



วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

JOURNAL OF EDUCATION AND RESEARCH IN PUBLIC HEALTH

2026



ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

Vol.4 No.1 January - April 2026

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาและหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์เพียงผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก

หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	นักวิชาการอิสระ (อดีตผู้อำนวยการสถาบันนิติวิทยาศาสตร์), กรุงเทพฯ
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.กุลนิดา สายนุ้ย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทศนียกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมทรศน์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ปญญาพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.อาจันต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เครานวล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยมภู	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ต.ดร.มนัสวี ทองศฤงคลี	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ดร.ขวัญเรียม หลีเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ผศ.ดร.อัษฎลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผศ.ดร.ภคณัฐ วีระขจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผศ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ที่ปรึกษา

อ.ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตติ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	<p>อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์ อ.ดร.ณัฐวดี มณีพรหม ทพญ.ฐิติกา กิมิเส อาบาดี เจ๊ะอาแดร์ Mr.Ganfre Pechayco</p>	<p>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา</p>
กองจัดการวารสาร	<p>อิบตีซาน เจ๊ะอุบง ซอบรี มาหะมะยูโซะ กุลยา โต๊ะรายอ</p>	<p>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา</p>

บทบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่ พ.ศ. 2569 และขอส่งความสุขแด่นักวิจัย คณะผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจอ่าน ประเมิน และให้ข้อเสนอแนะ กองบรรณาธิการ และผู้อ่านทุกท่าน วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health : J. Educ. Res. Public Health) ฉบับนี้ เผยแพร่เป็น ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2569 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษาค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่อุตสาหกรรมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยแต่ละบทความได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง บทความละ 3 ท่าน แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (Education, Health) (ตามสาขาวิชาสำหรับวารสารในฐานข้อมูล TCI) กำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

สำหรับวารสารปีที่ 4 ฉบับที่ 1 นี้ มีบทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย ได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามหลักวิชาการและหลักการวิจัย จำนวน 10 บทความ เป็นบทความที่มีความน่าสนใจและอยู่ในขอบเขตนโยบายการเผยแพร่บทความของวารสารนี้ และขอเป็นกำลังใจให้กับนักวิจัย/คณะนักวิจัยที่บทความถูกปฏิเสธการเผยแพร่ในวารสาร อย่างไรก็ตามท่านสามารถพิจารณาข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุงบทความและพิจารณาวารสารอื่น พร้อมกันนี้หากท่านมีผลงานอื่นๆ ท่านสามารถพิจารณาเผยแพร่ในวารสารนี้ได้ในอนาคตต่อไป

ในนามของกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer reviewer) ที่กรุณาประเมินบทความ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขบทความให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการจากทุกหน่วยงาน อาจารย์และนักศึกษาจากทุกสถาบันการศึกษา ตลอดจนผู้สนใจ พิจารณาส่งบทความตามขอบเขตและนโยบายการเผยแพร่ของวารสาร เพื่อเผยแพร่ และใช้เป็นแหล่งศึกษาค้นคว้า ประยุกต์ใช้ประโยชน์ และการพัฒนางานวิจัยในอนาคตต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการ
วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
ประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Experiences of Living with Dysphagia in Stroke Patients อภิญา ถิ่นเดิม, อุดมศรี เดชแสง, และจุฬารณีย์ เหตุทอง Apinya Thindoem, Udomsri Dechsang, and Julaporn Hetthong	1-18
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนและข้อเสนอเชิงนโยบาย Promoting Elderly Health Through Community Participation: The Role of Community Nurses and Policy Recommendations ปณิตัต บณขุนทด, วิราพร สืบสุนทร, และสิรินทรา ฟุตระกูล Punnathut Bonkhunthod, Wiraporn Suebsontorn, and Sirintra Futrakul	19-32
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง Factors Associated with Activities of Daily Living Among the Elderly in Pa Phayom District, Phatthalung Province บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช, ณัฐกานต์ นิลอ่อน, และกวิณิดา จีนเมือง Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet, Nattakan Nin-on, and Kawintida Jeenmuang	33-49
ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ Prevalence of Malnutrition and Factors associated among Elderly People บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช, กวิณิดา จีนเมือง, และณัฐกานต์ นิลอ่อน Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet, Kawintida Jeenmuang, and Nattakan Nin-on	50-66
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Factors Associated with Cognitive Mental Workload among Registered Nurse in a Tertiary Hospital, Bangkok, Thailand ชญญาภัค บุญแสนแก้ว, ธีรพันธ์ แก้วดอก, และเอกราช สมบัติสวัสดิ์ Chanyapak Boonsankaew, Teeraphun Kaewdok, and Ekarat Sombatsawat	67-79
การศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ The Study of Stress Level and Associated Factors among Medical Technology Students at a University in Samut Prakan Province ณัฐริณี หอระตะ, ศราวุธ สุทธิรัตน์, อีสสรียา เอี่ยมสุวรรณ, สุพัชรา สกลอารีย์, สุดารัตน์ พุ่มทอง, อีฟนาน ดอเลาะ, อารดี คล้อยตามวงศ์, และกุลวานีย์ ชันธมะ Natharinee Horata, Sarawut Suttirat, Issariya leamsuwan, Supatchara Sakonaree, Sudarat Pumtong, Afnan Doloh, Aradee Kloytharmwong, and Ghulwani Khanthama	80-89

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<p>ผลการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหนึ่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร</p> <p>Effects of the Motivation Interviewing on Blood Glucose among Uncontrolled Type II Diabetic Patients at a Primary Care Unit in Bangkok</p> <p>จิรภัทร ด่านประดิษฐ์ Jirapat Danpradit</p>	90-102
<p>ผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จังหวัดฉะเชิงเทรา</p> <p>Effects of “Bring Heart Back” Program Combining with LINE Stickers on Knowledge, Self-efficacy, and Basic Life Support Skills among Vocational Certificate Students in Chachoengsao Province</p> <p>พรจิรา สมสีนวน, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, พัชณา ใจดี, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ Pornjira Somseenuan, Aim-utcha Wattanaburanon, Patchana Jaidee, Mereerat Manwong, and Saowanee Thongnopakun</p>	103-122
<p>การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของยาเวนลาฟาซีนเทียบกับยาฟลูออกซิทีนในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวซ้ำและชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำในประเทศไทย</p> <p>Cost-Utility Analysis of Venlafaxine Compared with Fluoxetine for Depressive Episode and Recurrent Depressive Disorder in Thailand</p> <p>ฉัตรมนีส์ อินทรรัตน์ Chatmani Intharat</p>	123-142
<p>การพัฒนาแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี</p> <p>Developing a Management Model for Frailty in Older Adults via a Community - Driven Sub - district Health Board in Cham Phak Phaeo Sub-district, Saraburi Province</p> <p>ชัยมงคล คัมภีรานนท์, สุพัตรา ตันท์เอกคุณ, และชลิดา ชวนประสิทธิ์ Chaimongkol Kampiranont, Supattra Tanekkhun, and Chalida Chuanprasit</p>	143-160

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
Journal of Education and Research
in Public Health

ประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Experiences of Living with Dysphagia in Stroke Patients

อภิญญา ถิ่นเดิม^{1*} อุดมศรี เดชแสง² และจุฬารณม์ เหตุทอง³Apinya Thindoem^{1*}, Udomsri Dechsang², and Julaporn Hetthong³¹ โรงพยาบาลกำแพงเพชร อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000² โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110³ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านควนปอม อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง 93170¹ Kamphaengphet Hospital, Mueang District, Kamphaengphet Province. 62000² Hatyai Hospital, Hatyai District, Songkhla Province. 90110³ Bankhuanpom Queen Sirikit Health Center, Pabon District, Phatthalung Province. 93170

* Corresponding Author: อภิญญา ถิ่นเดิม E-mail: apinyayha@gmail.com

Received : 7 September 2025

Revised : 16 October 2025

Accepted : 31 October 2025

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ที่มีปัญหาในการกลืนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะสำลักและอาจนำไปสู่การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบากในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา การรวบรวมข้อมูลดำเนินการด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้ง 12 ราย โดยคัดเลือกวิธีการแบบเจาะจง ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อค้นพบจากการศึกษาพบประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประเด็น คือ (1) ภาวะกลืนลำบาก: ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว (2) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน (3) การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม และ (4) อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก นอกจากนี้ควรพัฒนาบริการในชุมชนพร้อมช่องทางให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการฟื้นฟู โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย ความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวรวมทั้งทรัพยากรของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การฟื้นฟูในชุมชน ประสบการณ์ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะกลืนลำบาก

Abstract

Dysphagia is a common complication among stroke patients. This condition affects daily activities and quality of life. Individuals with swallowing difficulties are at increased risk of aspiration and may develop aspiration pneumonia. This qualitative study aimed to explore the experiences of stroke patients living with dysphagia in a hospital in Songkhla Province, Southern Thailand. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with two groups of stakeholders: patients and caregivers, totaling 12 participants, selected using

purposive sampling. Interviews continued until data saturation was achieved, and the data were analyzed using content analysis. The study findings revealed four themes regarding the experience of living with dysphagia among stroke patients: (1) dysphagia as profound suffering and a cause of changes in family life, (2) family involvement and organizational support, (3) restoration of identity and social roles, and (4) obstacles to rehabilitation among dysphagia patients. The findings suggest that the data can inform policy development for stroke patients with dysphagia. Additionally, community services should be developed, along with telephone or application-based counseling, to increase the continuity and effectiveness of rehabilitation, and be based on consideration of the individual needs of patients, the readiness and capabilities of their families, and the resources of healthcare facilities to ensure effective and sustainable rehabilitation outcomes.

Keywords: Community-based rehabilitation, Patient experience, Stroke patients, Dysphagia

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและพิการในประชากรทั่วโลก รายงานจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World stroke organization) พบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ราว 12 ล้านราย ในจำนวนนี้ 6.5 ล้านรายเสียชีวิต และอีก 100 ล้านราย มีประสบการณ์โรคหลอดเลือดสมองในชีวิตของตนเอง [1] สำหรับประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 349,126 ราย มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.0 และอัตราการพิการ ร้อยละ 60.0 โดยส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตมีอายุไม่เกิน 70 ปี [2] จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สร้างภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข การทำความเข้าใจและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ [1, 2]

ภาวะกลืนลำบากเป็นภัยคุกคามของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย การดำเนินชีวิต การมีส่วนร่วม และการเข้าสังคม อาการกลืนลำบากพบได้มากถึงร้อยละ 50 – 80 ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์แรกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเฉียบพลันพบได้สูงถึงร้อยละ 65.0 [3] ประเทศไทยพบความชุกผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30.0 [4] ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะกลับมารับประทานอาหารได้เองภายใน 2 - 4 สัปดาห์ และร้อยละ 11.0 - 50.0 จะคงภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 6 เดือน กลุ่มผู้ป่วยที่คงภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 1 ปี มีแนวโน้มที่จะรับประทานอาหารทางสายไปตลอดชีวิต [5] ภาวะกลืนลำบากมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านโครงสร้างกายวิภาคและความผิดปกติของกลไกการทำงานจากระบบประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลายส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการเคี้ยว คลุกเคล้าอาหาร การส่งอาหารไปยังคอหอยล่าช้า ความบกพร่องในกลไกป้องกันระบบทางเดินหายใจ เกิดอาการไอ สำลัก เสียงพลาเครือ อาหารย้อนกลับมาทางจมูก และหดรูดส่วนต้นของกระเพาะอาหารไม่เปิด [6] ผลกระทบด้านสุขภาพที่สำคัญของการกลืนลำบาก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอ [6, 7] รวมถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนและกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ที่สามารถพัฒนาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ [8, 9] ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากอาจสูญเสียบทบาททางครอบครัวและสังคม สูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยผู้ป่วยจำนวนมากต้องการกลับไปรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวและเพื่อนตามปกติ แต่เมื่อมีอาการมักรู้สึกอึดอัดหากต้องร่วมโต๊ะอาหาร ส่งผลให้การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านหรืองานสังสรรค์ลดลง [10-12]

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากควรได้รับการฟื้นฟูทันทีเมื่ออาการโรคหลอดเลือดสมองคงที่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการกลับมารับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ ผู้ป่วยในเขตเมืองมักเข้าถึงบริการฟื้นฟูได้ต่อเนื่อง แต่บางรายยังประสบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยปรับตัว สนับสนุนการฝึกกลืน และจัดสิ่งแวดล้อมให้อาหารให้เหมาะสมตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ [4, 13-15] หลักฐานจากงานวิจัยชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์สำคัญต่อความสำเร็จของการฝึกกลืน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนมักปฏิบัติตามแบบฝึกหัดได้สม่ำเสมอ และมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น [16, 17] อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยจำนวนมากขาดการติดตามจากทีมฟื้นฟู ส่งผลให้บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแลยิ่งมีความสำคัญในการกระตุ้นและดูแลการฝึกกลืน ปัญหาที่พบในการดูแล ผู้ดูแลบางรายจะเผชิญอุปสรรคในการฟื้นฟู เช่น ขาดความมั่นใจ ความรู้ ความต่อเนื่อง รวมถึงจำกัดจากภาวะโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเอง [9, 10, 13, 17] ดังนั้นการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงมีความจำเป็น

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกครอบคลุมทั้งโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีหน่วยบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลืนลำบากรองรับผู้ป่วย จากสถิติงานกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้รับบริการกลืนลำบากทั้งสิ้น 254 ราย เป็นผู้รับบริการภาวะกลืนลำบากจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 83.0 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากยาวนานเกินกว่า 6 เดือน ร้อยละ 25.5 และมากถึงร้อยละ 76.0 กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวที่บ้าน มีเพียงร้อยละ 24.0 ที่ถูกส่งไปฟื้นฟูสภาพต่อยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง [18] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลและฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านและกลับไปอยู่ในชุมชน ปัญหาการดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในชุมชน อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาระของครอบครัว การศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากยังมีข้อมูลจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศและมุ่งเน้นเพียงช่วงเวลา 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค ไม่พบการศึกษาในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในระยะยาวหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งเป็นช่วงที่การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพลดลง และภาระการดูแลตกอยู่กับครอบครัวอย่างมาก [4, 8, 10, 11] ดังนั้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากและนำผลไปออกแบบบริการฟื้นฟูที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ได้บูรณาการประยุกต์แนวคิดจากกรอบ Biopsychosocial-spiritual model, Family-centered care model และ Continuity of care model เพื่ออธิบายประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากแบบองค์รวมใน 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล เพื่อเข้าใจผลกระทบของภาวะกลืนลำบากต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) ระดับครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจบทบาทการรับรู้ และภาระของครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย 3) ระดับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเข้าใจการเชื่อมโยงและความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในชีวิตประจำวันที่มาใช้บริการฟื้นฟูสภาพทางการกลืน ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลจากความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) จาก 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ผู้ป่วย โดยได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคหลอดเลือดสมองและการวินิจฉัยรองภาวะกลืนลำบาก มีอาการกลืนลำบากมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ 2) ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากอย่างน้อย 1 เดือน และมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม ถูกแนะนำโดยนักกิจกรรมบำบัดประจำหน่วยบริการกลืนลำบากของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ประเมินและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืนของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้รับรายชื่อเบื้องต้นและเป็นผู้ติดต่อเชิญผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา รวมทั้งขอความยินยอมอย่างเป็นทางการก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวคำถามปลายเปิด มีคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง ประเด็นคำถามครอบคลุมประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะกลืนลำบาก 2) ผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์จิตใจ 3) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม 4) การปรับตัวและการจัดการชีวิตประจำวัน 5) ประสบการณ์กับระบบสุขภาพและการฟื้นฟู 6) ความต้องการและอุปสรรคของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Expert validation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความชัดเจนของคำถาม ปรับปรุงเครื่องมือจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้เครื่องมือสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงจริง จำนวน 1 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและความชัดเจนของคำถาม ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

4. การรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 14 ครั้ง ครั้งละ 40 - 60 นาที ในผู้ป่วย จำนวน 6 ราย และผู้ดูแล จำนวน 6 ราย บางรายมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2564 สถานที่ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ห้องกิจกรรมบำบัด ห้องประชุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ และบ้านของผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยบันทึกเสียง (Audio recording) ด้วยโทรศัพท์มือถือผ่านความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเสียงจากการสัมภาษณ์ถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) โดยผู้ร่วมวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องเทียบกับไฟล์เสียงต้นฉบับ รวมทั้งตรวจสอบซ้ำ (Cross-check) จากผู้วิจัย ไฟล์เสียงและเอกสารถอดเทปทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์มีรหัสผ่านป้องกัน มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อปกปิดตัวตนและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นเวลา 5 ปี หลังสิ้นสุด

การวิจัยจะถูกกลบและทำลายอย่างถาวร ในรายงานการวิจัยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลจะถูกแทนด้วยรหัส เพื่อรักษาความลับและป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อกระบวนการ ได้แก่ ผู้วิจัยให้อิสระแก่ผู้เข้าร่วมในการให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย การจัดสภาพแวดล้อมการสัมภาษณ์ให้มีความเป็นส่วนตัว ปราศจากเสียงรบกวน และเอื้อต่อการสื่อสารอย่างเป็นธรรมชาติ มีการสร้างสัมพันธภาพที่เป็นมิตรและเคารพซึ่งกันและกัน เช่น การจัดทำนั่งในระดัเดียวกัน การใช้ภาษาสุภาพ เข้าใจง่าย และการตั้งคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาจากการสัมภาษณ์กลับไปยังผู้ให้ข้อมูลทันทีหลังการสนทนา เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ตรงกัน และผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งเพื่อประเมินว่ามีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เกิดขึ้นหรือไม่ จนกระทั่งข้อมูลเริ่มซ้ำและไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม จึงสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation)

ตารางที่ 1 ตารางสรุปการเก็บข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล	บทบาท	จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์	ระยะเวลา (นาที)	วันที่สัมภาษณ์	สถานที่สัมภาษณ์
P1	ผู้ป่วย	1	55	20 มิ.ย. 2563	บ้านผู้ป่วย
P2	ผู้ป่วย	1	48	5 ก.ค. 2563	บ้านผู้ป่วย
P3	ผู้ป่วย	2	44, 52	13, 28 ส.ค. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
P4	ผู้ป่วย	1	53	15 ก.ย. 2563	ห้องประชุม หน่วยบริการปฐมภูมิ
P5	ผู้ป่วย	1	50	3 พ.ย. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
P6	ผู้ป่วย	1	55	25 ม.ค. 2564	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C1	ผู้ดูแล	1	60	20 มิ.ย. 2563	บ้านผู้ป่วย
C2	ผู้ดูแล	1	58	5 ก.ค. 2563	บ้านผู้ป่วย
C3	ผู้ดูแล	1	40	28 ส.ค. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C4	ผู้ดูแล	1	60	15 ก.ย. 2563	ห้องประชุม หน่วยบริการปฐมภูมิ
C5	ผู้ดูแล	2	40, 50	3, 10 พ.ย. 2563	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล
C6	ผู้ดูแล	1	48	28 ม.ค. 2564	ห้องกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลถูกแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจบริบท แยกหน่วยความหมาย (Meaning units) ทำการย่อหน่วย (Condensation) และตั้งรหัส (Coding) เพื่อแทนความหมายหลักของข้อมูล รหัสที่มีความคล้ายคลึงกันถูกจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-theme) และจัดระบบต่อเป็นหมวดหมู่หลัก (Themes) ที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่มีความเหมือนกันถูกจัดรวมไว้ด้วยกัน ส่วนข้อมูลที่แตกต่างกันจะถูกจัดกลุ่มใหม่ตามบริบทและความหมาย สรุปความตามประเด็นและเขียนคำบรรยายอย่างเป็นระบบตามเนื้อหาที่ปรากฏโดยละเอียด

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) และการหารือกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เพื่อตรวจสอบรหัสและการวิเคราะห์ประเด็นหลักให้เกิดความสม่ำเสมอและลดอคติของผู้วิจัย และความมั่นคงของผลการวิจัย (Dependability) ทำโดยการจัดทำบันทึกขั้นตอนการวิเคราะห์ (Audit trail) เพื่อให้กระบวนการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ คงเส้นคงวา และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ การวิเคราะห์ทั้งหมด ความเป็นกลางตรวจสอบได้ (Confirmability) ทำได้โดยแยกมุมมองส่วนตัว

ของผู้วิจัยออกจากข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตั้งรหัสด้วยวิธี Manual กำหนดรหัสและเปรียบเทียบผลการให้รหัสร่วมกับผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์เพื่อสร้างความสม่ำเสมอ (Intercoder reliability)

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 – 70 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 33.3 และกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 16.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะกลืนลำบากส่วนใหญ่อยู่ในระยะเวลาภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 33.3 ระดับอาหารตาม FOIS score อยู่ในระดับรับประทานทางปาก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และรับประทานอาหารทางสาย ร้อยละ 33.3 การรับบริการฝึกกลืนมารับบริการฝึกกลืนที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและฝึกกลืนพร้อมแพทย์นัด เท่ากันที่ร้อยละ 50.0 บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่ มีบทบาทเป็นมารดา และแม่บ้าน ร้อยละ 50.0 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 33.3 และเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.7

ส่วนผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.32 ขณะที่ช่วงอายุ 21 – 30 ปี, 31 – 40 ปี, 41 – 50 ปี, และ 61 – 70 ปี มีจำนวนเท่ากันคือช่วงละ ร้อยละ 16.7 และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบุตรและสามีภรรยา อย่างละร้อยละ 50.0

การสรุปประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อค้นพบในประเด็นหลักและประเด็นย่อย

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ความทุกข์จากการกินอาหารไม่ได้ - ภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวช่วยฝึกกินอย่างปลอดภัย - กระบวนการฟื้นคืนสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - การคืนสู่บทบาทเดิม - การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม
อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก	<ul style="list-style-type: none"> - อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแล - อุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร

ประเด็นหลักที่ 1 : ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว เป็นผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ แสดงให้เห็นถึงภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและครอบครัวในมิติของสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1.1 : ความทุกข์จากการกินอาหารไม่ได้ เป็นความรู้สึกด้านลบหรือความทุกข์ใจที่เกิดจากความสามารถในการกลืนอาหารลดลงหรือไม่สามารถกินอาหารตามปกติได้ ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเจ็บปวดขณะรับประทานอาหาร ความทรมานเมื่อเกิดการสำลัก ไร้ความสุขกับการรับรสชาติ และเกิดความทุกข์ที่ต้องใช้ชีวิตไม่เหมือนบุคคลอื่น ได้แก่

กินเหมือนไม่ได้กิน ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย รู้สึกว่าการรับประทานอาหารทางสายเป็นการกินที่ไม่รู้สึกว่าได้อาหารตามปกติ แม้ว่าทางกายภาพร่างกายจะได้รับพลังงาน สารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอทางสายให้อาหาร แต่กลับไม่รู้สึกอิ่มท้องเหมือนไม่ได้กินอะไร ผู้ป่วยหลายรายมองว่าการกินผ่านสายว่าเป็นกระบวนการ

ที่ขาดความสุข ไม่ก่อให้เกิดความพึงพอใจหรืออึดอ้อมใจ เนื่องจากไม่มีการเคี้ยวหรือการรับรสอาหารผ่านช่องปาก ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกอยากอาหารและกระหายน้ำอยู่ตลอดเวลา และมักแสดงพฤติกรรมร้องขออาหารจากผู้ดูแลเป็นประจำ จึงกลายเป็นช่วงเวลาแห่งความทุกข์ในช่วงมื้ออาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ไม่มีรสชาติ กินเหมือนไม่ได้กิน กินทางจมูกไม่ผ่านปาก ไม่มีความสุขขณะกิน” P1

ความเจ็บปวดของมนุษย์ ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย กล่าวถึงความเจ็บปวด อึดอัด และไม่สบายตัวจากการที่ร่างกายต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและของเหลวจากการใส่สาย ในบางรายส่งผลต่อการสื่อสาร มีอาการเสียงแหบหรือเสียงขึ้นจมูกร่วมด้วย เมื่อถึงเวลาที่จะต้องเปลี่ยนสายให้อาหาร ผู้ป่วยหลายรายแสดงพฤติกรรมต่อต้าน หลีกเลียง หรือขัดขืนการใส่สาย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “เวลากินก็ปวดเพราะมีสายวางอยู่ ปวดในคอ เลยไม่อยากใส่สาย มีแต่ความทรมาน” P1 ส่วนสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทางจิตใจ เช่น เครียด กังวลใจ อารมณ์หงุดหงิด กลัวการสำลักหรือหายใจไม่ออก ทำให้ผู้ป่วยต้องระมัดระวังและใช้เวลานานในการกินแต่ละคำ ผู้ป่วยสูงอายุหลายรายที่การรับรู้ดีหรือกลุ่มที่พูดคุยสื่อสารได้ตามปกติจึงเลือกปฏิเสธกลับไปใส่สายเนื่องจากไม่อยากทรมานกับความเจ็บปวดขณะใส่สาย เลือกวิธีที่จะกินทางปากอย่างอดทน และยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดการสำลักขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พอสายหลุด จะพาไปโรงพยาบาล แก (ผู้ป่วย) บอกไม่ไป ไปก็อดตาย ไม่ได้กินอะไร ทรมาน อยู่แบบกินทางสาย” C1

ไม่เหมือนมนุษย์ ผู้ดูแล 4 ราย กล่าวถึงรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วยที่มีสายวางให้อาหารว่าแตกต่างจากบุคคลทั่วไป การลดลงของน้ำหนักตัวและความซบเซมจากภาวะขาดสารอาหารทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมองว่าสายให้อาหารเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายไม่ได้สร้างขึ้นตามธรรมชาติ และเปรียบเสมือนส่วนเกินของร่างกายที่ส่งผลต่อสภาพลักษณะ แม้ในช่วงบั้นปลายชีวิต ผู้ดูแลหลายรายยังให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้ โดยเชื่อว่าการถอดสายให้อาหารก่อนเสียชีวิตเป็นสิ่งที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “คุณพ่อใส่สายอาหารทางจมูกเหมือนมิงวง สายระโยงระยางไปหมด” C1, และ “การคาสายเป็นอะไรที่น้ำหนัก มุมมองที่มันผิดปกติกินได้ทางปากเป็นจิตวิญญาณของการเป็นมนุษย์จะตายก็อยากให้ครบ” C6

ประเด็นย่อยที่ 1.2 : ภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว การกลืนลำบากส่งผลโดยตรงต่อบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีชีวิตความเป็นอยู่ต้องปรับเปลี่ยนไป การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากไม่ได้จำกัดอยู่ในขอบเขตของการให้อาหารหรือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเท่านั้น แต่ครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของชีวิต ดังนี้

ภาระของการดูแลในโรคที่เป็น ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงความรับผิดชอบหรือสิ่งที่ต้องแบกรับของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวทั้งที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน อาทิ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร รวมถึงญาติที่มีได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ต่างผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเริ่มกลับมาพักฟื้นที่บ้าน หน้าที่ในการดูแลจะตกอยู่กับสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกันเป็นหลัก โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรต้องปรับตารางชีวิตเพื่อรองรับภารกิจใหม่ที่เพิ่มขึ้นในชีวิตประจำวัน หน้าที่ของผู้ดูแลครอบคลุมหลายด้าน เช่น การดูแลสุขอนามัยในช่องปาก การจัดหา เตรียมอาหาร รวมถึงการจัดยาให้ตรงตามมือ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือทุกขั้นตอน รวมถึงการดูแลความปลอดภัยขณะรับประทานอาหาร นอกจากนี้ หน้าที่ของผู้ดูแลยังครอบคลุมถึงการพาผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พาไปหาหมอทุกเดือน กินต้องนั่งเฝ้า กลัวสำลัก การดูแลทุกอย่างเพราะพ่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้” C4

ภาระทางการเงินที่ถาโถมสู่ครอบครัว ผู้ป่วย 3 ราย และผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึงความยากลำบากของครอบครัวที่เผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากความจำเป็นในการจัดหาอาหารเฉพาะทาง ทั้งรูปแบบอาหารทางสายและอาหารฝึกกลืนทางปาก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสูงขึ้น ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลรายวันหรือรายเดือน ผู้ป่วยหลายรายอยู่ในวัยสูงอายุไม่มีรายได้ทำให้แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายมาจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีเงินออมจากการทำงาน

ก่อนหน้าจำเป็นต้องนำเงินดังกล่าวมาใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “เราหารายได้คนเดียว แต่ค่าใช้จ่ายเยอะมาก ค่าอาหารที่พอกินไม่เหมือนคนอื่น” C1, และ คำบอกเล่าของผู้ป่วย “ป้ามีเงินเก็บจากการขายของ เอาเงินส่วนนั้นมารักษาตัว จ้างลูกหลานมาช่วยกันดู” P3

การเปลี่ยนแปลงในวิถีการทำงานของครอบครัว ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะหน้าที่การทำงาน สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัยทำงานและเป็นครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ คู่สมรสหรือบุตร ต้องปรับเปลี่ยนตารางชีวิต และภาระหน้าที่เดิมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด หลายครอบครัวต้องปรับลักษณะการทำงาน เช่น ทำงานจากที่บ้าน ลดชั่วโมงการทำงาน หรือยุติอาชีพเสริม และงานนอกบ้านชั่วคราวหรือถาวร ผู้ดูแลบางรายที่กำลังศึกษาหรือประกอบอาชีพที่ไม่เอื้อต่อการลาหยุดบ่อยครั้ง อาจจำเป็นต้องหยุดเรียน หยุดงานหรือแม้กระทั่งลาออกจากงาน สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่ครอบครัวต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “หนูต้องลาออกจากงานมาดูแลแม่ พยายามหางานออนไลน์ทำแทน” C5

ภาวะที่บั่นทอนสุขภาพและความสัมพันธ์ ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการประสบปัญหาทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ เนื่องจากต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับภารกิจในชีวิตประจำวัน เวลาพักผ่อนที่ลดลงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัว อาจเกิดการกำเริบหรือเจ็บป่วยเพิ่มเติม ในระยะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิดและตอบสนองต่ออารมณ์ของผู้ป่วยที่มักแสดงถึงความหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวจากความไม่สบายกายและการสูญเสียความสามารถเดิม ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความอ่อนล้า และภาวะทุกข์ทางจิตใจที่สะสมต่อเนื่อง อีกทั้งบทบาทการดูแลที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การเกิดความขัดแย้ง การแบ่งหน้าที่ไม่ชัดเจน หรือการปฏิเสธความรับผิดชอบ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ผมเครียดมากกว่าเขา (ผู้ป่วย) ไหนจะเรื่องงาน ไหนจะเรื่องเขาด้วย นอนก็ไม่หลับ ต้องดูแลเขา 24 ชั่วโมง” C4, และ “ป้าก็ป่วย หลังจากดูแลลุง (ผู้ป่วย) ได้ 6 เดือน ตอนนี้นำก็อ่อนแรงครึ่งซีก” C2

ประเด็นหลักที่ 2 : การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน เมื่อคนในครอบครัวเผชิญกับภาวะกลืนลำบาก ผู้ดูแลจึงปรับตัวเพื่อเรียนรู้กับอาการของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจในตัวโรคปรับเปลี่ยนร่วมมือกันดูแลบุคคลที่ป่วยและได้รับการดูแลฟื้นฟูสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 : ครอบครัวช่วยฝึกกินอย่างปลอดภัย ครอบครัวร่วมดูแลจัดการอาหารและการจัดหาอุปกรณ์ รวมทั้งปรับวิธีการกิน ให้ผู้ป่วยกลืนอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะกลืนอาหาร ได้แก่

การจัดการอาหาร ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึงการช่วยกันดูแลอาหารสำหรับผู้ป่วย รวมถึงจัดหาวัตถุดิบที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้ป่วย โดยเริ่มจากการปรับอาหารให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการสำลักและให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล และปรับตามประสบการณ์เดิมในอดีตของตนเอง เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ดูแลจึงได้รับคำแนะนำให้ปรับอาหารเริ่มฝึกกินอาหารปั่นละเอียดทางปาก ตามด้วยบดละเอียด ต่อด้วยอาหารอ่อนนุ่ม ส่วนเนื้อสัตว์ยังคงไว้เรื่องการทำให้ نرمง่ายต่อการบดเคี้ยว นำมาปรุงโดยการต้มให้นุ่มและบดสับให้ละเอียด ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ป้ากินข้าวยังไม่ปกติ ข้าวก็ปั้น ต้มเปื่อย ๆ เอาข้าวท่อนเล็ก ๆ มาต้ม เอาผักมาต้ม ต้มปลา หมู ไก่ ยังบดอยู่” P3 ส่วนผลไม้เลือกรับประทานเนื้อสุกนิ่ม เลี่ยงรับประทานผลไม้ที่มีน้ำมากโดยตรง ใช้การปรับเนื้อให้ชื้น ปั่นละเอียดเป็นเนื้อเดียวกัน “กินมะละกอสุก กล้วยก็ชอบ ส้มป้าก็บิบนาน้ำมาทำน้ำปั่น น้ำชมพูปั่น” C2 นอกจากนี้ การวางแผนมื้ออาหารล่วงหน้า ในกลุ่มที่ประกอบอาหารด้วยตนเองช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและจัดการเวลาได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลจะทำตารางอาหารประจำวันและสอบถามความต้องการจากผู้ป่วย วางแผนการจับจ่ายอาหาร โดยวัตถุดิบหลักซื้อแบบรายเดือน เช่น ข้าวสาร ส่วนอาหารประเภทของสด ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ วางแผนเป็นรายสัปดาห์ ในบางวันจะผลิตอาหารหรือซื้ออาหารไว้ตั้งแต่ช่วงเช้าของวันและแบ่งไว้อุ่นรับประทานในมื้อถัดไป ผู้ดูแล

ที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ จะสั่งอาหารจากร้านอาหารที่ไว้ใจได้และนำส่งถึงบ้าน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ไปซื้อของสดบ้างหนึ่ง สามถึงสี่วัน หลัก ๆ จะเลือกซื้อปลา ผัก ผลไม้ ส่วนข้าวซื้อมาเดือนละครั้ง แบ่งหุงแบ่งต้มเอา” C5

การป้องกันการล้าจากการกิน ผู้ดูแล 5 จาก 6 ราย กล่าวถึง คนในครอบครัวช่วยดูแลวิธีรับประทานอาหาร โดยปรับท่าทางการกลืนและการจัดท่าอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดการกลืนที่ปลอดภัย ดังนี้ การปรับรูปแบบและท่าทางการรับประทานอาหาร การฝึกรับประทานอาหารทางปากในช่วงแรกต้องรับประทานอาหารอย่างช้า คำเล็ก หากรับประทานอาหารได้ไม่มากให้เพิ่มมื้ออาหารให้ถี่ขึ้น รับประทานอาหารในท่านั่ง ก้มหน้าเล็กน้อยขณะกลืน ผู้ดูแลจะสำรวจอาหารที่ค้างอยู่ในช่องปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ใช้เวลากินข้าวสักยี่สิบนาทีได้ ค่อย ๆ กินไป กินช้า ๆ คำเล็ก ๆ รอจังหวะก้มหน้ากิน” P3 การเตรียมอุปกรณ์ ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการดื่มน้ำในปริมาณมากและเกิดอาการล้า ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดท่าดัดแปลงอุปกรณ์โดยใช้ประสบการณ์เดิมมาปรับใช้ เช่น ขวดนม ขวดน้ำดื่ม นักกีฬา หลอดดูดขนาดเล็ก ซ้อนกาแฟ และตวงปริมาณให้ผู้ป่วยดื่มให้เพียงพอต่อวัน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ผมใช้ขวดน้ำนักกีฬา ปากขวดเล็กลง ดื่มไม่ล้าสัก” C4 การดูแลอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ผู้ดูแลจะต้องดูแลเรื่องความสะอาดของอุปกรณ์ที่ใช้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ฆ่าเชื้อด้วยการนึ่งหรือต้ม ก่อนใช้ต้องฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์ จัดวางในกล่องเพื่อป้องกันการใช้งานและแยกไม่ให้ปนเปื้อนกับบุคคลในบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 2.2 : กระบวนการฟื้นคืนสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

การฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผู้ดูแล 5 ราย ให้ข้อมูลความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก ตั้งแต่การรักษานในหอผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน การฟื้นฟูยังคงดำเนินการต่อผ่านบริการผู้ป่วยนอก โดยนัดหมายเข้ารับการฝึกเฉพาะราย ความถี่ในการเข้ารับบริการแตกต่างกันตั้งแต่สัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูง เช่น ผู้ที่มีอาการสำลักน้ำลายตลอดเวลา กลืนลำบากอย่างรุนแรง ถือเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการฟื้นฟูด้วยความถี่สูงและต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เฉพาะทาง นักกิจกรรมบำบัดจะพิจารณาการใช้เครื่องกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าบริเวณกล้ามเนื้อกลุ่มการกลืน ควบคุมไปกับการบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกรับประทานอาหารทางปาก และการปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “นักกิจกรรมบำบัดนัดที่สัปดาห์ละ 3 วัน ที่มาฝึก มาติดเครื่องกระตุ้นกลืน ไม่เคยขาดนัด จนตอนนี้จะ 4 เดือนแล้ว จากกลืนไม่ได้ กลืนไม่ลงเลย ตอนนี้เริ่มกินได้” P4

การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผู้ดูแล 4 ราย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในชุมชน เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน และถูกจำหน่ายกลับไปเยี่ยมชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงดำเนินการผ่านระบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่จะทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการฟื้นฟู ณ โรงพยาบาลได้ในช่วง 6 เดือนแรกหลังจำหน่าย ทีมเยี่ยมบ้านจะเข้าติดตามอย่างสม่ำเสมอในกรณีที่เฉลี่ยทุกสองสัปดาห์ การดูแลเบื้องต้นด้านการกลืนในบริบทชุมชนดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัดและพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการฟื้นฟูการกลืน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความซับซ้อนต่ำ โดยการบริหารกล้ามเนื้อ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ รวมถึงดูแลเปลี่ยนสายให้อาหาร ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “ไปที่โรงพยาบาลตามนัดบ่อย ๆ ไม่ได้ ทางมันไกล ต้องรอเขามาเยี่ยม มาบ่อย 2 สัปดาห์มาครั้ง เป็นพยาบาลหมอนักกายภาพ” C1

ประเด็นหลักที่ 3 : การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม เป็นความต้องการของผู้ป่วยในการกลับไปใช้ชีวิตเหมือนก่อนป่วย เพื่อคืนสู่บทบาทเดิมในครอบครัว ชีวิตส่วนตัว และสังคม ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 : การคืนสู่บทบาทเดิม ผู้ป่วยจำนวนมากปรารถนาจะกลับไปปฏิบัติตามบทบาทเดิมที่ตนเคยทำในชีวิตประจำวันในสถานการณ์ทางสังคมอย่างอิสระ โดยเฉพาะในบริบทของหน้าที่และความรับผิดชอบที่เคยดำรงมาก่อนช่วงเจ็บป่วย ได้แก่

การกลับไปสู่บทบาทในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วย 5 ราย กล่าวถึง ความต้องการหลังจากหายเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีความต้องการกลับมาทำหน้าที่ในฐานะผู้นำและดูแลรับผิดชอบด้านต่าง ๆ เช่นเดิม ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยเป็นมารดาหรือภรรยา แสดงความมุ่งหวังจะกลับมาดูแลกิจกรรมภายในบ้าน อาทิ การจัดเตรียมอาหาร การจับจ่ายซื้อของ และการดูแลความเป็นอยู่ของบุตรหลาน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุต้องการกลับไปใช้เวลาอย่างมีคุณค่าร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนความต้องการเชิงจิตใจและความผูกพันทางครอบครัว มีผลต่อความรู้สึกมีความหมายและศักดิ์ศรีในชีวิต ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*ไม่คิดว่าอยากตาย ไม่เคยท้อ อยากให้ได้อยู่ได้เห็นโลกภายนอกแบบนี้ อยากจะทำอะไรสักอย่างเพื่อลูกหลาน*” P1

การกลับไปทำงานเพื่อความหมายในชีวิต ผู้ป่วย 4 ราย กล่าวถึง ความต้องการที่จะกลับไปประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองและบุคคลในครอบครัว การกลับเข้าสู่กระบวนการทำงานไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อความต้องการทางเศรษฐกิจ หากยังสำคัญในการฟื้นฟูความรู้สึกว่าตนเองยังสามารถเป็นผู้มีคุณค่า การมีส่วนร่วมในอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกครั้ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่เคยค้าขายแสดงความต้องการจะกลับไปประกอบอาชีพ แม้จะลดระยะเวลาหรือภาระงานลงเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ แต่ยังคงเลือกทำงานต่อไปโดยไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน ไม่ถูกจำกัดให้ดำรงชีวิตอยู่เพียงในบทบาทของผู้รับการดูแลเท่านั้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*อยากหายแล้ว ถ้าอดสายเราอยากกลับไปขายของ ไม่ขายเยอะ ขายขนมเล็ก ๆ มีแค่กระเพาะใบเดียว*” P3, และ “*อยากกลับไปทำงาน ไม่อยากเป็นภาระ เราดูไม่มีคุณค่า*” P5

ประเด็นย่อยที่ 3.2 : การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยต้องการกลับไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามวิถีปกติของชีวิตประจำวัน ดังนี้

การกลับมามีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว ผู้ป่วย 3 ราย กล่าวถึงการอยากกลับไปร่วมกิจกรรมในครอบครัว ผู้ป่วยจำนวนมากมักถูกแยกหรือแยกตัวออกจากครอบครัวหรือรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว เนื่องจากความกังวลต่อการสำลัก ความรู้สึกอับอายหรือการมองว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้ป่วยอยากกลับมาเข้าร่วมสังสรรค์กับครอบครัวได้อีกครั้ง ไม่เพียงแต่เป็นกระบวนการทางโภชนาการ หากยังสะท้อนถึงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ ความผูกพัน และการตระหนักถึงคุณค่าของการเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกันในชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษของครอบครัว ทั้งในมิติการรับประทานอาหารและในพิธีกรรมสัญลักษณ์ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*เวลากินเขาก็แยกจัดอาหารเฉพาะเรากิน อยากไปนั่งพร้อมเขา*” P4, และ “*อยากจัดงานวันเกิด เป่าเค้ก กินเค้กกับลูก*” P6

การฟื้นคืนความมั่นใจในตนเองและการสร้างปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วย 5 ราย กล่าวถึงการมีสายให้อาหารทางจมูกถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น และส่งผลกระทบต่อความมั่นใจของผู้ป่วยในการเผชิญหน้ากับสังคม สายให้อาหารที่ปรากฏภายนอกร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่นและไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ การใช้สายให้อาหารยังมีข้อจำกัดหลายประการในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจำนวนมากแสดงความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการสำลักต่อหน้าผู้อื่น ความไม่มั่นคงของสายซึ่งอาจเลื่อนหลุดระหว่างการเคลื่อนไหว และการเผชิญกับสายตาของบุคคลภายนอกที่อาจทำให้รู้สึกอับอาย ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจึงเลือกใช้วิธีการปกปิดหรืออำพรางสายให้อาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยอย่างชัดเจนในที่สาธารณะ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “*วันก่อนไปช่วยเพื่อนขายของ เอาสายใส่ในแมส (หน้ากากอนามัย) ไม่มีใครรู้ ซ่อนไว้*” P3 นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายรายยังแสดงความต้องการที่จะกลับมาทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การจับจ่ายซื้อของในตลาดหรือห้างสรรพสินค้า การพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูง รวมถึงการท่องเที่ยว

โดยไม่ต้องเป็นภาระให้แก่ผู้อื่นในเรื่องการดูแลหรือการจัดการอาหารในแต่ละมื้อ “แม่ (ผู้ป่วย) แค่อยากไปคุยไปเที่ยวกับเพื่อน เขานั่งกินกัน เราก็นั่งคุย ถ้าหายจะไปกินกาแฟกัน ชวนกันไว้แล้วไปร้องคาราโอเกะ” P5

ประเด็นหลักที่ 4 : อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ขัดขวางต่อการฟื้นฟูความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือระบบสนับสนุนด้านบริการสุขภาพ ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 4.1 : อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแล ในบริบทของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก อุปสรรคประเภทนี้หมายถึง ปัจจัยที่มาจากความสามารถ ทักษะ สภาพจิตใจ และทรัพยากรของครอบครัวหรือผู้ดูแล ได้แก่

ขาดความรู้หรือทักษะ ผู้ดูแล 4 ราย กล่าวถึง ครอบครัวและผู้ดูแลมักเผชิญปัญหาการขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารดัดแปลง เช่น การปรับเนื้อสัมผัส การทำให้อาหารมีความชื้นหนืดที่เหมาะสมหรือการจัดท่าทางในการป้อนอาหาร ซึ่งความไม่เข้าใจดังกล่าวส่งผลให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และบางครั้งอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเปล่าโดยตรงจากแก้วในปริมาณมากจนสำลัก ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “เรียนที่โรงพยาบาลจำได้ไม่หมด กลับมาก็แถม (พยายาม) ทำเอา...บางทีกินไปหมัก (สำลัก) ไป แค้น (ผืน) กินไป” C2

ความเครียดทางอารมณ์ ผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึง การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากในชีวิตประจำวันสร้างภาระทางอารมณ์แก่ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างมาก ทั้งความวิตกกังวลว่าจะเกิดการสำลัก ความกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ รวมถึงความรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดกำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธอาหารที่ถูกปรับลักษณะแล้ว การต้องปรับพฤติกรรมการกินทั้งครอบครัวเพื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มความตึงเครียดความกดดันหรือความหงุดหงิดในครอบครัว อาจลดการสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “พี่ก็เครียด เราดูแลคุณพ่อตลอดเวลา เกือบ 6 เดือน เวลาแกคือ แก่ดิ่งสาย เราก็ดูว่าดูจุดจางไม่ตีใส่ จะชวนฝึกก็ไม่เอา ก็ไม่ต้องฝึก พอเราเบาโกรธเราก็ไปขอโทษเขา” C1

อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลทั้ง 6 ราย กล่าวถึง หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จำกัดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบครัวและผู้ดูแลต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงอาหารดัดแปลงหรือสูตรเฉพาะโรค และต้องปรับอาหารที่ใช้รับประทานร่วมกันในครอบครัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อประหยัดวัตถุดิบ ผู้ดูแลยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล การใช้บริการรถเข็นหรือรถรับส่ง รวมถึงเวลาที่ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยไปฝึกกลืน การพึ่งพาการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลจึงไม่สะดวกหรือไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลบางครอบครัวจึงเลือกฝึกกลืนทางปากที่บ้านด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “แม่เป็นไต ต้องเป็นสูตรเฉพาะโรค ราคาหลักพัน จะซื้อมาตุ๋นก็ทำไม่ได้” C5

ประเด็นย่อยที่ 4.2 : อุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร เป็นข้อจำกัดหรือความไม่เพียงพอของโครงสร้างบริการสุขภาพ ทรัพยากร บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ และการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องหรือมีประสิทธิภาพ ได้แก่

ขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึงความกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกลจากโรงพยาบาลหลัก มักประสบกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะการขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลในเขตเมือง การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนจึงอาศัยการติดตามอาการและการดูแลเบื้องต้นโดยทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ ปรับบทบาทและหน้าที่ ตัวอย่างเช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย ซึ่งทำหน้าที่ร่วมกันในการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยในลักษณะทดแทนการขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัด อาจจะไม่สามารถทดแทนในกรณีที่ซับซ้อนได้โดยตรงทั้งหมด ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “นักกิจกรรมบำบัดฝึกกลืน ต้องเดินทางไปฝึก ไกลไปไม่ได้ อยากให้เขามาฝึกที่หน่วยใกล้ ๆ บ้าน” C2

ขาดช่องทางการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงง่าย ผู้ดูแล 3 ราย ให้ข้อมูลในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักประสบกับความไม่แน่ใจ มีข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ความกังวลเหล่านี้มักถูกเก็บไว้รอสอบถามในวันนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการดูแลและการพลาดโอกาสสำคัญในการฟื้นฟู หรือแม้กระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การที่ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจหรือจัดการสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างทันท่วงที สะท้อนถึงความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลและคำปรึกษาทางสุขภาพที่มีความรวดเร็วและหลากหลายรูปแบบ ผู้ดูแลจึงต้องการช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพที่สะดวกต่อการเข้าถึง ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “*ต้องการคำแนะนำ คำถามจะเกิดตอนกลับบ้าน เราจะจัดการอย่างไรต่อ อยากให้มีช่องทางการปรึกษา*” C5

ขาดแคลนอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม ผู้ดูแลทุกรายสะท้อนความยากลำบากในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับภาวะกลืนลำบาก อาหารเหล่านี้มักไม่มีจำหน่ายตามร้านทั่วไป และการทำเองต้องใช้เวลาและความรู้เฉพาะทาง ผู้ป่วยต้องการเข้าถึงร้านค้าที่สะดวก ปลอดภัย และราคาอย่าแพง ในประเภทอาหารปั่นทางสายยาง ผู้ป่วยต้องเดินทางไปซื้ออาหารในโรงพยาบาลหรือร้านค้าในตัวเมืองซึ่งมีระยะทางมากกว่า 20 กิโลเมตร และส่วนใหญ่มีราคาแพง หากจะซื้อมาตุ๋นไว้จะเกินกำลังด้านการเงิน ส่วนการประกอบอาหารทางสายด้วยตนเองสร้างความยุ่งยากและใช้เวลาในปรุง นอกจากนี้ยังต้องการอาหารฝึกกลืนทางปากในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มฝึกกลืนทางปาก ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีประกอบอาหารเองให้มีความหนืดขึ้นตามคู่มือญาติบางรายมีข้อจำกัดในการประกอบอาหาร เช่น เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้ป่วยอ่อนแรง เป็นเด็ก ต้องสั่งซื้อรายวันจากร้านขายอาหารเข้าในชุมชน และใช้วิธีอุ่นรับประทาน เกิดปัญหาเรื่องความชื้นหนืดของอาหารไม่ได้มาตรฐานตามระดับการกลืนของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแล “*ผูก (ปั่นโต) ลิบวันทำร้อย ลิ้นเปลือง เราทำเองมันลำบากถึงพอเราเป็น (ป่วย) กัน (ญาติผู้ดูแลหลักป่วยเป็น Stroke) สับหมูยังไม่ซับ (ถนงค์) มีอนี้ก็ไม่ซับ*” C2

