือนจะเน้นความยั่งยืนและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน (8) กิจกรรมสะท้อนและแบ่งปันประสบการณ์ กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุและการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยด้าน ความรู้ ทักษะการดูแล สมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบและคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความพึงพอใจต่อการได้รับดูแล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและคะแนนด้านภาระการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ภาระการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเริ่มจากการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดยา การดูแลโภชนาการ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการสื่อสารเชิงบวกกับผู้สูงอายุ โปรแกรมนี้อาศัยแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) เป็นกรอบแนวคิดหลัก ทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การเรียนรู้ในลักษณะนี้ไม่เพียงส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึกแต่ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับใช้ความรู้ในบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nguyen, Le และ Tran (2025), Lin, Chen และ Hsu (2023) รวมถึง Moon, Adams และ Kitko (2022) ที่รายงานว่าการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมและเชิงปฏิบัติสามารถยกระดับความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มพูนความรู้ดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ดูแล ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการปรับพฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ดูแลมีความคล่องตัวในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกนั่ง การเดิน การอาบน้ำ และการรับประทานอาหาร รวมทั้งสามารถสังเกตอาการผิดปกติและแจ้งเตือนทีมสุขภาพได้อย่างทันท่วงที การอบรมในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Workshop-based Training) ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสาธิตสถานการณ์จริงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดทักษะที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มยังส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสร้างความผูกพันระหว่างผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งมีผลต่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานของ Noguchi et al. (2025), TUNG et al. (2023) และ Cheng, Li และ Leung (2023) ที่พบว่าการอบรมในรูปแบบนี้ช่วยสร้างความมั่นใจและความสามารถที่ยั่งยืนให้กับผู้ดูแล โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด ในด้านภาระการดูแล โปรแกรมนี้มีส่วนช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เวลา และสังคม การได้รับความรู้และทักษะที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนและจัดระบบการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการแบ่งเวลาพักผ่อน และประเมินความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงและความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi, Kim และ Lee (2021), Nguyen et al. (2025) และ Moon, Adams และ Kitko (2022) ที่รายงานว่าการจัดโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลร่วมกับการสนับสนุนจากชุมชนสามารถลดภาระทางอารมณ์และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลได้อย่างชัดเจน เมื่อภาระการดูแลลดลงและ

สมรรถนะเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ความรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองช่วยเสริมแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ซึ่งนำไปสู่การดูแลที่ยั่งยืน งานวิจัยของ Kittipimpanon et al. (2022), Nguyen et al. (2025) และ Moon, Adams และ Kitko (2022) สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยระบุว่าความสัมพันธ์เชิงบวกและการยอมรับจากสังคมเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระยะยาว โปรแกรมนี้จึงมีส่วนช่วยสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้และการดูแลร่วมกันในพื้นที่ ผลจากการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลยังสะท้อนโดยตรงต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล โดยพบว่าคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และระดับการพึ่งพิงลดลง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และมีทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การลุกนั่ง การเดิน และการรับประทานอาหารได้เอง การที่ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่ถูกต้องและสม่ำเสมอช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Moon, Adams และ Kitko (2022), Kuo, Huang และ Chen (2021) และ Liu et al. (2021) ที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมีแนวโน้มฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากผู้ดูแลซึ่งมีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น โปรแกรมนี้ส่งเสริมแนวคิดการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Care) โดยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุและคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละคน การดูแลในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าได้ด้วย สอดคล้องกับ Chang, Chiou และ Chen (2022) และ Okamoto et al. (2020) ที่พบว่าการสื่อสารและความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนั้นงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่ต่อเนื่อง เริ่มจากการเพิ่มพูนความรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะและสมรรถนะการลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งต่อเนื่องไปสู่ผลลัพธ์เชิงบวกในผู้สูงอายุ ทั้งด้านความสามารถในการทำกิจวัตรและความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ ความสัมพันธ์เชิงระบบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) ที่ระบุว่าการเรียนรู้และการเสริมพลังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและแสดงให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาเพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนและความหลากหลายของบริบท รวมถึงการทดสอบโปรแกรมในชุมชนที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและทรัพยากร

2. ติดตามผลลัพธ์ระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม ทั้งด้านทักษะของผู้ดูแล การลดภาระ และการรักษาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

3. รวมตัวแปรทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น รายได้ การศึกษา และเครือข่ายสนับสนุน เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบเชิงลึกและปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของชุมชน

การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของผู้ดูแล รวมถึงลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล

2. สนับสนุนการบูรณาการครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดระบบเครือข่ายสนับสนุน

และความร่วมมืออย่างยั่งยืน

3. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับนโยบายสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากร การวางแผนกิจกรรมฝึกอบรม และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนและระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2019). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม [Manual for care of dependent elderly and fall prevention]. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.

กรมสุขภาพจิต. (2560). แนวทางการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย [Guidelines for WHOQOL-BREF Thai version]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต. http://www.dmh.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2022). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [Report on the situation of Thai elderly 2022]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ. http://www.dop.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2024). สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2567 [Thai elderly statistics 2024]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ. http://www.dop.go.th

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2024). ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [Estimation of dependent elderly in Thailand]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย. http://www.anamai.moph.go.th

กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2015). คู่มือการใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index [Barthel ADL Index assessment manual]. กรุงเทพฯ:

กรมอนามัย.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานสถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ (2564). การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 15: 37(3), 250–261.

ปุลวิชช์ ทองแตง, จันทร์จิรา สีสว่างและบุปผา บุญสดุด (2022). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 53–65.

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, & วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2563). ปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน. วารสารเวชศาสตร์ชุมชน, 35(4), 112–120.

สงกรานต์ กลั่นด้วง. การประยุกต์ใช้ The “take PRIDE” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2005.

Alves, S., et al. (2019). Caregiver burden and health outcomes among elderly caregivers. Journal of Aging & Health, 31(5), 817–836.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Choi, J., Kim, H., & Lee, S. (2021). Effectiveness of caregiver training programs on caregiver burden and self-efficacy. Geriatric Nursing, 42(2), 334–342.

Cheah, J., Hazilah, N., & Kamarudin, M. (2022). Community-based interventions for family caregivers of dependent elderly. Journal of Community Health, 47(1), 45–55.

Moon, H., Adams, E., & Kitko, L. (2022). Improving caregiver competency through training: Evidence from community interventions. Clinical Gerontologist, 45(3), 251–263.

Nguyen, T., et al. (2025). Enhancing caregiver skills in community-based elderly care. Journal of Gerontological Nursing, 51(4), 22–31.

Schulz, R., Eden, J., & Family Caregiver Alliance. (2020). Families caring for an aging America. Washington, DC: National Academies Press.

United Nations. (2019). World population ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019.pdf.

World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649–655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

Yıldızhan, B., et al. (2019). Burnout and depression among family caregivers of elderly patients. Aging & Mental Health, 23(12), 1690–1698.

Chang, W.-L., Chiou, C.-Y., & Chen, H.-C. (2022). Effects of person-centered care on the quality of life of older adults: A systematic review. Journal of Nursing Research, 30(4), e123.

Cheng, S., Li, J., & Leung, K. (2023). Community-based caregiver training programs: Impacts on caregiver competency and confidence. Geriatric Nursing, 44(2), 101–110.

Choi, Y., Kim, H., & Lee, S. (2021). Caregiver burden reduction through structured training programs. International Journal of Geriatric Psychiatry, 36(5), 750–759.

Kittipimpanon, N., Srisang, T., & Chaiyaporn, P. (2022). Enhancing caregiver well-being through experiential learning. Thai Journal of Public Health, 52(3), 245–258.

Kuo, Y.-L., Huang, C.-Y., & Chen, H.-Y. (2021). Training family caregivers to improve activities of daily living in older adults. BMC Geriatrics, 21, 421.

Liu, H., Wang, X., Zhang, Y., & Li, Q. (2021). Impact of caregiver interventions on older adult functional outcomes: A meta-analysis. Aging & Mental Health, 25(10), 1817–1827.

Moon, S., Adams, R., & Kitko, L. (2022). Effectiveness of caregiver training programs on caregiver and care recipient outcomes. Journal of Applied Gerontology, 41(5), 1120–1134.

Nguyen, T., Le, D., & Tran, P. (2025). Enhancing caregiver knowledge and skills through participatory learning. Geriatrics & Gerontology International, 25(1), 35–45.

Noguchi, H., Tanaka, M., & Saito, Y. (2025). Participatory workshops for caregiver competency in rural communities. Journal of Community Health Nursing, 42(1), 55–65.

Okamoto, N., Shimizu, H., & Yamamoto, K. (2020). Communication strategies for improving elderly patient satisfaction. Geriatric Nursing, 41(6), 722–730.

TUNG, A., Wong, M., & Chan, K. (2023). Hands-on training for family caregivers: Effects on skill retention and confidence. Journal of Aging & Social Policy, 35(2), 200–218.

Lin, Y., Chen, J., & Hsu, P. (2023). Adult learning approaches in caregiver education programs: Outcomes and satisfaction. Educational Gerontology, 49(3), 215–226.

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson

Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2013). Methods for community-based participatory research for health (2nd ed.). Jossey-Bass.

Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept. Research in Nursing & Health, 23(3), 191–203. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3 <191::AID-NUR3>3.0.CO;2-B

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

นพรัตน์ แดงทน, พย.บ.[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนกลุ่มควบคุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(ADL) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต(QOL) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่ม และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต(QOL) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p = 0.018$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) จากผลการทดลอง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สอดคล้องกับบริบทในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ส่งผลดีกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ ตอบสนองต่อการวางแผนเตรียมรับสถานการณ์ การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะยาวและนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องทุกระยะของความเจ็บป่วย ส่งเสริมความฟื้นหาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม E-mail: tumjai.k@hotmail.com

Effectiveness of the care model for dependent elderly by community participation at Ban Sriudom Sub-district Health Promoting Hospital responsibility area, Kantharalak District, Sisaket Province

Noppharat Daengthon, B.N.S[1]

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a community-participatory care model for dependent elderly people in the service area of Ban Sri Udom Sub-district Health Promoting Hospital, Kantharalak District, Sisaket Province. A two-group pretest-posttest design was employed. The sample group consisted of 60 individuals, purposively selected and divided into two groups: an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The experimental group received the community-participatory care model for dependent elderly people, while the control group received standard care for dependent elderly people. The study duration was 8 weeks. Data were collected using a personal information questionnaire, the Activities of Daily Living (ADL) assessment form, and the Quality of Life (QOL) assessment form. Statistical analysis used the paired t-test to compare within-group results and the independent t-test to compare between-group results. The research findings indicated that, after the intervention using the community-participatory care model for dependent elderly people, the experimental group showed statistically significantly higher mean scores for Activities of Daily Living (ADL) and Quality of Life (QOL) compared to scores before the intervention and compared to the control group, at a significance level of 0.05 ($p = 0.018$ and $p < 0.001$).

The results suggested that the developed community-participatory care model for dependent elderly people can enhance the capacity to care for dependent elderly individuals, aligned with the context of the Ban Sri Udom Sub-district Health Promoting Hospital service area. This positively impacts the quality of life and health of the elderly, addresses long-term aging society planning, and can be continuously applied in other areas throughout all stages of illness. The model promotes recovery, reduces complications, lowers hospital readmission rates, decreases healthcare costs, and ultimately improves the quality of life for dependent elderly individuals.

Keywords: Healthcare Model for the Elderly, Dependency, Community Participation, Activities of Daily Living, Quality of Life

---

[1]Registered Nurse, Ban Sriudom Sub-district Health Promoting Hospital. Email: tumjai.k@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการเตรียมการเกี่ยวกับเรื่องนี้ในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ โดยหนึ่งในนั้น คือ นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาว เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งในการดำเนินการเรื่องนี้นั้น ได้มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง มีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องนี้ในพื้นที่ด้วย (Puangniyom, Rungnoei, & Boontae, 2019)

เขตสุขภาพที่ 10 มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 666,632 คน คิดเป็นร้อยละ 19.89 แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 10 ใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ และข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) จำนวน 506,705 คน ร้อยละ 76.01 จำแนกเป็น กลุ่มติดสังคม จำนวน 471,924 คน ร้อยละ 93.15 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 29,979 คน ร้อยละ 5.92 กลุ่มติดเตียงจำนวน 4,802 คน ร้อยละ 0.94 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอยู่บ้าน หรืออาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น มีพฤติกรรมบริโภคอาหารมัน รสหวาน รสเค็มจัด ออกกำลังกายน้อย ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งสาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังมีปัญหาเรื่องการกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

ตามแผนพัฒนาจังหวัดศรีสะเกษในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและการทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรรม โดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและภาคีสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างรอบด้าน พร้อมทั้งเตรียมรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่สำคัญ นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจากที่ทำการปกครองจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าประชากรผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นขึ้นโดย ในปี 2563 จากประชากรผู้สูงอายุ 198,927 คน หรือร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งจังหวัด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.8 ทั้งนี้ตามนิยามของ สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้เริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 โดยพิจารณาจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสัดส่วนมากกกว่าร้อยละ 10 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2567 นั่นคือเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 20 (ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ, 2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ที่ผ่านมาได้มีการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบการดูแลระยะยาว กลไกที่สำคัญ คือ ผู้จัดการการดูแล (Case Manager = CM) ผู้ดูแล (Care Giver = CG) และมีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งพบว่า แผนการดูแลส่วนใหญ่เป็นการวางแผนโดยผู้จัดการการดูแลเท่านั้น ยังขาดการดูแลที่เฉพาะด้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ และขาดการติดตาม

ประเมินผลและการเยี่ยมเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดระบบการเชื่อมโยง และประสานงานกันระหว่างทีมสหวิชาชีพจากทางโรงพยาบาล และพื้นที่ และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลและเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการจึงสนใจศึกษา ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน สะท้อนว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการศึกษาในการนำแนวคิด Chronic Care Model (CCM) แต่ยังไม่ถูกนำมาเชื่อมโยงกับการพัฒนาโมเดลที่สามารถสะท้อนมิติสุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จริง งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นมิติการรักษาพยาบาล แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยจึงมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง Chronic Care Model ร่วมกับ แบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS: Individualized Home-based Patient and Family Assessment System) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างครอบคลุม โดยให้ชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรม จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

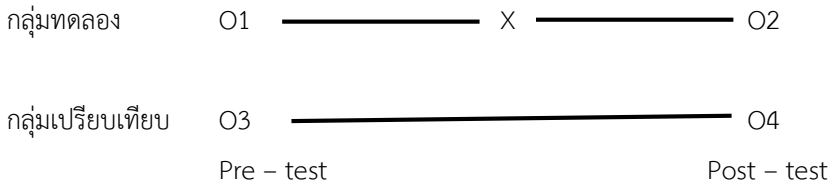
2. **วัตถุประสงค์เฉพาะ**

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

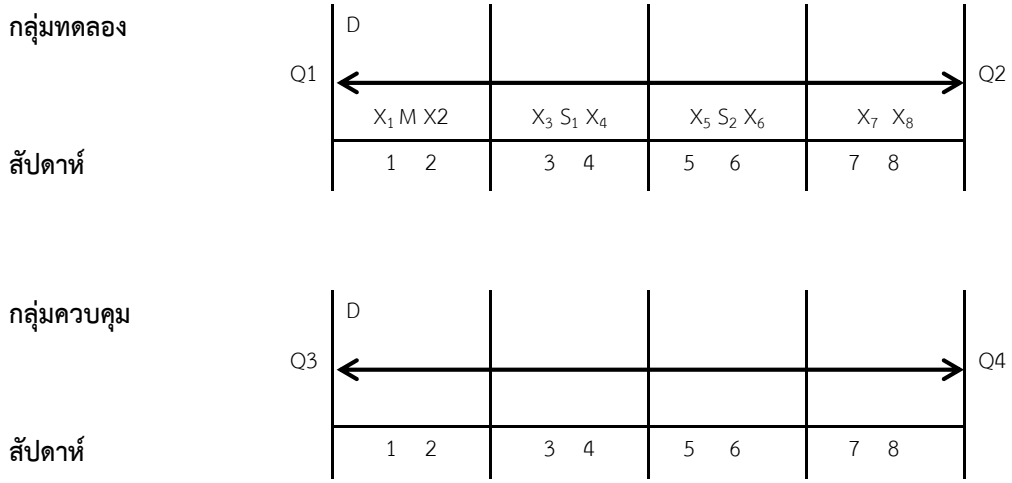
2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบปกติ จำนวน 30 คน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1 แผนภูมิการวิจัย



ภาพประกอบที่ 2 แผนภูมิการทดลอง

กำหนดให้

D = การพูดคุยชี้แจงโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของกลุ่มทดลอง

M = การได้รับการกระตุ้นเตือนจากการนิเทศติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยวิธีการกระตุ้นเตือนผ่านการพูดคุย

O1, O3 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากร ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

O2, O4 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลที่เก็บเกี่ยวกับลักษณะประชากร ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

X = โปรแกรมการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

X1 – X8 = โปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมขึ้นจำนวน 8 ครั้ง

X1-2 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับผู้ดูแลหลักประจำครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน จิตอาสาในชุมชน

X3-4 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวในการดูแลู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

X5-6 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย

X7-8 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

S1-2 = กิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3-6 กิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Populations) ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากร เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL Index) ระหว่าง 9- 11(พึ่งพิงปานกลาง) และอยู่ในพื้นที่ ≥ 1 ปี, และมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวนทั้งหมด 128 คน

1.2 สมัครใจร่วมโครงการ

1.3 สามารถร่วมกระบวนการจนครบกระบวนการ

2. กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

2.1 กลุ่มทดลอง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

2.2 กลุ่มควบคุม ได้แก่ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุปัจจัย เสนอข้อคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการดำเนินการกิจกรรม การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักประจำครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมและปลอดภัย กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลัง การติดตามการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการ

2. เครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง สิทธิการรักษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ดูแลหลัก

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990)

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ

N = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z \propto$ = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $\propto$=0.05 ดังนั้น $Z_{0.05}$ = 1.65

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % = 0.84

∂^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Δ^2 = ความต่างของผล (Effect size)

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 25 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยใช้การประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้อาสาสมัคร จำนวน 30 คนต่อกลุ่ม รวมสองกลุ่ม จำนวน 60 คน

2.2 แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (QOL)

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน สาขาพยาบาลด้านพยาบาลผู้สูงวัย 1 ท่าน สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน สาขาสถิติศาสตร์หรือสถิติสาธารณสุข 1 ท่าน ผลการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจคำนวณค่า IOC (Index of Item-objective Congruence) กำหนดค่าการยอมรับเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.76

3.2 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลหลักและผู้สูงอายุที่มีการได้รับการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มศึกษาจำนวน 30 ตัวอย่าง คือ 1) อาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คน 2) กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยมีคะแนนการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL Index) อยู่ระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง Try out ด้วยแบบสอบถาม จำนวน 30 ชุด ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นและพิจารณาทดสอบความสอดคล้องภายในข้อคำถามรายข้อที่เป็นคำถามแบบการประมาณค่า rating scale โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alfa coefficient) (Brown, 1976 อ้างถึงในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) ปกติค่าความเที่ยงมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งสำหรับแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 ส่วนค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด รวมทั้งใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test และระหว่างกลุ่มโดยใช้ independent t test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ได้มีการทำหนังสือขออนุญาตทำการทดลองวิจัยในพื้นที่ เพื่อยึดแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence)

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและออกชัดเจน ไม่มีอคติมีการกระจายประโยชน์ และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกันโดยวิธีการสุ่ม

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-221 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน 2567 วันที่หมดอายุ 26 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.3 เพศหญิง ร้อยละ 56.7 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 56. จบประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5.000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 73.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.3 ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง 5-10 ปี ร้อยละ 53.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 3.97 คน(SD=1.49) มีจำนวนผู้ดูแลหลัก เฉลี่ย 1.17 คน (SD=0.46) ตามลำดับ

1.2 กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 46.8 เพศหญิง ร้อยละ 53.2 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 70.0 จบประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5.000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 76.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.5 ระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิง 5-10 ปี ร้อยละ 56.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 4.07 คน(SD=1.43) มีจำนวนผู้ดูแลหลัก เฉลี่ย 0.97 คน (SD=0.49) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 0.13 คะแนน (95% CI = 0.05 – 0.32 p-value=0.161) และคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 3.13 คะแนน (95% CI = 2.26 – 4.20 p-value<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 0.03 คะแนน (95% CI = -0.21 – 0.18 p-value=0.662) และคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 2.10 คะแนน (95% CI = -3.21 - -0.98 p-value=0.001) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ปัจจัย	กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean(SD)	หลังทดลอง Mean(SD)	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	กลุ่มทดลอง	9.87(1.08)	10.0(1.01)	0.13	0.05 – 0.32	1.44	0.161
	กลุ่มควบคุม	9.67(0.95)	9.63(0.92)	-0.03	-0.21 – 0.18	0.44	0.662
คุณภาพชีวิต (QOL)	กลุ่มทดลอง	100.50(3.24)	103.63(2.10)	3.13	2.26 – 4.20	5.59	<0.001**
	กลุ่มควบคุม	101.43(2.58)	99.33(1.93)	-2.10	-3.21 - -0.98	-3.86	0.001

**p-value<0.01

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.37 คะแนน (95% CI = -0.13-0.87 p-value=0.018) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.87	1.01	0.20	-0.30-0.70	0.79	0.146
กลุ่มควบคุม	9.67	0.95				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10.00	1.02	0.37	-0.13-0.87	1.46	0.018**
กลุ่มควบคุม	9.63	0.92				

**p-value<0.05

3.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.30 คะแนน (95% CI = 3.25-5.24 p-value<0.001) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

การประเมินคุณภาพชีวิต (QOL)	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	100.05	3.21	-0.93	-2.44-0.57	-1.24	0.220
กลุ่มควบคุม	101.43	2.58				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	103.63	2.11	4.30	3.25-5.24	8.23	<0.001**
กลุ่มควบคุม	99.33	1.94				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และมีประวัติการเป็นโรคประจำตัว ส่วนระยะเวลาการเป็นผู้สูงอายุที่มีถาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 5-10 ปี โครงสร้างของครัวเรือนมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยประมาณ 4 คน และมีผู้ดูแลหลักเฉลี่ยประมาณ 1 คน

ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในของกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย

ภายในกลุ่มทดลองที่แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิต (QOL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มขึ้น 3.13 คะแนน (p-value < 0.001) ในขณะที่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ยังคงรักษาระดับไว้ได้ (หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย) สอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภิษฐ์ มีโภคกิจ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระบุว่า การเปลี่ยนแปลง ADL ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงต้องอาศัยการฝึกสมรรถภาพทางกายที่เข้มข้นและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของ QOL แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบของโปรแกรมการทดลองนั้นมีประสิทธิภาพในการสร้างการรับรู้เชิงบวกต่อชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา ชัยวงศ์ และคณะ (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองทางสังคมและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี งานวิจัยนี้พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตในมิติจิตสังคม (Psychosocial Domain) ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนว่า การที่กลุ่มทดลองในการวิจัยปัจจุบันได้รับปฏิสัมพันธ์และการดูแลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้อารมณ์และมุมมองต่อชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้สุขภาพกายจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย ADL หลังการทดลองลดลงเล็กน้อย (-0.03 คะแนน) และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ย QOL หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.001)

ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ในช่วงก่อนการทดลองมีผลไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลองเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(ADL) สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.37 คะแนน (p-value = 0.018) กิจกรรมที่ส่งผลต่อการคงระดับ ADL มักเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการฝึกการทำงานของร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ แก้ววิชา ถวัลยมงคลชัยและคณะ (2562) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยใช้กิจกรรมทางกายที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้พึ่งพิง พบว่าแม้การเปลี่ยนแปลงของ ADL อาจไม่มากนัก แต่โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการ คงไว้ซึ่งระดับความสามารถและป้องกันการลดลงของคะแนน ADL ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก และงานวิจัยของ Lai, H. W., et al. (2018) ซึ่งเป็นการศึกษาในไต้หวันแสดงว่า การรวมกิจกรรมบำบัดที่มีเป้าหมาย (Functional-based activities) เข้ากับการดูแลระยะยาว ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอ (Frailty) สามารถรักษาระดับการทำงานของร่างกายได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นการยืนยันว่า การกระตุ้นและฝึกอย่างเป็นระบบ แม้จะเบา แต่ช่วยชะลอการถดถอยของ ADL ได้ และหลังทดลองเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิต(QOL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) สูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.30 คะแนน (p-value < 0.001) การเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของ QOL มักมาจากการตอบสนองความต้องการในมิติทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ (Psychosocial Needs) ซึ่งขาดหายไปเมื่อเกิดภาวะพึ่งพิง องค์ประกอบที่น่าจะเป็นปัจจัยหลัก ได้แก่ การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Network), ลดความรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือโดดเดี่ยวสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงเยาว์ ตาทิพย์ และคณะ (2561) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูจิตใจและสังคมในผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคม มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและมิติทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความรู้สึกมีส่วนร่วมและการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม

จากการศึกษาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ พบว่าการพัฒนาตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่ การวางแผนในการแก้ไขปัญหา การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมให้

ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นส่วนงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลอองจันทร์ คำภิรานนท์ และคณะ (2567) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จะต้องมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันวางแผน ร่วมดำเนิน กิจกรรม และมีส่วนร่วมในการประเมินผล และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุหลัน สุขเกษม และคณะ (2566) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ คือ PKESCV MODEL อาทิด้าน K: Knowledge and Skill คือ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ C: collaboration คือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือและเข้มแข็งจะนำไปสู่ความต่อเนื่องในการดำเนินงานในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรสุวรรณชัยรบ (2566) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า ควรมีแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลและพัฒนาทักษะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามแผน การสนับสนุนด้านการดูแลความสะอาดบ้านและสิ่งแวดล้อม และจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตามความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมมีประสิทธิผลในการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปขยายผลให้ครอบคลุมอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษหรือ ประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น

2. ควรรักษาการมีส่วนร่วมและกลไกการสนับสนุนผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงคงอยู่ยาวนาน รวมถึงการติดตามผลและจัดกิจกรรมเสริมพลังในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

3. ควรปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของชุมชนต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความเกี่ยวข้องและผลกระทบ มีการประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่เพื่อสร้างการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรจัดให้มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน มีการประเมินผลของการดำเนินงานดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีผู้ดูแลหลักแบบพึ่งพาครอบครัว เครือญาติที่คอยช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างทั่วถึงและมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการประเมินติดตามและมีการปรับปรุงระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ

2.พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง ทั้งนี้ สถานบริการต้องให้ความสำคัญกับการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ มีการจัดบริการทั้งในสถานบริการและเชิงรุกในชุมชน พัฒนาระบบการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นรูปธรรม เข้าถึงได้ รวมถึงการจัดตั้งศูนย์ประสานงานในชุมชนสำหรับการรับส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะเจ็บป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเน้นหลักสิทธิมนุษยชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). ปรับบ้านต้อนรับผู้สูงวัย พัฒนาคุณภาพชีวิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27869.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). รายงานข้อมูลจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2567.กรุงเทพฯ. https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_ampur.

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 1(1), 140-160.

กัลยารัตน์ จตุพรเจริญชัย, จำเนียร สุวรรณชาติ และรัตนชัย เพ็ชรสมบัติ. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567*, 4(1), 260-265.

แก้ววิชา ถวัลยมงคลชัย, ลักษณี บุญมา และณัฐธิดา บุญมา. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะผู้สูงอายุติดบ้านที่มีภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(2), 1-13.

นงเยาว์ ตาทิพย์, สุรีย์ อู่วิเชียร และดุษฎี ชวลิต. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อสุขภาวะทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 20-35.

บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศริยา ศิริปรุ. (2567). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 1(1), 1-13.

ละอองจันทร์ คำภิรานนท์, เสกสรรค์ คงอาชีวกิจ และจำเนียร สุวรรณชาติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 9(4), 269-277.

วรางคณา ชัยวงศ์, นวลจันทร์ พรหมมา และทัศนีย์ ปัญญานันท์. (2560). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองทางสังคมและสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(2), 1-13

ศาลากลางจังหวัดศรีสะเกษ. (2563). แผนพัฒนาจังหวัด ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน ปี พ.ศ.2563). จังหวัดศรีสะเกษ. http://www.sisaket.go.th.

สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ The “ take PRIDE ” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โสภิษฐ์ มีโภคกิจ, ธวัชชัย มะโน และปราณี มัธยม. (2559). ผลของโปรแกรมฝึกสมดุลแบบเคลื่อนไหวบนพื้นปูทางเดินต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและความสมดุลในผู้ป่วย.*วารสารกายภาพบำบัด*, 38(1), 1-10.

อมร สุวรรณชัยรบ. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นผึ้ง ตำบลต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 3(6). https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/index.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2020). This Report on the Situation of Thai Older Persons in 2019. https://thaitgri.org/?wpdmpro =situation-of-the-thai-eldery-2019.

Lai, H. W., Huang, H. C., Yeh, S. H., & Yen, C. J. (2018). The effect of a personalized integrated care program on improving frailty and functional status in older adults: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing, 27(19-20), 3804–3813.

Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of Sample Sizein. Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons. Lob, C. T. 2007.

Puangniyom, S., Rungnoei, N., & Boontae, U. (2019). Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in the Pilot Areas, Phetchaburi Province. Region 4-5 Medical Journal, 38(3), 178–195. https://he02.tci-thaijo. org/index.php/reg45/article/view/217956.

ผลการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ธมนวรรณ โสระเวช, พ.บ.[1]

บทคัดย่อ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุของการตาบอดทั่วโลกในผู้สูงอายุ การผ่าตัดเป็นวิธีรักษาหลักที่ช่วยฟื้นฟูการมองเห็นอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีเทคนิคที่ใช้ทั่วไปคือ phacoemulsification และ extracapsular cataract extraction (ECCE) ซึ่งให้ผลลัพธ์และความซับซ้อนแตกต่างกัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการมองเห็นและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจกระหว่างวิธี phacoemulsification และ ECCE ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปีงบประมาณ 2564–2566 โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (retrospective analytic study) โดยเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 224 ราย วิเคราะห์การมองเห็นด้วยค่า logMAR ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ECCE และ phacoemulsification ใช้สถิติ Friedman test, Mann–Whitney U test และ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่าค่าการมองเห็น (logMAR) ของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่ามัธยฐาน 1.60 (IQR 1.0–1.9) ก่อนผ่าตัด เปลี่ยนเป็น 0.33 (IQR 0.16–0.54) ที่ 1 เดือนหลังผ่าตัด ($Z = 12.789$, $p < 0.001$, $r = 0.855$) กลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี phacoemulsification มีการมองเห็นดีกว่ากลุ่ม ECCE อย่างมีนัยสำคัญทั้งที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือนหลังผ่าตัด($p < 0.001$) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ กระจกตาบวม (3.1%) และถุงหุ้มเลนส์ฉีกขาด (1.8%) โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในลูกตา

การผ่าตัดต้อกระจกทั้งสองวิธีสามารถฟื้นฟูการมองเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิธี phacoemulsification ให้ผลลัพธ์ดีกว่า ECCE อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบย้อนหลังและไม่ได้ปรับ Confounder factor ผลลัพธ์จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อยืนยันผล

คำสำคัญ: ต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจก, การมองเห็น, ภาวะแทรกซ้อน

[1] นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย *E-mail address*: tsorawet@gmail.com

THE OUTCOMES OF CATARACT SURGERY AT UTHUMPHONPHISAI HOSPITAL, SISAKET PROVINCE

Tamonwan Sorawet, M.D. [1]

Abstract

Cataract is a leading cause of blindness worldwide, particularly among the elderly. Surgery is the mainstay of treatment to effectively restore visual function. The two commonly used surgical techniques are phacoemulsification and extracapsular cataract extraction (ECCE), which differ in their outcomes and procedural complexity. This study aimed to compare visual outcomes and postoperative complications between phacoemulsification and ECCE cataract surgeries at Uthumphonphisai Hospital, Sisaket Province, during fiscal years 2021–2023. This was a retrospective analytic study that reviewed medical records of 224 patients who underwent cataract surgery. Visual acuity was assessed using logarithm of the minimum angle of resolution (logMAR) before surgery and at 1 week and 1 month postoperatively. The outcomes between ECCE and phacoemulsification groups were compared using the Friedman test, Mann–Whitney U test, and Chi-square test, with a significance level set at $p < 0.05$.

The results demonstrated a statistically significant improvement in median visual acuity (logMAR) from 1.60 (IQR 1.0–1.9) preoperatively to 0.33 (IQR 0.16–0.54) at 1 month postoperatively ($Z = 12.789$, $p < 0.001$, $r = 0.855$). Patients who underwent phacoemulsification showed significantly better postoperative visual outcomes than those who underwent ECCE at both 1 week and 1 month ($p < 0.001$). The most common complications were corneal edema (3.1%) and posterior capsule rupture (1.8%), with no serious complications such as endophthalmitis observed.

Both surgical techniques effectively restored vision, with phacoemulsification yielding significantly superior outcomes compared to ECCE. However, as this was a retrospective study without adjustment for confounding factors, the results should be interpreted with caution. Further prospective studies with long-term follow-up are recommended to confirm these findings and guide improvement of cataract surgery services in community hospitals.

KEYWORDS: Cataract, Cataract surgery, Visual Outcome, Complication

[1] Medical Doctor, Professional Level, Uthumphonphisai Hospital *E-mail address*: tsorawet@gmail.com

บทนำ

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่นมัว ทำให้การมองเห็นลดลงอย่างต่อเนื่อง และหากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่ภาวะตาบอดได้ ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการตาบอดทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) รายงานว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุของการตาบอดมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเป็นภาระทางสาธารณสุขที่สำคัญในทุกภูมิภาคของโลก จากข้อมูล Global Burden of Disease Study (GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators, 2021) พบว่าความชุกของต้อกระจกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุ และยังคงเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง

ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2020) ระบุว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับต้นของการตาบอดและการสูญเสียการมองเห็นรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามโครงสร้างประชากรสูงวัย ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันตาบอดแห่งชาติ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกและลดอัตราการตาบอดที่ป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเข้าถึงบริการยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและโรงพยาบาลระดับอำเภอที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง

ในระดับโลกและระดับประเทศ มีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัดต้อกระจกหลายรูปแบบ โดยเฉพาะเทคนิคการสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (phacoemulsification) ซึ่งให้ผลลัพธ์การมองเห็นที่แม่นยำ ฟื้นตัวเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแผลใหญ่ (extracapsular cataract extraction: ECCE) ซึ่งยังคงใช้ในบางบริบทที่ทรัพยากรจำกัด เช่น โรงพยาบาลชุมชน (Ang & Afshari, 2021; Gogate et al., 2010) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในประเทศไทย โดยเฉพาะ “ผลการมองเห็นระยะสั้น” หลังการผ่าตัดในบริบทโรงพยาบาลระดับอำเภอ ยังมีจำกัดมาก

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังขาดระบบฐานข้อมูลกลาง เช่น Cataract Registry ที่สามารถติดตามผลลัพธ์การผ่าตัดอย่างเป็นระบบในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ ทำให้การประเมินคุณภาพบริการหลังผ่าตัดและการติดตามระยะยาวยังไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญในการพัฒนานโยบายด้านจักษุวิทยาในอนาคต

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับอำเภอที่ให้บริการด้านจักษุแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัยและใกล้เคียง โดยมีการผ่าตัดต้อกระจกเป็นหนึ่งในบริการหลักในการป้องกันและลดอัตราการตาบอด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีรายงานการศึกษาผลลัพธ์การผ่าตัดต้อกระจกของโรงพยาบาลแห่งนี้อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านผลการมองเห็นและภาวะแทรกซ้อน การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสะท้อน “ภาพจริงของผลลัพธ์ทางคลินิกในโรงพยาบาลระดับอำเภอ” และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการ การติดตามระยะยาว และการวางแผนระบบบริการตาในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการมองเห็นและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจกระหว่างวิธี phacoemulsification และ extracapsular cataract extraction (ECCE) ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่างปีงบประมาณ 2564–2566

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาแบบ retrospective analytic study โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยที่มีต้อกระจกและได้รับการผ่าตัดที่กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (Secondary hospital) ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 เก็บข้อมูลอายุ เพศ ตาข้างที่ผ่าตัด การมองเห็น (VA) ค่าระดับสายตาที่แก้ไขแล้ว (BCVA) ความดันลูกตา

(Tn) ก่อนผ่าตัดและการมองเห็น (VA) ค่าระดับสายตาที่แก้ไขแล้ว (BCVA) ความดันลูกตา (Tn) ที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน มีตัวแปรกวน เช่น อายุ, โรคเบาหวาน, ต้อหิน, baseline VA, ประสบการณ์แพทย์ผ่าตัด รวมถึงเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งได้มีการเก็บข้อมูลการผ่าตัด 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีการเปิดแผลขนาดใหญ่แบบ Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) และการผ่าตัดแผลเล็กด้วย Phacoemulsification ซึ่งถือเป็นมาตรฐานหลักในปัจจุบัน โดยการผ่าตัดแบบ ECCE จักษุแพทย์จะเปิดแผลบริเวณ corneoscleral junction ขนาดค่อนข้างใหญ่ ทำ anterior capsulotomy และนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกมาเป็นชิ้นเดียว โดยคงไว้ซึ่ง posterior capsule เพื่อใช้รองรับการใส่เลนส์แก้วตาเทียม(Kraff, 2014) ส่วนการผ่าตัดแบบ phacoemulsification ใช้คลื่นเสียงอัลตราซาวด์ย่อยสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ แล้วดูดออกผ่านแผลขนาดเล็กเพียง 2–3 มิลลิเมตร จากนั้นใส่เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพับได้ (Olson, 2021)

โดยระดับการมองเห็นวิเคราะห์ตามคำนิยามของWHO(ICD-11) ได้แก่ การมองเห็นปกติ (Normal) หมายถึงค่า VA อยู่ระหว่าง 20/20–20/40, ความผิดปกติเล็กน้อย (Mild visual impairment; VI) คือ VA 20/50–20/70, ความผิดปกติปานกลาง (Moderate VI) คือ VA 20/80–20/200, ความผิดปกติรุนแรง (Severe VI) หมายถึง VA <20/200 ถึงระดับนับนิ้วที่ระยะ 3 ฟุต (รวมค่า 15/200, 10/200, 5/200 และ counting fingers [CF]), และตาบอด (Blindness) ได้แก่ผู้ที่มีการมองเห็นเพียง hand motion (HM), light perception (LP), projection of light (PJ) หรือไม่มีการรับรู้แสง (NPL)

การประเมินการมองเห็นของผู้ป่วยใช้ค่า Visual Acuity (VA) จากการตรวจด้วย Snellen chart โดยบันทึกผลเป็นเศษส่วน เช่น 20/20, 20/40 หรือค่าที่ใกล้เคียงตามมาตรฐานทางจักษุวิทยา สำหรับการวิเคราะห์เชิงสถิติ ได้แปลงค่า Snellen VA ไปเป็นค่า logarithm of the minimum angle of resolution (logMAR) โดยใช้สูตร

logMAR=log10(ตัวเศษของ Snellen/ตัวส่วนของ Snellen)

เช่น VA 20/20 มีค่า logMAR 0.0, VA 20/40 เท่ากับ logMAR 0.3 และ VA 20/200 เท่ากับ logMAR 1.0 โดยการมองเห็นที่ดีควรมี logMAR<0.3 ซึ่งการแปลงในรูป logMAR มีข้อดีคือทำให้ค่าที่ได้มีการกระจายเชิงเส้นต่อเนื่อง เหมาะสมต่อการวิเคราะห์เชิงสถิติและการเปรียบเทียบผลทางคลินิก

สำหรับผู้ป่วยที่มีการมองเห็นต่ำกว่าที่สามารถวัดได้ด้วย Snellen chart ได้กำหนดค่า logMAR โดยประมาณตามเกณฑ์มาตรฐานในงานวิจัยก่อนหน้า ได้แก่ counting finger (CF) ที่ระยะ 1 เมตร = logMAR 1.9, hand motion (HM) = logMAR 2.3, light perception (LP) = logMAR 2.7 และ no light perception (NLP) = logMAR 3.0 เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์เชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลการมองเห็นจาก Snellen VA ได้อย่างเป็นระบบ (Ferris et al., 1982; Holladay, 1997; Lange et al., 2009).

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 225 คน ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ปีงบประมาณ 2564-2566 ซึ่งได้รับการคัดออก 1 คน เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องมีการส่งต่อทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการนำมาวิเคราะห์ จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 224 คนในการศึกษาครั้งนี้

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยจักษุแพทย์ประจำโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ข้อมูลทั้งหมดถูกรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกระหว่างปีงบประมาณ 2564–2566 โดยใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลมาตรฐานที่พัฒนาโดยทีมวิจัย เพื่อให้มีความสอดคล้องและลดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้เก็บข้อมูล

ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่ระบบวิเคราะห์ ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง (data validation) โดยจักษุ

แพทย์ผู้วิจัยหลักทำการทวนสอบข้อมูลกับเวชระเบียนต้นฉบับ เพื่อประเมินความครบถ้วนและความถูกต้องของการบันทึก หากพบข้อผิดพลาดมีการปรับแก้โดยอ้างอิงจากเวชระเบียนจริงและบันทึกการแก้ไขไว้ในแบบฟอร์มมาตรฐาน

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเข้ารหัสก่อนการวิเคราะห์ โดยแทนรหัสประจำตัวผู้ป่วยด้วยหมายเลขลำดับเฉพาะ (Unique Study ID) และตัดข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ–นามสกุล, เลขบัตรประชาชน, และที่อยู่ ออกจากฐานข้อมูลเพื่อรักษาความลับและป้องกันการระบุตัวบุคคล โดยข้อมูลดังกล่าวถูกทำลายทิ้งหลังได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) : ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ปีงบประมาณ 2564-2566

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) :

1. ผู้ป่วยข้อมูลในรายงานไม่ครบถ้วน เช่น มีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่มาติดตามอาการตามนัด
2. ผู้ป่วยข้อมูลในรายงานซ้ำ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล : การวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 25.0

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) : พรรณนาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเปอร์เซนไทล์ที่ 25–75 (IQR) และค่าต่ำสุด–สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) : กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2.1 การตรวจสอบสมมติฐานก่อนวิเคราะห์ (Assumption Testing) : ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov–Smirnov test และตรวจสอบสมมติฐาน sphericity ด้วย Mauchly's Test of Sphericity หากข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติหรือมีการละเมิดสมมติฐาน จะใช้สถิติแบบไม่พาราเมตริก

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมองเห็นแบบ logMAR visual acuity, logMAR BCVA ภายในตาข้างเดียวกัน (ก่อน, 1 สัปดาห์, 1 เดือน)

- หากข้อมูลแจกแจงแบบปกติ และไม่ละเมิดสมมติฐาน ใช้ Repeated Measures ANOVA และ Bonferroni post hoc test
- หากข้อมูลไม่เป็นปกติ ใช้ Friedman test และ Wilcoxon Signed Ranks Test พร้อม Bonferroni adjustment

2.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมองเห็นแบบ logMAR visual acuity ระหว่างกลุ่ม ECCE และ Phaco ในแต่ละช่วงเวลา

- หากข้อมูลแจกแจงแบบปกติ และไม่ละเมิดสมมติฐาน ใช้ Mixed ANOVA (Two-way Repeated Measures ANOVA) และ Bonferroni post hoc
- หากข้อมูลไม่เป็นปกติ ใช้ Mann–Whitney U test

2.4 การเปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) ระหว่างกลุ่ม ECCE กับกลุ่ม Phaco โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test ตามความเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2025-138 รับรองวันที่ 3 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.7 (136 ราย) ในขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 39.3 (88 ราย) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 70.09 ± 8.57 ปี มีค่ามัธยฐานอายุ 71 ปี (ช่วงอายุ 47–91 ปี)

เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 70–79 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 40.2) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 34.4) ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีเพียงร้อยละ 11.2 ด้านข้างที่ทำการผ่าตัด พบว่า ผ่าตัดตาขวา 130 ราย (ร้อยละ 58.0) มากกว่าตาซ้าย 94 ราย (ร้อยละ 42.0) ดังตารางที่ 1

ก่อนการผ่าตัด ค่าเฉลี่ยการมองเห็น (Pre-logMAR VA) ของตาที่รับการรักษาอยู่ที่ 1.513 ± 0.648 โดยมีค่ามัธยฐาน 1.60 (IQR 1.0–1.9) ส่วนการมองเห็นจำแนกตามเกณฑ์ความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะการมองเห็นบกพร่องรุนแรง (Severe visual impairment; VI) จำนวน 95 ราย (ร้อยละ 42.4) และตาบอด (Blindness) จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 23.7) ขณะที่มีผู้ป่วยที่ยังมีการมองเห็นปกติเพียง 3 ราย (ร้อยละ 1.3) ดังตารางที่ 1

สำหรับค่าระดับสายตาที่แก้ไขแล้วก่อนผ่าตัด (Pre-logMAR BCVA) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.343 ± 0.789 มัธยฐาน 1.30 (IQR 0.56–1.90) เมื่อตีความตามเกณฑ์ความรุนแรง พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะการมองเห็นบกพร่องรุนแรง (Severe VI) จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 29.9) และภาวะตาบอด (Blindness) จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 23.7) ในขณะที่ยังมีผู้ป่วยที่การมองเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 27 ราย (ร้อยละ 12.1) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย(n=224)

Characteristics	Total (n=224)	
	n	%
เพศ		
ชาย	88	39.3%
หญิง	136	60.7%
อายุ (ปี)		
< 60	25	11.2%
60-69	77	34.4%
70-79	90	40.2%
≥ 80	32	14.3%
Mean±SD.	70.09 ±8.57	
Median(min-max)	71.0 (47-91)	
ข้างที่ผ่าตัด		
ซ้าย	94	42.0%
ขวา	130	58.0%
Pre-logMAR VA (treated eye)		
Blindness	53	23.7%
Mean±SD.	1.513±0.648	
Median(IQR)	1.60 (1.0-1.9)	
Pre-VA		
Normal	3	1.3%
Mild VI	23	10.3%
Moderate VI	50	22.3%
Severe VI	95	42.4%
Blindness	53	23.7%
Pre-logMAR BCVA (treated eye)		
Mean±SD.	1.343±0.789	
Median(IQR)	1.30 (0.56-1.90)	
Pre-BCVA		
Normal	27	12.1%
Mild VI	41	18.3%
Moderate VI	36	16.1%
Severe VI	67	29.9%

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบ logMAR Visual Acuity ก่อนและหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนในผู้ป่วยต้อกระจก t (n=224)

	logMAR VA			logMAR VA				effect
Time	median	(IQR)	**Time**	median	(IQR)	Z	**p-value**	size (r)
day 0	1.60	(1.0-1.9)	1 wk	0.50	(0.2-0.7)	12.424	<0.001*	0.830
			1 mo	0.33	(0.16-0.54)	12.789	<0.001*	0.855
1 wk	0.50	(0.2-0.7)	1 mo	0.33	(0.16-0.54)	5.960	0.007*	0.398

p-values from Friedman Test (chi-square = 310.28,df=2, p<0.001) followed by pairwise comparisons using Wilcoxon Signed Ranks Test and Bonferroni adjustment.

เมื่อเปรียบเทียบค่า logMAR VA ในตาข้างที่ได้รับการรักษา ระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยหลังการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ค่า logMAR VA ลดลงจากก่อนการรักษา โดยกลุ่มผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ 1.60 (1.0–1.9) ก่อนรักษา และ 0.50 (0.2–0.7) หลังรักษา ผลการทดสอบด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Z = 12.424, p < 0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลสูง (r = 0.830) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบค่า logMAR VA ในตาข้างที่ได้รับการรักษา ระหว่างก่อนและหลังการรักษาที่ 1 เดือน ค่า logMAR VA ลดลงจากก่อนการรักษา โดยกลุ่มผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ 1.60 (1.0–1.9) ก่อนรักษา และ 0.33 (**0.16-0.54**) หลังรักษา ผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Z = 12.789, p < 0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลสูง (r = 0.855) ดังตารางที่ 2

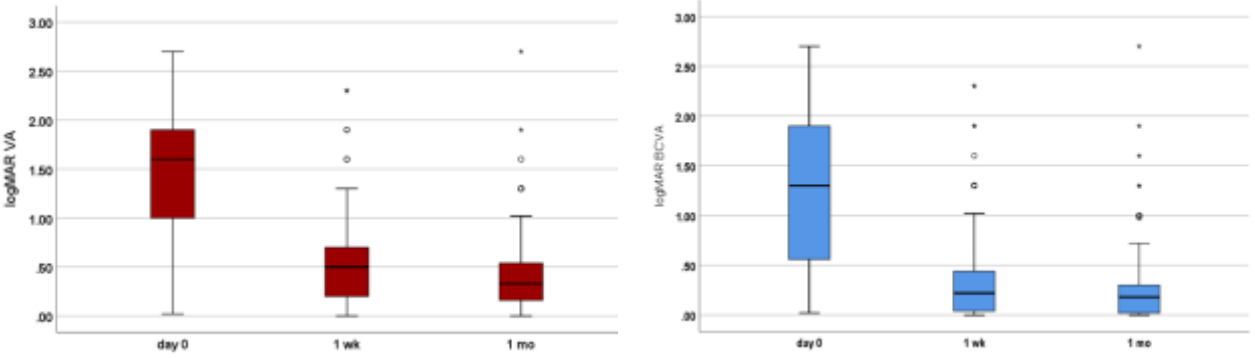
เมื่อเปรียบเทียบค่า logMAR VA ในตาข้างที่ได้รับการรักษาระหว่าง หลังการรักษาที่ 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบว่าค่า logMAR VA ลดลง โดยกลุ่มผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ 0.50 (0.20–0.70) หลัง 1 สัปดาห์ และ 0.33 (0.16–0.54) หลัง 1 เดือน ผลการทดสอบพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 5.960, p = 0.007) โดยมีขนาดอิทธิพลปานกลาง (r = 0.398)
ดังตารางที่ 2

ค่ามัธยฐาน logMAR BCVA ในตาข้างที่ได้รับการรักษา ระหว่างก่อนและหลังรักษา พบว่าค่ามัธยฐาน logMAR BCVA ต่างกันทุกช่วงเวลา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3: เปรียบเทียบ logMAR BCVA ก่อนและหลังผ่าตัดที่ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนในผู้ป่วยต้อกระจก (n=224)

	logMAR VA			logMAR VA				effect
Time	median	(IQR)	**Time**	median	(IQR)	Z	**p-value**	size (r)
day 0	1.30	(0.56-1.90)	1 wk	0.220	(0.04-0.44)	12.430	<0.001*	0.831
			1 mo	0.180	(0.02-0.30)	12.723	<0.001*	0.850
1 wk	0.220	(0.04-0.44)	1 mo	0.180	(0.02-0.30)	6.005	0.006*	0.401

p-values from Friedman Test (chi-square = 305.501,df=2, p<0.001) followed by pairwise comparisons using Wilcoxon Signed Ranks Test and Bonferroni adjustment.