อภิปราย

ประเด็นหลักที่ 1 ภาวะกลืนลำบาก : ความทุกข์ที่ลึกซึ้งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว อธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารทางสายเป็นความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว มุมมองการได้รับอาหารผ่านทางสายให้อาหารเป็นเพียงการป้อนอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างจำกัดผ่านความเจ็บปวดและไม่เหมือนมนุษย์ ประเด็นกินเหมือนไม่ได้กิน อธิบายภายใต้กรอบแนวคิด Biopsychosocial-spiritual model ในมิติทางชีวภาพ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สบายตัว สูญเสียการรับรสชาติที่เคยเป็นกิจกรรมพื้นฐานของชีวิต ในมิติทางจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนและความสุขในการกิน อันเป็นกิจกรรมที่เคยเชื่อมโยงกับความพึงพอใจและความปกติในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bushuven and et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยมองว่ารสชาติและความพึงพอใจในการกินเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับสารอาหารทางสายเป็นการกินที่ถูกจำกัดความสุขและความเพลิดเพลิน แต่จำเป็นต้องกินเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด [9] ประเด็น ไม่เหมือนมนุษย์ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองว่ารูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วยไม่เหมือนคนปกติ ภายใต้มิติทางจิตวิญญาณ การมีสายให้อาหารติดตัวเป็นสิ่งที่ไม่มองเห็นและสัมผัสได้อย่างเป็นรูปธรรม บ่งชี้ให้คนรอบข้างรับรู้ถึงความเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมองว่าการกินทางปากได้เป็นเรื่องจิตวิญญาณที่มนุษย์ทุกคนต้องมี สอดคล้องกับงานวิจัย Carlsson and et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการมีสายให้อาหารทำให้ผู้ป่วยไม่เหมือนมนุษย์ เนื่องจากการมีสายให้อาหารติดตัวตลอดเวลาทำให้รู้สึกต่างจากคนทั่วไปและเหมือนเครื่องจักรที่ต้องได้รับอาหารผ่านท่อ [19] และการศึกษาของ Brotherton and et al. (2019) พบว่าผู้ป่วยรู้สึกอับอายจากรูปลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์และการรับรู้คุณค่าตนเองลดลงอย่างต่อเนื่อง [20] ยังพบการศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีการให้อาหารทางสาย ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างในรูปลักษณ์ โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในสภาพสาธารณะ จึงพยายามซ่อนสายให้เพื่อไม่ให้สายตาผู้อื่นสังเกตเห็น [21] ความเจ็บปวดของมนุษย์ อธิบายได้ว่า ภาวะกลืนลำบากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับความเจ็บปวด

ขณะกินและกลืนอาหาร อีตอัดขณะมีสายให้อาหารอยู่ในร่างกาย รวมทั้งทราบจากการสุตสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brotherton and et al. (2019) พบว่าผู้ที่ต้องใช้สายให้อาหารมักรู้สึกไม่สบายตัว อีตอัด รำคาญ และเจ็บแผลรอบจุดใส่สาย [20]

ประเด็นย่อยภาวะกลืนลำบากเปลี่ยนชีวิตของครอบครัว อธิบายได้ว่า การกลืนลำบากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงเฉพาะผู้ป่วยแต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ บทบาท และความสัมพันธ์ ครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ภายใต้กรอบ Biopsychosocial model การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวจากภาวะกลืนลำบากสามารถมองได้ในมิติทางสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น ความขัดแย้งในการจัดสรรเวลาและภาระทางการเงิน ขณะเดียวกันบางครอบครัวกลับมีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นขึ้นจากการร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย [14] สอดคล้องกับการศึกษาของ Giray and et al. (2023) พบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากมีการดูแลสูงกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป มีความลำบากในการจัดการมื้ออาหาร ผู้ดูแลต้องเผชิญความยากลำบากในการจัดการมื้ออาหารให้ตรงตามมื้ออาหารและมีความจำเพาะเหมาะสมกับผู้ป่วย [22]

ประเด็นหลักที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากหน่วยงาน อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและหลายหน่วยงาน อธิบายภายใต้แนวคิด Family-centered care model ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลหลักที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดโดยเฉพาะในช่วงของการพักฟื้นและการฝึกที่บ้าน การฝึกกลืนที่ประสบผลสำเร็จได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักเกิดขึ้นในครอบครัวที่มีผู้ดูแลที่เข้าใจขั้นตอนการฝึกกลืน เข้าร่วมในโปรแกรมฝึกอย่างสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมของครอบครัวยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยพบว่าครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับระดับการกลืนของผู้ป่วยเผื่อระวังขณะรับประทาน และให้กำลังใจผู้ป่วยขณะฝึกกลืน ผู้ป่วยและครอบครัวพยายามปรับพฤติกรรมกิน การเตรียมอาหาร เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน [15, 16] ส่วนการสนับสนุนจากหน่วยงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้กลับมารับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยได้เร็วยิ่งขึ้น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการกลืนได้เร็วขึ้น ภายใต้แนวคิด Continuity of care model การดูแลผู้ป่วยกลืนลำบากต้องอาศัยความต่อเนื่องของการบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การเชื่อมโยงการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด และพยาบาล ไปสู่การสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาฟื้นตัว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [14]

ประเด็นหลักที่ 3 การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในสังคม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลืนลำบากต้องการอยู่อย่างมีคุณค่าในบริบทของครอบครัวและสังคม โดยกลับไปใช้ชีวิตตามบทบาทและกลับไปร่วมกิจกรรมทางสังคม อธิบายได้ในมิติทางจิตวิญญาณ การฟื้นคืนอัตลักษณ์และบทบาทในชีวิตสะท้อนถึงคุณค่าของการมีชีวิต ยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ผู้ป่วยคิดว่าตนยังอยากใช้ความสามารถและมีคุณค่าในสายตาของผู้อื่น ลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dornan and et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการสูงในการกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม โดยเฉพาะบทบาทในครอบครัว เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การเป็นแม่บ้าน และการกลับไปทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว และต้องการกลับไปร่วมกิจกรรมทางสังคม พยายามรักษาความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น และหาวิธีการเข้าสังคมหรือซ่อนความยากลำบากเมื่ออยู่กับผู้อื่น [23] การคืนสู่ความสัมพันธ์ทางสังคม อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเกือบทุกรายยังต้องการกลับมาทำกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ไม่อยากถูกแยก แต่ด้วยข้อจำกัดด้านสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ประสบการณ์ทางสังคมลดลง และบางครั้งนำไปสู่การถอนตัวออกจากกิจกรรมสังคม ในมิติทางสังคม การร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การทำงานหรือการอยู่ร่วมในครอบครัวอย่างเท่าเทียม เป็นปัจจัยสำคัญที่เสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และได้รับพลัง

ใจในการต่อสู้กับข้อจำกัดของตน สอดคล้องกับการศึกษา Helldén and et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยต้องการออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน และครอบครัว ในรูปแบบที่สามารถรับประทานอาหารร่วมกันได้อย่างไม่อับอาย [13]

ประเด็นหลักที่ 4 อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก อธิบายได้ว่าการขัดขวางความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการฟื้นฟูการกลืน คือข้อจำกัดทั้งในระดับผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบ Biopsychosocial-spiritual model มองสุขภาพในมิติสหปัจจัย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีข้อจำกัดทางกล้ามเนื้อ ความอ่อนแรง หรือภาวะเหนื่อยง่าย ทำให้การฝึกกลืนต้องอาศัยความต่อเนื่องและการดูแลเฉพาะทาง ขณะที่มิติทางจิตใจ ความวิตกกังวลและความท้อแท้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่งผลให้เกิดการขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟู ส่วนมิติทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความรู้ ทักษะ และภาระของครอบครัวล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ลดประสิทธิภาพของการฝึกกลืน ขณะที่มิติทางจิตวิญญาณสะท้อนถึงความรู้สึกสิ้นหวังหรือการยอมรับต่อสภาพความเจ็บป่วย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูในระยะยาว ส่วนอุปสรรคด้านระบบสุขภาพและบุคลากร อธิบายได้ว่า การฟื้นฟูสภาพการกลืนต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะนักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรสหวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านภาวะกลืนลำบาก สามารถอธิบายภายใต้กรอบ Continuity of care model ปัญหาการขาดความต่อเนื่องของการติดตามจากทีมฟื้นฟูหลังผู้ป่วยกลับบ้าน แสดงถึงช่องว่างของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เป็นอุปสรรคต่อการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการฝึกกลืนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยยังมีจำนวนบุคลากรเฉพาะทางด้านนี้ไม่เพียงพอในระดับปฐมภูมิและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยในต่างจังหวัดหรือพื้นที่ห่างไกลขาดโอกาสเข้าถึงการฟื้นฟูอย่างถูกต้องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบความไม่พร้อมของบุคลากรเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญของการให้บริการในระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยกลืนลำบากที่กลับไปอยู่ในชุมชน [4, 14, 24] สอดคล้องกับการศึกษาของ Speyer and et al. (2022) พบว่า ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหลายแห่งในนอร์เวย์ไม่มีนักแก้ไขการพูดและผู้เชี่ยวชาญทางด้านกลืนอยู่ในทีมงาน ผู้ป่วยในบางพื้นที่จึงขาดการฟื้นฟูและการประเมินที่เหมาะสม [24]

ประเด็นขาดช่องทางการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงง่าย อธิบายได้ว่า ภาวะกลืนลำบากเป็นภาวะเรื้อรังที่อาการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีระบบให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่องที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่มั่นใจว่าจะจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร การขาดช่องทางเหล่านี้อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และการกลับมาแออัดซ้ำจากภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mile and et al. (2022) พบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและ Telehealth เพื่อสนับสนุนการดูแลด้านการกลืนในสถานดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่บุคลากรสหสาขาไม่สามารถให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้าได้อย่างต่อเนื่อง เป็นช่องทางที่ช่วยให้การติดตามประเมินภาวะการกลืนและการปรับเนื้ออาหารสามารถทำได้สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ [25] ประเด็นการขาดแคลนอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสม อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลหลายรายขาดอาหารที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วยกลืนลำบาก ความต้องการสำคัญของผู้ป่วยกลืนลำบากคือการเข้าถึงอาหารที่มีลักษณะตรงตามคำแนะนำ การสนับสนุนอาหารหรือช่องทางจำหน่ายที่เข้าถึงได้ง่ายและราคาไม่แพง เช่น ความขุ่นหนืด เนื้อสัมผัส และคุณค่าทางโภชนาการ รวมถึงความน่ารับประทาน [13] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทรัพยากรอาหารจากหน่วยงานโดยไม่มีค่าใช้จ่าย การที่หน่วยงานในชุมชนหรือส่วนกลางจัดหาอาหารสำเร็จรูปจะช่วยลดภาระครอบครัว ลดความซับซ้อนในการเตรียมอาหาร และเพิ่มโอกาสที่จะได้รับอาหารที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Helldén and et al. (2018) พบว่า การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากต้องให้ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยกลืน โภชนาการและอาหารที่เหมาะสม จึงจะส่งเสริมความปลอดภัยในการรับประทานอาหารได้ [13] ตัวอย่างจากประเทศออสเตรเลีย ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถรับเงินช่วยเหลือจากโครงการ National disability insurance scheme เพื่อซื้ออาหารที่ปรับเนื้อสัมผัสมาใช้รับประทานได้ ถือเป็นสิทธิด้านความพิการ [25]

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลเฉพาะกลุ่มและอิงบริบทเฉพาะของผู้เข้าร่วมเท่านั้น ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียวในภาคใต้ และขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัดยังมีจำนวนน้อย ถึงแม้จะถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล แต่อาจไม่ครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์ทั้งหมดทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถขยายผลไปยังบริบทอื่นได้โดยตรง การศึกษาครั้งถัดไปอาจศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่น ๆ เช่น ต่างวัฒนธรรมหรือระบบบริการสุขภาพที่ต่างกัน

สรุป

การศึกษานี้ให้ข้อมูลภาวะกลืนลำบากไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อจิตใจ สังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลืนลำบาก ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ด้านบริการสุขภาพ

ควรพัฒนาระบบการดูแลและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ช่วยการกลืนและอาหารเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลืนลำบาก การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฟื้นฟูเฉพาะทาง และการสร้างช่องทางให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย เช่น ผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน

2) ด้านนโยบาย

หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพในชุมชน และพัฒนากลไกการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลหลักกับหน่วยบริการใกล้บ้าน เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง และลดภาระของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาต้นแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะกลืนลำบากในบริบทชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) และต่อยอดประเมินผลในเชิงปริมาณ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบบริการดังกล่าวในพื้นที่บริบทแตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่รับรอง EC 19/2563 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยก่อนเข้าร่วม และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาได้โดยอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือสิทธิอื่นใด ผู้วิจัยหลีกเลี่ยงการใช้คำถามที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกคุกคาม และให้การรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดอย่างเคร่งครัด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผย และนำเสนอในลักษณะรวมเพื่อมิให้สามารถระบุตัวบุคคลได้ เทียบบันทึกเสียงและเอกสารการศึกษารายอื่น ๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้จะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

การอ้างอิง

อภิญญา ถิ่นเดิม, อุดมศรี เดชแสง, และจุฬารณณ์ เหตุทอง. ประสบการณ์การใช้ชีวิตกับภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 1-18.

Thindoem A, Dechsang U, and Hetthong J. Experiences of living with dysphagia in stroke patients. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 1-18.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World stroke organization. Impact of stroke. Accessed 11 October 2025 from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>.
- [2] กระทรวงสาธารณสุข. สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2568 จาก <https://www.nationthailand.com/health-wellness/40045217>.
- [3] Dzewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, and et al. European stroke organization and European society for swallowing disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. European Stroke Journal. 2021; 6(3): 89-115. DOI: 10.1177/23969873211039721.
- [4] Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich V, Manimmanakorn N, and Kuptniratsaikul V. Prevalence and characteristics of dysphagia in Thai stroke patients. Thai Journal of Physical Therapy. 2016; 38(2): 40–6.
- [5] Abdel-Jalil AA, Katzka DA, and Castell DO. Approach to the patient with dysphagia. American Journal of Medicine. 2015; 128(10): 1138. DOI: 10.1016/j.amjmed. 2015.04.031.
- [6] Asefa T, Tesfaye W, Bitew G, and Tezera H. Lived experiences of dysphagia-related quality of life among esophageal cancer patients: a qualitative study. Health and Quality of Life Outcomes. 2025; 23(1): 1-10. DOI: 10.1186/s12955-024-02319-x.
- [7] Smith R, Bryant L, and Hemsley B. The true cost of dysphagia on quality of life: the views of adults with swallowing disability. International Journal of Language & Communication Disorders. 2023; 58(2): 451–66. DOI: 10.1111/1460-6984.12804.
- [8] Ueshima J, Shimizu A, Maeda K, Uno C, Shirai Y, Sono M, and et al. Nutritional management in adult patients with dysphagia: position paper from Japanese working Group on integrated nutrition for dysphagic people. Journal of the American Medical Directors Association. 2022; 23(10): 1676–82. DOI: 10.1016/j.jamda. 2022.07.009.
- [9] Bushuven S, Niebel I, Huber J, and Diesener P. Emotional and psychological effects of dysphagia: validation of the jugendwerk dysphagia emotion and family assessment (JDEFA). Dysphagia. 2022; 37(2): 375–91. DOI: 10.1007/s00455-021-10289-1.
- [10] George RG, and Jagtap M. Impact of swallowing impairment on quality of life of individuals with dysphagia. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2022; 74(Suppl 3): 5473–7. DOI: 10.1007/s12070-021-02798-0.
- [11] Namasivayam-MacDonald AM, and Shune SE. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: a systematic review. Geriatrics. 2018; 3(2): 1-14. DOI: 10.3390/geriatrics3020030.

- [12] Yi Q, Mao L, Li W, Shen F, Liao Z, Huang H, and et al. The perceptions and experiences of caregivers of patients with dysphagia: a qualitative meta-synthesis. *Nursing Open*. 2024; 11(9): e2223. DOI: 10.1002/nop2.2223.
- [13] Helldén J, Bergström L, and Karlsson S. Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2018; 13(sup1): 1-10. DOI: 10.1080/17482631.2018.1522194.
- [14] Chen J, Wang Y, Cui Y, Liao L, Yan M, Luo Y, and et al. Transition experiences of patients with post-stroke dysphagia and family caregivers: a longitudinal, qualitative study. *Public Library of Science ONE*. 2024; 19(6): e0304325. DOI: 10.1371/journal.pone.0304325.
- [15] Ramkishun A, Faur M, and Namasivayam-MacDonald AM. A first-person account of caring for a parent with dysphagia. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2024; 33(6): 2698–715. DOI: 10.1044/2024_AJSLP-24-00186.
- [16] Govender R, Wood CE, Taylor SA, Barratt H, Smith CH, and Gardner B. Patient experiences of swallowing exercises after head and neck cancer: a qualitative study examining barriers and facilitators using behavior change theory. *Dysphagia*. 2017; 32(4): 559–69. DOI: 10.1007/s00455-016-9758-5.
- [17] Jayes M, Madima V, Marshall J, and Pillay M. Dysphagia management in community/home settings: a scoping review investigating practices in Africa. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2024; 26(6): 861–72. DOI: 10.1080/17549507.2023.2287992.
- [18] โรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานสถิติงานกิจกรรมบำบัด พ.ศ. 2562. สงขลา. 2562.
- [19] Carlsson E, Ehrenberg A, and Ehnfors M. Stroke and eating difficulties: long-term experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(7): 825–34. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01023.x.
- [20] Brotherton A, Abbott J, Hurley M, and Aggett PJ. Home enteral tube feeding in children following percutaneous endoscopic gastrostomy: perceptions of parents, pediatrics dietitians and pediatrics nurses. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2007; (5): 431-9. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2007.00811.x.
- [21] Mårtensson U, Cederlund M, Jenholt NM, Mellgren K, Wijk H, and Nilsson S. Experiences before and after nasogastric and gastrostomy tube insertion with emphasis on mealtimes: a case study of an adolescent with cerebral palsy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2021; 16(1): 1942415. DOI: 10.1080/17482631.2021.1942415.
- [22] Giray E, Eyigör S, Çalık Y, Gezer I A, Sar Aı, Umay E and et al. The caregiver burden of informal caregivers for stroke patients with and without dysphagia: A multi-center, cross-sectional study in Türkiye. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2023; 69(4): 453-68. DOI: 10.5606/tftrd.2023.11894.
- [23] Doman M, Semple C, and Moorhead A. Experiences and perceptions of social eating for patients living with and beyond head and neck cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2022; 30(5): 4129–37. DOI: 10.1007/s00520-022-06853-6.

- [24] Speyer R, Sandbekkbråten A, Rosseland I, and Moore JL. Dysphagia care and management in rehabilitation: a national survey. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(19): 1-16. DOI: 10.3390/jcm11195730.
- [25] Miles A, Liang V, Sekula J, Broadmore S, Owen P, and Braakhuis A. Texture-modified diets in aged care facilities: nutrition, swallow safety and mealtime experience. *Australasian Journal on Ageing*. 2020; 39(1): 31–9. DOI: 10.1111/ajag.12734.

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนและ
ข้อเสนอเชิงนโยบาย

Promoting Elderly Health Through Community Participation: The Role of
Community Nurses and Policy Recommendations

ปณัฒต บณขุณหต^{1*}, วิราพร สืบสุนทร¹ และสิรินทรา ฟุตระกุล¹

Punnathut Bonkhunthod^{1*}, Wiraporn Suebsoontorn¹ and Sirintra Futrakul¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000

¹ Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. 30000

* Corresponding Author: ปณัฒต บณขุณหต Email: Punnathut.b@nrru.ac.th

Received : 15 September 2025

Revised : 14 November 2025

Accepted : 25 November 2025

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่องของผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน และเน้นบทบาทของพยาบาลชุมชน การวิเคราะห์ปัจจัยนำพบว่าผู้สูงอายุไทยเผชิญปัญหาหลัก ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะเสื่อมถอยทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพจิตจากความโดดเดี่ยว และการขาดโอกาสมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสร้างภาระต่อระบบสุขภาพ บทความนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำแนวคิดสำคัญ เช่น พหุผลพลัง, กฎบัตรรอดตายและ โมเดลการมีส่วนร่วมของชุมชน มาบูรณาการเป็นกรอบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ชี้ว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในหลายมิติ ได้แก่ การประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ วางแผนและดำเนินการแบบมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ประสานงานกับหน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรม การดูแลการดำเนินงานเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล และส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล บทความเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมศักยภาพพยาบาลชุมชนและพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น งบประมาณ เครื่องมือดิจิทัล และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ แนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงชุมชนนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ยังสร้างชุมชนเข้มแข็ง และพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทยในยุคสังคมผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน สังคมสูงอายุ

Abstract

Thailand is experiencing a demographic transition toward an ageing society, creating complex and continuous healthcare needs for older adults. This article aims to propose sustainable strategies for promoting older adults' health using a community-based approach, emphasizing the role of community nurses. A conceptual analysis and literature review were conducted, integrating key concepts such as empowerment, the Ottawa charter, and community participation models. Findings indicate that Thai older adults face multiple challenges, including chronic non-communicable diseases, physical decline, mental health issues related to social isolation, and limited opportunities for social engagement, which affect quality of life and increase the burden on the healthcare system. Community nurses play a crucial role in assessing and identifying health problems, planning and implementing interventions collaboratively with older adults, families, and communities, coordinating with local health services and organizations, providing health education, and conducting action research to develop innovative care practices. These efforts enhance older adults' well-being, reduce hospital dependency, and promote continuity of care. Policy recommendations include strengthening community nurses' capacity and supporting systems through budget allocation, digital tools, and training programs. Community-based health promotion not only improves older adults' quality of life but also fosters resilient communities and a sustainable healthcare system in Thailand's ageing society.

Keywords: Community participation, Elderly health promotion, Community nurses, Aging society

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) อย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติรายงานว่าในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ของประชากรโลก และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นกว่า 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 [1] การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง ในบริบทของประเทศไทย การเข้าสู่สังคมสูงอายุเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุ 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2578 ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Aged society) [2] ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ [3]

นอกจากปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังเผชิญความท้าทายด้านสังคม เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคม การลดบทบาททางเศรษฐกิจ และการขาดผู้ดูแลอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว [4] ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากเปราะบางและพึ่งพิง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การเสื่อมถอยทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา บริบทดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพที่อิงชุมชน (Community-based care) ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังคงอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย ยั่งยืน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีอย่างไรก็ตาม ยังมี ช่องว่างเชิงองค์ความรู้และนโยบาย (Knowledge/Policy gap) ที่สำคัญ ได้แก่

1. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเปราะบางและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทำให้การวางแผนเชิงนโยบายไม่สามารถตอบสนองได้ครบทุกมิติ
2. การวัดผลและติดตามระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังขาดความเป็นระบบ ทำให้ยากต่อการประเมินประสิทธิผลของมาตรการและการปรับปรุงแผนการดูแล
3. บทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะ Care manager ยังไม่ชัดเจน ทั้งในแง่กรอบหน้าที่ หน้าที่รับผิดชอบ และอำนาจในการขับเคลื่อนแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล

ด้วยเหตุนี้ การเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงจำเป็นต้องอิงบนการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) และการวิเคราะห์เชิงแนวคิด (Conceptual analysis) เพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้จัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Community Care Manager) ซึ่งสามารถประสานงานและเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ เพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายและต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นบทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะผู้นำและผู้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา พร้อมเสนอข้อแนะนำเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงระดับประเทศ

สถานการณ์ผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2567 ระบุว่าผู้สูงอายุประมาณ 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2578 ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุสมบูรณ์” (Aged society) [2] โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง

1. ปัญหาสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุไทยเผชิญภาวะ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นหลัก เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง [5] นอกจากนี้ ภาวะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia/Alzheimer's disease) กำลังเป็นปัญหาสำคัญ โดยงานวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าประมาณร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุไทยมีภาวะสมองเสื่อม [6] โรคเหล่านี้ไม่เพียงลดคุณภาพชีวิต แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข [3]

2. ปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567 พบว่าประมาณร้อยละ 10 - 15 ของผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้า [7] สาเหตุสำคัญมาจากความสูญเสีย (คู่สมรส เพื่อน การเกษียณอายุ) และความรู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลให้บางรายเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นประเด็นสาธารณสุขที่น่ากังวล

3. ปัญหาทางสังคมและครอบครัว โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนจาก ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนต้องอยู่ลำพังและขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่บุตรหลานย้ายไปทำงานในเมือง ปัญหานี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อ ภาวะเปราะบาง (Frailty) และการพึ่งพิงในอนาคต [4, 8]

4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข ประเทศไทยมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและ การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการวางระบบรองรับที่เหมาะสม [9]

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบ้านและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การดูแลเข้าถึงง่าย ยั่งยืน และส่งเสริมศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Active ageing (WHO) ครอบคลุม 3 มิติ: Health, Security และ Participation นำไปสู่กิจกรรมชุมชนที่สนับสนุนการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ Ottawa charter เน้นกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในมิติร่างกาย จิต สังคม และปัญญา โดยการเชื่อมกิจกรรมกับมิติสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มในชุมชน เช่น โยคะผู้สูงอายุ ฟันฟูสมรรถภาพหลังเจ็บป่วยลดความเสี่ยงโรค NCDs และโรคข้อเสื่อม จิตใจ เช่น กิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างความสัมพันธ์ สอนการจัดการอารมณ์ และกิจกรรมสร้างความหมายชีวิตลดภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยว สังคม เช่น การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน หรือกิจกรรมสร้างรายได้เล็ก ๆ ส่งเสริมการรวมตัวทางสังคมและลดการพึ่งพิง และปัญญา เช่น กิจกรรมเรียนรู้เทคโนโลยีหรือความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการและความรู้ในการดูแลตนเอง โดยบทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ ผู้จัดการบริการ (Community care manager) ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข การประเมินและติดตามผู้สูงอายุเช่น วัดสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเช่น ประสานกิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มกิจกรรมสังคม และการเรียนรู้สุขภาพ การเชื่อมเครือข่ายเช่น ทำงานร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ศูนย์พึ่งพิง และหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ และการสนับสนุนการตัดสินใจและวางแผน LTC รายบุคคลเช่น ช่วยวางแผนดูแลระยะยาวและติดตามผลลัพธ์

สรุป ประเทศไทยเผชิญปัญหาผู้สูงอายุที่ซับซ้อน ครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา การส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และบทบาทของพยาบาลชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการสร้าง

ระบบดูแลที่ยั่งยืน การนำแนวคิด Active Ageing และ Ottawa Charter มาประยุกต์กับกิจกรรมชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความเปราะบาง และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพระดับชุมชน

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องบูรณาการความรู้จากหลากหลายสาขา โดยมีแนวคิด และทฤษฎีหลักที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

1. แนวคิดพหุพลัง (Active ageing concept) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นำเสนอกรอบแนวคิด Active ageing ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี มีความมั่นคง และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง [10]

องค์ประกอบหลักของแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

1) สุขภาพดี (Health) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง การส่งเสริมการออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม

2) ความมั่นคง (Security) การมีระบบประกันสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ

3) การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

การประยุกต์ใช้แนวคิด Active ageing ในประเทศไทย เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่เน้นการออกกำลังกาย และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการเจ็บป่วย และเพิ่มคุณค่าในสังคม [10]

2. กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa charter for health promotion) กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ของ WHO ปี ค.ศ. 1986 ถือเป็นกรอบการทำงานระดับสากลที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพ [11] โดยกำหนด 5 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building healthy public policy) เช่น กฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนสุขภาพ (Creating supportive environments) เช่น การพัฒนาพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย

3) การเสริมพลังให้ชุมชน (Strengthening community action) สนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของโครงการสุขภาพ

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills): ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การควบคุมอาหาร และการป้องกันการหกล้ม

5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorienting health services) ปรับบริการให้เน้นป้องกันมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล

กฎบัตรนี้ถูกนำไปใช้ทั่วโลก และสามารถปรับใช้กับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบ Day care center และการพัฒนาระบบ Long-term care ในชุมชน [12]

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation model) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน โดยชุมชนควรมีบทบาทตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล [13]

แนวคิดนี้มักประยุกต์ใช้ผ่าน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และความต่อเนื่องของโครงการ [14] ตัวอย่างในประเทศไทยเช่น โครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในชุมชนผู้สูงอายุ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาททั้งในฐานะผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดภาวะพึ่งพิง [15]

4. แนวคิดการพยาบาลชุมชน (Community health nursing concept) การพยาบาลชุมชนเป็นแนวคิดที่ขยายบทบาทพยาบาลจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การทำงานเชิงรุกในชุมชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ [8]

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน แนวทางนี้เน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติสำคัญ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพปัญญา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติสุขภาพกาย (Physical health dimension) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัย เช่น การเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก การทรงตัวลดลง และการทำงานของอวัยวะสำคัญถดถอย การส่งเสริมสุขภาพกายในชุมชนจึงควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยเสริมความแข็งแรง ลดความเสี่ยงการหกล้ม และชะลอความเสื่อม ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ รำไม้พลอง เป็นการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุไทย เนื่องจากท่าทางอ่อนโยน ช่วยเสริมสมดุและคลายความเครียด [16] โยคะผู้สูงอายุ: ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ลดความเครียด และพัฒนาความสามารถในการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ [17] และการเดินเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่ง่าย ต้นทุนต่ำ เหมาะสำหรับทุกชุมชน สามารถจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ [18]

2. มิติสุขภาพจิต (Mental health dimension) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของบทบาททางสังคม และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ การทำกิจกรรมกลุ่ม (Group activities) เช่น การรวมกลุ่มพูดคุย สวดมนต์ หรืองานอดิเรกร่วมกัน ช่วยสร้างแรงสนับสนุนทางอารมณ์ [19] การนั่งสมาธิ และสติบำบัด: งานวิจัยพบว่า การฝึกสมาธิช่วยลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [20] และดนตรีบำบัด (Music therapy) มีหลักฐานว่า ช่วยกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก ลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพการนอน [21]

3. มิติสุขภาพสังคม (Social health dimension) การเข้าสู่วัยสูงอายุมักทำให้เครือข่ายทางสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวและขาดการมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพด้านนี้มุ่งเน้นการสร้าง พื้นที่และโอกาสทางสังคม ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ: ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมทางสังคมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [22] การเข้าร่วมงานประเพณีท้องถิ่น ส่งเสริมความภาคภูมิใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมในสังคม [23] และกิจกรรมอาสาสมัคร เช่น การถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาให้แก่เยาวชน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า และมีบทบาทในสังคม [24]

4. มิติสุขภาพปัญญา (Cognitive/Intellectual health dimension) สุขภาพด้านปัญญามีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) เช่น การเข้าร่วมอบรมสุขภาพ การเรียนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นพื้นฐาน [25] การฝึกอาชีพเสริม นอกจากช่วยสร้างรายได้แล้วยังเป็นการกระตุ้นสมองและสร้างความภาคภูมิใจ [26] และกิจกรรมฝึกความจำ เช่น เกมปริศนา การอ่านหนังสือหรือการเขียนบันทึกประจำวัน ช่วยกระตุ้นสมอง และชะลอภาวะสมองเสื่อม [27]

สรุป การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิตใจ สังคม และปัญญา) มีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต และลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว การดำเนินงานดังกล่าว ควรอาศัยการบูรณาการของพยาบาลชุมชน อสม. อบต. และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง และยั่งยืน

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลชุมชนถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากทำงานในพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยบทบาทที่หลากหลาย และบูรณาการ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม และยั่งยืน ดังนี้

1. ผู้ประเมิน (Assessor) พยาบาลชุมชนต้องทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน การซักประวัติสุขภาพ และการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมินภาวะพึ่งพิง (ADL) หรือการคัดกรองโรคเรื้อรัง การประเมินนี้ทำให้สามารถระบุปัญหาสุขภาพ และความต้องการเฉพาะบุคคลได้ชัดเจน ช่วยให้การวางแผนการดูแลตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ [28, 29]

2. ผู้วางแผน (Planner) เมื่อได้ข้อมูลจากการประเมิน พยาบาลชุมชนทำหน้าที่วิเคราะห์และวางแผนร่วมกับชุมชน โดยใช้แนวทางการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Participatory planning) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และแกนนำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรม ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย หรือการวางแผนโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง การวางแผนร่วมกันเช่นนี้จะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเพิ่มโอกาสในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง [30, 31]

3. ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงทรัพยากรสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประสานงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง เช่น การประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ [32, 33]

4. ผู้ให้ความรู้ (Educator) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นวิทยากรและครู ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการใช้ยาอย่างถูกต้อง การให้ความรู้ไม่เพียงช่วยเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว [4, 34]

5. นักวิจัยและนวัตกรรม (Researcher/Innovator) นอกจากการทำงานตามบทบาทประจำ พยาบาลชุมชนยังสามารถริเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือการสร้างเครื่องมือบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแบบดิจิทัลที่ใช้งานง่ายสำหรับ อสม. การสร้างนวัตกรรมดังกล่าวช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน [12, 35]

6. ผู้ติดตามและประเมินผล (Evaluator) พยาบาลชุมชนมีหน้าที่ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น อัตราการเจ็บป่วย อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และระดับการพึงพิง การประเมินผลดังกล่าวช่วยสะท้อนความสำเร็จและอุปสรรคของโครงการ ทำให้สามารถปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและยั่งยืน [5, 36]

สรุป บทบาทของพยาบาลชุมชนที่หลากหลาย ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ประสานงาน ให้ความรู้ วิจัย และประเมินผล ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทสังคมสูงอายุของประเทศไทยที่กำลังเผชิญความท้าทายด้านสุขภาพ และสังคม

การอภิปรายเชิงวิชาการ

หลักฐานระหว่างประเทศชี้ว่าระบบดูแลผู้สูงอายุที่ยืด “ชุมชนเป็นฐาน” จะทำงานได้ดีเมื่อมีโครงสร้างนโยบาย และกลไกบูรณาการที่ชัดเจนระหว่างสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น โดยญี่ปุ่นเป็นภาพตัวอย่างสำคัญผ่านระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care Insurance: LTCI) ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยล่าสุดกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการของญี่ปุ่นรายงานว่าการลงทะเบียนผู้รับบริการราว 6.9 ล้านคน พร้อมกลไกผู้จัดการการดูแล (Care manager) เชื่อมต่อบริการสถานบริการ และบริการที่บ้านภายใต้หลัก “การพึ่งพาตน” ของผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประสานงานระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ [37] และแคนาดาเป็นอีกตัวอย่างของประเทศที่เน้นบริการที่บ้าน (Home care) และขยายการแพทย์ทางไกล (Telehealth/Virtual care) อย่างมาก โดยข้อมูลของ Canadian institute for health information (CIHI) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุแคนาดาที่อายุ 70 เคยรับบริการเสมือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา นับเป็นแรงขับเคลื่อนเพื่อลดการเดินทาง ลดภาระโรงพยาบาล และรักษาความต่อเนื่องของการดูแล [38] ทั้งนี้ วรรณกรรมวิจัยยังชี้ถึงอุปสรรคด้านความเสมอภาคดิจิทัล (Digital equity) เช่น ทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และการเข้าถึงอุปกรณ์/เครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องออกแบบบริการแบบ “หลายช่องทาง” (โทรศัพท์ วิดีโอ ข้อความ) และสนับสนุนทักษะผู้ใช้ควบคู่ไปด้วย

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance: LTCI) เชิงชุมชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ริเริ่มและขยายงบประมาณโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อหนุนความร่วมมือข้ามภาคส่วนในระดับท้องถิ่น (เช่น อปท. อสม. รพ.สต.) มุ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม หลักฐานสังเคราะห์ชี้ว่า ความครอบคลุมยังไม่ทั่วถึง และภาระงานส่วนสังคมสงเคราะห์ยังพึ่งครอบครัวหรืออาสาสมัครสูง ซึ่งทำให้คุณภาพ และความต่อเนื่องของการดูแลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ พร้อมกันนี้ กรอบแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลกเสนอเส้นทางการดูแลเชิงบูรณาการที่ระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อตรวจคัดกรอง “สมรรถนะพื้นฐาน” (Intrinsic capacity) และวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งเหมาะกับ

การยกระดับบทบาทพยาบาลชุมชนในไทย นอกจากนี้ ภาพรวมองค์การเพื่อความร่วมมือ และการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ยังสะท้อนว่าหลายประเทศญี่ปุ่น และแคนาดา ต้องเผชิญช่องว่างความเพียงพอหรือความสามารถจ่ายในระบบ LTC จึงยิ่งตอกย้ำความจำเป็นของการออกแบบกลไกการเงินการคลัง และสวัสดิการท้องถิ่นที่ปกป้องผู้มีรายได้น้อย [39]

หลักฐานระหว่างประเทศชี้ว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุที่อิงชุมชน (Community-based care) จะมีประสิทธิภาพสูงเมื่อมี โครงสร้างนโยบายและกลไกบูรณาการชัดเจน ระหว่างสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น เช่น ประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care Insurance: LTCI) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 โดยล่าสุดรองรับผู้สูงอายุราว 6.9 ล้านคน พร้อมกลไก ผู้จัดการการดูแล (Care manager) ที่เชื่อมต่อบริการสถานพยาบาลและบริการที่บ้าน ภายใต้หลัก “การพึ่งพาตน” ของผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการทำงานของ พยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประสานงานระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ [37] ประเทศแคนาดา เน้นบริการที่บ้าน (Home care) และขยายการแพทย์ทางไกล (Telehealth/Virtual care) โดยข้อมูลจาก Canadian institute for health information (CIHI) พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 เคยรับบริการเสมือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่งผลให้ลดการเดินทาง ลดภาระโรงพยาบาล และรักษาความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม อุปสรรคด้าน ความเสมอภาคดิจิทัล (Digital equity) เช่น ทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงอุปกรณ์/เครือข่าย ยังต้องออกแบบบริการแบบหลายช่องทาง (โทรศัพท์ วิดีโอ ข้อความ) พร้อมสนับสนุนทักษะผู้สูงอายุควบคู่กัน [38] และในบริบทไทย ระบบ LTC เชิงชุมชนเริ่มพัฒนาโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อสนับสนุนความร่วมมือข้ามภาคส่วน เช่น อปท. อสม. และ รพ.สต. มุ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมยังไม่ทั่วถึง และภาระงานด้านสังคมสงเคราะห์ยังพึ่งครอบครัวหรืออาสาสมัครสูง ทำให้คุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่

กรอบแนวคิด ICOPE ของ WHO แนะนำเส้นทางการดูแลเชิงบูรณาการระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อตรวจคัดกรอง สมรรถนะพื้นฐาน (Intrinsic capacity) และวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งเหมาะสมสำหรับการยกระดับบทบาท พยาบาลชุมชนในไทย นอกจากนี้ ข้อมูล OECD ชี้ว่าประเทศญี่ปุ่นและแคนาดายังเผชิญช่องว่างด้านความเพียงพอและความสามารถจ่ายในระบบ LTC ทำให้จำเป็นต้องออกแบบ กลไกการเงินและสวัสดิการท้องถิ่น ที่ปกป้องผู้มีรายได้น้อย [39] การนำไปประยุกต์ใช้ เช่น การจัดตั้ง Care manager ระดับชุมชน เพื่อประสานบริการแบบองค์รวม การบูรณาการบริการ สาธารณสุข-สังคมสงเคราะห์-ท้องถิ่น ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความเหลื่อมล้ำ การออกแบบ กลไกการเงินและสวัสดิการท้องถิ่น ที่รองรับกลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อย และการปรับใช้แนวทางเหล่านี้ในไทยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบดูแลผู้สูงอายุเชิงชุมชน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ และยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ขยายบทบาทและสนับสนุนพยาบาลชุมชน ได้แก่ พัฒนาพยาบาลชุมชนให้เป็นผู้นำการวางแผน และจัดการสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (LTC) ในพื้นที่ และเป็นผู้ประสานเครือข่ายชุมชน อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น และทำวิจัยภาคสนามเพื่อยืนยันแนวทางปฏิบัติ

2. จัดตั้ง/เสริมอำนาจด้านการบริหารกรณี (Care management) ได้แก่ พัฒนาตำแหน่งและอำนาจใน รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนแผน LTC รายบุคคล และเชื่อมโยงบริการระหว่างศูนย์พึ่งพิง ศูนย์กลางวัน และหน่วยงานท้องถิ่น

3. จัดสรรงบประมาณตามความต้องการเชิงรุก ได้แก่ ใช้ระบบ Needs-based capitation สำหรับกิจกรรมเยี่ยมบ้าน พื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลผู้ดูแล (Respite) และการป้องกันหกล้ม และลดความแออัดโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายระยะยาว

4. พัฒนาศักยภาพและหลักสูตรพยาบาลเฉพาะด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบคลุม ICOPE (2024) การประเมินสมรรถนะพื้นฐาน การจัดการโรคไม่ติดต่อหลายโรค สุขภาพจิตผู้สูงอายุ การประสานสังคม สงเคราะห์ และทักษะดิจิทัล Telehealth/Virtual care

5. สนับสนุนเครื่องมือดิจิทัลและความเสมอภาคการเข้าถึง ได้แก่ จัดหาเครื่องมือใช้งานง่าย เช่น แบบคัดกรองสั้น ระบบนัดหมายหรือติดตามอัตโนมัติ และส่งเสริมความเสมอภาคดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

6. บูรณาการระบบบริการสุขภาพและใช้แนวทาง Care Pathways ของ ICOPE ได้แก่ เชื่อมบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-สังคม และทำงานสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ “ผู้จัดการเส้นทางบริการ” เพื่อให้ LTC ครอบคลุมและมีคุณภาพ และขยายกองทุนหรือโครงการ LTC เชิงชุมชน พร้อม Benefit package ขั้นต่ำและตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ลดการนอนซ้ำ ลดหกล้ม เพิ่มคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ลำดับ	ประเด็น	รายละเอียด / ข้อมูลสนับสนุน	แนวทางปฏิบัติ / ขอบเขต
1	ขยายบทบาทและสนับสนุนพยาบาลชุมชน	พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ประสานงาน การดูแลผู้สูงอายุ พบความจำเป็นในการเสริมทักษะด้านการจัดการกรณี การวางแผน LTC รายบุคคล และการสื่อสารกับเครือข่ายชุมชน	ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้นำแผนสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ พร้อมทำวิจัยภาคสนาม เพื่อยืนยันแนวทางการปฏิบัติ
2	จัดตั้ง/เสริมตำแหน่งและอำนาจด้าน Care Management	พบว่าการบริหารกรณีใน รพ.สต. และเครือข่ายชุมชนยังไม่ชัดเจน	พัฒนาระบบ LTC รายบุคคล เชื่อม อสม.-อปท.-ศูนย์พึ่งพิง/ศูนย์กลางวัน ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก
3	จัดสรรงบประมาณตามความต้องการ (Needs-based capitation)	ข้อมูลพบความไม่สอดคล้องระหว่างงบประมาณและความต้องการผู้สูงอายุ	จัดสรรงบเชิงรุกสำหรับเยี่ยมบ้าน พื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การดูแลผู้ดูแล (Respite) และการป้องกันหกล้ม เพื่อลดแออัดโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายระยะยาว

ลำดับ	ประเด็น	รายละเอียด / ข้อมูลสนับสนุน	แนวทางปฏิบัติ / ขอบเขต
4	พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุ	พบช่องว่างทักษะเฉพาะด้าน เช่น การประเมินสมรรถนะ การจัดการโรคไม่ติดต่อ และการดูแลผู้สูงอายุ	จัดหลักสูตรต่อเนื่องเชิงปฏิบัติ รวม ICOPE (2024), การประเมินสมรรถนะพื้นฐาน, การจัดการโรคไม่ติดต่อหลายโรค, สุขภาพจิต, การประสานสังคมสงเคราะห์, และทักษะดิจิทัล Telehealth/Virtual care
5	สนับสนุนเครื่องมือดิจิทัลและความเสมอภาค	พบการเข้าถึงระบบดิจิทัลไม่เท่าเทียม	จัดหาเครื่องมือดิจิทัลใช้งานง่าย เช่น แบบคัดกรองสั้น ระบบนัดหมาย/ติดตามอัตโนมัติ และโครงการเสริมสร้างความเสมอภาคดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
6	บูรณาการระบบบริการระหว่างภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น	พบความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการเชื่อมโยงบริการ	สร้างระบบ LTC ครอบคลุมและมีคุณภาพ เชื่อมทุกภาคส่วนอย่างมีมาตรฐานเดียว
7	ขยายกองทุน/โครงการ LTC เชิงชุมชน	ข้อมูล สปสช. พบการเข้าถึงไม่ครอบคลุม	ขยายครอบคลุมทั่วประเทศ กำหนด Benefit package ขั้นต่ำด้านสุขภาพและสังคม พร้อมตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ลดการนอนซ้ำ ลดหกล้ม เพิ่มคุณภาพชีวิต และใช้ระบบข้อมูลเดียวระหว่าง รพ.สต.-อปท.-เอกชน
8	พัฒนากลไกร่วมจ่ายแบบปกป้องผู้มีรายได้น้อย	OECD ชี้ว่าผู้สูงอายุอาจประสบความยากจนจากค่าใช้จ่าย LTC	จัดบริการทดแทนผู้ดูแล (Respite/วันพัก) และปรับกลไกร่วมจ่ายเพื่อลดภาระทางการเงิน
9	ใช้แนวทาง Care Pathways ของ ICOPE	พบว่า การเชื่อมบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-สังคมยังไม่เป็นระบบ	ทำงานแบบสหวิชาชีพ (แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว/เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, พยาบาลชุมชน, นักกายภาพ, นักโภชนาการ, นักสังคมสงเคราะห์) โดยพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ “ผู้จัดการเส้นทางบริการ” ในพื้นที่

สรุป

บทความนี้นำเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ขับเคลื่อนหลัก การบูรณาการแนวคิดพหุพลัง กฎบัตรรอดตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยสร้างกรอบที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา พร้อมข้อเสนอเชิง

นโยบายที่ชัดเจน ทั้งการขยายบทบาทพยาบาลชุมชน การสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งล้วนมีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของบทความอยู่ที่การวิเคราะห์เชิงแนวคิด และการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการทดสอบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่นำเสนอ การวิจัยภาคสนามและการติดตามผลเชิงประจักษ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ข้อเสนอเหล่านี้มีความชัดเจนและยั่งยืนมากขึ้น โดยสรุป บทความนี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน และชี้ให้เห็นทิศทางการทำงานเชิงรุกของพยาบาลชุมชนที่จะมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

การอ้างอิง

ปัญญทัต บณขุนทด, วิราพร สืบสุนทร, และสิรินทรา พุตระกูล. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 19-32.

Bonkhunthod P, Suebsoontorn W, and Futrakul S. Promoting Elderly Health Through Community Participation: The Role of Community Nurses and Policy Recommendations. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 19-32.

เอกสารอ้างอิง

- [1] United Nations. World population ageing 2015. New York, United Nations. 2015.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.
- [3] อนันต์ อนันตกุล. สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย. วารสารสาธารณสุข. 2560; 47(3): 25-38.
- [4] วิไลวรรณ ทองเจริญ. การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย. 2557.
- [5] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2567.
- [6] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2567.
- [7] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
- [8] United Nations Population Fund (UNFPA). Ageing in Thailand. Bangkok, UNFPA. 2017.
- [9] World Bank. Live long and prosper: Aging in East Asia and Pacific. Washington, DC, World Bank. 2016.
- [10] สุรีย์พร สุดสาย. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมพหุผลถึงเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562; 33(2): 45-59.
- [11] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, WHO. 1986.
- [12] Kemmis S, and McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin N and Lincoln Y, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, Sage. 2000. p. 567– 605.

- [13] Stanhope M, and Lancaster J. Community and public health nursing. 10th ed. St. Louis, Elsevier. 2020.
- [14] O'Donnell M. Health promotion in the elderly: Global perspectives. *Journal of Aging and Health*. 2018; 30(6): 863-80.
- [15] Baum F, MacDougall C, and Smith D. Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(10): 854-57.
- [16] ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงค์, ถาวรีย์ แสงงาม, และปัทมทัต บณขุนทด. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันตา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567; 18(3): 957-73.
- [17] Tiedemann A, O'Rourke S, Sesto R, and Sherrington C. A yoga-based exercise program to improve health-related physical fitness in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2013; 36(1): 36-42.
- [18] Tudor-Locke C, and Rowe DA. Walking for health: a call to action. *Journal of Physical Activity and Health*. 2012; 9(1): 1-8.
- [19] Haslam C, Cruwys T, Haslam SA, and Jetten J. Group activities and psychological well-being in older age: is group identification the key? *Aging Ment Health*. 2015; 19(5): 452-62.
- [20] Gard T, Hölzel BK, and Lazar SW. The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014; 1307: 89-103.
- [21] Särkämö T, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, and Rantanen P. Clinical and demographic factors associated with the cognitive and emotional efficacy of regular musical activities in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016; 49(3): 767-81.
- [22] ชัยณรงค์ โพธิ์ผา. การจัดการชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2562; 12(2): 45-56.
- [23] ศิริพร ชูโต. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่นกับความสุขในชีวิต. *วารสารวิจัยสังคมศาสตร์*. 2561; 14(1): 87-101.
- [24] Tang F, Choi E, and Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *The Gerontologist*. 2010; 50(5): 603-12.
- [25] Narushima M, Liu J, and Diestelkamp N. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on well-being, health and vulnerability. *Ageing and Society*. 2018; 38(4): 651-75.
- [26] สุรรัตน์ รัตนมณี. การฝึกอาชีพเสริมเพื่อผู้สูงอายุ: ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความภาคภูมิใจ. *วารสารพัฒนาชุมชน*. 2560; 25(3): 55-70.
- [27] Simon SS, Yokomizo JE, and Bottino CM. Cognitive intervention in amnesic mild

- cognitive impairment: a systematic review. *Neuroscience and BioBehavioral Reviews*. 2012; 36(4): 1163-78.
- [28] Stanhope M, and Lancaster J. *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. 9th ed. St. Louis, Elsevier. 2016.
- [29] Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, and Cheever KH. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 14th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer. 2018.
- [30] Green LW, and Kreuter MW. *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York, McGraw-Hill. 2005.
- [31] World Health Organization. *Community participation in local health and sustainable development*. Geneva, WHO. 2002.
- [32] ศรายุทธ ชูสุทนต์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2564.
- [33] กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2564.
- [34] Pender NJ, Murdaugh CL, and Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Boston, Pearson. 2015.
- [35] Tsutsui T, and Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(3): 522-27.
- [36] Williams A, Sethi B, and Duggleby W. Telehealth in palliative care: Implications for practice. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2020; 14(3): 271-77.
- [37] Ministry of Health, Labour, and Welfare (Japan). *Long-Term Care Insurance System*. 2024.
- [38] CIHI. *Impact of COVID-19 on seniors' access to care (infographic)*. 2022.
- [39] NHSO (Thailand). *Long-Term Care program: Thailand's preparation for entering an aged society*. 2020.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
Factors Associated with Activities of Daily Living Among the Elderly
in Pa Phayom District, Phatthalung Province

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ ¹, สมเกียรติยศ วรเดช ¹, ณัฐกานต์ นิลอ่อน ¹, และกวิณธิดา จินเมือง ^{1*}

Bhunyabhadh Chaimay ¹, Somkiattiyos Woradet ¹, Nattakan Nin-on ¹, and Kawintida Jeenuang^{1*}

¹ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จังหวัดพัทลุง 93210

¹ Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung Campus, Phatthalung Province. 93210

* Corresponding Author: กวิณธิดา จินเมือง E-mail: kawintida.j@tsu.ac.th

Received : 26 September 2025

Revised : 2 November 2025

Accepted : 25 November 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 1,692 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 73.8 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และยังพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับ ADL ผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าเพศหญิง 1.69 เท่า ($OR_{adj} = 1.69$) ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในด้านอาชีพ พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น 2.71 เท่า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวถึง 1.83 เท่า และผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.36 เท่า จากผลการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมและจัดกิจกรรมที่เน้นการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้

คำสำคัญ: กิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเอง การดูแลสุขภาพ ความสามารถ ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional analytical study assessed the Activities of Daily Living ability and associated factors among 1,692 elderly individuals registered at Sub-district Health Promoting Hospitals in Pa Phayom District, Phatthalung Province. Data analysis used descriptive statistics and multiple logistic regression statistics. The study's results found that the majority of the elderly, 73.8 percent, had the ability to perform Activities of Daily Living at a self-reliant level.