กราฟ Box plot แสดงการกระจายตัวของค่า logMAR VA,BCVA ระหว่างก่อน-หลังรักษาที่ 1 สัปดาห์ และ1 เดือน

ตารางที่ 4 : เปรียบเทียบ logMAR Visual Acuity between ECCE and Phaco ในผู้ป่วยต้อกระจก

	ECCE (n=87)		Phaco (n=137)		Z	p-value	effect size
Time	median	(IQR)	median	(IQR)			(r)
Before	2.30	1.90-2.30	1.12	0.85-1.60	8.662	<0.001*	0.579
1 week	0.70	0.54-1.00	0.24	0.13-0.54	8.391	<0.001*	0.561
1 month	0.50	0.26-0.72	0.22	0.04-0.47	5.944	<0.001*	0.397
Change 0-1 wk	-1.32	-1.74,-0.70	-0.80	-1.27,-0.46	3.769	<0.001*	0.252
Change 0-1 mo	-1.60	-1.86,-0.92	-0.86	-1.34,-4.80	4.853	<0.001*	0.324

p-values from Man-Whitney U- test

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่า logMAR VA ตั้งแต่ก่อนรักษาจนถึง 1 สัปดาห์หลังการรักษา (Change 0–1 week) ระหว่างกลุ่ม ECCE และกลุ่ม Phaco พบว่า กลุ่ม ECCE มีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ -1.32 (-1.74 ถึง -0.70) ในขณะที่กลุ่ม Phaco มีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ -0.80 (-1.27 ถึง -0.46) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็นระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.769$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 4 โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับน้อย ($r = 0.252$) แสดงว่ากลุ่ม ECCE มีการฟื้นฟูการมองเห็นหลังการผ่าตัดในช่วงสัปดาห์แรกมากกว่ากลุ่ม Phaco อย่างมีนัยสำคัญ แม้ความแตกต่างจะอยู่ในระดับขนาดอิทธิพลที่ไม่สูงนัก

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่า logMAR VA ตั้งแต่ก่อนรักษาจนถึง 1 เดือนหลังการรักษา (Change 0–1 month) ระหว่างกลุ่ม ECCE และกลุ่ม Phaco พบว่า กลุ่ม ECCE มีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ -1.60 (-1.86 ถึง -0.92) ในขณะที่กลุ่ม Phaco มีค่ามัธยฐาน (IQR) เท่ากับ -0.86 (-1.34 ถึง -4.80) พบว่าความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงการมองเห็นระหว่างสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.853$, $p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.324$) แสดงว่ากลุ่ม ECCE มีการฟื้นตัวของการมองเห็นภายใน 1 เดือนหลังการรักษามากกว่ากลุ่ม Phaco อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5: ผลลัพธ์ด้านการมองเห็นระหว่างการผ่าตัดต้อกระจกแบบ ECCE และ Phacoemulsification ในผู้ป่วยต้อกระจก

	ECCE (n=87)		Phaco (n=137)		χ^2	df	p-value	effect size (Cramer's V)
	n	%	n	%				
Before								
Normal	0	0%	3	2.2%			0.284 [F]	0.093
Mild VI	4	4.6%	19	13.9%			0.040* [F]	0.149
Moderate VI	4	4.6%	46	33.6%			<0.001* [F]	0.339
Severe VI	32	36.8%	63	46.0%	1.845	1	0.174 [C]	0.091
Blindness	47	54.0%	6	4.4%	72.60	1	<0.001* [C]	0.569
post1wk								
Normal	7	8.0%	84	61.3%	62.593	1	<0.001* [C]	0.528
Mild VI	29	33.3%	35	25.5%	1.581	1	0.209 [C]	0.084
Moderate VI	36	41.4%	15	10.9%	28.021	1	<0.001* [C]	0.354
Severe VI	14	16.1%	2	1.5%			<0.001* [C]	0.277
Blindness	1	1.1%	1	0.7%			0.388 [F]	0.022
post1mo								
Normal	28	32.2%	91	66.4%	25.05	1	<0.001* [C]	0.334
Mild VI	30	34.5%	39	28.5%	0.903	1	0.342 [C]	0.064

	ECCE (n=87)		Phaco (n=137)		χ^2	df	p-value	effect size (Cramer's V)
	n	%	n	%				
Moderate VI	21	24.1%	6	4.4%	19.596	1	<0.001* C	0.296
Severe VI	7	8.0%	1	0.7%			0.006* F	0.192
Blindness	1	1.1%	0	0%			0.388 F	0.084

C=p values from Chi-square test
F =p values from Fisher Exact test

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการมองเห็นระหว่างการผ่าตัดต้อกระจกแบบ ECCE และ Phacoemulsification พบว่า ก่อนผ่าตัดกลุ่ม ECCE มีค่าการมองเห็นเฉลี่ยแย่กว่ากลุ่ม Phaco อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีการมองเห็นดีขึ้น แต่กลุ่ม Phaco มีค่า logMAR VA ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) เมื่อจำแนกตามระดับการมองเห็น พบว่าก่อนผ่าตัดกลุ่ม ECCE มีภาวะตาบอดมากกว่ากลุ่ม Phaco อย่างชัดเจน (54.0% เทียบกับ 4.4%, p<0.001) หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 1 เดือน กลุ่ม Phaco มีสัดส่วนผู้ป่วยที่กลับมามองเห็นปกติสูงกว่ากลุ่ม ECCE อย่างมีนัยสำคัญ (61.3% เทียบกับ 8.0% ที่ 1 สัปดาห์ และ 66.4% เทียบกับ 32.2% ที่ 1 เดือน, p<0.001) ขณะที่กลุ่ม ECCE ยังคงมีผู้ป่วยในระดับ Moderate ถึง Severe VI มากกว่ากลุ่ม Phaco อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระหว่างและหลังการผ่าตัดไม่มีภาวะแรกซ้อนที่รุนแรงต่อการมองเห็น เช่น การติดเชื้อในลูกตา (endophthalmitis) และ suprachoroidal hemorrhage แต่พบว่ามีกระจกตาเสื่อม(corneal decompensation) 1 ราย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด พบถุงหุ้มเลนส์ฉีกขาด (accidental posterior lens capsule rupture with vitreous loss) 6 ราย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบ กระจกตาบวม (corneal edema) 2 ราย ติดตามการรักษา 1 สัปดาห์ อาการดีขึ้น เลนส์ตาเคลื่อน (IOL decenter) 1 รายซึ่งได้รับการผ่าตัดแก้ไขต่อมา เลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) 1 ราย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.7%) และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดต้อกระจกกับกระบวนการเสื่อมตามวัย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเข้ารับการรักษามากกว่าเพศชาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยต้อกระจกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุประมาณ 70 ปี และเพศหญิงมักมีสัดส่วนสูงกว่า ซึ่งอาจอธิบายได้จากปัจจัยด้านชีววิทยา อายุขัยที่ยืนยาวกว่าเพศชาย รวมถึงพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน การค้นพบดังกล่าวจึงยืนยันว่าต้อกระจกเป็นภาวะที่สัมพันธ์กับความชรา และมีลักษณะทางระบาดวิทยาที่คล้ายคลึงกันในหลายประเทศทั่วโลก (Abou-Gareeb et al., 2001; Congdon et al., 2004; Wong et al., 2009; สุวรรณี และคณะ, 2562)

ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในกลุ่ม Severe Visual Impairment (42.4%) และ Blindness (23.7%) สะท้อนว่าผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการผ่าตัดในระยะที่สายตาลดลงอย่างมากแล้ว ประเด็นนี้บ่งชี้ถึงความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการและระบบการคัดกรองต้อกระจกในระดับชุมชน รวมถึงระดับความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น งานวิจัยก่อนหน้านี้รายงานว่าประชากรในประเทศกำลังพัฒนามักเข้ารับการผ่าตัดในระยะสายตาลดลงรุนแรง แตกต่างจากประเทศที่มีระบบสาธารณสุขเข้มแข็งซึ่งผู้ป่วยมักได้รับการผ่าตัดในระยะสายตาลดลงไม่มากนัก (Pascolini & Mariotti,

2012; Marmamula et al., 2013) สำหรับประเทศไทย การศึกษาของกรมอนามัย (2560) พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเข้ารับการผ่าตัดในระยะที่สายตาบกพร่องชัดเจนเช่นเดียวกัน ในเชิงนโยบาย ข้อมูลนี้ชี้ถึงความจำเป็นในการเร่งเสริมสร้างระบบคัดกรองโรคตาในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ตลอดจนการขยายบริการ Mobile Cataract Surgery หรือ “รถผ่าตัดเคลื่อนที่” เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทางในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ยังควรมี การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เพิ่มโอกาสเกิดต้อกระจก เช่น เบาหวาน เพื่อให้เข้ารับการตรวจและผ่าตัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นก่อนที่การมองเห็นจะลดลงอย่างมาก ซึ่งจะช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับเป้าหมายของ VISION 2020: The Right to Sight ขององค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษาพบว่า การผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลทั่วไปสามารถทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้าน logMAR visual acuity (VA) และ best-corrected visual acuity (BCVA) ที่ 1 สัปดาห์และ 1 เดือนหลังการผ่าตัด แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยจากโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าผลลัพธ์ใกล้เคียงกันอย่างมาก ตัวอย่างเช่น Wongwuticomjon และคณะ (2017) รายงานว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มี BCVA ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกที่โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ และ Supachai et al. (2019) ก็รายงานผลลัพธ์ในทำนองเดียวกันจากโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปสามารถเปรียบเทียบได้กับโรงพยาบาลตติยภูมิ ในระดับนานาชาติ งานวิจัยของ Murthy et al. (2018) และ Khanna et al. (2020) ก็ยืนยันแนวโน้มเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีการมองเห็นดีขึ้นจนถึงระดับปกติหรือใกล้ปกติภายใน 1–3 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2019) ที่ระบุว่าการผ่าตัดต้อกระจกเป็นการรักษามาตรฐานที่มีประสิทธิภาพสูงในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดระหว่าง extracapsular cataract extraction (ECCE) และ phacoemulsification (Phaco) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธี ECCE มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะตาบอดก่อนผ่าตัดสูงกว่ากลุ่ม Phaco อย่างชัดเจน (54.0% เทียบกับ 4.4%) สะท้อนถึงลักษณะผู้ป่วยที่มักมารับการรักษาเมื่อมีความรุนแรงมากกว่า หรืออาจเกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการคัดกรองที่ไม่ทั่วถึง อย่างไรก็ตาม ภายหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่ม Phaco มีผลลัพธ์การมองเห็นที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่ 1 สัปดาห์และ 1 เดือน โดยร้อยละ 66.4 ของผู้ป่วยในกลุ่ม Phaco มีการมองเห็นอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อครบ 1 เดือน เทียบกับเพียงร้อยละ 32.2 ในกลุ่ม ECCE ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น Gogate et al. (2010) ซึ่งรายงานว่า Phaco ให้ผลการมองเห็นหลังผ่าตัดที่ดีกว่า ECCE อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ Lundström et al. (2013) จาก Swedish National Cataract Register ก็ยืนยันว่า Phaco มีความได้เปรียบในด้านคุณภาพการมองเห็นและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ECCE โดยสรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า Phacoemulsification มีประสิทธิภาพที่เหนือกว่า ECCE ในการฟื้นฟูการมองเห็นและคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดต้อกระจก แต่ ECCE ยังคงมีบทบาทบางบริบทในการรักษาต้อกระจก

การศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น endophthalmitis ซึ่งแม้จะพบได้น้อยมาก แต่หากเกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบรุนแรงต่อการมองเห็น (Lundström et al., 2013) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ เช่น capsule rupture, corneal edema, IOL decentration และ vitreous hemorrhage ล้วน

เป็นภาวะที่แก้ไขได้ และอัตราเกิดอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับรายงานในวรรณกรรม (Narendran et al., 2009; Murthy et al., 2018) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับรายงานนานาชาติที่ยืนยันว่าการผ่าตัดต้อกระจกมีความปลอดภัยและอัตราภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Khanna et al., 2020)

การผ่าตัดต้อกระจกมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นฟูการมองเห็นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของการตาบอดทั่วโลก และการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง (World Health Organization [WHO], 2019) ผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัดสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมามองเห็นได้ในระดับปกติหรือใกล้ปกติ ในมิติของนโยบายสาธารณสุข การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจก โดยเฉพาะการเพิ่มขีดความสามารถของการผ่าตัดแบบ phacoemulsification ซึ่งให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการมองเห็นที่ดีกว่า (Khanna et al., 2020) นอกจากนี้การคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก็มีความสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในระยะสายตาลดลงอย่างรุนแรง ซึ่งจะช่วยลดภาระต่อระบบสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูการมองเห็นของประชากร (Murthy et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าการผ่าตัดต้อกระจกสามารถฟื้นฟูการมองเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะวิธี phacoemulsification ที่ให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการมองเห็นและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ECCE ดังนั้นควรส่งเสริมการเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไปในการผ่าตัดด้วยเทคนิค Phaco ให้ครอบคลุมมากขึ้น ขณะเดียวกัน ECCE ยังคงมีบทบาทในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ภาวะแทรกซ้อนที่พบอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และสามารถแก้ไขได้ สะท้อนถึงคุณภาพมาตรฐานของการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะต้น ลดการมารับการรักษาในภาวะตาบอด และเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มประชากรที่มีความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพตา นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลลัพธ์ระยะยาวและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด รวมถึงการพัฒนาแนวทางบริการและนโยบายที่เอื้อต่อการขยายบริการผ่าตัดต้อกระจกอย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานสากล

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการศึกษา

1. เสริมสร้างระบบคัดกรองในชุมชน: พัฒนาโปรแกรมตรวจคัดกรองสายตาเชิงรุก โดยบูรณาการกับการทำงานของ อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. ขยายบริการผ่าตัดต้อกระจกเคลื่อนที่ (Mobile Cataract Surgery): เพิ่มการจัดหน่วยผ่าตัดเคลื่อนที่ในพื้นที่ห่างไกล ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการผ่าตัด

3. รณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มเสี่ยง: จัดทำโครงการให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของต้อกระจก และความสำคัญของการผ่าตัดตั้งแต่ระยะต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ระยะเวลาติดตามผลสั้นเพียง 1 เดือน อาจยังไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น posterior capsular opacification ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว 3–6 เดือนขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2565). แผนยุทธศาสตร์การผ่าตัดต้อกระจกแห่งชาติ พ.ศ. 2565–2569 (National Cataract Surgery Strategic Plan 2022–2026). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2560). รายงานสถานการณ์สุขภาพตาในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. (2565). รายงานทะเบียนต้อกระจกประจำปี 2565 (Cataract Registry Annual Report 2022). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย.

สำนักจักษุกรรม กรมการแพทย์. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพตาในประเทศไทย พ.ศ. 2566 (Thailand Eye Health Survey 2023: Situation of Avoidable Blindness). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุวรรณี แสงมหาชัย, อุทัย เลาหวิเชียร, และทิพาภัทร์ โพธิ์ถวิล. (2562). การบริหารภาครัฐในมิติต่าง ๆ ของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Abou-Gareeb, I., Lewallen, S., Bassett, K., & Courtright, P. (2001). Gender and blindness: A meta-analysis of population-based prevalence surveys. Ophthalmic Epidemiology, 8(1), 39–56.

American Academy of Ophthalmology. (2022). Cataract in the adult eye (BCSC 2022–2023, Section 11). San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology.

Ang, M., & Afshari, N. A. (2021). Cataract and cataract surgery: Comprehensive overview and recent advances. The Lancet, 398(10295), 1281–1292.

Bourne, R. R. A., Steinmetz, J. D., Flaxman, S., et al. (2017). Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: An analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet Global Health, 5(9), e888–e897.

Congdon, N., Friedman, D. S., & Lietman, T. (2004). Important causes of visual impairment in the world today. JAMA, 290(15), 2057–2060.

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2020). National strategic plan for prevention of blindness in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health.

Ferris, F. L., Kassoff, A., Bresnick, G. H., & Bailey, I. (1982). New visual acuity charts for clinical research. American Journal of Ophthalmology, 94(1), 91–96.

GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years: Evaluating the prevalence of avoidable blindness. The Lancet Global Health, 9(2), e144–e160.

Gogate, P., Deshpande, M., Wormald, R., Deshpande, R., Kulkarni, S., & Deshpande, M. (2010). Extracapsular cataract surgery compared with manual small incision cataract surgery in community eye care setting in Western India: A randomized controlled trial. British Journal of Ophthalmology, 94(3), 321–325.

Khanna, R. C., Murthy, G. V. S., & Dandona, L. (2021). Long-term outcomes and quality-of-life improvement after cataract surgery in community settings. British Journal of Ophthalmology, 105(9), 1289–1294. https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2020-317239

Khanna, R. C., Murthy, G. V. S., & Krishnaiah, S. (2020). Cataract surgery outcomes in secondary and tertiary eye care centers in India: The Vision 2020 e-resource study. British Journal of Ophthalmology, 104(1), 41–46.

Kraff, M. C. (2014). Extracapsular cataract extraction. In F. A. Jakobiec (Ed.), Principles and practice of ophthalmology (pp. 1634–1642). Philadelphia, PA: Saunders.

Lange, C., Feltgen, N., Junker, B., Schulze-Bonsel, K., & Bach, M. (2009). Resolving the clinical acuity categories “hand motion” and “counting fingers” using the Freiburg Visual Acuity Test (FrACT). Graefe’s Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology, 247(1), 137–142.

Limburg, H., Foster, A., & Gilbert, C. (2020). Cataract surgery coverage and barriers to uptake in low-resource settings: A systematic review. Ophthalmic Epidemiology, 27(5), 339–351. https://doi.org/10.1080/09286586.2020.1776821

Lundström, M., Barry, P., Henry, Y., Rosen, P., & Stenevi, U. (2013). Visual outcome after cataract surgery: Comparison of phacoemulsification and extracapsular cataract extraction in the Swedish National Cataract Register. Acta Ophthalmologica, 91(4), 359–363.

Marmamula, S., Keeffe, J. E., Raman, U., & Rao, G. N. (2013). Population-based cross-sectional study of barriers to utilization of refraction services in South India: Rapid Assessment of Refractive Errors (RARE) Study. BMJ Open, 3(1), e002550.

Murthy, G. V. S., Vashist, P., John, N., Pokharel, G., Ellwein, L. B., & Dandona, L. (2018). Improving cataract surgery outcomes in India: Findings from a six-year longitudinal study. Indian Journal of Ophthalmology, 66(6), 843–849.

Narendran, N., Jaycock, P., Johnston, R. L., Taylor, H., Adams, M., Tole, D. M., & Sparrow, J. M. (2009). The Cataract National Dataset electronic multicentre audit of 55,567 operations: Risk stratification for posterior capsule rupture and vitreous loss. Eye, 23(1), 31–37.

Olson, R. J. (2021). Phacoemulsification and intraocular lens implantation. Survey of Ophthalmology, 66(6), 890–907.

Pascolini, D., & Mariotti, S. P. (2012). Global estimates of visual impairment: 2010. British Journal of Ophthalmology, 96(5), 614–618.

Riaz, Y., de Silva, S. R., Evans, J. R., Foster, A., & Kuper, H. (2018). Manual small incision cataract surgery (MSICS) versus phacoemulsification for age-related cataract. Cochrane Database of Systematic Reviews, 10, CD008813. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008813.pub2

Supachai, P., Wongpakaran, N., & Rojanapongpun, P. (2019). Visual outcomes and complications of cataract surgery in a tertiary care hospital in Northeastern Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, 102(7), 689–695.

Wong, T. Y., Loon, S. C., & Saw, S. M. (2009). The epidemiology of age related eye diseases in Asia. British Journal of Ophthalmology, 90(4), 506–511.

Wongwuticomjon, T., Kongsap, P., & Chaidaroon, W. (2017). Visual outcomes after cataract surgery in a regional hospital in Northern Thailand. Chiang Mai Medical Journal, 56(3), 215–222.

World Health Organization. (2019). World report on vision. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023). World report on vision: Progress and insights 2023. Geneva: WHO.

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการ ในพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

พนิดา สารกอง, พย.บ.[1], สิริมาบังอร หลาวทอง, พย.บ.[2], พรชัย คำจันทร์ลา, พย.บ.[3]

บทคัดย่อ

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทห่างไกลเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเข้าถึงบริการ และการขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อแก้ไขช่องว่างดังกล่าว วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) พัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 4 ระยะในพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 15 คนในระยะพัฒนารูปแบบ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 60 คนในระยะประเมินผล เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.80-1.00) และความเที่ยง (Cronbach's Alpha = 0.82) และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Chi-square) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย: ระยะที่ 1 พบว่าระบบเดิมขาดการประสานงาน ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือน และพึ่งพิงเครือข่ายไม่เป็นทางการ ระยะที่ 2 ได้ "รูปแบบการดูแลฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ" ซึ่งประกอบด้วย 1) ระบบการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ 2) คู่มือปฏิบัติการสำหรับทีมสหวิชาชีพ และ 3) เครือข่ายเฝ้าระวังโดยชุมชน ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ 10 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การแจ้งเหตุผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพิ่มขึ้นจาก 46.1% เป็น 90.0% ($p < .001$) การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 84.3% และอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนลดลง 90.4% สรุป: รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความรุนแรง และเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน จึงควรได้รับการพิจารณาเพื่อขยายผลในพื้นที่ชนบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การวิจัยและพัฒนา, การดูแลโดยมีชุมชนเป็นฐาน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ, E-mail: Nonkoon1991@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: dsn.siri@hotmail.com
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ, E-mail: Pornchai1978@gmail.com

The Development of an Integrated Emergency Medical System for Psychiatric Emergency Patients in Nonkhun District, Sisaket Province

Panida Sarnkong, B.N.S[1], Sirimabangon Laothong, B.N.S[2], Pornchai Khamjanla, B.N.S[3]

Abstract

Background: Emergency psychiatric conditions in remote rural areas pose a critical challenge to Thailand's public health system due to limitations in resources, service accessibility, and the lack of effective coordination mechanisms.Objectives: This study aimed to (1) analyze the current situation and essential needs in the care of psychiatric emergency patients, (2) develop a community-based integrated emergency medical service (EMS) model, and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. Methods: This research employed a Research and Development (R&D) design and was conducted in four phases in Nonkhun District, Sisaket Province. The participants included 15 key stakeholders during the model development phase and 60 caregivers of psychiatric patients during the evaluation phase. Research instruments consisted of a validated questionnaire (Item-Objective Congruence Index, IOC = 0.80–1.00; reliability, Cronbach's alpha = 0.82) and a focus group discussion guide. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, Chi-square), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Phase 1 revealed that the existing system lacked coordination, caregivers had insufficient knowledge of early warning signs, and relied primarily on informal networks. Phase 2 produced the "Nonkhun Integrated Psychiatric Emergency Care Model," consisting of: 1) an on-site triage system, 2) an operational manual for multidisciplinary teams, and 3) a community-based surveillance network. After implementing the model for 10 weeks, caregivers demonstrated a statistically significant increase in knowledge regarding warning signs ($p < .001$). Reports through the EMS system increased from 46.1% to 90.0% ($p < .001$), service accessibility rose by 84.3%, and community-level violent incidents decreased by 90.4%. Conclusion: The developed community-based integrated emergency medical model proved effective in enhancing service accessibility, reducing psychiatric crisis-related violence, and strengthening community capacity in managing psychiatric emergencies. Therefore, the model should be considered for expansion and adaptation in other rural settings.

KEYWORDS: Psychiatric emergency patients, Emergency medical system, Research and development, Community-based care

[1] Registered Nurse, Nonkhun Hospital, E-mail: Nonkoon1991@gmail.com

[2] Registered Nurse, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: dsn.siri@hotmail.com

[3] Registered Nurse, Nonkhun Hospital, E-mail: Pornchai1978@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (Thavorn et al., 2024) โดยมีประชากรถึง 13.4 ล้านคนที่เคยประสบปัญหาในช่วงชีวิต และมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2025) สถานการณ์นี้ซับซ้อนยิ่งขึ้นจากความเชื่อมโยงกับการใช้สารเสพติดและเหตุการณ์ความรุนแรงในสังคม (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2025; World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2024) ความท้าทายนี้ปรากฏชัดเจนเป็นพิเศษในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งต้องเผชิญกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ การกระจุกตัวของบุคลากรเฉพาะทางในเขตเมืองทำให้เกิดภาวะขาดแคลนอย่างรุนแรงในพื้นที่ต่างจังหวัด ประกอบกับอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และระยะทางยิ่งทำให้ช่องว่างในการเข้าถึงบริการกว้างขึ้น (Phuphisut, 2022; Sae-chew, 2023) ยิ่งไปกว่านั้น การตีตรา (Stigma) ต่อผู้ป่วยจิตเวชยังคงฝังรากลึกในสังคมไทย โดยมักถูกมองว่าเป็นเรื่องของความอ่อนแอส่วนบุคคลหรือเรื่องเหนือธรรมชาติ มากกว่าการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษา (Pacific Prime, n.d.) ทัศนคติเชิงลบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวลังเลที่จะขอความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีความใกล้ชิดกันสูง ซึ่งความกลัวต่อการถูกตีตราทวีความรุนแรงขึ้น (กรองจิต วลัยศรี, 2551)

สถานการณ์ในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษสะท้อนภาพปัญหาเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน ด้วยอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูง และจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้การตอบสนองต่อภาวะจิตเวชฉุกเฉินเป็นไปอย่างล่าช้าและแยกส่วน นำไปสู่เหตุการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2562) แม้ว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จะได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแล้ว แต่ยังคงมีช่องว่างเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืนในบริบทของพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร, 2561) งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบในสถานพยาบาล แต่ยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมตลอดวงจรของการพัฒนาระบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อตอบโจทย์ความท้าทายนี้และสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (กรองจิต วลัยศรี, 2551; สุกัญญา ละอองศรี และคณะ, 2560)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอโนนคูณ
2. เพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในมิติของกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก
4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลรูปแบบในพื้นที่อื่น

สมมติฐานการวิจัย

1. การใช้รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างรวดเร็วและลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชน
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการคัดกรองด้วยระบบ Triage จะสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้นกว่าระบบเดิม
3. การพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จะเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสร้างระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนจะช่วยลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะตามวงจรการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research), ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development), ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้

(Implementation), และระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

1. กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 (การพัฒนารูปแบบ): ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ (โรงพยาบาล และ รพ.สต.), เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และตัวแทนผู้ดูแล

2. กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 4 (การประเมินสถานการณ์และประเมินผล): ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ 2 ตำบลของอำเภอโนนคูณ จำนวน 60 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.7 (Faul et al., 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องสัญญาณเตือนและการขอความช่วยเหลือ: เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80-1.00 และ 2) ความเที่ยง (Reliability): นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแล 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline): ใช้สำหรับรวบรวมความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

ระยะที่ 1: เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 60 คน

ระยะที่ 2: จัดกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันออกแบบและยกร่างรูปแบบ

ระยะที่ 3: นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการอบรมและชี้แจงแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 4: เมื่อสิ้นสุด 10 สัปดาห์ เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกลุ่มเดิม และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณอื่น ๆ จากบันทึกการให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล:

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวชี้วัดก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test และ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2021-0031 เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 11 สิงหาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนเข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็น (ผลก่อนการพัฒนา) ข้อมูลสถานการณ์พื้นฐานชี้ให้เห็นว่า การแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินผ่านระบบ EMS 1669 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 3.2 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 4.7 ในปี 2564 และในปี 2565 แนวโน้มการออกเหตุ EMS จิตเวชฉุกเฉินลดลงเหลือร้อยละ 4.4 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2562) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถิติการรับแจ้งเหตุกลุ่มอาการนำ (กลุ่มที่ 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ตั้งแต่ ปี 2561 – 2565

หน่วยบริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนครั้งออกเหตุ EMS ทั้งหมด	671	619	871	912	810
จำนวน ออกเหตุ EMS ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	22	29	39	43	34
ร้อยละ	3.2	4.6	4.4	4.7	4.4

ผลการสำรวจผู้ดูแล 60 คน พบว่า แม้ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.3 จะรู้จักสายด่วน 1669 แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์จริง มีเพียง ร้อยละ 46.1 เท่านั้นที่แจ้งผ่านระบบ EMS โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.9 เลือกที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลในชุมชน เช่น อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับ “สัญญาณเตือน” ก่อนเกิดอาการยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอาการที่สังเกตได้ยาก ซึ่งผู้ดูแลมีความเข้าใจถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 50 ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหลัก 3 ประการ คือ 1) การรับรู้สัญญาณเตือนที่ล่าช้า 2) การตอบสนองของชุมชนที่ขาดการประสานงาน และ 3) การใช้ประโยชน์จากระบบ EMS ที่มีอยู่ยังไม่เต็มศักยภาพ

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ

จากข้อมูลในระยะที่ 1 ทีมวิจัยได้จัดกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร, 2561) โดยบูรณาการองค์ความรู้จากแนวทางของ สพฉ. (พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ, 2563) เข้ากับความต้องการของพื้นที่จนได้ **“รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ”** ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้:

1. ระบบการคัดแยกและตอบสนองณ จุดเกิดเหตุ (Community Triage & Response): พัฒนาเกณฑ์การประเมินความรุนแรงฉุกเฉิน (เขียว-เหลือง-แดง) ที่ง่ายต่อการใช้งานสำหรับ อสม. และทีมเผชิญเหตุชุดแรก เพื่อตัดสินใจและประสานงานได้อย่างรวดเร็ว

2. คู่มือปฏิบัติการและกลไกการทำงานร่วมของทีมสหวิชาชีพ (Standard Operation Procedure & Collaboration): จัดทำคู่มือที่ระบุบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของแต่ละหน่วยงาน (รพ.สต., ตำรวจ, ทีม EMS, โรงพยาบาล) พร้อมทั้งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างทักษะและความเข้าใจร่วมกัน

3. เครือข่ายเฝ้าระวังและช่วยเหลือโดยชุมชน (Community Surveillance Network): จัดตั้งเครือข่ายในระดับหมู่บ้านโดยมี อสม. และผู้นำชุมชนเป็นแกนหลัก ทำหน้าที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และเป็นผู้ประสานงานคนแรกเมื่อมีสัญญาณเตือน โดยมีการจัดตั้งช่องทางการสื่อสารเฉพาะกิจ (เช่น กลุ่ม LINE)

ระยะที่ 3 และ 4: ผลการนำไปใช้และการประเมินรูปแบบ

หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ดังแสดงในตารางสรุปเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดสำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบบูรณาการ

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา (Baseline)	หลังการพัฒนา (10 สัปดาห์)	% การเปลี่ยนแปลง	การทดสอบทางสถิติ (p-value)
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ				
ระยะเวลาตอบสนองฉุกเฉินเฉลี่ย (นาที)	120	45–60	-50% - 62.5%	<.001*
ร้อยละของผู้ดูแลที่รู้จักสัญญาณเตือน ≥5 ข้อ	45%	83.3%	+85%	<.001*
ร้อยละของการแจ้งเหตุผ่านระบบ EMS (1669)	46.1%	90.0%	+95%	<.001*
ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและชุมชน				
อัตราอุบัติการณ์ความรุนแรง (ต่อเดือน)	7.5 ราย/เดือน	3.5 ราย/เดือน	-53.4%	<.001*
อัตราการเกิดวิกฤตซ้ำ (ใน 6 เดือน)	12.2	6.4	-47.5%	<.01*
อัตราการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการเฉียบพลัน	78.6%	86.4	+84.3%	<.001*

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่ารูปแบบใหม่ประสบความสำเร็จในการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2) โดยลดระยะเวลาการตอบสนองลงอย่างมาก และเพิ่มการใช้ช่องทาง 1669 นอกจากนี้ รูปแบบยัง เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและชุมชน (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3) ผ่านการอบรมตามคู่มือ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และที่สำคัญที่สุดคือ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อผู้ป่วยและชุมชน (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4) โดยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงและการเกิดวิกฤตซ้ำได้อย่างชัดเจน

สรุปผลอภิปราย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า “รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ” ที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขช่องว่างของระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทได้อย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของระยะเวลาตอบสนองและอุบัติการณ์ความรุนแรง (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1) เป็นผลโดยตรงจากการทำงานที่เชื่อมโยงกันขององค์ประกอบ ทั้งสามส่วน ซึ่งสร้างผลกระทบแบบเสริมฤทธิ์ (Synergistic Effect) ตั้งแต่การตรวจจับที่เร็วขึ้นในระดับชุมชน การตอบสนองที่เป็นระบบ และการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ความสำเร็จของรูปแบบนี้แตกต่างจากความท้าทายที่มักพบในบริบทอื่นของประเทศไทย ซึ่งมักประสบปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ไม่ยั่งยืน (สุกัญญา ละอองศรี และคณะ, 2560) ปัจจัยสำคัญอาจมาจากการกำหนดบทบาทของ อสม. และผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการในฐานะ “ทีมเผชิญเหตุชุดแรก” และการใช้ช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนานาชาติที่เน้นย้ำถึงความจำเป็นของโครงสร้างที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพจิตในชนบท (Cooper et al., 2003) สิ่งสำคัญของงานวิจัยนี้คือการนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในการจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ในบริบทของประเทศไทย ในขณะที่แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) งานวิจัยนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการสร้างขีดความสามารถให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองและบูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นทางการได้อย่างเป็นระบบ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงและเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับพื้นที่ห่างไกล (Udomratn, 2006)

ข้อจำกัดของงานวิจัย: ระยะเวลาการประเมินผลที่ 10 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอที่จะสรุปถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ นอกจากนี้การศึกษาดำเนินการในพื้นที่อำเภอเดียว ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการนำผลไปสรุปอ้างอิง (Generalizability) ในพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมหรือการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต: ควรมีการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะ 1-2 ปี และควรมีการทดลองขยายผลในหลายพื้นที่ (Multi-site Trial) เพื่อทดสอบความสามารถในการปรับใช้ของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3 ระดับ ดังนี้ (Phengsawat, 2009; ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ, 2561):

1. ระดับพื้นที่ (อำเภอ/ตำบล): เพื่อธำรงรักษาผลลัพธ์ที่สามารถลดอุบัติการณ์ความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 90.4 จึงขอเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บรรจุ “ทีมเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินชุมชน” เข้าเป็นแผนงานอย่างเป็นทางการ และจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน
2. ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ: จากความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ถึงร้อยละ 84.3 จึงขอเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และแพลตฟอร์มให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) เพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมในพื้นที่ห่างไกล และขยายผล “รูปแบบโนนคูณ” ให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัด
3. ระดับชาติ (กรมสุขภาพจิต/สพฉ.): หลักฐานเชิงประจักษ์จากความสำเร็จของรูปแบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลนี้ เป็นข้อสนับสนุนที่หนักแน่นในการทบทวนและบรรจุ “รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน” เข้าไปในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิต โดยเฉพาะสำหรับพื้นที่ชนบทและห่างไกลทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรองจิต วลัยศรี. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2562). รายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตประจำปี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

เจาะลึกระบบสุขภาพ Hfocus. (2562, 21 สิงหาคม). มติ คกก.สุขภาพจิตสร้างระบบนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2560. Hfocus. https://www.hfocus.org/content/2014/11/8557

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2562). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการในพื้นที่. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ. (2563). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.).

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(2), 115-128.

ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ. (2561). ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1), 7-26.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สุกัญญา ละอองศรี และคณะ. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(2), 103-119.

Ager, A., & Loughry, M. (2004). Psychosocial needs of refugees and internally displaced persons. In M. J. Friedman & A. Marsella (Eds.), Post-traumatic stress disorder: Issues and controversies. Humana Press.

Cooper, A. E., Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. The Journal of Nervous and Mental Disease, 191(5), 339-341.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149-1160.

Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2025). Thai Health Report 2025: Indicators. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2025/07/608-ThaiHealth2025-ENG_Indicaotors.pdf

Pacific Prime. (n.d.). What is the state of mental health in Thailand? Retrieved October 25, 2025, from https://www.pacificprime.co.th/blog/state-of-mental-health-in-thailand/

Phengsawat, W. (2009). Policy research. SNRU Journal of Science and Technology, 1(1), 1-14.

Phuphisut, O. (2022, May 25). Mental health as public health in Thailand. New Mandala. https://www.newmandala.org/mental-health-as-public-health-in-thailand/

Sae-chew, K. (2023, December 1). Mental health systems in developing countries: A case study of Thailand. The International Moller Institute of Psychology and Education. https://www.tims.psy.chula.ac.th/article/mental-health-systems-in-developing-countries/

Thavorn, K., Mindhoni, R. A., & Kong, W. (2024). Spatiotemporal analysis of mental health disorders in Thailand from 2015 to 2023. PLoS ONE, 19(5), e0303131. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303131

Udomratn, P. (2006). Mental health care in Thailand: A country profile. International Review of Psychiatry, 18(2), 141-147.

Wannarit, K., et al. (2023). Current status of psychiatric care in Thailand. Taiwanese Journal of Psychiatry, 37(3), 103-109.

World Health Organization. (2006). WHO-AIMS report on mental health system in Thailand. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/thailand_who_aims_report.pdf?sfvrsn=853b6294_3

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2024, June 14). Mental health and social connection in Thailand. https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand

การจัดการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายในยุคดิจิตอล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ Application

สิรินญา ปาทาน, ภ.บ.[1]

บทคัดย่อ

งานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมีภารกิจเฝ้าระวัง/ ตรวจสอบ/ ควบคุมกำกับด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพตลอดจนพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านสื่อภายในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบกับมีนโยบายส่งเสริม/ป้องกันและการคุ้มครองผู้บริโภค ประชาชนได้รับการคุ้มครองการบริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ มีความปลอดภัยช่องทางการโฆษณาจากสื่อ การโฆษณาโอ้อวดเกินจริง ที่อ้างสรรพคุณเกินจริงหลอกลวงทำให้เข้าใจผิดส่งผลกระทบให้ผู้บริโภคสูญเสียเงินและได้รับอันตรายต่อสุขภาพ ได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่เหมาะสม วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ/พัฒนากลยุทธ์การเฝ้าระวังและจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในจังหวัดศรีสะเกษ ระเบียบวิจัย Action research ระยะเวลาการดำเนินการ มิถุนายน 2566 – 1 กรกฎาคม 2567 ประชากรที่ศึกษา สถานีวิทยุกระจายเสียง 80 แห่ง,สถานบริการสุขภาพเอกชน 401 แห่ง, แพลตฟอร์มออนไลน์ 8 แพลตฟอร์ม สถิติที่ใช้ จำนวน/ร้อยละ การดำเนินงาน ศึกษาปัญหา สืบค้นข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม วางแผน สร้างเครือข่ายในการจัดการโฆษณา, สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล/รายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายภายในจังหวัด สื่อสารนโยบายให้ผู้รับผิดชอบงานและเครือข่ายใช้เครื่องมือที่พัฒนา มีการพัฒนา ขยายผลเครื่องมือต่อยอด Dashboard ในการวิเคราะห์จำแนก แจกแจง ความถี่ สถิติในการเกิด event งานโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพภายในจังห วัด นำไปสู่การกำกับ ติดตาม และจัดการปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพในพื้นที่

ผลการศึกษา ความครอบคลุมในการเฝ้าระวังงานโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและการบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อ 100% การปิดกั้นสื่อและกด Report ในสื่อออนไลน์ 8 แฟลตฟอร์ม (Facebook, Line, twitter, Instagram, YouTube, Shopee, Lazada, TikTok) สื่อวิทยุกระจายเสียง,ป้าย,สื่อสิ่งพิมพ์ทั้งหมด 684 ชิ้นงาน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย 376 ชิ้นงาน (ร้อยละ 54.97) และบริการสุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย 308 ชิ้นงาน (ร้อยละ 45.03) ปี 2565 ส่งดำเนินคดี 8 ชิ้น, สั่งระงับโฆษณา 5 ชิ้น (ทางสื่อวิทยุ) ปี 2566 ส่งดำเนินคดี 6 ชิ้น/ สั่งระงับโฆษณา 1 (ทางสื่อวิทยุ) ปี 2567 ส่งดำเนินคดี 2 ชิ้น, สั่งระงับโฆษณา (กำลังดำเนินการ) และสั่งระงับการโฆษณาสถานบริการสุขภาพ 12 แห่ง และกำลังดำเนินคดี 7 แห่ง การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ผิดกฎหมายลดลง ปี 2566 ลดลง ร้อยละ 70 และ ปี 2567 ลดลง ร้อยละ 66.7 สรุปและข้อเสนอแนะ การจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง นโยบาย ผู้บริหาร เครือข่าย เครื่องมือ แนวทางการปฏิบัติงาน และการบังคับใช้กฎหมายหน่วยงานกำกับดูแลควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ตรวจสอบโฆษณาอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการกับผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย สื่อสารประชาสัมพันธ์ การรู้เท่าทันโฆษณาและความร่วมมือของผู้ประกอบการควรมีการกำกับดูแลตนเองโฆษณาอย่างถูกต้อง ไม่โอ้อวดเกินจริง ไม่โฆษณาที่ไม่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, บริการสุขภาพ, สื่อออนไลน์, แพลตฟอร์ม

[1]เภสัชกรชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, E-mail : Sirinya2998@gmail.com

Development the efficiency of hospital wastewater treatment system in Sisaket province

Sirinya Pathan, Pharm.D. [1]

Abstract

Background and significance The public health consumer protection work has a mission to monitor/inspect/supervise the advertising of health products and services, as well as develop a media risk management system within Sisaket Province. In addition, there is a policy to promote/prevent, and protect consumers. People are protected from consuming health products and services. There is safety in advertising channels from the media. Advertising that exaggerates, claims properties, deceives, and misleads consumers, causing them to lose money and harm their health. Receive substandard and inappropriate health products and health services. Objective: To study the situation of advertising health products and services/develop strategies to monitor and manage illegal advertising effectively in Sisaket Province. Research regulations Action research Duration June 2023 - July 1, 2024 Study population 80 radio stations, 401 private health care facilities, 8 online platforms Statistics used Number/Percentage Operation Study the problem Search for information Review the literature Plan Create a network to manage advertising, create tools to collect information/report illegal advertising within the province Communicate policies to those responsible for the work and networks to use the developed tools. Develop and expand the Dashboard tools to analyze, classify, and distribute the frequency and statistics of the occurrence of health product and health service advertising events within the province, leading to the supervision/monitoring and management of health product and health service advertising problems in the area.

Study results Coverage of health product advertising surveillance via radio and illegal health services via media 100% Blocking media and pressing Report on 8 online media platforms (Facebook, Line, Twitter, Instagram, YouTube, Shopee, Lazada, TikTok) Total radio media, signs, and printed media 684 pieces Health products at risk of being illegal 376 pieces (54.97%) and health services at risk of being illegal 308 pieces (45.03%) In 2022, 8 pieces were prosecuted/5 pieces of advertising were ordered to be suspended (via radio) In 2023, 6 pieces were prosecuted/6 pieces of advertising were ordered to be suspended 1 (Radio) In 2024, 2 pieces of legal action was taken/advertisement was ordered to be suspended (in progress) and 12 health service establishments were ordered to be suspended, and 7 were in the process of being prosecuted. Managing the problem of illegal health product advertising on radio broadcasting. Illegal advertising of health products in risk groups decreased in 2023 by 70% and in 2024 by 66.7%. Conclusion and recommendations: Managing illegal advertising requires many factors: policies, executives, networks, tools, operational guidelines, and law enforcement. Regulatory agencies should strictly enforce the law, regularly inspect advertisements, and take action against those who violate the law. Public relations and communication. Advertising awareness and cooperation of entrepreneurs should be self-regulatory. Advertising should be correct, not exaggerated, and not inappropriate.

KEYWORDS: Products, Health services, Online media, Platform

[1]Pharmacist, Professional level, Sisaket Provincial Health Office, E-mail: Sirinya2998@gmail.com

บทนำ

ในยุคดิจิทัลปัจจุบันการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วผ่านช่องทางสื่อที่หลากหลาย ทั้งสื่อแบบดั้งเดิมและสื่อออนไลน์ การโฆษณาที่อ้างสรรพคุณเกินจริง โอ้อวดเกินจริง หรือหลอกลวงผู้บริโภคได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า ในปี 2565 มีการตรวจพบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทั่วประเทศมากกว่า 15,847 ชิ้นงาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.4 จากปีก่อนหน้า (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2566) โดยการโฆษณาผ่านช่องทางออนไลน์มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 68.5 ของการโฆษณาที่ผิดกฎหมายทั้งหมด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) ผู้บริโภคได้รับผลกระทบทั้งทางด้านการสูญเสียทรัพย์สินและสุขภาพ โดยมีรายงานผู้บริโภคที่ได้รับอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาเกินจริงเฉลี่ยปีละ 3,200 ราย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565)

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) รายงานว่า การโฆษณาผ่านสื่อวิทยุกระจายเสียงยังคงเป็นช่องทางสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ภูมิภาค มีการตรวจพบการละเมิดประมาณ 4,567 ชิ้นงานต่อปี (กสทช., 2565) ขณะที่การโฆษณาผ่านแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะ Facebook, YouTube และ TikTok ซึ่งมีการโฆษณาที่หลบเลี่ยงกฎหมายด้วยรูปแบบการตลาดแบบ Influencer และ Live Streaming (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2566)

จังหวัดศรีสะเกษ ในฐานะจังหวัดชายแดนที่มีประชากรประมาณ 1.4 ล้านคน กระจายอยู่ใน 22 อำเภอ (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) ได้เผชิญกับปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ในปี 2564 - 2565 มีการตรวจพบการโฆษณาที่ผิดกฎหมายเฉลี่ย 580 ชิ้นงานต่อปี แบ่งเป็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพร้อยละ 62 และบริการสุขภาพร้อยละ 38 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565)

ช่องทางการโฆษณาที่พบมากที่สุด ได้แก่ สื่อวิทยุกระจายเสียงท้องถิ่น (80 สถานี) คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมาเป็นสื่อออนไลน์ ร้อยละ 24.8 และสื่อสิ่งพิมพ์/ป้ายโฆษณาหน้าสถานพยาบาล ร้อยละ 9.9 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) ผู้บริโภคในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในพื้นที่ชนบท มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ทำให้เสี่ยงต่อการถูกหลอกลวงจากการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องมากขึ้น

การศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในปี 2564 พบว่า ผู้บริโภคในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการโฆษณาที่ผิดกฎหมายเพียงร้อยละ 34.2 และมีการรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมายต่อหน่วยงานเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564) ผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า มีผู้บริโภคได้รับความเสียหายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาเกินจริงเฉลี่ยปีละ 78 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 23 ราย (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2565)

ช่องว่างของการดำเนินงานที่ผ่านมา (Gap Analysis) จากการทบทวนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในจังหวัดศรีสะเกษที่ผ่านมา พบช่องว่าง (Gap) ที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

1. การขาดระบบเฝ้าระวังที่เป็นเอกภาพและครอบคลุม การเฝ้าระวังการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในอดีตดำเนินการแบบกระจัดกระจาย ไม่มีระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถรวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทางสื่อได้อย่างเป็นระบบ (นงนุช ใจชื้น และคณะ, 2565) ทำให้ไม่สามารถมองเห็นภาพรวมของปัญหาและวางแผนการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การขาดเครื่องมือที่ทันสมัยในการรวบรวมและรายงานข้อมูล เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ยังคงใช้วิธีการบันทึกข้อมูลแบบกระดาษหรือ Excel ซึ่งใช้เวลานาน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และยากต่อการวิเคราะห์แนวโน้ม (World Health Organization,2023) การขาดเครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมทำให้การตอบสนองต่อปัญหาล่าช้า

3. การขาดเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน แต่การประสานงานยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ขาดกลไกการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน และการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

4. การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวดเพียงพอ จำนวนการดำเนินคดีกับผู้ที่โฆษณาผิดกฎหมายยังมีน้อยเฉลี่ยเพียงปีละ 6-8 คดีเท่านั้น เมื่อเทียบกับจำนวนการตรวจพบการละเมิดที่มากกว่า 500 ชิ้นงานต่อปี ทำให้ผู้ประกอบการไม่เกรงกลัวต่อการฝ่าฝืนกฎหมาย (U.S. Food and Drug Administration, 2022)

5. การขาดข้อมูลเชิงลึกสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย ไม่มีระบบ Dashboard หรือเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลที่สามารถแสดงแนวโน้ม รูปแบบ และพื้นที่เสี่ยงได้

อย่างทันท่วงที ทำให้การวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564)

6. การขาดระบบติดตามและประเมินผล ไม่มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการประเมินประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ด้วยเหตุผลดังกล่าว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม การสร้างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งและออนไลน์ 8 แพลตฟอร์ม ประกอบด้วย Facebook, Line, Twitter, Instagram, YouTube, Shopee, Lazada, TikTok การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยของผู้บริโภคในพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การเฝ้าระวังและจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อสร้างเครื่องมือ Application สำหรับรวบรวมและรายงานข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย
4. เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานในการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายทุกระดับ
5. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่พัฒนาขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมายโดยใช้ Application จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจจับและจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ
2. การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การใช้ Dashboard ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะช่วยให้การตัดสินใจในการจัดการปัญหามีฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Action Research โดยประยุกต์ใช้วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตพื้นที่

จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุม 22 อำเภอ

ขอบเขตระยะเวลา

เดือนมิถุนายน 2566 – 1 เดือนกรกฎาคม 2567 (ระยะเวลา 13 เดือน)

ขอบเขตประชากร

สถานีวิทยุกระจายเสียง 80 แห่ง สถานบริการสุขภาพเอกชน 401 แห่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย เป็น 6 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วางแผน (Planning Phase)

เดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2566 (2 เดือน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหา ทบทวนข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมายย้อนหลัง 3 ปี (2563 - 2565) วิเคราะห์ช่องทางสื่อที่พบการละเมิดมากที่สุด สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ 15 คน เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรค

2. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ศึกษากฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ทบทวนงานวิจัยและแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ทั้งในและต่างประเทศ ศึกษาเทคโนโลยีและเครื่องมือที่เหมาะสมในการจัดการปัญหา

3. การวางแผนการดำเนินงาน กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน จัดทำแผนการดำเนินงานแบบละเอียด (Work Plan) พร้อมกำหนดเวลา ออกแบบระบบการเฝ้าระวังและจัดการ วางแผนการสร้างเครือข่ายการทำงาน

4. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 50 คน นำเสนอแผนการดำเนินงานและรับฟังข้อเสนอแนะ สร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ผลลัพธ์ที่ได้ คือ แผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ความเข้าใจร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 สร้างเครื่องมือ (Development Phase)

เดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 (2 เดือน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การพัฒนา Google Forms Application ฟอร์มรายงานการโฆษณาทางวิทยุ ประกอบด้วย ข้อมูลสถานีวิทยุ (ชื่อ, ความถี่, ที่ตั้ง) รายละเอียดโฆษณา (วันที่, เวลา, ระยะเวลา) ประเภทผลิตภัณฑ์/ บริการที่โฆษณา ลักษณะการละเมิด (อ้างสรรพคุณเกินจริง, ไม่แสดงเลขทะเบียน, ฯลฯ) การอัปโหลดไฟล์เสียงบันทึกโฆษณา ฟอร์มรายงานการโฆษณาออนไลน์ ประกอบด้วย แพลตฟอร์มที่พบ (Facebook, YouTube, TikTok, ฯลฯ) URL หรือลิงก์ของโพสต์/ วิดีโอ ประเภทการโฆษณา (Post, Story,

Live, Ads) การอัปโหลดภาพหน้าจอ (Screenshot) รายละเอียดการละเมิด ฟอร์มรายงานการโฆษณาสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลสถานบริการ (ชื่อ, ที่อยู่, ประเภท) ช่องทางการโฆษณา (ป้าย, แผ่นพับ, เว็บไซต์) การอัปโหลดภาพถ่าย การระบุพิกัดที่ตั้ง คุณสมบัติของระบบรองรับการใช้งานผ่านมือถือและคอมพิวเตอร์ ระบบการยืนยันตัวตนผู้รายงาน การส่งข้อมูลแบบเรียลไทม์ ระบบความปลอดภัยข้อมูล (Data Security) การสำรองข้อมูลอัตโนมัติ (Auto Backup)

2. การพัฒนา Dashboard System หน้าแสดงผลหลัก (Main Dashboard) ประกอบด้วย สรุปสถิติภาพรวม (จำนวนการรายงานทั้งหมด, แยกตามประเภท) กราฟแนวโน้มรายเดือน แผนที่แสดงการกระจายของการละเมิดตามพื้นที่ ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล (Analytics Module) ได้แก่ การจำแนกตามประเภทการละเมิดการจำแนกตามพื้นที่ (อำเภอ/ ตำบล) การจำแนกตามช่องทางสื่อ การวิเคราะห์แนวโน้มและรูปแบบ (Trend Analysis) การระบุพื้นที่เสี่ยง (Risk Area Identification) ระบบการส่งออกรายงาน (Report Generation) รายงานรายวัน/ รายสัปดาห์/ รายเดือน รายงานตามพื้นที่เฉพาะ รายงานสำหรับหน่วยงานกำกับดูแล รายงานสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

3. การทดสอบระบบ (System Testing) ทดสอบการใช้งานโดยเจ้าหน้าที่ 10 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทดสอบความเสถียรและความปลอดภัยของระบบผลลัพธ์ที่ได้ Google Forms Application ที่ใช้งานได้จริงและมีประสิทธิภาพ Dashboard System ที่แสดงข้อมูลแบบเรียลไทม์ คู่มือการใช้งานระบบสำหรับเจ้าหน้าที่

ระยะที่ 3 ปฏิบัติ (Implementation Phase)
เดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 (6 เดือน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การสร้างเครือข่ายการทำงาน เครือข่ายระดับจังหวัด จัดตั้งคณะทำงานจังหวัด จำนวน 8 คน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (หน่วยงานหลัก) ตัวแทนสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ตัวแทนสำนักงานอัยการจังหวัด ตัวแทนสถานประกอบการสถานพยาบาลเอกชน เครือข่ายระดับอำเภอ (22 อำเภอ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 2 - 3 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอ เจ้าหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคท้องถิ่น เครือข่ายระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผ่านการอบรม ผู้นำชุมชนที่สนใจ

2. การอบรมเชิงปฏิบัติการ การอบรมระดับจังหวัด (2 รุ่น) คือ รุ่นที่ 1 คณะทำงานหลัก (10 คน) และรุ่นที่ 2 เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ (50 คน) เนื้อหาการอบรม กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องการใช้งาน Google Forms Application การใช้งาน Dashboard System เทคนิคการตรวจสอบโฆษณากระบวนการรายงานและดำเนินคดี การทำงานเป็นเครือข่าย

3. การดำเนินงานเฝ้าระวังและจัดการ การเฝ้าระวังทางสื่อวิทยุ แบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบตามอำเภอ ฟังโฆษณาและบันทึกข้อมูล รายงานผ่าน Application ทันที ติดตามและดำเนินการกับผู้ละเมิด การเฝ้าระวังทางสื่อออนไลน์ แบ่งทีมตรวจสอบตามแพลตฟอร์ม ตรวจสอบโฆษณาอย่างน้อยเดือนละ 3 ครั้ง ปิดกั้นสื่อและกด Report ในแพลตฟอร์ม รวบรวมหลักฐานและรายงานการเฝ้าระวังสถานบริการสุขภาพ สำรวจสถานบริการทุกแห่งในพื้นที่ ตรวจสอบป้ายโฆษณาและสื่อสิ่งพิมพ์ส่งจดหมายแจ้งกฎระเบียบ 401 ฉบับ ติดตามการปฏิบัติตามกฎหมาย

4. การบังคับใช้กฎหมาย ออกหนังสือเตือนผู้ละเมิด สั่งระงับการโฆษณา ส่งเรื่องดำเนินคดีตามความร้ายแรง ประสานงานกับหน่วยงานกำกับดูแล

5. การประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนัก การประชาสัมพันธ์แก่ผู้ประกอบการ ได้แก่ จัดประชุมผู้ประกอบการสื่อวิทยุ 1 ครั้ง จัดประชุมผู้ประกอบการสถานพยาบาล 4 ครั้ง แจกคู่มือการโฆษณาที่ถูกต้อง (Ebook) การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน ได้แก่ เผยแพร่ความรู้ผ่านเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุข จัดกิจกรรมให้ความรู้ อย.น้อย จัดอบรมองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคผลลัพธ์ที่ได้ เครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งครอบคลุมทุกระดับ การเฝ้าระวังครอบคลุม ร้อยละ 100 ของพื้นที่เป้าหมาย ข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมายแบบเรียลไทม์

ระยะที่ 4 วิเคราะห์ (Analysis Phase)
เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2567 (2 เดือน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์/ บริการ จำแนกตามช่องทางสื่อ จำแนกตามพื้นที่ (อำเภอ) วิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์รูปแบบการละเมิด วิเคราะห์ความรุนแรงของการละเมิด วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ วิเคราะห์อุปสรรคและข้อจำกัด

3. การประเมินประสิทธิภาพของระบบ ประเมินความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง ประเมินความรวดเร็วในการตอบสนอง ประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้งาน ประเมินผลการบังคับใช้กฎหมาย

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เปรียบเทียบระหว่างช่องทางสื่อ ผลลัพธ์ที่ได้ รายงานการ

วิเคราะห์ข้อมูลฉบับสมบูรณ์ ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการปรับปรุงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระยะที่ 5 พัฒนา (Development Phase)

เดือนมิถุนายน 2567 (1 เดือน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การปรับปรุงระบบ Application เพิ่มฟังก์ชันการแจ้งเตือนอัตโนมัติ ปรับปรุงส่วนติดต่อผู้ใช้ (User Interface) เพิ่มความเร็วในการประมวลผล แก้ไขข้อบกพร่องที่พบ

2. การขยายผล Dashboard เพิ่มรายงานวิเคราะห์เชิงลึก เพิ่มกราฟและแผนภูมิที่หลากหลาย พัฒนาระบบการทำนายแนวโน้ม (Predictive Analytics) เพิ่มฟังก์ชันการแจ้งเตือนพื้นที่เสี่ยง

3. การพัฒนาเครือข่าย ขยายเครือข่ายไปยังระดับตำบลเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สร้างกลไกการทำงานที่ยั่งยืน

4. การพัฒนามาตรการบังคับใช้กฎหมาย ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการดำเนินคดี พัฒนาแนวทางการดำเนินการที่รวดเร็วขึ้น เพิ่มความร่วมมือกับหน่วยงานกำกับดูแลผลลัพธ์ที่ได้ ระบบที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เครือข่ายที่แข็งแกร่งและยั่งยืน กระบวนการดำเนินงานที่ราบรื่นขึ้น

ระยะที่ 6 ติดตาม (Follow-up Phase)

เดือน กรกฎาคม 2567 เป็นต้นไป

กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ติดตามการใช้งานระบบโดยเครือข่ายติดตามผลการบังคับใช้กฎหมาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

2. การประเมินผลกระทบ ประเมินผลกระทบต่อผู้บริโภคประเมินผลกระทบต่อผู้ประกอบการ ประเมินผลกระทบทางสังคมและสาธารณสุข

3. การปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รับฟังข้อเสนอแนะจากเครือข่าย ปรับปรุงระบบตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลง พัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ

4. การขยายผลและเผยแพร่ จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน เผยแพร่ผลงานในที่ประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น พัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับจังหวัดอื่น ผลลัพธ์ที่ได้ ระบบการจัดการที่ยั่งยืน แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ต้นแบบที่สามารถขยายผลได้

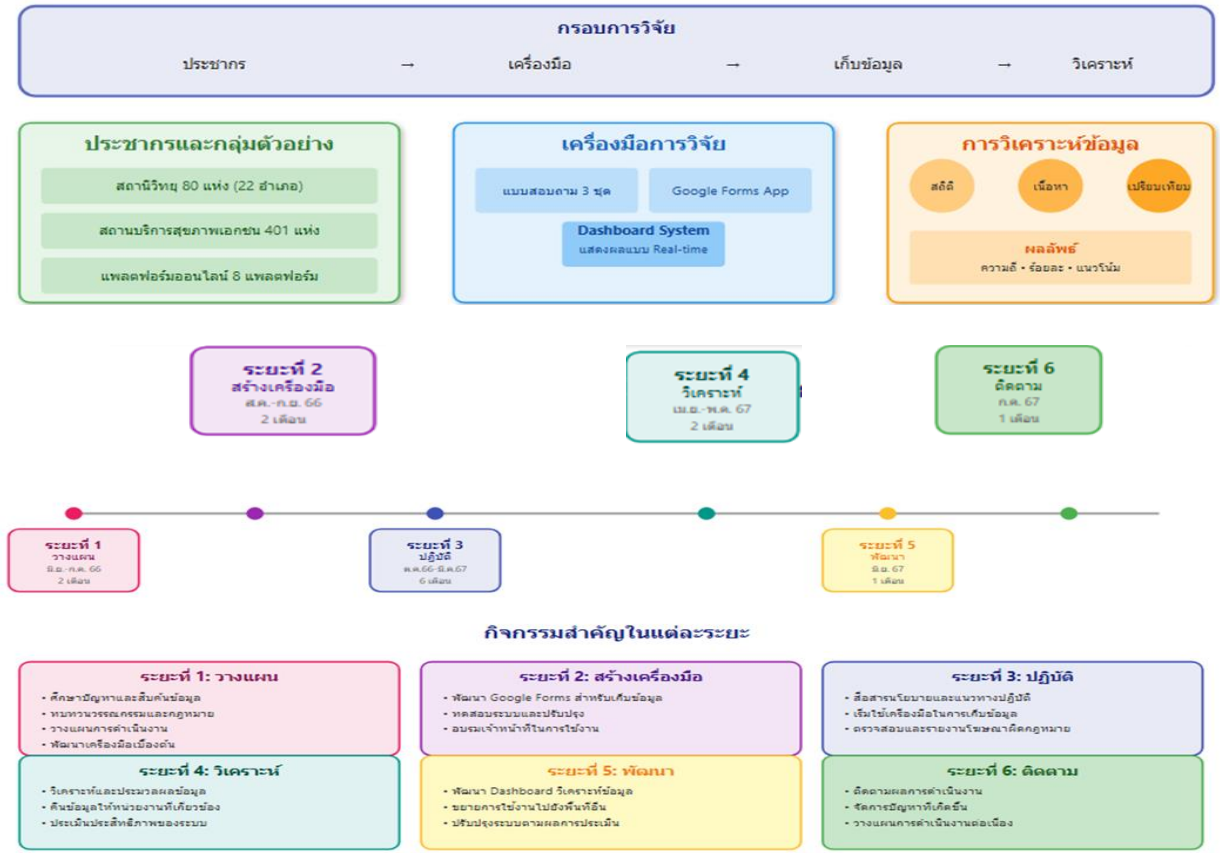
กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ทฤษฎีระบบ (System Theory) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Network Participation) โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก

1. ประชากรที่ศึกษา สถานีวิทยุ, สถานบริการสุขภาพ, แพลตฟอร์มออนไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้: Google Forms Application, Dashboard System

3. การดำเนินงานในแต่ละระยะ: 6 ระยะ วางแผน - สร้างเครื่องมือ - ปฏิบัติ - วิเคราะห์ - พัฒนา - ติดตาม)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล

แบบสอบถามสำหรับสถานีวิทยุ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของสถานี (ชื่อ, ความถี่, เจ้าของ, ที่ตั้ง) ประเภทโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่เผยแพร่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการโฆษณา

แบบสอบถามสำหรับสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการ (ประเภท, ขนาด, บุคลากร) ช่องทางการโฆษณาที่ใช้ เนื้อหาและรูปแบบการโฆษณา การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ

แบบบันทึกการตรวจสอบออนไลน์ ประกอบด้วย แพลตฟอร์มที่ตรวจสอบและวันที่ตรวจสอบ ประเภทโฆษณาที่พบ (โพสต์, วิดีโอ, โฆษณาแบบเสีย, ฯลฯ) การกระทำผิดกฎหมาย (ประเภทและลักษณะ) ระดับความรุนแรงของการผิดกฎหมาย (สูง/ ปานกลาง/ ต่ำ) การดำเนินการแก้ไข (ปิดกั้น/ รายงาน/ สแตมป์) URL และหลักฐานประกอบ

2. Application และระบบ Dashboard การพัฒนา Google Forms Application สร้างฟอร์มสำหรับรายงานโฆษณาที่ผิดกฎหมาย 3 ประเภท ระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อมีการรายงาน การจัดเก็บข้อมูลแบบคลาวด์ (Google Drive) การตั้งค่าสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูล ระบบการสำรองข้อมูล (Backup) อัตโนมัติ การพัฒนา Dashboard แสดงสถิติการโฆษณาแบบเรียลไทม์ การจำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์/ บริการ และพื้นที่ กราฟและแผนภูมิแสดงแนวโน้ม พื้นที่แสดงการกระจายของการละเมิด ระบบการส่งออกรายงาน (Export) ในรูปแบบต่าง ๆ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย

1. การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) นับจำนวนการโฆษณาที่ผิดกฎหมายแยกตามประเภท นับจำนวนแยกตามช่องทางสื่อ นับจำนวนแยกตามพื้นที่ (อำเภอ)

2. ค่าร้อยละ (Percentage) คำนวณสัดส่วนของการละเมิดแต่ละประเภท คำนวณอัตราการเปลี่ยนแปลง คำนวณประสิทธิภาพของการดำเนินการ

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การจำแนกประเภทโฆษณาที่ผิดกฎหมาย การวิเคราะห์ลักษณะการละเมิด การระบุรูปแบบและแนวโน้ม

4. การวิเคราะห์แนวโน้มและรูปแบบ (Trend Analysis) วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการละเมิดตาม

เวลาเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ระบุปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

5. การประเมินประสิทธิภาพของมาตรการ คำนวณอัตราการลดลงของการละเมิด ประเมินความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง ประเมินความรวดเร็วในการตอบสนอง

6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis) เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างช่องทางสื่อ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีความถูกต้อง แม่นยำ และน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังนี้

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Validation) การตรวจสอบโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (Expert Panel Review) การตรวจสอบซ้ำ (Double-Check System) วิธีการตรวจสอบซ้ำ สุ่มตรวจสอบข้อมูลที่รายงานผ่าน Application ร้อยละ 20 (137 ชิ้นงาน จาก 684 ชิ้นงาน)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2024-090 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายรูปแบบการนำข้อมูลไปใช้สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ในการบอกเลิก หรือหยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และการไม่เปิดเผยชื่อและตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลยินยอมตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการเฝ้าระวังพบการละเมิด 5 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 90.6 โดย Facebook มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 32.7 อยู่ในระดับความรุนแรงสูงลักษณะการละเมิดที่พบ คือ การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักโดยใช้ภาพก่อน-หลังที่ปลอมแปลงและการสร้างกลุ่มปิดเพื่อขายผลิตภัณฑ์หลบเลี่ยงการตรวจสอบลำดับที่ 2 คือ YouTube ร้อยละ 24.3 มีความรุนแรงสูงเช่นกัน พบการทำวิดีโอรีวิวผลิตภัณฑ์ที่อ้างสรรพคุณเกินจริง การสอนวิธีรักษาโรคโดยไม่มีใบอนุญาต และโฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้รับอนุญาต TikTok อันดับที่ 3 ร้อยละ 18.9 มีความรุนแรงปานกลาง ลักษณะการละเมิด คือ การทำคลิปสั้นโฆษณาผลิตภัณฑ์ความงาม การใช้เทรนด์ในการโฆษณาแฝงและการท้าทายที่เกี่ยวกับสุขภาพที่อันตราย Instagram อันดับ 4 ร้อยละ 8.5 ความรุนแรงปานกลาง พบการโฆษณาผลิตภัณฑ์ความงาม และ Line อันดับที่ 5 ร้อยละ 6.2 ความรุนแรงปานกลาง ลักษณะเป็นการขายผ่านแชทกลุ่ม สรุปได้ว่า Facebook และ YouTube เป็นแพลตฟอร์มที่มีปัญหาการละเมิดสูงที่สุดและมีความรุนแรงสูง คิดเป็นร้อยละ 57 ของการละเมิดทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงความถี่การละเมิดตามแพลตฟอร์ม

ลำดับ	แพลตฟอร์ม	จำนวน (ชิ้นงาน)	ร้อยละการละเมิด	ประเภทการละเมิดหลัก	ระดับความรุนแรง
1	Facebook	123	32.7	- โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนัก - การใช้ภาพก่อน-หลังที่ปลอมแปลง - การสร้างกลุ่มปิดเพื่อขายผลิตภัณฑ์	สูง
2	YouTube	91	24.3	- วิดีโอรีวิวผลิตภัณฑ์ที่อ้างสรรพคุณเกินจริง - การสอนการรักษาโรคโดยไม่มีใบอนุญาต - โฆษณาเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้รับอนุญาต	สูง
3	TikTok	71	18.9	- คลิปสั้นโฆษณาผลิตภัณฑ์ความงาม - การใช้เทรนด์ในการโฆษณาแฝง - การท้าทายที่เกี่ยวกับสุขภาพที่อันตราย	ปานกลาง
4	Instagram	32	8.5	ผลิตภัณฑ์ความงาม	ปานกลาง
5	Line	23	6.2	ขายผ่านแชทกลุ่ม	ปานกลาง
6	Shopee	18	4.8	ผลิตภัณฑ์ไม่ได้รับอนุญาต	สูง
7	Lazada	12	3.2	ผลิตภัณฑ์ไม่ได้รับอนุญาต	สูง
8	Twitter	5	1.4	แชร์ข้อมูลสุขภาพที่ผิด	ต่ำ

เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง (อ้างอิงงานวิจัยด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข) **ดังนี้**

ระดับสูง การอ้างสรรพคุณรักษาโรคร้ายแรง (มะเร็ง, เบาหวาน, โรคหัวใจ), การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ไม่ได้รับอนุญาต, การให้คำแนะนำทางการแพทย์โดยไม่มีใบอนุญาต, การโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต

ระดับปานกลาง การใช้ภาพก่อน-หลังที่เกินจริงหรือปลอมแปลง, การโฆษณาแฝงไม่ระบุว่าเป็นโฆษณา, การอ้างสรรพคุณเกินจริงแต่ไม่ถึงขั้นอันตราย, การใช้เทรนด์หรือท้าทายที่อาจมีความเสี่ยง

ระดับต่ำ การแชร์ข้อมูลสุขภาพที่คลาดเคลื่อน, การโฆษณาไม่แสดงข้อมูลครบถ้วน, การละเมิดเล็กน้อยที่แก้ไขได้ง่ายมิดเล็กน้อยที่แก้ไขได้ง่าย

การโฆษณาของสถานบริการสุขภาพเอกชน

จากการสำรวจสถานบริการสุขภาพเอกชน 401 แห่ง พบการละเมิด 308 ชิ้นงาน ดังนี้ การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง ร้อยละ 42.1 การไม่แสดงข้อมูลแพทย์ที่รับผิดชอบ ร้อยละ 28.4 การใช้คำโฆษณาที่ทำให้เข้าใจผิด ร้อยละ 19.7 การแสดงผลการรักษาที่ไม่เป็นจริง ร้อยละ 9.8 ช่องทางการโฆษณาที่พบปัญหา ได้แก่ ป้ายหน้าสถานพยาบาล จำนวน 108 ชิ้น ร้อยละ 35.2 สื่อสิ่งพิมพ์ จำนวน 89 ชิ้น ร้อยละ 28.9 เว็บไซต์และ Facebook Page จำนวน 81 ชิ้น ร้อยละ 26.3 วิทยุและสื่อท้องถิ่น จำนวน 30 ชิ้น ร้อยละ 9.6 (ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ประเภทการละเมิดที่พบ: 308 ชิ้น

ลำดับที่	ประเภท	จำนวน (ชิ้น)	ร้อยละ
1	การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง	130	42.1
2	การไม่แสดงข้อมูลแพทย์ที่รับผิดชอบ	87	28.4
3	การใช้คำโฆษณาที่ทำให้เข้าใจผิด	61	19.7
4	การแสดงผลการรักษาที่ไม่เป็นจริง	30	9.8

ตารางที่ 3 ช่องทางการโฆษณาที่พบปัญหา: จำนวน 308 ชิ้น

ลำดับที่	ช่องทางการโฆษณาที่พบปัญหา	จำนวน (ชิ้น)	ร้อยละ
1	ป้ายหน้าสถานพยาบาล	108	35.2
2	สื่อสิ่งพิมพ์	89	28.9
3	เว็บไซต์และ Facebook Page	81	26.3
4	วิทยุและสื่อท้องถิน	30	9.6

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการโฆษณาที่ละเมิดจำแนกตามประเภท

ลำดับ	ประเภทการละเมิด	ตัวอย่างการโฆษณาที่พบ	ช่องทาง	กฎหมายที่ละเมิด
1	การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง	รักษาเบาหวานหายขาด 100%	ป้ายหน้าคลินิก	พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 39
2	การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง	ฉีดวิตามินขาวใส ผิวขาวถาวร	Facebook Page	พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 27
3	การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง	รักษาหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทหายเด็ดขาด	เว็บไซต์	พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 39
4	การไม่แสดงข้อมูลแพทย์ที่รับผิดชอบ	โฆษณาให้บริการตรวจสุขภาพครบวงจร ไม่ระบุชื่อแพทย์	สื่อสิ่งพิมพ์	พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 39(2)
5	การไม่แสดงข้อมูลแพทย์ที่รับผิดชอบ	โฆษณาทำศัลยกรรมความงามไม่มีข้อมูลแพทย์ผู้รักษา	ป้ายหน้าคลินิก	พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 27

ลำดับ	ประเภทการละเมิด	ตัวอย่างการโฆษณาที่พบ	ช่องทาง	กฎหมายที่ละเมิด
6	การใช้คำโฆษณาทำให้เข้าใจผิด	คลินิกมาตรฐานระดับสากล (ไม่มีการรับรองจริง)	เว็บไซต์	พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 22
7	การใช้คำโฆษณาทำให้เข้าใจผิด	เทคโนโลยีจากเกาหลี (ใช้เครื่องมือทั่วไป)	วิทยุท้องถิ่น	พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 39
8	การแสดงผลการรักษาที่ไม่เป็นจริง	แสดงภาพก่อน - หลังที่ตัดแต่ง พร้อมคำรับรอง ผลลัพธ์เห็นได้จริง	Facebook Page	พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 22
9	การแสดงผลการรักษาที่ไม่เป็นจริง	ใช้รูปภาพผู้ป่วยที่ไม่ใช่คนไข้จริง	สื่อสิ่งพิมพ์	พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 27
10	การอ้างความสามารถในการรักษาโรคเกินจริง	รักษาโรคมะเร็งด้วยสมุนไพร หายขาดไม่ต้องเคมีบำบัด	วิทยุท้องถิ่น	พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 39

ผลการพัฒนาและใช้งาน Application

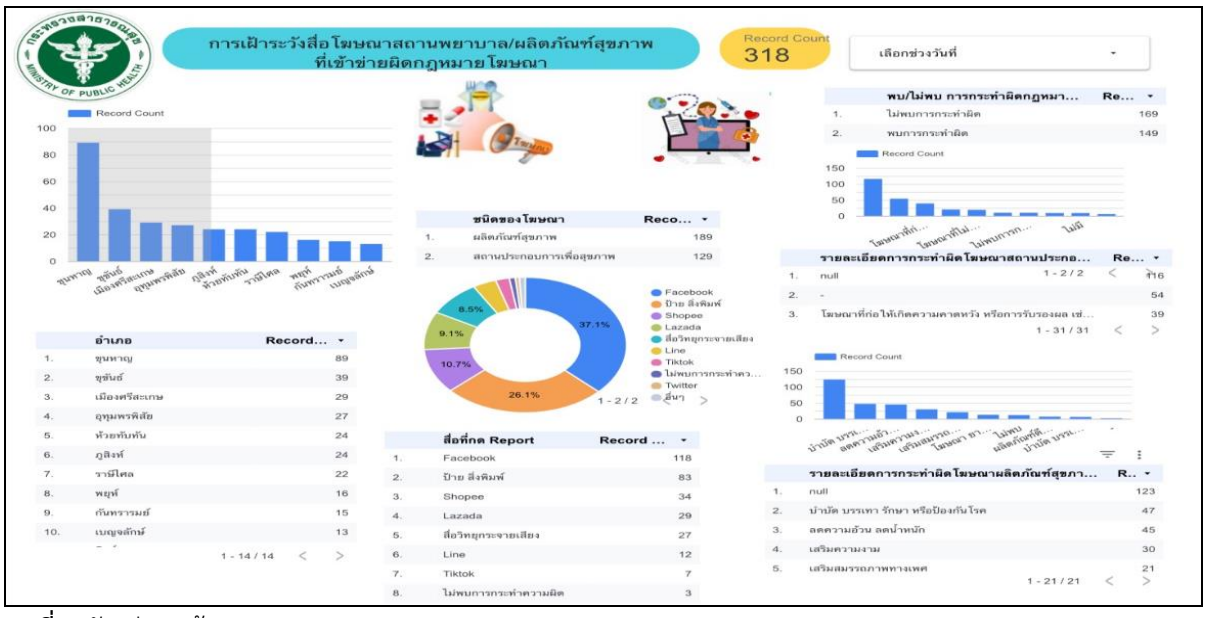
การพัฒนาระบบ Google Forms ระบบ Google Forms ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ฟอร์มหลัก

1. **ฟอร์มรายงานการโฆษณาทางวิทยุ** รองรับการบันทึกข้อมูลสถานี, วันเวลา, และรายละเอียดโฆษณา อัปโหลดไฟล์เสียงได้สูงสุด 100 MB มีระบบการยืนยันตัวตนผู้รายงาน
2. **ฟอร์มรายงานการโฆษณาออนไลน์** รองรับการบันทึก URL และ Screenshot จำแนกประเภทแพลตฟอร์มอัตโนมัติ มีระบุตำแหน่งผู้รายงาน
3. **ฟอร์มรายงานการโฆษณาสถานบริการสุขภาพ** รองรับการอัปโหลดภาพถ่ายหลายรูป มีระบบแผนที่ระบุตำแหน่งสถานประกอบการ จำแนกประเภทการละเมิดอัตโนมัติ

คุณสมบัติของระบบ การเข้าถึงข้อมูลแบบเรียลไทม์ รองรับการใช้งานผ่านมือถือและคอมพิวเตอร์ ระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติทาง Email ฐานข้อมูลแบบคลาวด์ (Google Drive) ระบบความปลอดภัยข้อมูล

การพัฒนา Dashboard ที่พัฒนาขึ้นมีคุณสมบัติ:

หน้าแสดงผลหลัก สรุปสถิติภาพรวม กราฟแนวโน้ม ตารางรายละเอียดการละเมิด **ระบบการวิเคราะห์** การจำแนกตามประเภทการละเมิด การจำแนกตามพื้นที่ (อำเภอ/ตำบล) การจำแนกตามช่องทางสื่อ การวิเคราะห์แนวโน้มและรูปแบบ **การส่งออกรายงาน** รายงานรายวัน/รายสัปดาห์/ รายเดือน รายงานตามพื้นที่ รายงานสำหรับหน่วยงานกำกับดูแล



ภาพที่ 2 ตัวอย่าง หน้าจอและการแสดงผลของ Dashboard

ผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังและจัดการ

สถิติการตรวจพบและจัดการ จำนวนการตรวจพบโฆษณาที่ผิดกฎหมายทั้งหมด 684 ชิ้นงาน โดยแบ่งตามประเภท ดังนี้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย จำนวน 376 ชิ้นงาน ร้อยละ 54.97 และบริการสุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย จำนวน 308 ชิ้นงาน ร้อยละ 45.03 (ดังตารางที่ 5) ช่องทางสื่อโฆษณา แบ่งตามช่องทางสื่อที่พบการกระทำผิดสื่อโฆษณา ดังนี้ สื่อวิทยุกระจายเสียง 425 ชิ้นงาน ร้อยละ 62.1 สื่อออนไลน์ 189 ชิ้นงาน ร้อยละ 27.6 ป้ายและสื่อสิ่งพิมพ์ 70 ชิ้นงาน ร้อยละ 10.3 (ดังตารางที่ 6)

การบังคับใช้กฎหมาย ปี 2565 สั่งระงับโฆษณา 5 ชิ้นงาน (ทางสื่อวิทยุ) ส่งดำเนินคดี 8 ชิ้นงาน ปี 2566 สั่งระงับโฆษณา 1 ชิ้นงาน (ทางสื่อวิทยุ) ส่งดำเนินคดี 6 ชิ้นงาน ปี 2567 สั่งระงับการโฆษณาสถานบริการสุขภาพ 12 แห่ง ส่งดำเนินคดี 2 ชิ้นงาน และกำลังดำเนินคดีสถานบริการสุขภาพ 7 แห่ง (ดังตารางที่ 8)

การปิดกั้นและรายงานสื่อออนไลน์ (ผลิตภัณฑ์สุขภาพ) การดำเนินการกับสื่อออนไลน์:จำนวน 189 ชิ้นงาน มีการปิดกั้นสื่อและกด Report ในแพลตฟอร์มออนไลน์ 8 แพลตฟอร์ม มีการดำเนินการปิดกั้นสื่อและกด Report ในแพลตฟอร์มออนไลน์ ดังนี้ Facebook จำนวน 44 ชิ้นงาน ร้อยละ 83 YouTube จำนวน 42 ชิ้นงาน ร้อยละ 79 TikTok จำนวน 39 ชิ้นงาน ร้อยละ 73 Instagram จำนวน 35 ชิ้นงาน ร้อยละ 66 และอื่น ๆ จำนวน 30 ชิ้นงาน ร้อยละ 56 (ดังตารางที่ 9)

คุณสมบัติของ Dashboard:

การส่งออกรายงาน: รองรับรูปแบบ PDF, Excel, CSV การแสดงผลแบบเรียลไทม์: ข้อมูลอัปเดตทันทีที่มีการรายงานการกรองข้อมูล (Filter): สามารถกรองตามช่วงเวลา, พื้นที่, ประเภทการแจ้งเตือน แจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อพบการละเมิดในพื้นที่เสี่ยงการวิเคราะห์แนวโน้ม แสดงกราฟเปรียบเทียบย้อนหลัง 12 เดือน

ผลการดำเนินคดี

ปี 2565 ส่งดำเนินคดี 8 ชิ้น สั่งระงับโฆษณา 5 ชิ้น (ทางสื่อวิทยุ) ปี 2566 ส่งดำเนินคดี 6 ชิ้น สั่งระงับโฆษณา 1 ชิ้น (ทางสื่อวิทยุ) และปี 2567 ส่งดำเนินคดี 2 ชิ้น สั่งระงับการโฆษณาสถานบริการสุขภาพ 12 แห่ง กำลังดำเนินคดีสถานบริการสุขภาพ 7 แห่ง (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 5 จำนวนการตรวจพบโฆษณาที่ผิดกฎหมายทั้งหมด: 684 ชิ้นงาน

ลำดับที่	ประเภท	จำนวน (ชิ้นงาน)	ร้อยละ
1	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย	376	54.97
2	บริการสุขภาพที่เสี่ยงผิดกฎหมาย	308	45.03

ตารางที่ 6 ช่องทางสื่อโฆษณา

ลำดับที่	ช่องทางสื่อ	จำนวน (ชิ้นงาน)	ร้อยละ
1	สื่อวิทยุกระจายเสียง	425	62.1
2	สื่อออนไลน์	189	27.6
3	ป้ายและสื่อสิ่งพิมพ์	70	10.3

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลการกระจายการตรวจพบโฆษณาตามอำเภอ (Top 10)

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน (ชิ้น)	ร้อยละ	แนวโน้ม
1	เมืองศรีสะเกษ	142	20.8	↓ ลดลง
2	กันทรลักษ์	89	13	→ คงที่
3	อุทุมพรพิสัย	67	9.8	↓ ลดลง
4	วังหิน	54	7.9	↑ เพิ่มขึ้น
5	ขุขันธ์	48	7	↓ ลดลง
6	ห้วยทับทัน	42	6.1	→ คงที่
7	ราษีไศล	38	5.6	↓ ลดลง
8	ยางชุมน้อย	35	5.1	→ คงที่
9	ภูสิงห์	31	4.5	↓ ลดลง
10	ปรางค์กู่	28	4.1	↓ ลดลง

ตารางที่ 8 การบังคับใช้กฎหมาย

ลำดับที่	ปี	สั่งระงับโฆษณา (ชิ้นงาน)	ส่งดำเนินคดี (ชิ้นงาน)	กำลังดำเนินคดี (ชิ้นงาน)
1	2565	5	8	-
2	2566	1	6	-
3	2567	12	2	7

ตารางที่ 9 การดำเนินการกับสื่อออนไลน์ (189 ชิ้น) การปิดกั้นและรายงานสื่อออนไลน์ (ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการกับสื่อออนไลน์

ลำดับที่	แพลตฟอร์ม	จำนวน (ชิ้นงาน)	ร้อยละ
1	Facebook	44	83
2	YouTube	42	79
3	TikTok	39	73
4	Instagram	35	66
5	อื่นๆ	30	56

หมายเหตุ: อัตราความสำเร็จคำนวณจากจำนวนที่แพลตฟอร์มตอบสนองโดยการลบ/ ระงับเนื้อหา หรือเตือนผู้โพสต์

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบการลดลงของการละเมิด

ปี	จำนวนการตรวจพบ (ชิ้น)	การเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการลดลง
2565 (Base)	580	-	-
2566	174	ลดลง 406 ชิ้น	70
2567	193	ลดลง 387 ชิ้น	66.7

ประสิทธิภาพของระบบ

1. การลดโฆษณาผิดกฎหมาย ปี 2566 ลดลงร้อยละ 70 เทียบกับปี 2565, ปี 2567 ลดลงร้อยละ 66.7 เทียบกับปี 2565 สาเหตุจากการเฝ้าระวังเข้มข้นต่อเนื่อง สร้างความตระหนักผู้ประกอบการ บังคับใช้กฎหมายเข้มงวด ระบบรายงานรวดเร็ว และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับ

2. ความครอบคลุม เฝ้าระวังวิทยุกระจายเสียง 80 แห่ง (ร้อยละ 100), สถานบริการสุขภาพเอกชน 401 แห่ง ครอบคลุมสื่อสิ่งพิมพ์และป้ายโฆษณาทุกแห่ง (ร้อยละ 100), ตรวจสอบ 8 แพลตฟอร์มออนไลน์อย่างสม่ำเสมอเดือนละ 2-3 ครั้ง

3. ความรวดเร็วตอบสนอง การรายงาน: จาก 3-5 วัน เป็นทันที (Real-time), การตรวจสอบยืนยัน: จาก 5-7 วัน เป็น 1-2 วัน, การดำเนินการ: จาก 14-30 วัน เป็น 7-14 วัน

4. ความพึงพอใจผู้ใช้ (จาก 120 คน) ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน 4.7 คะแนน, ความถูกต้องข้อมูล 4.6 คะแนน, ความง่ายในการใช้งาน 4.5 คะแนน (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 11 เวลาเฉลี่ยในการตอบสนอง

กระบวนการ	ก่อนใช้ระบบ	หลังใช้ระบบ
การรายงาน	3 - 5 วัน	ทันที (Real - time)
การตรวจสอบยืนยัน	5 - 7 วัน	1 - 2 วัน
การดำเนินการ	14 - 30 วัน	7 - 14 วัน

ตารางที่ 12 ผลการประเมินความพึงพอใจ (120 คน)

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (5 คะแนน)	ระดับความพึงพอใจ
ความง่ายในการใช้งาน	4.5	มากที่สุด
ความรวดเร็วของระบบ	4.3	มาก
ความถูกต้องของข้อมูล	4.6	มากที่สุด

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย (5 คะแนน)	ระดับความพึงพอใจ
การแสดงผลของ Dashboard	4.4	มาก
ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน	4.7	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.5**	**มากที่สุด**

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาระบบการจัดการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่ผิดกฎหมายในยุคดิจิทัลสำหรับจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้เทคโนโลยี Application และ Dashboard System ร่วมกับการสร้างเครือข่ายการทำงานและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายมิติ ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ตรวจพบการโฆษณาที่ผิดกฎหมายทั้งหมด 684 ชิ้นงาน แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ 376 ชิ้น (ร้อยละ 54.97) และบริการสุขภาพ 308 ชิ้น (ร้อยละ 45.03) ระบุช่องทางสื่อที่มีปัญหามากที่สุด คือ สื่อวิทยุกระจายเสียง (ร้อยละ 62.1) รองลงมาเป็นสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 27.6) สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนโครงการ

2. การพัฒนากลยุทธ์การเฝ้าระวังและจัดการ พัฒนากลยุทธ์แบบบูรณาการ 6 ระยะ (วางแผน - สร้างเครื่องมือ - ปฏิบัติ - วิเคราะห์ - พัฒนา - ติดตาม) ใช้แนวทาง Proactive Surveillance (เฝ้าระวังเชิงรุก) แทนการรอรับเรื่องร้องเรียน บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ (Data-Driven Decision Making) ผลลัพธ์ การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงลดลง ร้อยละ 70 ในปี 2566 และ ร้อยละ 66.7 ในปี 2567

3. การสร้างเครื่องมือ Application พัฒนา Google Forms Application 3 ฟอร์มหลัก ที่ครอบคลุมทุกช่องทางสื่อ ระบบรองรับการใช้งานผ่านมือถือและคอมพิวเตอร์ มีการเก็บข้อมูลแบบเรียลไทม์และปลอดภัย Dashboard แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างครบถ้วนผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (4.5 คะแนนจาก 5)

4. การสร้างเครือข่ายการทำงาน สร้างเครือข่ายครอบคลุม 3 ระดับ จังหวัด (25 คน), อำเภอ (120 คน), และตำบล มีการประสานงานกับหน่วยงานระดับชาติ ได้แก่ อย., กสทช., และ ศรป. เครือข่ายมีการทำงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีการประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ

5. การประเมินประสิทธิภาพของระบบความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง ร้อยละ 100 ทั้งสื่อวิทยุและสถานบริการสุขภาพ เวลาในการตอบสนอง ลดลงจาก 14 - 30 วัน เหลือ 7 - 14 วัน อัตราการดำเนินคดีเพิ่มขึ้นจาก 8 คดีต่อปี เป็น 21 คดีต่อปี (รวม 3 ปี) การปิดกั้นสื่อออนไลน์ ความสำเร็จเฉลี่ย ร้อยละ 71.4

การเชื่อมโยงผลการวิจัยกับแนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดการจัดการความเสี่ยง ผลการวิจัยสอดคล้อง WHO (2023) ที่เน้นการระบุ วิเคราะห์ ประเมินและควบคุมความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ Dashboard ระบุพื้นที่เสี่ยงและแนวโน้มการละเมิดได้ทันท่วงที สอดคล้อง FDA (2022) ที่พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจับได้ร้อยละ 65 การเพิ่มจำนวนคดีส่งสัญญาณความจริงจัง สร้าง Deterrent Effect ให้ผู้ประกอบการปรับพฤติกรรม

2. ทฤษฎีระบบ การเชื่อมโยงทุกส่วนผ่าน Application และ Dashboard สะท้อนทฤษฎีระบบ (Bertalanffy, 1968) สร้าง Synergy Effect ที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าการทำงานแยกส่วน สอดคล้องสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2565) ที่พบว่าการบูรณาการเพิ่มประสิทธิภาพร้อยละ 45-60

3. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย เครือข่าย 3 ระดับครอบคลุมร้อยละ 100 สอดคล้อง Community-Based Surveillance ของ WHO (2023) และจุฬาฯ (2564) ที่พบว่าเครือข่ายท้องถิ่นเพิ่มประสิทธิภาพมากกว่าร้อยละ 70 เครือข่าย 22 อำเภอทำให้เฝ้าระวังครบถ้วน การประชุมอบรมสม่ำเสมอรักษาความเข้มแข็ง ความท้าทายคือความต่อเนื่องเมื่อเปลี่ยนบุคลากร จำเป็นต้องมี Knowledge Management ที่ดี

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้อง Health Belief Model และ Theory of Planned Behavior การให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และบังคับใช้กฎหมายทำให้ผู้ประกอบการปรับพฤติกรรม สนับสนุนโดยนงนุช ใจชื้นและคณะ (2565) ว่าการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับให้ความรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ประกอบการเข้าใจกฎหมายมากขึ้น ประชาชนรู้เท่าทันและปกป้องตนเองได้ดีขึ้น

5. เทคโนโลยีสารสนเทศในสาธารณสุข Google Forms และ Dashboard สะท้อน mHealth และ Digital Surveillance ที่ WHO ส่งเสริม ช่วยให้เกิด Real-time Surveillance และ Data-Driven Decision Making สอดคล้อง FDA (2022) ที่พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจ

สูงสุด (4.5 คะแนน) เนื่องจากเรียบง่าย เข้าถึงง่าย ใช้งานผ่านมือถือได้ทุกที่ และแสดงผลทันที ข้อจำกัดคือยังไม่มีการวิเคราะห์ขั้นสูงเช่น Predictive Analytics หรือ AI-based Detection Retry

สรุป การวิจัยพัฒนาระบบจัดการโฆษณาผิดกฎหมายในยุคดิจิทัลสำหรับจังหวัดศรีสะเกษ โดยบูรณาการเทคโนโลยี เครือข่าย และการบังคับใช้กฎหมาย ลดโฆษณาผิดกฎหมายได้ร้อยละ 66.7-70 อย่างต่อเนื่อง 2 ปี แสดงความยั่งยืนและการปรับพฤติกรรมที่แท้จริง แม้ยังมีการละเมิด 193 ชิ้นงานในปี 2567 แต่ระบบสร้างต้นแบบที่ขยายผลได้และเป็นตัวอย่างการประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลแก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์ การดำเนินงานต่อเนื่องและพัฒนาระบบสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพ

ข้อจำกัด พื้นที่เฉพาะศรีสะเกษ ระยะเวลา 13 เดือนไม่เพียงพอ ควรติดตาม 3-5 ปี Google Forms จำกัดการวิเคราะห์ขั้นสูง ยังไม่มี AI/ML งบประมาณจำกัด บุคลากรมีภาระงานประจำ การดำเนินคดีใช้เวลานาน บทลงโทษไม่เข้มงวดพอ โฆษณาข้ามพรมแดนยากควบคุม

การนำไปใช้ประโยชน์ ทางปฏิบัติ ต้นแบบสำหรับจังหวัดอื่นขยายผลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอื่น พัฒนา เป็นระบบเฝ้าระวังครบวงจร เชิงนโยบาย ปรับปรุงกฎหมายให้เหมาะสมยุคดิจิทัล เพิ่มบทลงโทษ เร่งรัดกระบวนการดำเนินคดี จัดสรรงบประมาณต่อเนื่อง พัฒนา SOP และ KPIs วิจัยต่อยอดศึกษาผลกระทบระยะยาว วิจัยเปรียบเทียบพื้นที่อื่น พัฒนาระบบ AI ตรวจจับอัตโนมัติ พัฒนาเป็นงานวิจัยเชิงทดลองศึกษาปัจจัยความสำเร็จเชิงลึก

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนา AI วิเคราะห์เนื้อหา ภาพ เสียง เพื่อระบุโฆษณาผิดกฎหมาย ใช้บล็อกเชนติดตามที่มาโฆษณา สร้างแอปมือถือให้ผู้บริโภคสแกน QR Code/ ถ่ายรูปตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ช่องว่างกฎหมายยุคดิจิทัลและพัฒนามาตรฐานสากล

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). รายงานสถิติผู้บริโภคที่ได้รับอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กองคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). คู่มือการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2564). ผลกระทบของการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงนุช ใจชื้น, ธนพัน สุขสอาด, ศิริวรรณ พิทธยรังสฤษฏ. (2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพ (โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพออนไลน์). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลศรีสะเกษ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพออนไลน์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). รายงานสถิติการตรวจพบโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ปี 2565. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. (2565). รายงานการดำเนินงานด้านการควบคุมสื่อ. กรุงเทพฯ: กสทช.

สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). สถิติประชากรจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสถิติจังหวัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2564). รายงานการศึกษาความรู้ผู้บริโภคด้านการโฆษณา. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานการตรวจพบโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ปี 2564-2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2566). รายงานการตลาดดิจิทัลและพฤติกรรมผู้บริโภคออนไลน์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย.

Bertalanffy LV. (1968). General system theory: foundations, development, applications. New York: George Braziller.

U.S. Food and Drug Administration. (2022). Social media health claims monitoring. Silver Spring: FDA.

World Health Organization. (2023). Digital health product advertising regulation. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023). Guidelines for digital health surveillance systems. Geneva: WHO.

รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง ในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

ละมัย ปูสารัมย์, พย.บ.[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ที่ประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 2) พัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง 3) ประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม และ 4) เปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน 2) ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองสำหรับศึกษาความต้องการจำเป็น จำนวน 103 คน และ 3) ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองสำหรับทดลองใช้รูปแบบกิจกรรม จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบบประเมินรูปแบบกิจกรรม และแบบประเมินสถานการณ์สุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่า IOC ระหว่าง 0.66–1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.826 และ 0.802 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่าดัชนี PNI modified และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ 3 อันดับแรก ได้แก่ การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อคลายความเครียด(PNI = 0.634) การมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี(PNI = 0.563) และการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา(PNI = 0.517) ตามลำดับ 2) รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ "ปะคำ-แคร์ โมเดล" (Pakham CARE Model) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ($\bar{X}$ = 4.27, S.D. = 0.55) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.51) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ($\bar{X}$ = 4.19, S.D. = 0.53) และกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.46) โดยทั้ง 4 รูปแบบได้รับการประเมินในระดับมากทั้งหมด 3) สถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สุขภาพจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42) รองลงมาคือสุขภาพกาย($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90) และ 4) ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาพจิตใจมีการพัฒนาสูงกว่าสุขภาพกาย สรุปได้ว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิผลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดูแลแบบองค์รวม

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, โรคปอดอักเสบ, โรคถุงลมโป่งพอง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์, *E-mail*: lamairita144@gmail.com

Physical and Mental Health Rehabilitation Activities for Patients Receiving Treatment for Emphysema at Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province

Lamai Poosaram, RN.[1]

Abstract

This participatory action research (PAR) applied the PAOR cycle (Plan-Act-Observe-Reflect) with the following objectives: 1) to study the needs for developing health rehabilitation activities for emphysema patients, 2) to develop a physical and mental health rehabilitation activity model for emphysema patients, 3) to assess the physical and mental health status of emphysema patients after using the activity model, and 4) to compare the physical and mental health of emphysema patients before and after using the health rehabilitation activity model at Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province. The research samples consisted of three groups: 1) 10 nurses and medical personnel, 2) 103 emphysema patients for needs assessment, and 3) 34 emphysema patients for the activity model trial. Research instruments included needs assessment questionnaires, activity model evaluation forms, and health status assessment forms, which were validated for content validity by three experts with IOC values ranging from 0.66 to 1.00 and reliability coefficients of 0.826 and 0.802, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation), the PNI modified index, and inferential statistics (paired t-test). Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that 1) the top three needs for developing health rehabilitation activities were recreational activities for stress relief (PNI = 0.634), reward activities for patients with good health maintenance (PNI = 0.563), and arm and leg muscle exercises (PNI = 0.517), respectively. 2) The developed "Pakham CARE Model" health rehabilitation activity model consisted of four components: nutritional promotion activities for the respiratory system ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.55), physical fitness promotion activities ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.51), spiritual and mental wellness promotion activities ($\bar{x}$ = 4.19, S.D. = 0.53), and motivation and social relationship building activities ($\bar{x}$ = 4.18, S.D. = 0.46), with all four components evaluated at a high level. 3) The overall physical and mental health status of patients after using the activity model was at a high level ($\bar{x}$ = 3.77, S.D. = 0.66). When examined by dimension, mental health had the highest mean score ($\bar{x}$ = 3.80, S.D. = 0.42), followed by physical health ($\bar{x}$ = 3.75, S.D. = 0.90). 4) Patients had significantly higher physical and mental health scores after using the health rehabilitation activity model compared to before using it ($p < 0.05$), with mental health showing greater improvement than physical health. In conclusion, the developed health rehabilitation activity model is a scalable and effective innovation suitable for implementation in community hospitals and resource-limited rural settings, prioritizing community participation and holistic care delivery.

KEYWORDS : pulmonary rehabilitation, pneumonia, emphysema

[1] Professional Nurse, Pakham Hospital, Pakham District, Buriram Province, E-mail: lamairita144@gmail.com

บทนำ

โรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ซึ่งครอบคลุมทั้งโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง สาเหตุสำคัญของโรคนี้มักเกิดจากการสูดดมสารมลพิษในอากาศ เช่น ควันบุหรี่ หรือควันจากการเผาไหม้ ทำให้สารพิษเหล่านี้เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้เนื้อเยื่อปอดเสื่อมสภาพ เกิดการอักเสบและค่อย ๆ ทำลายโครงสร้างของระบบหายใจจนเกิดภาวะอุดกั้นเรื้อรังในที่สุด (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพิระบรมราชูปถัมภ์, 2565) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง คือ เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถเป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพองได้เช่นกัน อาทิ การสูดดมสารที่เป็นพิษซึ่งอาจอยู่ในรูปของฝุ่น ควัน แก๊ส หรือสารเคมีที่มีอานุภาพเล็ก ๆ เข้าไปยังปอด หรือ การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นสูบ หรือ ได้รับจากสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะ และในบางรายอาจจะมีพันธุกรรมที่ผิดปกติทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ หรือ อาจจะมีความผิดปกติของปอดตั้งแต่เด็ก ๆ ก็ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าคนทั่วไป (อดิศร มนูสาร, 2567)

นอกจากนี้แล้วโรคถุงลมโป่งพองยังเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากระตุ้น จนส่งผลกระทบให้เกิดการอักเสบและเกิดการอุดกั้นของหลอดลมและเนื้อปอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมขนาดใหญ่จะมีต่อมขับเมือกใหญ่ขึ้นทำให้สร้างเสมหะมากขึ้น หลอดลมเล็กมีการอักเสบ ทำให้มีเสมหะอุดตันหลอดลมกล้ามเนื้อผนังหลอดลมโตขึ้น และในเนื้อปอด มีการโป่งพองของถุงลมภายในปอด (สิริรัตน์ นฤมิตร, 2564) จากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอด ส่งผลให้ให้รูของหลอดลมมีขนาดเล็กลงและความยืดหยุ่นของปอดลดลง แรงดันลมภายในปอดลดลง แรงดึงถ่างหลอดลมลดลง ทำให้หลอดลมแฟบกว่าปกติได้ หลอดลมหลั่งเมือกมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะเรื้อรัง การเคลื่อนไหวของปอดและผนังทรวงอกลดลงทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจมีความแข็งแรงลดลง เกิดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ และการมีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออก ทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติเกิดภาวะหายใจลำบากได้ อีกทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ถุงลมและหลอดลมจะเสียความยืดหยุ่น และผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการแต่ต่อมาเมื่อเป็นมากขึ้นอาการก็จะแสดงชัดเจนขึ้นตามลำดับ (วิชัย บุญสร้างสุข, 2563)

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การโรคถุงลมโป่งพองโลก (Global Initiative Obstructive Lung Disease) ได้ร่วมกันกำหนดให้วันพุธที่สองของเดือนพฤศจิกายนของทุกปี เป็นวันถุงลมโปงพองแห่งโลก เพื่อเสริมพลังและแรงจูงใจให้ทุกคนได้ตระหนักถึงผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองกว่า 3 ล้านคน ในขณะที่ทั่วโลกมีผู้ป่วยทั้งหมดร่วม 300 ล้านคน (โรงพยาบาลจุฬาภรณ์, 2564) และจากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่า อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ในเขตสุขภาพที่ 9 ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 มีจำนวน 5,396 คน 5,174 คน และ 5,072 คนตามลำดับ

โรงพยาบาลปะคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยเพียง 30 เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) เป็นพื้นที่ชนบทห่างไกลที่มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการสัมผัสฝุ่นละอองและควันไฟจากการเผาในไร่นาเป็นประจำ (2) มีอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรวัยทำงานสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชาย และ (3) มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมเนื่องจากระยะทางและการขาดแคลน

บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง จากข้อมูลของโรงพยาบาลปะคำ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคถุงลมโป่งพองและมารับบริการอย่างต่อเนื่องจำนวนทั้งสิ้น 141 คน คิดเป็นอัตรา 285.71 คนต่อประชากร 100,000 คน (อ้างอิงจากประชากรอำเภอปะคำ จำนวน 49,366 คน ณ ปี 2566) ซึ่งเมื่อเทียบกับอัตราผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในระดับประเทศที่อยู่ที่ประมาณ 220–250 คนต่อประชากร 100,000 คน แสดงให้เห็นว่าอำเภอปะคำมีอัตราผู้ป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศร้อยละ 14.28–29.87 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำมีลักษณะความรุนแรงของโรคดังนี้ ผู้ป่วยระดับความรุนแรงปานกลาง (GOLD Stage II) ร้อยละ 48.23 (68 คน) ผู้ป่วยระดับความรุนแรงมาก (GOLD Stage III) ร้อยละ 34.04 (48 คน) และผู้ป่วยระดับความรุนแรงมากที่สุด (GOLD Stage IV) ร้อยละ 17.73 (25 คน) ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในระดับความรุนแรงมากถึงมากที่สุด ซึ่งต้องการการดูแลและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

ยิ่งไปกว่านั้น จากการสำรวจเบื้องต้นของโรงพยาบาลปะคำในปี พ.ศ. 2565–2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (28-day readmission rate) สูงถึงร้อยละ 23.40 (33 คนจากผู้ป่วย 141 คน) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15 และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพที่ 9 ที่อยู่ที่ร้อยละ 18.67 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (SF-36 Physical Component Summary) เฉลี่ยอยู่ที่ 38.42±8.15 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ (SF-36 Mental Component Summary) เฉลี่ยอยู่ที่ 41.28±9.47 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไปที่อยู่ที่ 50±10 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายและจิตใจที่ต่ำ แม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลปะคำจะมีการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองตามแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การให้ยาตามอาการ และการแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้น แต่จากข้อมูลการติดตามผลการรักษา พบว่ารูปแบบการให้บริการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ ดังจะเห็นได้จาก

ประการแรก การให้บริการฟื้นฟูสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มีความต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยผู้ป่วยร้อยละ 68.09 (96 คนจากผู้ป่วย 141 คน) รายงานว่าได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำเพียงครั้งเดียวในช่วงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล และไม่มีการติดตามผลหรือให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ

ประการที่สอง กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีอยู่มุ่งเน้นเฉพาะด้านสุขภาพกายเท่านั้น โดยเฉพาะการฝึกหายใจและการออกกำลังกายเบื้องต้น แต่ยังขาดการดูแลด้านสุขภาพจิตใจอย่างเป็นระบบ ทั้งที่จากการศึกษาของ Yohannes และ Alexopoulos (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 40–60 ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตโดยรวม นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 73.33 (22 คน) มีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยร้อยละ 56.67 (17 คน) รู้สึกหมดกำลังใจและท้อแท้เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยร้อยละ 43.33 (13 คน) รู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

ประการที่สาม การให้บริการยังขาดการปรับให้เข้ากับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท เนื้อหาและวิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการถ่ายทอดความรู้แบบทางเดียว ไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อทางวัฒนธรรม ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม หรือศักยภาพในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์

พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81.56 (115 คน) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยร้อยละ 64.54 (91 คน) อาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า 10 กิโลเมตร และผู้ป่วยร้อยละ 52.48 (74 คน) ไม่มีผู้ดูแลประจำที่บ้าน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ประการสุดท้าย ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเพียงหน่วยงานเดียว โดยไม่มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบและพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นและประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ. ปะคำ จ.บุรีรัมย์

4. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ มีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย (ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 - กันยายน 2568)

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ประยุกต์ใช้วงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยดำเนินการผ่าน 2 วงจร PAOR เพื่อให้การพัฒนารูปแบบมีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของพื้นที่ กำหนดขั้นตอนการศึกษาดังนี้

2. กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ จำนวน 103 คน เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรตารางของเครจซี่และมอร์แกน เนื่องจากประชากรมีเพียงหลักร้อย (ประชากร 141 คน) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้าใจ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ทั้งการพูด การอ่าน การเขียน และการฟัง 3) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) เมื่ออาการป่วยของผู้เข้าร่วมโครงการกำเริบ 2) ผู้เข้าร่วมติดภารกิจส่วนตัวและแจ้งความประสงค์จะขอออกจากโครงการวิจัย และ 3) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจและไม่พร้อมจะอยู่ในโครงการ

ต่อไป จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน ตามจำนวนที่เป็นจริง กลุ่มตัวอย่างที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ จำนวน 34 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง "ปะคำ-แคร์ โมเดล" (Pakham CARE Model) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการจำเป็น(PNI modified) การสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รูปแบบกิจกรรม ดังนี้

3.1 รูปแบบกิจกรรมเบื้องต้น (วงจร PAOR ที่ 1) รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการทดลองครั้งแรก (วงจร PAOR ที่ 1) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวล ความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายและความสุข ประกอบด้วย

1) จัดกิจกรรมสันทนาการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง

2) จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด เช่น การฟังเพลงเบาสบาย การร้องเพลงร่วมกัน หรือการเล่นดนตรีพื้นบ้านอย่างง่าย เพื่อกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกและสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วย