It was also found that the factors of sex, age, occupation, presence of chronic disease, and participation in elderly clubs had a statistically significant relationship with the ADL level. Male elderly individuals were likely to be partially or fully self-reliant 1.69 times more than females ($OR_{adj} = 1.69$). Elderly individuals in the age ranges of 60-69 years and 70-79 years were more likely to be able to help themselves than those aged 80 and above. Regarding occupation, it was found that those engaged in agriculture were likely to be partially or fully self-reliant 2.71 times more than other occupational groups. Additionally, elderly individuals without chronic disease were likely to be able to be partially or fully self-reliant 1.71 times more than those with chronic disease, and those who participated in elderly club activities could be partially or fully self-reliant 1.36 times. From the study results, public health personnel should therefore promote and organize activities that focus on physical, mental, and social health care for the elderly in order to help the elderly maintain their ability to perform Activities of Daily Living

Keywords: Activities of Daily, Help oneself, Health care, Functional Ability, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนสูงถึง 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากรโลก 1 ใน 6 คนจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 และคาดว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าระหว่างปี 2020 ถึง 2050 เป็น 426 ล้านคน ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นในอัตราที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนและจะเร่งตัวขึ้นในทศวรรษหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา [1] ดังนั้นทุกประเทศทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับนโยบาย และแนวปฏิบัติในทุกระดับเพื่อเติมเต็มศักยภาพของการสูงวัยในศตวรรษที่ 21 ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและการพัฒนา การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในวัยชรา และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย [2] สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด จากรายงานสถิติแห่งชาติล่าสุดพบว่าคนไทย 12 ล้านคนเป็นผู้สูงอายุ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 67 ล้านคน ประเทศไทยได้รับการจัดให้เป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.0 และจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” ภายในทศวรรษหน้า [3] ประเทศไทยได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 7,645,141 คน (ร้อยละ 57.2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 3,942,668 คน (ร้อยละ 29.5) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,770,942 คน (ร้อยละ 13.3) ซึ่งในทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุผู้หญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย [4]

การเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพตามมาทั้งการเสื่อมของสภาพร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา จึงจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น และในปัจจุบันผู้สูงอายุที่อาศัย

โดยลำพังและต้องการการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น [5] ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลหรือเอาใจใส่ จะทำให้ขาดความอบอุ่น รู้สึกอ้างว้าง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต [6] นอกจากนี้จะนำมาสู่ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจตามมา อาทิเช่นการใช้จ่ายงบประมาณในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยด้านสุขภาพหรือเบี้ยยังชีพจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2575 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศจะสูงถึง 2.2 ล้านล้านบาท [7] เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อาจนำมาสู่ทุพพลภาพ จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพิงผู้อื่น แต่ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน [8] ดังนั้นจำเป็นต้องมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น [9]

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living, ADL) เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการผสมผสานการทำงานที่ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม โดยประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม [10] การมีปัญหาด้านสุขภาพของสูงอายุมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL) ลดลง ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือการดูแลจากผู้อื่น โดยกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกนั่ง การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ เป็นต้น หากมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้อาจเป็นสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ [11] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยด้วยกันได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอยลง [12]

จังหวัดพัทลุงเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยพบจำนวนสูงถึง 92,660 คนหรือประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งจังหวัด [13] ซึ่งอาจยังมีการศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการกำหนดนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน และเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ชุมชน ตลอดจนเครือข่ายหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ส่งเสริมการสร้างตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

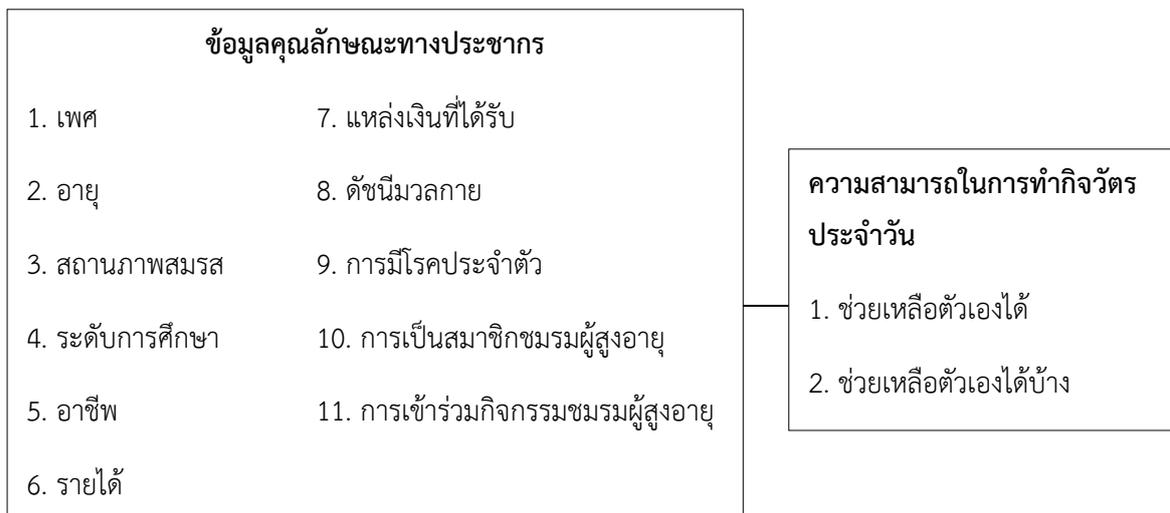
วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คุณลักษณะทางประชากร และ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยกำหนดตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2561

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร (Population) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากฐานข้อมูล Health data center (HDC) จำนวน 4 ตำบล ในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 4,574 คน [14] โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มพื้นที่ตำบลจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลลานข่อย และตำบลบ้านพร้าว ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 919 และ 1,177 คน ตามลำดับ รวมกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา (Population of the study) ทั้งหมด 2,096 คน การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากร

การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากการใช้สถิติ Logistic regression [15] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เท่ากับ 1.5 เท่า [16] กำหนดค่า Alpha error เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ตามข้อเสนอแนะของ Cohen, J. [17] เท่ากับ 0.15 ได้ขนาดตัวอย่าง

ไม่น้อยกว่า 517 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อความแม่นยำในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 2 แห่ง จากการสำรวจมีอัตราการตอบกลับ จำนวน 1,692 คน คิดเป็นการตอบกลับร้อยละ 80.7

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

สำหรับเครื่องมือในการสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งเงินที่ได้รับ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และ 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และวิทยาศาสตร์การกีฬา จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item – Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.7 ถึง 1.0

สำหรับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำการประเมินโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) [18] โดยการสอบถามผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมพื้นฐาน และกิจกรรมซับซ้อน นำมาเปรียบเทียบเกณฑ์คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุทำได้ด้วยตนเอง รวมใช้อุปกรณ์ช่วย	1	คะแนน
ผู้สูงอายุทำได้ด้วยตนเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยจึงทำได้สำเร็จ	2	คะแนน
ผู้สูงอายุทำได้ด้วยตนเองไม่ได้เลย	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

คะแนนรวม ≥ 12 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
คะแนนรวม 5 - 11 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

5. การรวบรวมข้อมูล

- 1) การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์
- 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการประชุมและอบรมเกี่ยวกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสัมภาษณ์
- 3) ก่อนการสัมภาษณ์จริงให้ผู้ช่วยนักวิจัยการทดลองการสัมภาษณ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) จากวัตถุดิบประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจกแจงนับ (Categorical variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous variable)

และจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ (p -value < 0.001) จึงแยกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ ช่วยเหลือตัวเองได้ (Reference group) และช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratios: OR) และค่าร้อยละ 95.0 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI)

7. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลโดยการขอความยินยอมโดยบอกกล่าวอย่างครบถ้วน แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผลการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 ประมาณ 1 ใน 2 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 50.1 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.2 (S.D. = 8.25) ปี ประมาณ 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.1 และ 3 ใน 5 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.5 ประมาณ 1 ใน 2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.4 ประมาณ 1 ใน 2 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.8 และมีรายได้จากตนเอง ร้อยละ 55.6 ประมาณ 1 ใน 3 มีดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 44.9 ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.8 ประมาณ 1 ใน 3 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 4 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 73.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ (n=1,692)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	694	41.0
หญิง	998	59.0
อายุ (ปี)		
60 - 69	848	50.1

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
70 - 79	536	31.7
80 ปี ขึ้นไป	308	18.2
$\bar{X} \pm SD$ (Min, Max)	71.15 \pm 8.25 (60, 102)	
ดัชนีมวลกาย		
ผอม < 18.50	283	16.7
ปกติ 18.5 - 22.90	759	44.9
ท้วม 23.00 - 24.90	274	16.2
อ้วน 25.00 - 29.90	313	18.5
อ้วน มากกว่า 30.00	63	3.7
$\bar{X} \pm SD$ (Min, Max)	22.32 \pm 4.00 (40.0, 11.0)	
สถานภาพสมรส		
โสด	43	2.5
สมรส	1,287	76.1
แยก/หย่า	23	1.4
หม้าย	339	20.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนในระบบ	108	6.3
ประถมศึกษา 4 หรือ ต่ำกว่า	443	26.1
ประถมศึกษา	1,006	59.5
มัธยมศึกษาปีที่ 3	55	3.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.	51	3.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	0.4
ปริญญาตรี	23	1.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	633	37.4
แม่บ้าน	57	3.4
ค้าขาย	130	7.7
รับจ้าง	94	5.6
ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ	18	1.1
เกษตรกรกรรม	717	42.4
อื่นๆ	43	2.4
รายได้		
ไม่เพียงพอ	645	38.1
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	791	46.8

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอและเหลือเก็บ	256	15.1
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	681	40.2
มี	1,011	59.8
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เป็น	980	58.0
เป็น	712	42.0
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เคยเข้าร่วม	1,140	67.4
1-3 ครั้งต่อปี	351	20.7
4-6 ครั้งต่อปี	100	5.8
7-9 ครั้งต่อปี	16	1.0
10-12 ครั้งต่อปี	55	3.3
13-15 ครั้งต่อปี	30	1.8
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ		
ช่วยเหลือตัวเองได้	1,248	73.8
ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	444	26.2

2) การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าเพศหญิง 1.60 เท่า (OR = 1.60, 95%CI: 1.27- 2.01) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 4.16 เท่า (OR = 4.16, 95%CI: 3.13 - 5.53) และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 2.39 เท่า (OR = 2.39, 95%CI: 1.78 - 3.19) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด/แยก/หย่า และหม้าย 1.73 เท่า (OR = 1.73, 95%CI: 1.36 - 2.01) ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 2.25 เท่า (OR = 2.25, 95%CI: 1.38 - 1.64) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.42 เท่า (OR = 1.42, 95%CI: 1.13 - 1.79) ในส่วนของอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 3.42 เท่า (OR = 3.42, 95%CI: 2.65 - 4.41) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/บำนาญ และอื่น

ๆ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 2.17 เท่า (OR = 2.17, 95%CI: 1.61 - 2.93) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1.45 เท่า (OR = 1.83, 95%CI: 1.45 - 2.31) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.31 เท่า (OR = 1.31, 95%CI: 1.03 - 1.66) เมื่อมีการเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม พบว่าปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n=1,692)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value
เพศ			< 0.001
ชาย	548 (79.0)	1.60 (1.27 ถึง 2.01)	
หญิง	700 (70.1)	Ref.	
อายุ (ปี)			< 0.001
60 - 69	697 (82.2)	4.16 (3.13 ถึง 5.53)	
70 - 79	389 (72.6)	2.39 (1.78 ถึง 3.19)	
80 ปี ขึ้นไป	162 (52.6)	Ref.	
ดัชนีมวลกาย			0.150
ผอม < 22.9	753 (72.6)	0.72 (0.52 ถึง 1.00)	
ปกติ 23.0 - 24.9	202 (78.6)	Ref.	
อ้วน มากกว่า 25.0	293 (73.6)	0.76 (0.52 ถึง 1.10)	
สถานภาพสมรส			< 0.001
โสด แยก/หย่า หม้าย	264 (65.2)	Ref.	
สมรส	989 (76.5)	1.73 (1.36 ถึง 2.01)	
ระดับการศึกษา			< 0.001
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	377 (68.4)	Ref.	
ประถมศึกษา	759 (75.5)	1.42 (1.13 ถึง 1.79)	
สูงกว่าประถมศึกษา	112 (83.0)	2.25 (1.38 ถึง 3.64)	
อาชีพ			< 0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	383 (60.5)	Ref.	
เกษตรกรรม	602 (84.0)	3.42 (2.65 ถึง 4.41)	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value
	ของความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/ รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/ บำเหน็จ/อื่นๆ	263 (76.9)	2.17 (1.61 ถึง 2.93)	
รายได้			0.293
เพียงพอและเหลือเก็บ	471 (73.0)	Ref.	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	578 (73.1)	0.78 (0.56 ถึง 1.09)	
ไม่เพียงพอ	199 (77.7)	0.78 (0.55 ถึง 1.09)	
การมีโรคประจำตัว			< 0.001
มี	548 (80.5)	Ref.	
ไม่มี	700 (69.2)	1.83 (1.45 ถึง 2.31)	
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			0.751
ไม่เป็น	720 (73.5)	Ref.	
เป็น	528 (74.2)	1.04 (0.83 ถึง 1.29)	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุ			0.027
ไม่เข้าร่วม	822 (72.1)	Ref.	
เข้าร่วม	426 (77.2)	1.31 (1.03 ถึง 1.66)	

3. การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าเพศหญิง 1.69 เท่า (ORadj = 1.69, 95%CI: 1.34 - 2.13) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 2.72 เท่า (ORadj = 2.72, 95%CI: 1.96 - 3.77) และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.83 เท่า (ORadj = 1.83, 95%CI: 1.33 - 2.51) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป ในส่วนของอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 2.71 เท่า (ORadj = 2.71, 95%CI: 1.63 - 2.89) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย-รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ และอื่น ๆ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.48 เท่า (ORadj = 1.48, 95%CI: 1.07 - 2.05) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1.71 เท่า (ORadj = 1.71, 95%CI:

1.34 - 2.18) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 1.36 เท่า (ORadj = 1.36, 95%CI: 1.05 - 1.75) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 1,692)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ			< 0.001
ชาย	1.60 (1.27 ถึง 2.01)	1.69 (1.34 ถึง 2.13)	
หญิง	Ref.	Ref.	
อายุ (ปี)			< 0.001
60 - 69	4.16 (3.13 ถึง 5.53)	2.72 (1.96 ถึง 3.77)	
70 - 79	2.39 (1.78 ถึง 3.19)	1.83 (1.33 ถึง 2.51)	
80 ปี ขึ้นไป	Ref.	Ref.	
อาชีพ			< 0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.	Ref.	
เกษตรกรกรรม	3.42 (2.65 ถึง 4.41)	2.17 (1.63 ถึง 2.89)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/ รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/ บำเหน็จ/อื่นๆ	2.17 (1.61 ถึง 2.93)	1.48 (1.07 ถึง 2.05)	
การมีโรคประจำตัว			< 0.001
มี	Ref.	Ref.	
ไม่มี	1.83 (1.45 ถึง 2.31)	1.71 (1.34 ถึง 2.18)	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ			0.018
ไม่เข้าร่วม	Ref.	Ref.	
เข้าร่วม	1.31 (1.03 ถึง 1.66)	1.36 (1.05 ถึง 1.75)	

อภิปราย

โดยสรุป จากการศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่งเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 71.2 ปี (S.D. = 8.25)

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเกินกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้เท่ากับร้อยละ 73.8 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้สูง (ร้อยละ 80.0) จากประชากรทั้งหมด และการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ส่งผลให้ Effect size มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือ ซึ่งสามารถพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.0 ที่มีขนาดแคบ

สำหรับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 4 ร้อยละ 73.8 มีระดับความสามารถที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิด (2568) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนไม่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 87.7 อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (Early older adulthood) จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ (Independent older adults) ยังคงมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี [14] และยังสามารถสอดคล้องกับการศึกษาของดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2564) การศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (ADL) ในระดับไม่พึ่งพา ร้อยละ 100.0 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งวัยนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายน้อย ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานยังคงสามารถปฏิบัติได้ และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่จะต้องอาศัยการทำงานของสมองในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน ได้แก่ การออกนอกบ้าน การทำอาหาร การทำความสะอาดในบ้าน เป็นต้น [19]

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าเพศหญิง 1.69 เท่า เนื่องจากพฤติกรรมในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปผู้ชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าผู้หญิง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะสะสมและนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่รุนแรงและเร็วกว่า และประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานหนักและมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการทำงานสูง ซึ่งอาจนำมาสู่การบาดเจ็บเรื้อรังหรือความพิการที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao และคณะ (2022) โดยระบุว่าอัตราการบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายซึ่งเป็นคนทำงานหลักในครอบครัว ต้องแบกรับภาระครอบครัวและความรับผิดชอบทางสังคมที่มากขึ้น จึงมีโอกาสได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีอายุขัยสั้นลงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดน้อยลงเมื่อเทียบกับผู้หญิง [20]

สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 และ 70 - 79 ปี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป 1.83 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุวัยตอนต้นและวัยตอนกลางร่างกายยังคงมีความแข็งแรงที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อลงกรณ์ เปกาสิทธิ์ และ ภรณ์วิวัฒน์สมบูรณ์ (2564) จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงที่มีอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่จำกัดลดลงอย่างน้อย 1 กิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เอง [18] และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญชรีย์ พัฒนา และคณะ (2564) โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดน้อยลง เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุวัยยะต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง ทำให้ประสิทธิภาพของอวัยวะและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลง การช่วยเหลือตนเองหรือการเดินทางได้ตามลำพังลดลง ต้องการการพึ่งพิงจากคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด [21]

สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย-รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ และอื่น ๆ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 1.48 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจาก การเคลื่อนไหวร่างกายในขณะที่ทำงานประกอบอาชีพ (Occupational physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวหรือการทำงานของส่วนในร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้าง (Skeletal muscle) ทำให้มีการใช้พลังงานมากกว่าในขณะพัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pyatak และคณะ (2022) พบว่าคนที่ประกอบอาชีพเป็นการส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่ง เนื่องจากทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงมากขึ้นและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว [22]

ส่วนของปัจจัยการมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1.71 เท่า เนื่องจากการมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะความผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชามณูชู่ สุวรรณฉัตร และคณะ (2564) โรคเรื้อรังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนอาจมีการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ ติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมักพบว่ามีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ [23] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นาเดียร์ มะนิ และคณะ (2567) ผู้สูงอายุที่มีร่างกายเสื่อมถอยลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว รวมถึงภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ส่งผลต่ออุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกาย ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การประกอบอาชีพหรือการทำงานบ้าน การเคลื่อนไหวที่ช้าลงจะส่งผลต่อการลดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเกิดการทรงตัวได้น้อยลง [24]

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ 1.36 เท่า การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมนันทนาการอย่างหนึ่งที่ทำให้จิตใจตื่นตัวอยู่เสมอและมีชีวิตชีวา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิภาณี ชมภูพาน และ วรารัตนา ชมภูพาน (2564) ระบุว่าผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดความสุขเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะของสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงการทรงตัวดีขึ้นภายหลังจากการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น และมีส่วนทำให้การทำงานของระบบประสาทส่วนปลายมีความไวเพิ่มมากขึ้น นำสู่ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [25] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรรัชต์ บุญแท้ และคณะ (2567) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ และการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงสมบูรณ์ทางร่างกาย สามารถจัดการอาการเจ็บป่วยและมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งการออกกำลังกายและโภชนาการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้

และยังสร้างความภูมิใจ ความมั่นใจ มองเห็นคุณค่าของตนเอง รวมถึงการพัฒนาความจำและทักษะการจัดการความเครียด จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน [26]

สรุป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 73.8 ในอำเภอป่าพะยอมมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับที่ช่วยเหลือตัวเองได้ อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านเพศ โดยเฉพาะชาย อายุ 60–69 ปี และ 70–79 ปี อาชีพเกษตรกร การไม่มีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการอยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมชมรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นถึงวัยกลาง เพื่อรักษาสภาพร่างกายที่แข็งแรงและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้คงอยู่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรดำเนินงานเชิงรุกโดยเน้นการป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) และ การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะ เพศชาย และกลุ่ม ช่วงอายุ 60–79 ปี ได้แก่ 1) ดำเนินการส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมที่หลากหลายและน่าสนใจมากขึ้น เช่น กิจกรรมจิตอาสา การฝึกอาชีพเสริม หรือการออกกำลังกายที่เน้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เพื่อดึงดูดผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมให้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยรักษาความสามารถทางกายและป้องกันการสูญเสียบทบาททางสังคม 2) จัดทำแผนการคัดกรองสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้นในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเกษตรกร เพื่อให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะนำไปสู่โรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการ 3) ผลักดันนโยบายความร่วมมือกับท้องถิ่น เพื่อจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้ปลอดภัย เช่น การติดตั้งราวจับ หรือปรับพื้นทางเดิน ซึ่งเป็นการป้องกันการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุคงสภาพความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ยาวนานที่สุด

ข้อจำกัด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตามบริบทที่มีความจำเพาะเจาะจง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จึงอาจไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงกับผู้สูงอายุในจังหวัดอื่น ๆ หรือผู้สูงอายุที่มีบริบททางสังคมและสุขภาพที่แตกต่างไปจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่นี้ได้โดยตรง

การอ้างอิง

บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, ณัฐกานต์ นิลอ่อน, และกวิณธิดา จีนเมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 33-49.

Chaimay B, Woradet S, Nin-on N, and Jeenuang K. Factors Associated with Activities of Daily Living Among the Elderly in Pa Phayom District, Phatthalung Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 33-49.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Ageing and health. WHO Center for Health Development: Inter-National Association of Gerontology. Geneva, World Health Organization. Accessed 24 April 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- [2] United Nations. Peace, dignity and equality on a healthy planet. Accessed 2 May 2025 from <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
- [3] World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. Accessed 20 April 2025 from <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>.
- [4] สุวานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์, และศิริวรรณ ชอบธรรมกุล. การศึกษาแนวทางการดำเนินงานของภาครัฐในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารวิชาการ การจัดการภาครัฐและเอกชน. 2566; 5(3): 1-15..
- [5] สุกุล ศิริ. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสหวิทยาการนวัตกรรมปริทรรศน์. 2566; 6(1): A-168-76.
- [6] กริช เกียรติญาณ, และ ธนัสถา โรจนตระกูล. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์. วารสารพัฒนาการเรียนรู้สมัยใหม่. 2564; 6(2): 60-74.
- [7] โชคลาภ มั่นคง, กนกพร ภาคิฉาย, กนกกาญจน์ กล่อมเกลา, ชุตินันท์ วิลามาต, และ ศศินันท์ ศาสตร์สาระ. ความฉลาดรู้ทางการเงินในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. วารสารบริหารธุรกิจราชมงคลสุวรรณภูมิ. 2567; 1(2): 43-64.
- [8] นิตยา ดิษฐาน. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนากะชะ อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567; 2(1): 130-41.
- [9] สุมณฑา สุภาวิมล, และ บริษัท ชัยสุภา แมนชั่น จำกัด. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักไตรสิกขา. วารสารสหวิทยาการนวัตกรรมปริทรรศน์. 2565; 5(2): A105-12.
- [10] ยุพารัตน์ รัชดาชาน, โสภิน แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าهل และความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 35(3): 1-22.

- [11] ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข. 2568; 1(1): 71-80.
- [12] จิรพร ไพศาล, สุพัสชา ศรีนา, สุพัตรา บุตรราช, ศึกษา อุ่นเจริญ, และ มณฑิญา กงลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่ อำเภอภูแก้ว จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567; 17(2): 55-68.
- [13] Department of Older Persons. Statistics on the number of elderly people by province and age. Accessed 1 June 2024 from <http://www.dop.go.th/th/know/1/159>.
- [14] Ministry of Public Health. Medical and health information warehouse system (Health Data Center: HDC). Accessed 31 January 2024 from <https://itjournal.moph.go.th/page/detail/21>.
- [15] Hsieh FY, Bloch DA, and Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*. 1998; 8: 1623-34.
- [16] National Health Examination Survey Office. Report of the 4th National Health Examination Survey of Thailand. Accessed 18 January 2025 from <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/10raayngaankaarsamrwcchkaarbriophkhaahaarkhngp.pdf>.
- [17] Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). 1988. Accessed 31 January 2025 from <https://doi.org/10.4324/9780203771587>.
- [18] อลงกรณ์ เปกาตี, และ ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย: ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. วารสารสุขศึกษา. 2564; 44(1): 49-58.
- [19] ดาราวรรณ ร่องเมือง, ชวนชม พิซพันธ์ไพศาล, ผกามาศ พิมพ์ธารา และ ยศพล เหลืองโสมนภา. ความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564; 16(1): 1-12.
- [20] Gao J, Gao Q, Huo L, and Yang J. Impaired Activity of Daily Living Status of the Older Adults and Its Influencing Factors: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(23): 15607.
- [21] กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ พิภพสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, และ อรพรรณ โตสิงห์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563; 22(3): 488-97.
- [22] Pyatak EA, Carandang K, Rice Collins C, and Carlson M. Optimizing Occupations, Habits, and Routines for Health and Well-Being with Lifestyle Redesign®: A Synthesis and Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2022; 76(5): 7605205050.
- [23] พิษามณูช สุวรรณฉัตร, ภัทรรัตน์ ปานสุวรรณจิตร, และ วิชุดา จิรพรเจริญ. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ในการเพิ่มความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสารภีบรรพตพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่.
วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2564; 17(2): 78-90.
- [24] นาเดียร์ มณี, รูชีอัน เจ๊ะนู, และ ลูกมาน ดุลย์ธารา. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.
วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(1): 64-78.
- [25] วรุฒิ ชมภูพาน, และ วรางคณา ชมภูพาน. ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อความสุขของผู้สูงอายุ
ในชุมชน.วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ. 2564; 3(1): 53-60.
- [26] อุไรรัชต์ บุญแท้, อีรนนท์ วรรณศิริ, และ จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. ผลของการเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุต่อ
กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 .วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
2567; 11(1): 17-33.

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

Prevalence of Malnutrition and Factors associated among Elderly People

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ ¹, สมเกียรติยศ วรเดช ¹, กวินธิดา จินเมือง ¹, และณัฐกานต์ นิลอ่อน ^{1*}

Bhunyahadh Chaimay ¹, Somkiattiyos Woradet ¹, Kawintida Jeenuang ¹, and Nattakan Nin-on ^{1*}

¹ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จังหวัดพัทลุง 93210

¹ Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus, Phatthalung Province. 93210

* Corresponding Author: ณัฐกานต์ นิลอ่อน E-mail: nattakan.n@tsu.ac.th

Received : 10 September 2025

Revised : 21 November 2025

Accepted : 12 December 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะทุพโภชนาการและตรวจหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,692 คน อาศัยในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วยแบบประเมินและจัดระดับเป็นปกติ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและขาดสารอาหาร ใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณความชุกและสถิติถดถอยโลจิสติกเชิงลำดับอย่างง่ายแบบพหุคูณโลจิสติกวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ผลพบว่า ร้อยละ 48.5 อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และร้อยละ 8.7 มีภาวะขาดสารอาหาร (ปกติร้อยละ 42.8) และโดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการที่แย่งต่ำกว่าเพศชาย ($OR_{adj} = 0.77$, 95%CI: 0.63 - 0.93) ผู้มีอายุ 70 - 79 และ 80 ปี ขึ้นไป มีโอกาสภาวะโภชนาการที่แย่งเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า และ 3.7 เท่า ($OR_{adj} = 1.60$, 95%CI: 1.28 - 1.99 และ $OR_{adj} = 3.72$, 95%CI: 2.77 - 4.99) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ มีโอกาสภาวะโภชนาการที่แย่งลดลง ($OR_{adj} = 0.69$, 95%CI: 0.54 - 0.87 และ $OR_{adj} = 0.53$, 95%CI: 0.40 - 0.70) ขณะที่พฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลางสัมพันธ์กับโอกาสภาวะโภชนาการที่แย่งสูงขึ้น 1.4 เท่า ($OR_{adj} = 1.40$, 95%CI: 1.16 - 1.70) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าควรเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ควรมีการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านโภชนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : การถดถอยโลจิสติกเชิงลำดับ ความชุก พัทลุง ผู้สูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to assess the prevalence of malnutrition and identify factors associated with nutritional status among elderly people. A total of 1,692 participants aged 60 years and above residing in Pa-phayom district, Phatthalung province, were surveyed between January and March 2018. Nutritional status was assessed and

classified as normal, risk of malnutrition, and malnourishment. Descriptive statistics assessed prevalence, and simple ordinal logistic regression was employed to determine factors associated with the nutritional status. Results revealed that 48.5% were at risk of malnutrition, and 8.7% were malnourished (42.8% had normal nutritional status). Elderly women were less likely to have a decrease in their nutritional health compared to men ($OR_{adj} = 0.77$, 95%CI: 0.63 - 0.93). Participants aged 70 - 79 years and those aged 80 years and above exhibited increase risk of malnutrition by 1.6 times and 3.7 times, respectively ($OR_{adj} = 1.60$, 95%CI: 1.28 - 1.99 and $OR_{adj} = 3.72$, 95%CI: 2.77 - 4.99). There was less likelihood that the nutritional status of agricultural sector and other occupations will deteriorate ($OR_{adj} = 0.69$, 95%CI: 0.54 - 0.87 and $OR_{adj} = 0.53$, 95%CI: 0.40 - 0.70). Meanwhile, a moderate level of self-care behavior was associated with 1.4 times higher odds of being malnourished ($OR_{adj} = 1.40$, 95%CI: 1.16 - 1.70). These findings indicate that malnutrition in older adults, especially those aged 70 and over, should be monitored. Additionally, elderly people should be continuously screened and assessed for their nutritional status to promote proper nutritional care.

Keywords : Ordinal logistic regression, Prevalence, Phatthalung, Elderly, Malnutrition

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์สังคมสูงวัย (Aged society) ขณะที่ยุโรปและอเมริกาเหนือกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14)” เช่นเดียวกับประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้สูงอายุกว่า 13 ล้านคน หรือร้อยละ 18.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป) [1] ขณะที่ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ ธันวาคม พ.ศ. 2568 รายงานจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 13.9 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 ของประชากรไทยทั้งหมด และจังหวัดพัทลุงพบร้อยละประชากรผู้สูงอายุกว่า 22.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจังหวัดพัทลุงเป็นพื้นที่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ [2] ประชากรกลุ่มดังกล่าวแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เช่น แหล่งรายได้ที่มีแนวโน้มลดลง แต่รายได้หลักเป็นการรับเบี้ยยังชีพกลับสูงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทพบปัญหาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุมีระดับความมั่นคงทางอาหารน้อย ผู้สูงอายุอดมื้อกินมื้อ ฐานะยากจน การอยู่อาศัยที่มีแนวโน้มนการอยู่เพียงลำพังหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว ส่งผลต่อภาวะพึ่งพิงมากกว่า 3 แสนคน พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้นเป็น 2.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566 [1, 3-4] การเข้าถึงอาหารและบริการทางสาธารณสุขเป็นไปได้อย่างยากลำบากและภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองแล้วระบุว่า ไม่ดี หรือไม่ดีมากๆ โดยเฉพาะภาวะจากโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.7) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.4) เป็นต้น [5] โรคเรื้อรังดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยเฉพาะกระบวนการทำงานของร่างกายที่ถดถอย ระบบขับถ่าย

ระบบย่อยอาหาร การดูดซึม รวมทั้งภาวะโภชนาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลง [6] สถานการณ์การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุของจังหวัดพัทลุงจึงมีผลต่อต้นทุนการดูแลสุขภาพของครัวเรือน และปริมาณผู้ป่วยที่เกินกำลังจะรับ [4]

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ [7] ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เสี่ยงต่อความพิการและการเสียชีวิตมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงจากการทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรส กลิ่นและสัมผัสเสื่อมลง การหลั่งของต่อมน้ำลายลดลง ส่งผลให้ช่องปากและลิ้นแห้งความสามารถในการบดเคี้ยวและการกลืนลดลง การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้และการดูดซึมสารอาหารลดลง [8] นอกจากนี้ภาวะทางจิตใจ เช่น ความว้าวุ่น หดหู่จากการที่บุตรหลานไม่ใส่ใจ หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้การรับประทานอาหารน้อยลง รวมทั้งความเสื่อมของร่างกายลดลง ความเจ็บป่วยพิการและภาวะการรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่ได้หรือลดลง [9] ภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น ประเทศฮังการี มีการศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (Nursing home) จำนวน 1,381 คน โดยใช้แบบประเมิน The malnutrition universal screening tool (MUST) พบว่า ร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร [10] นอกจากนี้มีการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น ด้วยแบบประเมิน (Mini nutritional assessment: MNA®) จำนวน 226 คน พบว่าร้อยละ 19.9 ผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร ขณะที่ร้อยละ 58.0 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร [11] สำหรับประเทศไทย พบว่าภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอพุทธมณฑล โดยใช้แบบประเมิน MNA® จำนวน 60 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 48.3 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเพียงร้อยละ 1.7 มีภาวะขาดอาหาร [12] การศึกษาแบบภาพตัดขวางในผู้สูงอายุที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการบ้านบางแคร์ โดยแบบประเมิน (Mini nutritional assessment-short form; MNA®-SF) จำนวน 100 คน ร้อยละ 65 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 21 มีภาวะโภชนาการเกินและขาดและร้อยละ 11 (ดัชนีมวลกาย < 18.5 kg/m²) [13]

แม้หลักฐานจากต่างประเทศและไทยจะรายงานภาวะทุพโภชนาการในอัตราที่แตกต่างกัน ความแตกต่างนี้ส่วนหนึ่งมาจากเครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย เช่น MUST, MNA® รวมทั้งบริบทการศึกษาทำให้การเปรียบเทียบโดยตรงทำได้จำกัด นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีข้อมูลระดับชุมชนที่ครอบคลุมอย่างจำกัด โดยเฉพาะการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการตามลำดับความรุนแรงในผู้สูงอายุชุมชน ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะโภชนาการซึ่งจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปกติ เสี่ยงขาดสารอาหารและขาดสารอาหาร และระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับสถานะที่แย่งลงในผู้สูงอายุ ชุมชนอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยใช้แบบคัดกรองมาตรฐานและวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกเชิงลำดับเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงพื้นที่ที่เทียบเคียงได้และใช้กำหนดมาตรการคัดกรองหรือป้องกันภาวะทุพโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ปกติ เสี่ยงขาดสารอาหารและขาดสารอาหาร โดยใช้แบบคัดกรอง MNA-SF ในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุของ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม พ.ศ. 2561

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) [14] จำนวน 4 ตำบล ในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 4,574 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกพื้นที่ตำบล จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลลานข่อย และตำบลบ้านพร้าว ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 919 และ 1,177 คน ตามลำดับ รวมกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 2,096 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วงที่เก็บข้อมูล สามารถพูดคุยสื่อสารได้และยินยอมให้ข้อมูล ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ได้แก่ วัณโรคระยะแพร่กระจาย มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือด ดิทยาเสพติดให้โทษ และพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในวันเก็บข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 1,692 คน คิดเป็นร้อยละ 80.7

การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากการใช้สถิติ Logistic regression [15] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ที่มีการรับประทานยาทุกวัน ยาบางชนิดมีปฏิกริยาต่อร่างกายส่งผลต่อการขัดขวางการย่อยและการดูดซึมอาหาร [16] กำหนดค่า Alpha error เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ตามข้อเสนอแนะของ Cohen, 1988 เท่ากับ 0.15 [17] ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 517 คน เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของตัวแปรตามซึ่งเป็นข้อมูลเชิงลำดับ (Ordered categorical data) และการวิเคราะห์ด้วย Multiple ordinal logistic regression ความเพียงพอของตัวอย่างเพิ่มเติมตามหลักการ Event per variable (EPV) ซึ่งแนะนำว่าควรมีจำนวนเหตุการณ์ (Event) อย่างน้อย 10–20 รายต่อตัวแปรอิสระหนึ่งตัว เพื่อให้โมเดลมีความเสถียรและลดความเอนเอียงของการประมาณค่า การศึกษานี้มีตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลทั้งหมด 12 ตัว และมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่ม “ภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร” และ “ภาวะขาดสารอาหาร” รวม 968 ราย ซึ่งสูงกว่าขั้นต่ำที่ต้องมีอย่างน้อย 240 ราย ($EPV \geq 20 \times 12$ ตัวแปร) จึงถือว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ Multiple ordinal logistic regression อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสเกิด Estimation bias ได้อย่างเหมาะสม โดยสุดท้ายจึงเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์รวม 1,692 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งเงินที่ได้รับ ดัชนีมวลกาย หรือใช้เส้นรอบน่อง (Calf circumference) การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และทดสอบเทียบเครื่องชั่งและเครื่องวัดส่วนสูงโดยเปรียบเทียบค่าที่ได้จากการวัด

ของเครื่องชั่งกับตม้มน้ำหนักมาตรฐาน ขณะที่เครื่องวัดส่วนสูงเปรียบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานที่มีค่าความถูกต้องและ 2) การประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Mini nutritional assessment-short form: MNA-SF, Thai version) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล [18] แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ สาธารณสุขศาสตร์ และวิธีวิทยาการวิจัย จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item – objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 และ 2) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการค่าความเชื่อมั่น Cronbach’s alpha coefficient มีค่า 0.71 [19]

4. การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ด้วยตนเองและผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรม โดยเริ่มต้นการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และลงรหัสแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินความชุกของภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การพิจารณาโดยให้คะแนนเต็ม 14 คะแนน จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน) และมีภาวะขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน) วิเคราะห์ความชุกของภาวะทุพโภชนาการด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการด้วย Multiple ordinal logistic regression เนื่องจากตัวแปรตามมีลักษณะเชิงลำดับ (Ordered categorical variable) คือ ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจกแจงนับ (Categorical variable) ชนิด 3 กลุ่ม (Polytomous variable) คือ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาวะโภชนาการปกติ (กำหนดให้เป็น 1) มีความเสี่ยงของภาวะขาดสารอาหาร (กำหนดให้เป็น 2) และมีภาวะขาดสารอาหาร (กำหนดให้เป็น 3) โดยทดสอบสมมติฐาน proportional odds assumption ด้วย Brant test และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 นอกจากนี้ตรวจสอบปัญหา multicollinearity ด้วยค่า Variance inflation factor (VIF) โดยยอมรับหาก VIF < 10 ในการเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลใช้ค่า p-value ของ Wald’s test ≤ 0.25 และคัดออกด้วยวิธี Backward elimination ที่ระดับนัยสำคัญสองด้าน ($\alpha = 0.05$) ความพอดีของโมเดลประเมินด้วย Likelihood ratio test (LRT), Akaike information criterion (AIC) และค่า Pseudo-R² (เช่น Nagelkerke R²) รายงานผลด้วยค่า Crude OR และ Adjusted OR และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI) การแปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเพิ่มโอกาสที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการ “แย่กว่า” เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะดีกว่าในลำดับเดียวกัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.0) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.15 ปี (S.D. = 8.3) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.1) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 59.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 42.4)

มากกว่าครึ่งมีรายได้จากตนเอง (ร้อยละ 55.6) มีเงินเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.8) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.0) ประมาณ 1 ใน 3 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับความชุกของภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (ร้อยละ 48.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ (n = 1,692)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	694	41.0
หญิง	998	59.0
อายุ (ปี)		
60-69	848	50.1
70-79	536	31.7
80 ขึ้นไป	308	18.2
\bar{x} + S.D. (Min, Max)	71.15 ± 8.25 (60, 102)	
สถานภาพ		
โสด	43	2.5
สมรส	1,287	76.1
แยก/หย่า	23	1.4
หม้าย	339	20.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	108	6.4
ต่ำกว่าชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4	443	26.2
จบชั้นประถมศึกษา	1,006	59.5
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	55	3.2
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.	51	3.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	0.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	1.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	633	37.4
แม่บ้าน	57	3.4
ค้าขาย	130	7.7
รับจ้าง	94	5.6
ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ	18	1.0
เกษตรกร	717	42.4

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ	43	2.5
ความเพียงพอต่อรายได้		
ไม่เพียงพอ	645	38.1
พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	791	46.8
พอเพียงและเหลือเก็บ	256	15.1
\bar{x} + S.D. (Min, Max)	3,266.00 ± 4,985.75 (600, 100,000)	
แหล่งเงินรายได้		
ตนเอง	940	55.6
บุคคลในครอบครัว	332	19.6
บุคคลอื่น	67	4.0
จากตนเองและบุคคลในครอบครัว	296	17.5
จากตนเองและบุคคลอื่น	12	0.7
จากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น	36	2.1
จากตนเองบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น	9	0.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	681	40.3
มีโรคประจำตัว	1,011	59.7
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เป็นสมาชิก	980	57.9
เป็นสมาชิก	712	42.1
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่เคยเข้าร่วม	1,140	67.4
1-3 ครั้ง/ปี	351	20.7
4-6 ครั้งต่อปี	100	5.9
7-9 ครั้งต่อปี	16	0.9
10-12 ครั้งต่อปี	55	3.3
13-15 ครั้งต่อปี	30	1.8
การประเมินภาวะทุพโภชนาการ		
มีภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน)	724	42.8
มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน)	821	48.5
มีภาวะขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน)	147	8.7

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคภัย และอบายมุข พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 56.0) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 6 ด้าน (n = 1,692)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)		
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านอาหาร	29.11	4.03	745 (44.0)	933 (55.2)	14 (0.8)
ด้านอารมณ์	24.63	4.02	1,049 (62.2)	633 (37.2)	10 (0.6)
ด้านออกกำลังกาย	15.43	4.25	574 (33.9)	772 (45.6)	346 (20.5)
ด้านโรคภัย	17.31	3.38	1,395 (82.5)	250 (14.8)	47 (2.7)
ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	28.95	4.93	771 (45.6)	872(51.5)	49 (2.9)
ด้านอบายมุข	28.35	3.51	1,585 (93.7)	66(3.9)	41 (2.4)

การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงอันดับอย่างง่าย (Simple ordinal logistic regression) จำนวน 968 คน ซึ่งตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการเท่านั้น ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่าชายลดลง 0.82 เท่า หรือเพศหญิงมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าชายโดยรวม (OR = 0.82, 95%CI: 0.68 - 0.99) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี 1.81 เท่า (OR 1.81, 95%CI: 1.45 - 2.25) และ 4.35 เท่า (OR = 4.35, 95%CI: 3.20 - 5.91) ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุที่สมรสและหม้าย/แยก/หย่า มีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด 1.65 เท่า (OR 1.65, 95% CI: 0.91 - 3.00) และ 2.47 เท่า (OR 2.47, 95% CI: 1.33 - 4.60) ตามลำดับ ขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่าลดลง 0.85 เท่า (OR = 0.85, 95%CI: 0.70 - 1.04) และ 0.47 เท่า (OR = 0.47, 95%CI: 0.33 - 0.68) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ด้านการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ อาชีพเกษตรกรรมมีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่าลดลง 0.48 เท่า (OR = 0.48, 95%CI: 0.39 - 0.59) และ 0.36 เท่า (OR = 0.36, 95%CI: 0.28 - 0.47) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูง 1.44 เท่า (OR = 1.44, 95%CI: 1.20 - 1.58) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยด้านรายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไม่พบความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ (n = 968)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของภาวะทุพโภชนาการ	OR (95%CI)	p-value
เพศ			0.043
ชาย	418 (60.2)	Ref.	
หญิง	550 (55.1)	0.82 (0.68 ถึง 0.99)	
อายุ (ปี)			< 0.001
60 - 69	396 (46.7)	Ref.	
70 - 79	328 (61.3)	1.81 (1.45 ถึง 2.25)	
80 ขึ้นไป	244 (79.2)	4.35 (3.20 ถึง 5.91)	
สถานภาพสมรส			< 0.001
โสด	19 (44.2)	Ref.	
สมรส	715 (55.6)	1.65 (0.91 ถึง 3.00)	
หม้าย/แยก/หย่า	234 (64.6)	2.47 (1.33 ถึง 4.60)	
ระดับการศึกษา			0.001
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา	339 (61.5)	Ref.	
ประถมศึกษา	570 (56.7)	0.85 (0.70 ถึง 1.04)	
สูงกว่าประถมศึกษา	59 (44.0)	0.47 (0.33 ถึง 0.68)	
อาชีพ			< 0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	436 (68.9)	Ref.	
เกษตรกรกรรม	377 (52.7)	0.48 (0.39 ถึง 0.59)	
อื่นๆ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ ค้าขาย/รับจ้าง/ ข้าราชการบำนาญ/ บำเหน็จ/อื่นๆ)	155 (45.3)	0.36 (0.28 ถึง 0.47)	
รายได้			0.118
ไม่เพียงพอ	386 (59.8)	Ref.	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	441 (55.8)	0.84 (0.69 ถึง 1.03)	
เพียงพอและเหลือเก็บ	141 (55.1)	0.78 (0.59 ถึง 1.03)	
โรคประจำตัว			0.181
ไม่มี	380 (55.9)	Ref.	
มี	588 (58.2)	1.14 (0.94 ถึง 1.37)	
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			0.104
เป็น	426 (59.9)	Ref.	
ไม่เป็น	542 (55.3)	1.17 (0.97 ถึง 1.41)	

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของภาวะทุพโภชนาการ	OR (95%CI)	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรมผู้สูงอายุ			0.796
เข้าร่วม	323 (58.6)	Ref.	
ไม่เข้าร่วม	645 (56.6)	1.03 (0.84 ถึง 1.25)	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			<0.001
ระดับสูง	515 (54.4)	Ref.	
ระดับปานกลาง	453 (60.8)	1.44 (1.20 ถึง 1.58)	

การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ อาชีพ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับภาวะ โภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มี ภาวะโภชนาการแยกว่ากลุ่มเพศชาย 0.77 เท่าหรือมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 23.0 (OR = 0.77, 95%CI: 0.63 - 0.93) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแยกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี 1.60 เท่า (OR_{adj} = 1.60, 95%CI: 1.28 - 1.99) และกลุ่มที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการ แยกว่า 3.72 เท่า (OR_{adj} = 3.72, 95%CI: 2.77 - 4.99) ด้านอาชีพผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีแนวโน้ม อยู่ในกลุ่มภาวะโภชนาการแยกว่าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ทำอาชีพ (OR_{adj} = 0.69, 95%CI: 0.54 - 0.87) และอาชีพอื่นๆ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ) มีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มภาวะโภชนาการแยกว่าน้อยกว่า กลุ่มไม่ประกอบอาชีพเช่นกัน (OR_{adj} = 0.53, 95%CI: 0.40 - 0.70) และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแย กว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง 1.40 เท่า (OR_{adj} = 1.40, 95%CI: 1.16 - 1.70) แสดงให้เห็นว่าการมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี มีส่วนช่วยในการคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ (n = 1,692)

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ			0.008
ชาย	Ref.	Ref.	
หญิง	0.82 (0.68 ถึง 0.99)	0.77 (0.63 ถึง 0.93)	
อายุ (ปี)			<0.001
60 - 69	Ref.	Ref.	
70 - 79	1.81 (1.45 ถึง 2.25)	1.60 (1.28 ถึง 1.99)	
80 ปี ขึ้นไป	4.35 (3.20 ถึง 5.91)	3.72 (2.77 ถึง 4.99)	

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อาชีพ			0.002
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.	Ref.	
เกษตรกร	0.48 (0.39 ถึง 0.59)	0.69 (0.54 ถึง 0.87)	
อื่นๆ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ บ้านาน/บ้านั้น)	0.36 (0.28 ถึง 0.47)	0.53 (0.40 ถึง 0.70)	
พฤติกรรม การดูแลตนเอง			0.001
ระดับสูง	Ref.	Ref.	
ระดับปานกลาง	1.44 (1.20 ถึง 1.58)	1.40 1.16 ถึง 1.70)	

อภิปรายผล

ความชุกของภาวะทุพโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่า ความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 48.5 ภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 42.7 และภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 8.7 ซึ่งอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของการมีภาวะโภชนาการปกติในผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2567 ที่ระบุไว้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 48 ตามแนวทางการดำเนินงานของกลุ่มบริหาร ยุทธศาสตร์ กรมอนามัย สำนักโภชนาการ [20] สะท้อนให้เห็นว่าในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จำเป็นต้องเร่งดำเนินการภารกิจด้านการคัดกรองและส่งเสริมโภชนาการแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้าพบว่า สัดส่วนกลุ่ม “เสี่ยง” ร้อยละ 48.5 ใกล้เคียงกับการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) 45 บทความ โดยใช้เครื่องมือ MNA[®] และ MNA-SF ในการรวบรวมข้อมูลการศึกษาความชุกของภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศอินเดีย แสดงให้เห็นความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 48.2 [21] แต่สูงกว่าการศึกษาความชุกและความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดยใช้เครื่องมือ MNA[®] และ MNA-SF ซึ่งเป็นการวิเคราะห์อภิมานจำนวน 71 บทความ พบว่า ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจากแบบประเมิน MNA[®] เท่ากับร้อยละ 42.6 และ MNA-SF เท่ากับร้อยละ 37.8 [22] ขณะที่การศึกษาจากโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แบบเครื่องมือ MNA[®] และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ร้อยละ 18.70 และภาวะขาดสารอาหาร (Malnourished) ร้อยละ 4.40 [23] ซึ่งต่ำกว่าค่าร้อยละความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม อย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้ด้วย (1) บริบทกลุ่มตัวอย่างการศึกษาในชุมชนอาจครอบคลุมผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้าถึงบริการหรือยังไม่ได้รับคำปรึกษาโภชนาการ (2) เครื่องมือหรือวิธีประเมิน (MNA[®] vs MNA-SF) หรือแบบสอบถามสุขภาพผู้สูงอายุที่ใช้ประเมินมีความแตกต่างกัน ทั้งในข้อคำถามของการประเมิน ความแม่นยำของเครื่องมือที่ใช้วัดผล และ (3) ช่วงเวลาและฤดูกาลเก็บข้อมูลที่อาจกระทบพฤติกรรมบริโภคและการเข้าถึงอาหาร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า สำหรับปัจจัยด้านเพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงลดลงร้อยละ 23.0 (OR = 0.77, 95%CI: 0.63 - 0.93) เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Bardon and et al. 2021 ทำการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน พบว่า ปัจจัย เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการและความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าเพศชายถึงร้อยละ 45.0 อาจเนื่องมาจากข้อเท็จจริงที่ว่าผู้หญิงมีอายุขัย (Life expectancies) ยืนยาวกว่าผู้ชาย [24] ซึ่งการมีอายุขัยที่มากกว่าอาจส่งผลต่อการเผชิญกับโรคความเจ็บป่วยง่ายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเพศชาย ยิ่งไปกว่านั้นเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ [24] แต่การที่เพศหญิงมีอายุขัยที่มากกว่าแสดงออกถึงการที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ ความรับผิดชอบกับสภาวะสุขภาพหรือติดตามการดูแลรักษาของตนดีกว่าเพศชาย [25]