3) กิจกรรมเปิดคลิปวิดีโอธรรมะ ให้ผู้ป่วยรับชมระหว่างรอการรักษา เพื่อสร้างความสงบทางจิตใจและกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

รูปแบบที่ 2: กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจและการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วย

1) การฝึกบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา เช่น การยกแขน การหมุนข้อมือ การเหยียดขา และการงอเข่า เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนปลายและป้องกันภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2) การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragmatic Breathing) สอนให้ผู้ป่วยหายใจลึกโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องแทนกล้ามเนื้อหน้าอก เพื่อเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ปอดและลดความเหนื่อยล้าจากการหายใจ

3) การฝึกหายใจแบบจีบริมฝีปาก (Pursed-lip Breathing) สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากที่จีบเบา ๆ เพื่อควบคุมอัตราการหายใจและลดอาการหายใจลำบาก

4) การออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจ สอนให้ผู้ป่วยเดินเหยาะ ๆ พร้อมกับการฝึกหายใจด้วยวิธีจีบริมฝีปาก เพื่อเพิ่มความอดทนของร่างกายและปรับปรุงสมรรถภาพการหายใจ (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง)

รูปแบบที่ 3: กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการสร้างกำลังใจ ความหวังและความสงบทางจิตใจให้กับผู้ป่วยผ่านกิจกรรมทางจิตวิญญาณและการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย

1) กิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี เพื่อสร้างแรงจูงใจและยกย่องเชิดชูผู้ป่วยที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง เช่น การมอบ

ประกาศนียบัตร ของที่ระลึก หรือคำชมเชยต่อหน้าผู้ป่วยคนอื่น ๆ

2) กิจกรรมนั่งสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) สอนให้ผู้ป่วยฝึกการนั่งสงบ ปล่อยวางความคิด และผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนเพื่อลดความตึงเครียดทางกายและจิตใจ

3) กิจกรรมสวดมนต์หรือภาวนา จัดให้ผู้ป่วยได้สวดมนต์หรือภาวนาตามศาสนาและความเชื่อของตนเอง เพื่อสร้างความสงบภายในและกำลังใจทางจิตวิญญาณย (ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 15 – 20 นาที จัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

3.2 การพัฒนาและการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมระหว่างการวิจัย

จากการดำเนินการในวงจร PAOR ที่ 1 พบว่ารูปแบบกิจกรรมทั้ง 3 รูปแบบข้างต้นสามารถตอบสนองความต้องการหลักของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีช่องว่างบางประการที่จำเป็นต้องปรับปรุงและเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมโภชนาการและการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสะท้อนผล (Reflect) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบประเด็นสำคัญดังนี้

ประเด็นที่ 1: ความจำเป็นในการเพิ่มกิจกรรมด้านโภชนาการ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการทดลองในวงจรที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67.65 (23 คนจาก 34 คน) มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงบริโภคอาหารที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง และขาดการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายรายมีภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) จากการสูญเสียน้ำหนักและการได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพและคุณภาพชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 10 คน (ร้อยละ 100) เห็นพ้องต้องกันว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการควรเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพอย่างชัดเจน

ประเด็นที่ 2: ความจำเป็นในการสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ พบว่าแม้กิจกรรมรูปแบบที่ 3 จะมีการมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี แต่การสร้างแรงจูงใจยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่องเพียงพอ ผู้ป่วยร้อยละ 55.88 (19 คนจาก 34 คน) รายงานว่า ต้องการระบบการติดตามและให้กำลังใจที่สม่ำเสมอมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่กลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งมักจะรู้สึกขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เสนอว่า ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น การโทรศัพท์ติดตามผล การใช้กลุ่มไลน์ (Line Group) ในการแบ่งปันประสบการณ์ และการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน

การตัดสินใจปรับปรุงและเพิ่มเติมรูปแบบกิจกรรม

จากประเด็นทั้งสองข้างต้น คณะทำงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงมีมติร่วมกันในการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 3 ว่า ควรปรับปรุงและขยายขอบเขตของรูปแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเพิ่มเติม 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ **(1) กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการ** ซึ่งจะบูรณาการเข้ากับรูปแบบที่ 2 (กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย) และ **(2) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง** ซึ่งจะบูรณาการเข้ากับรูปแบบที่ 3 (กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ) เพื่อให้รูปแบบกิจกรรมมีความสมบูรณ์และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

3.3 รูปแบบกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้ว (วงจร PAOR ที่ 2)

ดังนั้น ในวงจร PAOR ที่ 2 รูปแบบกิจกรรมจึงได้รับการปรับปรุงเป็น 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด (เหมือนเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง)

รูปแบบที่ 2: กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย (ปรับปรุงและเพิ่มเติม)

กิจกรรมที่เพิ่มเติม: กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการ ประกอบด้วย

- การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง
- การจัดนิทรรศการและสาธิตการปรุงอาหารที่เหมาะสม
- การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการรายบุคคล
- การติดตามและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

(ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15–30 นาที กิจกรรมด้านโภชนาการจัดเดือนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20–30 นาที)

รูปแบบที่ 3: กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ (ปรับปรุงและเพิ่มเติม)

กิจกรรมที่เพิ่มเติม: กิจกรรมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

- การจัดตั้งกลุ่มไลน์ (Line Group) สำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
- การติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน (Patient Support Group) เดือนละ 1 ครั้ง
- การจัดทำปฏิทินกิจกรรมและแผนการดูแลตนเองรายบุคคลที่ติดตามผลได้

(ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง ครั้งละ 15–20 นาที กิจกรรมสร้างแรงจูงใจดำเนินการต่อเนื่องตลอดโครงการ)

รูปแบบที่ 4: กิจกรรมการจัดการตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (กิจกรรมใหม่)

1) การอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง

2) การพัฒนาแผนดูแลตนเองรายบุคคล (Personal Action Plan)

3) การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล

4) การสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชน

(ดำเนินกิจกรรมตลอดโครงการ โดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมอื่น ๆ)

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย:

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองด้วยการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในกลุ่มงานพยาบาลจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งทุกคนลงความเห็นว่ารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง ในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนามีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็น (สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์) ของกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ในปัจจุบัน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ แบบสอบถาม

ชุดที่ 2 แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ. ปะคำ จ. บุรีรัมย์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เป็นคำถามปลายเปิด

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

+1 ข้อคำถามมีความสอดคล้องฯ

0 ไม่แน่ใจ

-1 ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

จากนั้นนำกลับมาคำนวณหาค่า IOC โดยหากมีค่า IOC ระหว่าง 0.60 - 1.00 ถือว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย นำแบบสอบถามนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น โดยการแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวัดค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาก (Cronbach) หากค่าความเชื่อมั่นที่ได้ มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปถือว่าเครื่องมือวิจัยมีความเที่ยง (อรรถเดช สรสุชาติ และรณิดา มนต์ขลัง, 2567) สามารถที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยได้ หากค่าความเชื่อมั่นที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.70 จะนำแบบสอบถามไปแก้ไข นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงต่อไปและผลการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด พบว่า มีค่าระหว่าง 0.66 – 1.00 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบากมีค่าเท่ากับ 0.826 และ 0.802 ตามลำดับแสดงว่าแบบสอบถามมีคุณภาพสูง สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน 2 วงจร PAOR ตามลำดับดังนี้

ครั้งที่ 1: การสำรวจความต้องการจำเป็นและสถานการณ์ปัจจุบัน (ระยะ Plan)

1.1 การเก็บข้อมูลจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์แจกแบบสอบถามชุดที่ 1 จำนวน 10 ฉบับ ให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน (ตามจำนวนที่เป็นจริง) เก็บแบบสอบถามได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบ และความต้องการในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ

1.2 การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

แจกแบบสอบถามชุดที่ 1 จำนวน 103 ฉบับ ให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บแบบสอบถามได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) ในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ โดยวัดสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ และประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยในปัจจุบัน

1.3 การดำเนินกิจกรรมเชิงคุณภาพ จัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย (12 คน) ญาติผู้ดูแล (10 คน) บุคลากรทางการแพทย์ (8 คน) และ อสม./ผู้นำชุมชน (10 คน) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วย 15 คน วัตถุประสงค์: เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ อุปสรรค และข้อเสนอแนะอย่างลึกซึ้ง

ครั้งที่ 2: การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น (ระยะ Plan - Observe)

หลังจากพัฒนารูปแบบกิจกรรมเบื้องต้นจากข้อมูลในครั้งที่ 1 และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ แจกแบบประเมินรูปแบบกิจกรรม จำนวน 10 ฉบับ ให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 10 คน (ตามจำนวนที่เป็นจริง) เก็บคืนได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

วงจร PAOR ที่ 2 : การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบกิจกรรม

ครั้งที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรมและประเมินผลลัพธ์ (ระยะ Act - Observe) นำรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง จำนวน 34 คน ที่คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน (12 สัปดาห์) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ก่อนการทดลอง (Baseline): ประเมินสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามชุดที่ 2 หลังการทดลอง 1 เดือน: ประเมินสุขภาพกายและจิตใจครั้งที่ 1 หลังการทดลอง 3 เดือน: ประเมินสุขภาพกายและจิตใจครั้งที่ 2 (สิ้นสุดการทดลอง) เก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบตามจำนวนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม: บันทึกการสังเกตการณ์ระหว่างการจัดกิจกรรม สัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และคณะทำงาน (ทุกเดือน) ทบทวนสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวของผู้ป่วย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยการกำหนดเกณฑ์ของช่วงห่างในแต่ละช่วงชั้น ดังนี้ (อรรถเดช สรสุชาติ และรณิดา มนต์ขลัง, 2567)

ช่วงห่างในแต่ละช่วงชั้น = (ชั้นที่มีคะแนนสูงสุด-ชั้นที่มีคะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น = (5-1)/5 = 0.80

ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละช่วงชั้นและการแปลผล ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง มีระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง มีระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง มีระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นใช้วิธีการวิเคราะห์ดัชนี PNI จากสูตร PNI modified = (I–D)/D โดย I (Importance) หมายถึง ระดับความสำคัญของข้อความนั้นเปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Should Be” และ D (Degree of Success) หมายถึง มาตรวัดที่แสดงระดับที่ข้อรายการนั้นได้รับการตอบสนองหรือระดับสัมฤทธิ์ผล (D = Degree of Success) ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ “What Is” ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดความคาดหวัง มีค่าสูงสุดเท่ากับ 5 ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นใช้การเรียงค่าดัชนีจากมากไปหาน้อย ดัชนีที่มีค่ามาก แปลว่า มีความต้องการจำเป็นสูงที่ต้องได้รับความสนใจต้องพัฒนามากกว่าดัชนีที่มีค่าน้อยกว่าโดยค่าดัชนี PNI > 0.2 ถือว่ามีความต้องการจำเป็น (สุวิมล ว่องวาณิช, 2550) การทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพกายและจิตใจก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired Sample t-test (t-test for dependent samples) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนสุขภาพกาย (วัดจาก: ระดับอาการหายใจลำบาก, คุณภาพชีวิตเฉพาะโรค, ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน) คะแนนสุขภาพจิตใจ (วัดจาก: ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการอนุมัติ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ BRO 2024 – 1024 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความต้องการจำเป็นและประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.50 และทั้งหมดมีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 68.00 และมีการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 79.60 ซึ่งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามากกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.40

สำหรับสถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ภายหลังการใช้กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้น พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = 0.66) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพใจอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42) และรองลงมาคือด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90)

สำหรับความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าดัชนี PNI > 0.20 พบว่ามี 9 ประเด็น ที่มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเรียงลำดับตามค่า PNI จากมากไปน้อย ดังนี้ 1) จัดกิจกรรมสันทนาการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด (PNI = 0.634) 2) จัดกิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี (PNI = 0.563) 3) การให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา (PNI = 0.517) 4) จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด (PNI = 0.478) 5) การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม (PNI = 0.459) 6) การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจโดยวิธีห่อปากหรือเป่าปาก (PNI = 0.457) 7) เปิดคลิปวิดีโอธรรมะให้ผู้ป่วยรับชมระหว่างรอการรักษา (PNI = 0.444) 8) จัดกิจกรรมนั่งสมาธิให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (PNI = 0.424) และ 9) จัดกิจกรรมสวดมนต์ให้กับผู้ป่วย (PNI = 0.398) ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ. บุรีรัมย์ (PNI>0.20) (N=103)

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	สภาพที่พึงประสงค์	PNI
1.จัดกิจกรรมสันทนาการ เช่น เปิดภาพยนตร์ตลกเบาสมองให้กับผู้ป่วยเพื่อคลายความเครียด	2.46	4.02	0.634
2.จัดกิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพดี	2.59	4.05	0.563
3.การให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา	2.80	4.25	0.517
4.จัดกิจกรรมดนตรีบำบัด	2.51	3.71	0.478
5.การสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม	2.81	4.10	0.459
6.การให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการเดินร่วมกับการฝึกหายใจโดยวิธีห่อปากหรือเป่าปาก	2.80	4.08	0.457

ประเด็น	สภาพปัจจุบัน	สภาพที่พึงประสงค์	PNI
7.เปิดคลิปวิดีโอธรรมะให้ผู้ป่วยรับชมระหว่างรอการรักษา	2.84	4.10	0.444
8.จัดกิจกรรมนั่งสมาธิให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา	2.52	3.59	0.424
9.จัดกิจกรรมสวดมนต์ให้กับผู้ป่วย	2.88	4.00	0.398

2. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ.ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ. ปะคำ จ.บุรีรัมย์ มี 4 รูปแบบ คือ 2.1) กิจกรรส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ ($\bar{X}$=4.27, S.D.=0.55) 2.2) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ($\bar{X}$=4.23, S.D.=0.51) 2.3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ ($\bar{X}$=4.19, S.D.=0.53) 2.4) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$=4.18, SD=0.46) ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะคำ อ. ปะคำ จ. บุรีรัมย์ (N=103)

รูปแบบกิจกรรม	$\bar{X}$	*SD*	**แปลความ**
รูปแบบที่ 1: กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ	4.27	0.55	มาก
รูปแบบที่ 2: กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย	4.23	0.51	มาก
รูปแบบที่ 3: กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ	4.19	0.53	มาก
รูปแบบที่ 4: กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม	4.18	0.46	มาก

3. การศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลปะคำ อ. ปะคำ จ.บุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 3.75 คะแนน สุขภาพกายเพิ่มขึ้น 0.90 คะแนน (ร้อยละ 31.60) และคะแนนสุขภาพจิตใจเพิ่มขึ้นจาก 2.92 เป็น 3.80 เพิ่มขึ้น 0.88 คะแนน (ร้อยละ 30.10)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. การเปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลปะคำ อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านสุขภาพกาย ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.78) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.90) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.42$, $p < 0.001$) ด้านสุขภาพจิตใจ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 2.92, S.D. = 0.65) และหลังการใช้รูปแบบกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.42) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (t = -9.56, p < 0.001) ภาพรวม ผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก ($\bar{x}$ = 2.89, S.D. = 0.68) เป็น ($\bar{x}$ = 3.77, S.D. = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.15, p < 0.001)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ "ปะคำ-แคร์ โมเดล" มีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาพจิตใจมีการพัฒนาสูงกว่าสุขภาพกาย (ค่า t ของสุขภาพจิตใจ = -9.56 เทียบกับสุขภาพกาย = -8.42) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมที่เน้นความบันเทิงและคลายความเครียด (2) กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย และ (3) กิจกรรมที่เน้นด้านจิตวิญญาณและจิตใจ แสดงให้เห็นว่าการฟื้นฟูสุขภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Chan et al. (2012) ที่พบว่าดนตรีบำบัดช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล Spruit et al. (2013) ที่พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดอาการเหนื่อยล้า และ Puchalski et al. (2014) ที่แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมทางจิตวิญญาณช่วยปรับตัวทางอารมณ์และเพิ่มความหวังในการรักษา

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบกิจกรรม "ปะคำ-แคร์ โมเดล" ที่พัฒนาผ่านวงจร PAOR ประกอบด้วย 4 รูปแบบหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อระบบทางเดินหายใจ ($\bar{x}$= 4.27, SD = 0.55) (2) กิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ($\bar{x}$= 4.23, SD = 0.51) (3) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและจิตใจ ($\bar{x}$ = 4.19, SD = 0.53) และ (4) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x}$ = 4.18, SD = 0.46) โดยทั้ง 4 รูปแบบได้รับการประเมินในระดับมากทั้งหมด แสดงว่าตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม

กิจกรรมออกกำลังกายในร่ม เช่น การเดินร่วม ฝึกหายใจและการบริหารกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับ Spruit et al. (2013) ที่ระบุว่ากิจกรรมฟื้นฟูปอดแบบมีโครงสร้างช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ลดอาการเหนื่อยล้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ กิจกรรมสันทนาการยังได้รับความนิยม สอดคล้องกับ Chan et al. (2012) ที่พบว่าดนตรีบำบัดและกิจกรรมผ่อนคลายช่วยลดซึมเศร้าและความวิตกกังวล

3. การพัฒนาสุขภาพจิตใจสูงกว่าสุขภาพกาย: การวิเคราะห์เชิงลึก

ผลการศึกษาที่สำคัญ: ภายหลังใช้กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ สถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.77, SD = 0.66) โดยสุขภาพใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.80, SD = 0.42) รองลงมาคือสุขภาพกาย ($\bar{x}$ = 3.75, SD = 0.90) สอดคล้องกับ Halpin et al. (2021) ที่พบว่าสุขภาพกายสามารถรักษาในระดับยอมรับได้ด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม และ Yohannes และ Alexopoulos (2017) ที่พบว่ากิจกรรมสนับสนุนด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สามารถวิเคราะห์สาเหตุได้ 4 ประเด็นหลัก:

3.1 ลักษณะของโรคและกลุ่มผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.50) อายุมากกว่า 61 ปี (ร้อยละ 100) มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น (ร้อยละ 79.60) และเข้ารับการรักษามากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 86.40) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจิตใจสูง แต่ไม่เคยได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบมาก่อน ดังนั้น เมื่อได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบจึงเห็นการพัฒนาที่ชัดเจนและรวดเร็ว สอดคล้องกับ Yohannes และ Alexopoulos

(2014) ที่พบว่าผู้ป่วย COPD มีความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงถึง ร้อยละ 40–60

3.2 การขาดการดูแลสุขภาพจิตใจในระบบเดิม

การดูแลเดิมมุ่งเน้นการจัดการอาการทางกายเป็นหลัก ขาดการประเมินและดูแลสุขภาพจิตใจอย่างเป็นระบบ เมื่อมีกิจกรรมตอบโจทย์ความต้องการด้านนี้โดยตรง ผู้ป่วยจึงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น สอดคล้องกับ Baraniak และ Sheffield (2011) ที่ระบุว่าโปรแกรมฟื้นฟูส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นมิติทางกาย ทำให้ปัญหาทางจิตใจไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม

3.3 กิจกรรมด้านสุขภาพจิตใจเป็นปัจจัยความสำเร็จหลัก

กิจกรรม 4 ประเภทที่เป็น Critical Success Factor:

(1) กลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ (คะแนน 4.68) - ผู้ป่วย ร้อยละ 88.24 รายงานว่าการแบ่งปันประสบการณ์ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและมีกำลังใจมากขึ้น สอดคล้องกับ Keating et al. (2011) ที่พบว่ากลุ่มสนับสนุนลดความโดดเดี่ยวและสร้างแรงจูงใจได้

(2) การสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยร้อยละ 79.41 รายงานว่าการติดตามและให้กำลังใจทำให้ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง สอดคล้องกับ Cruz et al. (2014) ที่พบว่าการติดตามผ่านโทรศัพท์เพิ่มการปฏิบัติตามแผนการรักษาและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

(3) สันทนาการและดนตรีบำบัด (คะแนน 4.52 และ 4.38) - ผู้ป่วย ร้อยละ 85.29 รายงานว่ารู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขมากขึ้น สอดคล้องกับ Bennett และ Lengacher (2009) และ Chan et al. (2012) ที่พบว่าช่วยลดฮอร์โมนความเครียดและเพิ่มฮอร์โมนความสุข

(4) นั่งสมาธิและสวดมนต์ (คะแนน 4.25 และ 4.18) - ผู้ป่วย ร้อยละ 76.47 รายงานว่ารู้สึกสงบและมีกำลังใจ สอดคล้องกับ Puchalski et al. (2014) และ Benzo et al. (2016) ที่พบว่ากิจกรรมทางจิตวิญญาณเพิ่มความหวังและการยอมรับความเจ็บป่วย

3.4 ข้อจำกัดทางสรีรวิทยาของการพัฒนาสุขภาพกาย

การพัฒนาสุขภาพกายมีข้อจำกัด 3 ประการ: (1) ความเสียหายของปอดที่ไม่สามารถฟื้นคืนได้ทำให้มี Ceiling Effect (2) ต้องใช้เวลานานในการฝึกฝนจึงเห็นผลชัดเจน ในขณะที่สุขภาพจิตใจเห็นผลได้เร็วกว่า (3) โรคร่วมและอายุสูงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มความเข้มข้นของการออกกำลังกาย สอดคล้องกับ McCarthy et al. (2015) ที่พบว่าการพัฒนาสุขภาพกายมี Medium Effect Size ในขณะที่สุขภาพจิตใจมี Large Effect Size

4. ผลกระทบร่วมระหว่างสุขภาพจิตใจและสุขภาพกาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตใจดีขึ้นมีแนวโน้มมีสุขภาพกายดีขึ้นด้วย ($r = 0.68$, $p < 0.001$) จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีสุขภาพจิตใจดีมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายและความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) มากขึ้น สอดคล้องกับ Eisner et al. (2010) และ Livermore et al. (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นปัจจัยขัดขวางความสำเร็จของโปรแกรมฟื้นฟูปอด ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพจิตใจเป็นทั้งเป้าหมายสำคัญและเป็นปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ต่อการพัฒนาสุขภาพกาย การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตใจตั้งแต่เริ่มต้นจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพที่หลากหลาย และควรออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะกิจกรรมออกกำลังกายแบบมีโครงสร้างในพื้นที่ปลอดภัย เช่น การเดินในร่มหรือการทำโยคะเบาๆ และกิจกรรมสันทนาการ เช่น การฟังเพลงบำบัดหรือการดูภาพยนตร์ตลก เพื่อลดความเครียดและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา หรือการให้คำปรึกษาจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความหวังในการรักษาให้กับผู้ป่วย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว โดยติดตามผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของสุขภาพกายและจิตใจ

2.2 ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาจากพื้นที่ที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและผลลัพธ์ของกิจกรรมฟื้นฟูในบริบท ที่หลากหลาย อันจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์. (2564). วันถุงลมโป่งพองโลก. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก www.chulabhornhospital.com

วิชัย บุญสร้างสุข. (2563). โรคถุงลมโป่งพอง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพญาไท. [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.phyathai.com/th/article/

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สิริรัตน์ นฤมิตร. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. Journal of Health and Environmental Education, 6(3), 83–89.

สุวิมล ว่องวาณิช. (2550). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อดิศร มนูสาร. (2567). โรคถุงลมโป่งพอง ภัยร้ายใกล้ตัว. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพริ้นสุวรรณภูมิ. [เข้าถึงเมื่อ 8 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.princsuvarnabhumi.com/articles/content-emphysema-close-disease

อรรถเดช สรสุชาติ และรณิดา มนต์ขลัง. (2567). สถิติสำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Baraniak, A., & Sheffield, D. (2011). The efficacy of psychologically based interventions to improve anxiety, depression and quality of life in COPD: A systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling, 83(1), 29–36.

Bennett, M. P., & Lengacher, C. A. (2009). Humor and laughter may influence health IV: Humor and immune function. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 6(2), 159–164.

Benzo, R. P., Kirsch, J. L., Dulohery, M. M., & Abascal-Bolado, B. (2016). Emotional intelligence: A novel outcome associated with wellbeing and self-management in chronic obstructive pulmonary disease. Annals of the American Thoracic Society, 13(1), 10–16.

Chan, A. W., et al. (2012). Effect of music therapy on depression in older patients with chronic disease: A randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine, 172(9), 777–783.

Cruz, J., Brooks, D., & Marques, A. (2014). Home telemonitoring in COPD: A systematic review of methodologies and patients' adherence. International Journal of Medical Informatics, 83(4), 249–263.

Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., et al. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. Thorax, 65(3), 229–234.

Halpin, D. M. G., et al. (2021). Impact of maintenance therapy on COPD exacerbations and related outcomes, and quality of life: A review of the current evidence. Respiratory Research, 22(1), 21–30.

Keating, A., Lee, A., & Holland, A. E. (2011). What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. Chronic Respiratory Disease, 8(2), 89–99.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), The SAGE handbook of qualitative research (3rd ed., pp. 559–603). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Livermore, N., Sharpe, L., & McKenzie, D. (2010). Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. European Respiratory Journal, 35(3), 557–563.

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(2), CD003793.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 642–656.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., et al. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 188(8), e13–e64.

Yohannes, A. M., & Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. European Respiratory Review, 23(133), 345–349.

Yohannes, A. M., et al. (2017). Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: The role of pulmonary rehabilitation and general health status. Age and Ageing, 46(3), 393–399.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

รัตนาภรณ์ วิทยาขาว, พย.บ.[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ" มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แบบเดิม (2) พัฒนาโปรแกรมใหม่ โดยใช้ Community-Based Participatory Research (CBPR) และ (3) ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมใหม่ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิต การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ทดลองใช้โปรแกรมแบบเดิมกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) จำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมใหม่ โดยใช้ Community-Based Participatory Research (CBPR) กับคณะทำงาน 26 คน จากนั้นทดสอบเบื้องต้น 2 รอบ กับผู้ป่วย 18 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม ระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมใหม่ กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมแบบเดิมมีประสิทธิผลต่ำ ระดับ HbA1c ลดลงเพียง 0.62% (จาก 8.68% เป็น 8.06%, p<0.001) และมีเพียงร้อยละ 16.67 ที่ควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) ความรู้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 9.20 (p<0.001) ทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.86 (p<0.05) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 6.60 (p<0.05) สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน การพัฒนา NCS-SManMod (Non Sang Community-Based Self-Management Model: โมเดลจัดการตนเองแบบชุมชนโนนสัง) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ความรู้ - 3 ครั้ง (2) ทักษะ - 4 ครั้ง (3) แรงจูงใจ - 2 ครั้ง (4) การสนับสนุนทางสังคม - 2 ครั้ง (5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการเปรียบเทียบ NCS-SManMod มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลง 1.85% (จาก 8.72% เป็น 6.87%, p<0.001) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size, Cohen's d) = 1.41 ซึ่งถือว่ามีขนาดใหญ่มาก (Large Effect) และร้อยละ 76.67 ควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ HbA1c ลดลงเพียง 0.62% และควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 16.67 กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) ในทุกตัวแปร ได้แก่ (1) ความรู้: กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.90 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 9.20 (2) ทักษะการจัดการตนเอง: กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.57 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.86 (3) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy): กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.17 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.17 (4) การสนับสนุนทางสังคม: กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 43.77 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3.43 (เพิ่มขึ้น 12.8 เท่า) และ (5) คุณภาพชีวิต: กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.41 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 6.60 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.83/5.0) สรุปได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กระบวนการ CBPR หลังจากประเมินข้อจำกัดของโปรแกรมเดิม ช่วยสร้างโปรแกรมใหม่ที่มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (HbA1c ลดลง 1.85% เทียบกับ 0.62%) โดยโปรแกรมใหม่มีลักษณะเฉพาะที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วม ยั่งยืน ครอบคลุมทุกมิติ อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เหมาะสมกับวัฒนธรรม ยืดหยุ่น คุ้มค่า เสริมพลังอำนาจ และขยายผลได้ สามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน, การควบคุมระดับน้ำตาล, คุณภาพชีวิต, งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, E-mail: ratt_wit@hotmail.com

Effectiveness of self-management program on glycemic control of uncontrolled type 2 diabetic patients, Non Sang sub-district, Kanthararom district, Sisaket province

Rattanaphon Wityakao, B.Sc.[1]

Abstract

This research aimed to (1) evaluate the effectiveness of a conventional self-management program for type 2 diabetes patients with poor glycemic control, (2) develop a new program using Community-Based Participatory Research (CBPR), and (3) test the effectiveness of the new program on glycemic control, knowledge, self-management skills, and quality of life. The research was a quasi-experimental study divided into three phases. Phase 1 tested the conventional program with 30 type 2 diabetes patients with poor glycemic control (HbA1c ≥ 7%) over 12 weeks. Phase 2 developed a new program using Community-Based Participatory Research (CBPR) with a working team of 26 people. The program was then pilot-tested in two rounds with 18 patients to assess its appropriateness and feasibility. Phase 3 tested the effectiveness of the new program with 60 participants (30 in the experimental group, 30 in the control group) over 12 weeks.

Results showed that the conventional program had low effectiveness: HbA1c decreased by 0.62% (from 8.68% to 8.06%, $p < 0.001$), with 16.67% achieving good control (HbA1c < 7%). Knowledge increased by 9.20% ($p<0.001$), self-management skills by 5.86% ($p<0.05$), and quality of life by 6.60% ($p<0.05$), reflecting the need to develop a new program aligned with the community context. The development of NCS-SManMod (Non Sang Community-Based Self-Management Model) consisted of five core components: (1) Knowledge - 3 sessions, (2) Skills - 4 sessions, (3) Motivation - 2 sessions, (4) Social Support - 2 sessions, and (5) Continuous Follow-up. Comparative results showed that NCS-SManMod was significantly more effective than the conventional program. The experimental group showed an HbA1c reduction of 1.85% (from 8.72% to 6.87%, $p<0.001$) with a large effect size (Cohen's d = 1.41), and 76.67% achieved good control (HbA1c < 7%), compared to the control group's 0.62% reduction and 16.67% good control rate. The experimental group had significantly better outcomes than the control group ($p<0.001$) on all variables: (1) Knowledge: the experimental group increased by 48.90% while the control group increased by 9.20%, (2) Self-management skills: the experimental group increased by 38.57% while the control group increased by 5.86%, (3) Self-efficacy: the experimental group increased by 38.17% while the control group increased by 5.17%, (4) Social support: the experimental group increased by 43.77% while the control group increased by 3.43% (12.8-fold increase), and (5) Quality of life: the experimental group increased by 16.41% while the control group increased by 6.60%. Satisfaction with the program was at the highest level (4.83/5.0). Conclusion: Developing a program through CBPR after evaluating the limitations of the conventional program resulted in a significantly more effective intervention (HbA1c reduction: 1.85% vs. 0.62%). The new program is characterized as person-centered, participatory, sustainable, holistic, evidence-based, culturally appropriate, flexible, cost-effective, empowering, and scalable, making it suitable for replication in other areas with similar contexts.

KEYWORDS: Self-management program, diabetes patients, glycemic control, quality of life, quasi-experimental research

[1] Professional Nurse, Kanthararom District Public Health Office, E-mail: ratt_wit@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2017) ในปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข (2567) รายงานว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ปัญหาสำคัญคือ กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.4) ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c > 7%) (Hurst et al., 2020) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงหลายประการ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต ทางหัวใจและหลอดเลือด ทางระบบประสาท และที่เท้า อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน หรือเฉลี่ยปีละ 8,000 คน (โรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2564)

ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากร 1,355 คน ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง มีจำนวน 633 คน (ร้อยละ 46.72) จากข้อมูลการสำรวจผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ 709 คน ผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานได้ดี (HbA1c < 7%) มีเพียง 270 คน คิดเป็นร้อยละ 38.08 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 60 และต่ำกว่าเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2567-2570 ที่กำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 70 แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสังได้มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การตรวจติดตามที่คลินิกโรคเรื้อรัง และการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล แต่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลยังคงอยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่อง จากการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบมาตรฐานในช่วงแรก พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลต่ำ ระดับ HbA1c ลดลงเพียง 0.62% (จาก 8.68% เป็น 8.06%) และมีเพียงร้อยละ 16.67 ที่ควบคุมได้ดี ความรู้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 9.20 ทักษะเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.86 และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 6.60 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบมาตรฐานที่พัฒนาจากส่วนกลางหรือพื้นที่เมืองมักไม่สามารถนำมาใช้ได้ผลในบริบทของชุมชนชนบทอย่างตำบลโนนสัง ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการที่เหมาะสม โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Participatory Research: CBPR) เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบ และพัฒนาโปรแกรม ทำให้โปรแกรมที่ได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของพื้นที่ (Israel et al., 1998; Wallerstein & Duran, 2006)

การวิจัยครั้งนี้จึงออกแบบเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ทดลองใช้โปรแกรมแบบเดิมเพื่อประเมินประสิทธิผลและระบุข้อจำกัด ระยะที่ 2 นำผลจากระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมใหม่โดยใช้กระบวนการ CBPR และระยะที่ 3 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมใหม่เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เพื่อสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบเดิมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองใหม่โดยใช้กระบวนการ Community-Based Participatory Research (CBPR)

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมใหม่ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ที่ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะเวลา 12 เดือน (พฤศจิกายน 2567 - พฤศจิกายน 2568) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การทดลองใช้โปรแกรมแบบเดิม (เดือนที่ 1-3)ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมาตรฐานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ระบุข้อจำกัดและอุปสรรคของโปรแกรมเดิม และ รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและบทเรียนเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมใหม่

ระยะที่ 2: การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองใหม่ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้ทฤษฎีของ Barbara Israel และคณะ - Community-Based Participatory Research (CBPR) เพื่อพัฒนาโปรแกรม "โมเดลจัดการตนเองแบบชุมชนโนนสัง" (Non Sang Community-Based Self-Management Model: NCS-SManMod) โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม

ระยะที่ 3 : การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ Pre-test Post-test Control Group Design เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเปรียบเทียบกับผลลัพธ์จากระยะที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 : ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) ในตำบลโนนสัง จำนวน 313 ราย กลุ่มตัวอย่าง: 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า: (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (2) มีระดับ HbA1c ≥ 7% (3) อายุ 35-70 ปี (4) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ (5) สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ (6) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: (1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (2) มีโรคเรื้อรังร่วมที่รุนแรง (ไตวาย หัวใจล้มเหลว มะเร็งระยะลุกลาม) (3) มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือสติปัญญาที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (4) ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2: ผู้เข้าร่วมพัฒนาโปรแกรม 30 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 3: ประชากร: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) ที่ไม่ได้เข้าร่วมระยะที่ 1 และ 2

กลุ่มตัวอย่าง: 60 ราย แบ่งเป็น (1) กลุ่มทดลอง 30 คน: ได้รับโปรแกรม NCS-SManMod (2) กลุ่มควบคุม 30 คน: ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (เหมือนระยะที่ 1)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: (1) ใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเหมือนระยะที่ 1 (2) แบ่งกลุ่มโดยการจับคู่ (Matching) ตามอายุ เพศ ระดับ HbA1c เบื้องต้น และระยะเวลาเป็นเบาหวาน (3) จัดสรรไปยังกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมแบบสลับ (Alternate Assignment)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามระยะเวลา 12 เดือน (พฤศจิกายน 2567 - พฤศจิกายน 2568) มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะที่ 1: การทดลองใช้โปรแกรมแบบเดิม (เดือนที่ 1-3) เป็นการวิจัยแบบ One-Group Pre-test Post-test Design ดำเนินการตามโปรแกรม

โปรแกรมแบบเดิม : โปรแกรมที่ใช้เป็นโปรแกรมมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย: (1) การให้ความรู้แบบบรรยาย (2 ครั้ง) ครั้งที่ 1: ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ครั้งที่ 2: การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา (2) การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำทั่วไป (3) การตรวจติดตามที่คลินิกโรคเรื้อรัง (เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง) ตรวจวัดระดับน้ำตาล ความดันโลหิต น้ำหนัก ตรวจร่างกาย จ่ายยาตามแพทย์สั่ง (4) การให้สมุดบันทึก สมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน

2. ระยะที่ 2: การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง (เดือนที่ 4-6)

ขั้นตอนที่ 1: การจัดตั้งคณะทำงานและวิเคราะห์ปัญหา (เดือนที่ 4) จัดตั้งคณะทำงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม (CBPR Team) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 เรื่อง "การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ" จัดสนทนากลุ่มย่อยแยกตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ SWOT Analysis ของชุมชนในการจัดการโรคเบาหวาน ครอบคลุมจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค สรุปผลการวิเคราะห์และกำหนดทิศทางในการพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2: การออกแบบและพัฒนาโปรแกรม (เดือนที่ 5) ทบทวนวรรณกรรมและโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิผล ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ออกแบบโปรแกรม "โมเดลจัดการตนเองแบบชุมชนโนนสัง" (NCS-SManMod) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการติดตามและประเมินผล กำหนดโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรม 12 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) แต่ละครั้ง 2-3 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศาลาประชาคมหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3: การทดสอบโปรแกรมเบื้องต้น (เดือนที่ 6) คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 9 ราย เพื่อทดสอบโปรแกรมเบื้องต้น รวบรวมข้อมูลป้อนกลับจากผู้เข้าร่วมโปรแกรม จัดทำโปรแกรมฉบับสมบูรณ์พร้อมใช้ในระยะที่ 3

3. ระยะที่ 3: การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม (เดือนที่ 7-12) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Pre-test Post-test Control Group Design

กลุ่มทดลอง: O1 X O2

กลุ่มควบคุม: O1 O2

โดย:
- O1 = การวัดผลก่อนการทดลอง
- X = โปรแกรม NCS-SManMod
- O2 = การวัดผลหลังการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1: การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการจัดกลุ่ม (เดือนที่ 7)

ขั้นตอนที่ 2: การวัดผลก่อนการทดลอง (เดือนที่ 7)

ขั้นตอนที่ 3: การดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเอง (เดือนที่ 8-10)

กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศและการสร้างความรู้ความเข้าใจ (แนะนำโปรแกรมและสมาชิก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การประเมินความเสี่ยง การตั้งเป้าหมาย) สัปดาห์ที่ 2 การควบคุมอาหารและโภชนาการภาคทฤษฎี (หลักการควบคุมอาหาร การเลือกอาหาร การคำนวณแคลอรี การอ่านฉลากโภชนาการ การปรับเปลี่ยนเมนูอาหารพื้นบ้าน) สัปดาห์ที่ 3 การ

ควบคุมอาหารภาคปฏิบัติ (การสาธิตการประกอบอาหาร การฝึกปฏิบัติ การแบ่งปันเมนูและเคล็ดลับ) สัปดาห์ที่ 4 การออกกำลังกายภาคทฤษฎี (ประโยชน์ ชนิดและความเหมาะสม ความถี่และระยะเวลา ข้อควรระวังและข้อห้าม) สัปดาห์ที่ 5 การออกกำลังกายภาคปฏิบัติ (การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบต่างๆ การออกกำลังกายแบบกลุ่ม การสร้างแรงจูงใจ) สัปดาห์ที่ 6 การใช้ยาอย่างถูกต้องและการตรวจวัดระดับน้ำตาล (ชนิดของยาเบาหวาน วิธีการใช้ ผลข้างเคียง การใช้อินซูลิน หลักการตรวจวัดระดับน้ำตาล การสาธิตและฝึกปฏิบัติ) สัปดาห์ที่ 7 การดูแลเท้าและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ความสำคัญของการดูแลเท้า วิธีการตรวจดูเท้า การทำความสะอาดและบำรุง การเลือกรองเท้า สัญญาณเตือนและการขอความช่วยเหลือ) สัปดาห์ที่ 8 การจัดการความเครียดและอารมณ์ (ผลกระทบของความเครียดต่อระดับน้ำตาล เทคนิคการจัดการความเครียด การปรับทัศนคติเชิงบวก การขอความช่วยเหลือ) สัปดาห์ที่ 9 การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค (การระบุปัญหาและอุปสรรค การวิเคราะห์สาเหตุและหาทางแก้ไข การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างแผนการจัดการปัญหา) สัปดาห์ที่ 10 การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (บทบาทของครอบครัว การสื่อสารและขอความช่วยเหลือ การสร้างเครือข่าย การจัดตั้งระบบพี่เลี้ยง) สัปดาห์ที่ 11 การติดตามและการบันทึกข้อมูล (ความสำคัญของการบันทึก วิธีการบันทึกอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ระดับน้ำตาล การใช้สมุดบันทึกและแอปพลิเคชัน การนำข้อมูลมาใช้ปรับพฤติกรรม) สัปดาห์ที่ 12 การทบทวนและการวางแผนอนาคต (การทบทวนความรู้และทักษะ การประเมินความก้าวหน้า การตั้งเป้าหมายระยะยาว การส่งต่อและติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม พิธีมอบประกาศนียบัตร)

นอกจากนี้มีกิจกรรมเสริม ได้แก่ การเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง การติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารและแลกเปลี่ยน และกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเดินออกกำลังกายร่วมกัน การทำอาหาร

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การตรวจติดตามที่คลินิกโรคเรื้อรังเดือนละ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาและคำแนะนำทั่วไป การจ่ายยาตามแพทย์สั่ง และการตรวจระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

ขั้นตอนที่ 4: การวัดผลหลังการทดลอง (เดือนที่ 11)

ขั้นตอนที่ 5: การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน (เดือนที่ 12)

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอิงจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ สุขภาพทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ (2) แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง จำนวน 40 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางจิตสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากกรอบแนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura (1986) และ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green และ Kreuter (2005) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายปัจจัยหลายระดับที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจาก Diabetes Knowledge Test (DKT) ของ Michigan Diabetes Research Center (Fitzgerald et al., 1998) และคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย (2564) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับการจัดการโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจวัดระดับน้ำตาล การดูแลเท้า และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (4) แบบประเมินทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 35 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 7 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจวัดระดับน้ำตาล การดูแลเท้า การจัดการความเครียด และการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจาก Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) ของ Toobert et al. (2000) และ DiabetesSelf-ManagementQuestionnaire (DSMQ) ของ Schmitt et al. (2013) โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทยและครอบคลุมทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการตนเองอย่างครบถ้วน (5) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ดัดแปลงจาก World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) ของ World Health Organization (1996) และฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยปรับข้อคำถามบางข้อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวาน (6) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความต้องการ อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข และ (7) แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากหลักการของ Community-Based Participatory Research (CBPR) ของ Israel et al. (1998) เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดความต้องการ และออกแบบโปรแกรมร่วมกัน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทั้ง 7 ชุดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพด้านโรคเรื้อรัง นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.82-1.00 โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.80 ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ความเชื่อมั่น (Reliability): นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.89 (รายด้าน 0.82-0.91) แบบประเมินความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.85 แบบประเมินทักษะมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.92 (รายด้าน 0.83-0.89) และแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.88 (รายด้าน 0.81-0.87)

ความเชื่อมั่นของข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้วิธี Triangulation โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง (ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร) และใช้หลายวิธี (สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม สังเกต) ใช้วิธี Member Checking โดยนำข้อมูลที่ถอดเทปแล้วกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล และมีการบันทึกบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ประกอบการวิเคราะห์

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ: Paired t-test: เปรียบเทียบผลก่อนและหลังภายในแต่ละกลุ่ม Independent t-test: เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม Cohen's d: คำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) Pearson's Correlation: วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก, 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การลดทอนข้อมูล โดยการคัดเลือกข้อมูลที่สำคัญ (2) การนำเสนอข้อมูล โดยการจัดระบบข้อมูลในรูปแบบตาราง แผนภูมิ หรือแผนผัง และ (3) การสรุปและยืนยันผล

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-209 วันที่รับรอง วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 วันที่หมดอายุ 7 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบเดิมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาในระยะที่ 1 กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่า ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์ : โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 (21 คน) อายุเฉลี่ย 57.83 ± 8.15 ปี (ช่วง 38-69 ปี) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.33 รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 8,250 ± 2,340 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.33 ข้อมูลด้านโรคและการรักษา: ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.35 ± 3.28 ปี มีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.67, ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 43.33 ใช้ยาเม็ดเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 86.67 ใช้อินซูลินร่วมด้วย ร้อยละ 13.33

2. ผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมแบบเดิม โปรแกรมการจัดการตนเองแบบเดิมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในทุกตัวแปร โดยระดับ HbA1c ลดลง 0.62% ความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.20 ทักษะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.86 และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.60 อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 16.67 ที่สามารถควบคุม HbA1c ได้ดี (< 7%) และยังมีผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ (≥ 9%) ถึงร้อยละ 13.33 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมแบบเดิมมีประสิทธิผลจำกัดและจำเป็นต้องพัฒนาให้ดีขึ้น

3. อุปสรรคและข้อจำกัดที่พบจากระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต พบอุปสรรคและข้อจำกัดหลัก ดังนี้:

ด้านโปรแกรม: (1) การให้ความรู้แบบบรรยายเป็นทางเดียว ไม่น่าสนใจและยากต่อการจดจำ (2) เนื้อหาไม่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น (เช่น ตัวอย่างอาหารเป็นอาหารเมือง) (3) ขาดการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติที่เพียงพอ (4) ไม่มีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ(5) ขาดการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (6) การติดตามไม่ต่อเนื่อง (เดือนละ 1 ครั้ง)

ด้านผู้ป่วย: (1) ไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรม รู้สึกว่าถูกบังคับ (2) ขาดความเข้าใจเนื้อหาบางส่วน โดยเฉพาะการคำนวณอาหาร (3) ไม่มั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่างๆ เช่น การตรวจน้ำตาล การดูแลเท้า (4) ขาดแรงจูงใจและกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (5) รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีเพื่อนที่เข้าใจ

ด้านครอบครัวและชุมชน: (1) ครอบครัวไม่เข้าใจโรคและไม่รู้วิธีสนับสนุน (2) ไม่มีกลุ่มผู้ป่วยหรือเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน (3) ขาดบรรยากาศส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

ด้านบริการ: (1) บุคลากรไม่เพียงพอในการให้คำปรึกษาเชิงลึก (2) ขาดเวลาในการติดตามอย่างใกล้ชิด (3) ขาดสื่อและอุปกรณ์ที่เหมาะสม

4. ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาโปรแกรม จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเสนอแนะว่าโปรแกรมที่ดีควร: (1) มีการฝึกปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการทำอาหารและการออกกำลังกาย (2) ใช้ตัวอย่างอาหารท้องถิ่นที่คุ้นเคย (3) มีกลุ่มผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนและให้กำลังใจกัน (4) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเข้าใจวิธีสนับสนุน (5) มีการติดตามบ่อยขึ้น ทั้งการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ (6) มีผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จมาเป็น

แบบอย่าง (7) สนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ(8) ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบ

5. สรุปผลระยะที่ 1 โปรแกรมแบบเดิมมีประสิทธิผลต่ำ: (1) ระดับ HbA1c ลดลงเพียง 0.62% ซึ่งไม่เพียงพอต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (2) มีเพียงร้อยละ 16.67 ที่ควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) (3) การเปลี่ยนแปลงในความรู้ ทักษะ และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (4) ยังมีร้อยละ 83.33 ที่ควบคุมไม่ได้หรือควบคุมได้ปานกลาง

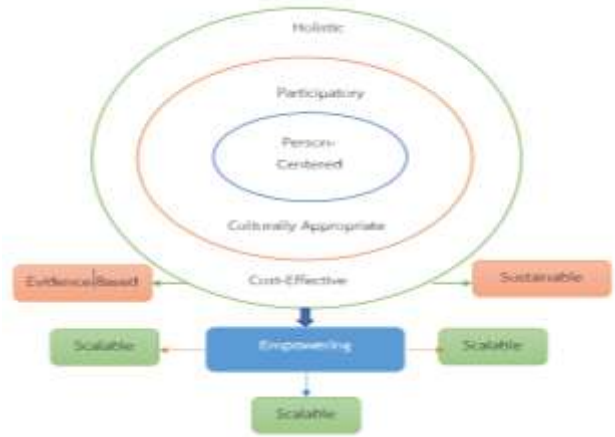
ข้อจำกัดหลักของโปรแกรมเดิม: (1) ไม่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น (2) ขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ขาดการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ (4) ไม่มีการสร้างเครือข่ายสนับสนุน (5) การติดตามไม่เพียงพอ

ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมใหม่: ผลจากระยะที่ 1 สะท้อนความจำเป็นอย่างชัดเจนในการพัฒนาโปรแกรมใหม่ที่: (1) สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น (2) ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม (3) เน้นการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ (4) สร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (5) มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลและบทเรียนจากระยะที่ 1 จะนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมใหม่ในระยะที่ 2

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบท

จากกระบวนการพัฒนาในระยะที่ 2 โดยใช้แนวทาง CBPR เป็นระยะเวลา 3 เดือน ได้โปรแกรมการจัดการตนเอง ชื่อว่า "โมเดลจัดการตนเองแบบชุมชนโนนสัง" (NCS-SManMod) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก:



รูปภาพที่ 1 แสดง "โมเดลจัดการตนเองแบบชุมชนโนนสัง" (Non Sang Community-Based Self-Management Model: NCS-SManMod)

องค์ประกอบที่ 1: การให้ความรู้ (3 ครั้ง) ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ปลอดภัย การใช้ยาและอินซูลินอย่างถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 2: การฝึกทักษะ (4 ครั้ง) ทักษะการเลือก จัดสรร และประกอบอาหาร ทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย ทักษะการตรวจวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ทักษะการดูแลเท้าอย่างถูกวิธี

องค์ประกอบที่ 3: การสร้างแรงจูงใจ (2 ครั้ง) การตั้งเป้าหมายที่ทำได้จริง (SMART goals) การใช้แบบจำลองผู้ประสบความสำเร็จ (Role Model) การให้กำลังใจและเสริมแรงเชิงบวก

องค์ประกอบที่ 4: การสนับสนุนทางสังคม (2 ครั้ง) การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยและระบบพี่เลี้ยง (Peer Support) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากชุมชน

องค์ประกอบที่ 5: การติดตามและประเมินผล (ต่อเนื่อง) การบันทึกข้อมูลในสมุดจัดการตนเอง การเยี่ยมบ้านและติดตามทางโทรศัพท์ การประเมินผลทุก 3 เดือน

รูปแบบการดำเนินโปรแกรม: ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรม 12 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาแต่ละครั้ง 2-3 ชั่วโมง สถานที่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศาลาประชาคม

จากการทดสอบโปรแกรมเบื้องต้นกับผู้ป่วย 9 ราย พบว่า รอบที่ 1 (n=9): ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.52/5.00 ข้อเสนอแนะ: เพิ่มเวลาฝึกปฏิบัติ ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น รอบที่ 2 (n=9): ความพึงพอใจเฉลี่ย 4.78/5.00 โปรแกรมมีความเหมาะสมและเป็นไปได้สูงผู้เข้าร่วมเข้าใจเนื้อหาและสามารถปฏิบัติตามได้ ได้รับการยอมรับจากชุมชน

3. การตรวจสอบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง (Baseline Characteristics Comparison) ก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรมในระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมจริง ไม่ใช่ความแตกต่างที่มีอยู่แต่เดิม ผลการวิเคราะห์ด้วย Independent t-test และ Chi-square test พบว่า การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ในทุกตัวแปร

4. ผลประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง จากการทดสอบในระยะที่ 3 กับกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย (กลุ่มทดลอง 30 ราย, กลุ่มควบคุม 30 ราย) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบผลดังนี้:

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ในทุกตัวแปร ได้แก่ เพศ (χ^2 = 0.14, p = 0.71) อายุ (t = 0.12, p = 0.90) ระดับการศึกษา (χ^2 = 0.42, p = 0.94) อาชีพ (χ^2 = 0.27, p = 0.87) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (t = -0.12, p = 0.91) ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (t = -0.10, p = 0.92) โรคร่วมทั้งความดันโลหิตสูง (χ^2 = 0.07, p = 0.79) และไขมันในเลือดสูง (χ^2 = 0.07, p = 0.79) รวมถึงการใช้ยา (χ^2 = 0.14, p = 0.71) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneity) และมีความเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลการทดลอง

สรุป: กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2: การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่ม (Pre-test vs Post-test) พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในทุกตัวแปร ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลง 1.85% (t = 16.34, p<0.001) ความรู้เพิ่มขึ้น 14.67 คะแนน คิดเป็น 48.90% (t = 25.28, p<0.001) ทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 67.50 คะแนน คิดเป็น 38.57% (t = 23.34, p<0.001) ความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น 38.17 คะแนน คิดเป็น 38.17% (t = 21.51, p<0.001) การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 32.83 คะแนน คิดเป็น 43.77% (t = 24.04, p<0.001) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 21.32 คะแนน คิดเป็น 16.41% (t = 14.33, p<0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลในการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังจากได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร แต่มีขนาดของการเปลี่ยนแปลงที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลง 0.62% (t = 7.55, p<0.01) ความรู้เพิ่มขึ้น 2.76 คะแนน คิดเป็น 9.20% (t = 8.17, p<0.01) ทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 10.26 คะแนน คิดเป็น 5.86% (t = 6.27, p<0.001) ความเชื่อมั่น

ในตนเองเพิ่มขึ้น 5.17 คะแนน คิดเป็น 5.17% (t = 7.38, p<0.001) การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 2.57 คะแนน คิดเป็น 3.43% (t = 6.54, p<0.001) และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 8.58 คะแนน คิดเป็น 6.60% (t = 7.41, p<0.001) แสดงให้เห็นว่าการดูแลตามปกติส่งผลให้มีการพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง แต่มีประสิทธิผลน้อยกว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 3: การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม (Post-test) จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม NCS-SManMod กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในทุกตัวแปร โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับใหญ่ถึงใหญ่มาก (Large to Very Large Effect) สะท้อนประสิทธิผลที่แข็งแกร่งของโปรแกรมใหม่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ทดลอง (n=30) Mean ± SD	ควบคุม (n=30) Mean ± SD	ผลต่าง	t	p-value	Cohen's d
HbA1c (%)	6.87 ± 0.84	8.06 ± 1.15	-1.19	-4.52	<0.001***	**1.41**
ความรู้	26.87 ± 2.50 (89.57%)	15.13 ± 3.98 (50.43%)	+11.74 (39.14%)	13.62	<0.001***	3.52
ทักษะ	144.20 ± 16.92 (82.40%)	87.73 ± 25.42 (50.13%)	+56.47 (32.27%)	10.15	<0.001***	2.62
Self-Efficacy	90.47 ± 8.65 (90.47%)	58.27 ± 13.42 (58.27%)	+32.20 (32.20%)	11.08	<0.001***	2.86
การสนับสนุนทางสังคม	61.23 ± 7.35 (81.64%)	31.47 ± 9.68 (41.96%)	+29.76 (39.68%)	13.45	<0.001***	3.48
คุณภาพชีวิต	109.69 ± 10.60 (84.38%)	98.11 ± 14.60 (75.47%)	+11.58 (8.91%)	3.58	<0.001***	0.92

หมายเหตุ: *** p<0.001

Cohen's d Interpretation:

- 0.2 = Small effect
- 0.5 = Medium effect
- 0.8 = Large effect
- 1.41 = Very Large effect

ส่วนที่ 4: การควบคุมระดับ HbA1c การเปรียบเทียบระดับการควบคุม HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ด้วย Chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ HbA1c ได้ดีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 21.82, p<0.001) โดยกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี (HbA1c < 7%) สูงถึง 76.67% (23 คน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียง 16.67% (5 คน) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ควบคุมได้ปานกลาง (HbA1c 7.0-8.9%) เพียง 23.33% (7 คน) และไม่มีผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c ≥ 9%) เลย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่ควบคุมได้ปานกลาง 70.00% (21 คน) และควบคุมไม่ได้ 13.33% (4 คน) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิผลสูง

ส่วนที่ 5: การเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ระยะที่ 1 ที่ใช้โปรแกรมเดิม (2) ระยะที่ 3 กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรม NCS-SManMod และ (3) ระยะที่ 3 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อยืนยันความเหนือกว่าของโปรแกรม NCS-SManMod ที่พัฒนาผ่านกระบวนการ CBPR เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมเดิม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม NCS-SManMod มีผลลัพธ์ดีกว่าทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในทุกตัวแปร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่าง 3 กลุ่ม

ตัวแปร	ระยะที่ 1 โปรแกรมเดิม (n=30)	ระยะที่ 3 กลุ่มทดลอง (n=30)	ระยะที่ 3 กลุ่มควบคุม (n=30)	F	p-value
การลดลงของ HbA1c (%)	0.62 ± 0.45	1.85 ± 0.62***	0.62 ± 0.45	78.45	< 0.001
การเพิ่มขึ้นของความรู้ (%)	9.20 ± 6.17	48.90 ± 10.60***	9.20 ± 6.17	294.32	< 0.001
การเพิ่มขึ้นของทักษะ (%)	5.86 ± 8.05	38.57 ± 9.05***	5.86 ± 8.05	213.18	< 0.001
การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิต (%)	6.60 ± 5.02	16.41 ± 6.27***	6.60 ± 5.02	42.67	< 0.001
ร้อยละควบคุมได้ดี (HbA1c<7%)	16.67%	76.67%***	16.67%	-	< 0.001

หมายเหตุ: *** กลุ่มทดลอง (NCS-SManMod) แตกต่างจากทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001

ส่วนที่ 6: ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (NCS-SManMod) ของกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุดทุกรายการ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.83±0.38 รายการที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ วิทยากร/ผู้ดำเนินกิจกรรมมีความรู้ความสามารถ (4.90±0.31) รองลงมา คือ เนื้อหาของโปรแกรมมีความเหมาะสม สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง และโดยรวมพอใจกับโปรแกรม (4.87±0.35 เท่ากัน) ตามมาด้วยกิจกรรมน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ และกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจและความช่วยเหลือ (4.83±0.38 เท่ากัน) ในขณะที่รายการอื่นๆ ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 4.77-4.80 เมื่อพิจารณาการกระจายของคะแนนความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ 93.33% (28 คน) มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ 6.67% (2 คน) มีความพึงพอใจในระดับมาก โดยไม่มีผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลางน้อย หรือน้อยที่สุดเลย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมได้รับการยอมรับและมีความเหมาะสมสูงจากกลุ่มเป้าหมาย

อภิปรายผล

1. ความสำเร็จในการลด HbA1c: เปรียบเทียบระหว่างสองโปรแกรม โปรแกรม NCS-SManMod มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมเดิม 2.98 เท่า (ลด 1.85% เทียบกับ 0.62%) การลดลง 1.85% มีความหมายทางคลินิกสูงมาก ตามการศึกษา UKPDS (Stratton et al., 2000) การลด HbA1c 1% สัมพันธ์กับ: ลดการเสียชีวิต 21% ลดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 14% ลดภาวะแทรกซ้อนจุลเส้นเลือด 37% ผลการศึกษานี้สูงกว่า Meta-analysis ที่พบว่าโปรแกรมทั่วไปลด HbA1c เฉลี่ย 0.74-0.88% (Norris et al., 2002; Chrvala et al., 2016) และสอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพย์ ศรีวิไล และคณะ (2562) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบกลุ่มสามารถลด HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

เหตุผลที่ NCS-SManMod มีประสิทธิผลสูงกว่าโปรแกรมเดิม การมุ่งเป้าไปที่กลุ่มเฉพาะที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) ทำให้โปรแกรมมีความเข้มข้นและเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การใช้กระบวนการ CBPR ทำให้ชุมชนเป็นเจ้าของโปรแกรม (Ownership) ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบ จนถึงการดำเนินโปรแกรม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามโปรแกรมสูง การสร้างกระแสสนับสนุนทางสังคมที่แท้จริงและยั่งยืน จากผลการวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า (43.77% vs 3.43% ในกลุ่มควบคุม) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย และชุมชนทำหน้าที่เป็นทั้งแหล่งกำลังใจ การเตือนใจ และการช่วยเหลือในการแก้ปัญหา ความเข้มข้นและครอบคลุมของโปรแกรม โปรแกรมมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรม 12 ครั้ง พร้อมทั้งการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และ

กลุ่มสนับสนุนออนไลน์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด การผสมผสานทั้งความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และการสนับสนุน แทนที่จะเน้นเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้านและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน การเน้นทักษะเชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว โปรแกรมเดิมให้ความรู้แบบบรรยาย ในขณะที่ NCS-SManMod เน้นการฝึกปฏิบัติจริง 4 ครั้ง (การทำอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจน้ำตาล การดูแลเท้า)

2. กลไกการเปลี่ยนแปลง: โปรแกรมใหม่ได้ผลความสำเร็จเกิดจากการทำงานร่วมกันของกลไกหลายระดับ: กลไกเหล่านี้ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ โดยเริ่มจากมิติทางปัญญาที่โปรแกรมใหม่สามารถเพิ่มความรู้ได้ถึงร้อยละ 48.90 ในขณะที่โปรแกรมเดิมเพิ่มความรู้ได้เพียงร้อยละ 9.20 ทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจโรคมากขึ้น ในมิติทางพฤติกรรม การฝึกทักษะจนชำนาญผ่านการปฏิบัติจริง 4 ครั้ง โปรแกรมใหม่สามารถเพิ่มทักษะได้ร้อยละ 38.57 เทียบกับโปรแกรมเดิมที่เพิ่มได้เพียงร้อยละ 5.86 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้จริงในชีวิตประจำวัน ในมิติทางจิตใจ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ผ่านการใช้แบบอย่างและการให้กำลังใจ ทำให้โปรแกรมใหม่สามารถเพิ่ม Self-Efficacy ได้ร้อยละ 38.17 เทียบกับโปรแกรมเดิมที่เพิ่มได้เพียงร้อยละ 5.17 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการตนเองมากขึ้น ในมิติทางสังคม การสร้างกลุ่มสนับสนุนและระบบพี่เลี้ยงทำให้โปรแกรมใหม่สามารถเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมได้ร้อยละ 43.77 เทียบกับโปรแกรมเดิมที่เพิ่มได้เพียงร้อยละ 3.43 หรือสูงกว่าถึง 12.8 เท่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจและความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และมิติทางสิ่งแวดล้อม การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนและสร้างระบบที่ยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่องแม้หลังจากโปรแกรมสิ้นสุด กลไกทั้ง 5 ระดับนี้สอดคล้องกับ Social Cognitive Theory ของ Bandura (1986) ที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจน Chronic Care Model ของ Wagner et al. (1996) ที่เน้นการสร้างผู้ป่วยที่มีข้อมูลและทักษะร่วมกับทีมสนับสนุนและทรัพยากรชุมชนที่เข้มแข็ง

3. บทบาทของ CBPR: จากความล้มเหลวสู่ความสำเร็จ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักการของ Israel et al. (1998) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมใหม่มีประสิทธิผลสูง: ประโยชน์ของ CBPR ตรงกับบริบทและความต้องการที่แท้จริง - โปรแกรมใช้ตัวอย่างอาหารท้องถิ่น วิธีการที่เข้าใจง่าย สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็น "โปรแกรมของเรา" ไม่ใช่ "โปรแกรมที่ถูกบังคับ" เสริมพลังอำนาจชุมชน ชุมชนมีความมั่นใจและความสามารถในการแก้ปัญหาเองสร้างทุนทางสังคมเกิดเครือข่ายและความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น เพิ่มความยั่งยืนโปรแกรมสามารถดำเนินต่อได้หลังจากวิจัยสิ้นสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลพร มานะกิจ และคณะ (2564) ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและยอมรับได้สูง

4. พลังของกลุ่มสนับสนุน: ความแตกต่างที่สำคัญ โปรแกรม NCS-SManMod: สร้างกลุ่มผู้ป่วย ระบบพี่เลี้ยง เครือข่ายครอบครัว กิจกรรมกลุ่มหลายรูปแบบ การสนับสนุนเพิ่มขึ้น 43.77% (เพิ่มขึ้น 3.2 เท่า) การสร้างกลุ่มสนับสนุนเป็นองค์ประกอบที่มีพลังมาก ให้ทั้ง: (1) การสนับสนุนทางอารมณ์: กำลังใจ ความเข้าใจ (2) การยืนยัน: รู้ว่าไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว (3) การเป็นแบบอย่าง: เรียนรู้จากผู้ที่ประสบความสำเร็จ (4) แรงจูงใจ: แข่งขันและสนับสนุนกัน ช่วยลดความรู้สึกเดียวดายและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Peimani et al. (2018) และงานวิจัยของสุภาวดี ใจดี และคณะ (2563) ที่พบว่ากลุ่มสนับสนุนช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อน

5. ทักษะเหนือความรู้: การเรียนรู้แบบลงมือทำ

โปรแกรมเดิม: เน้นการบรรยายให้ความรู้ 2 ครั้ง ความรู้เพิ่มขึ้นเพียง 9.20% ทักษะเพิ่มขึ้นเพียง 5.86% โปรแกรม NCS-SManMod: ให้ความรู้ 3 ครั้ง

+ ฝึกทักษะ 4 ครั้ง ความรู้เพิ่มขึ้น 48.90% ทักษะเพิ่มขึ้น 38.57% แม้ความรู้จะเพิ่มขึ้นสูง แต่การพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติสำคัญกว่าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริง โปรแกรมเน้น Learning by Doing: ฝึกทำอาหารจริง ฝึกออกกำลังกายจริง ฝึกตรวจน้ำตาลจริง ฝึกดูแลเท้าจริง สะท้อนการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จาก Patient Education เป็น Patient Empowerment สอดคล้องกับ Skill-Based Learning และ Adult Learning Theory ของ Knowles (1984)

6. คุณภาพชีวิต: ผลกระทบที่ครอบคลุม โปรแกรมเดิม:คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเพียง 6.60% โปรแกรม NCS-SManMod: คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 16.41% (เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติ: (1) สุขภาพกาย: ผู้ป่วยมีเรี่ยวแรงมากขึ้น อาการเหนื่อยล้าลดลง (2) จิตใจ: ความกังวลลดลง มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น (3) สังคม: มีเพื่อนและกลุ่มสนับสนุน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (4) สิ่งแวดล้อม: เข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรได้ดีขึ้น การเพิ่มขึ้น 16.41% มีความหมายทางคลินิกสูงมาก (>0.5 SD) สอดคล้องกับ Wilson และ Cleary Model (1995)ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางชีววิทยาและคุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดการวิจัย :-

1. การวิจัยกึ่งทดลองไม่ใช่ RCT การไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มแบบ Randomized Controlled Trial อาจทำให้เกิด Selection Bias และลดความแข็งแกร่งของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ แม้ว่าจะมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่ใหญ่มากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมกับขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่มีขนาดใหญ่มาก (Cohen's d = 1.41) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่แข็งแกร่งของโปรแกรม

2. ติดตามระยะสั้น 12 สัปดาห์ ยังไม่ทราบว่าผลลัพธ์ที่ได้จะคงอยู่ในระยะยาว 6-12 เดือนหรือไม่ และผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนหรือไม่

3. Contamination Effect เป็นไปได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในชุมชนเดียวกัน อาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจทำให้ผลของโปรแกรมในกลุ่มทดลองลดลง (Underestimate the effect)

4. กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากที่คำนวณตาม Krejcie & Morgan ควรจะเป็น 173 ราย ทำให้เกิดค่าความคลาดเคลื่อน (Sampling Error) 8.25% ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (5%) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลเป็นหลัก และผลการทดสอบในระยะที่ 3 ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ ข้อจำกัดในระยะที่ 1 จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์หลัก

5. พื้นที่เฉพาะชนบทอีสาน ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมือง หรือภูมิภาคอื่นที่มีวัฒนธรรมและทรัพยากรแตกต่างกัน

แม้จะมีข้อจำกัดเหล่านี้ แต่ความแตกต่างที่ใหญ่มากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมกับขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่มีขนาดใหญ่มาก (Cohen's d = 1.41) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ที่กำหนดว่า d > 0.8 ถือว่าเป็น Large Effect แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่แข็งแกร่งและมีความหมายทางคลินิกของโปรแกรมอย่างชัดเจน ซึ่งสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. การขยายผลโปรแกรม นำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่อื่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (CBPR) ปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ไม่นำไปใช้เหมือนกันทุกพื้นที่ ฝึกอบรมบุคลากรท้องถิ่นให้เป็น Facilitator และ Empowerer มากกว่า Service Provider

2. การสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการจัดตั้งและรักษากลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกชุมชน สนับสนุนให้มีผู้นำกลุ่มที่เข้มแข็ง สร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่ม และบูรณาการกับระบบบริการสาธารณสุข

3. การบูรณาการกับระบบบริการปฐมภูมิ ผนวกโปรแกรมการจัดการตนเองเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สร้างกลไกการส่งตัวและติดตามที่ชัดเจน ใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามระยะไกล

4. การจัดสรรงบประมาณ จัดสรรงบประมาณสำหรับ (1) เอกสารและสื่อการศึกษา (2) อุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาลให้ยืมใช้ร่วมกัน (3) เวลาของบุคลากร (4) สถานที่จัดกิจกรรม และ (5) การเยี่ยมบ้านและติดตาม

5. การพัฒนานโยบาย ผู้กำหนดนโยบายควรยกระดับการจัดการตนเองให้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ใช่เพียงการให้ยาเท่านั้น โดยนำตัวชี้วัดการจัดการตนเองมาประเมินประสิทธิภาพสถานบริการ นอกจากอัตราการควบคุมระดับน้ำตาล ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันและส่งเสริมการจัดการตนเองมากขึ้น เนื่องจากการลงทุนในการป้องกันคุ้มค่ากว่าการรักษาภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนการใช้กระบวนการ CBPR ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพชุมชน และสร้างระบบสนับสนุนและติดตามระดับชาติ เพื่อให้มีมาตรฐานแต่ยืดหยุ่นตามบริบทท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยลดภาระโรคเบาหวานและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาติดตามระยะยาว ติดตามผู้เข้าร่วมโปรแกรม 6-12 เดือน เพื่อยืนยันความยั่งยืนระบุตัวแปรที่ทำนายการคงอยู่ของพฤติกรรม ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิด Relapse และประเมินผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อน

2. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ทำ Cost-effectiveness Analysis ประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโปรแกรม เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายรักษาภาวะแทรกซ้อน และหาค่าใช้จ่ายต่อ QALY เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3. การศึกษาในบริบทต่างๆ ทดสอบโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย เช่น เขตเมือง พื้นที่อุตสาหกรรม ภาคอื่นๆ กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และกลุ่มอายุต่างๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมและพัฒนากลไกการปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท

4. การวิเคราะห์กลไกการเปลี่ยนแปลง ทำ Mediation และ Moderation Analysis เพื่อเข้าใจว่าตัวแปรใดเป็นกลไกหลัก ศึกษาเชิงคุณภาพลึกซึ้ง และทำ Implementation Science เพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยอำนวยความสะดวก

5. การศึกษากับกลุ่มเป้าหมายอื่น ขยายไปยัง (1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (2) ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีแล้ว (3) ผู้สูงอายุ (4) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายอย่าง และ (5) ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวาน

6. การพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน ศึกษาการพัฒนาและประเมิน (1) แอปพลิเคชันติดตามการจัดการตนเอง (2) ระบบ Telemedicine (3) เกมการศึกษา และ (4) ระบบแจ้งเตือนอัจฉริยะ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จินตนา แดงจำนงค์, สุรีย์พร สุขเจริญ, และ วิไลวรรณ ทองเพชร. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาร, 47*(3), 156-168.

พรทิพย์ ศรีวิไล, สมพร ชัยสิทธิ์, และ ประภาพร วงศ์สุวรรณ. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13*(2), 89-102.

วิไลพร มานะกิจ, อรุณี จันทร์เจริญ, และ สุภาพร แสงสว่าง. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14*(1), 45-59.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาวดี ใจดี, ประทุม สมใจ, และ รัชนี บุญมี. (2563). ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล, 35*(4), 78-91.

โรงพยาบาลศรีนครินทร์. (2564). *รายงานสถิติการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ประจำปี 2564*. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling, 99*(6), 926-943.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Fitzgerald, J. T., Funnell, M. M., Hess, G. E., Barr, P. A., Anderson, R. M., Hiss, R. G., & Davis, W. K. (1998). The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. Diabetes Care, 21(5), 706-710. https://doi.org/10.2337/diacare.21.5.706

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Hurst, C. P., Rakkapao, N., & Hay, K. (2020). Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multi-center study in Thailand. *PLoS ONE, 15*(12), e0244692.

International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health, 19*(1), 173-202.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. Annual Review of Public Health, 19(1), 173-202. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173

Knowles, M. S. (1984). *The adult learner: A neglected species* (3rd ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care, 25*(7), 1159-1171.

Peimani, M., Monjazebi, F., Ghodssi-Ghassemabadi, R., & Nasli-Esfahani, E. (2018). A peer support intervention in improving glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling, 101*(3), 460-466.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. Health and Quality of Life Outcomes, 11, 138. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-138

Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., ... & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): Prospective observational study. *BMJ, 321*(7258), 405-412.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care, 23(7), 943-950. https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (1996). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs, 15*(6), 26-38.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA, 273*(1), 59-65.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: World Health Organization.

การศึกษาปัจจัยที่คาดการณ์ผลลัพธ์ NIHSS ต่ำกว่า 6 หลัง 1 ชั่วโมง ของการรักษาด้วย Intravenous rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

จตุรภัทร สมานพงษ์, พ.บ.[1]

บทคัดย่อ

ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ขาดศักยภาพในการทำศัลยกรรมผ่านสายสวนลากลิ่มเลือด (Mechanical Thrombectomy: MT) การประเมินการตอบสนองต่อยาละลายลิ่มเลือด (IV rt-PA) ในระยะเริ่มต้น มีความสำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นตัวทางระบบประสาทระยะเริ่มต้น (Excellent Early Neurological Improvement) กำหนดโดยคะแนน NIHSS ต่ำกว่า 6 ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) สำหรับพัฒนาระบบคัดกรอง ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Cohort ชนิดย้อนหลังและไปข้างหน้า(ambispective cohort study) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 62 ราย ที่ได้รับยา IV rt-PA ณ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่ม "ผลลัพธ์ดีเยี่ยม" (Good Outcome: NIHSS < 6 ที่ 1 ชั่วโมง) และกลุ่ม "ผลลัพธ์ไม่ดี" (Poor Outcome: NIHSS ≥ 6 ที่ 1 ชั่วโมง) สถิติที่ใช้ ได้แก่ t-test, Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U test, Chi-square, Fisher's Exact test และ Multivariate Logistic Regression

ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1)ความรุนแรง- เริ่มต้นต่ำ (Baseline NIHSS(Median,IQR) 7.00 (6.00-10.50) vs 14.50 (11.00-20.50), Cruded OR 0.78, 95%CI : 0.68-0.90) 2)การไม่มีภาวะหลอดเลือดใหญ่อุดตัน (No LVO) (adjusted OR 0.13, p=0.003, 95%CI : 0.03 - 0.50) 3)การไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (No AF) 0 (0.0%) vs 7 (19.4%) (Cruded OR 0.07, p=0.035, 95%CI 0.00 - 1.36) และ 4)ระยะเวลา Door-to-Needle (DTN) ที่สั้น (Median,IQR 59 vs 74 นาที, adjusted OR 0.95, p=0.005, 95% CI 0.91 ถึง 0.98) ซึ่งสรุปได้ว่า ปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่ดีเลิศ (NIHSS < 6) ภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับยา IV rt-PA ในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ได้แก่ 1) คะแนน NIHSS เริ่มต้นที่ต่ำ 2) ระยะเวลา Door-to-Needle ที่สั้น 3) การไม่มีภาวะหลอดเลือดใหญ่อุดตัน (LVO) และ 4) การไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (AF) โดยระยะเวลา Door-to-Needle (DTN) เป็นปัจจัยเชิงระบบที่สำคัญที่สุด ที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถปรับปรุง เพื่อเพิ่มโอกาสการฟื้นตัว สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (NIHSS สูง, LVO, AF) จึงควรพิจารณาเตรียมการเริ่มกระบวนการส่งต่อ (Drip and Ship) ทันที โดยไม่ต้องรอประเมินผลซ้ำ เพื่อลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาขั้นสูง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ, ระยะเวลา Door-to-Needle, การฟื้นตัวทางระบบประสาทระยะเริ่มต้น

[1] นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ; E-mail : gpaygg@gmail.com

Factors anticipated NIHSS below than 6 following rt-PA treatment 1 hour with acute ischemic stroke: FAIB6

Jathurapat Samanpong, M.D.[1]

Abstract

In secondary care hospitals lacking mechanical thrombectomy (MT) capabilities, determining the appropriate management strategy, whether to transfer or treat locally, remains a challenge. Waiting for a 24-hour assessment is often too late for effective intervention in non-responders. This study aimed to identify predictors of very early neurological improvement (VENI), defined as an NIHSS score < 6 within 1 hour after intravenous thrombolysis (IV rt-PA), to optimize patient triage, treatment, and referral systems. An ambispective cohort study was conducted on 62 acute ischemic stroke patients treated with IV rt-PA at Kantharalak Hospital. Patients were categorized into two groups based on their 1-hour post-treatment status: "Good Outcome" (NIHSS < 6) and "Poor Outcome" (NIHSS ≥ 6). T-tests, the Shapiro-Wilk test, the Mann-Whitney U test, and univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify significant predictors.

The results revealed that of the 62 patients, factors significantly associated with good recovery included low baseline severity (Crude OR 0.78, 95% CI 0.68-0.90); absence of Large Vessel Occlusion (No LVO) (Adjusted OR 0.13, p=0.003, 95% CI 0.03-0.50); absence of Atrial Fibrillation (No AF) (Crude OR 0.07, p=0.035, 95% CI 0.00-1.36); and short Door-to-Needle (DTN) time (Adjusted OR 0.95, p=0.005, 95% CI 0.91-0.98). In conclusion, the predictors associated with excellent early neurological outcomes (NIHSS < 6) within 1 hour after IV rt-PA administration in a nodal community hospital include 1) a low baseline NIHSS score, 2) a short Door-to-Needle (DTN) time, 3) the absence of Large Vessel Occlusion (LVO), and 4) the absence of Atrial Fibrillation (AF). Notably, DTN time represents the most critical systemic factor that community hospitals can optimize to enhance recovery chances. Therefore, for high-risk patients (i.e., those with high NIHSS scores, LVO, or AF), immediate initiation of the referral process ('Drip and Ship') is recommended without awaiting re-evaluation in order to minimize delays in accessing advanced treatment.

Keywords: Acute Ischemic Stroke, IV rt-PA, Door-to-Needle Time, Very Early Neurological Improvement (VENI)

[1] Medical physician, Kantharalak hospital ; E-mail: gpaygg@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและการเสียชีวิต มาตรฐานการรักษาปัจจุบันประกอบด้วย การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งได้รับการยืนยันแล้วว่าช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและลดความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ (Emberson et al., 2014; Powers et al., 2019) และการใส่สายสวนลากลิ่มเลือด (Mechanical Thrombectomy: MT) สำหรับผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Large Vessel Occlusion: LVO) อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย การเข้าถึงการรักษาด้วย MT ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนระดับแม่ข่าย (Node Hospital) เช่น โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองระดับตติยภูมิที่ห่างไกล ดังนั้นประสิทธิภาพของการรักษาด้วย IV rt-PA จึงเป็นกลไกหลักในการกู้คืนเนื้อสมองของผู้ป่วย (Suwanwela, 2014) การฟื้นตัวทางระบบประสาทในระยะแรก (Early Neurological Improvement) ภายใน 1 ชั่วโมง (Hyper-acute phase) เป็นตัวบ่งชี้ทางคลินิกที่สำคัญของการเปิดของหลอดเลือด (Recanalization) และสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ดีในระยะยาว (Mikhailidis et al., 2022) การทราบปัจจัยที่ทำนายว่าผู้ป่วยรายใดจะตอบสนองดีต่อยาเพียงอย่างเดียว หรือรายใดมีความเสี่ยงสูงที่จะล้มเหลวหรือทรุดลง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการรักษาและการตัดสินใจเลือกระหว่าง "Drip and Ship" หรือ "Drip and Stay" ให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีจำกัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการฟื้นตัวทางระบบประสาทระยะเริ่มต้น (Excellent Early Neurological Improvement) กำหนดโดยคะแนน NIHSS ต่ำกว่า 6 ภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rt-PA)

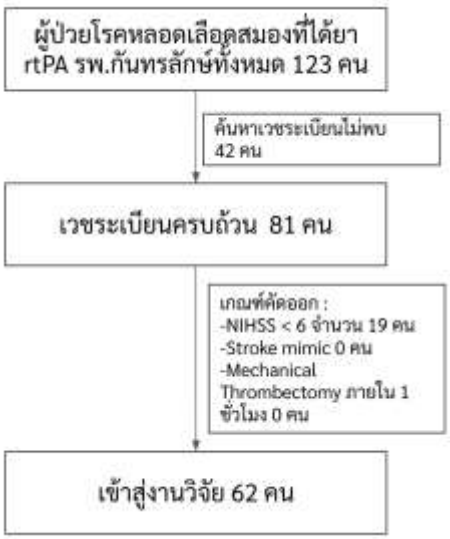
วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Cohort ชนิดย้อนหลังและไปข้างหน้า(ambispective cohort study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนย้อนหลัง ร่วมกับการติดตามผลไปข้างหน้า เพื่อประเมินการฟื้นตัวทางระบบประสาทภายหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งดำเนินการ ณ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนย้อนหลัง (Retrospective Phase): ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2566 ถึง 9 มิถุนายน 2568

2. ส่วนไปข้างหน้า (Prospective Phase): เก็บข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2568 ถึง 19 พฤศจิกายน 2568



แผนภาพที่ 1 แผนผังการคัดเลือกและติดตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

สามารถอธิบายการศึกษา(แผนภาพที่ 1) เกี่ยวกับการค้นหากลุ่มตัวอย่าง เริ่มต้นจากค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยยา IV rt-PA ณ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จำนวนทั้งหมด 123 ราย โดยในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล มีผู้ป่วยที่ต้องคัดออกเนื่องจากค้นหาเวชระเบียนไม่พบหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จำนวน 42 ราย คงเหลือผู้ป่วยที่มีเวชระเบียนครบถ้วนเพื่อพิจารณาตามเกณฑ์ 81 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการคัดออกตามเกณฑ์ (Exclusion Criteria) ดังนี้:

1. ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงทางระบบประสาทต่ำ (NIHSS < 6) จำนวน 19 ราย
2. ไม่พบผู้ป่วยที่เป็นภาวะเลียนแบบโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Mimic) (0 ราย)
3. ไม่พบผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเพื่อทำหัตถการลากลิ่มเลือด (Mechanical Thrombectomy) ภายใน 1 ชั่วโมงแรก (0 ราย)

ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและมีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นสุดท้าย จำนวน 62 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและตัวแปร

ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล หลังจากนั้นศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสังเคราะห์ตัวแปรตามแนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันของ American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) (Powers et al., 2019)

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยเสี่ยง 2) ข้อมูลทางคลินิกและกระบวนการรักษา และ 3) ผลลัพธ์การรักษา สำหรับการประเมินความรุนแรงทางระบบประสาท ใช้แบบประเมินมาตรฐาน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) (Brott et al., 1989) แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหลอดเลือดสมองและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของตัวแปรกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยครอบคลุมตัวแปรดังนี้:

- ข้อมูลพื้นฐาน: อายุ, เพศ, ดัชนีมวลกาย (BMI)
- ปัจจัยเสี่ยงและโรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation), ประวัติโรคหลอดเลือดสมองเดิม
- ข้อมูลทางคลินิกและกระบวนการรักษา: ระดับความดันโลหิตแรกรับ, ระดับน้ำตาลในเลือด, คะแนน NIHSS เริ่มต้น (Baseline NIHSS), ตำแหน่งของรอยโรค, ภาวะหลอดเลือดใหญ่อุดตัน (Large Vessel Occlusion: LVO), ระยะเวลา Onset-to-Needle time และ Door-to-Needle time

นิยามผลลัพธ์การศึกษา

ผู้ป่วยถูกแบ่งกลุ่มตามผลลัพธ์ทางระบบประสาทในระยะแรกมาก (Very Early Neurological Improvement) โดยประเมินจากคะแนน NIHSS ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยแบ่งเป็น

(1) **กลุ่มผลลัพธ์ดี (Good outcome)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนน NIHSS < 6 โดยนิยามผลลัพธ์การรักษาที่ดี (Good Outcome) โดยใช้เกณฑ์ Very Early Neurological Improvement (VENI) คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงของโรค (NIHSS) น้อยกว่า 6 คะแนน ที่เวลา 1 ชั่วโมง หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่บ่งชี้ถึงการ

เปิดของหลอดเลือดและการพยากรณ์โรคที่ดีในระยะยาว (Mikhailidis et al., 2022) และ **(2)กลุ่มผลลัพธ์ไม่ดี (Poor outcome)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนน NIHSS ≥ 6 (Good Outcome)

การวิเคราะห์ทางสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p-value < 0.05

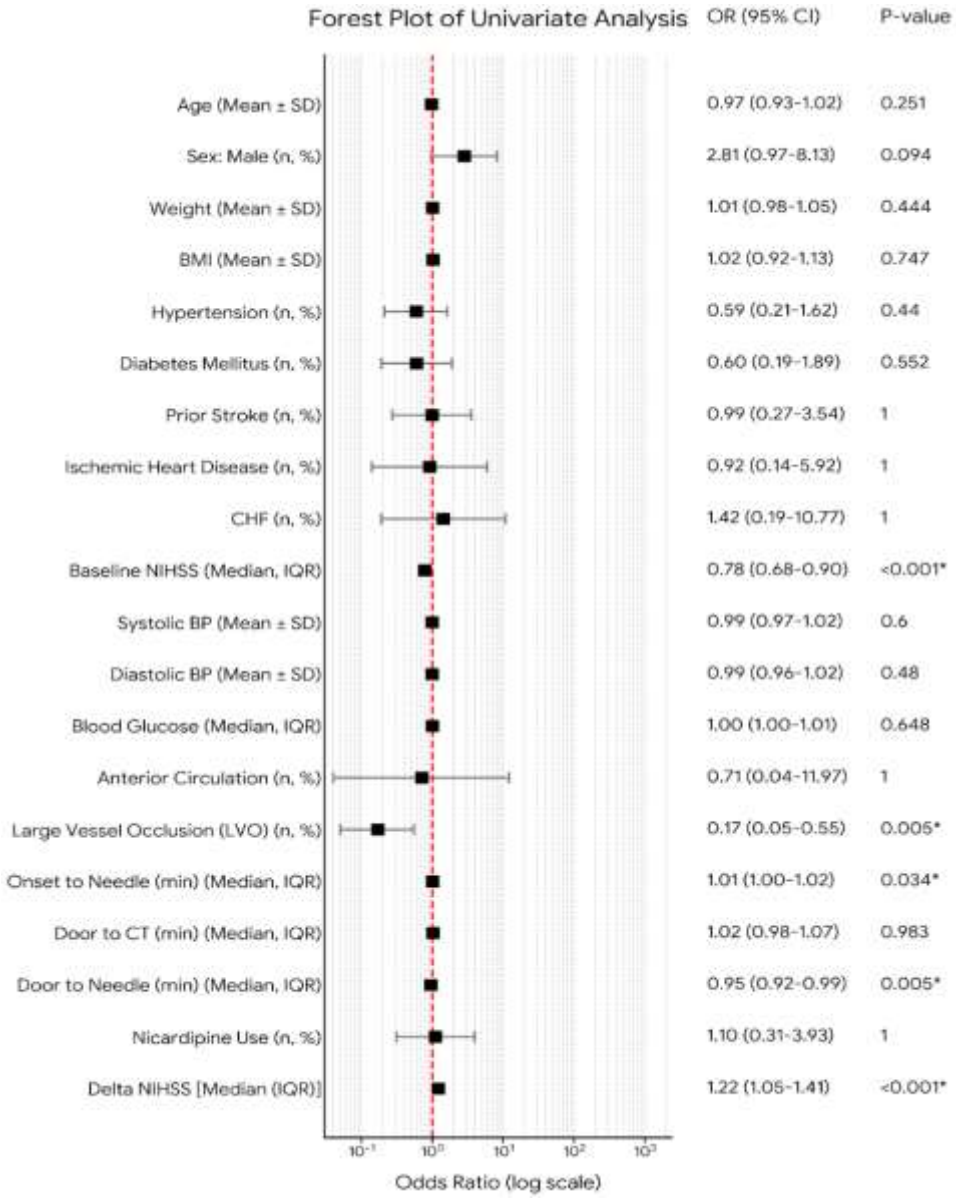
- **สถิติเชิงพรรณนา**: ใช้ Mean ± SD สำหรับข้อมูลแจกแจงปกติ และ Median (IQR) สำหรับข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ส่วนข้อมูลกลุ่ม ใช้จำนวน และร้อยละ
- **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร:** ทำโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ Independent Samples t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายใกล้เคียงปกติ และใช้ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานดังกล่าว โดยใช้ Shapiro-Wilk test ในการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ในการส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพใช้ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test ตามความเหมาะสม
- **การวิเคราะห์พหุตัวแปร**: ใช้ Binary Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยทำนายอิสระ รายงานผลด้วย Adjusted Odds Ratio (aOR) และ 95% CI เนื่องจากข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง จึงคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยพหุคูณ (Multivariate Logistic Regression) เพียง 2 ตัวแปร ที่มีความสำคัญทางคลินิกและสถิติสูงสุด เพื่อความแม่นยำของโมเดล ได้แก่ Large vessel occlusion (LVO) , Door to needle time (Pseudo R-square ~ 0.25) , (Correlation ต่ำ ~0.06)

จริยธรรมการวิจัย

มีการขออนุญาตศึกษาวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบและอธิบายให้เข้าใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน จะเก็บเป็นความลับ เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-98 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 62 ราย ที่ได้รับยา IV rt-PA ณ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ผู้วิจัยได้จำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระดับการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่ 1 ชั่วโมง หลังได้รับยา (Very Early Neurological Improvement: VENI) โดยพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มผลลัพธ์ดี (Good Outcome: NIHSS < 6) จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.9 และกลุ่มผลลัพธ์ไม่ดี (Poor Outcome: NIHSS ≥ 6) จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.1 ผลการวิเคราะห์เชิงลึกจำแนกตามปัจจัยต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้



แผนภาพที่ 2 แผนภูมิป่า (Forest plot) แสดงความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว(Univariate Logistic Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกกับโอกาสการฟื้นตัวที่ดี (Excellent Recovery), แสดงค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Early Neurological Improvement (EENI)

คำอธิบาย:

- จุดสี่เหลี่ยม (■) แสดงค่า OR และเส้นแนวนอนแสดงช่วง 95% CI
- เส้นประแนวตั้งสีแดงที่ตำแหน่ง OR = 1 แสดงจุดที่ไม่มีความสัมพันธ์
- **ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ:** คือปัจจัยที่เส้น 95% CI ไม่คร่อมเส้นประสีแดง
- **หมายเหตุ:** แผนภาพไม่ได้แสดงข้อมูลของ *Dyslipidemia*, และ *Atrial Fibrillation* เนื่องจากข้อจำกัดทางสถิติในการคำนวณหรือการแสดงผลบนกราฟ (Zero cell count/Perfect separation) แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม

จากแผนภาพที่ 2 อธิบายได้ว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังนี้:

1. ลักษณะทางคลินิกและความรุนแรงของโรค (Stroke Severity):

- **การเปลี่ยนแปลงของคะแนน NIHSS (Delta NIHSS):** เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์อย่างชัดเจน โดยทุกๆ 1 คะแนนของ NIHSS ที่ลดลง (อาการดีขึ้น) จะเพิ่มโอกาสการเกิด EENI ขึ้น 1.22 เท่า (OR 1.22; 95% CI 1.05-1.41, $P < 0.001$)
- **คะแนนความรุนแรงแรกรับ (Baseline NIHSS):** มีความสัมพันธ์ผกผันกับผลลัพธ์ โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงเริ่มต้นสูง มีโอกาสเกิด EENI น้อยกว่า (OR 0.78; 95% CI 0.68-0.90, $P < 0.001$)

2. ปัจจัยด้านลักษณะทางคลินิกและกระบวนการรักษา (Clinical & Process Metrics):

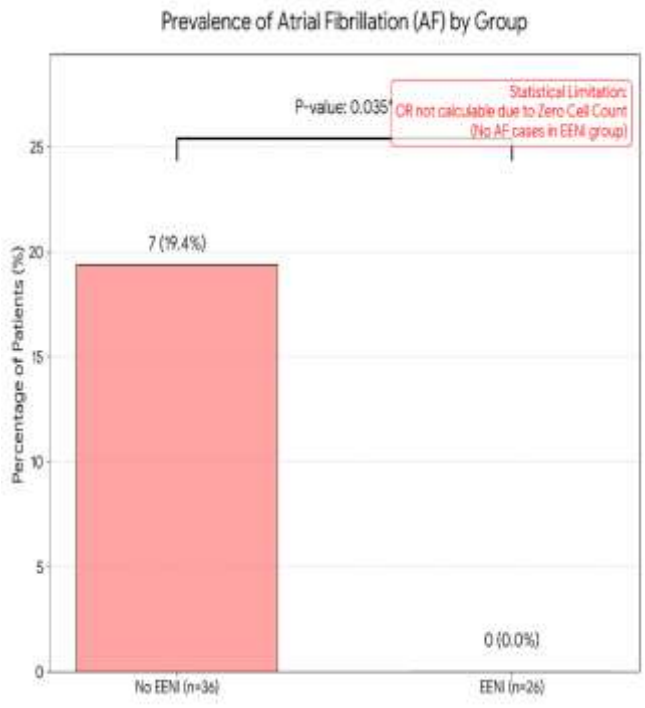
- **การอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ (LVO):** เป็นปัจจัยลบที่สำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะ LVO มีโอกาสเกิด EENI ลดลงอย่างมาก (OR 0.17; 95% CI 0.05-0.55, $P = 0.005$)
- **ระยะเวลา Door to Needle:** ระยะเวลาที่นานขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดผลลัพธ์ที่ดีลดลง (OR 0.95; 95% CI 0.92-0.99, $P = 0.005$)
- **ระยะเวลา Onset to Needle:** พบความสัมพันธ์ทางสถิติที่คาบเกี่ยวเส้นวิกฤตเล็กน้อย (OR 1.01; 95% CI 1.00-1.02, $P = 0.034$)

สำหรับปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ เช่น อายุ (Age), เพศ (Sex), และโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ครั้งนี้ โดยจะอธิบายผลการศึกษาโดยละเอียด ในหัวข้อต่างๆ ในลำดับต่อไป

1. ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางประชากร

- **อายุและเพศ:** อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 63.39 ± 11.03 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าอายุเฉลี่ยมีความใกล้เคียงกัน (Good Outcome: 61.42 ± 12.12 ปี vs Poor Outcome: 64.81 ± 10.10 ปี, p=0.251) สำหรับเพศ พบสัดส่วนเพศชายในกลุ่ม Good Outcome สูงกว่าเล็กน้อย (69.2% vs 44.4%) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.094)
- **ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม:** การกระจายตัวของโรคประจำตัวทั่วไป เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใน 2 ประเด็น คือ

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia): พบในกลุ่ม Good Outcome ถึงร้อยละ 100 เทียบกับร้อยละ 83.3 ในกลุ่ม Poor Outcome เนื่องจากพบภาวะไขมันในเลือดสูงเป็น 100% ในกลุ่ม Poor outcome ทำให้ไม่สามารถคำนวณ OR ได้ (Perfect Separation) แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (P=0.035) ซึ่งอาจสอดคล้องกับปรากฏการณ์ Stroke Lipid Paradox ที่พบในงานวิจัยอื่น

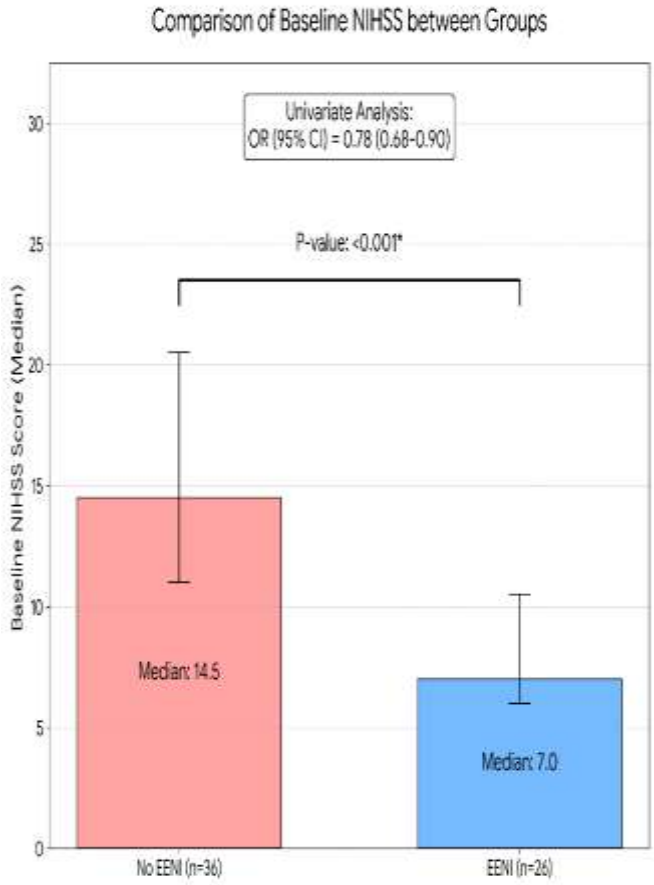


แผนภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว กับโอกาสการฟื้นตัวที่ดี (Excellent Recovery)

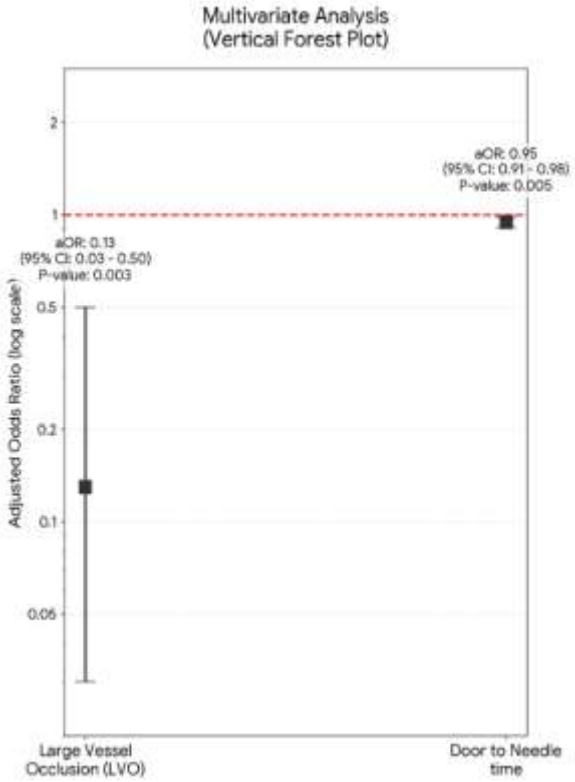
2) ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation - AF): จากแผนภาพที่ 3 พบว่า AF เป็นปัจจัยแยกกลุ่มที่ชัดเจนที่สุด โดยพบ AF ในกลุ่ม Poor Outcome ถึงร้อยละ 19.4 ในขณะที่ไม่พบผู้ป่วย AF เลยในกลุ่ม Good Outcome (*0%*, *p=0.035*) ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่า AF เป็นปัจจัยพยากรณ์เชิงลบที่สำคัญสำหรับการตอบสนองต่อยาในระยะแรก สืบเนื่องจากเกิดจาก **"ข้อจำกัดทางเทคนิคของการคำนวณ"** ในกรณีที่มีกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นศูนย์ (Zero Cell) จะทำให้สูตรคำนวณ OR หาค่าไม่ได้จากตาราง 2x2 หากพยายามคำนวณโดยใช้สูตรปรับแก้ (เช่น Haldane-Anscombe correction ที่บวก 0.5 เข้าไปในทุกช่อง) จะได้ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI) ที่กว้างมาก

2. ลักษณะทางคลินิกและความรุนแรงของโรค

- **ความรุนแรงเริ่มต้น (Baseline NIHSS):** จากแผนภาพที่ 4 อธิบายได้ว่า คะแนนความรุนแรงก่อนเริ่ม ยาเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการจำแนกสูงที่สุด กลุ่ม Good Outcome ค่ามัธยฐานของคะแนน NIHSS ก่อนเริ่มยาต่ำกว่ากลุ่มที่ฟื้นตัวไม่ดีอย่างชัดเจน (7.00 [IQR 6.00-10.50] เทียบกับ 14.50 [IQR 11.00-20.50], *p*<0.001, OR 0.78 , 95%CI 0.68-0.90 ส่วนต่างคะแนนนี้ สะท้อนถึงปริมาณลิ่มเลือด (Clot Burden) ที่ต่างกันอย่างชัดเจนตั้งแต่แรกรับ จนขาดความน่าเชื่อถือทางคลินิก โดยได้ Odds Ratio (OR) เท่ากับ 0.07 ได้ช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่า Odds Ratio (OR) คือ 0.00 - 1.36 ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวในตัวแปรนี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ P-value ซึ่งมาจาก **Fisher's Exact test** (เนื่องจากมี cell ที่ค่าคาดหวังต่ำ) ซึ่งได้ **P = 0.035** ซึ่งแปลว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ



แผนภาพที่ 4 แผนภูมิป่า(Forest plot)แสดงผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองแรกรับ (Baseline NIHSS Score) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีการฟื้นตัวดีและฟื้นตัวไม่ดี จุดทึบแสดงค่าผลต่างค่ามัธยฐาน -7.5 คะแนน และเส้นขีดขวางแสดงช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (0.68 ถึง 0.90) ซึ่งไม่คร่อมเส้นประแนวตั้งที่ 0 แสดงว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001)



แผนภาพที่ 5 แผนภูมิป่า(Forest plot) แสดงผลการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ระหว่างภาวะหลอดเลือดสมองใหญ่อุดตัน (LVO) และ Door to Needle time กับโอกาสการฟื้นตัวที่ดี โดยนำเสนอภาวะหลอดเลือดสมองใหญ่อุดตัน (LVO) ด้วยค่าอัตราส่วนแต้มต่อ (Adjusted Odds Ratio: aOR) จุดทึบแสดงค่า OR เท่ากับ 0.13 และเส้นขีดขวางแสดงช่วงความเชื่อมั่น 95% (0.03 – 0.50) เส้นประแนวตั้งแสดงค่า Null value ที่ 1.0 ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่า LVO มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฟื้นตัวที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.003) และนำเสนอ Door to Needle time ด้วยค่าอัตราส่วนแต้มต่อ (Adjusted Odds Ratio: aOR) จุดทึบแสดงค่า OR เท่ากับ 0.95 และเส้นขีดขวางแสดงช่วงความเชื่อมั่น 95% (0.91 – 0.98) เส้นประแนวตั้งแสดงค่า Null value ที่ 1.0 ผลลัพธ์แสดงให้เห็นบ่งชี้ว่ากลุ่มผลลัพธ์ดีได้รับยาเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.005)

- **การอุดตันของหลอดเลือดใหญ่ (Large Vessel Occlusion - LVO):** จากแผนภาพที่ 5 อธิบายได้ว่าพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง LVO กับผลลัพธ์ที่ไม่ดี โดยกลุ่ม Poor Outcome มีอัตราการเกิด LVO สูงถึงร้อยละ 58.3 เทียบกับเพียงร้อยละ 19.2 ในกลุ่ม Good Outcome (*p=0.003*) ค่า Adjusted Odds Ratio (OR) เท่ากับ 0.13 (95% CI: 0.03 - 0.50) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ *ไม่มี* LVO มีโอกาสฟื้นตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มี LVO ถึง 7.7 เท่า

3. ประสิทธิภาพของกระบวนการรักษาและตัวแปรด้านเวลา

- **Door-to-Needle (DTN) Time:** จากแผนภาพที่ 5 พบว่า เมื่อพิจารณา Door-to-Needle (DTN) Time ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพที่สำคัญ พบว่ากลุ่ม Good Outcome มีค่ามัธยฐานของเวลาอยู่ที่ 59.0 นาที (IQR 49.2-71.8) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล (< 60 นาที) ในขณะที่กลุ่ม Poor Outcome ใช้เวลานานกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 74.0 นาที (IQR 59.0-92.0) ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณยืนยันว่า DTN Time ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่ดีที่ลดลง (Adjusted OR 0.95; 95% CI: 0.91-0.98, p=0.005) ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของกระบวนการในโรงพยาบาลที่รวดเร็วช่วยเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญ

- **Onset-to-Needle (OTN) Time:** ในส่วนของระยะเวลา Onset-to-Needle (OTN) พบความสัมพันธ์ในลักษณะ Paradoxical กล่าวคือ กลุ่ม Good Outcome มีค่ามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับยานานกว่ากลุ่ม Poor Outcome อย่างมีนัยสำคัญ (193.5 นาที [IQR 140.8-234.5] เทียบกับ 147.0 นาที [IQR 110.0-195.8]) โดยการวิเคราะห์เบื้องต้นพบค่า Crude OR เท่ากับ 1.01 (95% CI: 1.00-1.02, p=0.034) ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (Mild Stroke) ซึ่งมักมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่พยาธิสภาพของลิ่มเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักตอบสนองต่อยาละลายลิ่มเลือดได้ดีกว่า จึงส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาออกมาดีแม้จะได้รับยาช้ากว่าก็ตาม

4. การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Neurological Outcome)

- **Delta NIHSS:** เมื่อพิจารณาค่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนน (NIHSS ก่อนให้ยา ลบด้วย NIHSS ที่ 1 ชั่วโมง) พบว่ากลุ่ม Good Outcome มีค่ามัธยฐานของคะแนนลดลง 4.50 [IQR 3.00-8.00] เทียบกับ คะแนนในขณะที่กลุ่ม Poor Outcome ลดลงเพียง 2.00 [IQR 1.00-4.00] , OR 1.22 (95%CI 1.05 - 1.41) , p<0.001 แสดงให้เห็นว่านอกจากจะมีคะแนนตั้งต้นที่ต่ำกว่าแล้ว กลุ่ม Good Outcome ยังมีการตอบสนองต่อยาในเชิงปริมาณ (Magnitude of response) ที่ดีกว่าอีกด้วย

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่ "ชั่วโมงทอง" (The Golden Hour) ของการตอบสนองต่อยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่มักถูกมองข้าม ในการศึกษาส่วนใหญ่ที่เน้นผลลัพธ์ที่ 24 ชั่วโมง หรือ 3 เดือน ผลการศึกษานี้ไม่เพียงแต่ยืนยันปัจจัยเสี่ยงแบบดั้งเดิม แต่ยังเปิดเผยข้อมูลเชิงลึกที่ท้าทายและมีนัยสำคัญต่อการปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ดังนี้

1) บทบาทสำคัญของเวลา (The Critical Role of DTN Time): ในขณะที่ปัจจัยทางชีวภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ระยะเวลา Door-to-Needle (DTN) เป็นปัจจัยเชิงระบบเพียงอย่างเดียวที่โรงพยาบาลสามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาชี้ชัดว่า DTN ที่สั้นกว่า (มัธยฐานเวลา 59 นาที) สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีเลิศ ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ Meta-analysis ของ Emberson et al. (2014) และการศึกษาของ Xian et al. (2019) ที่ยืนยันตรงกันว่าทุกนาทีที่ลดได้ของความล่าช้าในการเริ่มยาสัมพันธ์โดยตรงกับการรอดชีวิตและโอกาสการฟื้นตัวของระบบประสาท