ปัจจัยด้านอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการเพิ่มขึ้นของอายุมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ภาวะจิตใจ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งโรคในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงของเยื่อในช่องปาก จำนวนของฟัน ปัญหาการบดเคี้ยว การกลืน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาด้านการรับกลิ่นและการมองเห็นลดลง เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทของ Olfactory bulb ซึ่งทำหน้าที่รับกลิ่นสัมผัสเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร พบว่าจำนวนเซลล์ลดลง ความอยากอาหารจึงเสื่อมตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น [25-26] ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เช่นเดียวกับการศึกษาของคะนิงนิง ขอดคำ ปี 2562 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อำเภอปากชม จังหวัดเลย พบว่าภาวะผอมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยผู้สูงอายุในวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายมีภาวะผอมลงตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [13, 26]

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และอาชีพอื่นๆ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการบำนาญ/บำเหน็จ) มีโอกาสเสี่ยงลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ อาจเนื่องด้วยลักษณะของอาชีพ ที่ต้องใช้แรงงาน จำเป็นต้องใช้พลังงานของร่างกายสูง อาจทำให้ร่างกายผู้สูงอายุเกิดความอ่อนแอ เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารที่สำคัญของร่างกาย ขณะที่ปัญหาทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงอาหารก็อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะการพึ่งพาผลผลิตจากการเกษตรซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากสภาพอากาศและตลาด ทำให้การเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพเป็นเรื่องยาก [27] และผู้สูงอายุไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่ตนเองต้องการรับประทานได้ จำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันสูง เพราะรับประทานง่ายและราคาถูกกว่าอาหารประเภทโปรตีน ทำให้เกิดความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการ ซึ่งจากการศึกษาของวรลักษณ์ ฤทธิ์ศรี พบว่า การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอจะมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการถึง 4.56 เท่า [28]

นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แนวโน้มที่จะอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการแย่กว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง 1.40 เท่า (OR_{adj} = 1.40, 95%CI: 1.16 - 1.70) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง [29] แต่ขัดแย้งกับการศึกษาเพ็ญศรี ผาสุก ปี 2563 พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุจะได้รับอาหารที่หลากหลาย สารอาหารครบถ้วนสำหรับการซ่อมแซมร่างกาย โดยเฉพาะอาหารที่มีคุณภาพ สารอาหารครบถ้วน สัดส่วนที่เหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อีกทั้งการปรุง

ประกอบอาหารเอง ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนลักษณะของอาหารให้เหมาะสม เพื่อให้เนื้อสัตว์หรือผักบดเคี้ยวได้ง่าย เนื้อสัมผัสนุ่ม และการที่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลปรุงประกอบอาหาร โดยเน้นอาหารรสธรรมชาติ โดยใช้เครื่องปรุงรสให้น้อยที่สุด ยิ่งส่งผลลดความเสี่ยงของภาวะทุโภชนาการได้ [30-31] แต่เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ ความรู้ ความคิด เจตคติ ความเชื่อมั่น และการรับรู้ ดังนั้นความพยายามในการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน [29]

ในส่วนตัวแปรอื่น ๆ รายได้และการมีโรคประจำตัวไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในโมเดลของการศึกษาครั้งนี้ อาจเพราะ (1) การพึ่งพิงครัวเรือนและสวัสดิการพื้นฐานช่วยค้ำจุนความมั่นคงด้านอาหาร ทำให้ “รายได้ส่วนบุคคล” ไม่สะท้อนการเข้าถึงอาหารทั้งหมด หรือ (2) ดัชนี “มีหรือไม่มีโรคประจำตัว” ไม่สะท้อนความรุนแรงหรือความพิการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะโภชนาการจึงทำให้ความสัมพันธ์เท็จอาจเมื่อควบคุมตัวแปรร่วม นอกจากนี้ แม้ “การเป็นสมาชิกหรือการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ” จะไม่สัมพันธ์เชิงสถิติในการศึกษาครั้งนี้ แต่สัดส่วน “ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม” สูง (ร้อยละ 67.4) ซึ่งโอกาสในการยกระดับคุณภาพและการเข้าถึงกิจกรรมโภชนาการหรือฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งอาจสะท้อนผลในระยะยาวแม้จะยังไม่ปรากฏในข้อมูลภาคตัดขวาง

3) นัยเชิงนโยบายและการปฏิบัติผลการศึกษาชี้ว่า พื้นที่ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสัดส่วน “ภาวะโภชนาการปกติ” มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 48 [20] จึงเสนอให้ดำเนินการ ดังนี้ 1. การคัดกรองเชิงรุกและดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วยแบบประเมิน MNA-SF ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือรพ.สต. ควบคู่กับการให้คำปรึกษาโภชนาการแบบรายบุคคล โดยมุ่งเป้ากลุ่มเสี่ยงเฉพาะอันได้แก่ ชายสูงอายุ, อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี และผู้ที่ “ไม่ประกอบอาชีพ” ด้วยการสนับสนุนมื้ออาหารคุณภาพ การเยี่ยมบ้านและการติดตามน้ำหนักหรือเส้นรอบวงแขน เป็นระยะ 2. เสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองผ่านคลินิกโภชนาการผู้สูงอายุ เวิร์กช็อปการเตรียมอาหาร นิ่ม/เคี้ยวง่าย การอ่านฉลากและโปรแกรมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม 3. บูรณาการบริการสุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิต (คัดกรองฟัน/เหงือกการใส่ฟันเทียมพื้นฐาน/การคัดกรองซึมเศร้า) ซึ่งเป็นคอขวดที่กระทบการบริโภค 4. การยกระดับชมรมผู้สูงอายุ จาก “พื้นที่กิจกรรม” เป็น “แพลตฟอร์มโภชนาการชุมชน” เช่น ครัวชุมชน เมนูต้นแบบโปรตีน ที่มีราคาเข้าถึงได้และระบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุโภชนาการสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ ($OR_{adj} = 2.85; 95\%CI: 2.20-3.70$) [32] การลงทุนในมาตรการข้างต้นจึงคาดว่าจะให้ผลคุ้มค่าเชิงสุขภาพและสังคม ทั้งนี้การศึกษานี้มีจุดแข็งและข้อจำกัดจุดแข็งคือขนาดตัวอย่างภาคชุมชนที่ใหญ่และการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่ควบคุมตัวแปรรบกวนหลักได้บางส่วน ขณะที่ข้อจำกัด ได้แก่ (1) การออกแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปเหตุและผล (2) ความเป็นไปได้ของอคติการรายงานตนเองและความแปรผันจากเครื่องมือประเมินที่หลากหลายเมื่อเทียบกับงานอื่น ๆ (3) การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง (เดือนมกราคมถึง มีนาคม พ.ศ. 2561) อาจมีอิทธิพลจากฤดูกาล/เศรษฐกิจ (4) ตัวชี้วัดโรคประจำตัวแบบทวิภาวะอาจไม่สะท้อนความรุนแรงหรือความพิการ และ (5) ความทั่วไปของผลลัพธ์ซึ่งจำกัดกับบริบทชนบทภาคใต้ตอนล่าง และสำหรับข้อเสนอเพื่อการวิจัยต่อไป

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 48.5 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 8.6 และพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์

ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 - 79 และ 80 ปี ขึ้นไป มีโอกาสสถานะโภชนาการที่แย่ลงเพิ่มขึ้น 1.60 เท่า ($OR_{adj} = 1.60, 95\%CI: 1.28 - 1.99$) และ 3.72 เท่า ($OR_{adj} = 3.72, 9\%CI: 2.77 - 4.99$) ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ มีภาวะทุพโภชนาการแย่ลงลดลงร้อยละ 31 ($OR_{adj} = 0.69, 95\%CI: 0.54 - 0.87$) และ 47 ($OR_{adj} = 0.53, 95\%CI: 0.40 - 0.70$) ตามลำดับ ขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธ์กับโอกาสสถานะโภชนาการที่แย่ลงสูงขึ้น 1.4 เท่า ($OR_{adj} = 1.40, 95\%CI: 1.16 - 1.70$) ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่เกิดจากประสบการณ์ ความรู้ ความคิด เจตคติ ความเชื่อมั่น และการรับรู้ ดังนั้นความพยายามในการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อการเฝ้าระวังโดยการคัดกรองเชิงรุกภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ รพ.สต จำเป็นจะต้องค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการในชุมชน ส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยให้ความรู้โดยเฉพาะเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคตามวัยให้ถูกต้องเหมาะสมและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเพิ่มเติมในงานวิจัยต่อไป ควรมีการติดตามแบบตามกลุ่ม (Cohort) เพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการตามอายุและเหตุการณ์ชีวิตและการใช้ตัวชี้วัดด้านปัจจัยทางสังคม สภาวะช่องปาก ปัจจัยด้านจิตใจหรือภาวะซึมเศร้า และสมรรถภาพการทำกิจวัตร (ADL/IADL) ควบคู่ MNA-SF และศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ของแพ็คเกจแทรกแซงในชุมชน เพื่อคัดกรองและดำเนินการติดตามภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ รพ.สต ทั้งนี้หากประเมินความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุแล้วพบว่าภาวะทุพโภชนาการปานกลาง-รุนแรง ควรส่งต่อนักกำหนดอาหารเพื่อประเมินโภชนาการเชิงลึกหรือส่งต่อแพทย์เพื่อการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ REC No. 006 ลงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2561

การอ้างอิง

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช, กวินธิดา จินเมือง, และณัฐกานต์ นิลอ่อน. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 50-66.

Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet, Kawintida Jeenmuang, and Nattakan Nin-on.

Prevalence of Malnutrition and Factors associated among Elderly People. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 50-66.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ, บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน). 2566. หน้า 18-38.
- [2] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน. 2568 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569.
- [3] ศิริอร สินธุ์. การปฏิรูปประเทศในสังคมสูงวัย: การพัฒนาพื้นที่เชิงนิเวศเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และชุมชน .สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2567 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle /11228 /5673?show=full>.
- [4] สำนักงานจังหวัดพัทลุง. เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดพัทลุง 20 ปี (พ.ศ. 2566 – 2585). สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2568 จาก https://www.phatthalung.go.th/2022/files/com_news_develop/2023-11_e19ff708b1a1b85.pdf.
- [5] วิชัย เอกพลากร, ท้ายชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 2562-2563. กรุงเทพฯ, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564.
- [6] เกณิกา จันชนะกิจ. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร Mahidol R2R e-Journal. 2559; 3(2): 1-11.
- [7] Muurinen S, Soini H, Suominen M, and Pitkala K. Nutritional status and psychological well being. European Journal of Clinical Nutrition. 2010; (5): 26-9.
- [8] วินัย ดะห์ลัน, สุจิตรา บุญหยง, ทิพย์เนตร อริยปิติพันธ์, ไพลิน สิทธิวิเชียรวงศ์, และวนิดา นพรพันธ์. อาหาร โภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ, คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
- [9] Isaia G, Mondino S, Germinara C, Cappa G, Aimonino-Ricauda N, Bo M, and et al. Malnutrition in an elderly demented population living at home. Archives of gerontology and geriatrics. 2011; 53: 249-51.
- [10] Lelovics Z, Bozo RK, Lampe K, and Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. Archives of gerontology and geriatrics. 2009; 49: 190-96.
- [11] Kuzuya M, Kanda S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, and Iguchi A. Evaluation of mini-nutritional assessment for Japanese frail elderly. Nutrition, 2005. 21: 498-503.
- [12] อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, และโสภา ฌมโชติพงศ์. ความสามารถในการเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2548; 28(2): 77-90.
- [13] ดวงกมล วิรุฬห์อุดมผล, และพรพิมล ภูมิฤทธิกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและการรู้คิดในผู้สูงอายุที่อาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563; 28(4), 89-99.

- [14] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC). สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2561 จาก <http://hdcservice.moph.go.th>.
- [15] Hsieh FY, Bloch DA, and Larson DM. A simple method of sample size calculation for Linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*. 1998; 17(14): 1623-34.
- [16] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2549.
- [17] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1988.
- [18] กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 .พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, โรงพิมพ์ฉันทา ศรีเอช. 2564.
- [19] Sukkriang N, and Somrak K. Correlation Between Mini Nutritional Assessment and Anthropometric Measurements Among Community-Dwelling Elderly Individuals in Rural Southern Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2021 Jun 18;14:1509–20. DOI: 10.2147/JMDH.S315652
- [20] กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายละเอียดตัวชี้วัดเฝ้าระวังทางโภชนาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ, สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2566. 97.
- [21] Kushwaha S, Khanna P, Srivastava R, Jain R, Singh T, and Kiran T. Estimates of malnutrition and risk of malnutrition among the elderly (≥ 60 years) in India: A systematic review and meta analysis. *Ageing Research Reviews*. 2020; (63): e101137.
- [22] Chuangam M, Wuthikraikum C, Supapung O, and Muangpaisan W. Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2022; 31(1): 128-41.
- [23] Praneetvatakul Y, Larpjit S, Jongcherdchootrakul K, and Lertwanichwattana T. Prevalence and associated factors of malnutrition among elderly patients at an outpatient clinic, community hospital in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Southeast Asian Medical Research*. 2023; (7), e0167.
- [24] Bardon AL, Corish CA, Lane M, Bizzaro MG, Villarroel KL, Clarke M, and et al. Ageing rate of older adults affects the factors associated with, and the determinants of malnutrition in the community: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Geriatr*. 2021; 21(1): 676.
- [25] ภาพร คล่องกิจเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์] วิทยาศาสตร์

- มหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2561.
- [26] คะนิงนิจ ขอดคำ, และเบญจมา มุกตพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อำเภอปากชม จังหวัดเลย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 1(12): 62-71.
- [27] Food and Agriculture Organization. The state of food and agriculture: social protection and agriculture: breaking the cycle of rural poverty. Accessed 6 September 2023 from: <https://www.fao.org/reduce-rural-poverty/resources/resources-detail/en/c/468284/FAO,2015>.
- [28] วรลักษณ์ ฤทธิศรี. การประเมินภาวะโภชนาการด้วย subjective global assessment ของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารามธิบดี. [วิทยานิพนธ์]. เกษศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา เกษกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
- [29] จารุเพ็ญ ภูจอมจิตร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565; 15(1). 86-100.
- [30] เพ็ญศรี ผาสุก. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(1): 44-55.
- [31] พิริยฉัตร คณานุกรักษ์, กัลยา สร้อยสิงห์, เกษมสุข เขียวทอง, ธนวันต์ พัฒนสิงห์, จิน่า ชัมเมอร์ส, และจิราพร ธรรมสุขเสรี. พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 2020; 14(3): 548-63.
- [32] Rasheed S, and Woods RT. Malnutrition and quality of life in older people. Ageing Research Reviews. 2013; 12(2): 561-66.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
Factors Associated with Cognitive Mental Workload among Registered Nurse
in a Tertiary Hospital, Bangkok, Thailand

ชญัญภาค บุญแสนแก้ว¹, อีร์พันธ์ แก้วตอก^{1,2}, และเอกราช สมบัติสวัสดิ์^{1,2*}

Chanyapak Boonsankaew¹, Teeraphun Kaewdok^{1,2}, and Ekarat Sombatsawat^{1,2*}

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

² หน่วยวิจัยการยศาสตร์ในการทำงาน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12121

¹ Faculty of Public Health, Thammasat University, Rangsit Campus, Khlongnueng Subdistrict, Khlongluang District, Pathumthani Province. 12121

² Occupational Ergonomics Research Unit, Thammasat University, Khlongnueng Subdistrict, Khlongluang District, Pathumthani Province. 12121

* Co-responding Author: เอกราช สมบัติสวัสดิ์ E-mail: ekarat.s@fph.tu.ac.th

Received : 1 November 2025

Revised : 16 December 2025

Accepted : 22 December 2025

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานภายใต้ความเร่งรีบ ความกดดัน และความคาดหวังสูงทำให้เกิดภาระงานทางจิตใจที่อาจเกินขีดความสามารถและเสี่ยงต่อการทำงานผิดพลาดได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย การศึกษารูปแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 253 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินการรับรู้ภาระงานทางจิตใจ ด้วยวิธี National Aeronautics and Space Administration–Task Load Index (NASA-TLX) ในรูปแบบออนไลน์ ผ่าน Google form ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.6 มีอายุเฉลี่ย 29.92 ปี (S.D. = 6.33) ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ดูแลเฉพาะทาง และผู้ป่วยในและวิกฤต ร้อยละ 31.2 19.0 และ 49.8 ตามลำดับ อายุงานเฉลี่ย 5.13 ปี (S.D. = 4.10) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 10.83 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 2.08) วันทำงานเฉลี่ย 5.10 วันต่อสัปดาห์ (S.D. = 0.72) มีระดับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับสูง การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าการนอนหลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ ($OR_{adj} = 0.42, 95\%CI = 0.20 - 0.91$) ดังนั้นการปรับปรุงลักษณะงานให้เหมาะสมตามปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง และจัดตารางเวลาการทำงานให้เหมาะสม เพื่อลดภาระงานทางจิตใจและเพิ่มประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปัจจัย ภาระงานทางจิตใจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

Registered nurses work under time pressure, high demands, and intense expectations, which may result in excessive mental workload and increase the risk of work-related errors. This study aimed to examine factors associated with perceived mental workload among registered nurses in a tertiary-level hospital in Bangkok, Thailand. A cross-sectional analytical study was conducted between July and August 2025. Data were collected from 253 professional nurses using a self-administered questionnaire and the National Aeronautics and Space Administration–Task Load Index (NASA-TLX) via an online Google Form. Stratified sampling was applied. Most participants were female (97.6%), with a mean age of 29.92 years (S.D. = 6.33). Nurses worked in outpatient departments, specialty care units, and inpatient and intensive care units, accounting for 31.2%, 19.0%, and 49.8%, respectively. The mean work experience was 5.13 years (S.D. = 4.10). The average working time was 10.83 hours per day (S.D. = 2.08), and the mean number of working days was 5.10 days per week (S.D. = 0.72). The overall perceived mental workload score was 3.76 (S.D. = 0.44), indicating a high level of mental workload. Multiple logistic regression analysis showed that sleep was significantly associated with perceived mental workload ($OR_{adj} = 0.42$, 95% CI = 0.20 – 0.91). These findings suggest that improving work characteristics and optimizing work schedules according to key related factors may help reduce mental workload and enhance the performance of professional nurses working in hospitals.

Keywords: Factor, Mental workload, Registered nurse, Tertiary hospital

บทนำ

ภาระงานทางจิตใจ (Mental workload) หรือภาระงานทางด้านความคิด เป็นหลักสำคัญที่ใช้ในการทำประเมินระดับความพยายามทางความคิด และความตั้งใจ ที่บุคคลต้องใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งครอบคลุมหลายด้าน เช่น การรับรู้ การประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจ และการควบคุมการกระทำ [1, 2] ระดับภาระงานทางจิตใจที่ไม่เหมาะสม สามารถส่งผลกระทบต่อสมรรถนะการทำงานและสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากต้องมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น [3] สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความต้องการการการรักษาที่ซับซ้อน จึงต้องใช้มีการเทคโนโลยีต่าง ๆ บุคลากรจึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ [4] โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อนและความกดดันสูง ต้องเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยที่หลากหลาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างรวดเร็ว และการตัดสินใจที่มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย [5] พยาบาลจึงต้องใช้ทั้งความรู้ทางวิชาการ ทักษะการปฏิบัติงาน และการตัดสินใจที่แม่นยำ รวมถึง

การปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรต่าง ๆ [6] จึงส่งผลต่อภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาล รวมทั้งมีผลต่อภาวะหมดไฟ (Burnout) ในการทำงาน การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่มีความเร่งด่วนและต้องการการตัดสินใจสูง เช่น การปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยวิกฤต พบพยาบาลวิชาชีพมีภาระงานทางจิตใจสูงกว่าในหน่วยงานอื่น ระดับภาระงานที่มากเกินไปซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แย่ลง รวมถึงอัตราการลาออกจากงานเพิ่มสูงขึ้น [7] ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย การประเมินภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ซับซ้อนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จะได้นำข้อมูลไปใช้พัฒนาแนวทางหรือนโยบายลดภาระงานทางจิตใจและส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและความมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 569 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลที่ศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย
2. มีโรคประจำตัวทางจิตใจ
3. กำลังตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณจากสูตรของแดเนียล [8]

สูตรคำนวณ

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P (1 - P)}{(N - 1) d^2 + z_{\alpha/2}^2 P (1 - P)}$$

- เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = ขนาดประชากร เท่ากับ 569
 $Z_{\alpha/2}^2$ = ค่ามาตรฐานของการกระจายปกติที่ระดับ $\alpha = 0.05$ เท่ากับ 1.96
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05
 P = ค่าสัดส่วนของประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมความชุกของการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อนจึงกำหนดค่าเท่ากับ 0.5

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{569 (1.96^2) 0.5 (1 - 0.5)}{(569-1) (0.05^2) + (1.96^2) 0.5 (1 - 0.5)} = 229.5 \approx 230$$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 รวมทั้งหมดจำนวน 253 คน จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยเริ่มจากการแบ่งพยาบาลวิชาชีพตามแผนกที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งหมด 16 หน่วยงาน มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 205 คน แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ ทั้งหมด 11 หน่วยงาน มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 289 คน และแผนกดูแลเฉพาะทาง ทั้งหมด 4 หน่วยงาน มีจำนวน 68 คน จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างหน่วยงานภายในแต่ละแผนกอย่างน้อยร้อยละ 50.0 เพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละแผนกนั้น ๆ โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) แล้วนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพยาบาลในแต่ละแผนกจากใช้วิธีการคำนวณจากสูตร [9] ดังนี้

สูตรคำนวณ

$$n h = \frac{[N h] * n}{N}$$

เมื่อ

$n h$ = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแผนก คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ และแผนกดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง

$N h$ = จำนวนประชากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละแผนก คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ และแผนกดูแลเฉพาะทาง มีจำนวน 205 289 และ 68 คน ตามลำดับ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 253 คน

N = จำนวนประชากรทั้งหมด คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน 3 แผนก จำนวนทั้งหมด 562 คน

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละแผนก ดังนี้ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 90 คน แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 130 คน และแผนกดูแลเฉพาะทาง จำนวน 33 คน รวมทั้งหมด 253 คน และใช้การสุ่มตามลำดับอายุงานของพยาบาลในแต่ละหน่วยงานเรียงไปจนครบตามจำนวนที่กำหนด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Online) ในรูปแบบ Google form ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและลักษณะการทำงาน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การนอนหลับ แขนง ตำแหน่ง อายุงาน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน และจำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาระงานทางจิตใจ NASA-TLX ขององค์การบริหารการบินและอวกาศแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Aeronautics and Space Administration หรือ NASA) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการด้านจิตใจ ด้านความต้องการด้านร่างกาย ด้านความต้องการด้านเวลา ด้านผลสำเร็จของงาน ด้านความพยายาม และด้านความคับข้องใจ [10] แต่ละด้านมีคำถาม 1 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.84 [11, 12] ใช้การวัดรายข้อคำถามแบบมาตราวัดประเมินค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อความในประโยคตรงกับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ สูงมาก = 5 คะแนน มาก = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน ต่ำ = 2 คะแนน และต่ำมาก = 1 คะแนน [13] และการแปลระดับการรับรู้ภาระงาน จากคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 3.33 คะแนน และระดับสูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.34 - 5.00 คะแนน

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการที่ EC 058/2568 จึงทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยไปยังผู้อำนวยการ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บข้อมูล แจกพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยจัดส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และจัดส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (ออนไลน์) ในรูปแบบ Google form โดยผู้วิจัยส่งลิงค์ (Link) และคิวอาร์โค้ด (QR code) ให้กลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางไลน์และทางอีเมลของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 ขั้นตอนสุดท้ายผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยทวนสอบกับผู้ตอบแบบสอบถามอีกครั้งทันที หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรและลักษณะการทำงาน และระดับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regressions) โดยใช้วิธีการตัดตัวแปรออก (Backward elimination) ใช้เกณฑ์ p -value < 0.25 [14] ในการพิจารณาคัดตัวแปรออกจากโมเดล ให้เหลือ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05 และการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 253 คน ผลการศึกษานำเสนอโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 253 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.6 มีอายุเฉลี่ย 29.92 ปี (S.D. = 6.33) อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 58.9 จบการศึกษาระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 94.1 มีการนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.3 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤต แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกดูแลเฉพาะทาง ร้อยละ 49.8 31.2 และ 19.0 ตามลำดับ อายุการทำงานระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 67.6 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย ≥ 10 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 62.8 และจำนวนวันทำงานเฉลี่ย 5.13 วันต่อสัปดาห์ (S.D. = 0.72)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 253)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	2.4
หญิง	247	97.6
อายุ		
< 30 ปี	150	59.3
≥ 30 ปี	103	40.7
\bar{X} = 29.92 ปี (S.D. = 6.33)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	238	94.1
สูงกว่าปริญญาตรี	15	5.9
การนอนหลับ		
เพียงพอ	108	42.7
ไม่เพียงพอ	145	57.3
แผนก		
ผู้ป่วยนอก	79	31.2
ดูแลเฉพาะทาง	48	19.0
ผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ	126	49.8

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	243	96.0
พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหน่วยงาน	10	4.0
อายุงาน		
1 - 5 ปี	171	67.6
6 - 10 ปี	49	19.4
> 10 ปีขึ้นไป	33	13.0
\bar{X} = 5.13 ปี (S.D = 4.10) Median = 3.00 (Min, Max = 1, 9)		
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน		
< 10 ชั่วโมง	94	37.2
≥ 10 ชั่วโมง	159	62.8
\bar{X} = 10.83 ชั่วโมง (S.D = 2.08) Median = 12.00 (Min, Max = 8, 16)		
จำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์		
≤ 4 วัน	44	17.4
5 วัน	146	57.7
≥ 6 วัน	63	24.9
\bar{X} = 5.10 วัน (S.D = 0.72) Median = 5.00 (Min, Max = 3, 16)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมทุกด้านค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D. = 0.44) รายด้าน พบว่า ความต้องการทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.18 คะแนน (S.D. = 0.73) ความต้องการทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.62 คะแนน (S.D. = 0.86) ความต้องการทางด้านเวลาอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.88 คะแนน (S.D. = 0.76) ด้านผลสำเร็จของงานอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.64 คะแนน (S.D. = 0.67) ด้านความพยายามอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.00 คะแนน (S.D. = 0.68) และความคับข้องใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.23 (S.D. = 0.79) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ รายด้านและโดยรวม (n = 253)

การรับรู้ภาระงานทางจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความต้องการทางด้านจิตใจ	4.18	0.73	สูง
ความต้องการทางด้านร่างกาย	3.62	0.86	สูง
ความต้องการทางด้านเวลา	3.88	0.76	สูง
ผลสำเร็จของงาน	3.64	0.67	สูง
ความพยายาม	4.00	0.68	สูง
ความคับข้องใจ	3.23	0.79	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.76	0.44	สูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานหลังจากควบคุมปัจจัยรบกวน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนก ตำแหน่ง อายุงาน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน และจำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาระงานทางจิตใจ หลังจากควบคุมปัจจัยรบกวน ได้แก่ การนอนหลับ ($OR_{adj} = 0.42, 95\%CI = 0.20 - 0.91$) แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีโอกาสเพิ่มการรับรู้ภาระงานทางจิตใจสูงขึ้น ร้อยละ 58.0 เมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีการนอนหลับเพียงพอ ภายหลังควบคุมปัจจัยรบกวน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multivariate logistic regression analysis) (n = 253)

ปัจจัย	การรับรู้ภาระงาน จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	ต่ำ (n = 31)	สูง (n = 222)			
เพศ					
ชาย	0 (0.0)	6 (100.0)	1	1	
หญิง	31 (3.0)	193 (97.0)	NA	NA	
อายุ					
< 30 ปี	19 (13.9)	118 (86.1)	1	1	
≥ 30 ปี	12 (12.9)	81 (87.1)	1.09 (0.50 - 2.36)	0.52 (0.9 - 1.43)	0.204
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	30 (14.0)	185 (86.0)	1	1	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (6.7)	14 (93.3)	2.27 (0.29 - 17.90)	2.21 (0.24 - 20.26)	0.481
การนอนหลับ					
เพียงพอ	19 (17.6)	89 (82.4)	1	1	
ไม่เพียงพอ	12 (8.3)	133 (91.7)	0.49 (0.21 - 1.11)	0.42 (0.20 - 0.91)	0.029*
แผนก					
ผู้ป่วยนอก	16 (20.3)	63 (79.7)	1	1	
ดูแลเฉพาะทาง	4 (8.3)	44 (91.7)	2.66 (1.16 - 6.07)	2.06 (0.85 - 4.95)	0.108

ปัจจัย	การรับรู้ภาระงาน		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ต่ำ (n = 31)	สูง (n = 222)			
ผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ	11 (8.7)	115 (91.3)	2.79 (0.88 - 8.92)	2.82 (0.88 - 9.07)	0.081
ตำแหน่ง					
พยาบาลวิชาชีพระดับ ปฏิบัติการ	30 (13.5)	193 (86.5)	1	1	
พยาบาลวิชาชีพระดับ หัวหน้าหน่วยงาน	1 (14.3)	6 (85.7)	0.93 (0.11 - 8.02)	0.76 (0.07 - 8.39)	0.825
อายุงาน					
1 - 5 ปี	18 (10.5)	153 (89.5)	1	1	
6 - 10 ปี	10 (20.4)	39 (79.6)	0.46 (0.19 - 1.07)	0.48 (0.20 - 1.17)	0.108
> 10 ปีขึ้นไป	3 (9.1)	30 (90.9)	1.18 (0.33 - 4.25)	0.46 (0.39 - 5.51)	0.580
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน					
< 10 ชั่วโมง	15 (17.6)	70 (82.4)	1	1	
≥ 10 ชั่วโมง	16 (11.0)	129 (89.0)	1.72 (0.81 - 3.70)	0.65 (0.21 - 1.98)	0.449
จำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อ สัปดาห์					
≤ 4 วัน	6 (16.2)	31 (83.8)	1	1	
5 วัน	13 (9.6)	122 (90.4)	1.82 (0.62 - 5.16)	1.12 (0.29 - 4.32)	0.868
≥ 6 วัน	12 (20.7)	46 (79.3)	0.74 (0.25 - 2.19)	2.30 (0.90 - 5.90)	0.084

* p-value < 0.05

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ภาระงานทางจิตใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.7 ซึ่งใกล้เคียงกับพยาบาลวิชาชีพของประเทศจีน แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ปลอดภัย อาจเกิดความผิดพลาดในการทำงาน และมีผลต่อศักยภาพการทำงานลดลง [15] อีกทั้งยังพบว่าการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระงานทางจิตใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาจส่งผลให้การรับรู้ภาระงานทางจิตใจเพิ่มขึ้นร้อยละ

57.7 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการนอนหลับเป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ต่อภาระงานทางจิตใจ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ NASA-Task Load Index (NASA-TLX) ที่อธิบายว่าภาระงานทางจิตใจเกิดจากการใช้ทรัพยากรทางปัญญาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของงาน หากมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ ความสามารถในการประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจ และการควบคุมอารมณ์จะลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความยาก ความเร่งรีบ และความเหนื่อยล้าของงานเพิ่มสูงขึ้น [11] ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ [16] โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากและมีความซับซ้อนทางการแพทย์ ทำให้มีระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเข้ารับบริการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ ทำงานล่วงเวลา หรือมีชั่วโมงการทำงานต่อวันสูง มีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีระดับภาระงานทางจิตใจสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการพักผ่อนเพียงพอ [3] โดยเฉพาะแผนกที่ปฏิบัติงานซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ ถึงแม้จะไม่ใช่งานที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ แต่ก็คาดว่าจะปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการรับรู้ภาระงานสูง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤติ และแผนกผู้ป่วยนอก พบมีการรับรู้ภาระงานสูง ร้อยละ 91.3 และ 79.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤติและมีลักษณะการทำงานเป็นกะ สะท้อนให้เห็นว่าการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับคะแนนการรับรู้ภาระงานโดยรวมและมีมิติด้านความต้องการทางจิตใจและความเหนื่อยล้าสูง [14, 17, 18] การอดนอนและตารางการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการพักผ่อนส่งผลให้การรับรู้ภาระงานและความเครียดจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น เช่นกันกับการศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยวิกฤติ จะมีระดับการรับรู้ภาระงานสูง [3, 19] ส่งผลต่ออารมณ์และความคิด ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและเกิดภาวะหมดไฟในที่สุด [20, 21]

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ได้แก่ การนอนหลับ สะท้อนให้เห็นว่าหากพยาบาลวิชาชีพที่มีการนอนหลับเพียงพอและเหมาะสม สามารถลดระดับการรับรู้ภาระงานได้ถึงร้อยละ 57.7 เมื่อเทียบกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และต้องทำงานในการดูแลผู้ป่วย หากมีพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อจิตใจของพยาบาลวิชาชีพ และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการตารางเวลาการทำงานและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการทำงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. องค์กรสามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน และการพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและความปลอดภัยของผู้ป่วย

2. นำผลการศึกษาไปพัฒนาทักษะการบริหารจัดการลักษณะการทำงานและการตัดสินใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบงานสูงขึ้น เพื่อช่วยลดความตึงเครียดและเพิ่มความสามารถในการจัดการกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบติดตามในระยะยาว เพื่อสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างละเอียด

2. ควรขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างโดยการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลในภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงไปในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลทุกระดับ

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากหน่วยวิจัยการยศาสตร์ในการทำงานมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย EC 058/2568 วันที่อนุมัติ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2568

การอ้างอิง

ชญานุภักดิ์ บุญแสนแก้ว, อีร์พันธ์ แก้วดอก, และเอกราช สมบัติสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระงานทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 67 - 79.

Boonsankaew C, Kaewdok T, and Sombatsawat E. Factors Associated with Cognitive Mental Workload among Registered Nurse in a Tertiary Hospital, Bangkok, Thailand. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 67 - 79.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Salanova M, Llorens S, García-Renedo M, Burriel R, Bresó E, and Schaufeli WB. Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. Educational and Psychological Measurement. 2005; 65(5): 807 - 19. DOI: 10.1177/0013164405275662
- [2] Young MS, Brookhuis KA, Wickens CD, and Hancock PA. State of science: Mental workload in ergonomics. Ergonomics. 2015; 58(1): 1 - 17. DOI: 10.1080/00140139.2014.956151

- [3] จันทร์จิรา ศรีสมบัติ, นงนุช ปานประสิทธิ์, และสุพัตรา ศรีสุวรรณ. ภาระงานทางจิตใจและความเครียดในการทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564; 45(2): 33 – 45.
- [4] ปรียานุช สุทธิมน. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภายใต้บริบทเทคโนโลยีสุขภาพยุคใหม่. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2562; 12(1): 23 – 34.
- [5] นงนุช ปานประสิทธิ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป. วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต. 2564; 35(2): 28 – 41.
- [6] Shi F, Li Y, and Zhao Y. How do nurses manage their work under time pressure? Occurrence of implicit rationing of nursing care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 75: 103367. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103367.
- [7] Xie W, Liu M, Okoli CTC, Zeng L, Huang S, Ye X, and et al. Construction and evaluation of a predictive model for compassion fatigue among emergency department nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2023; 148: 104613. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104613.
- [8] Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for Analysis in the Health Sciences*. 10th ed. New York. John Wiley & Sons. 2010.
- [9] รัชส์สุดา ชูศรีทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563.
- [10] Hart SG, and Staveland LE. Development of NASA-TLX (Task Load Index): Results of empirical and theoretical research. In: Peter A. Hancock, Najmedin Meshkati, editors. *Human mental workload*. Amsterdam: North-Holland Press; 1988: p. 139 – 83.
- [11] พัลพงค์ สุวรรณวาทีน. การรับรู้ภาระงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน โดยมีการสื่อสารภายในองค์กรและความเครียดในการทำงานเป็นตัวแปรกำกับ [วิทยานิพนธ์]. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
- [12] Tubbs-Cooley HL, Carle AC, Mark BA, Spector LA, and Weiss ME. Nurse Workload and Missed Nursing Care in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*. 2025; 179(12): 1335 - 42. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2025.3647
- [13] ฐิติกานต์ ศรีม่วง. ความเหนื่อยหน่ายจากภาระงานและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการจัดการ, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.

- [14] Hosmer DW, Lemeshow S, and Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons. 2013.
- [15] Banda Z, Simbota M, and Mula C. Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: A qualitative study. *BMC Nursing*. 2022; 21 :136. DOI: 10.1186/s12912-022-00918-x.
- [16] Shan G, Wang L, Wang S, Liu P, Zhao M, and Chen H. Work stress and burnout among young nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2021; 29(2): 350 – 61. DOI: 10.1111/jonm.13133.
- [17] Yan Y, Zhao C, Bi X, OR CK, and Ye X. The mental workload of ICU nurses performing human-machine tasks and associated factors: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2025; 81(1): 224 – 36. DOI: 10.1111/jan.16199.
- [18] ชนกร โพนสูง. ภาระงานทางจิตใจและภาวะเครียดของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2565; 48(2): 123 - 35.
- [19] Yuan Z, Liu M, Xu X, and Huang Y. The levels and related factors of mental workload among nurses in China. *BMC Nursing*. 2023; 22: 415. DOI: 10.1186/s12912-023-01560-5
- [20] Moghadam KN, Bahrami N, Molavynejad S, and Khoshbakht F. Nursing physical workload and mental workload: Their relevance to nursing adverse events. *Cogent Psychology*. 2021; 8(1): 1964974. DOI: 10.1080/23311908.2021.1964974
- [21] นงนุช ปานประสิทธิ์, ศิริพร วัฒนวงศ์, และอรพินท์ ใจดี. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต*. 2564; 35(2): 28 – 41.

การศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด
ในนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ

The Study of Stress Level and Associated Factors among
Medical Technology Students at a University in Samut Prakan Province

ณัฐริณี หอระตะ^{1*}, ศรารุช สุทธิรัตน์¹, อีสสิริยา เอี่ยมสุวรรณ¹, สุพัชรา สกลอารีย์¹, สุดารัตน์ พุ่มทอง¹,
อัพนาน ดอเลาะ¹, อารตี คล้อยตามวงศ์¹, และกุลวานีย์ ชันธมะ¹
Natharinee Horata^{1*}, Sarawut Suttirat¹, Issariya leamsuwan¹, Supatchara Sakonaree¹,
Sudarat Pumtong¹, Afnan Doloh¹, Aradee Kloytharmwong¹, and Ghulwani Khanthama¹

¹ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

¹ Faculty of Medical Technology, Huachiew Chalermprakiet University, Bangplee District, Samutprakam Province. 10540

* Corresponding Author: ณัฐริณี หอระตะ E-mail: h_natharinee@hotmail.com

Received : 17 September 2025

Revised : 12 November 2025

Accepted : 19 December 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.92) เก็บข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 520 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test, One-way ANOVA และ Pearson's correlation ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 46.7 ของนักศึกษามีความเครียดในระดับสูง และร้อยละ 26.9 มีความเครียดในระดับรุนแรง โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับความเครียดสูงกว่าชั้นปีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ปัจจัยก่อความเครียดอันดับแรกคือปัจจัยด้านการเรียน (\bar{X} = 3.13, S.D. = 1.07) รองลงมาคือปัญหาด้านการเงิน (\bar{X} = 2.67, S.D. = 1.15) ปัจจัยด้านกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม (\bar{X} = 2.24, S.D. = 1.10) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (\bar{X} = 2.21, S.D. = 1.14) จากการวิเคราะห์พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์สูงกับความต้องการทางวิชาการ (r = 0.600) และมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับปัจจัยด้านการเงิน (r = 0.470) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r = 0.530) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (r = 0.560) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เทคนิคการแพทย์ ความเครียดของนักศึกษา ความเครียดด้านวิชาการ

Abstract

This cross-sectional study aims to investigate stress levels and to examine factors associated with those stress levels among students in the Faculty of Medical Technology at Huachiew Chalermprakiet University. Using online questionnaires (Cronbach's alpha = 0.92), data were collected from 520 respondents. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Independent t-test, One-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient) Results revealed that 46.7% of students reported high-stress levels, while 26.9% experienced severe stress. Fourth-year students

exhibited significantly higher stress levels (p -value < 0.01). The primary stressor was identified as academic pressure (\bar{X} = 3.13, S.D. = 1.07), followed by financial concerns (\bar{X} = 2.67, S.D. = 1.15), environmental factors (\bar{X} = 2.24, S.D. = 1.10), and interpersonal relationships (\bar{X} = 2.21, S.D. = 1.14). Correlation analysis demonstrated strong associations between stress and academic demands (r = 0.600), with moderate correlations for financial (r = 0.470), interpersonal (r = 0.560), and environmental factors (r = 0.530). These findings highlight the importance support and stress management programs to promote students' mental well-being and academic resilience.

Keywords: Medical Technology, Student stress, Academic stress

บทนำ

ความเครียด (Stress) ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับปี พุทธศักราช 2554 ให้ความหมายไว้ว่าลักษณะอาการที่ไม่ผ่อนคลายเพราะคร่ำเคร่งกับงานจนเกินไป ลักษณะอาการที่จิตใจมีอารมณ์บางอย่างมากกดดัน ความรู้สึกอย่างรุนแรง [1] ส่วนความหมายตามนิยามของกรมสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ [2] ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์ หรืออาการการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ทั้งที่เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน มีผลทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ระดับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิก ลักษณะนิสัย และประสบการณ์ของตัวบุคคลเอง ร่างกายจะมีกลไกป้องกันตนเองให้กลับเข้าสู่สภาวะปกติ ซึ่งความเครียดนั้นจะคลายลง หรือหายไปได้นั้นขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเอง ปัญหาความเครียดนั้นพบได้ทั่วไป เกิดขึ้นได้กับทุกช่วงวัยและทุกเพศ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดประกอบด้วยปัจจัยภายนอก อาทิ ปัญหาเรื่องงาน ปัญหาความสัมพันธ์ การย้ายที่อยู่อาศัย ย้ายสถานศึกษา และปัจจัยภายใน อาทิ ลักษณะนิสัย เช่น ขลาดกลัว คิดมาก วิตกกังวล หรือ สารเคมีในสมองที่ไม่สมดุลทำให้เกิดอารมณ์เครียดและเศร้าได้ง่าย [3] ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความไม่แน่นอนรอบด้าน ทั้งภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวน ค่าครองชีพที่สูงขึ้น รวมถึงแรงกดดันจากสังคมและการแข่งขันที่เข้มข้นมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้เกิดภาวะความเครียดโดยไม่รู้ตัว ความเครียดในวัยศึกษาเกิดจากกระบวนการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างคนให้มีความรู้ความสามารถมีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นอันมีลักษณะจิตใจที่ใฝ่ใฝ่ มีความพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อตนเอง และสังคมมีความพร้อมที่จะประกอบการงานอาชีพได้ การศึกษาช่วยให้คนเจริญงอกงาม ทั้งทางปัญญา จิตใจ ร่างกาย และสังคม [2] การศึกษาในระดับอุดมศึกษาไม่ได้เป็นการศึกษาภาคบังคับ บุคคลที่สนใจจะศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาจึงต้องมีความสนใจ ใฝ่ใฝ่ และมีความรับผิดชอบ การศึกษาในระดับอุดมศึกษาผู้ศึกษานั้นจะต้องมีการพัฒนากระบวนการคิด และพัฒนาตนเอง รวมถึงการปรับตัวหลายประการ เช่น การปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ บทบาทหน้าที่ใหม่ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย รวมทั้งความสัมพันธ์บุคคล ความคาดหวังในตนเอง งานวิจัยที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มประสบกับความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น การศึกษาในต่างประเทศ พบความชุกของความเครียดในนักศึกษาแพทย์สูงถึงร้อยละ 49 [4] ขณะที่ในประเทศไทยเองก็มีรายงานความเครียดสูงถึงร้อยละ 70 โดยมีสาเหตุหลักมาจากปริมาณเนื้อหาที่มาก ตารางเรียนที่แน่น และความกดดันในการฝึกปฏิบัติ [5] สำหรับนักศึกษาพยาบาลมีรายงานว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง [6, 7] นอกจากภาระทางการเรียนแล้ว ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม อาทิ คุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์กับอาจารย์และเพื่อน [8-10] ก็มีอิทธิพลสำคัญต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ความเครียดเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้และคุณภาพชีวิตเท่านั้น แต่ยังเป็นภัยคุกคามโดยตรงต่อความแม่นยำในการปฏิบัติงาน

และการตัดสินใจทางคลินิกในอนาคต [11] แม้ว่าจะมีการศึกษาความเครียดในนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล แต่ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับระดับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ ซึ่งมีลักษณะการเรียนและภาระงานที่แตกต่าง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาในอนาคต โดยอ้างอิงจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman [3] ที่อธิบายว่าความเครียดเกิดจากกระบวนการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (Cognitive appraisal) โดยบุคคลจะเกิดความเครียดเมื่อรับรู้ว่าคุณภาพการรับมือเกินขีดความสามารถในการจัดการ การศึกษานี้จึงประยุกต์กรอบแนวคิดดังกล่าวเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียน และปัจจัยด้านสังคมและจิตใจ กับระดับความเครียดของนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ โดยมุ่งทำความเข้าใจกลไกของความเครียดในบริบทของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

นักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 821 คน แยกตามชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1: 180 คน ชั้นปีที่ 2: 232 คน ชั้นปีที่ 3: 135 คน และชั้นปีที่ 4: 274 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบไม่เป็นความน่าจะเป็น (Non-probability Sampling) โดยใช้วิธีการเลือกโดยความสมัครใจ (Volunteer Sampling) กลุ่มของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ชั้นปีที่ 1-4 ในปีการศึกษา 2565 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สมการของ Taro Yamane [12] ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้มีการแยกคำนวณตามชั้นปีของนักศึกษา โดยชั้นปีที่ 1 มีนักศึกษาทั้งหมด 180 คน ได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณแล้ว 124 คน ชั้นปีที่ 2 มีนักศึกษาจำนวน 232 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 147 คน ชั้นปีที่ 3 มีนักศึกษาจำนวน 135 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 101 คน และชั้นปีที่ 4 มีนักศึกษาจำนวน 174 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 121 คน ผู้วิจัยเผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี เพื่อให้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) นักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565
- 2) มีความยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอม (Informed consent form)

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาพักการเรียน หรือไม่ได้ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่กำหนด
- 2) ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (ข้อมูลไม่ครบถ้วน)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามประเมินความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1

คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ รหัสนักศึกษา ผลการเรียน รายได้ที่ได้รับต่อเดือน ที่มาของรายได้หลัก สถานภาพของบิดา-มารดา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินความเครียดสวนปรง กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) เป็นเครื่องมือวัดความเครียดสำหรับคนไทย พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล และคณะซึ่งเป็นการสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย คำถามจำนวน 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ระดับคะแนน 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับคะแนน 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ผลรวมของคะแนนสามารถจำแนกระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เครียดน้อย (0 – 23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24 – 41 คะแนน) เครียดสูง (42 – 61 คะแนน) และเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) [13] ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน 7 ข้อ ด้านการเงิน 2 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6 ข้อ และด้านกิจกรรมและสภาพแวดล้อม 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เช่นเดียวกัน การวิเคราะห์ผลจะคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละด้าน โดยตีความตามเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่ 1.00 – 1.50 หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดน้อยที่สุด จนถึง 4.51 – 5.00 หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด แบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางเทคนิคการแพทย์ 3 ท่าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.94 จากนั้นปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ และทดสอบความเที่ยงด้วยการศึกษานำร่องในนักศึกษาคณะกายภาพบำบัด จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Google Form แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบประเมินระดับความเครียดสวนปรง และแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ก่อนตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย หากผู้เข้าร่วมไม่กดยืนยัน “ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” จะไม่สามารถเข้าสู่แบบสอบถามได้ การตอบแบบสอบถามเป็นไปโดยสมัครใจ เพื่อป้องกันการตอบซ้ำ ผู้วิจัยตั้งค่าแบบสอบถามใน Google Form ให้ผู้เข้าร่วมสามารถตอบได้เพียงหนึ่งครั้งต่อบัญชีอีเมล และไม่สามารถส่งคำตอบซ้ำได้หลังจากส่งแบบสอบถามแล้ว และไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อรักษาความลับของผู้ตอบ ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ การรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนทั้งหมด 520 ชุด ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 105.5 เมื่อเทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาในแต่ละด้าน โดยใช้การทดสอบ Independent t-test และ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีสหสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษา โดยใช้การคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 520 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีสัดส่วนของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 4 ตามลำดับ นักศึกษาส่วนใหญ่ลงทะเบียนเรียนครบตามหลักสูตร และมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) มากกว่า 3.00 ด้านเศรษฐกิจ นักศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท โดยรายได้หลักมาจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง สำหรับสถานภาพครอบครัว พบว่าบิดามารดาของนักศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกัน และนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนตัวของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง (n = 520)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	12.3
หญิง	456	87.7
รหัสนักศึกษา		
62	136	26.2
63	108	20.8
64	152	29.2
65	124	23.8
ชั้นปี		
1	124	23.8
2	154	29.6
3	120	23.1
4	122	23.5
การลงทะเบียน		
ลงทะเบียนตามหลักสูตร	469	90.2
ลงทะเบียนไม่ตรงตามหลักสูตร	51	9.8
ผลการเรียนรวม (GPAX)		
ต่ำกว่า 2.00	4	0.8
2.00 – 2.50	62	11.9
2.51 - 3.00	110	21.2
มากกว่า 3.00	344	66.1
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน		
น้อยกว่า 5000 บาท	120	23.1
ตั้งแต่ 5,000 – 10,000 บาท	320	61.5
ตั้งแต่ 10,001 – 15,000 บาท	53	10.2
มากกว่า 15,000 บาท	27	5.2
ที่มาของรายได้หลัก (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
บิดา / มารดา / ผู้ปกครอง	515	84.4
เงินทุนช่วยเหลือของมหาวิทยาลัย / คณะ	6	1.0
กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา	82	13.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ทำงานพิเศษ	6	1.0
อื่น ๆ	1	0.2
สถานภาพบิดา-มารดา		
อยู่ด้วยกัน	414	79.6
แยกกันอยู่	33	6.4
หย่าร้าง	46	8.8
บิดา หรือ มารดา เสียชีวิต	27	5.2
โรคประจำตัว		
ไม่มี	444	85.4
มี	76	14.6

ผลการประเมินระดับความเครียดโดยใช้แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง รองลงมาคือความเครียดระดับรุนแรง ความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 51.80$, S.D. = 15.04) โดยชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 55.97$, S.D. = 12.88) และแตกต่างจากชั้นปีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ขณะที่ชั้นปีที่ 1-3 มีระดับความเครียดใกล้เคียงกัน (ประมาณ 50 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบกับเพศ พบว่านักศึกษาเพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ (เพศหญิง: $\bar{X} = 52.71$, S.D. = 14.85; เพศชาย: $\bar{X} = 45.34$, S.D. = 14.94; p -value < 0.001) ปัจจัยด้านการเรียน ผลการเรียน รายได้ต่อเดือน และสถานภาพครอบครัวไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ขณะที่นักศึกษาที่มีโรคประจำตัวมีระดับความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญ (p -value = 0.037)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความเครียดของนักศึกษา (n = 520)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดระดับน้อย	12	2.3
ความเครียดระดับปานกลาง	125	24.1
ความเครียดระดับสูง	243	46.7
ความเครียดระดับรุนแรง	140	26.9
รวม	520	100

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด พบว่าปัจจัยด้านการเรียนเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, S.D. = 1.07) โดยประเด็นที่นักศึกษาระบุว่าก่อให้เกิดความเครียดสูง ได้แก่ การรับรู้ข้อสอบยาก ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 1.05) ผลการเรียนไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 1.19) คะแนนเก็บน้อย ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.14) และภาระงานจำนวนมาก ($\bar{X} = 2.77$, S.D. = 1.05) รองลงมาคือปัจจัยด้านการเงิน ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 1.15) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.21$, S.D. = 1.14) และปัจจัยด้านกิจกรรม/สิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = 1.08) ซึ่งแม้อยู่ในระดับน้อย แต่บางประเด็นยังคงมีผล เช่น การได้รับแรงกดดันจากครอบครัว ($\bar{X} = 2.47$, S.D. = 1.18) และกิจกรรมที่รบกวนเวลาส่วนตัว ($\bar{X} = 2.48$, S.D. = 1.06) ผลการวิเคราะห์ยังแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านการเรียนและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความแตกต่างระหว่างชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ปัจจัยด้านการเงินและสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน

ทั้งนี้ การทดสอบสหสัมพันธ์พบว่าปัจจัยทั้งสี่ด้านมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดโดยรวมของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สหสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนความเครียดและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (n = 520)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด	r
ด้านการเรียน	0.600*
ด้านการเงิน	0.470*
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.560*
ด้านกิจกรรมและสภาพแวดล้อม	0.530*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ และ (2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีระดับความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 51.80, S.D. = 15.04) สะท้อนให้เห็นว่าความเครียดยังคงเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศโดย รุ่งทิวา พุขนท และคณะ ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีมีระดับความเครียดสูง [14] และมีัญชิษฐา ใจคำ และคณะ ที่รายงานว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มีความเครียดรุนแรงจากภาระการเรียนและการปรับตัว [15] ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของนักศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับภาระการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติที่เข้มข้น รวมถึงแรงกดดันจากความคาดหวังด้านผลการเรียนของตนเองและครอบครัว ในขณะที่ Al-Shahrani และคณะ รายงานว่าความเครียดเรื้อรังในนักศึกษาแพทย์สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและสมรรถนะการเรียนที่ลดลง [16] ทำให้เห็นว่าปัญหาความเครียดในนักศึกษาเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Al-Dubai และคณะในมาเลเซีย พบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราความเครียดสูงกว่า ร้อยละ 40 [17] ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ และงานวิจัยของ Norphun N และคณะ [18] ที่ศึกษานักศึกษาปริญญาตรีในคณะแพทยศาสตร์ รายงานว่านักศึกษาคณะแพทยศาสตร์มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและสูง สอดคล้องกับลักษณะของการเรียนที่เข้มข้นและมีความกดดันสูง เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเกิดขึ้นจากกระบวนการประเมินทางปัญญา (Cognitive appraisal) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์เกินขีดความสามารถในการจัดการ ภาระการเรียนที่หนัก ตารางเรียนที่แน่น และความคาดหวังทางวิชาการจึงอาจถูกประเมินว่าเป็น “สิ่งคุกคาม” (Threat appraisal) ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาความเครียดมากขึ้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยด้านการเรียน และกลไกการรับรู้ความเครียดในเชิงทฤษฎีได้อย่างชัดเจน จากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาเพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ และนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman ที่กล่าวว่าปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ที่มีผลต่อการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ความเครียด ความแตกต่างทางเพศอาจเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมและกลไกการเผชิญปัญหา (Coping strategies) ที่ต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย [19] อย่างไรก็ตาม ผลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัวหรือเพื่อน มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดมากกว่าปัจจัยทางสุขภาพกาย เช่น การมีโรคประจำตัว [20] เมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับความเครียดสูงสุด และแตกต่างจากชั้นปีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้จาก “การประเมินสถานการณ์” (Appraisal) ของนักศึกษาชั้นปีสูงซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่ชีวิตการทำงาน (Transition phase)

ต้องเผชิญกับภาระการฝึกภาคปฏิบัติ ความกดดันจากการสอบ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ธรรมนำสีล และคณะ [21] ในนักศึกษาพยาบาล ที่รายงานว่าชั้นปีสูงมีระดับความเครียดสูงกว่าชั้นปีต้นเนื่องจากภาระและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ความแตกต่างบางประการระหว่างผลการศึกษานี้กับรายงานในต่างประเทศอาจเกิดจากความต่างด้านบริบททางสังคมและระบบการศึกษา ทั้งนี้ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าความเครียดในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นประเด็นที่ควรได้รับการจัดการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในช่วงปีสุดท้ายของการศึกษา โดยสรุป นักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงและนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปัจจัยด้านการเรียนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดมากที่สุด ($r = 0.600, p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman ที่อธิบายว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์และการรับมือที่ไม่สมดุล ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดมาตรการสนับสนุนสุขภาพจิตอย่างเฉพาะเจาะจงในระดับคณะ เช่น การปรับระบบภาระงานและการประเมินผลในรายวิชาหลัก การจัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมทางจิตใจก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งสมรรถนะทางวิชาการได้อย่างยั่งยืน

สรุป

นักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มีความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 4 และเพศหญิง ปัจจัยด้านการเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในระดับสูงสุด รองลงมาคือปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการเงิน ดังนั้นการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา อาจช่วยให้นักศึกษาสามารถรับมือกับความท้าทายด้านวิชาการ การเงิน สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษานี้ คือ ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดโครงการหรือกิจกรรมด้านการจัดการความเครียด และสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะเทคนิคการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่มีความเสี่ยงต่อความเครียดสูง พร้อมทั้งมีกระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทั้งนี้ การวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาเพื่อหาแนวทางในการลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวของนักศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถาม (Response bias) หรือการไม่ครอบคลุมตัวแปรด้านจิตสังคม เพื่อให้การตีความผลมีความรอบคอบยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับ และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยสมัครใจโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมและไม่สามารถระบุตัวตนได้ ทั้งนี้ การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.1221/2565

การอ้างอิง

ณัฐริณี หอระตะ, ศราวุธ สุทธิรัตน์, อีสสรียา เอี่ยมสุวรรณ, สุพัชรา สกลอารีย์, สุดารัตน์ พุ่มทอง, อ้วนาน ดอเลาะ, และคนอื่น ๆ. การศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในนักศึกษา

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 80 - 89.

Horata N, Suttirat S, leamsuwan I, Sakonaree S, Pumtong S, Doloh A, and et al. The Study of Stress Level and Associated Factors among Medical Technology Students at a University in Samut Prakan Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 80 - 89.

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <https://dictionary.orst.go.th/>.
- [2] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2548.
- [3] Lazarus RS, and Folkman S. Stress appraisal and coping. New York, Springer Publishing. 1984.
- [4] Oura MJ, Moreira AR, Santos P. Stress among Portuguese medical students: A National cross-sectional study. Journal of Environmental and Public Health. 2020; 6183757.
- [5] Untaaveesup S, Tiawwanakul T, Somapee W, and Tienkreua C. Prevalence and factors associated with stress in medical students at Ratchaburi Medical Education Center, Ratchaburi Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2021; 66: 159 - 72.
- [6] กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, วรพนิต ศุภระแพทย์ และวลัยนารี พรหมลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564; 44(2): 60 - 71.
- [7] ศศิธร ศิลารักษ์, กุลสตรี เจริญชัย, ศุภากร สมจิตร และปริญญา อยู่เมือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาชั้นปีสุดท้าย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2567; 4(3): 25 - 39.
- [8] จิรัฐดา ลินธุศิริ, ปทิตตา สงวนสุข, และนริศรา ชัยเชิงพิณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2567; 10(1): 207 - 15.
- [9] ศศนัชสรณ์ ประสมทรัพย์, กิตติคุณ ปานน้อย, นิจนาวี คำไชยเทพ, ผกามาศ ไมตรีมิตร, ศรัณย์ กอสนาน, และลือรัตน์ อนุรักษ์พานิช. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(6): 1122 - 33.
- [10] สันติพงษ์ ญัฐพิชชา, จันทเสน เสาวลักษณ์, จวงไฮสง อภิญญา, ชัชวาลย์ นันทน์ภัส, มีทองแสน จันทพร, และมยุปอง แสงฉาย. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยในเขตภาคตะวันออก. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563; 3(3): 52 - 63.
- [11] แสนเรือง ฐิติมา, จันทร์นวล นิยม, และสังวาลี วรารัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565; 5(1): 44 - 51.
- [12] Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis (3rd ed.). New York. Harper and Row Publications. 1973.
- [13] สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และ พิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. วารสารสวนปรง. 2541; 13(3): 1 - 20.

- [14] รุ่งทิวา พุขุนทด, อีร์ กาญจนะ, พัชรี ยิ้มเชิญ, อภิญา พุฒนอก, ณัฐสินี เต็มสระน้อย, อารียา ฉลาดดี, และคนอื่น ๆ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2021; 14(3): 115 - 25.
- [15] มัญชัชฐา ใจคำ, อริศรา พูลจันทร์, สุกัญญา เกษมกิติกุล, และ ธนพัทธ์ จันทร์พิพัฒน์พงศ์. ความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ปีการศึกษา 2567. วารสารศิลปศาสตร์ มทร.กรุงเทพ. 2568; 7(2): 38 - 51.
- [16] Al-Shahrani MM, Alasmri BS, Al-Shahrani RM, Al-Moalwi NM, Al Qahtani AA, and Siddiqui AF. The Prevalence and associated factors of academic stress among medical students of King Khalid University: An Analytical Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(14): 2029. DOI: 10.3390/healthcare11142029.
- [17] Al-Dubai SA, Al-Naggar RA, Alshagga MA, and Rampal KG. Stress and coping strategies of students in a medical faculty in malaysia. *The Malaysian Journal of Mathematical Sciences*. 2011; 18(3): 57 - 64.
- [18] Norphun N, Pitanupong J, and Jiraphan A. Stress and coping strategies among Thai medical students in a Southern Medical School. *Siriraj Medical Journal*. 2020; 72(3): 238 – 44.
- [19] Matud M. Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*. 2004; 37: 1401 - 15.
- [20] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย 2567. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2567 จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/thai-health-report-2024-th/.
- [21] Thamnamsin K, Noitung S, Punyapet K, and Sorat W. Factors affecting to stress among nursing students in a private nursing College, Bangkok. *Journal of health and health management*. 2021; 7(1): 60 – 75.

ผลการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหนึ่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
Effects of the Motivation Interviewing on Blood Glucose among Uncontrolled
Type II Diabetic Patients at a Primary Care Unit in Bangkok

จิรภัทร ด่านประดิษฐ์^{1*}
Jirapat Danpradit^{1*}

¹โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

¹ Chularat 3 Inter Hospital, Bang Phli District, Samut Prakan Province. 10540

* Corresponding Author: จิรภัทร ด่านประดิษฐ์ E-mail: Jirapat.danpradit@gmail.com

Received : 8 August 2025

Revised : 3 October 2025

Accepted : 25 October 2025

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี กลุ่มตัวอย่าง 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน กลุ่มทดลองได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief advice) ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานเป็นเวลา 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว มีการวัดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ p -value < 0.05 ตามลำดับ) แต่เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง HbA1c ระหว่างสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) ค่า BMI ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อน-หลังภายในกลุ่ม สรุปได้ว่าระดับ HbA1c ของกลุ่มที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะการรักษาตามมาตรฐานมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว

คำสำคัญ: การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดัชนีมวลกาย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลสะสม

Abstract

Type 2 diabetes is a major public health problem in Thailand with an increasing trend. Poor glycemic control can lead to serious complications. Motivational Interviewing (MI) is an effective method for modifying health behaviors. This quasi-experimental study aimed to examine the effect of MI on glycemic control and Body Mass Index (BMI) among patients with uncontrolled type 2 diabetes. A total of 42 participants were divided into experimental and control groups, with 21 in each group. The experimental group received brief MI sessions in addition to standard care for 3 months, while the control group received standard care only.

HbA1c and BMI were measured before and after the intervention. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test to compare within-group differences and the Mann-Whitney U Test to compare between-group differences. The results showed that both groups had significant reductions in HbA1c (p -value < 0.001 and p -value < 0.05 , respectively). However, when comparing the change in HbA1c between the two groups, no statistically significant difference was observed (p -value > 0.05). BMI did not change significantly in either group before and after the intervention. In conclusion, HbA1c levels in the group receiving MI combined with standard care were not significantly different from those in the group receiving standard care alone, which may be explained by the effectiveness of the existing standard treatment.

Keywords: Motivational interviewing, Body mass index, Type 2 diabetes mellitus, Glycated hemoglobin (HbA1c)

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases) เป็นปัญหาหนึ่งทางด้านสุขภาพและด้านสาธารณสุขทั่วโลกในหลายมิติ ทั้งในเรื่องการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมา โดยโรคในกลุ่มนี้มีสาเหตุจากหลายปัจจัยด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นพันธุกรรม สภาพแวดล้อมหรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก [1] พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยโรคเบาหวานมีจำนวนการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับ 4 ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังตามลำดับ ในขณะที่สถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์โลก โดยพบว่าคนไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด [2]

จากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานวัดจากระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose; FPG) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 9.5 โดยเพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.3 และร้อยละ 8.6 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี พบเพียงร้อยละ 1.7 และสูงสุดในเพศชายอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 18.6) ขณะที่เพศหญิงสูงสุดในช่วงอายุ 70 - 79 ปี (ร้อยละ 24.6) หากใช้การวัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เป็นเกณฑ์ จะพบความชุกสูงขึ้นเป็นร้อยละ 11.0 โดยเพศหญิงยังคงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 12.5 และร้อยละ 9.5 ตามลำดับ) ในแง่ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 5.8 (เพศชายเฉลี่ยร้อยละ 5.7 เพศหญิงเฉลี่ยร้อยละ 5.8) และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยสูงที่สุดในช่วง 60 - 69 ปีทั้งสองเพศ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า เพศชายในภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีค่า HbA1c เฉลี่ยสูงที่สุดร้อยละ 5.8 ส่วนเพศหญิงสูงสุดในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 5.9 [3] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานในเขตเมือง แม้จะมีแนวทางมาตรฐานในการรักษาและการเข้าถึงสิทธิ์การรักษา แต่ยังคงพบช่องว่างสำคัญคือ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้อยู่ในเป้าหมายได้ จากรายงานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ทราบการวินิจฉัยและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีเพียงร้อยละ 25.4 เท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์เสริมที่ช่วยแก้ไขปัญหานี้

การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) เป็นแนวคิดของ Rollnick S and Miller WR (1995) [4] ใช้หลักการทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือ Stage of change และยึดหลักที่ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาคือ เชื่อว่าทุกคนมีความสามารถที่จะผลักดัน

ตนเองให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดการเสริมแนวคิดและแรงสนับสนุน เป็นการให้คำปรึกษาแบบสื่อสารสองทาง มุ่งหวังเพื่อให้ผู้รับปรึกษา ได้ทบทวนร่วมแสดงความคิดเห็น ความรับรู้ ทักษะคติ ประสบการณ์ ร่วมค้นหาปัญหามาสู่การก้าวข้ามความลังเลจนเกิดแรงจูงใจที่ตั้งเป้าหมาย มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำตามคำแนะนำ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก และการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาว และกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน โดยหัวใจหลักของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย Collaboration หรือ Partnership การสนทนาแบบเน้นความร่วมมือประสานความร่วมมือเสมือนการเดินทางหรืออยู่เคียงข้างกับผู้รับคำปรึกษา โดยไม่เป็นการเผชิญหน้า ทำทนายหรือเป็นฝ่ายตรงข้ามกับผู้รับคำปรึกษา Evocation เป็นการปลุกเร้า ดึงคุณค่าในตนเองและการรับรู้เป้าหมายของผู้รับคำปรึกษา ออกมาให้เห็นจุดแข็งเพื่อให้แรงจูงใจซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง Autonomy และ Support ให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการสนับสนุนให้เกิดแรงบันดาลใจ และมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน การเปลี่ยนแปลงที่เลือกได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลตนเองที่ดีมากขึ้น [5] ซึ่งหลักการของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational interviewing ปัจจุบันมีการนำมาประยุกต์ใช้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ในความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด การเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด เป็นต้น โดยจากรายงานการศึกษาของ Sune R and et al. [6] เรื่องการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ศึกษาในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิमानเมทา สรุปได้ว่าการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการให้คำแนะนำในรูปแบบปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อการรักษาโรคในภาพกว้าง โดยที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงใดๆ และรายงานการศึกษาในประเทศตุรกี [7] เรื่องสัมภาษณ์เชิงจูงใจแบบมีโครงสร้าง (Structured motivational interviewing) ต่อพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพปฐมภูมิแห่งหนึ่ง สรุปได้ว่าการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบมีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาของศักดา ต้อยหล้า [8] ซึ่งเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing; MI) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังวัด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ พบว่าสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจนั้นเพิ่มระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้สูงขึ้น ทำให้ค่าน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า หลักการดังกล่าวสามารถที่จะนำมาประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานได้

รายงานการศึกษา [9] พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่ดีขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 8 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนและหลังทดลองที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen SM and et al. [10] ที่ทำการศึกษาลงมือของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 250 คน ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 8.7 ± 2.0 จากคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในทางตอนใต้ของไต้หวัน และติดตามผลในช่วง 3 เดือนหลังการศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีระดับการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมกลับไม่พบนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระดับ HbA1c ก่อนและหลังการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Huang CY and et al. [11] ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สำหรับการเปรียบเทียบระดับน้ำตาล HbA1c ก่อนและ 90 วันหลังทำการศึกษา พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและปรับความคิดและพฤติกรรมมีระดับการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c จากก่อนและหลังการศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระดับ HbA1c สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalayou KB and et al. [12] เรื่องผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อค่าระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c ในเลือดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศึกษาในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอภิमानเมทา จากจำนวน 8 การศึกษา แสดงให้เห็นถึงผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อควบคุมค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ในเลือดในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากความเสี่ยง ภัยอันตราย และปัจจัยของการเกิดโรคเบาหวานทั้งหมดข้างต้น ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประสงค์ทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาต่อเนื่องกับสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิในเขตชุมชนเมือง ซึ่งสภาพทางสังคมมีความซับซ้อนกว่าในสังคมกึ่งเมืองหรือสังคมชนบท ทั้งจากวิถีชีวิตเร่งรีบ ความเครียดจากการทำงาน การเข้าถึงอาหารแปรรูปหรืออาหารที่ไม่เหมาะสม และข้อจำกัดด้านพื้นที่ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวาน รวมถึงหลักฐานในบริบทปฐมภูมิเขตเมืองในไทยนั้นยังมีจำกัด เพราะงานวิจัยที่ผ่านมาเน้นในพื้นที่ชนบทหรือกึ่งเมือง การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว คาดว่าจะนำมาซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ตมมากยิ่งขึ้น ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงลดภาระงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพสุขของประเทศได้ โดยจะทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หมายถึงค่าระดับน้ำตาลสะสมยังไม่ได้เป้าหมาย กำหนดที่ระดับ HbA1c มากกว่าเท่ากับร้อยละ 7 โดยอ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย [13] ที่ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่ไม่ตั้งครรภ์ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลโดยทั่วไปนั้น เป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c อยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 7

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทั้งก่อน-หลังภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทั้งก่อน-หลังภายในกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบมีกลุ่มควบคุม ซึ่งมีจุดเด่นในเรื่องของความแม่นยำตรงภายนอก หมายถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยสะท้อนถึงสถานการณ์ความเป็นจริงในเวชปฏิบัติได้ แต่อาจมีข้อจำกัดเรื่องการศึกษาที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนได้ทั้งหมดหรือควบคุมได้ยากหรืออาจขาดเรื่องการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทางผู้วิจัยได้แก้ปัญหาด้วยการกำหนดให้มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา กำหนดให้มีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมแล้วสุ่มจัดสรร (Simple random sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อลดความเอนเอียง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรของการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์

ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกาย กำหนดกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออก มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีที่มารับบริการต่อเนื่อง โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการทบทวนวรรณกรรมของ Huang C-Y and et al. [11] และได้นำข้อมูล ค่าต่างๆ จากการศึกษานี้มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

\bar{X} in group 1 (μ_1) = 6.16, \bar{X} in group 2 (μ_2) = 7.49

S.D. In group 1 (σ_1) = 0.92, S.D. In group 2 (σ_2) = 1.82

Ratio (r) = 1, Alpha (α) = 0.05, Beta (β) = 0.2

Sample size (n) in group 1 = 19, Sample size (n) in group 2 = 19

คำนวณด้วยโปรแกรม n4studies พบว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน ทางผู้วิจัยกำหนดให้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 ให้มีกลุ่มทดลอง 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวกลางคันหรือการไม่มาตามนัดติดตาม

การสุ่มตัวอย่าง

กำหนดให้งานวิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบสุ่มจัดสรร (Simple random sampling) เพื่อลดความเอนเอียง โดยการนำอาสาสมัครผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมาจับสลากซึ่งในสลากจะมีการเขียนตัวเลข 1 และ 2 อย่างละ 21 ใบ กรณีจับสลากได้เลข 1 จะถือว่าเป็นกลุ่มทดลองซึ่งจะได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติมจากการรักษาเบาหวานตามมาตรฐาน และกรณีจับสลากได้เลข 2 จะถือเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับเฉพาะการรักษาเบาหวานตามมาตรฐาน

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์ ได้รับการรักษาด้วยยาเกินหนึ่งและรับยาเบาหวานต่อเนื่อง (หมายถึงมารับยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และขาดการติดตามอาการไม่เกิน 6 เดือน)
- 3) มีระดับน้ำตาลสะสม หรือ HbA1c \geq ร้อยละ 7.0
- 4) ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
- 5) สามารถสื่อสารด้วยการฟังพูดภาษาไทยได้เข้าใจ
- 6) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอื่นนอกจากเบาหวานชนิดที่ 2
- 2) รับประทานยากกลุ่มสเตียรอยด์
- 3) ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น ผู้เข้าร่วมวิจัยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและลักษณะของกลุ่มประชากร โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลักที่เกี่ยวพันกัน คือ กระบวนการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing; MI) แบบสั้น และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรทางการศึกษา

ส่วนที่ 1 กระบวนการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ในกลุ่มทดลอง โดยจะเป็นการสนทนาที่มีโครงสร้างและลำดับในการสนทนาที่ชัดเจน โดยโครงสร้างยึดหลัก OARS เป็นลำดับการสนทนาดังนี้

- การตั้งคำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดเห็นและความรู้สึก

- การยืนยันรับรอง ชื่นชมเพื่อกระตุ้น (Affirmation) การให้กำลังใจและชื่นชมในความพยายามเพื่อเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง

- การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความคิดกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นมุมมองของตนเองชัดเจนขึ้น

- การสรุปความ (Summarization) การสรุปสาระสำคัญของการสนทนา ทำให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่ได้ตกลงและวางแผนเพื่อการติดตามในครั้งถัดไป

ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับปรึกษาได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดรู้สึก และเกิด Self-motivational statement หรือข้อความที่จูงใจตนเองให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม [14] โดยรายละเอียดกิจกรรมเน้นในประเด็นด้านโภชนาการและการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ใช้เวลาสม่ำเสมอในแต่ละครั้ง ครั้งละประมาณ 10 - 15 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดเพื่อคงความสม่ำเสมอของการให้คำแนะนำ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลและตัวแปรการศึกษา แบบบันทึกถูกออกแบบเพื่อรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการตอบคำถามวิจัย ได้แก่

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง อายุ (หน่วย:ปี) แบ่งเป็นอายุน้อยกว่า 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรการศึกษา ประกอบด้วย

- ค่าระดับน้ำตาลสะสมหรือ (HbA1c) เก็บจากการเจาะเลือดและตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

- ดัชนีมวลกาย (BMI) เก็บจากการวัดน้ำหนักและส่วนสูงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และคำนวณตามสูตรน้ำหนัก (กก.) หารด้วยส่วนสูง (เมตร)²

บันทึกการเข้าร่วมเพื่อใช้ติดตามความสม่ำเสมอในการมารับบริการและการเข้าร่วมการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจครบตามรอบที่กำหนด

นิยามศัพท์เฉพาะ/คำจำกัดความ/ตัวแปรในงานวิจัย

การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Interviewing ความหมายตามนิยามในบทนำ โดยจะเป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) กระทำการโดยแพทย์คนเดียวทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ประชาชนที่มีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแพทย์ และได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิดังกล่าว

การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรักษาและรับยาเบาหวานต่อเนื่อง ซึ่งต้องมารับยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และขาดการติดตามอาการหรือการนัดติดตามโดยแพทย์ไม่เกิน 6 เดือน

เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ จากการเจาะเลือดครั้งหนึ่งล่าสุดพบว่า มีระดับน้ำตาลสะสมหรือ HbA1c \geq ร้อยละ 7.0

ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) หมายถึง ตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวและส่วนสูงนั้นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ คำนวณจากค่าหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง 2 และแสดงในหน่วยกิโลกรัม/เมตร² (kg/m²) [15]

4. การรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการดำเนินการวิจัย

- 1) ขออนุมัติการดำเนินงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ขออนุญาตผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งคือผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าเกณฑ์การศึกษา โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการศึกษาและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม รวมถึงเน้นย้ำเรื่องการรักษาความลับ การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล
- 3) ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยต้องให้ผู้เข้าร่วมอ่านเอกสารคำชี้แจงและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษาซึ่งคือ ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจะมีการนัดติดตามอาสาสมัครรวมทั้งสิ้น 4 ครั้งต่อคน ระยะห่างกันครั้งละประมาณ 1 เดือน โดยในกลุ่มทดลองจะได้เข้ารับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) เพิ่มเติมตลอด 3 ครั้งของการติดตาม ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 - 15 นาที โดยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นจะกระทำโดยแพทย์คนเดียวกันทั้งหมด เพื่อให้การให้คำแนะนำแบบสั้นเป็นไปอย่างมีมาตรฐานเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกคนในกลุ่มทดลอง เน้นในประเด็นโภชนาการ และการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และจะได้รับการรักษาและการดูแลโรคเบาหวานเป็นไปตามมาตรฐานแนวทางการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย คู่กัน แต่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาและการดูแลโรคเบาหวานเป็นไปตามมาตรฐานอย่างเดียว สุดท้ายในครั้งที่ 4 จะเป็นการนัดเจาะเลือดค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และวัดดัชนีมวลกาย (BMI) หลังเข้าร่วมการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม โดยก่อนที่จะมีการเจาะเลือดจะให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนงดน้ำและอาหารก่อนเจาะเลือดประมาณ 8 ชั่วโมง (แต่สามารถดื่มน้ำเปล่าได้) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันก่อนทำการตรวจวัด

ตารางที่ 1 แสดงถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษา	วัดค่าระดับน้ำตาลสะสมและดัชนีมวลกายก่อนเริ่มการวิจัย	การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice)			ครั้งที่ 4 (การเจาะติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมและวัดดัชนีมวลกายหลังสิ้นสุดการวิจัย)
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
กลุ่มทดลอง	✓	✓	✓	✓	✓
กลุ่มควบคุม	✓	-	-	-	✓

ขั้นหลังการวิจัย

เป็นการรวบรวมข้อมูลหลังทำวิจัยเสร็จสิ้น โดยจะตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาสรุปเป็นผลการศึกษา อภิปราย และข้อเสนอแนะ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการดำเนินโครงการวิจัยและได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว นำข้อมูลดังกล่าวมาใช้กระบวนการทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ผล ดังนี้

การใช้สถิติเชิงพรรณนา ในส่วนของข้อมูลระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) คือเรื่อง เพศ อายุ (หน่วย:ปี) แจกแจงและเปรียบเทียบโดยใช้จำนวน ร้อยละ ในส่วนระดับข้อมูลอัตราส่วน (Ratio scale) ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย (หน่วย:กิโลกรัม/เมตร²) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (หน่วย:ร้อยละ) แจกแจงข้อมูลและเปรียบเทียบโดยใช้ค่ากลางมัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์

การใช้สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญแบบสองด้าน (two-sided $\alpha = 0.05$) ที่ค่าความเชื่อมั่น (Confidence level) 95% วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบสถิติแบบ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และดัชนีมวลกายก่อนและหลังการศึกษาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายในกลุ่ม และใช้การทดสอบสถิติแบบ Mann-Whitney U Test เปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงของระหว่างน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 45 คน โดยมี 3 คนที่ออกจากการศึกษาทำให้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เท่าๆ กัน เพื่อศึกษาผลของการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของเพศชายและหญิงเท่ากัน โดยในแต่ละกลุ่มมีผู้ชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 และผู้หญิง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาช่วงอายุโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 60 ปี และ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่อายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมที่อายุน้อยกว่า 60 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5 และ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5 การแบ่งช่วงอายุมีเพื่อสะท้อนความแตกต่างด้านพฤติกรรมและข้อจำกัดของผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหรือผู้สูงอายุพบเบาหวานบ่อยกว่าและอาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยาก ในขณะที่กลุ่มน้อยกว่า 60 ปี มีศักยภาพปรับเปลี่ยนได้มากกว่า การนำเสนอข้อมูลแยกช่วงอายุจึงช่วยให้เห็นสมดุลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นฐานสำหรับการอภิปรายอิทธิพลของอายุที่อาจกระทบต่อผลลัพธ์ได้

ในส่วนข้อมูลพื้นฐานเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเริ่มต้น (Baseline HbA1c) ค่ากลางมัธยฐานเท่ากับ 8.20% (IQR 7.70 - 8.90) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.40% (IQR 7.20 - 8.40) ส่วนค่าดัชนีมวลกายเริ่มต้น (Baseline BMI) ของกลุ่มทดลองมีค่ากลางมัธยฐานเท่ากับ 25.84 kg/m² (IQR 23.85 - 28.09) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 26.09 kg/m² (IQR 23.42 - 27.04) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n = 42)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 21)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	4 (19.0)	4 (19.0)
หญิง	17 (81.0)	17 (81.0)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 21) จำนวน (ร้อยละ)
ช่วงอายุ (ปี)		
< 60 ปี	6 (28.6)	2 (9.5)
60 ปีขึ้นไป	15 (71.4)	19 (90.5)
	กลุ่มทดลอง (n = 21) Median (IQR)	กลุ่มควบคุม (n = 21) Median (IQR)
ระดับน้ำตาลสะสมเริ่มต้น	8.20 (7.70 - 8.90)	7.40 (7.20 - 8.40)
Baseline HbA1c (%)		
ดัชนีมวลกายเริ่มต้น	25.84 (23.85 - 28.09)	26.09 (23.42 - 27.04)
Baseline BMI (kg/m ²)		

กลุ่มทดลองที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษามาตรฐาน มีค่ากลางมัธยฐานระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 8.20% ก่อนการทดลอง เหลือ 6.90% หลังการทดลอง (p -value < 0.001) ในทางกลับกัน ดัชนีมวลกาย (BMI) ในกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 25.84 เป็น 25.72 แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.570) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง (n = 21)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลการทดสอบ (Wilcoxon Signed-Rank Test)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Test Statistic (W)	p -value
ระดับน้ำตาลสะสม หรือ HbA1c (%)	8.20 (7.70 - 8.90)	6.90 (6.40 - 7.70)	7.50	< 0.001
ดัชนีมวลกาย หรือ BMI (kg/m ²)	25.84 (23.85 - 28.09)	25.72 (23.98 - 28.80)	50.00	0.570

กลุ่มควบคุมที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว มีค่ากลางมัธยฐานระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกันจาก 7.40% เหลือ 7.00% (p -value = 0.003) สำหรับดัชนีมวลกาย (BMI) มีการเปลี่ยนแปลงจาก 26.09 เป็น 25.97 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.546) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและดัชนีมวลกายของกลุ่มควบคุม (n = 21)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลการทดสอบ (Wilcoxon Signed-Rank Test)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Test Statistic (W)	p -value
ระดับน้ำตาลสะสม หรือ HbA1c (%)	7.40 (7.20 - 8.40)	7.00 (6.50 - 7.30)	25.00	0.003
ดัชนีมวลกาย หรือ BMI (kg/m ²)	26.09 (23.42 - 27.04)	25.97 (22.97 - 27.04)	80.00	0.546

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ากลางมัธยฐานการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของกลุ่มทดลองอยู่ที่ -0.80 และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ -0.50 ซึ่งแม้จะมีความแตกต่างในเชิงตัวเลขเพียงเล็กน้อย แต่ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Mann-Whitney U Test แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างนี้ไม่ถือเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.116) หมายถึง การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างที่เหนือกว่าการรักษาตามมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 42)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 21)	ผลการทดสอบ (Mann-Whitney U Test)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Test Statistic (U)	p-value
ระดับน้ำตาลสะสม หรือ HbA1c (%)	-0.80 (-1.60 – -0.60)	-0.50 (-1.10 – -0.10)	157.50	0.116

อภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เห็นได้ว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ทั้ง 2 กลุ่มมีผลทำให้ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงระหว่างสองกลุ่มแล้ว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงเพิ่มเติมโดยใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนเมื่อเทียบกับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานเวชปฏิบัติในปัจจุบัน ส่วนในเรื่องดัชนีมวลกายพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อน-หลังภายในกลุ่มเดียวกัน ทั้ง 2 กลุ่ม

โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานและกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นเป้าหมายสำคัญ ประเด็นที่น่าสนใจคือ การที่ค่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์นี้ขัดแย้งกับการศึกษาหลายฉบับที่พบว่า การใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการรักษาตามปกติในบริบทอื่นๆ โดยผลลัพธ์ที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มในการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 โดยแพทย์คนเดียวกันตลอดการทดลองนั้น เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงอยู่แล้วทำให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเกิดจากการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การปรับขนาดยาหรือชนิดของยาให้เหมาะสม และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน การดูแลที่สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพนี้อาจทำให้ผลของการแทรกแซงเพิ่มเติมโดยใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลองไม่สามารถสร้างความแตกต่างทางสถิติที่ชัดเจนได้ นอกจากนี้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในลักษณะการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) ที่ใช้เวลาเพียงครั้งละ 10 - 15 นาที อาจสั้นเกินไป ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญได้จริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรายงานของ Rubak and et al. [6] ที่ระบุว่าผลของ

การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีความแตกต่างกันตามบริบทและวิธีการดำเนินการ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประสิทธิผลอาจขึ้นอยู่กับความเข้มข้น ระยะเวลา และคุณภาพของการให้คำปรึกษา ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุอาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ได้ โดยจากข้อมูลพื้นฐานพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้เข้าร่วมการศึกษาอายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 71.4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 90.5 ความแตกต่างของโครงสร้างอายุระหว่างสองกลุ่มนี้อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสม เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จำกัดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า เช่น การออกกำลังกายที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือการปรับพฤติกรรมการบริโภค ทำให้ผลการแทรกแซงด้วยการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจไม่แสดงความแตกต่างชัดเจนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ในส่วนของดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัว พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ในทั้งสองกลุ่มไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง อาจสะท้อนให้เห็นว่า การให้คำแนะนำด้านสุขภาพในระยะเวลาเพียง 3 เดือน ระยะเวลาอาจสั้นไป ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจนในระดับที่ส่งผลกระทบต่อน้ำหนักตัว นอกจากนี้ยังอาจเป็นไปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีขนาดเล็กเกินกว่าที่การทดลองจะตรวจจับได้ หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ถูกควบคุมอย่างเต็มที่ในระหว่างการศึกษา เช่น สภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ได้

สรุป

สรุปได้ว่า การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานและการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ทั้ง 2 รูปแบบมีผลทำให้ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่ม แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลสะสมระหว่างสองกลุ่มแล้ว กลับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแทรกแซงเพิ่มเติมโดยใช้การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างที่ชัดเจนเมื่อเทียบกับการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบัน ส่วนในเรื่องดัชนีมวลกาย(BMI) พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อน-หลังภายในกลุ่ม

ข้อจำกัด

- 1) การวิจัยนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลองจึงมีข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยกวนอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหรือการรับประทานยาอื่นๆ
- 2) ระยะเวลาในการติดตามผล 3 เดือนหลังจากให้กิจกรรมแล้วนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะเห็นผลกระทบที่แท้จริงของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวของช่วงอายุที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจเป็นหนึ่งในปัจจัยกวนที่ส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาได้
- 4) การนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นในพื้นที่อื่น อาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประสิทธิผลของการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ การทบทวนและปรับปรุงการรักษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในส่วนของข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ประกอบไปด้วย

- 1) การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
- 2) การเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผล เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

3) อาจมีการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย มาประกอบการวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIRB-2567/44

การอ้างอิง

จิรภัทร ด่านประดิษฐ์. ผลการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิหนึ่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 90-102.

Danpradit J. Effects of the motivation interviewing on blood glucose among uncontrolled type II diabetic patients at a Primary Care Unit in Bangkok. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 90-102.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World health organization. Non-communicable diseases. Accessed 16 Nov 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- [2] กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. 2563.
- [3] วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, และ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. 2564.
- [4] Rollnick S, and Miller W. What is Motivational Interviewing? Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 1995; 23(4): 325-34.
- [5] นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, และ ภาสกร คุ่มศิริ. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย. 2564; 52(1): 62-74.
- [6] Sune R, Anelli S, Torsten L, and Bo C. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. 2005; 55(513): 305-12.
- [7] Delibalta S, Akturan S, Akman M. The effect of a new structured motivational interview model on diet and exercise behaviors in type 2 diabetes patients at primary care: a randomized controlled study. Anatolian Journal of Family Medicine. 2023; 6(2): 52-60.
- [8] ศักดา ต้อยหล้า. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังวัด ตำบลยางสาว อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2565/research/MA2565-003-01-0000000726-0000000690.pdf>.
- [9] ละอองกลิ่น กนกแสง. ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564; 5(10): 161-70.

- [10] Chen SM, Creedy D, Lin H-S, and Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glyceimic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(6): 637-44.
- [11] Huang CY, Lai HL, Chen CI, Lu YC, Li SC, Wang LW, and et al. Effects of motivational enhancement therapy plus cognitive behaviour therapy on depressive symptoms and health-related quality of life in adults with type II diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Quality of Life Research*. 2016; 25(5): 1275–83.
- [12] Kalayou KB, Haftu BG, and HailemariamBerhe K. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLOS ONE*. 2020; 15(10): e0240829.
- [13] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. 2566.
- [14] เทิดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด. 2560.
- [15] ถิรจิต บุญแสน. ดัชนีมวลกาย สำคัญอย่างไร. สืบค้นเมื่อ 29 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1361/>.

ผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Effects of “Bring Heart Back” Program Combining with LINE Stickers on Knowledge, Self-efficacy, and Basic Life Support Skills among Vocational Certificate Students in Chachoengsao Province

พรจิรา สมสินวน¹, เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์², พัชณา ใจดี², เมธีรัตน์ มั่นวงศ์³, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ^{2*}
Pornjira Somseenuan¹, Aim-utcha Wattanaburanon², Patchana Jaidee², Mereerat Manwong³,
and Saowanee Thongnopakun^{2*}

¹ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

¹ Master of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University, Mueang District, Chonburi Province. 20131

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

² Faculty of Public Health, Burapha University, Mueang District, Chonburi Province. 20131

³ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

³ College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. 34190

* Corresponding Author: เสาวนีย์ ทองนพคุณ E-mail: saowaneehe@go.buu.ac.th

Received : 8 October 2025

Revised : 24 November 2025

Accepted : 29 December 2025

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกสถานการณ์ เป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข ความรวดเร็วในการช่วยชีวิตมีผลต่อโอกาสรอดชีวิต การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40) ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ วัดผล 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และ Repeated measures ANOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะติดตามผลพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลงจากหลังทดลอง แต่สูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลในการช่วยเพิ่มพูนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการโปรแกรม “พาใจกลับมา” ในหลักสูตรของสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา และใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือทบทวนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถของนักเรียนในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมนักเรียนอาชีวศึกษา

Abstract

Cardiac arrest is a critical public health issue where the speed of life-saving intervention directly affects survival. This quasi-experimental study examined the effects of the “Bring Heart Back” program combined with LINE Stickers on knowledge, self-efficacy, and basic life support (BLS) skills among vocational certificate students in Chachoengsao Province. The sample of 80 vocational students was divided into an experimental group (n = 40) and a comparison group (n = 40) using multi-stage random sampling. The experimental group received the program for eight weeks, while the comparison group received regular care. Measurements were conducted at pre-intervention, post-intervention, and follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated measures ANOVA. Post-program, the experimental group showed significantly higher mean scores in knowledge, self-efficacy, and BLS skills compared to both the pre-intervention phase (p -value < 0.001) and the comparison group. At follow-up, the mean scores for knowledge, self-efficacy, and BLS skills decreased compared to the post-intervention phase but remained higher than the baseline and those of the comparison group. These findings suggest the “Bring Heart Back” program combined with LINE Stickers effectively enhances knowledge, self-efficacy, and BLS skills. These findings suggest the “Bring Heart Back” program combined with LINE Stickers effectively enhances knowledge, self-efficacy, and BLS skills. Relevant agencies should integrate this program into vocational curricula and utilize the LINE application for continuous review to maintain student competencies in medical emergency response.

Keywords: Basic life support, Self-efficacy, LINE application, Program, Vocational students

บทนำ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นถือเป็นเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกสถานการณ์ ซึ่งเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากความรวดเร็วในการช่วยชีวิตมีผลโดยตรงต่อโอกาสรอดชีวิตตามรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน [1] สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า การเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 70,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี [2] และจากรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระบุว่าภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบมากที่สุดในประเทศไทยร้อยละ 26.0 ทำให้คนไทยเสียชีวิตประมาณ 54,000 คนต่อปี เฉลี่ย 6 คนต่อชั่วโมง [3] สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของจังหวัดฉะเชิงเทราในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า 3 อันดับแรกของการเสียชีวิต คือ โรคชรา การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และหัวใจหยุดเต้น ร้อยละ 6.1, 5.3 และ 5.3 ตามลำดับ [4] ทั้งนี้หากผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพทันที จะสามารถเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 70.0 [5] การใช้เทคนิคการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรอดชีวิต สะท้อนถึงบทบาทของเทคนิคปฐมพยาบาลและทักษะช่วยชีวิตฉุกเฉินโดยผู้ผ่านการฝึกอบรม [6] ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการรณรงค์ความรู้การช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่หัวใจหยุดเต้น แม้หลายงานศึกษากับนักเรียนมัธยมศึกษา แต่มักทำในกลุ่มทดลองเดียวและไม่มีระยะติดตามผล [7 - 10] การศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี ค.ศ. 2015 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีความสามารถในการเรียนช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างดี [11] และร้อยละ 76.5 พบความสำเร็จในการสอนนักเรียน อายุ 15 - 19 ปี ใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ [12] นอกจากนี้ยังพบว่า การอบรมวิธีโอเพนยงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรสาธิตและฝึกปฏิบัติพร้อมทดสอบทักษะเพื่อความถูกต้อง [8] โดยในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมและมุ่งเน้นการสร้างความรู้สุขภาพ โดยได้จัดหลักสูตร “1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย สร้างเด็กไทย รอบรู้ด้านสุขภาพ” โดยการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นหนึ่งในสี่ของเนื้อหา หลักการอบรมซึ่งนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1 ล้านคน และครูอนามัยทุกโรงเรียนทั่วประเทศ เป็นกลุ่มเป้าหมาย [13, 14] ทั้งนี้ นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) เป็นผู้ที่เรียนในสายอาชีพ เทียบเท่าในระดับมัธยมตอนปลายซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง หรือแม้แต่การบาดเจ็บรุนแรง จากเหตุทะเลาะวิวาท ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้สามารถนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ จึงควรมีความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยเช่นกัน

ข้อมูลสถิติของจังหวัดฉะเชิงเทราแสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นหนึ่งในสามสาเหตุการเสียชีวิตหลักและสามารถเกิดขึ้นได้ทุกวัย [4] เป็นจังหวัดพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern economic corridor; EEC) ซึ่งนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และตลาดแรงงานอุตสาหกรรม [15] ประกอบกับนโยบาย “1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย สร้างเด็กไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ” ส่งเสริมการเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยควรเน้นการสาธิต ฝึกปฏิบัติจริง และทดสอบทักษะเพื่อให้มั่นใจว่าผู้เรียนสามารถช่วยชีวิตได้อย่างถูกต้อง [13, 14] นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ เป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายเติบโตมากับสื่อออนไลน์และมีพัฒนาการทางสังคมสูง ชอบการเรียนรู้แบบลงมือ ปฏิบัติจริง มักเรียนรู้ได้ดีที่สุดผ่านการฝึกปฏิบัติ สถานการณ์จำลอง และการได้รับผลตอบรับทันที (Feedback) [16, 17] โปรแกรม “พาใจกลับมา” ซึ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การได้รับประสบการณ์สำเร็จซ้ำ ๆ (Mastery Experiences) เพื่อเสริมสร้าง Self-Efficacy และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการทบทวน จึงสอดคล้องอย่างยิ่ง กับธรรมชาติการเรียนรู้และพัฒนาการของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่พร้อมจะเรียนรู้ทักษะที่ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันหรือสภาพแวดล้อมการทำงานในอนาคตได้ทันที รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ยังสามารถสนับสนุนการสื่อสารและเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม [18, 19] อีกทั้งยังพบว่าสถานที่เรียน การได้รับข่าวสาร จากสื่อต่าง ๆ รวมถึงเจตคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานด้วย [20] โปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างประสิทธิภาพตนเอง ควรมีกลยุทธ์ทางจิตวิทยาเชิงบวกในกระบวนการให้ความรู้และครอบคลุมระยะเวลา 8 - 12 สัปดาห์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมสุขภาพใหม่ได้อย่างเป็นรูปธรรม [21] สติ๊กเกอร์ไลน์เป็นสื่อดิจิทัลที่คุ้นเคยสำหรับผู้เรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ เนื่องจากมีลักษณะเป็นภาพสั้น กระชับ ช่วยกระตุ้นความสนใจ เพิ่มแรงจูงใจ และเสริมการทบทวนซ้ำอย่างไม่เป็นทางการ อีกทั้งยังสามารถสื่อขั้นตอนหรือเนื้อหาทักษะได้อย่างรวดเร็ว จึงเหมาะสำหรับใช้เป็นสื่อเสริมในการสร้างความรู้และพัฒนาทักษะ สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำหน้าที่เป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ อีกทั้งการมองเห็นสติ๊กเกอร์ซ้ำผ่านการสนทนา ในชีวิตประจำวันยังช่วยให้เกิดการทบทวนอย่างเป็นธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ [22] โปรแกรม “พาใจกลับมา” พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura [23] ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่อธิบายว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองสามารถทำได้ผ่าน 4 แนวทาง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ [23] ซึ่งจะทำให้นักเรียนสามารถประเมินสถานการณ์ คิด ตัดสินใจ มีความเชื่อมั่นที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อประสบเหตุได้ สามารถนำความรู้มาใช้และเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างปลอดภัยและทันท่วงที

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติกเกอร์ไลน์ต่อความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพจังหวัดฉะเชิงเทรา นำมาซึ่งการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนถึงโรงพยาบาล และลดอัตราความพิการจากสมองขาดออกซิเจน รวมทั้งเป็นการป้องกันการสูญเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวและคนชุมชน

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับ ปวช.จังหวัดฉะเชิงเทราภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับ ปวช.จังหวัดฉะเชิงเทราระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental study) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การวัดผลดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Pretest – posttest – follow-up design) โดยมีแผนการจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ซึ่งก่อนการจัดกิจกรรมจะวัดผลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังจัดกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ จะวัดผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และวัดผลในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับ ปวช. ในสถานศึกษาอาชีวศึกษารัฐบาล สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีการศึกษา 2566 มี 7 สถานศึกษา นักเรียนจำนวน 9,345 คน [13]

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน โดยการวัดผล 3 ครั้ง โดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดขนาดอิทธิพลโดยเลือกค่าขนาดอิทธิพลคือ 0.3 [24] ค่าความคลาดเคลื่อน (α error probability) คือ 0.05 และอำนาจทดสอบ ($1-\beta$ error probability) คือ 0.9 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 40 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการจับสลากรายชื่อสถาบันในเขตพื้นที่ศึกษา เพื่อคัดเลือกสถานศึกษาที่จะใช้ในการวิจัย ผลการจับสลากได้ วิทยาลัยอาชีวศึกษา A เป็นกลุ่มทดลอง และวิทยาลัยการอาชีพ B เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นที่ 2 ทำการจับสลากรายชื่อแผนกวิชาในแต่ละสถาบัน ทำให้ได้แผนกบัญชีเป็นกลุ่มทดลอง และแผนกพาณิชยกรรมเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นที่ 3 ทำการจับสลากเลือกระดับชั้นปีของนักเรียนที่จะเข้าร่วมการศึกษา ทำให้ได้ระดับชั้นปีที่ 1

ขั้นที่ 4 ดำเนินการสุ่มตัวอย่างภายในชั้นเรียนโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อนักเรียนจากห้องที่เลือกไว้แบบยกห้องเรียน (Cluster sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ คือ กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เป็นนักเรียนที่มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟนที่สามารถเชื่อมต่อกับสัญญาณอินเทอร์เน็ตเนื่องจากต้องใช้โปรแกรมไลน์ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม และสำหรับนักเรียนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีแต่ไม่ถึง 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออก

นักเรียนขอถอนตัวออกจากการศึกษา และตอบข้อความไม่ครบถ้วน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรม “พาใจกลับมา” โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามหลัก 6 ป. จากหลักสูตร “1 โรงเรียน 1 ครอบครัว 1 ชุมชน สร้างเด็กไทย รอบรู้ด้านสุขภาพ” [13] ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข และ AHA guideline 2020 [25 - 27] ประกอบด้วย 1) วิดีทัศน์เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2) สื่อ Power point และเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 3) อุปกรณ์สาธิต ประกอบด้วย หุ่นจำลอง 4) สติกเกอร์ไลน์เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 2 “กิจกรรมที่ 1 ปลุกความกล้าในตัวเรา” จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้ และคำชี้แนะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และการกระตุ้นเตือนผ่านสติกเกอร์ไลน์ โดยส่งสติกเกอร์ไลน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เวลา 8.00 น. เก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 3 - 4 “กิจกรรมที่ 2 ไอดอล (Idol) ของฉัน” จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวีดิทัศน์สาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้ตัวแบบมีชีวิตผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และการกระตุ้นเตือนผ่านสติกเกอร์ไลน์ โดยส่งสติกเกอร์ไลน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เวลา 8.00 น.