2) ข้อจำกัดของยาในกลุ่ม High Risk (Limits of Thrombolysis): ภาวะหลอดเลือดใหญ่อุดตัน (LVO) และ หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (AF) เป็นปัจจัยพยากรณ์ความล้มเหลวที่สำคัญ ลิ่มเลือดจาก Cardioembolism มักมีขนาดใหญ่และมีส่วนประกอบของ Fibrin สูง ทำให้ทนทานต่อการสลายด้วย rt-PA เพียงอย่างเดียว (Mikhailidis et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการทรุดลงของอาการทางระบบประสาท (Neurological Deterioration) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดที่ทันท่วงที (Seners et al., 2015) ข้อมูลนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรถือเป็นกลุ่ม "Drip and Ship" โดยอัตโนมัติในบริบทโรงพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพทำ MT เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการรักษา

3) ปริศนาของเวลาเริ่มมีอาการ (Onset-Time Paradox): การพบว่ากลุ่มผลลัพธ์ดีมาช้ากว่ากลุ่มผลลัพธ์ไม่ดี อาจอธิบายได้ด้วย "Clot Burden Hypothesis" ผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดขนาดเล็กมักมีอาการไม่รุนแรง (Low NIHSS) จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้ากว่า แต่ลิ่มเลือดเหล่านี้ตอบสนองต่อยาได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยอาการหนัก (High NIHSS, Large Clot) ญาติจะรีบพามาเร็วแต่ลิ่มเลือดตอบสนองยากกว่า รวมถึงจากบริบทสังคมในปัจจุบันผู้สูงอายุมักอยู่บ้านลำพัง มักจะพบว่า First seen abnormal และ Last seen normal ค่อนข้างห่างกันทำให้ Onset to Door อาจมีความคลาดเคลื่อนได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1) สรุปผลการศึกษา ปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่ดีเลิศ (NIHSS < 6) ภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับยา IV rt-PA ในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ได้แก่ 1) คะแนน NIHSS เริ่มต้นที่ต่ำ 2) ระยะเวลา Door-to-Needle ที่สั้น 3) การไม่มีภาวะหลอดเลือดใหญ่อุดตัน (LVO) และ 4) การไม่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (AF)

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงระบบ Stroke Fast Track สำหรับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ดังนี้:

2.1)ยกระดับเป้าหมาย DTN: โรงพยาบาลควรกำหนดตัวชี้วัด DTN time ให้ต่ำกว่า 60 นาที ในผู้ป่วยทุกราย โดยการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น (Lean Process) และใช้ระบบ Pre-notification จากรถพยาบาล และ Rapid CT brain request โดยพยาบาลเมื่ออาการสงสัยในกรณีผู้ป่วยใน

2.2)แนวทางคัดกรองเพื่อการส่งต่อ (Targeted Referral Protocol):

- **กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk):** ผู้ป่วยที่มี NIHSS สูง (>8) หรือมีประวัติ AF หรือสงสัย LVO ควรเริ่มกระบวนการประสานงานส่งต่อ (Early Transfer Activation) ทันทีที่เริ่มให้ยา (Drip and Ship) โดยไม่ต้องรอประเมินผลที่ 1 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการทำ Mechanical Thrombectomy
- **กลุ่มตอบสนองดี (Good Responder):** ผู้ป่วยที่มี NIHSS ต่ำและไม่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้น สามารถให้การดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนได้ (Drip and Stay) หากอาการดีขึ้นตามเกณฑ์ เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์

3) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendations for Future Research)

3.1)การขยายขอบเขตพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง: ควรทำการศึกษาในรูปแบบพหุสถาบัน (Multicenter Study) หรือขยายระยะเวลาเก็บข้อมูลเพื่อเพิ่มขนาดตัวอย่าง (Sample size) ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดทางสถิติในบางตัวแปร (เช่น กรณีค่าเป็นศูนย์ในกลุ่ม AF และทำให้ผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงในระดับประชากรที่กว้างขึ้นได้

3.2)การติดตามผลลัพธ์ระยะยาว: ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาต่อเนื่องไปจนถึง 3 เดือน (90 วัน) โดยประเมินด้วย Modified Rankin Scale (mRS) เพื่อยืนยันว่าการฟื้นตัวที่ดีในระยะ 1 ชั่วโมงแรก (VENI) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาวหรือไม่

3.3)การศึกษาตัวแปรเชิงลึกเพิ่มเติม: ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็น "Stroke Lipid Paradox" หรือปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อยา เพื่อหาคำอธิบายทางการแพทย์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.4)การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์: ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของแนวทาง "Drip and Ship" เปรียบเทียบกับ "Drip and Stay" ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ

3.5)การให้ความรู้ประชาชน: รณรงค์เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นย้ำว่าแม้จะมีอาการเพียงเล็กน้อยก็ควรรีบมาโรงพยาบาลทันที เพื่อแก้ไขปัญหา Patient delay ในกลุ่มอาการ

เอกสารอ้างอิง

Brott, T., Adams, H. P., Jr., Olinger, C. P., Marler, J. R., Barsan, W. G., Biller, J., ... & Hertzberg, V. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale. *Stroke, 20*(7), 864–870. https://doi.org/10.1161/01.STR.20.7.864

Emberson, J., Lees, K. R., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E., ... & Baigent, C. (2014). Effect of treatment delay, age, and stroke severity on tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke: A meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *The Lancet, 384*(9958), 1929–1935. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60584-5

Mikhailidis, A., Tsiertsides, K., & Karapanayiotides, T. (2022). Ultra-early neurological improvement after intravenous thrombolysis: Definition, predictors, and clinical outcome. *Journal of Neurology, 269*(6), 3215–3226. https://doi.org/10.1007/s00415-022-10985-7

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 50*(12), e344–e418. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211

Seners, P., Turc, G., Oppenheim, C., & Baron, J. C. (2015). Incidence, causes and predictors of neurological deterioration occurring within 24 h following acute ischaemic stroke: A systematic review with pathophysiological implications. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 86*(1), 87–94. https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-308778

Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke, 16*(1), 1–7. https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1

Xian, Y., Xu, H., Lytle, B., Blevins, J., Peterson, E. D., Hernandez, A. F., ... & Fonarow, G. C. (2019). Association of door-to-needle time with long-term outcomes after acute ischemic stroke. *JAMA, 321*(18), 1755–1765. https://doi.org/10.1001/jama.2019.4168

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ลำไพร ธรรมวัตร, สบ.[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างและพัฒนารูปแบบ และประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนอาศัยอยู่ในตำบลดู่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน และประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 210 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ใบงาน ใบความรู้ แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ระดับไม่ดี ($\overline{X}$ = 2.60) รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ “สร้างรูปแบบโดยใช้ V-Shape Model ร่วมกับวงจร PAOR จำนวน 3 รอบ” พบว่า **รอบที่ 1** ผลของโครงการรณรงค์สร้างกระแสป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 7 หมู่บ้าน ร้อยละ 64.94 และผลโครงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคพยาธิใบไม้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป พบไข่พยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 27.87 **รอบที่ 2** การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 องค์ประกอบ มีความสามารถและทักษะเพิ่มขึ้น โดยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์โรค หรือประสบการณ์การเรียนรู้ การเชื่อมโยงกับแนวคิด องค์ความรู้ หลักการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไปปฏิบัติได้ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผลลัพธ์การติดเชื้อ และป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงได้ ในระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง **รอบที่ 3** 1) เพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะการสร้างความรู้ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ และทักษะการบอกต่อ ในการตรวจรักษาและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นในระดับดี 2) ผลการประเมินหลังการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ ($\overline{X}$ = 3.3) ความตระหนักและปฏิบัติตนในระดับดี ($\overline{X}$ = 4.12) และการประเมินคุณภาพรูปแบบ พบว่า มีความเหมาะสมมาก ($\overline{X}$ = 4.11) มีความเป็นไปได้มาก ($\overline{X}$ = 3.94) และมีความเป็นประโยชน์มาก ($\overline{X}$ = 4.09)

โดยสรุป รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ V-Shape Model และใช้วงจรพัฒนา PAOR มีความเหมาะสมเป็นไปได้ และมีประโยชน์ ส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลดู่ได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ โรคพยาธิใบไม้ตับ

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่ Email: Lumprai209@gmail.com

Development of health literacy patternsPrevention of the Opisthorchis viverrini of the public Du Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province.

Lumprai Thammawat, B.P.H[1]

Abstract

This study employed an action research design with the objectives of examining health literacy, developing a model, and evaluating the effectiveness of a health literacy enhancement model for preventing opisthorchiasis among the population of Du Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The population and samples consisted of 400 residents aged 15 years and older living in Du Subdistrict, and 210 residents who were found to be infected with *Opisthorchis viverrini*. Research instruments included questionnaires, interview guides, worksheets, knowledge sheets, observation records, and performance record forms. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that: 1) The population had a low level of health literacy and preventive behaviors related to opisthorchiasis ($\overline{X}$ =2.60). The developed health literacy enhancement model for opisthorchiasis prevention was based on the V-Shape Model integrated with three cycles of the PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) process. **In the first cycle**, the campaign to raise awareness on opisthorchiasis prevention involved participants from all seven villages, accounting for 64.94%. Screening and treatment among residents aged 15 years and older revealed *Opisthorchis viverrini* eggs in 27.87% of participants. In the **second cycle**, improvements were observed in the six components of health literacy for opisthorchiasis prevention, including enhanced abilities and skills in analyzing disease situations, learning experiences, linking concepts and knowledge, and applying preventive principles in practice. These improvements contributed to appropriate behavior modification and reductions in infection and morbidity, with an overall moderate level of satisfaction. **In the third cycle**, participants demonstrated good levels of improvement in skills related to accessing information and services, knowledge creation, inquiry, decision-making, application, and communication for screening, treatment, and prevention of opisthorchiasis. 1) Post-development evaluation indicated that health literacy for opisthorchiasis prevention among the population was at a fair level ($\overline{X}$ = 3.30), while awareness and preventive practices were at a good level ($\overline{X}$ = 4.12). The quality evaluation of the model showed a high level of appropriateness ($\overline{X}$ = 4.11), feasibility ($\overline{X}$ = 3.94), and usefulness ($\overline{X}$ = 4.09).

In conclusion, the health literacy enhancement model based on the V-Shape Model integrated with the PAOR development cycle was appropriate, feasible, and beneficial, and effectively contributed to high-quality prevention of opisthorchiasis in Du Subdistrict.

KEYWORDS: model development; health literacy; opisthorchiasis

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Du Sub-district Health Promoting Hospital. Email: Lumprai209@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) เป็นปัจจัยหลักที่ก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า ในปี 2552, 2557 และ 2562 มีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของประเทศ เฉลี่ยร้อยละ 8.7, 5.1 และ 2.2 ตามลำดับ พบว่า ประชาชนในภาคตะวันอออกเฉียงเหนือติดโรคหรือเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหนึ่งในสามของประชากรในภูมิภาค สอดคล้องกับสถิติการเสียชีวิตของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่า มีอัตราป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงที่สุดในภาคเหนือ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงาน อายุระหว่าง 40 - 60 ปี และผู้ที่มีพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้จัดทำ “โครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เขตสุขภาพที่ 10 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 3.19, 2.67 และ 3.24 ตามลำดับ

จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จากปี พ.ศ. 2564 - 2566 ร้อยละ 3.26, 3.32 และ 1.95 ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 5 อันดับแรก ได้แก่ ขุนหาญ วังหิน อุทุมพรพิสัย เบญจลักษ์ และขุขันธ์ ร้อยละ4.87, 3.79, 3.47, 2.68 และ 2.39 สำหรับอำเภอราษีไศล อัตราติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 1.28 (สสจ.ศรีสะเกษ, 2567)

ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่ อัตราการติดเชื้อย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 - 2567 ร้อยละ 2.2, 2.1 และ 2.35 โดยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 3 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2565 - 2567 คือ 109.84, 131.84 และ153.84 ต่อประชากรแสนคน (รพ.สต.ดู่, 2567)

จากการศึกษาสถานการณ์ แนวทาง กระบวนการ มาตรการ และรูปแบบการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับจากหลาย ๆ แหล่งที่ผ่านมา พบว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นแนวทางการดำเนินงานที่ส่งผลต่อการลดและป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีประสิทธิผลและบรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืน พบว่า ตำบลดู่ยังมีอัตราการติดเชื้อที่สูงอยู่เกินเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 1.5 ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคและมีอัตราจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับสูง เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนชาวตำบลดู่ เนื่องจากตำบลดู่ คือหนึ่งในตำบลของอำเภอราษีไศล ซึ่งเป็นอำเภอที่มีภูมิศาสตร์ติดกับลำน้ำมูลประชาชนมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมคู่กับการใช้ชีวิตติดลำน้ำมาอย่างยาวนาน มีปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมและความรอบรู้เป็นต้นเหตุ และเรื้อรังมานานยังไม่ถึงเป้าหมาย ขาดรูปแบบเสริมสร้างความรอบรู้เชิงบริบทท้องถิ่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

3) ประเมินผลรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีวิธีการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพป้องกันพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 6 ด้าน และวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 2 ด้าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้วิธีคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นการสร้างรูปแบบ จากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ที่ผ่านการพัฒนาไปประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบด้านความเหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ และนำรูปแบบไปใช้โดยใช้กระบวนการพัฒนา PAOR 3 รอบ คือ Plan – Act – Observe – Reflect

ระยะที่ 3 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการนำรูปแบบไปใช้ (ก่อน - หลัง) โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับเป็นการประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิในเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 7 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) บ้านดู่ ม.1 2) บ้านกอย ม.2 3) บ้านค้อ ม.3 4) บ้านแตงแซง ม.8 5) บ้านดอนม่วง ม.9 6) บ้านดู่ ม.11 และ 7) บ้านกอย ม.13 รวมทั้งสิ้น 1,617 คน

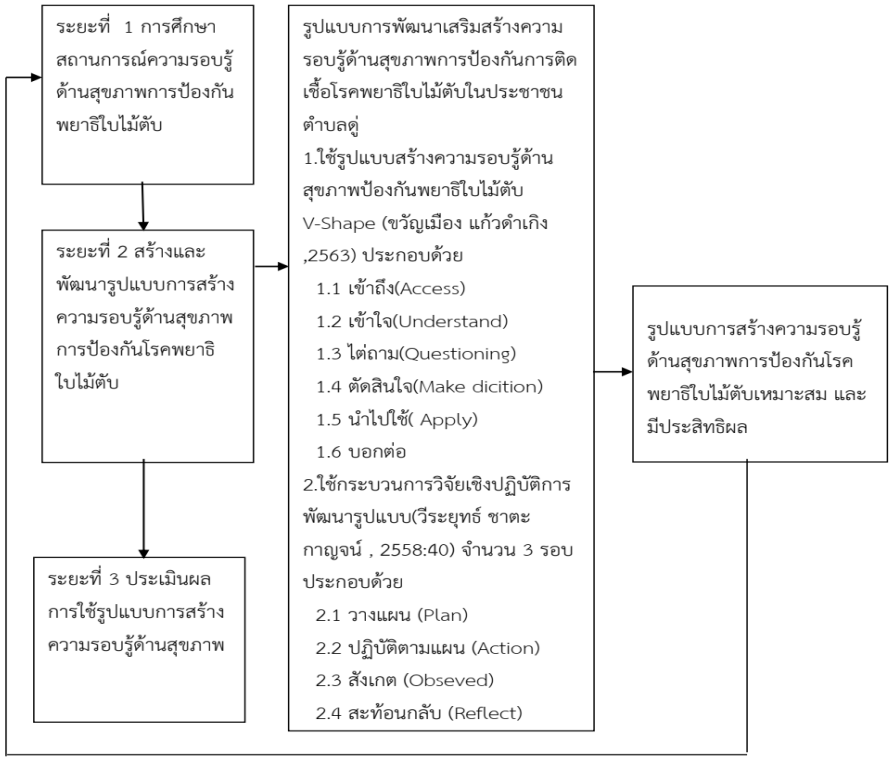
กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลดู่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 7 หมู่บ้าน จำนวน 400 คน และประชาชนที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 210 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกแบบเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและสุขศึกษา จำนวน 5 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน จำนวน 5 คน และ 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านรักษาพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 5 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 50 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) CVI = 1.00 ค่า Cronbach's alpha ค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพกับโรคพยาธิใบไม้ตับเท่ากับ 0.93 ไปให้กลุ่มเป้าหมายตอบ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปรผลโดยนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด โดยความแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ระยะที่ 2 เก็บรวมรวมข้อมูลโดยการจัดทำแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มโดยแนวคำถามที่ใช้ได้รับการตรวจสอบความเหหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปสนทนากลุ่มโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการร่างรูปแบบการการสร้างรูปแบบการพัฒนาการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ โดยแนวคำถามการสนทนากลุ่มและผู้วิจัยบันทึกข้อมูลด้วยอุปกรณ์บันทึกภาพ อุปกรณ์บันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดเทปบันทึกเสียง นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและสังเคราะห์ผลที่ได้ตามกรอบของเนื้อหา

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ (ความตรงเชิงเนื้อหา) ก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำเอกสารรูปแบบและการประเมินไปมอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปรผลโดยนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ เหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย และเหมาะสมน้อยที่สุด เพื่อตัดสินว่ารูปแบบที่พัฒนา มีความเหมาะสมอยู่ในระดับใด

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-031 วันที่รับรอง 6 มีนาคม 2568 วันหมดอายุ 5 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามวิธีวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิจัยสภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\overline{X}$ =2.6) หรือร้อยละ 51.9 พิจารณาจากเกณฑ์การแปลผลคำแนนเต็มด้านละ 20 คะแนน ถ้าได้ < 72 คะแนน หรือ < 60% ระดับไม่ดี 72 – 83.99 คะแนน หรือ ≥ 60 - < 70% ระดับพอใช้ 84 – 95.99 คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80% ระดับดี และ 96 – 120 คะแนน หรือ ≥ 80% ระดับดีมาก ของคะแนนเต็ม ได้ < 42 คะแนน หรือ < 60% ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิผลจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะดำเนินงานเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบ พบว่า (1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) คะแนนเต็ม 20 คะแนน ช่วงคะแนนที่ได้ < 60% สรุปได้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี (54.33%) (2) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (Cognitive skill) ระดับความรอบรู้ทักษะการสร้างความเข้าใจในระดับพอใช้ (64.99%) (3) ทักษะการไต่ถาม (Question skill) ระดับความรอบรู้ด้านการไต่ถามในระดับไม่ดี (55.91%) (4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ระดับความรอบรู้ทักษะการตัดสินใจในระดับไม่ดี (40.03 %) (5) ทักษะการนำไปใช้ (Application skill) ระดับความรอบรู้ทักษะการนำไปใช้ในระดับไม่ดี (46.58 %) (6) ทักษะการบอกต่อ (Communication skill) การจัดระดับความความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับทักษะการบอกต่อภาพรวม พบว่า ระดับความรอบรู้ทักษะการบอกต่อในระดับไม่ดี (49.41%) จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความรอบรู้ภาพรวมระดับไม่ดี นำผลการวิจัยที่ได้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปวิเคราะห์สังเคราะห์ร่างรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ เพื่อนำไปพัฒนา ระยะที่ 2 โดยใช้ V-Shape Model เพื่อพัฒนาความรอบรู้เปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติ ด้านสุขภาพอย่างรอบด้านและครบวงจรต่อไป

2) ผลการร่างรูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับประชาชนตำบลดู่ พบว่า รูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับประชาชนตำบลดู่ ประกอบด้วย 1) สภาพพื้นฐานของตำบลดู่ หมายถึง ความรู้ พฤติกรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) สถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของปะชาชนตำบลดู่อยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับไม่ดี และอัตราการติดเชื้อในระดับสูง 3) องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ V-Shape Model 6 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ความรู้ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อหรือการสื่อสาร การนำเข้าข้อมูลจากข้อมูลสภาพพื้นฐานของตำบลดู่ คือ ความรู้ พฤติกรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และสถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติตน 4) กระบวนการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้กระบวนการ PAOR ในการพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (planning) ปฏิบัติการตามแผน (action) สังเกตการณ์ (observation) และสะท้อนกลับ(Reflection 4) และ 5) ผลลัพธ์รูปแบบ คือ ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่าระดับดี พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่าระดับดี และผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงและหมดไป

3) ผลการประเมินคุณภาพเบื้องต้นของรูปแบบ พบว่า ได้รูปแบบที่ระดับเหมาะสมมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.55) และความเป็นไปได้ พบว่าได้ระดับมาก ($\overline{X}$ =3.85)

4) ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ โดยใช้กระบวนการ PAOR จำนวน 3 รอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่

P	A	O	R
รอบที่ 1			
(1) โครงการจัดโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน	(1) ประชุมคณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง	(1) มีผู้เข้าร่วมโครงการรณรงค์สร้างกระแสการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 7 หมู่บ้าน รวม 1,050 คน คิดเป็นร้อยละ 64.94 ของประชาชนตำบลดู่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	(1) ประชาชนยังขาดหรือทักษะไม่ดีด้านความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 51.9 ไม่เพียงพอต่อการความร่วมมือป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะส่งผลต่อสามัญสำนึกและความตระหนักความสนใจในการดำเนินการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ
(2) โครงการรณรงค์สร้างกระแสป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	(2) ออกปฏิบัติงานรณรงค์สร้างกระแสในหมู่บ้าน 7 หมู่บ้าน	(2) ประชาชนได้รับตรวจคัดกรองไข่พยาธิใบไม้ตับ 890 คน คิดเป็นร้อยละ 55.04 พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 248 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.87	(2) ความไม่พร้อมของประชาชนที่มีภาระการประกอบอาชีพทำให้ขาดความสนใจในสุขภาพของตนเองมากกว่าร้อยละ 50
(3) โครงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ	(3) ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ประชาสัมพันธ์ออกตรวจคัดกรองในพื้นที่ ประเมินผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปรับปรุงแผนดำเนินการ	(3) สร้างประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	(3) ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 50

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ (ต่อ)

P	A	O	R
รอบที่ 2 วางแผนพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับการ (1) กิจกรรมเรียนรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและการตั้งเป้าหมายสุขภาพที่ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) กิจกรรมวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง ทางเลือก และวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3) กิจกรรมเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจด้านสุขภาพ และแนะนำจูงใจครอบครัว และชุมชน 4.กิจกรรมติดตามและสรุปบทเรียนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	(1) ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานตามแผนและขั้นตอนที่กำหนด เนื้อหาครอบคลุมความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ (2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีความกระตือรือร้นในการทำงานมีรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย มีขั้นตอนในการทำงานอย่างเป็นระบบ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมอย่างเหมาะสม (3) ผลการประเมินเบื้องต้นพบว่า มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 205 คน จากเป้าหมาย 210 คน คิดเป็นร้อยละ 97.62 ผลการประเมินความรอบรู้ความตระหนัก และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 64.25 อยู่ในระดับพอใช้ (3) มีผู้สามารถปฏิบัติตนตามแนวทางการปฏิบัติตนตามสมุดบันทึกสุขภาพได้ตามเป้าหมาย และสร้างขวัญกำลังใจสำหรับผู้ที่ยังเลิกไม่ได้ โดยใช้เพื่อนช่วยเพื่อนตามแนวทางการปฏิบัติตัวตามเป้าหมายต่อไป	(1) การเรียนรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ เข้าถึงข้อมูลและบริการ ความเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ (2) การวิเคราะห์สถานการณ์โรค หรือประสบการณ์การเรียนรู้ การเชื่อมโยงกับแนวคิดองค์ความรู้ หลักการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไปปฏิบัติ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ร้อยละ 80 (3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถสะท้อนกลับด้านการลดการติดเชื้อและป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับได้ในระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง และสะท้อนแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อการป้องกันพยาธิใบไม้ตับได้
รอบที่ 3 (1) การวิเคราะห์/สังเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในรอบที่ผ่านมา (2) วางแผนพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับต่อเนื่อง	เน้นหนักการพัฒนาส่วนที่ขาดและการมีทักษะเพิ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องถาวรในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกเป็น 2 ส่วน (1) โครงการพัฒนาทักษะความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป้าหมาย ประชาชนตำบลดู่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (2) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับและการบริโภคอาหารประเภทปลาที่สุขลักษณะ	(1) จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะ จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 92.85 ของเป้าหมาย (2) กิจกรรมฝึกทักษะ ได้แก่ ประชุมกลุ่ม การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (show -me) การแบ่งกลุ่มเพื่อศึกษาใบความรู้และและวิเคราะห์พฤติกรรมความเสี่ยง ฝึกกระบวนการตัดสินใจ การสนทนากลุ่ม (focus group guide) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)	(1) กลุ่มเป้าหมายสามารถและมีทักษะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการตรวจรักษาและป้องกันโรคพยาธิใบตับ สะท้อนผลในระดับดี หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรู้ดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้อง ในระดับมาก (2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจตระหนักและสามัญสำนึกพร้อมใจกันที่ช่วยกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเลิกบริโภคอาหารประเภทปลา

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ (ต่อ)

P	A	O	R
		ครอบคลุมองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3) สังเกตพฤติกรรมกลุ่ม ได้แก่พฤติกรรมที่สังเกต มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระดับพอใช้ มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมในระดับดี มีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย มีขั้นตอนในการทำงานอย่างเป็นระบบ และใช้เวลาในการทำงานอย่างเหมาะสม	หรือผลิตภัณฑ์อาหารจากปลาดิบหรือดิบๆสุกๆ ในระดับมาก (3) ประชาชนรวมกลุ่มกัน เพื่อสร้างกติกาชุมชนและกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น เพื่อนเตือนเพื่อน บุคคลตัวอย่างของครอบครัว เลิกบริโภคปลาดิบในชุมชน สร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลบุคคลและครอบครัวตัวอย่าง เป็นต้น (4) ในด้านบุคลากรสุขภาพ อสม. และผู้นำชุมชน มีรูปแบบการดำเนินการสร้างความรอบรู้การป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่ชัดเจน และมีส่วนร่วมของประชาชน

5) ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวม พบว่า มีความรอบรู้ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.59) คิดเป็นร้อยละ 82 หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติ เพื่อ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ถูกต้อง และผลการยืนยันคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังจากผ่านการทดลองใช้กระบวนการพัฒนาแล้ว ภาพรวม พบว่า มีความเหมาะสมระดับมาก ($\overline{X}$ =4.11) ความเป็นไปได้ระดับมาก ($\overline{X}$ =3.94) และความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\overline{X}$ =4.09)

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

1) สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลดู่ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก เฉลี่ย 3.59 คะแนน (82%) ยังสามารถพัฒนาเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิผลได้มากขึ้น จึงยังคงจำเป็นที่จะดำเนินงานเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับวัฒนศักดิ์ โสสุด และเกษราวดี คนหาญ (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.5) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 69.2) ดอกแก้ว ตามเดช และคณะ (2565) วิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพะเยา พบว่า ความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้โรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ความเชื่อทางด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกและระดับความสัมพันธ์ต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.100, 0.154, 0.111, 0.107) และอรณิชา โชติกาวานิชกุล และคณะ (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.6 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) ($r=0.100$)

2) การวิเคราะห์สังเคราะห์และสร้างรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้องค์ประกอบ V-Shape Model 6 ด้าน ถูกเลือกมาใช้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างรอบด้านและครบวงจร ซึ่งเป็นปัญหาของตำบลดู่ โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงข้อมูล โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อเสริมสร้างบุคคลให้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล, เข้าใจ, สื่อสาร, ตัดสินใจ, จัดการตนเอง, และรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี, ป้องกันโรค, และส่งเสริมให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอย่างยั่งยืน โดยไม่ใช่แค่การสอนให้รู้ แต่เน้นการนำไปปฏิบัติจริง ส่งผลให้ได้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลดู่ (เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดู่) โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ (1) สภาพพื้นฐานของตำบลดู่ คือ ความรู้ พฤติกรรม ความเชื่อ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (2) สถานการณ์การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลดู่อยู่ในระดับไม่ดี พฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับไม่ดี และอัตราการติดเชื้อในระดับสูง (3) จึงมีการนำองค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ V-Shape Model 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถาม แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อหรือการสื่อสาร มาใช้ส่งผลให้ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของปะชาชนตำบลดู่อยู่ในระดับดีพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี และอัตราการติดเชื้อลดลง (4) กระบวนการพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใช้กระบวนการ PAOR ในการพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (planning) การปฏิบัติการตามแผน (action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) และ 5) ผลลัพธ์รูปแบบที่ได้รับ คือ ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่าระดับดี พฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่าระดับดี และผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงและหมดไป การใช้กระบวนการ PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) ในการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนตำบลดู่ มีข้อดีสำคัญที่ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี ความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท (Context) และตอบโจทย์ปัญหาจริงของชุมชน สามารถอภิปรายได้ดังนี้*ระยะวางแผน (Plan):* เข้าใจปัญหาจริงจากบริบทชุมชนการเริ่มต้นด้วยขั้น Plan เปิดโอกาสให้ชุมชนตำบลดู่มีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างแท้จริงทำให้การออกแบบกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่การกำหนดจากภายนอก แต่เป็นการออกแบบบนฐานปัญหา วิถีชีวิต และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ *ระยะปฏิบัติ (Act):* ทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงในขั้น Act รูปแบบที่ออกแบบขึ้นถูกนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนตำบลดู่ เช่น ประชาชน อสม. แกนนำชุมชนจึงช่วยให้รูปแบบไม่เป็นเชิงทฤษฎี แต่ ปฏิบัติได้จริงในบริบทชุมชน *ระยะสังเกต (Observe):* มองเห็นการเปลี่ยนแปลงและอุปสรรคขั้น Observe ช่วยให้ผู้วิจัยและชุมชนร่วมกันติดตามผลข้อมูลที่ได้สะท้อน บริบทจริงของตำบลดู่ ทำให้ทราบว่ากิจกรรมใดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับชุมชน *ระยะสะท้อนผล (Reflect):* ปรับรูปแบบให้สอดคล้องมากขึ้นขั้น Reflect เป็นจุดแข็งสำคัญของ PAOR เพราะเป็นการเปิดพื้นที่ให้ชุมชน ภาคี และผู้วิจัย ร่วมกันเรียนรู้จากการปฏิบัติวิเคราะห์ความสำเร็จและข้อจำกัดอย่างเป็นระบบปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และศักยภาพของตำบลดู่มากยิ่งขึ้นส่งผลให้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมี ความยืดหยุ่น ไม่ตายตัว และพัฒนาไปพร้อมกับชุมชน โดยได้ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 3 รอบเพื่อ รอบที่ 1 ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหาเชิงลึก เน้นการเรียนรู้บริบทจริง ทดลองแนวทางเบื้องต้น พบข้อจำกัดและความไม่เหมาะสมของกิจกรรมบางส่วน รอบที่ 2 ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อปรับกิจกรรม สื่อ และกระบวนการเรียนรู้เพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม.เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และรอบที่ 3 เพื่อตอกย้ำความเหมาะสมและความยั่งยืน ทดสอบความเสถียรของรูปแบบ เสริมพลัง (empowerment) ให้ชุมชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ทำให้รูปแบบมีความพร้อมในการขยายผลและใช้ต่อเนื่องในบริบทตำบลดู่

สรุปภาพรวม การใช้กระบวนการ PAOR แบบทำซ้ำ 3 รอบ ช่วยให้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสอดคล้องกับบริบท สังคม วัฒนธรรม และปัญหาจริงของชุมชนตำบลดู่ เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ไม่ใช่การกำหนดจากภายนอกมีความยืดหยุ่น ปรับปรุงได้ต่อเนื่อง และมีแนวโน้มความยั่งยืนในระยะยาว สอดคล้องกับสุชญา สีหะวงษ์ และพิทยา วามะขันธ์ (2566) วิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนถิ่นทุรกันดาร โรงเรียนโครงการพระราชดำริเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ในนักเรียนถิ่นทุรกันดาร ประกอบด้วย (1) การพัฒนาแกนนำภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนเป้าหมาย (2) การดำเนินงานโดยบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามบทบาทภาคสาธารณสุขสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภาคสถานศึกษาดำเนินการกิจกรรมจัดการเรียนการสอน จัดบอร์ดให้ความรู้แก่นักเรียน ร่วมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนและนักเรียนบอกต่อผู้ปกครองในชุมชน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในแกนนำนักเรียน (4) การดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯทั้งในโรงเรียนและชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน และประชาชนในชุมชน เน้นให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การเฝ้าระวังเก็บอุจจาระส่งตรวจหาพยาธิ การรับประทานยารักษากรณีตรวจพบพยาธิ โดยใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีครูอนามัยโรงเรียนในพื้นที่โครงการพระราชดำริเป็นแกนนำหลัก (5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับเพ็ญวิภา นิลเนตร (2564) วิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม คืนข้อมูลและถอดบทเรียนร่วมกัน (2) สร้างคู่มือและสื่อการสอนที่มีคุณภาพในรูปแบบรูปเล่ม และสื่อออนไลน์ (3) อบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานให้สามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้ (4) ติดตามความก้าวหน้าและเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในพื้นที่พร้อมจัดระบบให้คำปรึกษา (5) สร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ และสอดคล้องกับกฤติภณ เณรตาก้อง (2564) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการทำวิจัยในชั้นเรียนของครูโรงเรียนวัดจันทาราม (ตั้งตรงจิตร 5) พบว่า สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำ วิจัยในชั้นเรียนของครูในโรงเรียนวัดจันทาราม (ตั้งตรงจิตร 5) โดยภาพรวมมีปัญหาอยู่ในระดับมาก การพัฒนารูปแบบ โดยกำหนดองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การวางแผน (2) การปฏิบัติการวิจัยในชั้นเรียน (3) การสังเกตและให้คำปรึกษา และ (4) การสะท้อนผล โดยตั้งชื่อรูปแบบหรือนวัตกรรมนี้ ว่ารูปแบบ PAOR ซึ่งมีประสิทธิภาพสามารถนำไปทดลองใช้ได้ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการทำวิจัยในชั้นเรียนของครูในโรงเรียนวัดจันทาราม (ตั้งตรงจิตร 5) ในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ด้านคุณค่าและด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

3) การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้วงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) ของเคมมิสและแมคทากกาท (Kemmis & Mc Taggart) (1988) ปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบ ผลการพัฒนาพบว่า (1) กลุ่มเป้าหมายสามารถและมีทักษะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการตรวจรักษาและป้องกันโรคพยาธิใบตับสะท้อนผลในระดับดี หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรู้ดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้อง (2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจตระหนักและสามัญสำนึกพร้อมใจกันที่ช่วยกันป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และเลิกบริโภคอาหารประเภทปลา หรือผลิตภัณฑ์อาหารจากปลาดิบหรือดิบ ๆ สุก ๆ (3) ประชาชนรวมกลุ่มกัน เพื่อสร้างกติกาชุมชนและกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคพยาธิไม้ตับ เช่น เพื่อนเตือนเพื่อน บุคคลตัวอย่างของครอบครัว เลิกบริโภคปลาดิบในชุมชน สร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัลบุคคลและครอบครัวตัวอย่าง เป็นต้น

(4) ในด้านบุคลากรสุขภาพ อสม.และผู้นำชุมชน มีรูปแบบการดำเนินการสร้างความรอบรู้การป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่ชัดเจน และมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น สอดคล้องกับธารินี ศรีศักดิ์นอก (2566) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้กระบวนการ Plan – Action – Observe - Reflect (P-A-O-R) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้และพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (P) 2) การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ (A) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีข้อมูลสำคัญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการพัฒนา และ 3) การทดลองใช้ (O) ประเมินผล และสะท้อนผลของโปรแกรม (R) และรัฏฐธินีย์ ธนเศรษฐ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) กับงานป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงาน ได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบครบทั้ง 5 ด้าน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และช่วยลดอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ได้

4) การประเมินความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ในภาพรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ($\overline{X}$ =3.59) คิดเป็นร้อยละ 82 หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนารูปแบบจะเห็นได้ว่ามีความก้าวหน้าในทิศทางที่ดีขึ้น โดยก่อนพัฒนารูปแบบผลการประเมินภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\overline{X}$ =2.6) คิดเป็นร้อยละ 51.9 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้อย่างมีประสิทธิผลจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะดำเนินงานเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับเพ็ญวิภา นิลเนตร (2564) วิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ จากคะแนนรวมร้อยละ 74.75 เป็นร้อยละ 78.24 โดยพบความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในระดับไม่ดีลดลงจากร้อยละ 5.47 เป็นร้อยละ 1.72 และมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ จากคะแนนรวมร้อยละ 81.29 เป็นร้อยละ 84.80 และจิรารัตน์ สิงทองทัศน์ (2564) วิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า หลังการทดลองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และอัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้ เป็นผลมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ ทั้งนี้เกิดความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

ด้านความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลดู่ อยู่ในระดับดี (82.4%) หมายถึง มีความตระหนักและพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และพบว่าความตระหนักด้านบริโภคอาหารประเภทปลาปรุงสุกในระดับดี (86.2%) พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคลระดับดีมาก (90.5%) และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับดีมาก (94.0 %) จากการประเมินก่อนการพัฒนารูปแบบมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระดับพอใช้ ($\overline{X}$ =3.3) 68.4% และพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาของประชาชนตำบลดู่ภาพรวมอยู่ระดับไม่ดี ($\overline{X}$ =2.98) คิดเป็นร้อยละ 56.6 สอดคล้องกับเบญจพร ถานทองดี (2566) วิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังดำเนินการโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนทำให้มีพฤติกรรมถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสมชาย บุญตะวัน (2567) ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน

สุขภาพในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

5) การประเมินเพื่อยืนยันคุณภาพของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังผ่านการพัฒนารูปแบบภาพรวม พบว่า มีความเหมาะสมระดับมาก ($\overline{X}$ =4.11) มีความเป็นไปได้ ระดับมาก ($\overline{X}$ =3.94) และมีความเป็นประโยชน์ระดับมาก ($\overline{X}$ =4.09)

โดยสรุป ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องยืนยันว่ารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีคุณภาพเหมาะสมใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับได้บรรลุเป้าหมายของการลดการติดเชื้อหรือหมดไปของโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับระพีพร เอียงอุบล (2560) วิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารการประกันคุณภาพภายในของศูนย์ฝึกอบรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า ผลการยืนยันรูปแบบมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1) จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย สร้างชุมชน/โรงเรียนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) รณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรณรงค์การล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือเจล หรือเสปย์แอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง และหลังจากการเข้าห้องน้ำทุกครั้ง และสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดมือ เช่น สบู่ น้ำยาล้างมือ เจลหรือสเปย์แอลกอฮอล์ให้กับคนในชุมชน เป็นต้น

3) ผู้บริหารหน่วยงานสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบการป้องกันพยาธิใบไม้ตับร่วมทั้งเครือข่ายสุขภาพชุมชนควรให้ความสำคัญการดำเนินงานการป้องกันพยาธิใบไม้ตับที่จริงจังและต่อเนื่อง

4) ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในประชาชนทุกกลุ่มอายุอย่างต่อเนื่อง

5) ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการประเมินผลสุขภาวะ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มวัย 5 กลุ่มวัย เพื่อดำเนินการแก้ไขที่สอดคล้องตรงกับปัญหาสุขภาพที่พบ

6) ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนานวัตกรรมของโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

7) ควรดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันพยาธิใบไม้ตับในลักษณะงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) รวมทั้งมีการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเผยแพร่ข้อมูลในชุมชนเครือข่ายสื่อสามวลชน (Social Media) อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). คนรุ่นใหม่ร่วมใจขจัดภัยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. จุลสารศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1148620210529050926.pdf

กองโรคติดต่อทั่วไป. (2556). รายงานประจำปี 2556 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติศักดิ์ ประครองใจ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสาราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 23–35.

กฤติภณ เณรตาก้อง. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการทำวิจัยในชั้นเรียนของครูโรงเรียนวัดจันทาราม (ตั้งตรงจิตร 5) (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

จิรารัตน์ สิงทองทัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

จันทร์เพ็ญ แสงเพ็ง, & สมอน ธนะชาติ. (2567). ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในประชาชน 5 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเวียง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(2), 45–58.

ธารินี ศรีศักดิ์นอก. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เดชา วรสาร. (2563). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแบบมีส่วนร่วม ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(3), 67–79.

ดอกแก้ว ตามเดช, สุรพจน์ มูลยะเทพ, & วิไลลักษณ์ บุณยัษเฐียร. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพะเยา. สืบค้นจาก https://pyo.moph.go.th/research_phayao/download.php?id=36

บวรพิพัฒน์ กระแสเสน, & จุฬาภรณ์ สุตะ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2), 89–101.

เบญจพร ถานทองดี. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลบ้านขาว จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

เพ็ญวิภา นิลเนตร. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

รัฏฐธินีย์ ธนเศรษฐ. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 9. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 8(1), 1–15.

ระพีพร เอียงอุบล. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารการประกันคุณภาพภายในของศูนย์ฝึกอบรมสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต).

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่. (2567). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ.

วรกร วิชัยโย. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 55–66.

วัฒนศักดิ์ โสสุด, & เกษราวดี คนหาญ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สมชาย บุญตะวัน. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(2), 112–125.

สุชญา สีหะวงษ์, & พิทยา วามะขันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนถิ่นทุรกันดาร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 30(2), 25–40.

สำนักเขตสุขภาพที่ 10. (2567). บทสรุปผู้บริหาร ประเด็นที่ 10 เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). สรุปผลการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2567.

อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศมิ์ นาชัยฤทธิวงศ์, & เบญจมาศ อุนรัตน์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 17(1), 35–44.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

พิษณุเกียรติ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, พ.บ.[1]

บทคัดย่อ

การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด(Surgical Site Infection; SSI) ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเกิดและลักษณะของการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด รวมทั้ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด รูปแบบการศึกษาเป็นแบบย้อนหลัง(Retrospective cohort study) มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานประชากร ลักษณะและกลไกการบาดเจ็บ ระดับความรุนแรงตาม Gustilo–Anderson รายละเอียดการรักษา ผลลัพธ์หลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อน ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด

ผลการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 63 ราย มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (ช่วง 18-51 ปี) พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตาม Gustilo–Anderson ขั้นที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 21 ราย (33.3%) ผู้ป่วยที่มีการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด จำนวน 19 ราย (30.2%) ซึ่งแบ่งเป็นการติดเชื้อชั้นตื้น 11 ราย (57.9%) และการติดเชื้อชั้นลึก 8 ราย (42.1%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับความรุนแรงของแผลเปิดตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป (OR 246; 95% CI, 23.9-2528, P<0.001) ส่วนระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลมากกว่า 24 ชั่วโมง ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด (P = 0.375) ดังนั้นผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความรุนแรงของแผลเปิดตามเกณฑ์ Gustilo–Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่มีการปนเปื้อนสูงและเกิดการทำลายเนื้อเยื่ออย่างมาก แม้ว่าระยะเวลารอการผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมงจะไม่พบความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาแบบย้อนหลังและขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแผลเปิดระดับ 3 ขึ้นไป การประเมินระดับความรุนแรงของแผล การล้างและตัดเล็มเนื้อตายอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลรักษาที่รวดเร็วและมีมาตรฐาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสของผลลัพธ์การรักษาที่ดี

คำสำคัญ: กระดูกหน้าแข้งหัก, กระดูกหักแบบเปิด, การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด, ปัจจัยเสี่ยง

---

[1]นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ; E-mail: p.saneewong@gmail.com

Factors associated with surgical site infection in patients with open tibial fractures.

Pisanukiet Saneewong Na Ayutthaya, M.D.[1]

Abstract

Surgical site infection (SSI) is a common complication in patients with open tibial fractures and is associated with poor clinical outcomes. This study aimed to determine the incidence of SSI and identify factors associated with its occurrence in patients with open tibial fractures. A retrospective cohort study was conducted using medical records of patients admitted to Aranyaprathet Hospital between January 1, 2020, and December 31, 2024. Data collected included demographic characteristics, injury mechanisms, severity of open fractures according to the Gustilo–Anderson classification, treatment details, postoperative outcomes, and complications. Descriptive statistics were used to summarize patient characteristics, and logistic regression analysis was performed to assess the association between potential risk factors and SSI.

A total of 63 patients were included, with a mean age of 37 years (range, 18–51 years). Gustilo–Anderson grade III or higher open fractures were identified in 21 patients (33.3%). Surgical site infection occurred in 19 patients (30.2%), including 11 cases (57.9%) of superficial SSI and 8 cases (42.1%) of deep SSI. Logistic regression analysis demonstrated that Gustilo–Anderson grade III or higher was significantly associated with an increased risk of SSI (OR 246; 95% CI, 23.9–2528; $P < 0.001$). In contrast, a delay of more than 24 hours before surgical debridement was not significantly associated with the development of SSI ($P = 0.375$). In conclusion, severe open tibial fractures classified as Gustilo–Anderson grade III or higher represent a major risk factor for surgical site infection. These findings emphasize the importance of accurate injury severity assessment, meticulous wound management, and timely standardized treatment to reduce infection risk. However, the results should be interpreted with caution due to the retrospective design and relatively small sample size.

KEYWORDS: Tibia fracture, Open fracture, Surgical site infection, Risk factor

[1] Orthopedist, Department of Orthopaedics, Aranyaprathet Hospital, Sakaeo Province ; E-mail: p.saneewong@gmail.com

บทนำ

กระดูกหักเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของโรคทางกระดูก กระดูกรยางค์ล่างเป็นส่วนของร่างกายที่ได้รับผลกระทบมากเมื่อเกิดการบาดเจ็บ เนื่องจากเป็นกระดูกท่อนที่ใหญ่และยาวที่สุดในร่างกาย อุบัติการณ์กระดูกรยางค์ล่างหักพบได้มากในคนอายุน้อย(Craxford และคณะ, 2024) ตำแหน่งที่พบหักบ่อยที่สุด คือ กระดูกหน้าแข้ง มีอุบัติการณ์ของกระดูกหน้าแข้งหัก 26 คน ในจำนวนประชากร 100,000 คนต่อปี เพศชายจะพบอุบัติการณ์มากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 41:21 ต่อ 100,000 ประชากร (เกษตรสิงห์, 2023) กระดูกหน้าแข้งเป็นกระดูกที่มีโอกาสเกิดการหักแบบเปิดสูงกว่าตำแหน่งอื่น เนื่องจากเป็นกระดูกที่อยู่ตื้นและมีชั้นผิวหนังคลุมค่อนข้างน้อย กระดูกหน้าแข้งหักทั้งหมดพบกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดได้ถึง 24% (Zhang และคณะ, 2023)

กระดูกหักแบบเปิด คือ ภาวะกระดูกหักที่มีบาดแผลเปิดติดต่อจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเข้าไปสู่ตำแหน่งที่มีการหักของกระดูก ทำให้เชื้อโรคจากภายนอกปนเปื้อนเข้าสู่กระดูกได้ แบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson ได้3ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1: มีกระดูกหักและมีแผลขนาดแผลเล็กกว่า 1 ซ.ม. และเนื้อเยื่อมีการถูกทำลายน้อย ระดับที่ 2: มีกระดูกหักและมีแผลขนาดกว้างกว่า 1 ซ.ม. และมีเนื้อเยื่อถูกทำลายมากปานกลาง ระดับที่ 3 (3A,3B,3C): มีกระดูกหักและมีเนื้อเยื่อถูกทำลายมาก ทั้งผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาทและเส้นเลือด (เกษตรสิงห์, 2023)

กระดูกหักแบบเปิดพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด การติดเชื้อในกระดูก กระดูกติดช้า กระดูกไม่ติด และกระดูกติดผิดรูป (Coombs และคณะ, 2022) กระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง เนื่องจากมีผิวหนังคลุมกระดูกบาง ร่วมกับส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง มีรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อของกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดเท่ากับ 12.12 เปอร์เซ็นต์(Chebli และคณะ, 2024) แต่มีบางงานวิจัยมีสูงถึง 29 เปอร์เซ็นต์ (Zhang และคณะ, 2023) นอกจากนี้ พบว่ากระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด เพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกไม่ติดเป็น 5-7 เท่า เมื่อเทียบกับกระดูกหักแบบปิด (กระดูกหักแบบปิด มีอุบัติการณ์กระดูกไม่ติด ร้อยละ 2.5) (Bunsrisaard และคณะ, 2021)

ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสติดเชื้อในกระดูกหักแบบเปิด ได้แก่ ขนาดบาดแผล ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษา ระดับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ความรุนแรงของการหัก และระดับการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อม ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการรอผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัดที่ได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานว่า ช่วยลดภาวะการติดเชื้อได้ ยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน ในอดีตมีแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ “A 6-hour rule” หรือ “The golden 8-hour rule” อย่างไรก็ดี ในหลายการศึกษาต่อมาพบว่าการผ่าตัดที่ล่าช้ากว่า 6 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมงนั้น ไม่เพิ่มอัตราการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ (พงศ์ภิญโญภาพ, 2021)

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า กระดูกหน้าแข้งเป็นตำแหน่งของกระดูกที่พบการหักแบบเปิดได้บ่อยที่สุด และมีภาวะแทรกซ้อนตามมาที่รุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามที่คาดหวัง ในปัจจุบันข้อมูลการศึกษาอัตราการติดเชื้อ และความสัมพันธ์ของการติดเชื้อในกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดในโรงพยาบาลระดับทั่วไปขนาดเล็ก(M1) ยังมีน้อย งานวิจัยนี้จึงจัดทำเพื่อหาอัตราการติดเชื้อและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางป้องกัน และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในอนาคต

คำถามการวิจัย

1.อัตราการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ที่โรงพยาบาลอรัญประเทศเป็นเท่าใด

2.ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด โดยเฉพาะระดับความรุนแรงของแผลเปิดตาม

Gustilo–Anderson และระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

1.ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บ Gustilo-Anderson grade ระดับ 3 ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัดมากกว่า 24 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดสูงขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

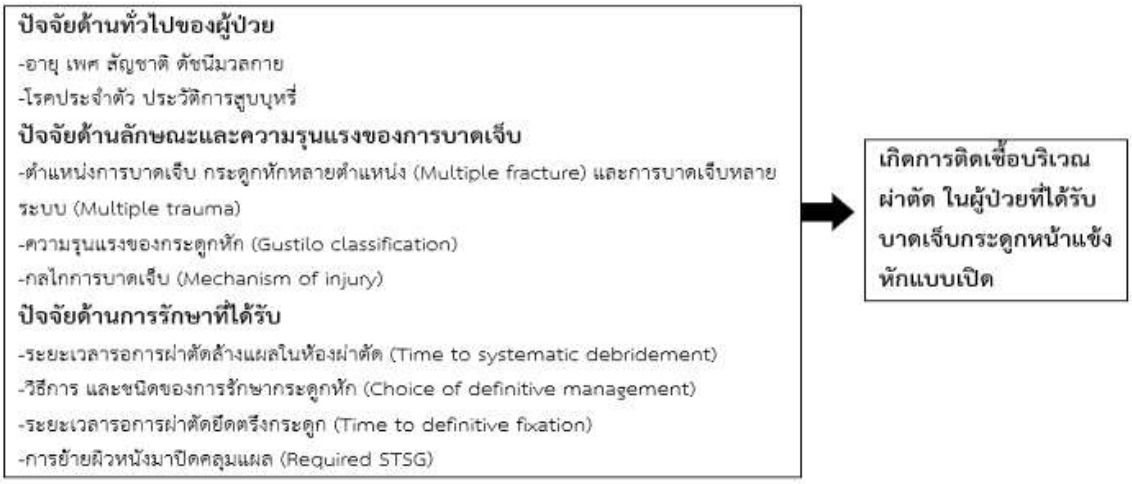
3.ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดและลักษณะของการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากข้อมูลเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

ประชากร : ผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ตัวแปรการศึกษา :

ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยด้านการรักษาที่ได้รับ โดยความรุนแรงของกระดูกหักแบบเปิดประเมินตามเกณฑ์ Gustilo–Anderson Classification แบ่งเป็น Type I, Type II, Type IIIA, Type IIIB และ Type IIIC รวมทั้งพิจารณาจากข้อมูลคลินิก เวชระเบียน และภาพถ่ายทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการประเมินยืนยันโดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ประจำโรงพยาบาล

ตัวแปรตาม ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด(SSI) ในการศึกษานี้ หมายถึง ภาวะติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายใน 30–90 วันหลังการผ่าตัด โดยจัดตามเกณฑ์ของ CDC 2023 แบ่งเป็น 3 ระดับ: superficial incisional SSI, deep incisional SSI และ organ/space SSI หาก

ผู้ป่วยมีอาการหรือสัญญาณที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามใดนิยามหนึ่ง จะถือว่ามี SSI

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลอรัญประเทศ เกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง(Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีประวัติกระดูกหักและ/หรือกระดูกติดเชื้อในตำแหน่งเดียวกันกับการบาดเจ็บในครั้งนี้ หรือผู้ป่วยที่ลงข้อมูลประวัติ การวินิจฉัย และการผ่าตัดในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด คือ การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด พบว่าอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดเท่ากับ 12.12 เปอร์เซ็นต์(Chebli และคณะ, 2024) ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาอัตราการติดเชื้อ ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 (α=0.05) ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเท่ากับ 10% (d=0.1) จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 41 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนในประชากรอย่างไม่จำกัด รายละเอียดดังสูตรด้านล่าง