สัปดาห์ที่ 5 - 6 “กิจกรรมที่ 3 สองมือช่วยชีวิต” จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติ การให้คำชี้แนะระหว่างการฝึกปฏิบัติและตอบข้อซักถาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และการกระตุ้นเตือนผ่านสติกเกอร์ไลน์ โดยส่งสติกเกอร์ไลน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เวลา 8.00 น.

สัปดาห์ที่ 7 - 8 “กิจกรรมที่ 4 เชื้อสีฉันทำได้” จำนวน 2 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกในสถานการณ์จำลอง การแสดงบทบาทสมมติ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที และการกระตุ้นเตือนผ่านสติกเกอร์ไลน์ โดยส่งสติกเกอร์ไลน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เวลา 8.00 น. เก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 9 - 12 ดำเนินวิถีชีวิตตามปกติ โดยเก็บข้อมูลระยะติดตามผลด้วยแบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 12

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัว การพักอาศัย การทำงาน เสริม ประวัตินโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว ช่องทางที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประสบการณ์การเรียน/อบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การตัดสินใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มุมมองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามหลัก 6 ป.จากหลักสูตร “1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย สร้างเด็กไทย รอบรู้ด้านสุขภาพ” [14] ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและ AHA guideline 2020 [25 - 27] จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านการประเมินความปลอดภัย 2) ความรู้ด้านการประเมินอาการผู้ป่วย 3) ความรู้ด้านการขอความช่วยเหลือ 4) ความรู้ด้านการกดหน้าอก 5) ความรู้ด้านการช่วยหายใจ และ 6) ความรู้ด้านการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามหลัก 6 ป. จากหลักสูตร “1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย สร้างเด็กไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ” [14] ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและ AHA guideline 2020 [25 - 27] จำนวน 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 5 คะแนน) เห็นด้วย (ให้ 4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ให้ 2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ให้ 1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามหลัก 6 ป. จากหลักสูตร “1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย สร้างเด็กไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ” [14] ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขและ AHA guideline 2020 [25 - 27] จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการประเมินความปลอดภัย 2) ทักษะการประเมินอาการผู้ป่วย 3) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 4) ทักษะการกดหน้าอก 5) ทักษะการช่วยหายใจ และ 6) ทักษะการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้า โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยปฏิบัติและผู้วิจัยประเมินทักษะตามความสามารถ มีระดับการประเมินทักษะ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน ให้คะแนน 1 ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนและไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 0 [28]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาเนื้อหาเป็นรายข้อ จากนั้นนำมาหาดัชนีสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ในการวิจัย (Index of Item Objective Congruency; IOC) ซึ่งค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 0.96

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 อำนาจจำแนก 0.71 ความยากง่าย 0.65 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

4. การรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเวลาเตรียมการ

ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย พร้อมแนบรายงานรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการสถานศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการกำหนดวันเวลาในการเก็บข้อมูล ประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และลงชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2) ระยะดำเนินการ

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยและคุณครูผู้รับผิดชอบงานจะให้ให้นักเรียนทำแบบสอบถามการวิจัยก่อนการทดลองทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง โดยจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อนักเรียนทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วสามารถถูกเดินออกจากห้องได้ทันที โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม

ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม “พาใจกลับมา” จำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) “กิจกรรมที่ 1 ปลุกความกล้าในตัวเรา” จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 - 2) 2) “กิจกรรมที่ 2 ไอดอล (Idol) ของฉัน” จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 3 - 4) “กิจกรรมที่ 3 สองมือช่วยชีวิต” จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 5 - 6) และ 4) “กิจกรรมที่ 4 เชื่อสิฉันทำได้” จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 7 - 8) โดยดำเนินกิจกรรมในช่วงนอกเวลาเรียนตามปกติ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลปกติ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยการทำแบบสอบถามการวิจัยหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะติดตามผล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 โดยการทำแบบสอบถามการวิจัยหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมไปแล้ว 4 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบผล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการทดสอบของ Bonferroni ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ เรื่องการกระจายแบบปกติ (Normality) และความแปรปรวนของความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในแต่ละช่วงของการวัดซ้ำต้องไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of variances) โดยประเมินจาก Mauchly's test of sphericity หากมีค่าสถิติผ่านตามข้อตกลงข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และความแปรปรวนของตัวแปรผลลัพธ์แต่ละช่วงของการวัดไม่แตกต่างกัน (p -value > 0.05) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser ซึ่งปรับแก้ค่าทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบ 12 สัปดาห์ จำนวน 80 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 40 คน ตามที่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุเฉลี่ย 15.80 ปี (S.D. = 0.65) และมีผลการเรียนเฉลี่ย 3.37 (S.D. = 0.56) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเกรดเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.5 มีการทำงานเสริม ร้อยละ 22.5 ขณะที่ร้อยละ 47.5 มีประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว ด้านการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 62.5 เคยได้รับข้อมูลการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 65.0 เคยมีประสบการณ์ในการเรียน/อบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่ และร้อยละ 20.0 เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่ ร้อยละ 50.0 กล้าตัดสินใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานช่วยเหลือผู้หมดสติ และร้อยละ 95.0 เห็นว่าการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นทักษะที่ทุกคนควรทำได้

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.239 ^a
ชาย	5	12.5	9	22.5	
หญิง	35	87.5	31	77.5	
อายุ					0.189 ^a
น้อยกว่า 16 ปี	12	30.0	7	17.5	
16 ปี ขึ้นไป	28	70.0	33	82.5	
\bar{X} , S.D.	(15.80, 0.65)		(16.28, 0.88)		
Min, Max	(15, 18)		(15, 18)		
ผลการเรียนเฉลี่ย					0.060 ^a
2.01 – 3.00	9	22.5	3	7.5	
3.01 – 4.00	31	77.5	37	92.5	
\bar{X} , S.D.	(3.37, 0.56)		(3.55, 0.31)		
Min, Max	(2.01, 4.00)		(2.50, 3.90)		
โรคประจำตัว					0.330 ^a
ไม่มี	33	82.5	36	90.0	
มี	7	17.5	4	10.0	
การทำงานเสริม					0.239 ^a
ไม่มี	31	77.5	35	87.5	
มี	9	22.5	5	12.5	
ประวัติโรคประจำตัวของสมาชิกในครอบครัว					0.171 ^a
ไม่มี	21	52.5	27	67.5	
มี	19	47.5	13	32.5	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					0.228 ^a
ไม่เคย	15	37.5	10	25.0	
เคย	25	62.5	30	75.0	
ประสบการณ์ในการเรียน/อบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					0.256 ^a
เคย	26	65.0	21	52.5	
ไม่เคย	14	35.0	19	47.5	
ประสบการณ์ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					0.556 ^a
เคย	8	20.0	6	15.0	
ไม่เคย	32	80.0	34	85.0	
การตัดสินใจในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					0.112 ^a
กล้าที่จะลงมือช่วยฟื้นคืนชีพ	20	50.0	27	67.5	
ขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					
ไม่กล้าที่จะลงมือช่วยฟื้นคืน	20	50.0	13	32.5	
ชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มุมมองในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ใหญ่					1.000 ^b
เป็นสิ่งที่ทุกคนควรจะได้	38	95.0	39	97.5	
เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ และอื่น ๆ	2	5.0	1	2.5	

หมายเหตุ : ^a หมายถึง ค่าสถิติจาก Pearson Chi-Square, ^b หมายถึง ค่าสถิติจาก Fisher's Exact Test

ผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ

การพิจารณาผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการทดสอบของ Bonferroni มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ เรื่องการกระจายแบบปกติ (normality) และความแปรปรวนของความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในแต่ละช่วงของการวัดซ้ำต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variances) โดยประเมินจาก Mauchly's test of sphericity ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพ ในแต่ละช่วงของการวัดไม่แตกต่างกัน (Mauchly's test of sphericity = 0.995, p-value = 0.829) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น แต่ความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีค่า Mauchly's test of sphericity เท่ากับ 0.889 และ 0.287 (p-value = 0.011 และ p-value < 0.001) ตามลำดับ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงรายงานผล โดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์มีผลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยพบว่า ระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป มีอิทธิพลต่อ ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของผลลัพธ์การช่วยฟื้นคืนชีพ จำแนกตามช่วงเวลา

ตัวแปร	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 8		สัปดาห์ที่ 12		SS	Df	MS	F	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.					
ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน							105.41	1.80	58.56	11.028 ^a	<0.001
กลุ่มทดลอง	16.43	2.07	19.55	2.59	18.70	1.70					
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.45	1.74	16.38	3.14	16.65	2.48					
ภาพรวม	16.44	1.90	17.96	3.27	17.68	2.35					
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพ							582.76	2	291.38	3.403	0.036
กลุ่มทดลอง	86.45	13.46	94.55	14.62	91.20	8.64					
กลุ่มเปรียบเทียบ	84.83	12.96	85.40	13.50	84.70	11.48					
ภาพรวม	85.64	13.16	89.98	14.72	87.95	10.61					

ตัวแปร	สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 8		สัปดาห์ที่ 12		SS	Df	MS	F	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.					
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน							341.06	1.17	292.20	674.051 ^a	<0.001
กลุ่มทดลอง	0.13	0.33	6.00	0.00	2.70	1.16					
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.18	0.50	0.23	0.53	0.20	0.52					
ภาพรวม	0.15	0.42	3.11	2.93	1.45	1.54					

^a รายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geiser, SS = Sum of Square, df = Degree of Freedom, MS = Mean Square

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์โปรแกรม “พาใจกลับมา” ภายในกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 12

กลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพก่อนทดลองกับหลังทดลอง และก่อนทดลองและระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 3.13 คะแนน และในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง 2.28 คะแนน การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้แตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8.10 คะแนน และการเปรียบเทียบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า คะแนนทักษะก่อนกับหลังทดลอง หลังทดลองกับระยะติดตามผล และคะแนนทักษะก่อนกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ (p -value < 0.001) โดยพบว่าหลังและระยะติดตามผลจะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้น 5.88, 3.30 และ 2.58 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนทดลองกับหลังทดลอง หลังทดลองกับระยะติดตามผล และก่อนทดลองกับระยะติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การช่วยฟื้นคืนชีพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามช่วงเวลา (n = 80)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
ระยะก่อนการทดลอง	16.43	2.07	16.45	1.74
ระยะหลังการทดลอง	19.55	2.59	16.38	3.14
ระยะติดตามผล	18.70	1.70	16.65	2.48
Meandiff ^{ก่อน-หลัง} (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 8)	-3.13 (0.55)		0.08 (0.55)	
p-value	< 0.001		1.000	
Meandiff ^{หลัง-ติดตาม} (สัปดาห์ที่ 8 – สัปดาห์ที่ 12)	0.85 (0.50)		-0.28 (0.50)	
p-value	0.278		1.000	
Meandiff ^{ก่อน-ติดตาม} (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 12)	-2.28 (0.41)		-0.20 (0.41)	
p-value	<0.001		1.000	

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพ				
ขั้นพื้นฐาน				
ระยะก่อนการทดลอง	86.45	13.46	84.83	12.96
ระยะหลังการทดลอง	94.55	14.62	85.40	13.50
ระยะติดตามผล	91.20	8.64	84.70	11.48
<i>Meandiff</i> ก่อน-หลัง (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 8)	-8.10 (2.12)		-0.58 (2.12)	
<i>p</i> -value	0.001		1.000	
<i>Meandiff</i> หลัง-ติดตาม (สัปดาห์ที่ 8 – สัปดาห์ที่ 12)	3.35 (2.00)		0.70 (2.00)	
<i>p</i> -value	0.293		1.000	
<i>Meandiff</i> ก่อน-ติดตาม (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 12)	-4.75 (2.09)		0.13 (2.09)	
<i>p</i> -value	0.078		1.000	
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน				
ระยะก่อนการทดลอง	0.13	0.33	0.18	0.50
ระยะหลังการทดลอง	6.00	0.00	0.23	0.53
ระยะติดตามผล	2.70	1.16	0.20	0.52
<i>Meandiff</i> ก่อน-หลัง (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 8)	-5.88 (0.05)		-0.50 (0.05)	
<i>p</i> -value	< 0.001		0.805	
<i>Meandiff</i> หลัง-ติดตาม (สัปดาห์ที่ 8 – สัปดาห์ที่ 12)	3.30 (0.13)		0.03 (0.13)	
<i>p</i> -value	< 0.001		1.000	
<i>Meandiff</i> ก่อน-ติดตาม (สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 12)	-2.58 (0.14)		-0.03 (0.14)	
<i>p</i> -value	< 0.001		1.000	

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์โปรแกรม “พาใจกลับมา” ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผล สัปดาห์ที่ 12

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Repeated measurement ANOVA เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” พบว่า โปรแกรม “พาใจกลับมา” มีอิทธิพลต่อความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าคะแนนความรู้ในภาพรวมกลุ่มทดลองจะมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.74 คะแนน (95%CI: 1.06 – 2.41) เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.954) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าคะแนนกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.17 คะแนน (95%CI: 1.90 ,4.46) และในระยะติดตามผล พบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.05 คะแนน (95%CI: 1.11, 3.00) ดังตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 4.1 จะพบว่าคะแนนความรู้ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองคะแนนความรู้จะเพิ่มสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนความรู้จะมีการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังภาพที่ 4.1

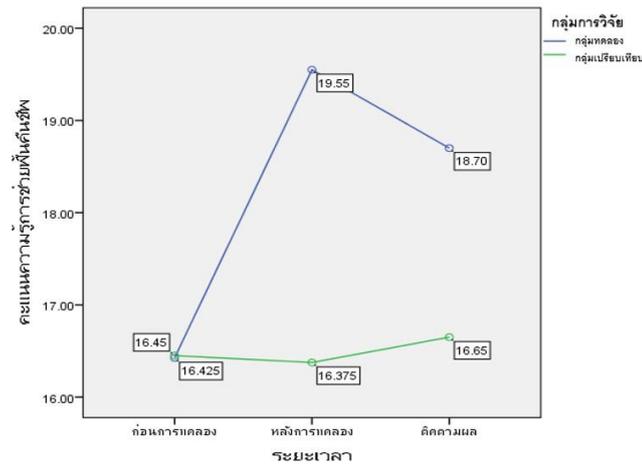
ผลของโปรแกรม“พาใจกลับมา” มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.013) โดยพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองภาพรวมของกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.75 คะแนน (95%CI: 1.27 – 10.24) เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.584) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.005) โดยพบว่าคะแนนกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.15 คะแนน (95%CI: 2.89 – 15.42) และในระยะติดตามผล พบว่าคะแนนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.50 คะแนน (95%CI: 1.98 - 11.02) ดังตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 4.2 จะพบว่าคะแนนการรับรู้ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองคะแนนการรับรู้เพิ่มสูงขึ้น และเริ่มลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้มีการเพิ่มขึ้น เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังภาพที่ 4.2

ผลของโปรแกรม“พาใจกลับมา” มีอิทธิพลต่อทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพภาพรวมของกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.74 คะแนน (95%CI: 2.54 – 2.94) เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.601) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยพบว่าคะแนนกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.77 คะแนน (95%CI: 5.61 – 5.94) และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.50 คะแนน (95%CI: 2.10 - 2.90) ดังตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาจากภาพที่ 4.3 จะพบว่าคะแนนทักษะทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเพิ่มสูงขึ้น และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในแต่ละช่วงเวลามีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเท่านั้น ดังภาพที่ 4.3

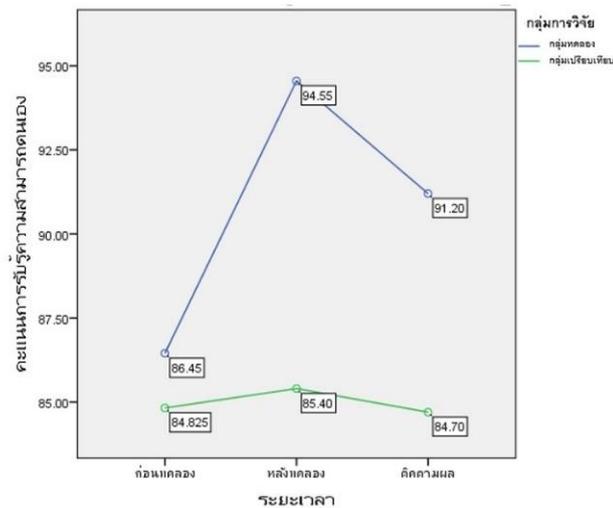
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (n = 80)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)		Mean Difference	95% CI		p-value
	\bar{x}	SE	\bar{x}	SE		Lower	Upper	
	ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน							
ภาพรวม	18.23	0.24	16.49	0.24	1.74	1.06	2.41	< 0.001
ก่อนการทดลอง	16.43	0.30	16.45	0.30	-0.02	-0.88	0.83	0.954
หลังการทดลอง	19.55	0.46	16.38	0.46	3.17	1.90	4.46	< 0.001
ติดตามผล	18.70	0.34	16.65	0.34	2.05	1.11	3.00	< 0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน								
ภาพรวม	90.73	1.59	84.98	1.59	5.75	1.27	10.24	0.013
ก่อนการทดลอง	86.45	2.09	84.83	2.09	1.62	-4.26	7.51	0.584
หลังการทดลอง	94.55	2.23	85.40	2.23	9.15	2.89	15.42	0.005
ติดตามผล	91.20	1.61	84.70	1.61	6.50	1.98	11.02	0.005

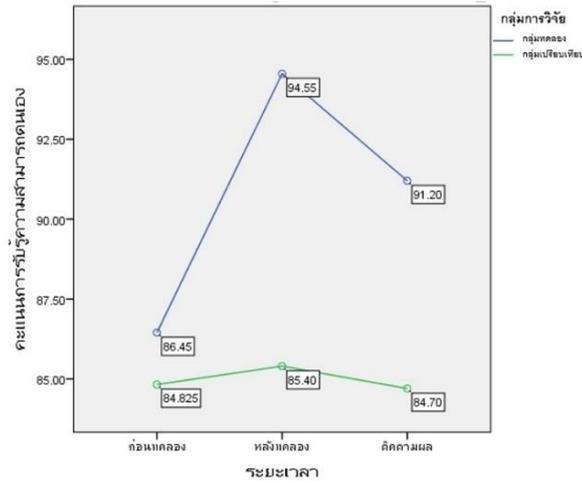
ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40)		Mean Difference	95% CI		p-value
	\bar{x}	SE	\bar{x}	SE		Lower	Upper	
ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน								
ภาพรวม	2.94	0.07	0.20	0.07	2.74	2.54	2.94	< 0.001
ก่อนการทดลอง	0.13	0.07	0.18	0.07	-0.05	-0.24	0.14	0.601
หลังการทดลอง	6.00	0.06	0.23	0.06	5.77	5.61	5.94	< 0.001
ติดตามผล	2.70	0.14	0.20	0.14	2.50	2.10	2.90	< 0.001



ภาพที่ 4.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 4.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



ภาพที่ 4.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปราย

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพจังหวัดฉะเชิงเทรา ภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ มากกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพก่อนทดลองกับหลังทดลอง ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนกับหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม “พาใจกลับมา” ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura's Self-Efficacy) โดยมีการจัดกิจกรรม 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “ปลุกความกล้าในตัวเรา” เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และคำชี้แนะเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการกระตุ้นเตือนผ่านสติ๊กเกอร์ไลน์ กิจกรรมที่ 2 “ไอดอล (Idol) ของฉัน” เป็นกิจกรรมการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านวิดีโอที่ศรัทธาการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้ตัวแบบมีชีวิตผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง และการกระตุ้นเตือนผ่านสติ๊กเกอร์ไลน์ กิจกรรมที่ 3 “สองมือช่วยชีวิต” เป็นการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นฝึก การให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติ การให้คำชี้แนะระหว่างการฝึกปฏิบัติและตอบข้อซักถาม และการกระตุ้นเตือนผ่านสติ๊กเกอร์ไลน์ กิจกรรมที่ 4 “เชื่อสิฉันทำได้” เป็นการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นฝึกในสถานการณ์จำลองผ่านการแสดงบทบาทสมมติ และการกระตุ้นเตือนผ่านสติ๊กเกอร์ไลน์ โดยการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ทุกวัน การจัดกิจกรรมทั้งหมดได้ส่งผลต่อแหล่งกำเนิดของการรับรู้ความสามารถตนเอง (Mastery Experience, Modeling, Verbal Persuasion, Emotional arousal) โดยตรง จึงทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์ [29] ซึ่งพบว่าหลังการทดลอง โปรแกรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ประกอบด้วยการให้ความรู้ผ่านวิดีโอที่ศรัทธา การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การใช้สถานการณ์จำลองและตัวแบบ

รวมถึงการชักจูงด้วยคำพูด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของยุพาวดี ใจบุญ และคณะ [30] พบว่าหลังการทดลอง โปรแกรมการฝึกช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ใช้สื่อบทเรียนคอมพิวเตอร์และการฝึกปฏิบัติด้วยหุ่นจำลอง 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ สามารถเพิ่มคะแนนความรู้และทักษะอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของทรงสุตา หมิ่นไธสง และคณะ [31] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม โดยมีขั้นตอนการสอนครบถ้วน ตั้งแต่การสะท้อนคิดก่อนเข้าโปรแกรม การสร้างความรู้และกระตุ้นความสนใจ การสร้างทัศนคติ การฝึกทักษะ และการสะท้อนคิดหลังโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ต่อมาในระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลง แต่มากกว่าก่อนทดลอง โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพก่อนทดลองและระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และคะแนนทักษะก่อนกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ซึ่งเกิดจากการไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 9-12 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) เนื่องจากไม่ได้รับโปรแกรมตลอดช่วงเวลา

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพจังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย พบว่า ในระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทั้งสองมีความเท่าเทียมกัน ก่อนการได้รับโปรแกรมสำหรับระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) โดยพบว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม “พาใจกลับมา” ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับตลอดระยะเวลาการวิจัย การออกแบบกิจกรรมเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความพยายามของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถ ก็จะหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น โดยมุ่งเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) โดยการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจนสามารถทำได้ พร้อมทั้งการฝึกในสถานการณ์จำลองการแสดงบทบาทสมมติ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) ผ่านวิดีโอทัศนสาธิตการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยการให้ความรู้ ให้คำชี้แนะระหว่างการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติและตอบข้อซักถาม คำพูดให้กำลังใจขณะฝึกปฏิบัติและการกล่าวชมเชย และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ผ่านสติ๊กเกอร์ไลน์ โดยการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้คะแนนทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นและคงอยู่ได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และแม้ว่าในระยะติดตามผล ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองจะลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากผลของสติ๊กเกอร์ไลน์ช่วยกระตุ้นความสนใจ เพิ่มแรงจูงใจและเสริมการทบทวนซ้ำอย่างไม่เป็นทางการ อีกทั้งการมองเห็นสติ๊กเกอร์ซ้ำผ่านการสนทนาในชีวิตประจำวันยังช่วยให้เกิดการทบทวนอย่างเป็นธรรมชาติ

ส่งเสริมในการสร้างความรู้และการรับรู้ความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลอง สอดคล้องการศึกษาของสิรินทรธร มูลสาร และคณะ [32] โปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยนี้ นำแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา มาประยุกต์ใช้ในจัดกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งสัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมให้ความรู้ 3 ชั่วโมงตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2-7 กระตุ้นเตือนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านโปรแกรมไลน์ (Line) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และประเมินผลระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 8 ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แต่คะแนนเฉลี่ยทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นลักษณะของความรู้และทักษะเฉพาะด้านที่ต้องฝึกใช้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ในโรงพยาบาลหรือหน่วยกู้ชีพ การขาดโอกาสใช้ความรู้จึงทำให้คะแนนลดลงตามระยะเวลา แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับการฝึก พรสวรรค์ คิดคำ และคณะ [33] ได้สนับสนุนผลลัพธ์ในทำนองเดียวกัน โดยพบว่าการใช้วีดิทัศน์เกมปฏิสัมพันธ์ CPR สามารถคงความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้วีดิทัศน์ การศึกษาของกชกร ธรรมนำศีล และคณะ [34] ระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่าทักษะการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนประถมศึกษาลดลง และการศึกษาของเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และคณะ [35] พบว่าคะแนนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลงในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 6 เดือนเมื่อเทียบกับระยะหลังการทดลอง แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Partiprajak S, และ Thongpo P [36] ซึ่งพบว่าหลังการอบรมหลายเดือน ความรู้และความสามารถในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีไทยลดลง แต่ประสิทธิภาพการกดหน้าอกยังคงอยู่ในระดับบวก

สรุป

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะติดตามผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลงจากหลังทดลอง แต่สูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรม สามารถปรับเปลี่ยนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพัฒนาทักษะขึ้นอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้จากการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติผ่านกิจกรรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) จำนวน 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 2 สัปดาห์ รวมเป็น 8 สัปดาห์ โดยใช้ปัจจัยการประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นตัวขับเคลื่อนกิจกรรม สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรม “พาใจกลับมา” สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าคะแนนจะลดลงบ้างในระยะติดตามผล แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัด

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยมีการสุ่มเลือกสถาบันคนละแห่งมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจนำไปสู่ Contamination Bias และ Confounding Factors ที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างสถาบัน (Inter-site Variability) แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการจับคู่สถาบันในขั้นตอนการออกแบบ แต่ผู้วิจัยได้ใช้มาตรการทางสถิติที่เหมาะสมในการตรวจสอบและควบคุมความไม่เท่า

เทียบกันของคุณลักษณะส่วนบุคคล เพื่อให้สามารถตีความความสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมกับผลลัพธ์ได้ภายใต้ข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในสถาบันอาชีวศึกษาอื่นๆ หรือกลุ่มเยาวชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อขยายโอกาสในการเรียนรู้และสร้างทักษะที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน

2) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะที่เสื่อมถอยได้ตามเวลา หากไม่ได้รับการฟื้นฟู ดังนั้นควรมีการจัดทบทวนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการอบรมซ้ำทุก 3 – 6 เดือน เพื่อรักษามาตรฐานการปฏิบัติและเพิ่มความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้น

3) หน่วยงานด้านการศึกษาและสาธารณสุข ควรสนับสนุนความร่วมมือระหว่างสถานศึกษา โรงพยาบาล และหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งบูรณาการสื่อดิจิทัล เช่น สติ๊กเกอร์ไลน์ วิดีโอสั้น หรือสื่อออนไลน์อื่น ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) นักวิจัยควรขยายการศึกษานี้ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น เช่น นิสิตนักศึกษา บุคลากรในสถานประกอบการ หรือประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของโปรแกรม ในบริบทที่ต่างออกไป

2) การวิจัยควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบติดตามระยะยาว เพื่อตรวจสอบความคงทนของผลลัพธ์ด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ รวมทั้งเพื่อหาวิธีการที่มีประสิทธิผลที่สุดในการลดการเสื่อมของทักษะ

3) การวิจัยควรพิจารณานำเทคโนโลยีดิจิทัลรูปแบบใหม่ เช่น แอปพลิเคชัน เกมการเรียนรู้หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ มาทดลองเปรียบเทียบกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ เพื่อหานวัตกรรมที่มีประสิทธิผลสูงสุดต่อการเสริมสร้างความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ศิษย์และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา และดำเนินการโดยไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากแหล่งทุนใด ๆ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS057/2567(C2) วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

การอ้างอิง

พรจิรา สมสินวน, เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์, พัชณา ใจดี, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, และ เสาวนีย์ ทองนพคุณ. ผลของโปรแกรม “พาใจกลับมา” ร่วมกับการใช้สติ๊กเกอร์ไลน์ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น

พื้นฐานของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 103 - 22.

Somseenuan P, Wattanaburanon A, Jaidee P, Manwong M, and Thongnopakun S. Effects of “Bring Heart Back” Program Combining with LINE Stickers on Knowledge, Self-efficacy, and Basic Life Support Skills among Vocational Certificate Students in Chachoengsao Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 103 - 22.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Noncommunicable-diseases. Accessed 27 September 2023 from <https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- [2] กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <https://online.fliphtml5.com/hvpvl/evzj/>.
- [3] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/14529?group=60>.
- [4] ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน "สาเหตุการป่วย/ตาย". สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2566 จาก <https://hdc.moph.go.th/cco/public/standard-report-detail/e9203cf0744a3056e5852697e40de86e>.
- [5] Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, and Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Circulation. Cardiovascular quality and outcomes. 2010; 3(1): 63 - 81.
- [6] สุขภาพ เหมือนชู, วิภาดา ตรงเที่ยง, และภุมรินทร์ อินชวณี. การเตรียมนักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 2015. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 28(2): 16 - 27.
- [7] เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง, และชัชฌาณงค์ แพรชาว. ผลของโปรแกรมการสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561; 28(2): 118 - 32.
- [8] นันทวรรณ ทิพนเนตร, เกียรติศักดิ์ ชัยพรม, และวชิร ชนะบุตร. เปรียบเทียบการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนมัธยมจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561; 37(4): 470 - 76.
- [9] มัตถก ศรีคล้อ, มาลินี อยู่ใจเย็น, และธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และ ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2562; 35(1): 239 - 51.
- [10] วริศรา เบ้าบุญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการแนะนำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทางโทรศัพท์ กรณีพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย. 2561; 6: 37 - 47.
- [11] Lockey AS, Barton K, and Yoxall H. Opportunities and barriers to cardiopulmonary resuscitation training in English secondary schools. European Journal of Emergency Medicine. 2016; 23(5): 381-5. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000307.
- [12] Lawson L, and March J. Automated external defibrillation by very young, untrained children. Prehosp Emerg Care. 2002; 6(3): 295 - 8. DOI: 10.1080/10903120290938328.

- [13] สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. ศธ. kick off โครงการ “หนึ่งโรงเรียนหนึ่งครูอนามัย สร้างเด็กไทยรอบรู้สุขภาพ”. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566 จาก <https://www.obec.go.th/archives/755447>.
- [14] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรครูอนามัยสร้างเด็กไทยรอบรู้สุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566 จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/teenager-emag/213794>.
- [15] กลุ่มพัฒนาการศึกษา สังกัดสำนักงานศึกษาธิการภาค 8 สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. รายงานวิจัยปัจจัยในการตัดสินใจเลือกเรียนสายอาชีพของนักเรียนในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออก. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566 จาก <https://reo8.moe.go.th/wp-content/uploads/2022/05/เล่มปัจจัยในการเลือกเรียนอาชีพะ.pdf>.
- [16] อภัสรินทร์ ขณะรัตน์, กิตติกร สันคติประภา, และ สุรวุฒิ ปัดไธสง. กระบวนการสร้างตัวตนของนักเรียนอาชีวศึกษาโดยปฏิบัติการศึกษาผ่านประสบการณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. 2559; 6(1): 78 – 92.
- [17] Kolb D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.
- [18] ญัฐกิตติ์ สุวรรณวัฒน์. ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ติดตามผู้เรียนที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนฤทธิยะวรรณาลัย. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการศึกษา. 2565; 1(1): 25 - 33.
- [19] อารีย์ มัยพงษ์, เกื้อกุล ตาเย็น, และ ณรงค์ฤทธิ์ ธีระเวช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อการสื่อสารทางการเรียน. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2565; 4(1): 57 – 71.
- [20] นุรฟาติน ดือเว๊ะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเทศบาลในเขตพื้นที่เทศบาลยะลา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(1): 38 - 47.
- [21] Gueroni LPB, Pompeo DA, Eid LP, Ferreira Junior MA, Sequeira CADC, and Lourencao, LG. Interventions for strengthening general self-efficacy beliefs in college students: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2023; 77(1): e20230192. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0192>.
- [22] นฤมล จันทร์สุข, นันทพร ทองเต็ม, และอศิวเดช สละอวยพร. ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมกรป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. 2567; 17(3): 240 - 52.
- [23] Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman. 1997.
- [24] Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992; 112(1): 155–9.
- [25] ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี. ขั้นตอนการ CPR 6ป. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566 จาก <https://www.tkpark.or.th/download?file = 003197.pdf&name = Rollup-FIRST AID-03.pdf>.
- [26] American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC. Accessed 30 September 2023 from https://cpr.heart.org/media/cpr-files/cpr-guidelinesfiles/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf.
- [27] ชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. หนังสือคู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2020. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ, ปณณมิตร การพิมพ์. 2566.

- [28] บวร วิทย์ชำนาญกุล, มาริสา ทองนอก, ธนพรรณ วงษา, ประภา บุตรดี, พัทธกาญจน์ การะสัง, ปริณญาลักษณ์ ไตรสัตยกุล, และคนอื่นๆ. โครงการสร้างพื้นฐานการช่วยฟื้นคืนชีพให้ฝังรากลึกในระดับประชาชน. เชียงใหม่, หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564.
- [29] ศศิธร ตันติเอกรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่อความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2564; 4(2): 111-26.
- [30] ยุพาวดี ใจบุญ, รมิตา สุศิริ, รอยมี หะยีดาโอ๊ะ, รอยฮานนะห์ แดงหน้า, รินรดา เขียวจินดา, อนิศา เจ๊ะเลาะ, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2568; 4(1): 16 - 27.
- [31] ทรงสุตา หมั่นไธสง, เสาวลักษณ์ ขาญกัน, ณรงค์ คำอ่อน, พลอยลดา ศรีทานุ, สรัญญา เปล่งกระโทก, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และคนอื่นๆ. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดเทศบาลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2566; 13(4) 245 - 59.
- [32] สิริพันธ์ มุลสาร, สุรินทร์ กลัมพากร, และจุฑาธิป ศิลบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย. วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย. 2563; 13(2): 271 - 87.
- [33] พรสวรรค์ คิดคำ, ธรรมวิทย์ ราษฎร์อน, ประกายดาว สุทธิ, กิตติยา ไทยธวัช, และชนิดา ประดิษฐ์สถาพร. ผลของการใช้วิดีโอเกมปฏิสัมพันธ์ซีพีอาร์ต่อการคงความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารกิจการุณย์. 2566; 30(2): 269 - 82.
- [34] กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, สุปรานี น้อยตั้ง, และชัยณรงค์ นาคเทศ. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อทักษะการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยนาวิ. 2565; 49(2): 334 - 49.
- [35] เพ็ญพัทธ์ ไชยสงเมือง, อรทัย บุญชูวงศ์, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, และฉันทวรรณ วิชัยพล. ผลของโปรแกรมสอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาตำบลหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 33(1): 49 - 61.
- [36] Partiprajak S, and Thongpo P. Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students. Nurse Education in Practice. 2016; 16(1): 235 - 41.

การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของยาเวนลาฟาซีนเทียบกับยาฟลูออกซิทีนในการรักษา
โรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวและชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำในประเทศไทย

Cost-Utility Analysis of Venlafaxine Compared with Fluoxetine
for Depressive Episode and Recurrent Depressive Disorder in Thailand

ฉัตรมนี อิงทรตน์^{1*}
Chatmani Intharat^{1*}

¹ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีธัญญา อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

¹ Pharmacy department, Srithanya Hospital, Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province. 11000

* Corresponding Author: Chatmani Intharat E-mail: chatmani.im@gmail.com

Received : 3 November 2025

Revised : 19 December 2025

Accepted : 29 December 2025

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีภาระโรคสูงในประเทศไทย โดยเฉพาะในเพศหญิงและวัยทำงานตอนต้นถึงตอนกลาง ยาฟลูออกซิทีนและยาเวนลาฟาซีนเป็นยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า แต่ยังคงขาดข้อมูลด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยาเวนลาฟาซีนเทียบกับฟลูออกซิทีนในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวและชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำในประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองมาร์คอฟจากมุมมองทางสังคม ใช้ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญาและทบทวนวรรณกรรม ผลลัพธ์ด้านสุขภาพวัดด้วยปีสุขภาวะ (Quality Adjusted Life Year: QALY) และหาความคุ้มค่าของยาด้วยอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้ยาฟลูออกซิทีนมีต้นทุนต่ำกว่าเวนลาฟาซีน (670,988 เทียบกับ 990,003 บาท) แต่ยาเวนลาฟาซีนให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงกว่า 0.77 QALY (6.29 เทียบกับ 7.06) โดยมีค่า ICER 416,552 บาทต่อปีสุขภาวะ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ สรุปได้ว่ายาฟลูออกซิทีนยังเป็นทางเลือกที่คุ้มค่ากว่าในการรักษาโรคซึมเศร้า หากรัฐบาลสามารถต่อรองราคายาเวนลาฟาซีนลงได้ ยาเวนลาฟาซีนอาจมีความคุ้มค่ามากกว่ายาฟลูออกซิทีน และควรมีการศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐานหรือการเพิ่มสถานะสุขภาพด้านหยุดยา/เปลี่ยนยา (Discontinuation/Switching) เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับการนำยารักษาโรคซึมเศร้ามารวมมาใช้ในระบบสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: ต้นทุนอรรถประโยชน์ โรคซึมเศร้า ฟลูออกซิทีน เวนลาฟาซีน

Abstract

Depressive disorder imposes a significant disease burden in Thailand, particularly among women and those in early to mid-working age. Fluoxetine and venlafaxine are medications used to treat depression. There is, however, a lack of economic evaluation data within the context of the Thai healthcare system. This study evaluated the cost-effectiveness of venlafaxine versus fluoxetine for treating depressive episode and recurrent depressive disorder in Thailand, using a Markov model from a societal perspective. Data were obtained

retrospectively from the Srithanya Hospital database and literature review. Health outcomes were quantified in quality-adjusted life years (QALYs). Cost-effectiveness was determined using the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) and compared against the national threshold of 160,000 Baht/QALY. The study results illustrated that the fluoxetine group had lower costs than venlafaxine (670,988 versus 990,003 baht). Nevertheless, venlafaxine provided higher health outcomes by 0.77 QALY (6.29 versus 7.06). The ICER was 416,552 baht per QALY, which is higher than Thailand's cost-effectiveness threshold of 160,000 baht per QALY. In conclusion, fluoxetine remains the more cost-effective option for treating depression. However, if the government can negotiate the price of venlafaxine down, venlafaxine may be more cost-effective than fluoxetine. Further studies are needed in patients who do not respond to standard medications or on improving health status related to discontinuation/switching of medication, to provide evidence for policy decisions regarding the continued use of these antidepressants in the healthcare system.

Keywords: Cost-utility, Depression, Fluoxetine, Venlafaxine

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบว่าโรคซึมเศร้าคิด 1 ใน 20 อันดับแรกของโรคที่มีภาระโรคสูง (Burden of disease) รายงานภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2562 ระบุว่า โรคซึมเศร้าคิดอันดับที่ 17 จาก 20 อันดับแรกในผู้หญิง และก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากถึงร้อยละ 1.5 ของสัดส่วนรวมทั้งหมดทุกสาเหตุ และมีแนวโน้มที่เกิดในคนอายุน้อยเพิ่มขึ้น โดยเป็นสาเหตุ 3 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี เพศหญิง [1] ข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป [2] ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ดังนั้น ภาวะเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ในระบบสุขภาพด้วยเช่นกัน

ข้อมูลจากรายงานสถิติประจำปี 2566 โรงพยาบาลศรีธัญญา [3] พบว่า ผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักด้วยโรคซึมเศร้าตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (International Classification of Diseases, 10th Revision, Thai Modification: ICD10 - TM) ได้แก่ โรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode, ICD10 - TM: F32) และโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depressive disorder, ICD10 - TM: F33) มีมากถึงร้อยละ 13.4 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (ICD10 - TM: F32) มีมากถึงร้อยละ 8.9 ซึ่งสูงเป็นอันดับแรกของสัดส่วนผู้ป่วยนอกรายใหม่ทั้งหมด ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้ามีสูงถึง ร้อยละ 15.2 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด

การรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบัน ได้แก่ (1) ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors; SSRIs) ปัจจุบันใช้เป็นยาขนานแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น ยาฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) (2) ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) เช่น ยาอะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) เป็นต้น แต่เนื่องจากมีอาการข้างเคียงค่อนข้างมากจึงไม่นิยมใช้ในปัจจุบัน (3) กลุ่ม Tetracyclic antidepressants เช่น ไมแอนเซอร์ิน (Mianserin) ไม่นิยมใช้เนื่องจากมียาใหม่กว่า คือ กลุ่ม SSRIs (4) กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) ไม่เป็นที่นิยมและมีผลข้างเคียงจากยาก่อนข้างมาก (5) ยาชนิดใหม่ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทหลายชนิด (Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors; SNRIs) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับ

ของ Serotonin และ Norepinephrine ในสมอง เช่น ยาเวนลาฟาซีน (Venlafaxine) เป็นต้น [4 - 9] การรักษาด้วยยามีระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 4 - 6 เดือนและอาจมีระยะเวลาในการลดขนาดยาหรือติดตามอีก 6 - 12 เดือนจนสามารถหยุดยาได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ (Relapse/Recurrence) ได้ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับยาซ้ำหรือต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

แม้ยารักษาโรคซึมเศร้าหลายรายการได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่ม SSRIs หรือ TCAs ในปัจจุบันยารักษาโรคซึมเศร้าหรือยาด้านเศร้า (Antidepressants) ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติยังไม่ได้รับการปรับปรุงหรือเพิ่มเติม ขณะที่ไม่มียาใดเลยในกลุ่ม SNRIs ที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ [4, 5] อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ปี 2567 [6] พบว่ายาเวนลาฟาซีน เป็นยาเพียงรายการเดียวของกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำหรับ 2 ข้อบ่งใช้ ได้แก่ (1) รักษาโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และ (2) กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Non - response) ต่อยารักษาโรคซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่มที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ SSRIs หรือ TCAs [6] ขณะที่ข้อมูลด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของยาเวนลาฟาซีนมีอยู่อย่างจำกัด [10] โดยเฉพาะข้อมูลภายในประเทศและข้อมูลจากการใช้ในเวชปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Real - world data) นอกจากนี้ ยังไม่เคยมีการประเมินความคุ้มค่าของยาเวนลาฟาซีนในประเทศไทย และโรงพยาบาลศรีธัญยานับเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางขนาดใหญ่ซึ่งมีศักยภาพในระดับสูง และให้บริการผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้มีข้อมูลจากการใช้ในเวชปฏิบัติจริงในฐานะข้อมูลค่อนข้างมาก ผลจากการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ โดยเฉพาะการนำข้อมูลด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาประกอบการพิจารณาบรรจุยารักษาโรคซึมเศร้าเข้าสู่บัญชียาหลักของประเทศไทยซึ่งต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - informed policy - making) เพื่อให้มีการตัดสินใจได้อย่างรอบด้าน

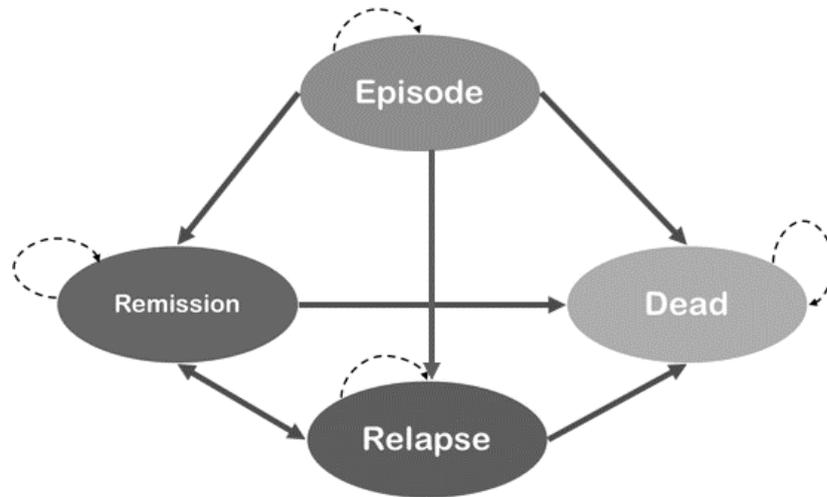
วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยาเวนลาฟาซีนเทียบกับยาฟลูออกซิทีนในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดชั่วคราวเป็นครั้งแรกและโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำในโรงพยาบาลศรีธัญญา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยาด้วยการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ โดยใช้แบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model) (ภาพที่ 1) และวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้วยการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis: CUA) เปรียบเทียบต้นทุนที่เกิดขึ้นในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประสิทธิผลในรูปแบบปีสุขภาวะ (Quality-adjusted life years: QALYs) ของการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนเทียบกับยาฟลูออกซิทีนซึ่งเป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน [4, 5, 7 - 9] ประเมินความคุ้มค่าโดยใช้มุมมองผู้จ่าย (Payer perspective) และมุมมองทางสังคม (Societal perspective) และดำเนินการศึกษาโดยอ้างอิงคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 เป็นหลัก [11]



ภาพที่ 1 แบบจำลองมาร์คอฟจำลองสถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Episode: ผู้ป่วยอยู่ในสถานะช่วงอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive episode); Remission: ผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ; Relapse: การกำเริบของโรคและการกลับเป็นซ้ำ; Dead: ผู้ป่วยเสียชีวิต

ภาพที่ 1 แสดงสถานะสุขภาพ (Health states) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งประกอบด้วย คือ (1) ผู้ป่วยอยู่ในสถานะช่วงอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive episode) (2) ผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Remission) (3) การกำเริบของโรคและการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และ (4) ผู้ป่วยเสียชีวิต (Dead) โดยในแบบจำลองเริ่มจากผู้ป่วยอยู่ในสถานะช่วงอารมณ์ซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีสภาวะของโรคในแต่ละระยะต่างมีโอกาสที่จะอยู่ในสถานะเดิม (ลูกศรโค้ง - เส้นประ) และมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานะสุขภาพอื่นๆ (ลูกศรเส้นทึบ) หรือเสียชีวิต โดยที่สถานะเสียชีวิตจะเป็น Absorbing state ซึ่งหมายถึงเป็นสถานะสุขภาพที่ไม่สามารถย้ายไปยังสถานะสุขภาพอื่นๆ ได้อีก ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวประยุกต์มาจากการศึกษาซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาโรคซึมเศร้าและการศึกษาในประเทศไทย [12 - 14] ซึ่งทั้งสี่สถานะสุขภาพเป็นสถานะสุขภาพที่แบบจำลองส่วนใหญ่เลือกใช้ โดยใช้กรอบเวลาการวิเคราะห์ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Lifetime horizon) และกำหนดระยะเวลาต่อรอบการรักษาและการติดตามผู้ป่วย (Cycle length) ทุก 3 เดือน [15] ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งระบุว่าการรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ระยะสงบของโรคใช้เวลาประมาณ 3 เดือน [15] รวมถึงข้อแนะนำให้มีการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำไม่ควรเว้นช่วงนานเกิน 3 เดือน [9] ร่วมกับการหารือถึงระยะการประเมินสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เหมาะสมและการนัดติดตามผู้ป่วยของจิตแพทย์ในโรงพยาบาล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode, ICD10-TM: F32) และโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depressive disorder, ICD10-TM: F33) ตามที่กำหนดใน ICD-10 TM และแนวทางเวชปฏิบัติ [9, 16] โดยผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเดี่ยวไม่มีการใช้ยาร่วมกับยาด้านเศร้ากลุ่มอื่นหรือเปลี่ยนไปใช้ยาด้านเศร้ากลุ่มอื่นๆ เพื่อสามารถประเมินประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจริงจากยาที่ได้รับ

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort) ของผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวหรือซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode, ICD10 - TM: F32) เป็นครั้งแรก และโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depressive disorder, ICD10 - TM: F33) ได้รับยาฟลูออกซิทีนหรือยาเวนลาฟาซีนรายการใดรายการหนึ่ง

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ข้อมูลประวัติและการรักษาของผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ไม่มีข้อมูลราคายา จำนวนการมาโรงพยาบาล 1 ครั้งและไม่มีประวัติการรักษาอีกหลังจากนั้น เป็นต้น
- 2) ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์กว้างที่ไม่ระบุ (Unspecified mood disorder, ICD10 - TM: F39) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักด้วยโรคอื่น
- 3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรองด้วย ICD10 - TM: F32 หรือ F33 และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวหรือโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ
- 4) ผู้ป่วยที่เข้าเป็นบางช่วงแล้วเปลี่ยนไปใช้อื่นหรือมีการใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับการรักษาตามรหัสโรค ICD10 - TM F32 และ F33 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2567 ข้อมูลประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ รหัสรายบุคคลซึ่งจะถูกเข้ารหัส อายุ เพศ (2) ข้อมูลการมารับบริการ ได้แก่ วันที่มารับบริการและวันที่จำหน่าย ประเภทการรับบริการ (ผู้ป่วยใน/นอก) รหัสการวินิจฉัยหลักและรอง ยาที่ได้รับในแต่ละครั้ง อัตราเรียกเก็บค่ารักษาในแต่ละครั้ง และต้นทุนค่ารักษาในแต่ละครั้ง (ถ้ามี) ในรูปแบบ Excel files โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป R (version 4.4.2) และ RStudio (Version: 2024.12.0 + 467) ในการส่งออกข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล การวิเคราะห์ความคุ้มค่าด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ใช้โปรแกรม Microsoft Excel

4. การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ใบรับรอง STY.CO.A019/2568) และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาให้เข้าถึงฐานข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วย เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหน่วยสารสนเทศโรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคซึมเศร้าโรคซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode, ICD10 - TM: F32) เป็นครั้งแรกและโรคซึมเศร้าชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำ (Recurrent depressive disorder, ICD10 - TM: F33) มีกระบวนการจัดข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ รหัสบัตรประชาชน และกระบวนการเข้ารหัสข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Data encryption) ได้แก่ รหัสประจำตัวผู้ป่วยของแต่ละบุคคลที่โรงพยาบาลกำหนด (Hospital number) หมายเลขลำดับการเข้ารับบริการ (Visit number และ Admission

number) โดยหน่วยสารสนเทศโรงพยาบาลก่อนส่งให้ผู้วิจัยเพื่อป้องกันไม่ให้นักวิจัยระบุตัวตนผู้ป่วยได้ (Anonymization) ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับมีการควบคุมการเข้าถึง (Access control) โดยการกำหนดสิทธิ์ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้ และมีการแยกเครือข่าย (Network segmentation) ที่ไม่อนุญาตให้เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตจากคอมพิวเตอร์เครื่องที่ใช้เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง

ความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพทั้ง 4 สถานะของผู้ป่วย ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อหาโอกาสของการเปลี่ยนสถานะภายหลังการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนและยาฟลูออกซิทีน (ตารางที่ 1) ซึ่งจากการปรึกษาหารือร่วมกับจิตแพทย์ (Expert opinion) ในประเด็นของการมีอยู่ของข้อมูลและการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยที่เผยแพร่ ได้มีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้ (1) ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากอาการซึมเศร้าเข้าไปสู่โรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Relapse to remission) กำหนดให้มีค่าเท่ากับความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากสถานะช่วงอารมณ์ซึมเศร้าไปสู่สถานะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Episodes to remission) เนื่องจากการใช้ยาตัวเดียวกันจึงน่าจะมีโอกาสการเปลี่ยนสถานะสุขภาพเท่ากัน (2) ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากสถานะอาการซึมเศร้าเข้าไปสู่การเสียชีวิต (Relapse to death) เท่ากับความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากช่วงอารมณ์ซึมเศร้าไปสู่การเสียชีวิต (Episodes to death) เนื่องจากการอยู่ในสถานะสุขภาพที่มีอาการของโรคน่าจะมีโอกาสการเสียชีวิตเท่าหรือใกล้เคียงกัน เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลไม่พบผู้ป่วยที่มีสถานะเสียชีวิต (3) ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากโรคทุเลาลงหรือโรคสงบไปสู่การเสียชีวิต (Remission to death) เท่ากับความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในประชากรทั่วไป (Death of general population) [17] โดยผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบน่าจะมีโอกาสการเสียชีวิตใกล้เคียงการเสียชีวิตในประชากรปกติ

ในการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนจำเป็นต้องมีการระบุการแจกแจงของตัวแปรตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ (1) การแจกแจงแบบปิตาสำหรับตัวแปรชนิดความน่าจะเป็นและค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งค่าที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึง 1 (2) การแจกแจงแบบแกมมาสำหรับตัวแปรชนิดต้นทุน ซึ่งค่าที่เป็นไปได้ คือ 0 ถึงค่าอนันต์ และ (3) การแจกแจงแบบล็อกนอร์มอล สำหรับข้อมูลประเภทประสิทธิภาพสัมพัทธ์ (Relative efficacy) หรือค่าที่ได้จากการวิเคราะห์อัตราการรอดชีพซึ่งค่าไม่สามารถเป็นศูนย์หรือค่าติดลบได้ และสามารถมีค่าเพิ่มขึ้นได้ไม่จำกัด [11]

ตารางที่ 1 ความน่าจะเป็น (Probability) ของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองและประเภทการแจกแจงสำหรับการวิเคราะห์ความไม่แน่นอน

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (Parameters)	การแจกแจง	\bar{x}	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error)	เอกสารอ้างอิง
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากช่วงอารมณ์ซึมเศร้าไปสู่สถานะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Episodes to remission)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	ปิตา	0.17	0.00	[18]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	ปิตา	0.14	0.00	[18]
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากช่วงอารมณ์ซึมเศร้าไปสู่การเสียชีวิต (Episodes to death)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	ปิตา	0.00	0.00	[18]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	ปิตา	0.00	0.00	[18]

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (Parameters)	การแจกแจง	\bar{x}	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error)	เอกสารอ้างอิง
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากช่วงอาการซึมเศร้าไปสู่สถานะอาการซึมเศร้าซ้ำ (Episodes to relapse)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน				
ความเสี่ยงของการเปลี่ยนสถานะที่แปรผันไปตามช่วงอายุ (Age for baseline hazard)	ล็อกนอร์มอล	-0.06	0.04	Survival analysis
ค่าคงที่ (Constant for baseline hazard)	ล็อกนอร์มอล	-6.69	2.45	Survival analysis
พารามิเตอร์สเกลบ่งชี้ถึงการกระจายตัวของเวลาที่เกิดเหตุการณ์ (Ancillary parameter)				
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน				
ความเสี่ยงของการเปลี่ยนสถานะที่แปรผันไปตามช่วงอายุ (Age for baseline hazard)	ล็อกนอร์มอล	-0.01	0.02	Survival analysis
ค่าคงที่ (Constant for baseline hazard)	ล็อกนอร์มอล	-7.48	1.10	Survival analysis
พารามิเตอร์สเกลบ่งชี้ถึงการกระจายตัวของเวลาที่เกิดเหตุการณ์ (Ancillary parameter)				
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากอาการซึมเศร้าซ้ำไปสู่สถานะโรคทุเลาหรือโรคสงบ (Relapse to remission)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	บีตา	0.17	0.00	[18]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	บีตา	0.14	0.00	[18]
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากอาการซึมเศร้าซ้ำไปสู่การเสียชีวิต (Relapse to death)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	บีตา	0.00	0.00	[18]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	บีตา	0.00	0.00	[18]
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากโรคทุเลาหรือโรคสงบไปสู่อาการซึมเศร้าซ้ำ (Remission to relapse)				
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	บีตา	0.02	0.01	[19]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	บีตา	0.07	0.00	[19]

เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการภายใต้มุมมองทางสังคม (ตารางที่ 2) ต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์ จึงประกอบด้วย (1) ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ (Direct medical cost) จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ ค่ารักษารวมทั้งหมดของผู้ป่วย (เช่น ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าหัตถการ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอื่น ๆ) แยกตามประเภทการวินิจฉัยโรคหลักและตามชนิดยา วิเคราะห์จากการใช้ราคาเรียกเก็บ (Charge) ต่อรอบการรักษา (1 cycle) จากนั้นปรับราคาเรียกเก็บให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงด้วยค่าเฉลี่ยอัตราส่วนต้นทุนต่อการรักษา (Ratio of cost to charge: RCC) ในกลุ่มโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเท่ากับ 1.97 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21) [20] จากสูตร $Cost = Charge \times RCC$ และ (2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Direct non - medical cost) ประกอบด้วย ค่าเดินทางไป - กลับโรงพยาบาล ซึ่งคิดค่าเดินทางต่อครั้งคูณด้วยจำนวนครั้งการมารับบริการที่โรงพยาบาล ค่าอาหาร 1 มื้อต่อคนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลคูณด้วยจำนวนครั้งการมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยทั้งค่าเดินทางและค่าอาหารอ้างอิงจากการศึกษาการมารับบริการที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครในปี 2565 [21] เนื่องจากมีบริบทคล้ายกับการมารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และต้นทุนผลิตภาพ (Productivity cost) ที่สูญเสียไปในการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care cost) ของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วย ทั้งนี้ คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยแนะนำให้ประเมินค่าของทุกคนด้วยค่าอ้างอิงเดียวกัน โดยใช้รายได้

ประชาชาติต่อหัวประชากร (Gross national income: GNI) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของรายได้ของประชากรทั้งประเทศ ต่อปี [22] จากนั้น คำนวณให้เป็นหน่วยบาทต่อวัน ด้วยการนำ 365 วันต่อปีเป็นตัวหาร [11, 23] จากนั้นนำมาคูณด้วยจำนวนครั้งการมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียไปของผู้ป่วยไม่นำมาคิด เนื่องจากผลจากการสูญเสียได้นับรวมไว้ในส่วนของปีสุขภาพแล้ว หากนำข้อมูลดังกล่าวมารวมด้วยจะทำให้เป็นการนับผลลัพธ์ซ้ำ [11]

สำหรับต้นทุนที่เป็นมูลค่าในอดีตถูกปรับให้ค่าเงินของปี พ.ศ. 2568 อ้างอิงจากดัชนีผู้บริโภค (Consumer price index: CPI) ของกระทรวงพาณิชย์ [24]

ในการวิเคราะห์ต้นทุนมีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ได้แก่ (1) ไม่มีค่าที่พักของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากข้อมูลการรักษาในฐานข้อมูลโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (2) ไม่มีต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ในสถานะสุขภาพโรคทุเลาลงหรือโรคสงบแต่เป็นเพียงการติดตามอาการที่โรงพยาบาลเท่านั้น (3) ค่าเดินทางไป-กลับโรงพยาบาลเป็นการเดินทางพร้อมกันทั้งผู้ป่วยและญาติ และ (4) ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแล 1 คน และต้นทุนผลิตภาพ (Productivity cost) ที่สูญเสียไปของผู้ดูแลอันเนื่องมาจากการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal care cost) กำหนดให้มีค่าเป็นจำนวน 1 วันต่อครั้งของการไปรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งอ้างอิงแนวทางการวิเคราะห์จากรายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่พบว่าเวลาที่ใช้ทั้งหมดในการรับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ย 361.00 นาทีต่อครั้ง [23] และใกล้เคียงกับการศึกษาโดยสุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ (2565) ที่ระบุว่าใช้เวลาเดินทางไป - กลับโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.45 ชั่วโมงต่อครั้ง และใช้เวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.43 ชั่วโมงต่อครั้ง [21]

ตารางที่ 2 ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและจำนวนครั้งการไปรักษาที่โรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (Parameters)	\bar{X}	ค่าความคลาดเคลื่อน	
		มาตรฐาน	เอกสารอ้างอิง
(Standard error)			
ต้นทุนในสถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode) ต่อ 1 รอบการรักษา (cycle)			
ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่ายาทั้งหมด	46,601.48	12,960.02	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าบริการทั้งหมด	16,472.00	14,239.25	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่ายาทั้งหมด	3,819.95	570.97	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าบริการทั้งหมด	12,067.88	3,308.62	ฐานข้อมูล รพ.
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าเดินทาง	1,624.18	14.48	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าเดินทาง	1,532.89	13.98	[21]
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าอาหาร	662.87	4.19	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าอาหาร	625.61	3.96	[21]
ต้นทุนในสถานะสุขภาพโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Remission) ต่อ 1 รอบการรักษา (cycle)			
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าเดินทาง	1,624.18	14.48	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าเดินทาง	1,532.89	13.98	[21]
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าอาหาร	662.87	4.19	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าอาหาร	625.61	3.96	[21]

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (Parameters)	\bar{X}	ค่าความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (Standard error)	เอกสารอ้างอิง
ต้นทุนในสถานะสุขภาพอาการซึมเศร้าซ้ำ (Relapse) ต่อ 1 รอบการรักษา (cycle)			
ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่ายาทั้งหมด	30,125.40	21,756.48	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าบริการทั้งหมด	8,377.98	7,173.47	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่ายาทั้งหมด	6,370.84	2,215.46	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าบริการทั้งหมด	2,144.92	738.35	ฐานข้อมูล รพ.
ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าเดินทาง	1,416.69	13.38	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าเดินทาง	1,479.66	13.98	[21]
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน - ค่าอาหาร	578.19	3.66	[21]
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน - ค่าอาหาร	603.88	3.82	[21]
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียในการดูแลแบบไม่เป็นทางการ ต่อ 1 รอบการรักษา (cycle)			
ต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียของผู้ดูแล 1 คนต่อ วัน (อัตราแลกเปลี่ยนถัวเฉลี่ยเงินตรา ต่างประเทศ ย้อนหลัง 10 ปี = 33.57 US Dollars; SE 0.53)	616.72	0.31	[22, 25]
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน ค่าเสียเวลาของผู้ดูแล 1 คนต่อรอบการรักษา สถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode)	2,227.19	—*	คำนวณโดย นักวิจัย
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน ค่าเสียเวลาของผู้ดูแล 1 คนต่อรอบการรักษา สถานะสุขภาพอาการซึมเศร้าซ้ำ (Relapse)	1,942.66	—*	คำนวณโดย นักวิจัย
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน ค่าเสียเวลาของผู้ดูแล 1 คนต่อรอบการรักษา สถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode)	2,102.00	—*	คำนวณโดย นักวิจัย
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน ค่าเสียเวลาของผู้ดูแล 1 คนต่อรอบการรักษา สถานะสุขภาพอาการซึมเศร้าซ้ำ (Relapse)	2,029.01	—*	คำนวณโดย นักวิจัย
จำนวนครั้งต่อเดือนสำหรับการรักษาสถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode) ประเภทผู้ป่วยนอก			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	3.61	0.23	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	3.41	0.12	ฐานข้อมูล รพ.
จำนวนครั้งต่อเดือนสำหรับการรักษาที่สถานะสุขภาพอาการซึมเศร้าซ้ำ (Relapse) ประเภทผู้ป่วยนอก			
กรณีได้รับยาเวนลาฟาซีน	3.15	0.15	ฐานข้อมูล รพ.
กรณีได้รับยาฟลูออกซิทีน	3.29	0.12	ฐานข้อมูล รพ.

*ไม่ระบุเนื่องจากเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณจากต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียของผู้ดูแลและจำนวนครั้งในการไปรับบริการ

สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิต รายงานในรูปแบบของ QALY ซึ่งเป็นปีชีวิตที่ปรับตามคุณภาพชีวิตโดยรวม หน่วยวัดสุขภาพในมิติสุขภาพ (อรรถประโยชน์) และมิติปริมาณในหน่วยระยะเวลา คือ ปีที่มีชีวิตรอด (Life year: LY) ดังนั้น QALY จึงเท่ากับ คะแนนอรรถประโยชน์ (1 หมายถึงสุขภาพสมบูรณ์ และ 0 หมายถึงเสียชีวิต) [26] × ปีที่มีชีวิตรอด (ปี) หาก QALY มีคะแนน 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งค่า QALY ดังกล่าวนี้นำมาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษา ในโรคที่แตกต่างกันได้ และหาได้ว่าการรักษาใดมีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับต้นทุนที่ใช้หรือลงทุนไป เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตจากผู้ป่วยโดยตรงอันเนื่องมาจากสถานะของโรค จึงพิจารณาทำการทบทวนวรรณกรรมในประเทศ ทั้งนี้ พบเพียงรายงานคะแนนอรรถประโยชน์ที่เป็นภาพรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [27, 28] และการศึกษาในต่างประเทศที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบให้ข้อสรุปว่าไม่พบข้อมูลที่แบ่งตามสถานะสุขภาพกรณีของ Relapse health state [29] ดังนั้น การศึกษานี้จึงอ้างอิงคะแนนอรรถประโยชน์จากการศึกษาของ Sobocki P และคณะ (2551) ซึ่งศึกษาอายุเวลาพาสินในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และรายที่เป็นซ้ำ [14] พบว่าจากการติดตามที่ 6 เดือน ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอารมณ์ซึมเศร้ามีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 0.57 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโรคสงบ (Remission) มีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 0.81 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 0 ดังนั้น จากการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการพิจารณาจากเอกสารที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติ [8, 9, 12, 14 - 16, 29, 30] การศึกษานี้จึงกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับสถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ แบบจำลองมีการกำหนดรอบ cycle length ทุก 3 เดือน จึงต้องแปลงค่าความน่าจะเป็นหรือค่าอ้างอิงเป็นอัตรา (Rate: R) และแปลงกลับมาเป็นค่าความน่าจะเป็นที่ 3 เดือน ด้วยสูตร

$$P_{(3\text{เดือน})} = 1 - \text{Exp}(-R_{(1\text{เดือน})} \times 3) \quad \text{โดย } P \text{ คือ ค่าความน่าจะเป็น (P)}$$

$$\text{เมื่อ } R_{(1\text{เดือน})} = -[\ln(1 - P_{(6\text{เดือน})})] / 6 \quad \text{โดย } \ln \text{ คือ natural logarithm}$$

Exp คือ Euler's number (หรือประมาณ 2.71828)

ตารางที่ 3 ค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพตามรอบ cycle length ทุก 3 เดือน

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง (Parameters)	การแจกแจง	ค่าอรรถประโยชน์	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error)	เอกสารอ้างอิง
สถานะสุขภาพอารมณ์ซึมเศร้า (Episode)	ปิตา	0.19	0.02	[14]
สถานะโรคทุเลาลงหรือโรคสงบ (Remission)	ปิตา	0.34	0.02	[30, 31]
สถานะสุขภาพอาการซึมเศร้าซ้ำ (Relapse)	ปิตา	0.19	0.02	Assumption

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลในรูปแบบของค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) สำหรับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วย (2) การวิเคราะห์ห้ระยะรอดชีพ (Survival analysis) ที่มีสมมติฐานการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความเสียหายพื้นฐานในทิศทางเดียว (Weibull distribution) เพื่อศึกษาโอกาสในการรอดชีพหรือโอกาสในการย้ายสถานะสุขภาพในแบบจำลองจากข้อมูลจริงในเวชปฏิบัติ รายงานผลในรูปแบบความน่าจะเป็น (Probability) หรืออัตรา

การเปลี่ยนแปลงของการเกิดเหตุการณ์ในระยะเวลาหนึ่งๆ (Hazard rate) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence interval: 95% CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p -value น้อยกว่า 0.05 สำหรับข้อมูลความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากช่วงอาการซึมเศร้าไปสู่สถานะอาการซึมเศร้าซ้ำ (Episodes to relapse) (3) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาเวนลาฟาซีน เทียบกับการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงผลด้วยอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) ดังสมการต่อไปนี้

$$ICER = \frac{\text{ต้นทุนของการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีน} - \text{ต้นทุนของการรักษาด้วยการรักษามาตรฐาน}}{\text{QALYs จากการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีน} - \text{QALYs จากการรักษามาตรฐาน}}$$

โดยอ้างอิงเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทย ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เท่ากับ 160,000 บาทต่อหนึ่งปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (QALY gained) และกำหนดอัตราลด (Discount rate) เท่ากับร้อยละ 3 ต่อปี [11] และ (4) การวิเคราะห์ความไวสำหรับความไม่แน่นอนของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one way sensitivity analysis: OWSA) ซึ่งเป็นการผันค่าตัวแปรที่สนใจเพียงค่าเดียวและให้ค่าตัวแปรอื่นๆ คงที่ โดยกำหนดช่วงการผันค่าตัวแปรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95%CI) ซึ่งจะทำให้ทราบว่าตัวแปรใดที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ค่า ICER จากนั้นนำเสนอผลในรูป Tornado diagram รวมทั้งการวิเคราะห์ความไวที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลหลายข้อมูลพร้อมกัน (Probabilistic sensitivity analysis: PSA) ซึ่งเป็นการแบบสุ่มตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในแบบจำลองพร้อมกันตามลักษณะการกระจายข้อมูล จำนวน 10,000 รอบ และนำเสนอผลลัพธ์ในรูปแบบกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเกณฑ์ความคุ้มค่าและระดับความคุ้มค่า (Cost - effectiveness acceptability curve: CEAC) ภายใต้เกณฑ์ความคุ้มค่าที่กำหนด

ผลการศึกษา

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความคุ้มค่าจากการเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพของการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนและยาฟลูออกซิทีนในกรณีฐาน (base case) ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีน มีต้นทุนรวม 298,414.63 และ 670,988.34 บาท กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนมีต้นทุนรวม 593,699.10 และ 990,003.40 บาท ในมุมมองผู้จ่ายและมุมมองทางสังคม ตามลำดับ ขณะที่ ยาเวนลาฟาซีนให้ประโยชน์ด้านสุขภาพในแง่ของปีชีวิตและปีสุขภาพที่มากกว่ายาฟลูออกซิทีน กล่าวคือ การใช้ยาเวนลาฟาซีนได้รับปีชีวิต (Life Years: LYs) เพิ่มขึ้น 0.22 ปี และได้ค่าปีสุขภาพ (QALY gained) มากกว่ายาฟลูออกซิทีน 0.77 QALYs ส่งผลให้มีค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม เท่ากับ 385,565.53 และ 416,551.58 บาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Cost per QALY gained) เมื่อเทียบกับยาฟลูออกซิทีน ในมุมมองผู้จ่ายและมุมมองทางสังคม ตามลำดับ ภายใต้เกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนในปัจจุบันยังไม่มีค่าความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเทียบกับยาฟลูออกซิทีนในบริบทของประเทศไทย ถึงแม้ว่ายาเวนลาฟาซีนจะให้ประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมากกว่ายาฟลูออกซิทีนก็ตาม

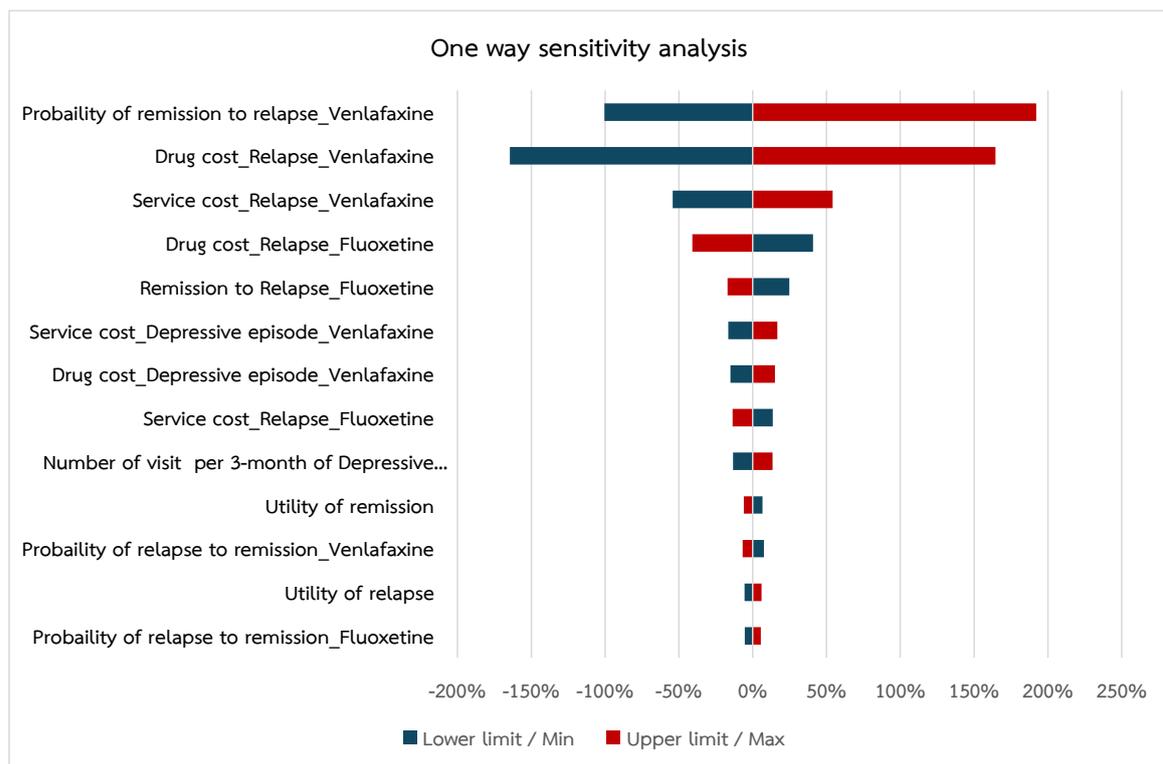
ตารางที่ 4 ต้นทุน ผลลัพธ์สุขภาพ และต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยาเวนลาฟาซีนและยาฟลูออกซิทีน

การรักษา	ต้นทุน	ต้นทุนส่วนเพิ่ม	ปีสุขภาพรวม	ปีสุขภาพส่วนเพิ่ม	ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม
มุมมองผู้จ่าย					
ยาฟลูออกซิทีน	298,414.63	-	6.29	-	-
ยาเวนลาฟาซีน	593,699.10	295,284.47	7.06	0.77	385,565.53

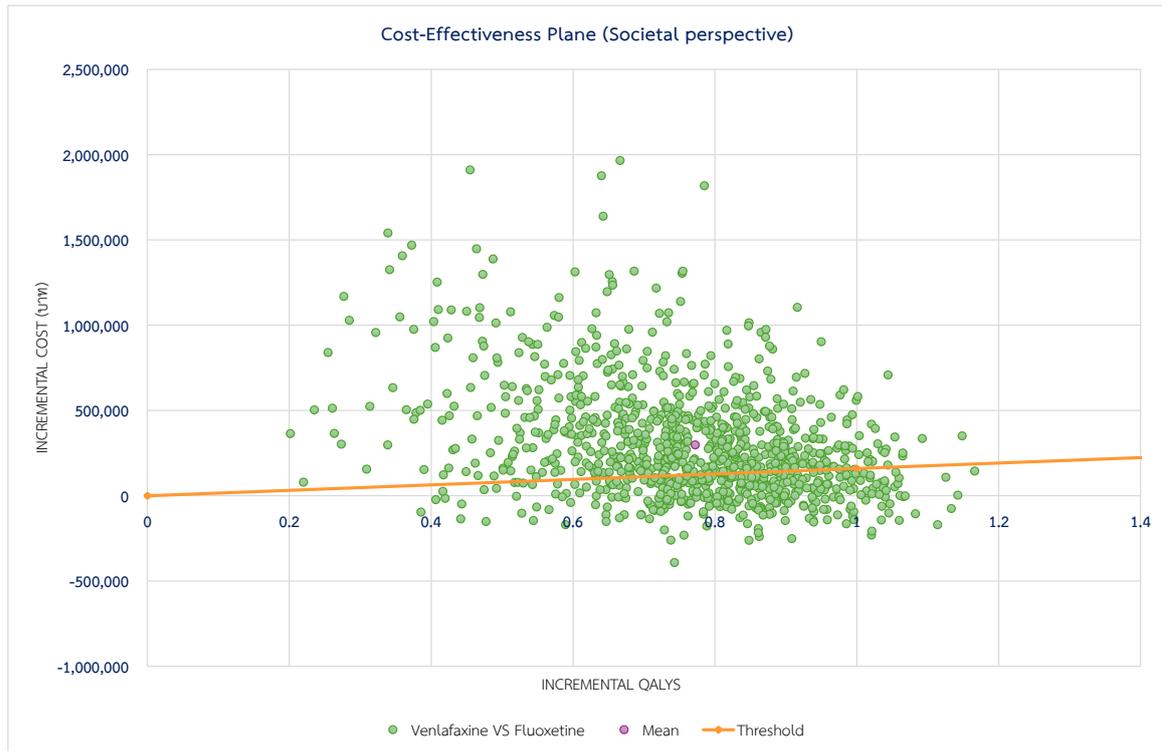
การรักษา	ต้นทุน	ต้นทุนส่วนเพิ่ม	ปีสุขภาวะรวม	ปีสุขภาวะส่วนเพิ่ม	ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม
มุมมองทางสังคม					
ยาฟลูออกซิทีน	670,988.34	-	6.29	-	-
ยาเวนลาฟาซีน	990,003.40	319,015.06	7.06	0.77	416,551.58

ส่วนผลการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนโดยวิธีการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (ภาพที่ 2) ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า ICER พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงค่า ICER มากที่สุด คือ ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากโรคทุเลาลงหรือโรคสงบไปสู่อาการซึมเศร้าซ้ำ (Remission to relapse) ของการใช้ยาเวนลาฟาซีน ต้นทุนค่ายาและค่าบริการทางการแพทย์ในช่วงการรักษาอาการซึมเศร้าซ้ำในกลุ่มที่ได้รับยาเวนลาฟาซีน

การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง ด้วยวิธี Probabilistic sensitivity analysis (PSA) จากการสุ่มค่าตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลองโดยการทำ Monte carlo simulation จำนวน 10,000 ครั้ง โดยแต่ละทางเลือกจะถูกแสดงเป็นจุดบนระนาบกราฟที่แสดงต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (Incremental cost) และ ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น (Incremental QALY) ของทางเลือกการรักษา (ภาพที่ 3) แสดงให้เห็นว่าจุดส่วนใหญ่ของการจำลองอยู่เหนือเส้นเกณฑ์ความคุ้มค่า (Threshold) ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ ผลลัพธ์สะท้อนให้เห็นว่ายาฟลูออกซิทีนมีแนวโน้มที่ยังคงเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนโดยวิธีการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว



ภาพที่ 3 กราฟแสดงผลการวิเคราะห์ต้นทุน ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Incremental Cost - Effectiveness Plane: ICER)

ภาพที่ 4 แสดงความน่าจะเป็นที่แต่ละทางเลือกการรักษาจะมีความคุ้มค่าภายใต้เกณฑ์ความเต็มใจจ่ายและเกณฑ์ความคุ้มค่าอื่นๆ ตามระดับความยินดีจ่ายที่แตกต่างกัน (Willingness to pay: WTP) เมื่อเกณฑ์ความคุ้มค่าต่ำกว่า 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น การรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีนมีโอกาที่จะเป็นทางเลือกที่คุ้มค่ามากกว่า (ความน่าจะเป็นประมาณร้อยละ 35 ที่จุดตัดของเกณฑ์ดังกล่าว) เมื่อค่าเกณฑ์ความคุ้มค่าเพิ่มขึ้นโอกาสที่การรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนจะเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่าการรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีนที่เกณฑ์ความคุ้มค่ามากกว่า 300,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าการรักษาด้วยยาเวนลาฟาซีนมีแนวโน้มคุ้มค่ามากขึ้นเมื่อเกณฑ์ความคุ้มค่าสูงขึ้น แต่ภายใต้เกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะนั้น การรักษาด้วย Fluoxetine ยังคงเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ากว่าโดยรวม



ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นของความคุ้มค่ากับเพดานความเต็มใจจ่ายที่ระดับต่าง ๆ (Cost - effectiveness acceptability curve)

อภิปราย

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาฟลูออกซิทีนมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากกว่ายาเวนลาฟอกซิทีน ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทย โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาฟลูออกซิทีน มีต้นทุนรวมตลอดช่วงเวลาการวิเคราะห์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเวนลาฟอกซิทีนอย่างชัดเจน ขณะที่ยาเวนลาฟอกซิทีน แม้จะให้ประโยชน์ด้านสุขภาพสูงกว่าทั้งในด้านจำนวนปีชีวิตและปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มยังมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ความคุ้มค่าที่ประเทศไทยกำหนดไว้ที่ 160,000 บาทต่อ QALY อันเป็นเกณฑ์ที่ใช้ประกอบการพิจารณาบรรจุยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้น ภายใต้เพดานความเต็มใจจ่ายของประเทศไทย การรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีนจึงยังคงเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากกว่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ แม้การศึกษาจะพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ในกลุ่มที่ได้รับยาฟลูออกซิทีน สูงกว่ายาเวนลาฟอกซิทีน แต่ผลดังกล่าวไม่ได้ทำให้ต้นทุนรวมของการรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีน สูงกว่า เนื่องจากต้นทุนต่อรอบการรักษาของยาเวนลาฟอกซิทีนสูงกว่ามาก โดยเฉพาะเมื่อนำต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารส่วนเพิ่ม และต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพของผู้ดูแลเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยมุมมองทางสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากมีการปรับลดราคาของยาเวนลาฟอกซิทีนหรือมีการต่อรองราคากับผู้จัดจำหน่าย ผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่าอาจมีแนวโน้มที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนที่พบว่า เมื่อเพดานความคุ้มค่าสูงกว่า 200,000 บาทต่อ QALY ความน่าจะเป็นที่ยาเวนลาฟอกซิทีนจะเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าจะสูงกว่ายาฟลูออกซิทีน

เมื่อพิจารณาผลดังกล่าวร่วมกับบริบทด้านระบาดวิทยาและภาระโรคของประเทศไทย จะพบว่า เป็นผลที่มีความสอดคล้องเชิงนโยบาย กล่าวคือ โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีภาระโรคสูงในประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น [27] อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การเลือกใช้ยาที่มีต้นทุนต่อรายต่ำแต่ยังคงให้ประสิทธิผลทางคลินิกที่ยอมรับได้ จึงเป็นประเด็นสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพในระดับประเทศ เนื่องจาก

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลให้ค่าใช้จ่ายรวมของระบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หากมีการใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าเป็นวงกว้าง

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Lenox-Smith และคณะ (2552) [32] ในสหราชอาณาจักร ซึ่งรายงานว่ายาเวนลาฟาซีนมีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใกล้เคียงกับยาฟลูออกซิทีนแต่ให้ QALY สูงกว่าเล็กน้อย ส่งผลให้ ICER อยู่ที่ 20,597 ปอนด์ต่อ QALY ซึ่งอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับเกณฑ์ความคุ้มค่าของ National Institute For Health And Care Excellence (NICE) ที่ 20,000 – 30,000 ปอนด์ต่อ QALY จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาในต่างประเทศไม่ได้ขัดแย้งกับผลของการศึกษานี้ หากแต่สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของบริบทด้านราคาและโครงสร้างระบบสุขภาพ กล่าวคือ ในประเทศที่ราคาของยาเวนลาฟาซีนและยาฟลูออกซิทีนไม่แตกต่างกันมากและมีเพดานความเต็มใจจ่ายสูง ยาที่ให้ประสิทธิผลทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยมีโอกาสที่จะคุ้มได้ง่าย แต่ในประเทศไทยซึ่งยาฟลูออกซิทีนมีราคาต่ำกว่ามากและเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว การเพิ่มต้นทุนด้วยการใช้ยาเวนลาฟาซีนจึงยากที่จะทำให้ ICER อยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ในระดับประเทศ ขณะเดียวกัน การศึกษานี้ ให้ ICER สูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศ อาจเป็นได้หลายประเด็น เช่น เกณฑ์การยอมรับ (Willingness - to - Pay/Threshold) ที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศโดยประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) อาจมีเพดานความเต็มใจจ่ายสูงกว่า ทำให้การประเมินว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ใดๆ มีความคุ้มค่าหรือไม่นั้น มีความแตกต่างกันไป ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาความคุ้มค่าเปรียบเทียบยาเวนลาฟาซีน ยากลุ่ม TCAs และกลุ่ม SSRIs ใน 10 ประเทศพัฒนาแล้ว พบว่า ยาเวนลาฟาซีนมีความคุ้มค่ามากกว่ายากลุ่ม TCAs และ SSRIs [33]

ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของการศึกษาความคุ้มค่าของยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า โดย Kolovos และคณะ [12] ให้ข้อสรุปว่ามีความหลากหลายของแบบจำลองที่ใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์รวมทั้งองค์ประกอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ เช่น ทางเลือกที่นำมาเปรียบเทียบ ระยะเวลาต่อรอบการรักษาและการติดตามผู้ป่วย (Cycle length) และกรอบเวลาการวิเคราะห์ เป็นต้น ดังนั้น การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จึงมีความจำเพาะในแต่ละประเทศ เช่น Kolovos และคณะ [12] ระบุว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ Cycle length ที่ 6 เดือน ขณะที่ การศึกษานี้ใช้ที่ 3 เดือน อย่างไรก็ตาม Cycle length ที่การศึกษานี้เลือกใช้เหมือนกับการศึกษาในประเทศไทย (THAISAD project) ซึ่งมีระยะการติดตามทุก 3 เดือน [28] รวมทั้งสะท้อนการปฏิบัติจริง (Real - world practice) ในโรงพยาบาล ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ค่าอรรถประโยชน์ แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าจากต่างประเทศแต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยรวมประมาณ 0.5 [27, 28] ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอรรถประโยชน์ที่เลือกใช้ในการศึกษานี้

การศึกษานี้มีความแตกต่างของต้นทุนเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ อาจเนื่องมาจากมีการรวบรวมองค์ประกอบของต้นทุนที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของรัชชัย ลิฟหานาจ (2555) ซึ่งมีต้นทุนทางตรงทั้งหมดต่อการสงบของโรคเมื่อใช้ยาเวนลาฟาซีน เท่ากับ 30,147 บาท แต่ไม่ได้รวมต้นทุนด้านบริการทางการแพทย์ทั้งหมด [13] ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ต้นทุนการรักษาผู้ป่วย จากการทดสอบความไวแบบทางเดียว พบว่าตัวแปรด้านต้นทุนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของ ICER อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถแยกยาประเภทอื่นๆ ที่ใช้ร่วมกับยาที่ต้องการศึกษา จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าต้นทุนของยาเวนลาฟาซีนและยาฟลูออกซิทีนเป็นสัดส่วนเท่าใดเมื่อเทียบกับยาอื่น รวมถึงส่งผลต่อข้อจำกัดในการวิเคราะห์หาขีดจำกัด (Threshold analysis) ว่ายาเวนลาฟาซีนควรลดราคาจนมีระดับเท่าใดจึงจะมีความคุ้มค่ากว่ายาฟลูออกซิทีน

ผลการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากโรงพยาบาลศรีธัญญาเพียงแห่งเดียว แม้จะเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชที่มีศักยภาพสูงและมีจำนวนผู้ป่วยมาก แต่ข้อมูลอาจไม่สะท้อนรูปแบบการรักษาของสถานบริการทุกระดับในประเทศไทย รวมถึงความเป็น

ตัวแทนของข้อมูล (Generalisability) ซึ่งอาจมีผลต่อการนำผลไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ เช่น โอกาสการย้ายสถานะ (Transition probability) ที่แตกต่างกัน เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่ต่างกัน รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติที่ไม่ได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันส่งผลให้มีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน [27] หรือการพิจารณาประเภทผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 2 กลุ่มโรคย่อยนี้ (Sub - type) (2) ค่าอัตราประโยชน์ของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพบางส่วนได้จากวรรณกรรมต่างประเทศและการตั้งสมมติฐาน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโดยตรง จึงมีโอกาสที่ค่าดังกล่าวอาจแตกต่างจากค่าที่เกิดขึ้นจริงในผู้ป่วยไทย (3) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินในมุมมองทางสังคมและกรอบเวลาตลอดชีวิต ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการอาจสนใจผลในช่วงระยะเวลาสั้นกว่านี้ เช่น 1 – 5 ปี หรือมุมมองผู้จ่าย (Payer perspective) เพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ด้านความคุ้มค่าแตกต่างออกไป (4) การศึกษาในครั้งนี้มุ่งประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไปไม่ได้แยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน (Treatment-resistant depression) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยาเวนลาฟาซีนมักถูกนำมาใช้จริงในเวชปฏิบัติ ความคุ้มค่าของยาในกลุ่มย่อยดังกล่าวอาจมีแนวโน้มที่คุ้มค่ามากกว่าที่รายงานในงานวิจัยนี้ (5) แบบจำลองนี้ไม่มีสถานะ “หยุดยา/เปลี่ยนยา” (Treatment discontinuation/Switching) ซึ่งอาจไม่สะท้อนพฤติกรรมการศึกษาในเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการศึกษาที่เป็นการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบจำลอง (42 การศึกษาที่ถูกทบทวน) ซึ่งพบว่า การศึกษานี้มีสถานะสุขภาพเหมือนสถานะสุขภาพที่การศึกษาส่วนใหญ่เลือกใช้ ขณะที่ร้อยละ 32.0 ของการศึกษาใช้สถานะสุขภาพหยุดยา (Discontinuation) และไม่มีการศึกษาใดใช้สถานะสุขภาพเปลี่ยนยา สำหรับการการศึกษาที่ใช้สถานะสุขภาพหยุดยานั้น 7 การศึกษาใช้แบบจำลองต้นไม้ (Decision tree) ซึ่งในทางปฏิบัติอาจไม่สะท้อนแนวเวชปฏิบัติเนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจไม่ได้รับการรักษาและหายขาดจากโรค รวมถึงข้อจำกัดของ Decision tree ที่เหมาะสมกับการสร้างแบบจำลองในโรคเฉียบพลัน ขณะที่แบบจำลองมาร์คอฟนิยมใช้สำหรับการวิเคราะห์ความคุ้มค่าในโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า เป็นต้น [34, 35] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้พิจารณาเรื่อง Dose - titration ของยา เนื่องจากการใช้ข้อมูลการรักษาที่เกิดขึ้นจริงซึ่งบันทึกไว้ในฐานข้อมูลโรงพยาบาล (Real - world practice) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับไม่ได้ระบุเหตุผลในด้าน Dose - titration รวมทั้งไม่มีข้อมูลขนาดยาต่อวัน (Dose per day) หรือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีข้อจำกัดในการพิจารณาความแตกต่างด้านต้นทุนของยาทั้ง 2 ชนิด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นการรักษาที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น ข้อมูลยาที่มีเปลี่ยน จำนวนครั้งการมาโรงพยาบาล หรือบริการใดๆที่ได้รับระหว่างการรักษา ส่งผลต่อต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละครั้งของการมารับบริการจึงน่าจะสะท้อนข้อมูลการรักษาจริงของบุคลากรการแพทย์เช่นกัน ดังนั้น กรณีที่ต้นทุนของยาเวนลาฟาซีนสูงกว่ายาฟลูออกซิทีนมากจึงสะท้อนที่มาของความจำเป็นในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของยาเวนลาฟาซีน เช่น ราคาแพงกว่าแต่ดีกว่า [11]

การศึกษาในอนาคตอาจมีการพัฒนาแบบจำลองที่มีสถานะหยุดยา/เปลี่ยนยา (Discontinuation/Switching) เพื่อสะท้อนแนวเวชปฏิบัติจริงในกรณีที่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการเพิ่มสถานะสุขภาพ การแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน (Treatment - resistant depression) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยาเวนลาฟาซีนมักถูกนำมาใช้จริงในเวชปฏิบัติ รวมถึงการศึกษาในด้านอัตราประโยชน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในบริบทประเทศไทย

สรุป

การรักษาด้วยยาฟลูออกซิทีนเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มากกว่ายาเวนลาฟาซีนในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยภายใต้โครงสร้างราคายาและระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) การใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยจริงจากหลายโรงพยาบาล หรือฐานข้อมูลหลักของประเทศเพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงเชิงนโยบาย (2) การวิเคราะห์หาขีดจำกัด (Threshold analysis) เพื่อหาว่าต้นทุนยาเวนลาฟาซีนต้องลดลงเหลือเท่าใดจึงจะไม่เกินเพดานของความเต็มใจจ่ายที่ประเทศไทยกำหนด (3) การวิเคราะห์ผลกระทบงบประมาณภายใต้สมมติฐานราคาขายที่แตกต่างกัน เพื่อสนับสนุนการเจรจาราคาหากมีการพิจารณาบรรจุยาเวนลาฟาซีนในสิทธิประโยชน์ด้านยาของประเทศ และ (4) การพัฒนาแบบจำลองที่มีสถานะหยุดยา/เปลี่ยนยา (Discontinuation/Switching) เพื่อสะท้อนแนวเวชปฏิบัติจริง และ (5) การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยามาตรฐาน (Treatment - resistant depression) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยาเวนลาฟาซีนมักถูกนำมาใช้จริงในเวชปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้ หากขาดความกรุณาและความช่วยเหลือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาที่อนุญาตให้ทำการวิจัย และขอขอบคุณคุณวิไลลักษณ์ แสงศรี ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ที่ให้ความถูกต้องและสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2568 เลขที่ใบอนุญาต STY.CO.A019/2568

การอ้างอิง

ฉัตรณิศ อินทร์ตัน. การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของยาเวนลาฟาซีนเทียบกับยาฟลูออกซิทีนในการรักษาโรคซึมเศร้าชนิดอารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราวและชนิดอาการซึมเศร้าซ้ำในประเทศไทย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 123 - 42.

Intharat C. Cost-Utility Analysis of Venlafaxine Compared with Fluoxetine for Depressive Episode and Recurrent Depressive Disorder in Thailand. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 123 - 42.

เอกสารอ้างอิง

- [1] แผนงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2566.
- [2] วิชัย เอกพลกร, หทัยชนก พรอคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564.
- [3] กลุ่มงานเวชระเบียน. รายงานสถิติประจำปี 2566. นนทบุรี, โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2567. 4 - 11.
- [4] คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, ราชกิจจานุเบกษา. 2567. 28.
- [5] คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, ราชกิจจานุเบกษา. 2567. 16.

- [6] กองนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานสถานะแบบเสนอยาหลัก. สืบค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2568 จาก <https://lookerstudio.google.com/reporting/589fde3e-991d-43e8-91c9-654d76d1d929/page/dcAUD>.
- [7] กฤษฎารัฐ กุลชนะยุทธ์. โรคซึมเศร้า กินยาอย่างไรให้ได้ผล. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2567 จาก https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/knowledge_full.php?id=79.
- [8] มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้าโดยละเอียด. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2568 จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>.
- [9] คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2553.
- [10] Maguire MJ, Marson AG, and Nevitt SJ. Antidepressants for people with epilepsy and depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021. 4(4):CD010682. DOI: 10.1002/14651858.CD010682.pub3.
- [11] คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2568 จาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2023/07/Completed_HTA_Guide2564_260923.pdf.
- [12] Kolovos S, Bosmans JE, Riper H, Chevreur K, Coupé VMH, and van Tulder MW. Model-based economic evaluation of treatments for depression: A systematic literature review. *Pharmacoeconomics - Open*. 2017.1(3):149 – 65.
- [13] Leelahanaj T. Switching to sertraline or venlafaxine after failure of SSRIs treatment in major depressive disorder: An economic evaluation of the STAR*D trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2012; 95(5): 29 – 37.
- [14] Sobocki P, Ekman M, Ovanfors A, Khandker R, and Jönsson B. The cost-utility of maintenance treatment with venlafaxine in patients with recurrent major depressive disorder. *International journal of clinical practice*. 2008; 62(4): 623 – 32.
- [15] ถนอมพงษ์ เสถียรลัดดา. เกสซ์บำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคเรื้อรังทางกายร่วม. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 2560; 13(3): 1 – 13.
- [16] สาวิตรี วิษณุโยธิน, และนชพร อธิวิศวกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 2553; 16(1): 5 - 22.
- [17] World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Life tables by country (Thailand). Accessed 22 December 2024 from <https://apps.who.int/gho/data/node.main.LIFECOUNTRY?lang=en>.
- [18] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, and et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2018; 391(10128): 1357 – 66.
- [19] Kocsis JH, Thase ME, Trivedi MH, Shelton RC, Kornstein SG, Nemeroff CB, and et al. Prevention of recurrent episodes of depression with venlafaxine ER in a 1-year maintenance phase from the PREVENT Study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007; 68(7): 1014 - 23.

- [20] อรทัย เขียวเจริญ, เฉอมมาณภักดิ์ ศรีวงศ์ชัย, ธันวา ชติยศ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล้าฟู, และคนอื่นๆ. อัตราส่วนต้นทุนต่อค่ารักษาเพื่อประมาณการต้นทุนบริการในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. สรรพสาร สมสส. 2566; 1(5): 60 - 75.
- [21] สุวรรณา เชียงขุนทด, พุทธวรรณ ชูเชิด, เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ, และพัฒน์ คุ่มทวีพร. การศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธจิตวิทยา. 2565; 7(2): 172 – 85.
- [22] The World Bank. GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Thailand 2025. Accessed 22 July 2025 from <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=TH>.
- [23] อาทร รั้วไพบูลย์. รายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. นนทบุรี, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551.
- [24] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า กระทรวงพาณิชย์. ตารางเปรียบเทียบดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไปของประเทศ. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2568 จาก <https://index.tps.go.th/cpi/index-price-change-rate/5>.
- [25] ฝ่ายบริหารข้อมูลและดาต้าอานาไลติกส์ ธนาคารแห่งประเทศไทย. อัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2568 จาก <https://www.bot.or.th/en/statistics/financial-institutions/exchange-rate.html>.
- [26] จันทนา พัฒนเภสัช, และมนตร์ตม ถาวรเจริญทรัพย์. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย 2566. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2568 จาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/08/PB-24_EQ-5D-5L_UPDATE-Nov2023-compressed.pdf.
- [27] Wongpakaran T, Wongpakaran N, Pinyopompanish M, Srisutasavong U, Lueboonthavatchai P, Nivataphand R, and et al. Baseline characteristics of depressive disorders in Thai outpatients: findings from the Thai Study of Affective Disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014; 10: 217–23. DOI:10.2147/NDT.S56680.
- [28] Hiranyatheb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookamana P, Pinyopompanish M, and et al. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016; 12: 3175 – 81. DOI: 10.2147/NDT.S124277.
- [29] Brockbank J, Krause T, Moss E, Pedersen AM, Mørup MF, Ahdesmäki O, and et al. Health state utility values in major depressive disorder treated with pharmacological interventions: a systematic literature review. *Health and quality of life outcomes*. 2021; 19(1): 94. DOI: 10.1186/s12955-021-01723-x.
- [30] Sobocki P, Ekman M, Ågren H, Runeson B, and Jönsson B. The mission is remission: Health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *International journal of clinical practice*. 2006; 60: 791 – 8. DOI: 10.1016/S1098-3015(10)64548-2.
- [31] Saylan M, Treur MJ, Postema R, Dilbaz N, Savas H, Heeg BM, and et al. Cost-effectiveness analysis of aripiprazole augmentation treatment of patients with major depressive disorder compared to olanzapine and quetiapine augmentation in Turkey: A Microsimulation approach. *Value in health regional issues*. 2013; 2(2): 171–80. DOI: 10.1016/j.vhri.2013.06.004.
- [32] Lenox-Smith A, Greenstreet L, Burslem K, and Knight C. Cost effectiveness of venlafaxine compared with generic fluoxetine or generic amitriptyline in major depressive disorder in

- the UK. Clinical drug investigation. 2009; 29(3): 173 – 84. DOI: 10.2165/00044011-200929030-00004.
- [33] Doyle JJ, Casciano J, Arikian S, Tarride JE, Gonzalez MA, and Casciano R. A multinational pharmacoeconomic evaluation of acute major depressive disorder (MDD): a comparison of cost-effectiveness between venlafaxine, SSRIs and TCAs. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2001; 4(1): 16 – 31. DOI: 10.1046/j.1524-4733.2001.004001016.x.
- [34] Zimovetz EA, Wolowacz SE, Classi PM, and Birt J. Methodologies used in cost-effectiveness models for evaluating treatments in major depressive disorder: a systematic review. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2012; 10(1): 1. DOI: 10.1186/1478-7547-10-1.
- [35] Nuijten MJ. Assessment of clinical guidelines for continuation treatment in major depression. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2001; 4(4): 281 – 94. DOI: 10.1046/j.1524-4733.2001.44053.x.

การพัฒนาารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)
ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

Developing a Management Model for Frailty in Older Adults via a Community - Driven
Sub - district Health Board in Cham Phak Phaeo Sub-district, Saraburi Province

ชัยมงคล คัมภีรานนท์^{1*} สุพัตรา ตันท์เอกคุณ¹ และชลิตา ชวนประสิทธิ์¹

Chaimongkol Kampiranont^{1*}, Suphattra Tanekkhun¹, and Chalida Chuanprasit¹

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี 18110

¹ Kaeng Khoi District Public Health Office, Saraburi Province. 18110

* Corresponding Author: ชัยมงคล คัมภีรานนท์ E-mail: chaimongkol2510@gmail.com

Received : 1 November 2025

Revised : 20 December 2025

Accepted : 6 January 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาภาวะถดถอย Frailty จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องจัดการอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ชำผักแพวโมเดล” และ 3) ประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การดำเนินงานใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาบริบทพื้นที่ พัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAR (วางแผน – ปฏิบัติ – สังเกต – สะท้อนผล) และประเมินผล โดยใช้แบบคัดกรอง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กันยายน 2568 ในพื้นที่ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน พบกลุ่มเสี่ยงภาวะถดถอย 312 คน (ร้อยละ 71.1) และพบผู้ที่มีภาวะถดถอยที่ต้องดูแล 6 คน รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ การบูรณาการบริการ การพัฒนาศักยภาพทีม การจัดการข้อมูล การสร้างการมีส่วนร่วม และการเสริมคุณค่า การประเมินความเหมาะสมจากภาคีเครือข่าย 103 คน พบว่ามีความเหมาะสมระดับมากทุกด้าน (\bar{X} = 3.91 – 4.10) ส่วนประสิทธิผลหลังทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุ 54 คน (ร้อยละ 81.8) มีภาวะถดถอยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ในทุกด้าน สรุปได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการชะลอภาวะถดถอย เสริมศักยภาพกลไก พชต. และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างยั่งยืน จึงควรบรรจุรูปแบบนี้ในแผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะถดถอย การดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล

Abstract

Thailand has become a fully aged society, and frailty has emerged as a critical public health issue that requires systematic management. This participatory action research aimed to 1) explore the context and situation of frailty among older adults following the Integrated Care for Older People (ICOPE) framework, 2) develop the "Cham Phak Phaeo Model", and 3) evaluate the appropriateness and effectiveness of the developed model. This research

employed a Participatory Action Research (PAR) approach consisting of three phases: contextual study, model development through the PAR cycle (planning–action–observation–reflection), and evaluation. Data were collected using ICOPE screening tools, questionnaires, and focus group discussions between October 2024 and September 2025 in Cham Phak Phaeo Subdistrict, Kaeng Khoi District, Saraburi Province. Screening of 439 older adults revealed that 312 (71.1%) were at risk of frailty, and 66 individuals were identified as frail and in need of care. The developed management model consisted of six key strategies: service support system development, service integration, team capacity building, data management, participation enhancement, and value promotion. Evaluation by 103 network partners indicated a high level of appropriateness in all aspects ($\bar{X} = 3.91 - 4.10$). Regarding effectiveness after 6 months of implementation, 54 older adults (81.8%) demonstrated statistically significant health improvements in all aspects (p -value < 0.01). The developed model effectively delayed frailty progression and strengthened the sub-district health board mechanism. It is recommended for integration into local development plans for sustainability.

Keywords: Frailty, Elderly care, Participatory Action Research, ICOPE, Sub-district Health Board

บทนำ

ภาวะถดถอย (Frailty) เป็นกลุ่มอาการทางชีวภาพที่เกิดจากการเสื่อมถอยของระบบสรีรวิทยาหลายระบบพร้อมกัน ส่งผลให้ความสามารถในการรักษาสมดุลภายในร่างกายและการตอบสนองต่อความเครียดลดลง ซึ่งนำไปสู่การลดลงของแรงสำรองทางสรีรวิทยา (Physiological Reserve) และเพิ่มความเปราะบางต่อเหตุการณ์กระทบทางสุขภาพในผู้สูงอายุ [1] แบบจำลองที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ เกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (Fried Frailty Phenotype) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ 5 ประการ ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ ความรู้สึกเหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเร็วในการเดินลดลง และมีกิจกรรมทางกายน้อย หากพบมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เกณฑ์ถือว่ามีความเปราะบาง [2] ส่วนแบบจำลองของ Rockwood และ Mitnitski [3] ใช้การคำนวณดัชนีถดถอย (Frailty Index) จากจำนวนข้อบกพร่องที่สะสมในร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะถดถอยประกอบด้วย การเสื่อมของกล้ามเนื้อและกระดูก (Sarcopenia) โรคเรื้อรัง การขาดกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม รวมทั้งปัจจัยทางสังคม เช่น การอยู่คนเดียว รายได้ต่ำหรือการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว [4, 5] ผลกระทบจากภาวะนี้มีทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม สูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ถดถอย [6] ในระดับครอบครัว ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่าย และภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนในระดับระบบบริการ ภาวะนี้เพิ่มภาระการใช้ทรัพยากรด้านการรักษาและการดูแลระยะยาว [7]

ประเทศไทยโดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 18.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี 2572 [8] โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาวะทางสุขภาพใหม่ๆ โดยเฉพาะภาวะถดถอย (Frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมี “ความเปราะบาง” ทางสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีแนวโน้มสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ง่ายเมื่อเจ็บป่วย หรือเกิดเหตุการณ์กีดกันทางกาย [1, 2]

ข้อมูลจากการศึกษาของ พยอม ถิ่นนวล และคณะ [7] พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย 1,806 คน พบอัตราความชุกของภาวะถดถอย ร้อยละ 13.9 (95% CI = 9.9 - 18.8) ส่วน เอกภพ หมอกพรหม และคณะ [9] พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย 8,195 คน พบอัตราความชุกของภาวะถดถอยอยู่ที่ ร้อยละ 16.6 สำหรับอัตราการเสียชีวิตใน

ภาวะก่อนประสาบคือ ร้อยละ 1.8 (95% CI = 1.50 - 2.07) ภาวะประสาบเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 2.8 (95% CI = 2.33 - 3.35) และภาวะประสาบรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 6.3 (95% CI = 4.60 - 8.73) ในจังหวัดสระบุรี มีผู้สูงอายุจำนวน 130,532 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด 637,333 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่อำเภอแก่งคอย มีประชากรรวม 90,753 คน โดยร้อยละ 20.9 เป็นผู้สูงอายุ [10] ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวกำลังเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับอำเภอ” อย่างแท้จริง องค์การอนามัยโลก [11] ได้เสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการคัดกรอง ประเมิน และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะถดถอยในระดับชุมชน โดยเฉพาะใน 6 มิติหลัก ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) โภชนาการ (Nutrition) 3) การมองเห็น (Vision) 4) การได้ยิน (Hearing) 5) สุขภาพจิตและการรู้คิด (Cognition and Mood) และ 6) สุขภาพช่องปาก (Oral Health)

แนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลก สอดคล้องกับแนวทางของประเทศไทยที่ผลักดันระบบ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ (Integrated Long - term Care System)” ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข [12] โดยการนำ ICOPE มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับตำบลช่วยให้สามารถคัดกรองภาวะถดถอยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และวางแผนดูแลรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะใน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) โภชนาการ (Nutrition) 3) ความคิดความจำ (Cognition and mood) และ 4) สุขภาพช่องปาก (Oral health) แนวคิด ICOPE เน้น “การป้องกันและชะลอความเสื่อม” แทนการรักษาเฉพาะโรค และให้ความสำคัญกับ “การดูแลแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง” (Person - Centered Care) โดยให้ทีมสุขภาพทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน [13]

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นกลไกสำคัญตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 [14] ที่มีหน้าที่บูรณาการหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และภาคประชาชน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้พิการ กลไก พชต. สามารถใช้แนวทาง ICOPE เป็นเครื่องมือในการคัดกรองและจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุระดับชุมชน โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอคนที่ 1 ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข (หมอคนที่ 2) และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดระบบดูแลต่อเนื่อง “สามหมอรู้งักคุณ” ซึ่งสามารถป้องกันชะลอ และฟื้นฟูภาวะถดถอยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง “หมอคนที่ 3” ซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในระบบการดูแลปฐมภูมิ (3 หมอ) [13]

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยอย่างชัดเจน แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะจังหวัดสระบุรี ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลหรือมีภาวะถดถอยรุนแรงเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก แม้มีระบบดูแลระยะยาว (Long - Term Care: LTC) แต่บุคลากรผู้ดูแลและผู้จัดการการดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางยังไม่เพียงพอ [15] ขณะเดียวกัน กลไกการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ไม่ต่อเนื่องและขาดเอกภาพ [16] จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ถือเป็นภาพสะท้อนของความท้าทายในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับแนวโน้มระดับชาติ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.9 ซึ่งใกล้เคียงกับภาพรวมของประเทศที่ร้อยละ 20.7 สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้พื้นที่นี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยในระดับชุมชน [10, 17] โดยผู้วิจัยได้นำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดหลัก แนวทางนี้เน้นการดูแลแบบมีบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อรักษาสมรรถนะภายในบุคคล (Intrinsic Capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [11] ICOPE จึงเป็นเป้าหมายสูงสุดด้านสุขภาพที่รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุนี้มุ่งหวังจะบรรลุผล [13]

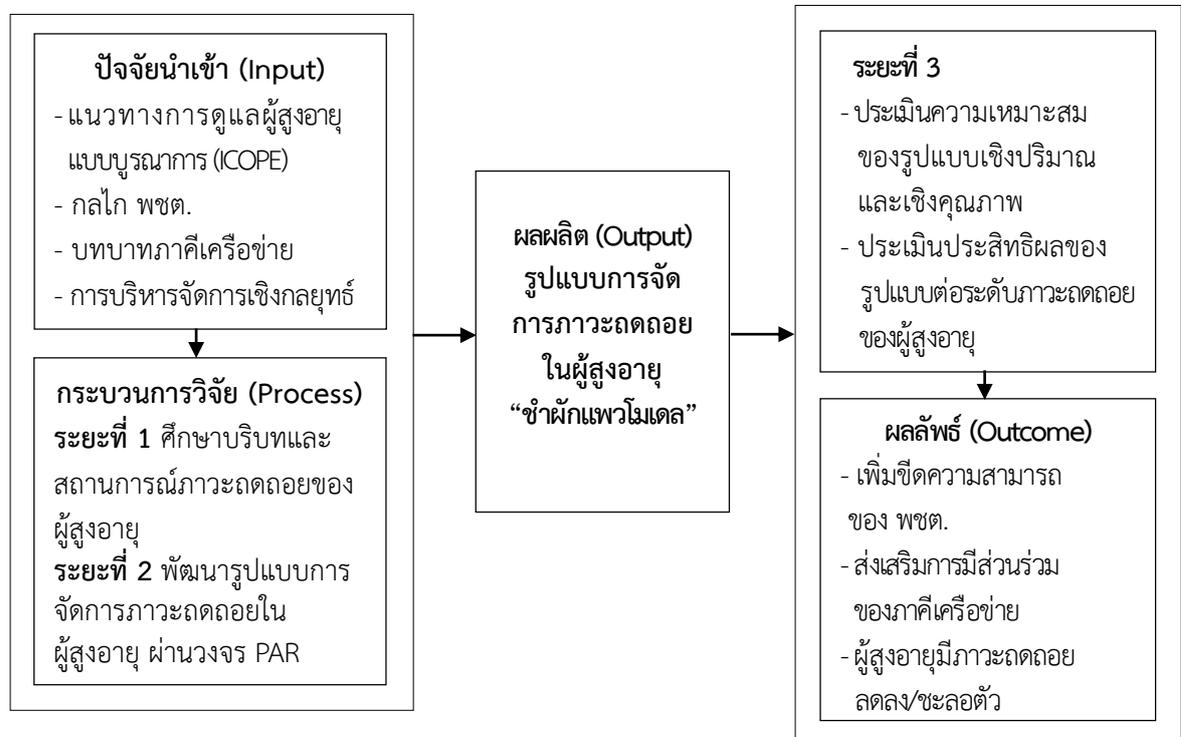
ดังนั้น การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไก พชต. ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี” จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างเชิงวิชาการและปฏิบัติ โดยมุ่งพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยในชุมชนไทยอย่างยั่งยืน เพื่อให้กลไก พชต. สามารถขับเคลื่อนการบูรณาการภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นระบบ และเป็นต้นแบบในการพัฒนาแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการขององค์การอนามัยโลก (Integrated Care for Older People: ICOPE)
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
- 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้บูรณาการสองแนวคิดหลักเข้าด้วยกัน โดยใช้แนวทาง ICOPE เป็นกรอบการทำงานเชิงคลินิกที่กำหนดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยอย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจรควรประกอบด้วยอะไรบ้าง ขณะเดียวกันก็ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ในการระดมพลังและบูรณาการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคีเครือข่าย เกิดกระบวนการพัฒนาที่สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลตามแนวทาง ICOPE สามารถเกิดขึ้นได้จริงอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในบริบทชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงความสัมพันธ์เชิงระบบ โดยมี ปัจจัยนำเข้า (Input) คือ แนวคิด ICOPE กลไก พชต. และทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย ปัจจัยเหล่านี้จะถูกนำเข้าสู่ กระบวนการวิจัย (Process) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAR (Plan – Act – Observe - Reflect) และ ระยะที่ 3 การประเมินผล เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ (Output) คือ “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยฯ ชำฝึกแพวโมเดล” ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) สามประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีภาวะถดถอยลดลงหรือชะลอตัว 2) เพิ่มขีดความสามารถของ พชต. และ 3) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งดำเนินการในระยะเวลา รวม 12 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะที่ต่อเนื่องกัน คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ (ตุลาคม - ธันวาคม 2567) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหัวใจของการวิจัย ผ่านวงจร PAR ที่เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล (มกราคม - มิถุนายน 2568) และ ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ (กรกฎาคม - กันยายน 2568) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ทั้ง 3 ระยะ

ระยะการวิจัย	วัตถุประสงค์หลัก	กิจกรรม/กระบวนการหลัก (P-A-O-R)	ผู้มีส่วนร่วมหลัก
ระยะที่ 1 ศึกษาบริบท	1. ศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอย (วัตถุประสงค์ข้อ 1)	วางแผนการเก็บข้อมูล, วิเคราะห์เอกสาร, คัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน ด้วย ICOPE 4 ด้าน เพื่อค้นหาผู้มีภาวะถดถอย ด้วย ICOPE	ทีมวิจัย พชต. อสม. บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ชม 1 ชม 2)
ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการฯ (วัตถุประสงค์ข้อ 2)	2. พัฒนารูปแบบการจัดการฯ (วัตถุประสงค์ข้อ 2)	(P) : ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันโดยใช้ SWOT/TOWS Analysis ยกร่าง "ชำฝึกแพวโมเดล" (A) : นำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติการจริงในพื้นที่ จัดบริการ พัฒนาทีมสร้างระบบข้อมูล (O): สังเกตการณ์ ติดตามการดำเนินงาน รวบรวมปัญหาในเวที พชต. (R) : ประชุมสะท้อนผล สรุปทบทวนปรับปรุงรูปแบบฯ โดยดำเนินการ 3 วงรอบ ในระยะเวลา 6 เดือน	ภาคีเครือข่าย 103 คน (พชต. อนุกรรมการ LTC ผู้นำชุมชน ทีมปฏิบัติงาน รพ.สต. อสม. นักบริหาร (Caregiver: CG) จิตอาสา)
ระยะที่ 3 ประเมินผล	3. ประเมินความเหมาะสมตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ (CIPP) และประสิทธิผล (วัตถุประสงค์ข้อ 3)	1. ประเมินความเหมาะสม (CIPP) - เชิงปริมาณ: สอบถามภาคีเครือข่าย - เชิงคุณภาพ: สันทนากลุ่ม 2. ประเมินประสิทธิผล (ภาวะถดถอย) - เชิงปริมาณ ประเมิน ICOPE ก่อน - หลัง ในผู้สูงอายุ	- ภาคีเครือข่าย 103 คน - ตัวแทนกลุ่ม 12 คน - ผู้สูงอายุ 66 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย 13 อำเภอ และอำเภอแก่งคอย เป็นหนึ่งในนั้นซึ่งแบ่งการปกครองออกเป็น 14 ตำบล การวิจัยดำเนินการในพื้นที่ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โดยเหตุผลที่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เนื่องจากเป็นพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบช่องว่างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย และที่สำคัญคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความพร้อมและแสดงเจตจำนงที่จะเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม การเลือกพื้นที่ตำบลชำผักแพวจึงเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มบุคคลที่เป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งตามระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ตามแนวทาง WHO : ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก

1) การศึกษาบริบทพื้นที่ และการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยที่ผ่านมา โดยประชากรที่ศึกษาเป็นทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ด้านการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ

2) สสำรวจภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ตามแนวทาง WHO: ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และความคิดความจำ โดยประชากรที่ศึกษา คือประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพว จำนวน 554 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เข้าร่วมหลักในวงจร PAR คือ คณะกรรมการ พชต. ภาคีเครือข่าย และทีมผู้วิจัย โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งเป็นผู้ร่วมวางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น จำนวน 103 คน ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำชุมชน จำนวน 38 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ (เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. นักบริบาล (CG) ทีมจิตอาสา) จำนวน 65 คน โดยดำเนินการวิจัย ผ่านวงจร PAR ตามขั้นตอน ดังนี้

1) การวางแผน (Plan) คณะกรรมการ พชต. และภาคีเครือข่าย เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลบริบทที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกันทำ SWOT/TOWS Analysis และร่วมกันออกแบบ "ชำผักแพว โมเดล" ผลลัพธ์คือแผนยุทธศาสตร์ที่ทุกฝ่ายยอมรับและเป็นเจ้าของร่วมกัน

2) การปฏิบัติการ (Act) ภาคีเครือข่ายทั้งหมด (พชต. คณะอนุกรรมการ LTC เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. CG ทีมจิตอาสา) นำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่

3) การสังเกตผล (Observe) ผู้วิจัยและทีมงานติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และที่สำคัญคือภาคีเครือข่ายได้นำเสนอความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคด้วยตนเองในเวทีประชุม พชต. และเวทีประชุมระดับอำเภอเป็นประจำ ซึ่งเป็นการสร้างความรับผิดชอบร่วมกันและทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติ

4) การสะท้อนผล (Reflect) ทีมงานทั้งหมดได้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด เป็นการสรุปบทเรียน ฉลองความสำเร็จร่วมกัน และวางแผนเพื่อความยั่งยืน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ

1) การประเมินผลรูปแบบเชิงปริมาณ (Quantitative research) คือกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนรูปแบบประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และภาคีเครือข่ายโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) รวมทั้งสิ้น จำนวน 103 คน

2) การประเมินผลรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative research) คือตัวแทนกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายผู้นำชุมชน กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สมัครใจเข้าร่วมการประเมินผลกลุ่มๆละ 4 คน รวม 12 คน ผ่านการสนทนากลุ่ม

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองเชิงลึกกว่ามีภาวะถดถอย ในระยะที่ 1 ตามแนวทาง WHO: ICOPE ด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก และ/หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้แบบประเมินภาวะทางสังคม และแบบคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO: ICOPE) ซึ่งประเมิน 4 ด้านหลัก ได้แก่การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก

ระยะที่ 2 ใช้แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบบันทึกการสังเกตการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ในวงจร PAR

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ของสตีฟเฟลปป์ [18] และใช้แบบคัดกรอง ICOPE เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะถดถอยของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การประเมินความเหมาะสมเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเชิงลึก

การประเมินประสิทธิผล ใช้แบบคัดกรองภาวะถดถอยในผู้สูงอายุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO: ICOPE) โดยบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ซึ่งประเมิน 4 ด้านหลัก ได้แก่การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก โดยนำผลการประเมินก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบไปวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) ประเมินจากความสามารถในการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้และการลุกเดิน โดยใช้การทดสอบการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ต่อเนื่อง 5 ครั้ง และการทดสอบลุกเดินไป - กลับระยะทาง 3 เมตร ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนสะท้อนระดับสมรรถนะการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2) ด้านโภชนาการ (Nutrition) จำนวน 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะขาดสารอาหาร ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment - Short Form: MNA - SF) ด้วยคำถาม 6 ข้อ ในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร น้ำหนักตัว การเคลื่อนไหว ความเครียด ภาวะทางจิตใจ และดัชนีมวลกาย โดยมีคะแนนเต็ม 14 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2.2 ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Modified Mini Sarcopenia Risk Assessment: MSRA) จำนวนคำถาม 5 ข้อ ในเรื่องอายุ การเข้ารักษาโดยการนอนโรงพยาบาล การเดินได้มากกว่า 1 กิโลเมตร การรับประทานอาหาร 3 มื้อ และ น้ำหนักลดลงในช่วง 1 ปี โดยมีคะแนนเต็ม 34 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่ดีขึ้น

2.3 ด้านภาวะเปราะบาง ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะเปราะบาง (Fatigue, Resistance, Ambulation, Inactivity/Exhaustion, Loss of Weight: FRAIL) ด้วยคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนเพลีย ความสามารถในการขึ้นบันได การเดิน โรคร่วม และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่มากขึ้น

3) **ด้านความคิดความจำ (Cognition and mood)** ประเมินจากการซักถามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน อาการหลงลืม และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือบุคลิกภาพ โดยมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่มากขึ้น

4) **ด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health)** ประเมินจากการคัดกรองสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมจำนวนฟันคู่สบ ฟันปลอม ฟันผุหรือฟันโยก แผลในช่องปาก อาการปากแห้ง และอาการกริ่นลำปาก คะแนนรวมใช้สะท้อนความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 6 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับภาวะถดถอยที่มากขึ้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definitions)

ภาวะถดถอย (Frailty) หมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชำผักแพว ที่ได้รับการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. หรือ หมอ 1) และได้รับการประเมินเชิงลึกยืนยันโดยบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ว่ามีความบกพร่องของสมรรถนะร่างกายหรือความคิดความจำ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการขององค์การอนามัยโลก (ICOPE) 4 ด้านหลัก ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถดถอยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องติดตามเชิงลึกและดำเนินการเชิงนโยบายใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ จำนวน 66 คน

การหาคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ

1) **ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** แบบประเมินภาวะทางสังคม แบบสอบถามและแนวคำถาม การสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต การวางแผนยุทธศาสตร์ และการมีส่วนร่วมภาคประชาชน เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2) **ความเชื่อมั่น (Reliability)** แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความเหมาะสมผลของรูปแบบฯ ได้ถูกนำไปทดลองใช้ (Try - Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ ตำบลบ้านธาตุ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงในทุกด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (0.88) ด้านปัจจัยนำเข้า (0.85) ด้านกระบวนการ (0.88) และด้านผลลัพธ์ (0.81)

4. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาบริบทพื้นที่ การพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดังนี้

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลทุติยภูมิจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ร่วมกับการคัดกรองผู้สูงอายุตามแนวทาง ICOPE ครอบคลุมด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ ความคิดความจำ และสุขภาพช่องปาก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลระหว่างการพัฒนาแบบผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยใช้ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุม

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และการบันทึกการสังเกต เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ การประเมินความเหมาะสมดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามตามกรอบการประเมินแบบ CIPP และการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่าย ขณะที่การประเมินประสิทธิผลใช้การเปรียบเทียบผลการคัดกรองภาวะถดถอยตามแนวทาง ICOPE ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามและแบบคัดกรอง ICOPE วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่อสรุปลักษณะประชากรและการกระจายของภาวะถดถอย และการทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test เพื่อเปรียบเทียบภาวะถดถอยก่อนและหลังแทรกแซง

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม บันทึกภาคสนาม และเอกสารต่างๆ ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ (Thematic Synthesis) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยผ่านการสามเส้าของข้อมูล (Methodological Triangulation) ซึ่งเป็นการยืนยันข้อค้นพบจากการบูรณาการข้อมูลที่มาจากมุมมองแตกต่างกันสามด้าน แทนการอาศัยข้อมูลจากแหล่งเดียว คือ 1. ความเหมาะสมของรูปแบบ (แบบสอบถามเชิงปริมาณจากผู้ปฏิบัติงาน 103 คน) 2. ประสิทธิภาพของรูปแบบจากผลลัพธ์ทางคลินิก (ข้อมูลภาวะถดถอยก่อน - หลังของผู้สูงอายุ 66 คน) และ 3. ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (เรื่องเล่าเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม) ซึ่งการบูรณาการข้อมูลจากหลายมิตินี้ทำให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้านและน่าเชื่อถือสูง

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่และสถานการณ์ภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ

บริบทด้านรูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่าน การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลตามการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านแอปพลิเคชัน SMART อสม. ซึ่งเป็นรูปแบบที่เข้ามาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 [19] ทำให้เมื่อคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ เช่น การคัดกรองโรคสมองเสื่อม พัดตกหลัง ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หากพบผลการคัดกรองที่ผิดปกติ จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยทั่วไปตามลำดับ

ผลการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ตามแนวทาง ICOPE ในระยะเริ่มต้นได้ให้ภาพสถานการณ์ปัญหาที่ชัดเจน การเก็บข้อมูลภาวะถดถอยผู้สูงอายุจากแบบสัมภาษณ์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. หรือ หมอ 1) ผู้สูงอายุ 554 คน สามารถเก็บข้อมูลได้ 494 คน (ร้อยละ 89.2) และไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ 60 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่เก็บได้ 494 คน แบ่งเป็นแบบคัดกรองมาประเมินได้ 439 คน (ร้อยละ 88.9) และไม่สามารถนำมาประเมินได้ 55 คน (ร้อยละ 11.1)

จากการคัดกรองผู้สูงอายุ 439 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีความเสี่ยงต่อภาวะถดถอยสูงถึง 312 คน (ร้อยละ 71.1) โดยปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือด้านสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 47.8) และด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 43.9) ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

เมื่อบุคลากรสาธารณสุข (หมอ 2) ทำการประเมินเชิงลึกในกลุ่มเสี่ยง 312 คน พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 66 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถดถอยและจำเป็นต้องได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลอย่างเร่งด่วน สิ่งที่น่าสนใจคือความซับซ้อนของปัญหา โดยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะถดถอย (ร้อยละ 48.5) มีปัญหาพร้อมกันตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป ข้อมูลนี้ไม่เพียงแต่ยืนยันถึงความชุกของภาวะถดถอยในชุมชน แต่ยังชี้ให้เห็นถึง

ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติได้พร้อมกัน ซึ่งระบบบริการแบบเดิมไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเพียงพอ

ระยะที่ 2 รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล” ที่พัฒนาขึ้น

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้นำไปสู่การสร้างสรรค์ “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตำบลข้าผักแพว” ซึ่งเป็นผลผลิตที่เกิดจากการระดมสมองและวางแผนร่วมกันของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลักที่เชื่อมโยงและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ดังนี้

1) การพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ (Developing Service Support System) เป็นการวางรากฐานเชิงโครงสร้างและทรัพยากร โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบชัดเจน การใช้ประโยชน์จากโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพัฒนาศูนย์ร่วมสุขเพื่อเป็นศูนย์กลางในการฟื้นฟูสภาพและให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็น การจ้างอาสาสมัครท้องถิ่นและการจัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่ฐานะยากจนไม่มีคนดูแล

2) การบูรณาการระบบบริการ (Integrated Service Systems) เป็นการสร้างระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ โดยครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5 มิติ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามแนวทาง ICOPE ที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ไปจนถึงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานกองทุนดูแลระยะยาว (LTC) โดยจัดตั้งเป็นศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ

3) การพัฒนาศักยภาพทีม (Team Potential Development) เป็นการลงทุนใน "คน" ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และจัดอบรมพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้แก่ทีมสหวิชาชีพ อสม. และ นักบริหาร (CG) อย่างสม่ำเสมอ

4) การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล (Data Management System) เป็นการสร้างกลไกการทำงานที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล โดยมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุตามแนวทาง ICOPE ที่เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Data Center: HDC) เพื่อให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยการจัดเวทีประชาคมเพื่อให้ประชาชนได้สะท้อนปัญหาและร่วมวางแผน และสนับสนุนให้เกิดการจัดทำโครงการดูแลผู้สูงอายุที่ริเริ่มโดยชุมชนเอง

6) การเสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจ (Strengthening Appreciation) เป็นกลไกทางสังคมจิตวิทยาที่สำคัญในการขับเคลื่อนการทำงาน โดยมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การนำเสนอผลงานเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และการยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงานในเวทีต่าง ๆ

โดยสามารถสรุปองค์ประกอบของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลข้าผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี รูปแบบการจัดการ ภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล” ดังแสดงในตารางที่ 2

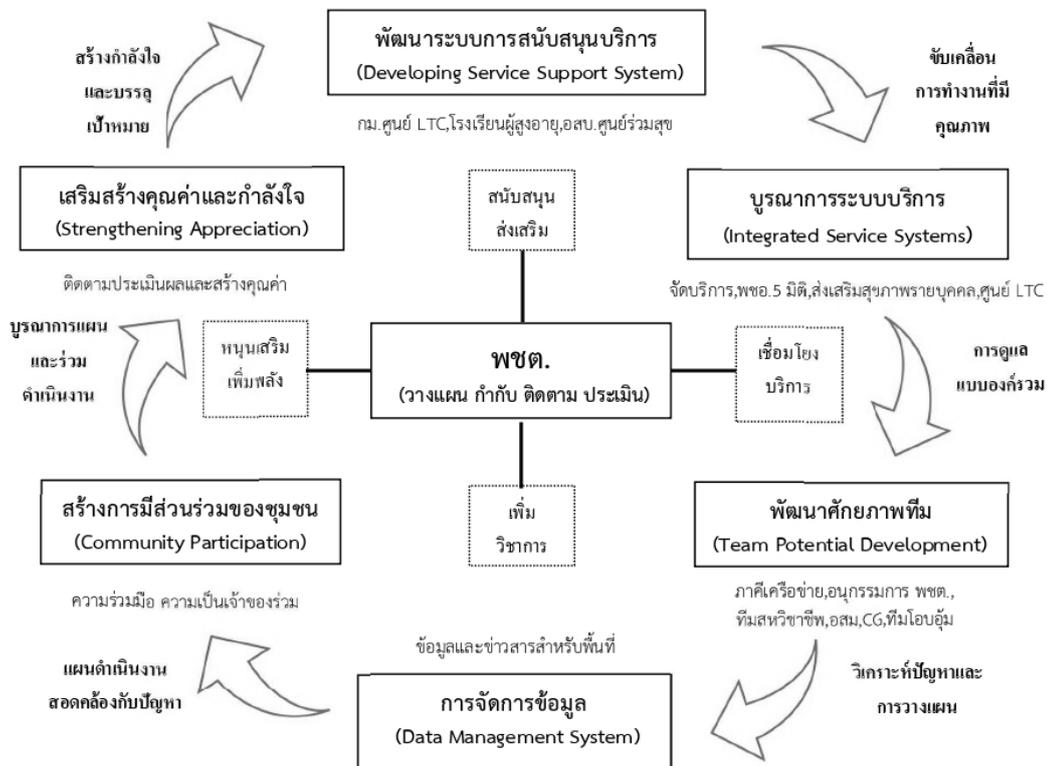
ตารางที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าผักแพวโมเดล”

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
1. พัฒนาระบบสนับสนุนบริการ	1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ 2. พัฒนาการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ	1. ผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายเข้าเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ (มีรถรับ - ส่ง)	1. อบต.ข้าผักแพว 2. ชมรมผู้สูงอายุ	1. โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน 2. กลไกสนับสนุนทรัพยากรและ บริการฟื้นฟู

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
	3.ตั้งศูนย์ร่วมสุขฟื้นฟูสภาพและการให้ยืมกายอุปกรณ์	2.ศูนย์ร่วมสุขฯ ให้บริการกายภาพและให้ยืมอุปกรณ์ (มีรถรับ-ส่ง)		
	4.จ้างอาสาบรืบาลท้องถิ่น	3.จ้างอาสาบรืบาลท้องถิ่นติดตามฟื้นฟู		
	5.จัดบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยรับบริการ	สมรรถภาพผู้สูงอายุ		
2. บูรณาการระบบบริการ	1.แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการระบบบริการ	1.พัฒนาคุณภาพชีวิตใน 5 มิติ (ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านอาชีพ และรายได้ ด้านการศึกษา และด้านสังคม) รายบุคคล	1. พชต.ชำผักแพว 2. กำนันผู้ใหญ่บ้าน 3. กม LTC 4. รพ.สต.ชำผักแพว 5. รพ.แก่งคอย 6. อสม. 7. นักบรืบาลผู้สูงอายุ 8. อาสาสมัครบรืบาล 9. ทีมโอปอ้อม (จิตอาสา)	1. แผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 2. ระบบบริการที่ไร้รอยต่อและเชื่อมโยง 3. แผนการดูแลที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง
	2. การคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 5 มิติ			
	3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามแนวทาง ICOPE			
	4. จัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง	2. ระบบ"หมอ 1-2-3" ดำเนินงานตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล		
3. พัฒนาศักยภาพทีม	1. จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)	1. จัดพิธีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU)	1. พชต.ชำผักแพว 2. รพ.สต.ชำผักแพว 3. รพ.แก่งคอย	1. ทีมงานมีความรู้ความสามารถและความมั่นใจ 2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน
	2. จัดอบรมพัฒนาทักษะ ICOPE และการดูแลผู้สูงอายุ	2. อบรมพัฒนาทักษะ ICOPE และการดูแลผู้สูงอายุ		
	3. จัดระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา			
4. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล	1. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล ICOPE เชื่อมโยงข้อมูล HDC	1. เผยแพร่ข้อมูลผู้สูงอายุ (ICOPE) คืบข้อมูลสู่ชุมชน	1. รพ.สต.ชำผักแพว 2. รพ.แก่งคอย 3. อสม.	1. ฐานข้อมูลภาวะถดถอยระดับตำบล 2. การตัดสินใจที่อยู่บนฐานของข้อมูล
	2. วิเคราะห์และคืนข้อมูลสู่ชุมชน			
5. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน	1. จัดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็น	1. จัดเวทีประชาคมทำรูปแบบการจัดการ	1. อบต.ชำผักแพว 2. กำนันผู้ใหญ่บ้าน	1. แผนงานที่สอดคล้องกับความต้องการจริง 2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของของคนในชุมชน
	2. ร่วมกันจัดทำแผนงานและโครงการ	2. บรรจุแผนพัฒนาหมู่บ้าน/ตำบล		
	3. สนับสนุนโครงการที่ริเริ่มโดยชุมชน	3. ระดมทุนตั้งกองทุน พชต. 1 กองทุน		

ยุทธศาสตร์ (Strategy)	กิจกรรมหลัก (Core Activities)	กลไกการดำเนินงาน (Mechanisms)	ผู้รับผิดชอบหลัก (Key Man)	ผลผลิตจากกระบวนการ (Process Output)
6. เสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจ	1.ติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ 2.นำเสนอผลงานในเวทีต่าง ๆ 3.ยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงาน	1.จัดเวทีประชุม พชต.ทุกเดือน 2.นำเสนอผลงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.) 3.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ	1.พชต.ข้าฝักแพว	1.ทีมงานที่มีขวัญและกำลังใจ 2.วัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการชื่นชมและให้คุณค่า

ยุทธศาสตร์ทั้งหมดนี้ไม่ได้เป็นเพียงรายการของกิจกรรมที่ต้องทำ แต่ทำงานประสานกันเป็น "ระบบ" ที่มีชีวิตและขับเคลื่อนซึ่งกันและกัน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผล ตัวอย่างเช่น การจัดการข้อมูล (ยุทธศาสตร์ที่ 4) จะให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่การบูรณาการบริการ (ยุทธศาสตร์ที่ 2) ในขณะที่การพัฒนาศักยภาพทีม (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรที่ดำเนินงานมีความสามารถ และการเสริมสร้างคุณค่า (ยุทธศาสตร์ที่ 6) ทำหน้าที่เป็นวงจรป้อนกลับเชิงบวกที่สร้างแรงจูงใจให้ทั้งระบบทำงานต่อไปได้อย่างยั่งยืน การทำความเข้าใจความเชื่อมโยงเชิงระบบนี้เป็นกุญแจสำคัญในการทำความเข้าใจความสำเร็จของรูปแบบฯ และศักยภาพในการนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตำบลข้าฝักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี “ข้าฝักแพวโมเดล”

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อระดับภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ
การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จากมุมมองของภาคีเครือข่ายผู้ร่วมขับเคลื่อนจำนวน 103 คน โดยใช้กรอบการประเมิน CIPP Model พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับ “มาก” ในทุกมิติ ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงปริมาณที่ยืนยันว่ารูปแบบนี้สามารถเพิ่มขีดความสามารถของกลไก พชต. และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ตามกรอบ CIPP Model (n=103)

ปัจจัยการประเมิน (CIPP Domain)	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความเหมาะสม
ด้านบริบท (Context)	4.06	0.67	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.99	0.65	มาก
ด้านกระบวนการ (Process)	3.91	0.70	มาก
ด้านผลลัพธ์ (Product)	4.10	0.60	มาก

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ต่อระดับคะแนนภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ
เพื่อประเมินประสิทธิผลของ รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ “ข้าฝักแพวโมเดล” ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะถดถอยในผู้สูงกลุ่มเป้าหมายจำนวน 66 คน ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะถดถอยรายด้านของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n=66)

ตัวแปร	การวัด	Median	S.E.	Z	p-value (2-tailed)	การแปลผล ภาวะถดถอย
ด้านการเคลื่อนไหว	ก่อน	0.00	0.08	-4.400 ^b	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	1.00	0.11			
ด้านโภชนาการ	ก่อน	8.00	0.15	-4.618 ^b	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	11.00	0.13			
ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย	ก่อน	14.00	0.79	-2.606 ^b	0.009	ดีขึ้น
	หลัง	19.00	0.95			
ภาวะเปราะบาง	ก่อน	3.00	0.08	-3.626 ^c	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	2.00	0.08			
ด้านความคิดความจำ	ก่อน	2.00	0.12	-2.887 ^b	0.004	ดีขึ้น
	หลัง	2.00	0.13			
ด้านสุขภาพช่องปาก	ก่อน	2.00	0.21	-5.062 ^c	<0.001	ดีขึ้น
	หลัง	0.00	0.13			

b. Based on Positive Ranks

c. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะถดถอยของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้ “ข้าฝักแพวโมเดล” เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า คะแนนการประเมินในทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) อย่างไรก็ตาม การแปลผลคะแนนในแต่ละด้านจำเป็นต้องพิจารณาทิศทางของคะแนนตามลักษณะของเครื่องมือที่ใช้โดยด้านการเคลื่อนไหว (Mobility) ด้านโภชนาการ ได้แก่ คะแนน MNA-SF และ MSRA รวมถึงด้านความคิดความจำ (Cognition and mood) เป็นเครื่องมือที่ คะแนนที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงสมรรถนะที่ดีขึ้นและระดับภาวะถดถอยที่ลดลง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงการฟื้นฟูสมรรถนะและการชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในมิติดังกล่าว

ขณะที่ด้านภาวะเปราะบาง (FRAIL scale) และด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health) เป็นเครื่องมือที่คะแนนที่ลดลงสะท้อนถึงความเสี่ยงและระดับภาวะถดถอยที่ลดลง ผลการประเมินพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงการลดลงของภาวะเปราะบางและปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ผลการทดสอบทางสถิติยืนยันอย่างชัดเจนว่า “รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยฯ ข้าฝักแพวโมเดล” ที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการปรับปรุงและชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกรวบรวมผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นตัวแทนจาก 3 กลุ่มหลัก รวม 12 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้บริหาร/กำหนดนโยบาย (พชต. ผู้นำชุมชน) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (รพ.สต. อสม. CG) และกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) เพื่อสกัดมุมมองเชิงลึกต่อกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสียงสะท้อนเหล่านี้ได้เผยให้เห็นกลไกเบื้องหลังความสำเร็จที่มีมิติลึกซึ้งกว่าตัวเลขทางคลินิก

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ท่านหนึ่งสะท้อนว่า “สถานะและบทบาทของ อสม. และผู้ดูแล ถูกยกระดับขึ้น” พวกเขาไม่ได้ถูกมองว่าเป็นเพียงจิตอาสา แต่กลายเป็น “ทีมสุขภาพด่านหน้า” ที่มีความรู้และความสามารถ ซึ่งสร้างความภาคภูมิใจและแรงจูงใจอย่างมหาศาล ในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวว่ารูปแบบนี้ช่วย “ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของแต่ละหน่วยงาน” และผู้นำชุมชนยืนยันว่า พชต. ได้กลายเป็น “เวทีกลาง” สำหรับการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นเป็นแบบองค์รวม ผู้ดูแลเล่าว่าผู้สูงอายุ “กล้าที่จะลุกเดินและช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น” และผู้สูงอายุเองก็กล่าวว่า “ไม่เหงาเหมือนเมื่อก่อน” เสียงสะท้อนเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของรูปแบบฯ ไม่ได้เกิดจากกิจกรรมทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่รูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) สามารถสร้างทุนทางสังคม ความไว้วางใจ และความรู้สึกมีประสิทธิภาพร่วมกันในชุมชน (Collective Efficacy)

อภิปราย

ประเด็นสำคัญที่สุดที่ค้นพบจากการวิจัยนี้ คือประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ข้าฝักแพวโมเดล” ที่สามารถลดระดับและชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย 66 คน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) ในทุกด้านที่ทำการประเมิน (ตารางที่ 4) ข้อค้นพบเชิงประจักษ์นี้ไม่เพียงแต่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย แต่ยังเป็นที่ยืนยันว่ากรอบการทำงานระดับสากลอย่าง ICOPE (Integrated Care for Older People) ขององค์การอนามัยโลก [11] เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนไทย สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดผลได้จริง ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวทางของ ประเสริฐ อัสสันตชัย [13] ที่ชี้ว่า ICOPE เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดย “รูปแบบข้าฝักแพวโมเดล” ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่เป็นรูปธรรม (How - To) ในการนำแนวคิดดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติที่ได้ผลสำเร็จ

ในขณะที่งานวิจัยในอดีต เช่น การศึกษาของ Thinuan et al. [7] และ Morkphrom et al. [9] ได้แสดงให้เห็นถึงความชุก (Prevalence) และปัจจัยทำนายภาวะถดถอยในบริบทประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชี้ให้เห็นขนาดของปัญหา การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ได้ก้าวไปอีกขั้น โดยการนำเสนอ “รูปแบบการแทรกแซง” (Intervention Model) ที่ผ่านการทดสอบและพิสูจน์แล้วว่าสามารถ “แก้ไข” หรือ “จัดการ” ปัญหานั้นในระดับชุมชนได้จริง

ความสำเร็จนี้เกิดขึ้นได้โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานของ สุมิตรา วิชา และคณะ [20] ที่ใช้กระบวนการ PAR ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ได้ขยายผลเพิ่มเติมโดยการเชื่อมโยงเครือข่าย PAR นั้นเข้ากับกลไก พชต. อย่างเป็นทางการ และที่สำคัญคือการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะถดถอย) ที่ชัดเจน การใช้กลไก พชต. เป็นแกนกลาง ยังต่อยอดบทบาทของกลไกระดับพื้นที่ในการบูรณาการทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ดังที่ จักราวุฒิ วงษ์ภักดี และคณะ [21] ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ พชอ. ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากลไก พชต. พชอ. นี้ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงในการขับเคลื่อนวาระสุขภาพที่ซับซ้อนในระดับชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม สามารถสังเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของ “รูปแบบซ้ำฝึกแพว” ได้ 4 ประการหลัก ดังนี้

1) การใช้กลไก พชต. เป็นเวทีกลางในการบูรณาการ ความสำเร็จไม่ได้เกิดจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เกิดจากการที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำหน้าที่เป็น “ศูนย์กลาง” ในการประสานพลังและทรัพยากรจากทุกภาคส่วนได้อย่างแท้จริง

2) กระบวนการมีส่วนร่วมที่สร้างความเป็นเจ้าของ การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา (SWOT) จนถึงการออกแบบรูปแบบ ทำให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าอย่าง อสม. รู้สึกเป็น “เจ้าของรูปแบบ” ร่วมกัน ความรู้สึกนี้ได้แปรเปลี่ยนบทบาทของพวกเขาจาก “ผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง” ไปสู่ “ผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง” ซึ่งเป็นพลังที่สำคัญที่สุดที่ทำให้รูปแบบถูกนำไปปฏิบัติจริงอย่างเต็มศักยภาพ

3) การทำงานบนฐานข้อมูลและเครื่องมือที่เป็นระบบ การนำกรอบแนวทาง ICOPE และระบบส่งต่อ “หมอ 1-2-3” มาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ได้สร้างมาตรฐานและความชัดเจนในการทำงาน สิ่งนี้ไม่เพียงแต่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีเป้าหมายและตรงจุด แต่ยังช่วย “ยกระดับสถานะและบทบาทของ อสม.” ให้กลายเป็น “ทีมสุขภาพด้านหน้า”

4) ผลลัพธ์ที่จับต้องได้และการสร้างขวัญกำลังใจ การที่ทีมงานได้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในตัวผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็น “รอยยิ้มและแววตาที่มีชีวิตชีวา” หรือการที่ผู้สูงอายุ “กล้าที่จะลุกเดินและช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น” ถือเป็นรางวัลและแรงผลักดันที่ทรงพลังที่สุด ประกอบกับยุทธศาสตร์การเสริมสร้างคุณค่าและการให้กำลังใจผ่านเวทีเชิดชูเกียรติต่างๆ ได้สร้างวงจรของพลังบวก (Virtuous Cycle) ที่ทำให้ทีมงานรู้สึกภาคภูมิใจและมีพลังที่จะขับเคลื่อนงานต่อไปอย่างยั่งยืน

สรุป

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกัน และได้พิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในการปรับปรุงหรือชะลอภาวะถดถอยของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ความสำเร็จของรูปแบบนี้มีรากฐานมาจากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ และส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือที่เข้มแข็งและยั่งยืน โดยมีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรบรรจุรูปแบบการจัดการภาวะถดถอย “ข้าฝักแพว โมเดล” เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ และจัดสรรงบประมาณประจำปีเพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยนสถานะจาก “โครงการวิจัย” ไปสู่ “บริการสาธารณะที่ยั่งยืน” ของตำบล
- 2) สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรรับรองรูปแบบนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) และจัดตั้งกลไกสนับสนุนทางวิชาการเพื่อเป็นที่ปรึกษาและส่งเสริมการขยายผลไปยังตำบลอื่นๆ ที่มีความพร้อม
- 3) สำหรับหน่วยงานระดับชาติ (กระทรวงสาธารณสุข/กระทรวงมหาดไทย) ควรผลักดันนโยบายงบประมาณแบบบูรณาการที่เอื้อให้ อปท. สามารถบริหารจัดการงบประมาณจากหลายแหล่ง (สปสช. กองทุน LTC งบ อปท.) ร่วมกันได้อย่างคล่องตัว และทบทวนนโยบายการสนับสนุน อสม. ให้สอดคล้องกับภาระงานที่ซับซ้อนขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 1) สำหรับคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่อื่น ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับกระบวนการวางแผนและวิเคราะห์บริบทร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะเริ่มต้น เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันก่อนลงมือปฏิบัติ และต้องให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจเพื่อรักษาพลังของทีมงานอาสาสมัคร
- 2) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรปรับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจากการเป็น “ผู้ให้บริการหลัก” มาเป็น “ผู้อำนวยความสะดวกและพี่เลี้ยงทางวิชาการ” ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้ดูแลในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) ควรมีการวิจัยประเมินผลระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบฯ และผลกระทบต่อภาวะถดถอยในระยะ 3 - 5 ปี
- 2) ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ในวงกว้าง
- 3) ควรมีการวิจัยประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis) เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจขยายผลในระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายวัชรพล ไนอรุณ และนายประสิทธิ์ มีแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมทั้ง นายกองค้การบริหารส่วนตำบลข้าฝักแพว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลทุกท่าน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างดียิ่ง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการ EC 213/2567 วันที่รับรอง 7 ตุลาคม 2567 วันที่หมดอายุ 7 ตุลาคม 2568

การอ้างอิง

ชัยมงคล คัมภีรานนท์, สุพัตรา ตันท์เอกคุณ, และชลิตา ชวนประสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะถดถอยในผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ตำบลชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 143 - 60. Kampirant C, Tanekkhun S, and Chuanprasit C. Developing a Management Model for Frailty in Older Adults via a Community - Driven Sub - district Health Board in Cham Phak Phaeo Sub - district, Saraburi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 143 - 60.

เอกสารอ้างอิง

- [1] Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, and et al. Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology. Journal of the American Geriatrics Society. 2006; 54(6): 991-1001.
- [2] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, and et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology: Series A. 2001; 56(3): M146 - 56.
- [3] Rockwood K, and Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. The Journals of Gerontology: Series A. 2007; 62(7): 722-7.
- [4] Xue QL. The frailty syndrome: Definition and natural history. Clinics in Geriatric Medicine. 2011; 27(1): 1-15.
- [5] Sukkriang N, and Punsawad C. Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly. Heliyon. 2020; 6(9): e04797.
- [6] Chen B, Wang M, He Q, Wang Y, Lai X, Chen H, and et al. Impact of frailty, mild cognitive impairment and cognitive frailty on adverse health outcomes among community - dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2022; 9: Article 1009794.
- [7] Thinuan P, Siviroj P, Lerttrakarnnon P, and Lorga T. Prevalence and potential predictors of frailty among community - dwelling older persons in Northern Thailand: A cross - sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(11): 4077.
- [8] สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ. สรุปสถิติข้อมูลที่สำคัญ พ.ศ.2566: ผลสำรวจ/สำมะโนของสำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20231005150338_12860.pdf.
- [9] Morkphrom E, Srinonprasert V, Sura-amonrattana U, Siriussawakul A, Sainimnuan S, Preedachitkun R, and et al. Severity of frailty using modified Thai frailty index, social factors, and prediction of mortality among community-dwelling older adults in a middle-income country. Frontiers in Medicine. 2022; 9: Article 1060990.
- [10] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>.
- [11] World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Accessed 18 November 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>.

- [12] กรมอนามัย. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) แบบบูรณาการ. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc>.
- [13] ประเสริฐ อัสสันตชัย. คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, เรือนแก้วการพิมพ์. 2567.
- [14] สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. 2561.
- [15] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC). สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://ltcnew.nhso.go.th>.
- [16] จังหวัดสระบุรี. นโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต: คุณภาพชีวิตดี “คนสระบุรีไม่ทอดทิ้งกัน”. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://saraburi.prd.go.th/th/content/category/detail/id/60/tid/296915>.
- [17] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553–2583. สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-408.pdf>.
- [18] Stufflebeam DL. Strategies for institutionalizing evaluation: revisited. Evaluation for the 21st Century: A Handbook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1997. p. 261 - 5.
- [19] กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดย อสม. ผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 จาก https://osm.hss.moph.go.th/uploads/OIT/O11_3.pdf.
- [20] สุมิตรา วิษา, ณัชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรางกูร, และณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอู่ห้ำ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาพ. 2561; 22(43-44): 70 – 85.
- [21] จักราวุฒิ วงษ์ภักดี, คงฤทธิ วันจรรยา, และปรียะพร นาชัยเวียง. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและจัดการ อุบัติเหตุทางถนนด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2568; 18(1): 49 – 58.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131