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

P = อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด เท่ากับ 12.12 เปอร์เซ็นต์ (p = 0.1212)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเท่ากับ 10% (d = 0.1)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 (α=0.05) =1.96

ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 41 ราย เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แต่เนื่องจากเป็นการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง ทำให้มีโอกาสข้อมูลสูญหาย จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากการสูญหายอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เท่ากับ 45 คน เพื่อให้มีอำนาจทางสถิติ (statistical power) เพียงพอ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษามากกว่าที่คำนวณไว้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อมูลทั้งหมดโดยไม่ได้ตัดออก เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่าและลดความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนประวัติการรักษาในโรงพยาบาล บันทึกการผ่าตัด(operative note) และภาพเอกซเรย์ประกอบการประเมินลักษณะการแตกหักของกระดูก แบ่งเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สัญชาติ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะและกลไกการบาดเจ็บ ได้แก่ ตำแหน่งการบาดเจ็บ กระดูกหักหลายตำแหน่ง (Multiple fracture) การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) กลไกการบาดเจ็บ(Mechanism of injury) และความรุนแรงของกระดูกหัก(Gustilo classification) ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากเวชระเบียน บันทึกการผ่าตัด(operative note) ที่ระบุลักษณะของบาดแผล ได้แก่ ขนาดแผล ความเสียหายของเนื้อเยื่ออ่อน และการปนเปื้อนของบาดแผล นอกจากนี้ยังได้ใช้ผลการตรวจเอกซเรย์ประกอบการประเมินลักษณะการแตกหักของกระดูก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ วิธีการและชนิดของการรักษา(Choice of definitive management) ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล(Time to systematic debridement) ระยะเวลารอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก นับจากวันแรกที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล(Time to definitive fixation) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล(Required STSG)

ส่วนที่ 4 ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาที่ศึกษา ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด (นิยามตามหน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา CDC คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดในบริเวณที่ผ่าตัด), ความรุนแรงของการติดเชื้อ แบ่งได้ 2 ประเภท ได้แก่ การติดเชื้อชั้นตื้น(Superficial infection) คือ การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง รวมทั้งการติดเชื้อชั้นลึก(Deep infection) คือ การติดเชื้อที่ลุกลามไปถึงชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ และกระดูก(พงศ์ภิญโญภาพ, 2021), ระยะเวลาการวินิจฉัยการติดเชื้อ นับการวันแรกที่ทำการผ่าตัดล้างแผล(Onset of Infection), การติดเชื้อกระดูกหน้าแข้งเรื้อรัง(Chronic osteomyelitis) คือ การอักเสบติดเชื้อของกระดูกหน้าแข้งเรื้อรัง พบอาการกดเจ็บของกระดูกที่มีการติดเชื้ออาจจะพบหนองทะลุ จากกระดูกออกมาข้างนอกผ่านรูเปิดผิวหนัง พบระดับการเพิ่มสูงขึ้นของเม็ดเลือดขาว ESR CRP และตรวจพบเชื้อจากการส่งเพาะเชื้อ)(พงศ์ภิญโญภาพ, 2021), วิธีการรักษาการติดเชื้อ, กระดูกหน้าแข้งไม่ติด(Nonunion) คือ การไม่พบกระบวนการสร้างกระดูกใน 3 เดือน หรือกระดูกไม่สมานกัน ภายใน 9 เดือน)(Nicolaides และคณะ, 2021), ระยะเวลาติดของกระดูกหน้าแข้ง(Time to union: นับจากวันที่รับการยึดตรึงกระดูก ถึงพบกระดูกหน้าแข้งสมานกัน โดยจะต้องไม่พบอาการปวดขณะลงน้ำหนัก ไม่มีการขยับของตำแหน่งกระดูกหัก และในภาพเอกซเรย์เห็นกระดูกเชื่อมต่อผ่านตำแหน่งกระดูกหัก), ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และระยะเวลาการติดตามผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของประชากร ลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของการรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์และตรวจสอบโดยผู้ที่มีประสบการณ์ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้ข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว หลังจากได้รับอนุญาตได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศ โรงพยาบาลอรัญประเทศ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการเก็บ

ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม(categorical data) เช่น เพศ โรคประจำตัว และประวัติการสูบบุหรี่ รายงานด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ(continuous data) เช่น อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง รายงานด้วยค่ามัธยฐาน(median) และพิสัยควอร์ไทล์ (percentile ที่ 25–75) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยรายงานผลเป็นค่าอัตราส่วนโอกาส(odds ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) ใช้เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $P < 0.10$ เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariable logistic regression) การทดสอบทางสถิติทั้งหมดเป็นแบบสองทาง (two-sided test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.05$ และใช้โปรแกรม STATA version 18 (College Station, Texas, USA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนและไม่มีความเสี่ยงเพิ่มเติมต่อผู้ป่วย ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกปิดข้อมูลระบุตัวบุคคล(de-identify) โดยใช้รหัสผู้ป่วยแทนชื่อ-นามสกุล จัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการศึกษา 1 ปี ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ยกเว้นการขอความยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รหัสโครงการ S010b/67 Expedited Review เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 และได้รับการรับรองต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ผู้เข้าวิจัยทั้งหมด 63 คน อายุเฉลี่ย 37ปี(18-51ปี) เพศชาย 49 คน(ร้อยละ 77.8) สัญชาติไทย 56 คน(ร้อยละ 88.89) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.6 กิโลกรัม/เมตร^2 (18.4-24.7กก/ม^2) ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว 11 คน(ร้อยละ 17.5) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหอบ โรคไต โรคเก๊า โรคจิตเวช และวัณโรคปอด ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ 4 คน (ร้อยละ 6.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

สาเหตุของกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดเกิดจากอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซต์ 46 คน(ร้อยละ 73) เลื่อยยนต์หรือของมีคมบาด 12 คน(ร้อยละ 19.0) ตกจากที่สูง 3 คน(ร้อยละ 4.8) และถูกอาวุธปืนยิงที่ขา 2 คน (ร้อยละ 3.2) ตำแหน่งกระดูกหักพบที่กระดูกหน้าแข้งส่วนกลาง 26 คน(ร้อยละ 41.3%) กระดูกหน้าแข้งส่วนปลายเหนือข้อเท้า 23 คน(ร้อยละ 36.5) กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น 7 คน(ร้อยละ 11.1) และกระดูกหน้าแข้งบริเวณข้อเข่า 7 คน(ร้อยละ 11.1) พบกระดูกขาชิ้นนอกฟิบูล่า(Fibula) หักร่วม 40 คน(ร้อยละ 63.5) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บร่วมของอวัยวะมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป(Multiple trauma) 4 คน (ร้อยละ 6.3) ได้แก่ Subarachnoid hemorrhage 3 คน และ Cardiac tamponade ร่วมกับPeroneal nerve palsy 1 คน พบผู้ป่วยมีกระดูกหักมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ตำแหน่ง (Multiple fracture) 14 คน(ร้อยละ 22.2) ได้แก่ กระดูกหน้าแข้งด้านตรงข้ามหัก(Contralateral tibia)

4 คน, กระดูกเท้าหัก(Metatarsal) 3 คน, กระดูกลูกสะบ้าหัก(Patella) 2 คน, กระดูกใบหน้าหัก(Facial bone) 2 คน, กระดูกต้นขาหัก(Femur) 1 คน กระดูกนิ้วมือหัก(Phalanges) 1 คน และกระดูกข้อเท้าหัก (Ankle) 1 คน แบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson พบระดับ 1 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 23.8) ระดับ 2 จำนวน 27 คน(ร้อยละ 42.9) ระดับ 3A จำนวน 13 คน(ร้อยละ 20.6) ระดับ 3B จำนวน 7 คน(ร้อยละ 11.1) และระดับ 3C จำนวน 1 คน(ร้อยละ 1.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงลักษณะทั่วไปของประชากร

จำนวนประชากรที่ศึกษา (จำนวน)	63	**ตำแหน่งกระดูกหน้าแข้งหัก** (จำนวน/ร้อยละ)	
อายุ (ปี) median (IQR)	37.0 (18-51)	ใต้ข้อเข่า (Tibial plateau)	7 (11.1)
เพศ (จำนวน/ร้อยละ)		ส่วนต้น (Proximal shaft)	7 (11.1)
หญิง	14 (22.2%)	ส่วนกลาง (Middle shaft)	26 (41.3)
ชาย	49 (77.8%)	ส่วนปลาย (Distal shaft)	23 (36.5)
สัญชาติ (จำนวน/ร้อยละ)		**กระดูกฟิบูล่าหักร่วม (Fibular fx)** (จำนวน/ร้อยละ)	
ไทย	56 (88.9)	ไม่หัก	23 (36.5)
ต่างชาติ	7 (11.1%)	หักร่วม	40 (63.5)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2, median (IQR)	20.6 (18.4-24.7)	**การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma)** (จำนวน/ร้อยละ)	
ประวัติโรคประจำตัว (จำนวน/ร้อยละ)		ไม่มี	59 (93.7)
ไม่มี	52 (82.5)	มี	4 (6.3)
มี	11 (17.5)	**กระดูกหักหลายตำแหน่ง (Multiple fracture)** (จำนวน/ร้อยละ)	
ประวัติสูบบุหรี่ (จำนวน/ร้อยละ)		ไม่มี	49 (77.8)
ไม่มี	59 (93.7)	มี	14 (22.2)
มี	4 (6.3)	**ระดับความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson** (จำนวน/ร้อยละ)	
กลไกการบาดเจ็บ (จำนวน/ร้อยละ)		ระดับ 1	15 (23.8)
อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	46 (73.0)	ระดับ 2	27 (42.9)
ถูกเลื่อยยนต์/ของมีคมบาด	12 (19.0)	ระดับ 3A	13 (20.6)
ตกการที่สูง	3 (4.8)	ระดับ 3B	7 (11.1)
ถูกอาวุธปืนยิง	2 (3.2)	ระดับ 3C	1 (1.6)

ข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด (Time to systematic debridement) น้อยกว่า 24 ชั่วโมง จำนวน 51 คน (ร้อยละ 81.0) และมากกว่า 48 ชั่วโมง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 19.0) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล้างแผลร่วมกับยึดตรึงกระดูกในการผ่าตัดครั้งเดียว(Simultaneous surgery) จำนวน 27 คน(ร้อยละ 42.7) และได้รับการผ่าตัดล้างแผลร่วมกับยึดตรึงกระดูกภายหลัง(Staged surgery) จำนวน 36 คน(ร้อยละ 57.1) ระยะเวลารอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก(Time to definitive fixation) น้อยกว่า 7 วัน จำนวน 13 คน(ร้อยละ 37.1) ระหว่าง 7-14วัน จำนวน 14 คน(ร้อยละ 40) และมากกว่า 14 วัน จำนวน 8 คน(ร้อยละ 22.9) ผู้ป่วยรับการผ่าตัดด้วยแผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก(Plating) จำนวน 40 คน(ร้อยละ 63.5) ใส่โลหะแกนกลางกระดูก(Nailing) จำนวน 9 คน(ร้อยละ 14.3) และอุปกรณ์ยึดกระดูกภายนอก (External immobilization) จำนวน 13 คน(ร้อยละ 20.6) ในขณะที่มีผู้ป่วย จำนวน 1 คนหลังแผลหายดีกลับไปรับการรักษาต่อตามสิทธิ์โรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมทั้งมีผู้ป่วยที่มีแผลเปิดขนาดใหญ่ต้องใช้การย้ายผิวหนังที่อื่นมาปิดแผล จำนวน 6 คน(ร้อยละ 9.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลแสดงการรักษาที่ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดได้รับ

การผ่าตัดรักษา (จำนวน/ร้อยละ)	
ผ่าตัดล้างแผลร่วมกับยึดตรึงกระดูกในครั้งเดียว (Simultaneous surgery)	27 (42.7)
ได้รับการผ่าตัดล้างแผลร่วมกับผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายหลัง (Staged surgery)	36 (57.1)
ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด (Time to systematic debridement) (ชั่วโมง)(ร้อยละ)	
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	51 (81.0)
มากกว่า 24 ชั่วโมง	12 (19.0)
ชนิดอุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก (Choice of implant) (จำนวน/ร้อยละ)	
อุปกรณ์ยึดกระดูกภายนอก(External immobilization)	13 (20.6)
โลหะใส่แกนกลางกระดูก(Nailing)	9 (14.3)
แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก(Plating)	40 (63.5)
ระยะเวลารอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก (Time to definitive fixation) (จำนวน/ร้อยละ)	
น้อยกว่า 7 วัน	13 (37.1)
ระหว่าง 7-14 วัน	14 (40.0)
มากกว่า 14 วัน	8 (22.9)
การย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล (Required STSG) (จำนวน/ร้อยละ)	
ไม่มี	57 (90.5%)
มี	6 (9.5%)

การศึกษานี้พบการติดเชื้อบริเวณที่ผ่าตัด จำนวน 19 คน(ร้อยละ 30.2) ระยะเวลาการวินิจฉัยการติดเชื้อนับจากวันผ่าตัดล้างแผล(Onset of Infection) น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 13 คน(ร้อยละ 68.4) และมากกว่า 1 เดือน จำนวน 6 คน(ร้อยละ 31.6) โดยแบ่งเป็นการติดเชื้อชั้นตื้น(Superficial infection) จำนวน 11 คน(ร้อยละ 57.9) และ การติดเชื้อชั้นลึก (Deep infection) จำนวน 8 คน(ร้อยละ 42.1) ผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาปฏิชีวนะ(Oral antibiotic) จำนวน 6 คน(ร้อยละ 31.6) ฉีดยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ(Intravenous antibiotic) จำนวน 1 คน(ร้อยละ 5.3) ผ่าตัดล้างแผลร่วมกับฉีดยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ(Debridement with Intravenous antibiotic) จำนวน 10 คน(ร้อยละ 52.6) และผ่าตัดเอาโลหะยึดตรึงกระดูกออก(Implant removal with Intravenous antibiotic) จำนวน 2 คน(ร้อยละ 10.5) พบกระดูกหน้าแข้งติดเชื้อเรื้อรัง(Chronic osteomyelitis) จำนวน 3 คน(ร้อยละ 4.8) กระดูกหน้าแข้งไม่ติด(Nonunion fracture) จำนวน 6 คน(ร้อยละ 9.5) ระยะเวลาติดของกระดูกหน้าแข้ง(Union time) เฉลี่ย 10 สัปดาห์(8-16สัปดาห์) ระยะเวลานอนโรงพยาบาล(Hospital stay) เฉลี่ย 11วัน(6-15วัน) และระยะเวลาติดตามอาการผู้ป่วย(Follow up time) เฉลี่ย 24 สัปดาห์(16-40สัปดาห์) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลแสดงผลการรักษาของผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด (จำนวน/ร้อยละ)	
ไม่มี	44 (69.8)
มี	19 (30.2)
ความรุนแรงของการติดเชื้อ (จำนวน/ร้อยละ)	
ชั้นตื้น (Superficial infection)	11 (57.9%)
ชั้นลึก (Deep infection)	8 (42.1%)
ระยะเวลาการวินิจฉัยการติดเชื้อ(Onset of Infection) (จำนวน/ร้อยละ)	
ภายใน 1 เดือน	13 (68.4%)
มากกว่า 1 เดือน	6 (31.6%)
การรักษาการติดเชื้อ (จำนวน/ร้อยละ)	
รับประทานยาปฏิชีวนะ (Oral antibiotic)	6 (31.5)
ฉีดยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ (Intravenous antibiotic)	1 (5.3)
ผ่าตัดล้างแผล ร่วมกับฉีดยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ (Debridement with IV antibiotic)	10 (52.6)
ผ่าตัดเอาโลหะยึดตรึงกระดูกออก (Implant removal with IV antibiotic)	2 (10.5)
การติดเชื้อของกระดูกหน้าแข้งเรื้อรัง (จำนวน/ร้อยละ)	3 (4.8)
กระดูกหน้าแข้งไม่ติด (จำนวน/ร้อยละ)	6 (9.5)
ระยะเวลาติดของกระดูกหน้าแข้ง (สัปดาห์), median (IQR)	10 (8-16)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล(วัน) median(IQR))	11.0 (6.0-15.0)
ระยะเวลาติดตามอาการผู้ป่วย (เดือน), median (IQR)	6 (4-10)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยการวิเคราะห์แบบ Univariate logistic regression

ปัจจัยที่ศึกษา	**ไม่ติดเชื้อ** (N=54)	**ติดเชื้อ** (N=19)	OR (95%CI)	P-value
อายุ (ปี) median (IQR)	40 (18.5-54.5)	33.0 (17-48)	0.98 (0.96-1.01)	0.243
สัญชาติ (จำนวน/ร้อยละ)				
ต่างชาติ	6 (85.7%)	1 (14.3%)	1	0.332
ไทย	38 (67.9%)	18 (32.1%)	2.84 (0.32-25.40)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร2, median (IQR)	19.8 (18.1-24.8)	21.0 (20.0-24.0)	0.99 (0.91-1.01)	0.948
ประวัติโรคประจำตัว (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่มี	34 (65.4)	18 (34.6)	1	0.126
มี	10 (90.1)	1 (9.1)	0.19 (0.02-1.60)	
ประวัติสูบบุหรี่ (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่มี	42 (71.2)	17 (28.8)	1	0.38
มี	2 (50)	2 (50)	2.47 (0.32-18.98)	
ตำแหน่งกระดูกหน้าแข้งหัก (จำนวน/ร้อยละ)				
ใต้ข้อเข่า (Tibial plateau)	5 (71.4)	2 (28.6)	1	
ส่วนต้น (Proximal shaft)	5 (71.4)	2 (28.6)	1 (0.10-10.16)	0.99
ส่วนกลาง (Middle shaft)	16 (61.5)	10 (38.5)	1.56 (0.25-9.65)	0.631
ส่วนปลายเหนือข้อเท้า(Distal shaft)	18 (78.3)	5 (21.7)	0.69 (0.10-4.72)	0.709
กระดูกฟิบูล่าหักร่วม (Fibula fx) (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่หัก	17 (73.9)	6 (26.1)	1	
หักร่วม	27 (67.5)	13 (32.5)	1.36 (0.44-4.27)	0.594
การบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่มี	43 (75)	16 (27.6)	1	0.151
มี	1 (25)	3 (60)	3.94 (0.60-25.79)	
กระดูกหักหลายตำแหน่ง (Multiple fracture) (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่มี	35 (71.4)	14 (28.6)	1	
มี	9 (64.3)	5 (35.7)	1.39 (0.39-4.88)	0.608

* รายงานค่าอัตราส่วนโอกาสแบบไม่ปรับค่า (Crude OR) จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยการวิเคราะห์แบบ Univariate logistic regression (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ไม่ติดเชื้อ (N=54)	ติดเชื้อ (N=19)	OR (95%CI)	P-value
ระดับความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson (จำนวน/ร้อยละ)				
ระดับ 1-2	41 (93.2)	1 (5.3)	1	<0.001*
ระดับ 3ขึ้นไป	3 (6.8)	18 (94.7)	246 (23.9-2528)	
การรักษา (จำนวน/ร้อยละ)				
ผ่าตัดล้างแผลร่วมกับยึดตรึงกระดูกในครั้งเดียว (Simultaneous surgery)	23 (85.2)	4 (14.8)	1	0.027*
ผ่าตัดล้างแผลร่วมกับผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายหลัง (Staged surgery)	21 (58.3)	15 (41.7)	4.11 (1.17-14.36)	
ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด (Time to systematic debridement) (ชั่วโมง)(ร้อยละ)				
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	35 (68.6)	16 (31.4)	1	0.375
มากกว่า 24 ชั่วโมง	9 (75)	3 (25)	0.77 (0.44-1.35)	
ระยะเวลารอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก (Time to definitive fixation), median (IQR)(วัน)				
น้อยกว่า 7 วัน	9 (62.2)	4 (30.8)	1	Ref
ระหว่าง 7-14 วัน	10 (71.4)	4 (28.6)	0.9 (0.17-4.70)	0.901
มากกว่า 14 วัน	6 (75)	2 (25)	0.75 (0.10-5.47)	0.777
ชนิดอุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก (Choice of implant) (จำนวน/ร้อยละ)				
แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก(Plating)	28 (87.5)	4 (12.5)	1	0.156
โลหะใส่แกนกลางกระดูก(Nailing)	12 (70.6)	5 (29.4)	2.92 (0.66-12.79)	
การย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล (Required STSG) (จำนวน/ร้อยละ)				
ไม่มี	43 (75.4)	14 (24.6)	1	0.003*
มี	1 (16.7)	5 (83.3)	15.36 (1.65-142.83)	

* รายงานค่าอัตราส่วนโอกาสแบบไม่ปรับค่า (Crude OR) จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด มาวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate analysis) กำหนดค่า P-value < 0.05 พบว่าระดับความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson: ระดับ 3 ขึ้นไป(OR 246; 95% CI, 23.9-2528, P<0.001) การผ่าตัดล้างแผลร่วมกับยึดตรึงกระดูกภายหลัง (Staged surgery)(OR 4.11; 95% CI, 1.17-14.36, P=0.027) และการย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล (Required STSG) (OR 15.36; 95% CI, 1.65-142.83, P=0.003) มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 4 จากนั้นนำตัวแปรที่ P < 0.001 จาก Univariate analysis มาวิเคราะห์ Multivariate analysis พบว่าระดับความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไปเท่านั้น(P<0.001) ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

	Adjusted OR (95%CI)	P-value
ระดับความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป	309 (20.6-4622)	<0.001*
ผ่าตัดล้างแผลร่วมกับผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายหลัง (Staged surgery)	6.67 (0.51-87.03)	0.147
การย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล (Required STSG)	3.39 (0.04-304.1)	0.594

อภิปรายผล

กระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุน้อย และสาเหตุหลักเกิดจากอุบัติเหตุที่มี High energy mechanism เช่น อุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์(Garabano และคณะ, 2022; Mwafulirwa และคณะ , 2022) ความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1: มีกระดูกหักและมีแผลขนาดแผลเล็กกว่า 1 ซ.ม. และเนื้อเยื่อมีการถูกทำลายน้อย ระดับที่ 2: มีกระดูกหักและมีแผลขนาดกว้างกว่า 1 ซ.ม. และมีเนื้อเยื่อถูกทำลายมากปานกลาง ระดับที่ 3 (3A,3B,3C): มีกระดูกหักและมีเนื้อเยื่อถูกทำลายมาก ทั้งผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นประสาท และเส้นเลือด(2558) การศึกษานี้ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson โดยอ้างอิงข้อมูลจากเวชระเบียน บันทึกการผ่าตัด(operative note) ซึ่งระบุลักษณะของบาดแผล ได้แก่ ขนาดแผล ความเสียหายของเนื้อเยื่ออ่อน และการปนเปื้อนของบาดแผล นอกจากนี้ยังได้ใช้ผลการตรวจเอกซเรย์ประกอบการประเมินลักษณะการแตกหักของกระดูก เพื่อให้การจำแนกประเภทเป็นไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีการบาดเจ็บ Gustilo และ Anderson ระดับ 2 มากที่สุด จำนวน 27 คน (42.9%) และตำแหน่งหน้าแข้งส่วนกลางหักมากที่สุด จำนวน 26 คน(41.3%) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบความความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 2 และพบบริเวณกระดูกหน้าแข้งส่วนกลางมากที่สุด (Tahir และคณะ, 2021) งานวิจัยนี้ไม่รวมข้อมูลกระดูกหน้าแข้งส่วนข้อเท้าหัก เนื่องจากกระดูกข้อเท้าหักอาจมีกลไกการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง(Low-energy fracture) แตกต่างจากกระดูกหน้าแข้งส่วนอื่น ซึ่งอาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนได้

การติดเชื้อบริเวณผ่าตัด นิยามตามหน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา(CDC) คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดในบริเวณที่ผ่าตัด ความรุนแรงของการติดเชื้อสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่ การติดเชื้อชั้นตื้น คือ การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อ

ใต้ผิวหนัง และการติดเชื้อชั้นลึก คือ การติดเชื้อที่ลุกลามไปถึงชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ และกระดูก หากปล่อยไว้นานอาจเกิดการติดเชื้อเรื้อรังของตัวกระดูก (Chronic osteomyelitis)(พงศ์ภิญโญภาพ, 2021) อัตราการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดในกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดมีหลากหลาย เช่น Chetan Khatri และคณะ ทำการศึกษาหาอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดโดยวิธี Systematic review and Meta-analysis พบว่ามีอัตราการติดเชื้อ 12.12 เปอร์เซ็นต์ (Chebli และคณะ, 2024) Mwafulirwa และคณะ ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบว่ามีอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด 26.7 เปอร์เซ็นต์ (Mwafulirwa และคณะ, 2022) Matija Krkovicและคณะ ทำการศึกษาโดยวิธีเก็บข้อมูลย้อนหลัง พบอัตราการติดเชื้อ 36.3% แบ่งเป็นติดเชื้อชั้นตื้น (Superficial infection) จำนวน 42 คน (17.9%) และการติดเชื้อชั้นลึก(Deep infection) จำนวน 39 คน(16.6%)(Zhang และคณะ, 2023) พบว่ารายงานอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด มีความหลากหลาย อยู่ในช่วงประมาณ 2-35 เปอร์เซ็นต์ (Craxford และคณะ, 2024) งานวิจัยนี้พบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด จำนวน 19 คน (30.2%) แบ่งเป็นการติดเชื้อชั้นตื้น จำนวน 11 คน (57.9%) และชั้นลึก จำนวน 8 คน(42.1%) สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้น

ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปของประชากร จากการศึกษาก่อนหน้า Zhang และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย(BMI) มากกว่า 30 แผล มีสิ่งเจือปนมาก(Wound contamination) ระยะเวลารอการปิดผิวหนังนาน(Longer time to soft tissue coverage) มีความเสี่ยงในการเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ(Zhang และคณะ, 2023) Saiz AM และคณะ ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวกับโอกาสเกิดการติดเชื้อฉับพลัน (Acute infection) ในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด โดยใช้ข้อมูลจากNational Trauma Data Bank (NTDB) USA ทั้งหมด147,535คน พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ โรคความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นความเสี่ยงติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด แต่การสูบบุหรี่ไม่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด(Saiz และคณะ, 2022) จากการศึกษานี้พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ไม่เพิ่มอัตราการติดเชื้อในกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

ความเสี่ยงด้านกลไกการบาดเจ็บ Zhang และคณะ พบว่ากระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ที่มีการบาดเจ็บที่รุนแรง Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด(Zhang และคณะ, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ สาเหตุที่ความรุนแรงตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ อาจเกิดจาก Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง มีแผลเปิดขนาดใหญ่ มีเนื้อเยื่อบาดเจ็บมาก และมีแผลสกปรก ทำให้มีความเสี่ยงการติดเชื้อสูง ส่วนการบาดเจ็บหลายระบบและกระดูกหักหลายตำแหน่ง งานวิจัยนี้ไม่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า

ความเสี่ยงด้านการรักษา ช่วงเวลาที่เหมาะสม ของการรอการล้างแผลปัจจุบันยังคงเป็นที่ถกเถียง Joseph CMและคณะ ได้ศึกษาผลของระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลกับการเกิดการติดเชื้อ

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดล้างแผลตัดเนื้อตายหลัง 12 ชั่วโมง มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 12 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Joseph และคณะ, 2020) Hadizie D และคณะ ใช้การศึกษาแบบย้อนหลัง โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม ตามระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผล กลุ่ม 1: น้อยกว่า 6 ชั่วโมง กลุ่ม 2: ระหว่าง 6 ถึง 12 ชั่วโมง กลุ่ม3: ระหว่าง 12 ถึง 24 ชั่วโมง และกลุ่ม 4 มากกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าทั้ง 4 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hadizie และคณะ, 2022) ในขณะที่ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัดที่มากกว่า 24 ชั่วโมง ระยะเวลารอการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกนาน ไม่เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดล้างแผลร่วมกับใส่โลหะยึดตรึงภายหลัง(Staged surgery) และการย้ายผิวหนังมาปิดคลุมแผล (Required STSG) เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด เฉพาะใน Univariate analysis แต่เมื่อวิเคราะห์ใน Multivariate analysis ไม่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ อาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไป ทำให้มีความเสี่ยงของการติดเชื้อตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ

อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกหน้าแข้งมีหลากหลาย เช่น แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก(Plating) โลหะใส่แกนกลางกระดูก(Nailing) โลหะยึดกระดูกภายนอก (External fixator) และเฝือก(Casting) ในอดีตมีการศึกษาเทียบการติดเชื้อในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกหน้าแข้งด้วยโลหะภายนอก(External fixator) กับโลหะใส่ในแกนกลางกระดูก(Intramedullary nailing) พบว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chebli และคณะ, 2024) ในปัจจุบันมีการพัฒนาอุปกรณ์ และเทคนิคการยึดตรึงกระดูกมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติได้โดยเร็ว(Li และคณะ, 2019) รวมทั้ง พบว่าการผ่าตัดใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูก(Plating) เทียบกับโลหะใส่แกนกลางกระดูก (Nailing) ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด ที่มารักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลอรัญประเทศ เบื้องต้นผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำได้ n = 43 เพื่อให้มีอำนาจทางสถิติ (statistical power)เพียงพอ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและมีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 63 ราย ผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อมูลทั้งหมดโดยไม่ได้ตัดออก เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่าและลดความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์

สรุป

กระดูกหน้าแข้งเป็นกระดูกที่เกิดการหักแบบเปิดบ่อยที่สุดในร่างกาย และพบอัตราการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสูง การดูแลรักษาต้องมีการเตรียมพร้อมในทุกๆด้าน และควรรู้ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อบริเวณผ่าตัด การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ คือ ความรุนแรงของการบาดเจ็บตาม Gustilo และ Anderson ระดับ 3 ขึ้นไปเท่านั้น ระยะเวลารอการผ่าตัดล้างแผลในห้องผ่าตัด(Time to systematic debridement) มากกว่า 24 ชั่วโมง ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญคือ ให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ตามความพร้อมของผู้ป่วย และทีมผู้ให้การรักษา เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี และลดภาวะการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก จำนวนผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดมีค่อนข้าง

น้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าประมาณและทำให้ช่วงความเชื่อมั่นของค่าอัตราส่วนโอกาสกว้างขึ้น ประการที่สอง การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสังเกตจากสถานพยาบาลแห่งเดียว จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง และอาจจำกัดการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทของสถานพยาบาลอื่น นอกจากนี้ การศึกษาอาจไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนบางประการที่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลไว้ได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด รวมถึงการกำหนดแนวทางป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในหน่วยบริการ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสม ควบคู่กับการรณรงค์ให้ประชาชนใช้รถจักรยานยนต์อย่างระมัดระวัง เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาที่เพิ่มขนาดตัวอย่างและขยายขอบเขตการศึกษาไปยังหลายสถานพยาบาล เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความแม่นยำและสามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งนอกเหนือจากการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิดยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะกระดูกไม่ติดหรือการติดเชื้อในกระดูก จึงควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเพิ่มเติมในอนาคต ที่อาจพบได้อีก เช่น กระดูกไม่ติด และการติดเชื้อในตัวกระดูก

เอกสารอ้างอิง

เกษตรสิงห์, บ. (2023). อัตราอุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ในผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบยึดตรึงกระดูกภายใน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(3), 1084–1092.

พงศ์ภิญโญภาพ, ว. (2021). การศึกษาย้อนหลังเชิงติดตามผลการผ่าตัดที่ล่าช้าในผู้ป่วยกระดูกหักแบบบาดแผลเปิดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์. วารสารแพทย์เขต 4–5, 40(4), 515–528.

Bunsrisaard, S., Phutthikhamin, N., & Tharakulphan, S. (2021). Factors related to bone healing in patients with shaft tibia fracture underwent open reduction internal fixation. Journal of Nursing Science and Health, 44(2), 98–108.

Chebli, D., Dhaif, F., Ridha, A., Schade, A., & Khatri, C. (2024). A meta-analysis of the incidence of infections following open tibia fractures and the microorganisms that cause them in high-, middle-, and low-income countries. Tropical Doctor. https://doi.org/10.1177/00494755241232171

Coombs, J., Billow, D., Cereijo, C., Patterson, B., & Pinney, S. (2022). Current concept review: Risk factors for infection following open fractures. Orthopedic Research and Reviews, 14, 383–391. https://doi.org/10.2147/ORR.S384845

Craxford, S., Vris, A., Ahluwalia, R., Saini, A., Harrison, W. D., Graham, S., & Sharma, H. (2024). Fracture-related infection in open tibial fractures. Journal of Orthopaedics, 51, 98–102. https://doi.org/10.1016/j.jor.2024.01.010

Garabano, G., Mackechnie, M., Pereira, S., Brown, K., Flores, M., Pesciallo, C., Miclau, T., & Bidolegui, F. (2022). Open tibial fracture treatment in Argentina: Reoperation rates following surgical management. JBJS Open Access, 7. https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.21.00153

Hadizie, D., Kor, Y. S., Ghani, S. A., & Mohamed-Saat, M. A. (2022). The incidence of fracture-related infection in open tibia fracture with different time interval of initial debridement. Malaysian Orthopaedic Journal, 16(3), 24–29. https://doi.org/10.5704/MOJ.2211.005

Joseph, C. M., Jepegnanam, T. S., Ramasamy, B., Cherian, V. M., Nithyananth, M., Sudarsanam, T. D., & Premkumar, P. S. (2020). Time to debridement in open high-grade lower limb fractures and its effect on union and infections: A prospective study in a tropical setting. Journal of Orthopaedic Surgery (Hong Kong), 28(1), 2309499020907558. https://doi.org/10.1177/2309499020907558

Li, H., Yu, D., Wu, S., Zhang, Y., & Ma, L. (2019). Multiple comparisons of the efficacy and safety for seven treatments in tibia shaft fracture patients. Frontiers in Pharmacology, 10, 197. https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00197

Mwafulirwa, K., Munthali, R., Ghosten, I., & Schade, A. (2022). Epidemiology of open tibia fractures presenting to a tertiary referral centre in Southern Malawi: A retrospective study. Malawi Medical Journal, 34(2), 118–122. https://doi.org/10.4314/mmj.v34i2.7

Nicolaides, M., Pafitanis, G., & Vris, A. (2021). Open tibial fractures: An overview. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma, 20, 101483. https://doi.org/10.1016/j.jcot.2021.101483

Saiz, A. M. J., Stwalley, D., Wolinsky, P., & Miller, A. N. (2022). Patient comorbidities associated with acute infection after open tibial fractures. JAAOS Global Research & Reviews, 6(9). https://doi.org/10.5435/JAAOSGlobal-D-22-00196

Tahir, M., Ahmed, N., Shaikh, S. A., Jamali, A. R., Choudry, U. K., & Khan, S. (2021). Delay in initial debridement for open tibial fractures and its possible impact on patient outcomes: A single-center prospective cohort study. JBJS Open Access, 6(1). https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.20.00027

Zhang, J., Lu, V., Zhou, A. K., Stevenson, A., Thahir, A., & Krkovic, M. (2023). Predictors for infection severity for open tibial fractures: Major trauma centre perspective. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 143(11), 6579–6587. https://doi.org/10.1007/s00402-023-04956-1

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

นิรันทร์ ดาวเรือง, สบ.[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรฐาน และศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ สร้างและพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุและประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ (1) คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ 108 คน (2) ผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ 286 คน และ (3) ผู้เชี่ยวชาญในการร่างรูปแบบ 25 คน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล 3 วงรอบตั้งแต่มีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2568 เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมิน แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ และแบบบันทึกผลการดำเนินงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหาแบบสรุปความ (Summative Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า **ระยะที่ 1** การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำภาพรวมระดับดี ($\overline{X}$ =27.33) ศักยภาพการดูแลสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =2.90) **ระยะที่ 2** ผลการร่างรูปแบบพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์รูปแบบ 3) ระบบและกลไกของรูปแบบ 4) วิธีการดำเนินงานรูปแบบ 5) แนวทางการประเมินผลรูปแบบ 6) เงื่อนไขรูปแบบ ผลการ พัฒนารูปแบบ 3 รอบ พบว่า รอบที่ 1 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการชมรม เช่น ประชุมคณะกรรมการสำรวจและรับสมัครสมาชิกชมรม ร่างและประชามติร่างข้อบังคับชมรม รอบที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น พัฒนานักบริบาลผู้สูงอายุประจำครอบครัว นักบริบาลชุมชน อสม.และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพ ทำแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วางแผนการจัดกิจกรรมกาย - ใจ รอบที่ 3 พัฒนากิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องและครอบคลุม พัฒนาระบบและมีกระบวนการดูแลสุขภาพครอบคลุมมิติทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกคน **ระยะที่ 3** ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ หลังดำเนินการพัฒนา พบว่า ภาพรวมระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =2.97)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ/ ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ ชมรมผู้สูงอายุ

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้าน Email: nirant.downruang68@gmail.com

Potential development model of the elderly's healthcare by the elderly club in Wan Kham Sub-district,asi Salai District, Sisaket Province.

Niran Daorueng, B.P.H[1]

Abstract

This study was conducted as action research with the objectives to assess the operational standards and current situation of the elderly club, to develop and implement a health care system model for older adults operated by the elderly club, and to evaluate satisfaction with the developed elderly health care system of the Elderly Club in Huai Kham Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The participants consisted of three groups: (1) 108 members of the elderly club executive committee, (2) 286 older adults residing in Huai Kham Subdistrict, and (3) 25 experts involved in drafting the model. The research was conducted through four steps—planning, action, observation, and reflection—across three cycles in 2025. The research instruments included evaluation forms, questionnaires, interview guides, observation records, and activity performance records. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, as well as summative content analysis.

The results revealed that, in Phase 1, the overall operational standards of the Huai Kham Elderly Club were at a good level ($\bar{x}$ = 27.33), while the health care capacity of elderly club members was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.90). In Phase 2, the developed elderly health care system model comprised six components: (1) model principles, (2) model objectives, (3) system and mechanisms, (4) implementation procedures, (5) evaluation guidelines, and (6) conditions of the model. The model development was conducted over three cycles. In the first cycle, the focus was on strengthening the committee through committee meetings, member surveys, recruitment, and drafting and approving club regulations. The second cycle emphasized the development of the elderly health care system, including capacity building of family caregivers, community caregivers, village health volunteers, and elderly club members; enhancement of health screening activities; development of individual health care plans; assessment of activities of daily living; and planning of physical and mental health promotion activities. The third cycle focused on developing continuous and comprehensive elderly health care activities, strengthening the health care system and processes covering social, economic, environmental, and health dimensions, and preparing comprehensive health care plans for all older adults. In Phase 3, the evaluation of satisfaction with the elderly health care model implemented by the Huai Kham Elderly Club showed that the overall level of satisfaction was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.97)

KEYWORDS: Model Development/ Elderly healthcare system, Elderly club

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Wan Subdistrict Health Promotion Hospital
Email: nirant.downruang68@gmail.com

บทนำ

โลกเรากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ (UN) คาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีจำนวนมากกว่า 2,000 ล้านคนหรือคิดเป็นเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 65.97 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ จำนวน 13.34 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 20.23 หากแบ่งตามช่วงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 7.58 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.81 ผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี จำนวน 3.95 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.63 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.81 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.56 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2568) โลกเรากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ (UN) คาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีจำนวนมากกว่า 2,000 ล้านคน หรือคิดเป็นเกือบ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) สำหรับประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 65.97 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ จำนวน 13.34 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 20.23 หากแบ่งตามช่วงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 7.58 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ56.81 ผู้สูงอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 3.95 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.63 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.81 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.56 และคาดว่าในปี 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2568) และผลกระทบด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ คือ ภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และความผิดปกติของระบบประสาท จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในยามสูงวัยให้ยาวนานที่สุด การรวมกลุ่มในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุที่สามารถมาแก้ปัญหาผู้สูงอายุได้เกือบทุกด้านเพราะเมื่อผู้สูงอายุมารวมตัวกันจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือพูดคุยกันจะช่วยแก้ปัญหาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวในบ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมให้ทำร่วมกันอย่างหลากหลายก็จะทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดีขึ้น (สุจริต สุวรรณชีพ, และคณะ, 2558) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นองค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ อันจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับ ปัจเจกบุคคล ระดับชมรมผู้สูงอายุ และระดับชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งในด้าน สุขภาพ สังคม และสวัสดิการ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2565) จากการประเมินคุณภาพการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ชมรมผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานตามกิจกรรมและวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ซึ่งคณะกรรมการไม่มีการประชุม ไม่มีการปรับปรุงรายชื่อคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน ไม่มีกิจกรรมต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ดำเนินการไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์คุณภาพของชมรมผู้สูงอายุ 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งคุณภาพด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการ และสนับสนุนกองทุนชมรมผู้สูงอายุ นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย, 2568) ผลการประเมินส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์พื้นฐานหรือพอใช้ (51 - 70 คะแนน) จากการสรุปผลประเมินชมรมผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีเพียงร้อยละ 24.35 ที่ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน

และชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ไม่มีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการที่เป็นรูปธรรมมีการจัดตั้งครบทุกหมู่บ้าน แต่ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการดูแลและพัฒนาคุณชีวิตผู้สูงอายุได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลจากชมรมผู้สูงอายุเลยโดยเฉพาะด้านสุขภาพ (รพ.สต.บ้านหว้าน, 2567) เพื่อให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ได้บริหารจัดการและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำเป็นไปอย่างมีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาและพัฒนารูปแบบศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษขึ้น

วัตถุประสงค์

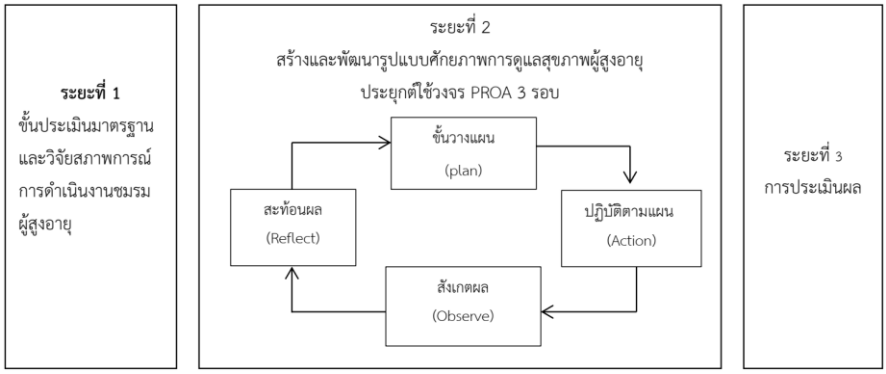
1) เพื่อประเมินมาตรฐาน และศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อสร้างและพัฒนาตามรูปแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

3) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นประเมินมาตรฐาน และสภาพการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนา ตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis and Mactaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (P: Planning) ขั้นปฏิบัติการ (A: Acting) ขั้นสังเกตการณ์และบันทึกผล (O: Observing) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (R: Reflecting) หรือ PAOR และระยะที่ 3 ขั้นประเมินผลโดยมีกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้มีส่วนร่วมมี 2 กลุ่ม คือ (1) คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ 108 คน เลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติหน้าที่และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้อย่างสม่ำเสมอ เกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมประชุมหรือกิจกรรมได้ และ (2) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Yamane, 1973) ได้ 286 คน ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ 25 คน และพัฒนารูปแบบโดยวงจร PAOR โดยคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลและผู้เกี่ยวข้อง 50 คน ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ จำนวน 286 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุ ใช้แบบมาตรฐานของกรมกิจการผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ 6 ข้อ คือ ชื่อชมรม ที่ตั้ง จำนวนสมาชิก ช่วงอายุสมาชิก และการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการกับหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชน ส่วนที่ 2 เกณฑ์การประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุ ข้อคำถาม 4 ข้อหลัก 48 ข้อย่อย โดยมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเกณฑ์มาตรฐานออกเป็น 4ระดับ คือ ระดับพอใช้ (51 - 70 คะแนน) ระดับดี (71 - 80 คะแนน) ระดับดีมาก (81 - 90 คะแนน) ระดับดีเด่น (91 - 100 คะแนน)

2) แบบสอบถามศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม 12 ข้อ ตอนที่ 2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเกณฑ์ศักยภาพออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 – 4 คะแนน (0 – 20%) หมายถึงภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5 – 8 คะแนน (21 – 40%) หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง 9 – 11 คะแนน (41 – 55%) หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง 12 – 20 คะแนน (56 – 100%) หมายถึง ภาวะไม่เป็นการพึ่งพา (สาวิตรี สิงหาด และคณะ, 2564) ตอนที่ 3 การได้รับการดูและความต้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 30 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ คือ 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพในระดับมากที่สุด 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพในระดับมาก 2.51 - 3.50

หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพในระดับน้อย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับการดูแลสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (Best and John, 1981) และตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานรูปแบบพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม 8 ข้อ ตอนที่ 2 ความพึงพอใจการดำเนินงานรูปแบบพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ 26 ข้อ และตอนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ คือ 4.51 - 5.00 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3.51 - 4.50 มีความพึงพอใจในระดับมาก 2.51 - 3.50 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 มีความพึงพอใจในระดับน้อย 1.00 - 1.50 มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (Best and John, 1981)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) แบบประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุใช้แบบมาตรฐานของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยใช้มาตรฐานของกรมกิจการผู้สูงอายุ (ซึ่งเน้นการประเมินตาม 9 ด้าน และ 6 มิติสุขภาพตามเกณฑ์ กสส. และแนวทางของกรมควบคุมโรค) จะเน้นที่ ความถูกต้อง (Validity), ความเที่ยง (Reliability), ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) และความเหมาะสมกับบริบท โดยตรวจสอบว่าแบบประเมินครอบคลุมองค์ประกอบหลักที่กำหนด และมีวิธีการเก็บข้อมูลที่เชื่อถือได้ตามแนวทาง 9 ด้าน

2) แบบสอบถามศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 วิธี คือ 1) ตรวจสอบความสอดคล้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ เช่นเดียวกับเครื่องมือชุดที่ 1 มีค่า IOC เท่ากับ 0.66 - 1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และ 2) ทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา ณ ตำบลเมืองแคน อำเภอราษีไศล อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ชุด และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นข้อคำถามด้านความพึงพอใจที่ 0.75 และค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามการมีส่วนร่วม 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานรูปแบบพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำผลประเมินของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุประชุมแล้วเก็บรวบรวมเพื่อดำเนินการวิเคราะห์และจัดกระทำข้อมูลต่อไป ระยะที่ 2 ผู้วิจัยร่วมสังเกตการณ์และบันทึกรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องประชุมในการวิเคราะห์สังเคราะห์แล้วร่างรูปแบบพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้อายุแล้วเสร็จผู้วิจัยจึงส่งแบบประเมินและรวบรวมประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ในขั้นตอนการพัฒนาผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุและบุคลากรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการตามขั้นตอนและกิจกรรมที่วางแผนร่วมกัน โดยบันทึกผลการขับเคลื่อนกิจกรรมแล้วรวบรวมบันทึกผลเพื่อสังเคราะห์เสนอผลวิจัย ระยะที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้มีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดกระทำข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปที่เป็นเชิงปริมาณ มาตรฐานชมรม ศักยภาพ และความพึงพอใจ ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ กลุ่มอายุ ใช้ความถี่ ร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยรวบรวมเนื้อหาที่เหมือนกันหรือคล้ายกัน แล้วนำเสนอโดยการสรุปสังเคราะห์ และสรุปนำเสนอผลวิจัยเชิงพรรณนาความ

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-301 วันที่รับรอง 6 มีนาคม 2568 วันหมดอายุ 5 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1

1.1 ขั้นประเมินมาตรฐาน และวิจัยสภาพการณ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกชมรม		
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหว้าน ม.1	63	7.10
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหว้าน ม.2	118	13.30
ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนม่วง ม.3	35	3.95
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองปะอุง ม.4	64	7.22
ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนต่ำ ม.5	28	3.16
ชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำอ้อมน้อย ม.6	106	11.95
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองโง้ง ม.7	55	6.20
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองขี้นก ม.8	47	5.29
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองค้างไฟ ม.9	78	8.79
ชมรมผู้สูงอายุบ้านน้ำอ้อมน้อย ม.10	87	9.81
ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองโง้ง ม.11	84	9.47
ชมรมผู้สูงอายุบ้านโนน ม.12	67	7.56
ชมรมผู้สูงอายุบ้านนานวล ม.13	55	6.20
รวม	**887**	**100**
เพศสมาชิก		
ชาย	409	46.11
หญิง	478	53.89
กลุ่มอายุสมาชิก		
ต่ำกว่า 60 ปี	0	0
60 – 69 ปี	487	54.90
70 – 79 ปี	278	31.34
80 ปี ขึ้นไป	122	13.75
การจดทะเบียนชมรม		
จดทะเบียนอย่างเป็นทางการ	0	0
ไม่จดทะเบียนอย่างเป็นทางการ	14	100
ประเภทคณะกรรมการชมรม		
ประธาน	14	5.56
รองประธาน	14	5.56
เลขานุการ	14	5.56
ผู้ช่วยเลขานุการ	14	5.56
เหรัญญิก	14	5.56
ผู้ช่วยเหรัญญิก	14	5.56
กรรมการกลาง	126	50.00
ที่ปรึกษาและผู้แทนหน่วยงาน (ตามความเหมาะสม)	42	16.84
รวม	**252**	**100**
คณะกรรมการชมรม		
ชาย	106	42.06
หญิง	146	57.94
รวม	**252**	**100**

ผลการวิเคราะห์ระดับมาตรฐานโดยรวมของชมรมผู้อายุผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ มีมาตรฐานในระดับพอใช้ (57.73%) จำแนกเป็นชมรมระดับหมู่บ้านระดับพอใช้ (53.44%) และชมรมระดับตำบลมาตรฐานระดับพอใช้ (62%) ดังตารางที่ 2

1.2 ขั้นตอนที่ 2 ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ ผลดังตารางที่ 3 และการประเมินการดูแลด้านสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ผลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำองค์ประกอบการบริหารจัดการอบรม

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	ระดับ
1. ด้านองค์ประกอบการบริหารจัดการชมรม	39	27.33	70.08	ดี
2. ด้านองค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม	42	20.4	48.57	ปรับปรุง
3. ด้านองค์ประกอบด้านสวัสดิการ	6	2	33.33	ปรับปรุง
4. ด้านองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน	13	8	61.53	พอใช้
รวม	**100**	**57.73**	**57.73**	**พอใช้**

ตารางที่ 3 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ (n=286)

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	คะแนนเต็ม	คะแนนได้ (n=286) (จำนวน/ร้อยละ)						
		0	1	2	3	รวม	$\overline{X}$	แปลผล
(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	2	12 (4.20)	25 (8.74	249 (87.06)	-	523 (91.43)	1.83	ไม่พึ่งพา
(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24–48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	1	5 (1.75)	281 (98.25)	-	-	281 (98.25)	0.98	ไม่พึ่งพา
(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	3	5 (1.75)	42 (14.69)	80 (27.97)	159 (55.59)	679 (79.14)	2.37	ไม่พึ่งพา
(4) การใช้ห้องน้ำ	2	17 (5.94)	56 (19.58)	213 (74.46)	-	482 (84.27)	1.69	ไม่พึ่งพา
(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	3	12 (4.20)	41 (14.34)	75 (26.22)	158 (55.25)	665 (77.51)	2.33	ไม่พึ่งพา
(6) การสวมใส่เสื้อผ้า	2	10 (3.50)	51 (17.83)	225 (78.67)	-	501 (87.59)	1.75	ไม่พึ่งพา
(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	2	12 (4.20)	48 (16.78)	226 (78.02)	-	500 (87.41)	1.75	ไม่พึ่งพา
(8) การอาบน้ำ	1	18 (6.29)	268 (93.71)	-	-	268 (93.71)	0.94	ไม่พึ่งพา
(9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	2	5 (1.75)	52 (18.18)	229 (80.67)	-	510 (89.16)	1.78	ไม่พึ่งพา
(10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	2	5 (1.75)	52 (18.18)	229 (80.67)	-	510 (89.16)	1.78	ไม่พึ่งพา
รวมเฉลี่ย	**2**	**10.1 (3.53)**	**91.6 (32.03)**	**152.6 (53.36)**	**31.7 (11.08)**	**491.9 (86.0)**	**1.72**	**ไม่พึ่งพา**

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ (n=286)

ด้าน	การดูแลสุขภาพ (n=286)							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\overline{X}$	SD.	แปลผล
ด้านร่างกาย	38.17	52.42	104.5	63.83	27.08	2.96	0.80	ปานกลาง
	(13.35)	(18.33)	(36.54)	(22.83)	(9.47)			
ด้านจิตใจ	43.4	47.2	83.2	74.6	37.6	2.93	0.80	ปานกลาง
	(15.18)	(16.50)	(29.09)	(26.08)	(13.15)			
ด้านสังคม เศรษฐกิจ	75.33	73.67	95.5	36.17	5.33	2.38	0.82	น้อย
	(26.34)	(25.76)	(33.39)	(12.65)	(1.86)			
ด้านจิตวิญญาณ	32.43	43.43	87.14	84.14	38.86	3.19	0.89	ปานกลาง
	(11.34)	(15.19)	(30.47)	(29.42)	(13.59)			
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	**47.33**	**54.18**	**92.59**	**64.69**	**27.21**	**2.90**	**0.80**	**ปานกลาง**
	(16.55)	**(18.94)**	**(32.37)**	**(22.62)**	**(9.51)**			

1.3 ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนเอกสารและสนทนากลุ่มสภาพปัญหาการดำเนินงาน แนวทาง และกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

(1) ปัจจัยด้านการบริหารงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ได้แก่ การคัดเลือกคณะกรรมการ กำหนดบทบาทหน้าที่คณะกรรมการชัดเจน มีข้อบังคับชมรม โครงสร้างการบริหาร มีการประชุมคณะกรรมการบริหารชมรมต่อเนื่อง ประชุมสามัญสมาชิกทุกปี มีการวางแผน/กำหนดกิจกรรมดำเนินการแบบมีส่วนร่วม มีงบประมาณดำเนินกิจกรรม จัดสวัสดิการสมาชิก มีการประเมินผล และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายชุมชน

(2) ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดชมรม ประกอบด้วย ผู้นำชมรมผู้สูงอายุ ศักยภาพในการพึ่งตนเองของชมรม ความสามารถของคณะกรรมการชมรมในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ศักยภาพการดำเนินงานตามข้อบังคับ มีกระบวนการประเมินความเข้มแข็งและประสิทธิภาพการบริหารงานชมรม สร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของรัฐ

(3) การพัฒนาการดูแลสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการชมรม การพัฒนาปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อความสำเร็จของชมรม วางแผนและดำเนินกิจกรรมของชมรมครอบคลุมทุกมิติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีความสามารถในการพึ่งตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมทุกขั้นตอน และได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานชมรมจากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ

2.1 ขั้นตอนที่ 1 จากการวิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อมูลสภาพการณ์เพื่อประกอบการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ พบว่าบริบทและสภาพแวดล้อมของพื้นที่ ประกอบด้วย สถิติจำนวนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ วิถีชีวิตความเชื่อประเพณีและวัฒนธรรมชุมชน อาชีพ และรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ และสภาพการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุของสังคมและบุคคลในครอบครัว จากสถิติจำนวนผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ จำนวน 887 คน คิดเป็นร้อยละ 15.77 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาสุขภาพที่พบ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคที่เกิดจากพฤติกรรม นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อเรื่องกตัญญูผู้มีพระคุณหรือบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย มีประเพณีตามพื้นถิ่นอีสาน และมีความสอดคล้องประเพณีสังคมไทยทั่วไป อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรรม มีรายได้จากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.99 ส่วนรายได้ของครอบครัวระดับปานกลาง เฉลี่ย 12,000 บาท/ ครอบครัว/ เดือน ครอบครัวดูแลความเป็นอยู่ผู้สูงอายุตามสภาพฐานะของและครอบครัว ระบบการดูแลช่วยเหลือของชุมชนในระดับน้อยกองทุนชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ยังไม่มีการดำเนินงานกองทุนชมรมผู้สูงอายุ และไม่มีการระดมทุนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดเก็บค่าบำรุงประจำปี หรือรับบริจาคจากสมาชิกเพื่อจัดทำเป็นสวัสดิการและค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมของชมรม

อย่างต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม 4 มิติ (สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ) ชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ไม่มีแผนและการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกมิติ และไม่มีการดำเนินการพัฒนานวัตกรรมและการประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม ไม่มีกิจกรรมจิตอาสาในพื้นที่ เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อม โรงทาน การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ประชาชน การบริจาคช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสหรือช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย/ประสบภัยพิบัติต่าง ๆ เป็นต้น

2.2 ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลการร่างรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหว้านคำประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) หลักการของรูปแบบ (2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ (3) ระบบและกลไกของรูปแบบ (4) วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ (5) แนวทางการประเมินผลรูปแบบ และ (6) เงื่อนไขของรูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) หลักการของรูปแบบ เป็นรูปแบบที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ สมาชิกชมรมและส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพในชุมชนได้

2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

2.1) เพื่อพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำให้มีความเข้มแข็งอย่างมีคุณภาพ

2.2) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุทั่วถึงและมีคุณภาพ

2.3) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีประโยชน์ เป็นไปได้ และถูกต้องครอบคลุม

3) ระบบและกลไกของรูปแบบ

3.1) ศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาของชมรม

3.2) พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและสมาชิก เรื่องแนวทางการบริหารจัดการชมรม ข้อบังคับ การวางแผน การดำเนินการตามแผน ประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ และการประเมินผลสำเร็จ

3.3) การประชุมคณะกรรมการและสมาชิกอย่างต่อเนื่องและมีสม่ำเสมอ

3.4) การวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ คณะกรรมการบริหารชมรมสมาชิกชมรม และหน่วยงานสนับสนุนภาครัฐ

3.5) การดำเนินงานตามแผนอย่างมีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมของสมาชิก

3.6) มีระบบและกลไกการประเมินเป็นระบบและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

3.7) มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาชมรมสม่ำเสมอ

3.8) มีการระดมทุนขององค์กรชุมชน เอกชน และสมาชิก

3.9 มีหน่วยงานส่งเสริมสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

4) กระบวนการขับเคลื่อนและดำเนินงานรูปแบบ

4.1) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ ความเป็นมา เหตุผลความจำเป็นในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.2) สำรวจและวิเคราะห์สถานภาพสมาชิกชมรม

4.3) วิเคราะห์ข้อบังคับชมรมนำเสนอเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมแก้ไข

4.4) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อบังคับและเลือกตั้งคณะกรรมการชมรมตามโครงสร้างที่กำหนดในข้อบังคับชมรม

4.5) ประชุมคณะกรรมการและสมาชิกชมรม

4.6) วางแผนดำเนินงานและจัดกิจกรรมชมรม

4.7) ประสานและดำเนินกิจกรรมชมรม

4.8) ประเมินผลการดำเนินงาน

4.9) สรุปผลการประเมินและเผยแพร่ให้คณะกรรมการและสมาชิกทราบ

5) แนวทางการประเมินผลรูปแบบ

5.1) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารโดยใช้รูปแบบ CIPP Model โดยคณะกรรมการชมรม

5.2) ประเมินจากการสังเกตและบันทึกกิจกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมโดยคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ

5.3) ประเมินคุณภาพใช้การวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมาย

6) เงื่อนไขของรูปแบบ

6.1) รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุนี้มีความเหมาะสมกับชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำเท่านั้น

6.2) รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุนี้สามารถปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

6.3) รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุใช้กระบวนการพัฒนา PAOR

2.3 ขั้นตอนที่ 3 ประเมินมาตรฐานรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประเมินระดับความเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลดังตารางที่ 5

2.4 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหว้านคำ โดยชมรมผู้สูงอายุ และใช้กระบวนการ PAOR ดำเนินการ 3 รอบ ผลการวิจัย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

รูปแบบ	เหมาะสม			ถูกต้องครอบคลุม			เป็นไปได้			เป็นประโยชน์		
	$\overline{X}$	SD	แปลผล	$\overline{X}$	SD	แปลผล	$\overline{X}$	SD	แปลผล	$\overline{X}$	SD	แปรผล
1. หลักการของรูปแบบ	3.88	0.62	มาก	3.81	0.71	มาก	3.89	0.65	มาก	3.69	0.74	มาก
2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	3.80	0.78	มาก	3.86	0.80	มาก	3.90	0.76	มาก	3.79	0.85	มาก
3. ระบบและกลไกรูปแบบการพัฒนา	4.20	0.59	มาก	4.17	0.64	มาก	4.21	0.63	มาก	4.17	0.61	มาก
4. วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ	4.11	0.62	มาก	4.10	0.63	มาก	4.11	0.62	มาก	4.08	0.64	มาก
5. แนวทางการประเมินผลรูปแบบ	4.11	0.60	มาก	4.06	0.65	มาก	4.11	0.64	มาก	4.03	0.67	มาก
6. เงื่อนไขของรูปแบบ	3.87	0.65	มาก	3.69	0.68	มาก	3.72	0.63	มาก	3.76	0.64	มาก
รวมทุกข้อ	**4.0**	**0.64**	**มาก**	**3.95**	**0.69**	**มาก**	**3.99**	**0.66**	**มาก**	**3.92**	**0.69**	**มาก**

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม (n = 38)

รอบ	วางแผน(P)	ปฏิบัติตามแผน(A)	สังเกตการณ์(O)	สะท้อนผล(R)	ผลลัพธ์
1	1.แผนพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ 2.แผนพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุ 3.แผนดำเนินการและพัฒนากิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุต่อเนื่อง	ปฏิบัติตามแผนพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ 1. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ 2.สำรวจและวิเคราะห์สถานภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3.ประชุมคณะกรรมการบริหารชมรมเพื่อร่างข้อบังคับ กำหนดกรอบกิจกรรมและแนวทางการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ	ประชุมวางแผนปฏิบัติงานกำหนดแผน 2 แผนงาน คือ 1) แผนพัฒนาศักยภาพชมรมสูงอายุตำบลหว้านคำ และ 2) แผนพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการชมรมและผู้เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาตามแผนงานพัฒนาศักยภาพชมรมสูงอายุตำบลหว้านคำ โดยมีกิจกรรม 5	1.ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล มีการวางแผนดำเนินงาน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติงาน 2.ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมพบว่าคณะกรรมการบริหารชมรม สมาชิกชมรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในระดับดี	1.มีแผนดำเนินงานพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ และแผนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2.มีข้อบังคับชมรมเพื่อใช้ในการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ 3.คณะกรรมการบริหารชมรม สมาชิกชมรม และหน่วยงาน/เครือข่ายที่เกี่ยวของมีส่วนร่วมการพัฒนาชมรมทุกขั้นตอน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม (n = 38) (ต่อ)

รอบ	วางแผน(P)	ปฏิบัติตามแผน(A)	สังเกตการณ์(O)	สะท้อนผล(R)	ผลลัพธ์
		4.ดำเนินการร่าง ระเบียบข้อบังคับชมรม และสอบถามความ คิดเห็นสมาชิก 5.ประชุมคณะกรรมการ บริหารชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหว้านคำ ครั้งที่ 2/2568	กิจกรรม ได้แก่ 1) เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ 2) การสำรวจและ วิเคราะห์สถานภาพ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3) ประชุม คณะกรรมการบริหาร ชมรมร่างข้อบังคับ กำหนดกรอบ กิจกรรมและแนว ทางการพัฒนาชมรม 4) ร่างและสอบถาม ความคิดเห็นแก้ไข เพิ่มเติมต่อร่าง ระเบียบข้อบังคับ ชมรมผู้สูงอายุ 5) การประชุม คณะกรรมการบริหาร ชมรมผู้สูงอายุตำบล หว้านคำ ครั้ง ที่2/2568		
2	แผนพัฒนาระบบ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุ 1.ด้านการบริหาร จัดการชมรมที่มี ประสิทธิภาพ 2.จัดตั้งและ ดำเนินการกองทุน ชมรมผู้สูงอายุ 3. พัฒนากิจกรรม 4. มิติ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ 5.พัฒนาภูมิปัญญา และนวัตกรรมดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	ปฏิบัติครอบคลุมทุก ประเด็น ดังนี้ 1.พัฒนาศักยภาพคณะ กรรมการบริหารชมรม ผู้สูงอายุในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุใน ชุมชน 2. การพัฒนานักบริบาล ผู้สูงอายุประจำ ครอบครัว 3.อบรมฟื้นฟูนักบริบาล ชุมชน และ อาสาสมัคร สาธารณสุข 4.ดำเนินการและพัฒนา กิจกรรมการดูสุขภาพ ผู้สูงอายุทางกาย-ใจ 5.ดำเนินกิจกรรม ประสานและสนับสนุน การดำเนินงานกองทุน ระบบการดูระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	1.คณะกรรมการมี การประชุมวางแผนมี การระดมทุนเพื่อ จัดตั้งกองทุนดูแล ผู้สูงอายุ ตาม เป้าหมาย 2.พัฒนานักบริบาล ผู้สูงอายุประจำ ครอบครัว 3 รุ่น ผู้ เข้ารับการอบรม 150 คน ระยะเวลาอบรม 2 วัน 3.การอบรมฟื้นฟูนัก บริบาลชุมชน หมู่บ้านละ 2 คน ผู้ เข้ารับการอบรม จำนวน 26 คน 4.ดำเนินกิจกรรมการ พัฒนาการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุทาง กาย-ใจ ครอบคลุมมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุตาม กรมอนามัยกำหนด	1.ด้านกระบวนการ ได้แก่ มีการประชุม การวางแผน การ ดำเนินงาน การ ประเมินผล และการ มีส่วนร่วม 2.ผลสะท้อนในเชิง คุณภาพ ได้แก่ การ บริหารชมรมผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพ และระบบการดูแล สุขภาพสมาชิกชมรม ที่มีคุณภาพ	1.เชิงปริมาณ ผลการ ดำเนินงานครอบคลุม ทุกประเด็น/ทุก กิจกรรม 2.เชิงคุณภาพ ดำเนินการตาม กระบวนการ อย่างมี ประสิทธิภาพและมี กิจกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มี คุณภาพมากขึ้น

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม (n = 38) (ต่อ)

รอบ	วางแผน(P)	ปฏิบัติตามแผน(A)	สังเกตการณ์(O)	สะท้อนผล(R)	ผลลัพธ์
			5.ประชุม และประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล และเบิกจ่ายเงินกองทุนฯ เป็นไปตามผลงานเป็นปัจจุบัน		
3	แผนพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีคุณภาพ 1.พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการชมรมและดำเนินการพัฒนากิจกรรมชมรมต่อเนื่องและครอบคลุม 2.แผนปฏิบัติงานโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ	1.ดำเนินการประชุมคณะกรรมการชมรมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง 2.ดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 3.ขับเคลื่อนกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมดูแลสุขภาพ4. พัฒนานักบริบาลและอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 5.ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนา	1.ศักยภาพการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุและการประสานงานการดำเนินงานของคณะกรรมการชมรม สมาชิกชมรมและผู้เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น 2.การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรม และภาคีเครือข่ายชุมชนมากขึ้น 3.ความครอบคลุมกิจกรรมการดูแลสุขภาพบรรลุผลตามเป้าหมาย 4.ผลการดำเนินงานในภาพรวมเป็นไปตามแผนที่กำหนด	ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกลไกชมรมผู้สูงอายุ จากผลการพัฒนารูปแบบสามารถยืนยันได้ว่าการพัฒนาความเข้มแข็งของการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมในพื้นที่ตำบลหว้านคำ อย่างยั่งยืน	1.ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปรกติสุข 2.ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

รูปแบบที่ได้คือรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ โดยการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกลไกชมรมผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุที่เป็นระบบและมีกระบวนการดำเนินการที่ดีเหมาะสม ส่งผลต่อความครอบคลุมและคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมในพื้นที่ตำบลหว้านคำอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาศักภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหว้านคำโดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำและพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานชมรม ผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำภายหลังดำเนินการพัฒนา ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ ภายหลังดำเนินการพัฒนา (n=286)

มาตรฐานรูปแบบ (ด้าน)	ระดับความพึงพอใจ(n=286)							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\overline{X}$	SD	แปรผล
1.ด้านความพึงพอใจด้านบริบทสิ่งแวดล้อม	4.8 (1.68)	39.4 (21.18)	102.2 (35.73)	113.4 (39.65)	26.2 (9.16)	3.69	.81	มาก
2.ด้านความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการ	35.80 (12.52)	69.8 (24.41)	120.6 (42.17)	54.4 (19.02)	5.4 (1.89)	2.73	.84	ปานกลาง
3.ด้านความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรม	30.1 (10.52)	60.9 (21.29)	119.8 (41.89)	49.7 (17.38)	25.5 (8.92)	2.93	.81	ปานกลาง
4.ด้านความพอใจต่อการดูแลด้านสุขภาพ	45.2 (15.80)	49.4 (17.27)	125.6 (43.92)	47.8 (16.71)	18 (6.29)	2.80	.80	ปานกลาง
รวมเฉลี่ยทุกด้าน	**28.97 (10.13)**	**54.87 (19.19)**	**117.05 (40.93)**	**66.33 (23.19)**	**18.78 (6.57)**	**2.97**	**.82**	**ปานกลาง**

สรุปและอภิปรายผล

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 65.97 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ จำนวน 13.34 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.23 หากแบ่งตามช่วงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 7.58 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.81 ผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี จำนวน 3.95 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.63 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.81 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.56 และคาดว่าในปี 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 ประชากรสูงอายุจะกลายเป็นกลุ่มใหญ่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันเพิ่มสูงขึ้น แนวโน้มของสถานการณ์ในลักษณะนี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการด้านบริการและการดูแลที่บ้านและในชุมชนที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเนื่องจากปัจจุบันสมาชิกครอบครัวส่วนมากทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวได้ จึงเลือกใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุรายวัน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุที่ยังมีร่างกายแข็งแรงสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเอง จึงเป็นประเด็นที่สำคัญสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย,2568) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการปัญหาในสังคมผู้สูงอายุเพราะชมรมผู้สูงอายุถือเป็นองค์กรชุมชนที่บริหารจัดการโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ สมาชิกในชมรมมีความเอื้ออาทรต่อกันในระหว่างเพื่อนสมาชิกมีการทำกิจกรรมร่วมกันเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างศักดิ์ในตัวผู้สูงอายุ (สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.) ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยในชมรมสามารถมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 59 ปี ได้ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการดำเนินกิจกรรมของชมรม โดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิกเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น ๆ และเพื่อสังคมโดยรวม การก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุควรเกิดขึ้นในหมู่บ้านหรือชุมชน มีที่ตั้งชัดเจน และเกิดจากความร่วมมือของสมาชิกสูงอายุในชุมชนเองสถานที่ สถานที่ที่มีอยู่ในชุมชน ไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ อาจใช้ศาลาวัด ศาลาประชาคม หรือโรงเรียนที่ไม่มีการเรียนการสอนแล้ว ด้านสมาชิก ควรมีสมาชิกระหว่าง 30 - 100 คน เพื่อให้สามารถดูแลกันได้อย่างทั่วถึง โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีความตั้งใจที่จะทางานร่วมกัน ด้านกรรมการ กรรมการมาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกที่พร้อมเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวมและมีความเข้มแข็งในการทำงาน ระยะแรกควรจัดทำกิจกรรมที่เป็นความต้องการของสมาชิกก่อน ในลักษณะกิจกรรมทั่วไป แล้วค่อยพัฒนาไปสู่กิจกรรมเชิงพัฒนา โดยมีตัวอย่างกิจกรรม เช่น การประชุมกรรมการและสมาชิกตามปกติ การออกกำลังกาย การเลี้ยงอาหารกันเอง กิจกรรมนันทนาการ การขอคำปรึกษา การฟังการ

บรรยายจากวิทยากร การบริจาคเงินของสมาชิกเพื่อทำกิจกรรม การศึกษาดูงานชมรมอื่น และการดูงานและทัศนศึกษา เป็นต้น (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย,2567)

1) มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ พบว่า ปัจจัยด้านบริหารยังขาดประสิทธิภาพ เช่น ไม่มีข้อบังคับชมรมที่ชัดเจน ศักยภาพของคณะกรรมการประชุมคณะกรรมการและสมาชิกน้อย การมีส่วนร่วมของสมาชิกน้อย ไม่มีกระบวนการดำเนินงานกิจกรรม ไม่มีงบประมาณดำเนินงาน และไม่มีการประเมินผล ปัจจัยด้านคณะกรรมการ พบว่า ชมรมมีการคัดเลือกจากประธานชมรมระดับหมู่บ้านเป็นคณะกรรมการชมรมระดับตำบลเพื่อความครอบคลุมในประสานการดำเนินงานกับสมาชิกทุกหมู่บ้าน มีโครงสร้างคณะกรรมการ ปัจจัยด้านสมาชิกชมรม พบว่า มีจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 526 คน (ร้อยละ 59.30) ในจำนวนนี้พ้นสภาพโดยเสียชีวิต ย้ายที่อยู่ และมีความประสงค์ลาออก 68 คน (ร้อยละ 12.93) โดยสมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมน้อย ปัจจัยด้านการจัดกิจกรรม ผลการประเมินมาตรฐานชมรมผู้สูงอายุ องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม ได้แก่ กิจกรรมด้านสุขภาพ การศึกษา อาชีพและรายได้ ที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อม ศาสนา ศิลปะ/วัฒนธรรม การคุ้มครองสิทธิ และด้านการนันทนาการ พบว่า ภาพรวมมีมาตรฐานระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 48.57) ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมยังไม่มีแผนการดูแลสุขภาพสมาชิกที่ชัดเจน ไม่มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพ ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และไม่มีการประเมินสมรรถภาพทางกายไม่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่มีกิจกรรมการบริหารสมองและป้องกันสมองเสื่อม ไม่มีกิจกรรมทันตสุขภาพ และไม่มีกิจกรรมโภชนาการ รวมทั้งมีการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่สมาชิกผู้สูงอายุ จากผลการประเมินการดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ พบว่า การดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =2.90) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุผล ตติยนันทพร และสันติ ทวยมีฤทธิ์ (2567) วิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน บุคลากรทางการ แพทย์และสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2) รูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหว้านคำ ได้รูปแบบการพัฒนา 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) หลักการของรูปแบบ (2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ (3) ระบบและกลไกของรูปแบบ (4) วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ (5) แนวทางการประเมินผลรูปแบบ (6) เงื่อนไขของรูปแบบ ผลการพัฒนารูปแบบโดย PAOR วงจร 3 รอบ ผลการพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปรกติสุข และชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช (2561:42) วิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ควรนำผลจากการวิจัยมาจัดทำเป็นคู่มือหรือหลักสูตรสั้น ๆ ที่เข้าใจง่ายเพื่อให้สมาชิกชมรมที่มีศักยภาพสูง เช่นกลุ่มติดสังคมไม่พึ่งพา สามารถถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ได้อย่างเป็นระบบ **สร้างโปรแกรมฝึกอบรมแบบพี่สอนน้อง** เป็นต้น

2) จากการที่ตำบลหว้านคำตั้งอยู่ในอำเภอราษีไศล ที่มีความอุดมสมบูรณ์มีทรัพยากรท้องถิ่นอุดมสมบูรณ์ ควรส่งเสริมการนำ **สมุนไพรพื้นบ้าน และอาหารตามฤดูกาล** มาบูรณาการเข้ากับหลักโภชนาการสมัยใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย

3) ควรจัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่เร็ว ในระดับหมู่บ้านภายใต้ชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ เพื่อเยี่ยม

บ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่มีความต้องการพึ่งพา โดยใช้แบบประเมินสุขภาพ และรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตำบลหว้านคำจากงานวิจัยนี้เป็นตัวชี้วัด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน/ชุมชน และสนับสนุนให้สามารถดำเนินงานกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทางกายและใจอย่างต่อเนื่อง

2) เพื่อให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุดำเนินการได้อย่างยั่งยืน ควรประสานความร่วมมือและทำงานร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ ตั้งแต่ ภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคธุรกิจ และภาคท้องถิ่นในชุมชนที่ชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ การสนับสนุนด้านความรู้และบริการอื่น ๆ เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3) องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเช่น จัดหาสถานที่ อุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย พร้อมทั้งงบประมาณในการดูแลรักษาให้กับชุมชน เพื่อเป็นการสนับสนุนการออกกำลังกาย

4) สนับสนุนและพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ อย่างจริงจังรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

2) องค์การบริหารส่วนตำบลหว้านคำควรบรรจุแผนการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาระยะยาว เพื่อให้มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3) ควรผลักดันให้ชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำเป็นโมเดลต้นแบบของอำเภอราศีไศลในด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) โดยเน้นความเข้มแข็งของชุมชนลดการพึ่งพาส่วนกลาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุและนักบริบาลผู้สูงอายุประจำครอบครัวให้มีความครอบคลุมสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการประเมินผลสุขภาวะ และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการแก้ไขที่สอดคล้องตรงกับปัญหาสุขภาพที่พบ

3) ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) ชมรมผู้สูงอายุตำบลหว้านคำ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). สถิติผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายจังหวัดเมษายน 2568. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th /th/statistics_page?cat=1&id=2569 เมื่อวันที่ เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2568

จุฑาพร คำมณี (2558). ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสู่การเป็นชมรมที่เข้มแข็ง. [สารนิพนธ์ หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2(3), 42-54.

ณัฏฐกิตติ์ ปัทมะ. (2561). สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.senate.go.th/ assets/portals/1/news/10117/2_10117.pdf เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2568.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2555). ลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ. JPRINT 2.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). สุขภาพคนไทย (ผลกระทบ เมื่อประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” สืบค้นจากhttps://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=193. เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2568

สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). คู่มือชมรมผู้สูงอายุ. สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี.

สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ. (2558). แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของ ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 4). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุผล ตติยนันทพร และสันติ ทวยมีฤทธิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 10(2), 195-217.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565) .แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566 – 2570). กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือขับเคลื่อนการดาเนินงานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. กลุ่มส่งเสริมสุขภาว ะผู้สูงอายุสำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2568). รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน. สืบค้นจาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/3222568/download?id=123560&mid=39530& mkey=m_document&lang=th&did=36186 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2568.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหว้าน. (2568). สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567. ตำบลหว้านคำ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ.

Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Springer.

Yamane, T. (1967). Statistics, An Introductory Analysis, 2nd Ed. Harper and Row.

การสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน : การทบทวนตามกรอบ Service Plan COPD

บุญทิต อสิพงษ์, พย.บ.[1]

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนด Service Plan COPD เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีเป้าหมายหลัก 5 ประการคือ ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร บทความฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิด 3P ได้แก่ Purpose, Process, Performance เป็นแนวทางวิเคราะห์ ผลการทบทวนพบว่าบทบาทของพยาบาลในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานคลินิก โดยประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยด้วยเครื่องมือมาตรฐานเพื่อจำแนกระดับความรุนแรงของโรค การวางแผนการดูแลและติดตามต่อเนื่องโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีและการเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ การประสานงานเครือข่ายบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และการพัฒนาระบบบริการรวมทั้งศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรม การจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก และการประเมินคุณภาพบริการทางการพยาบาล กระบวนการดังกล่าวเชื่อมโยงโดยตรงกับผลลัพธ์ของ Service Plan COPD คือ ลดการเสียชีวิต ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการทบทวนชี้ให้เห็นความจำเป็นในการสนับสนุนทรัพยากร เครื่องมือ ระบบข้อมูล และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกินเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, บริการสุขภาพ, บทบาทพยาบาล, โรงพยาบาลชุมชน

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email : buk2555@gmail.com

Synthesis of nursing roles in developing COPD clinic service systems in community hospitals : A review based on the COPD Service Plan framework

Bunthit Asipong, B.N.S.[1]

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a major public health problem in Thailand. The morbidity and mortality rates are increasing continuously, affecting patients' quality of life and burdening the healthcare system. The Ministry of Public Health has therefore established the COPD Service Plan as a guideline for the systematic development of the healthcare system. It has five main goals: reducing mortality, reducing hospital readmissions, improving patient quality of life, developing healthcare network, and developing personnel potential. This article aims to review and synthesize the role of nurses in developing the COPD clinic service system in community hospitals using the 3P framework: Purpose, Process, and Performance. The review results indicate that the role of nurses in the care process for COPD patients is at the heart of clinic operations. It consists of patient assessment and screening using standardized tools to classify disease severity; planning for continuous care and follow-up by applying case management and home visit concepts; pulmonary rehabilitation and health behavior promotion to increase respiratory efficiency; coordinating the healthcare network between community hospitals, subdistrict health promoting hospitals, and communities to ensure continuity of care; and developing the service system and personnel potential through training, development of clinical practice guidelines, and evaluation of nursing service quality. These processes are directly linked to the outcome of the COPD Service Plan, which is reducing mortality. Reduce hospital readmissions and improve patient quality of life. Policy recommendations from the review indicate the need to support resources, tools, information systems, and develop the competencies of nurses to have expertise in respiratory diseases in order to be able to drive the operation of chronic obstructive pulmonary disease clinics in community hospitals effectively, comprehensively, and sustainably, in line with the policy of developing the health service system of Thailand.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD Service Plan, Role of nurses, Community Hospital

[1]Registered Nurse, Professional level, Khukhan Hospital, Sisaket Province Email : buk2555@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆของโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2566) รายงานว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.23 ล้านคนต่อปี ส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง รวมถึงประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ไทย ลาว เวียดนาม และอินโดนีเซีย (WHO, 2023) การศึกษาในระดับภูมิภาคพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 6.3 ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น

ในประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข แม้อัตราการป่วยโดยรวมจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่จำนวนผู้ป่วยยังอยู่ในระดับสูง ข้อมูล ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยจำนวน 254,507 ราย (อัตราป่วย 391.47 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 254,396 ราย (อัตราป่วย 388.95 ต่อแสนประชากร) โดยมีอัตราป่วยตาย 10.53 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค, 2560) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ เขตบริการสุขภาพที่ 1 (ภาคเหนือ) รองลงมา คือ เขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 (ภาคใต้) ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความรุนแรงของโรค ได้แก่ มลภาวะ ทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการกำเริบเฉียบพลันของโรค โดยในปีงบประมาณ 2565–2567 พบอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป เท่ากับ 113.40, 140.34 และ 134.90 ครั้ง ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (HDC, 2568) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงไม่เพียงเป็นปัญหาทางคลินิก แต่ยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง การสูญเสียศักยภาพแรงงาน และลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การบริหารจัดการโรคอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด Service Plan สาขาอายุรกรรม (กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ)เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีมาตรฐาน ภายใต้แนวคิด “การดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน ใกล้ใจ อย่างมีมาตรฐาน” โดยมุ่งเน้นระบบบริการแบบต่อเนื่อง (Continuum of Care) การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะหน่วยบริการด่านหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยมีพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว บทบาทของพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงการประเมินอาการและให้คำปรึกษา ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาพ่น การดูแลต่อเนื่อง และ การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารและรายงานการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พบว่ายังมีช่องว่าง (Research Gap) ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะด้านการเสริมสร้างศักยภาพและบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการโรคอย่างเป็นระบบ การบูรณาการการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและชุมชน ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพในการดำเนินงานภายใต้ Service Plan COPD บทความวิชาการฉบับนี้จึงมุ่งนำเสนอผลการทบทวนเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยภายใต้นโยบาย Service Plan COPD โดยอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระโรคและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนบทบาทของพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กรอบนโยบาย Service Plan COPD โดยใช้ข้อมูลจาก PubMed CINAHL, ScienceDirect, Scopus, Cochrane, Google Scholar, Thai Jo และTCI และฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (ช่วงปี 2561–2568)
2. เพื่อสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน

ขั้นตอนการสืบค้นข้อมูล

การสืบค้นข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ (Systematic Search Process) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เริ่มจากการกำหนดคำสำคัญ (keywords) และคำค้น (search terms) โดยวิเคราะห์คำที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อการศึกษา ได้แก่ “ Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, “COPD ”, “ Service Plan” “nurse role”, “primary care” “ Thailand ” “ self-management ”รวมถึงคำศัพท์ภาษาไทย เช่น “ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”, “บทบาทพยาบาล” “การดูแลตนเอง” และ “ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” การสืบค้นใช้คำเชื่อมตรรกะ (Boolean operators) ได้แก่ AND, OR, และ NOT เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำของผลการสืบค้น โดยเชื่อมโยงคำค้นตามความสัมพันธ์ของประเด็น เช่น “Chronic Obstructive Pulmonary Disease” AND “nurse role”หรือ“COPD” AND “self-management” AND “primary care”

การสืบค้นข้อมูลดำเนินการผ่านฐานข้อมูลทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ PubMed สำหรับงานวิจัยด้านการแพทย์และการพยาบาลระดับนานาชาติ CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) สำหรับงานวิจัยเฉพาะทางด้านพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, ScienceDirect และ Scopus สำหรับบทความวิจัยสากลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและโรคเรื้อรัง, Cochrane ชุดข้อมูลด้านการแพทย์, Google Scholar เพื่อขยายขอบเขตการสืบค้นให้ครอบคลุมบทความวิชาการทั่วไป และ Thai Jo (Thai Journals Online) รวมถึง TCI (Thai Citation Index) สำหรับงานวิจัยภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการพยาบาลในประเทศไทย ช่วงเวลาการสืบค้นข้อมูลอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2561–พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2018–2025) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและสะท้อนแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทปัจจุบัน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นงานวิจัยหรือบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) บทบาทพยาบาล การดูแลตนเอง ของผู้ป่วย หรือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยเป็นงานวิจัยเชิงประจักษ์ (Empirical Research) หรือบทความทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ผ่านการประเมินคุณภาพทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ งานที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประชุม บทคัดย่อ เอกสารที่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือบทความซ้ำจากหลายฐานข้อมูล จะไม่ถูกนำมาพิจารณา กระบวนการคัดเลือกบทความ เริ่มจากการตรวจสอบชื่อเรื่องและบทคัดย่อเพื่อประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา จากนั้นดำเนินการอ่านบทความฉบับเต็มเพื่อประเมินคุณภาพและความเกี่ยวข้องของเนื้อหาบทความที่ผ่านการคัดกรองได้รับการประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) ตรวจสอบก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา อย่างเป็นระบบ จากการสืบค้นทั้งหมดจำนวน 165 บทความ พบว่ามีบทความที่ผ่านเกณฑ์และถูกนำมาวิเคราะห์ในเนื้อหาบทความวิชาการฉบับนี้จำนวนทั้งสิ้น 25 บทความ

ผลการทบทวน

1. ความเป็นมาของ Service Plan COPD

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจลำบากเรื้อรัง เกิดการกำเริบบ่อย และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ส่งผลให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีความเป็นระบบ มีมาตรฐาน และครอบคลุมทั่วประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

หนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญคือ “แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)” ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานได้อย่างเท่าเทียม มีความต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า แนวคิดหลักของ Service Plan คือการจัดระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย (Service Network) ที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

ในระยะแรก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง “Service Plan สาขาอายุรกรรม” มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งมีความชุกและอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูงในประเทศไทย การจัดตั้ง “Service Plan COPD” มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยมุ่งเน้นการลดอัตราการเสียชีวิต ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2557–2560 ได้มีการจัดตั้ง “คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Clinic)” ในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อเป็นหน่วยบริการเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาและติดตามอาการ การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการเยี่ยมบ้าน โดยบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและต่อเนื่อง

ต่อมาในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2563–2566) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการระดับประเทศ เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการอย่างชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการสามารถประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงคุณภาพอย่างเป็นระบบ อีกทั้งมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในระดับเขตสุขภาพ โดยแต่งตั้งโรงพยาบาลพี่เลี้ยง (Mentor Hospital) เพื่อให้คำปรึกษา ถ่ายทอดองค์ความรู้ และสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน

ในระยะปัจจุบัน (พ.ศ. 2566–2568) กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการ COPD ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ภายใต้แนวคิด “การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (Continuum of Care)” โดยเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ เช่น ระบบ Telehealth แอปพลิเคชันไลน์ และฐานข้อมูลผู้ป่วยกลาง (COPD Registry) เพื่อสนับสนุนการติดตามอาการ การใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการสร้างระบบประสานงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยบริการและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทบทวนบทบาทของพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กรอบนโยบาย Service Plan COPD

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทครอบคลุมทั้งการประเมินผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้ความรู้และสนับสนุนการปรับพฤติกรรม รวมถึงการติดตามผลและใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลเป็นผู้นำในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กรอบนโยบาย Service Plan COPD ของกระทรวงสาธารณสุข บทบาทของพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย

ประเมินผู้ป่วยเพื่อระบุความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น ใช้แบบประเมิน CAT, mMRC เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและอาการหายใจลำบาก นอกจากนี้ยังประเมินประวัติการเจ็บป่วยร่วม เช่น ประเมินการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นควันหรือสารเคมีในบ้านและชุมชน ซึ่งช่วยให้การวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลมีความถูกต้อง

2. การวางแผนและจัดการดูแลผู้ป่วย

จัดทำ Care Plan แบบ Case Management โดยอิงแนวทาง COPD Guideline ครอบคลุมทั้งการใช้ยา ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นและการสังเกตอาการกำเริบ รวมทั้งเป็นผู้นำในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบถ้วน

3. การให้ความรู้และสนับสนุนการปรับพฤติกรรม

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การป้องกันฝุ่นควันและสารระคายเคืองในบ้านและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดการกระตุ้นอาการ รวมทั้งสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการฝึกการหายใจ (Breathing Exercises) อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพปอด ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

4. การติดตามผลและการประเมินผลลัพธ์

ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการกำเริบเฉียบพลัน อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการประเมินคะแนน CAT, mMRC และ

ผลการทดสอบสมรรถภาพการเดิน 6 นาที (6-Minute Walk Test: 6MWT) เพื่อติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการเก็บข้อมูลและวิเคราห์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ประเมินประสิทธิภาพบริการและนำไปปรับปรุงระบบบริการภายใต้แนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) (กระทรวงสาธารณสุข, 2023)

5. การสนับสนุนการเข้าถึงบริการต่อเนื่องและชุมชน

สนับสนุนการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเข้าถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำและการเสียชีวิตจากการกำเริบของ COPD

6. การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

ใช้ข้อมูลเชิงระบบเพื่อตรวจสอบคุณภาพบริการ เช่น วิเคราะห์ตัวชี้วัดของคลินิก อัตราการกำเริบและการเลิกบุหรี่ ข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การปรับปรุงแผนการดูแลและพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับ Service Plan COPD (กรมการแพทย์, 2022)

องค์ประกอบสำคัญของบทบาทพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กรอบนโยบาย Service Plan COPD ครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการ โดยมุ่งให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (Continuum of Care) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ ลดการกำเริบของโรค และยกระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย

ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้สัมผัสฝุ่นหรือควันจากการประกอบอาชีพ และผู้มีอาการไอเรื้อรังหรือหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง (COPD Risk Assessment Tool) เพื่อจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเข้ารับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ (Spirometry) การค้นหาและวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นช่วยให้สามารถเริ่มการรักษาได้เร็ว ลดการกำเริบรุนแรงของโรค และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ (WHO, 2023)

2. การวินิจฉัยและประเมินสมรรถภาพปอด

โรงพยาบาลทุกระดับควรมีเครื่องสไปโรมิเตอร์ มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมเพื่อดำเนินการตรวจและแปลผลอย่างถูกต้อง การวินิจฉัยยืนยันโรคใช้เกณฑ์ $FEV_1/FVC < 0.70$ หลังได้รับยาขยายหลอดลม (post-bronchodilator) ตามแนวทาง Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2024) การตรวจสมรรถภาพปอดอย่างมีมาตรฐานช่วยลดการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนจากโรคอื่น เช่น โรคหืดหรือภาวะหัวใจล้มเหลว และช่วยให้การวางแผนรักษาตรงตามระดับความรุนแรงของโรค

3. การดูแลแบบองค์รวมและเฉพาะราย

การดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลจิตสังคม โดยจัดบริการให้ได้รับยาตามระดับความรุนแรงของโรค เช่น ยาขยายหลอดลมชนิด LABA, LAMA หรือยาสเตียรอยด์พ่นในรายที่มีข้อบ่งชี้ (GOLD, 2024) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) สอนเทคนิคการหายใจแบบ pursed-lip และ diaphragmatic breathing ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมรรถภาพร่างกาย และจัดกิจกรรมสนับสนุนทางจิตใจ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ควรให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลสิ่งแวดล้อม ลดฝุ่น ควัน และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในครัวเรือน เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม

4. การใช้ยาและการติดตามการรักษา

การใช้ยาอย่างถูกวิธีเป็นองค์ประกอบสำคัญของการควบคุมโรค พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาพ่นในแต่ละชนิด เช่น MDI (Metered Dose Inhaler), DPI (Dry Powder Inhaler) และ Nebulizer พร้อมทั้งประเมินการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการสาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินความเข้าใจทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ การติดตามผลการใช้ยาควรประเมินทั้งอาการทางคลินิก เช่น ความถี่ของอาการหอบเหนื่อย จำนวนครั้งของการกำเริบ และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต รวมถึงการบันทึกข้อมูลการใช้ยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ การติดตามอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา (Lareau et al., 2017)

5. การดูแลต่อเนื่องและการส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลต่อเนื่อง โดยเพาะในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดการกำเริบของโรค COPD ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโดยพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทเชิงรุกร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเยี่ยมบ้าน ปัจจัยเสี่ยงในครัวเรือน พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินการใช้ยาพ่น รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น โปรแกรมฝึกการหายใจ ฝึกการออกกำลังกาย ลดความวิตกกังวลและภาวะเครียดทางอารมณ์ รวมถึงการให้คำปรึกษาและมาตรการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ทั้งในตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดการกำเริบ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3. การสังเคราะห์บทบาทพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้กรอบนโยบาย Service Plan COPD

การพัฒนาคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายใต้ Service Plan COPD เป็นกลยุทธ์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ จนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นกำลังหลักในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนระบบบริการเชิงคุณภาพ ภายใต้กรอบแนวคิด 3P ได้แก่ **Purpose – Process – Performance** (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ตามเป้าหมายหลัก 5 ประการ ดังนี้

1. ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย

Purpose: ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค (Acute Exacerbation) (GOLD, 2024)

Process: พยาบาลคัดกรองและจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบประเมิน CAT วางแผน การดูแลรายบุคคล ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ด้วยแนวทาง 5A’s (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) (Fiore et al., 2008) เฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และจัดระบบส่งต่อฉุกเฉินอย่างมีมาตรฐาน

Performance: อัตราการเสียชีวิตลดลง ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทันเวลา และมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ

2. ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

Purpose: ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (กรมการแพทย์, 2566)

Process: พยาบาลติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายผ่านโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และประเมินเทคนิคการใช้ยาอย่างถูกต้องทุกครั้ง ส่งเสริมการฝึกหายใจแบบ Pursed-lip และ Diaphragmatic breathing พร้อมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (Lacasse et al., 2006)

Performance: อัตราการนอนซ้ำลดลง ผู้ป่วยมีทักษะจัดการอาการตนเอง และการใช้บริการฉุกเฉินลดลง

3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Purpose: ยกระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

Process: พยาบาลร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบสอบถาม CAT จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม รวมทั้งประสานงานกับครอบครัวเพื่อร่วมดูแลที่บ้าน

Performance: คะแนน CAT ลดลง ผู้ป่วยมีความสุขและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4. พัฒนาเครือข่ายบริการ

Purpose: เสริมสร้างระบบเครือข่ายบริการ COPD ที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างระดับบริการ

Process: พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จัดประชุมทบทวนผลการดำเนินงาน และพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย เช่น Telehealth (WHO, 2021)

Performance: ระบบส่งต่อมีความชัดเจน เครือข่ายบริการมีความเข้มแข็ง และการดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง

5. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

Purpose: ยกระดับสมรรถนะ ความรู้ และทักษะของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลในคลินิก COPD

Process: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) และจัดการทบทวนกรณีศึกษา (Case Conference) พร้อมระบบตรวจประเมินคุณภาพบริการ (Nursing Audit)

Performance: บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้น คุณภาพบริการเป็นไปตามมาตรฐาน และมีแรงจูงใจในการทำงานสูงขึ้น

สามารถสังเคราะห์บทบาทพยาบาลตามกระบวนการ 5 ด้านหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์บทบาทพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมาย Service Plan COPD ตามหลัก 3P

บทบาทพยาบาล (Process)	กิจกรรม/กระบวนการสำคัญ (Key Activities)	เป้าหมาย Service Plan ที่เชื่อมโยง (Purpose)	การวัดผล (Performance Indicators)
การประเมินและคัดกรอง	- ประเมินอาการด้วยแบบประเมิน CAT, mMRC - คัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้สัมผัสควัน, ผู้มีอาการหอบเหนื่อยเรื้อรัง) - ประเมินการใช้ยาและเทคนิคการพ่นยาของผู้ป่วย - ติดตามการมาตรวจตามนัด	- ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ - ลดภาวะแทรกซ้อน - เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	- อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง COPD ≥ ร้อยละ 80 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (CATลดลง ≥2คะแนน) - ร้อยละผู้ป่วยใช้ยาพ่นถูกวิธี
การวางแผนและการดูแลต่อเนื่อง	- จัดทำแผนการพยาบาลรายบุคคล - ให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง - ติดตามเยี่ยมบ้าน - ประสานกับรพ.สต.เพื่อดูแลต่อเนื่อง	- ลดอาการกำเริบเฉียบพลัน - ลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน - เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย	- อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission rate ใน 28 วัน) - ร้อยละผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลครบถ้วน - ร้อยละผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นถูกวิธี
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	- ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค - สอนเทคนิคการหายใจ - จัดกลุ่มกิจกรรมผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	- ลดภาวะเหนื่อยและเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย - เพิ่มคุณภาพชีวิต	- 6MWT (6-minute walk test) เพิ่มขึ้นจากเดิม - คะแนน mMRC ลดลง - ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดครบ
การประสานงานเครือข่ายบริการ	- ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามเกณฑ์การส่งต่อ - ประสานงานกับ รพ.สต. และ อสม.เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง	- พัฒนาเครือข่ายบริการ COPD ที่มีประสิทธิภาพ - ลดการเสียชีวิตจากโรค COPD - ลดช่องว่างการส่งต่อบริการ	- จำนวนครั้งของการประชุม Case conference ต่อปี - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ - อัตราการเสียชีวิตจากโรค COPD ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
การพัฒนาระบบบริการและศักยภาพบุคลากร	- จัดทำและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประจำคลินิก - จัดกิจกรรมการจัดการความรู้ภายในทีม - ทบทวนผลการดำเนินงานและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อบรม/ศึกษาดูงาน ด้านการดูแลผู้ป่วย COPD	- พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน Service Plan - ส่งเสริมระบบการดูแลแบบบูรณาการ - พัฒนาศักยภาพบุคลากร	- มี CPG และใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วย COPD - จำนวนครั้งของการทบทวนและปรับปรุงพัฒนางานต่อปี - จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้าน COPD ≥ 80% ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

4. การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน

การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญยิ่งในการยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ ภายใต้กรอบ Service Plan COPD ประเทศไทย ซึ่งมุ่งเน้นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม ครบวงจร มีทิศทางเดียวกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มประสิทธิผลของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1. ระบบคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ระดับชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน กลุ่มอาชีพสัมผัสฝุ่นควัน และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ (spirometry) อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการแบ่งระดับความรุนแรงตามเกณฑ์มาตรฐาน GOLD (GOLD, 2024) เพื่อให้สามารถวางแผนการรักษาได้ตรงตามระดับรุนแรงของโรค

2. ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ใช้แนวทาง Clinical Practice Guideline ที่เน้นการใช้ชนิดยาพ่นให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค การติดตามอย่างเป็นต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย การสอนหายใจ การสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง และ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญ ในการลดอาการกำเริบ และลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องรูปแบบ Proactive Care โดยเน้นการดูแลรายบุคคลแบบ customized ตามระดับความเสี่ยง เช่น กลุ่ม High-risk visit การติดตามผลทางโทรศัพท์อย่างเป็นระบบ การดูแลแบบ management และการส่งเสริม self-management ผ่านการให้ความรู้ การสร้างความเชื่อมั่น ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Effing et al., 2023) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ Chronic Care Model ในระดับบริการชุมชน

4. ระบบบันทึกข้อมูลและคุณภาพมาตรฐานเดียวที่ต้องมีตัวชี้วัดชัดเจน เช่น อัตราการกำเริบบ่อย (Exacerbation Rate) อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ระดับคะแนน CAT และ mMRC เพื่อสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการนำข้อมูลกลับมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง (MoPH, 2566) ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาและประสิทธิผลของระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม

อภิปรายผล

ผลการทบทวนเชิงนโยบายสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใต้กรอบ Service Plan COPD ของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติของการดูแลต่อเนื่อง การติดตามอาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการสุขภาพระดับสากล เช่น *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2024) ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การประสานงานในระบบการดูแล และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) พบว่าทิศทางการพัฒนา Service Plan COPD ของประเทศไทยมีความสอดคล้องกับแนวคิด “People-Centered Integrated Care” ซึ่งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และการป้องกันการกำเริบของโรค โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชน เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ งานศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2565 ยังยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ในเชิงทฤษฎี ผลการทบทวนสามารถอธิบายได้โดย *Orem’s Self-Care Theory* ซึ่งเน้นให้พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านการใช้ยาอย่างถูกวิธี การฝึกหายใจแบบ *pursed-lip breathing* และการจัดการภาวะเครียด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายและจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ขณะเดียวกัน *Roy’s Adaptation Model* อธิบายกระบวนการปรับตัวของ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่พยาบาลควรสนับสนุนให้เกิดการปรับตัวในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผ่านกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ ผลการทบทวนยังสะท้อนถึงนัยเชิงนโยบายที่สำคัญ กล่าวคือ การจัดระบบ Service Plan COPD จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในระดับชุมชนควรถูกบรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์สุขภาพระดับชาติ เพื่อสร้างระบบบริการที่ยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ทรัพยากรจำกัด

อย่างไรก็ตาม การทบทวนในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเชิงประจักษ์จากโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ยังไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาค และการขาดข้อมูลการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับประสิทธิผลของบทบาทพยาบาลในบริบทจริง ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาต่อยอดในอนาคต เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมยิ่งขึ้นสำหรับการพัฒนา Service Plan COPD ของประเทศ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผลการสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน ตามกรอบ Service Plan COPD แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และชุมชน พยาบาลมีบทบาททั้งในด้านการประเมินอาการ การให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาพ่น การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การฝึกการหายใจที่ถูกวิธี การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องผ่านระบบเยี่ยมบ้านหรือเทคโนโลยีติดตามทางไกล แนวคิด “3P” (Purpose Process, Performance) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ Service Plan COPD ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุด คือ การลดการกำเริบ และลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

การดำเนินงานภายใต้กรอบดังกล่าวช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนมีระบบบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกระดับ ตั้งแต่การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในด้านบุคลากร งบประมาณ และระบบข้อมูลที่ยังไม่เชื่อมโยงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดำเนินงานของคลินิก COPD เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน จึงเสนอแนวทางพัฒนา ใน 3 ระดับ คือ ปฏิบัติการ นโยบาย และการวิจัย

ในระดับปฏิบัติการ ควรส่งเสริมให้พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในคลินิก COPD ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น telehealth หรือแอปพลิเคชั่นไลน์ เพื่อการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำงานอย่างบูรณาการ พร้อมส่งเสริมกิจกรรมคุณภาพที่มุ่งพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

ในระดับนโยบาย ภาครัฐควรจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้สอดคล้องกับภาระงานของโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเพิ่มตำแหน่งพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคระบบทางเดินหายใจในทุกเขตสุขภาพ เพื่อรองรับความต้องการของประชากร นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลระดับชาติสำหรับติดตามและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการ COPD อย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน

ในระดับการวิจัย ควรสนับสนุนการศึกษารูปแบบการจัดการคลินิก COPD ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ของ Service Plan COPD ในมิติด้านคุณภาพชีวิต การลดการกำเริบของโรค การลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และประสิทธิผลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในอนาคต นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงนวัตกรรม เช่น การพัฒนาเครื่องมือประเมินตนเองของผู้ป่วยและเทคโนโลยีติดตามอาการผ่านระบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย COPD

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2017). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย พ.ศ. 2560.* กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2024). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน.* กระทรวงสาธารณสุข.

กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2018). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service plan.* สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

กระทรวงสาธารณสุข. (2023). *Service Plan สาขาอายุรกรรม (โรคระบบทางเดินหายใจ).* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

บวรศักดิ์ อ่อนศรี, และคณะ. (2021). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ.* สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณีวรรณ ชัยชนะ, และคณะ. (2020). *แนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน.* มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริพร เกษมสุข. (2022). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลไทย, 36*(2), 45–57.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2022). *รายงานสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในประเทศไทย.* https://www.hsri.or.th

สุพัตรา สายทอง, และคณะ. (2022). *การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน.* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.

Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health. (2025). *รายงานข้อมูลสุขภาพประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565–2567.* กระทรวงสาธารณสุข.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report.* https://goldcopd.org/2024-gold-report

Lareau, S. C., Fahy, B., Meek, P. M., & Wang, A. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The role of the nurse practitioner in diagnosis, management, and education. *The Journal for Nurse Practitioners, 13*(9), 610–616. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.06.015

Lee, C. H., Lee, M. C., Lin, H. H., & Lee, C. H. (2020). Economic burden of COPD in the Asia-Pacific region: A systematic review. *Respiratory Medicine, 161,* 105857. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.105857

McCarthy, B., Casey, D., Devane, D., Murphy, K., Murphy, E., & Lacasse, Y. (2015). Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2),* CD003793. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson Education.

Smith, B., Jones, T., & Taylor, R. (2018). Continuum of care for COPD patients: A systematic review. *Journal of Chronic Disease Management, 12*(3), 145–158. https://doi.org/10.1177/1479972318765123

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D. C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Wouters, E. F. M. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 188*(8), e13–e64. https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST

Weldam, S. W. M., Schuurmans, M. J., Liu, R., & Lammers, J. W. J. (2019). Evaluation of quality-of-life instruments for chronic obstructive pulmonary disease: Which to use? *Patient Preference and Adherence, 13,* 2165–2179. https://doi.org/10.2147/PPA.S222008

World Health Organization (WHO). (2023). *Global health estimates: Leading causes of death and disability 2023*. WHO. https://www.who.int/data/global-health-estimates

กองบรรณาธิการ
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