



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

Nakhonphanom Hospital Journal

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

ISSN : 3057-0581(ONLINE)

ISSN : 0857-4308(PRINT)



วัตถุประสงค์	เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุขไปสู่ผู้สนใจ ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป	
เจ้าของ	โรงพยาบาลนครพนม	
บรรณาธิการที่ปรึกษา	<p>นพ.อภิวัฒน์ บัณฑิตย์ชาติ</p> <p>รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า</p> <p>ผศ.ดร.ภก.แสวง วัชรระณกิจ</p> <p>ผศ.ดร.ภก.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์</p> <p>รศ.สมจิตร แตนศรีแก้ว</p> <p>รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์</p> <p>นพ.ศุภกานต์ เตชะพงศ์ธร</p> <p>นพ.ณัฐพล สันตระกูล</p>	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี</p> <p>สาขาเภสัชคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>กลุ่มวิชาการศึกษาวิจัยและการบริหาร การพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> <p>คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม</p>
บรรณาธิการ	พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม
รองบรรณาธิการ	พญ.สุรธินีย์ คูสกุลวัฒน์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางรามย์ สุตรสุวรรณ	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม
กองบรรณาธิการ	<p>นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ</p> <p>นพ.ทศพล นุตะรัง</p> <p>พญ.งามจิตร์ นิลวัชรารัง</p> <p>ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ</p> <p>ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาถาวร</p> <p>นางสาวสุดใจ ศรีสงค์</p> <p>นางสาวอรรจิมา ศรีชนม์</p> <p>ทพญ.ภาราณี สุกุลคู</p> <p>นพ.คุณวุฒิ เพาะพีระ</p> <p>นพ.วุฒิพงษ์ แก้วนามไชย</p>	<p>กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม</p> <p>กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลนครพนม</p>

รศ.ชญาสินธุ์ แม่นสงวน	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.ศุภกานต์ เศษะพงศธร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
นพ.พุทธภูมิ สุจารีกุล	กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพนมสารคาม
พญ.ศุภพร วิมลรัตน์	กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
พญ.ปานวาด อุธิโย	กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมุกดาหาร
พญ.อนันตยา เปี้ยสา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด
นพ.ณัฐพล สันตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
พญ.นัตตา แก้วคำแสน	กลุ่มงานศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลสกลนคร
พญ.ปาริฉัตร เนื่องนวนินิตย์	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลมะเร็ิงสระบุรี
พญ.กาญจนา อารีรัตนเวช	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็ิงลพบุรี
พญ.ปิยธิดา กัลป์ยามมิตร	กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
พญ.อาชิญาภัทร อินทพงษ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกำแพงเพชร
ทพญ.วิกุล วิชาสเสสส์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

คณะทำงาน

นางสาวศิลาปะกร อัจฉิชัย	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม
นางพรสวรรค์ สาหล้า	งานศึกษาอบรม	โรงพยาบาลนครพนม

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน ได้แก่ เดือนมกราคม - เมษายน
เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม
เดือนกันยายน - ธันวาคม

ส่งต้นฉบับที่ E-mail : วารสารโรงพยาบาลนครพนม ในระบบ ThaiJO

ลิงค์ : https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9

หรือประสานสอบถาม E-mail : nkpjournal_9@hotmail.com

โทรประสานที่ : 0 4219 9222 ต่อ 1016 (งานวารสาร)



บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านที่เคารพทุกท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจในการส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลนครพนมเช่นเคย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆท่าน จากหลายหน่วยงานที่ได้ให้ความอนุเคราะห์การตรวจสอบบทความ ซึ่งความเห็นของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาการเขียนบทความให้มีคุณภาพต่อไป

ปัจจุบันนี้ วารสารโรงพยาบาลนครพนมเข้าในระบบศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย(ศูนย์ TCI) รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI อย่างสม่ำเสมอ ทีมงานพยายามอย่างยิ่งที่จะปรับปรุงพัฒนาคุณภาพวารสารให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

แพทย์หญิงนทวรรณ หุ่นพยนต์
บรรณาธิการ



สารบัญ

Original Articles

- การประมาณการการสูญเสียเลือดจากการประเมินคราบเลือดบนผ้าก๊อช..... E284402
ทอปัต พงศ์พิศ
- ความชุกและผลในการป้องกันของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัส E285458
SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น จังหวัดนครพนม ประเทศไทย ปี 2567 – 2568
สุทธิชัย นักผูก, เกรียงไกร ประเสริฐ, รุจันนิษฐ์ จรัสวรภัทร์, ปราบดา ประภาศิริ
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอดและ E285438
การกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม
นิภาพร หอมหวล
- ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative E285579
Performance Scale ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาล
นครพนม
พิศมัย หอมอ่อน, ชัชฎาภา สมศรี
- การพัฒนาารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน E284404
เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบท อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2568
จิรายุ ทินจง
- ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน E277865
อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
คมสันต์ เตือนจันทัก, ณัฐนิชา ด้วงคำวิชัย, วัชรภรณ์ ชื่นขวา

การประมาณการการสูญเสียเลือดจากการประเมินคราบเลือดบนผ้าก๊อชในโรงพยาบาล

นครพนม : การศึกษาเชิงทดลอง

ทอปัด พงศ์พิศ พ.บ. วิสัญญีแพทย์

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดอย่างแม่นยำมีความสำคัญต่อการวางแผนการให้สารน้ำและการให้เลือด หากประเมินต่ำเกินไปอาจก่อให้เกิดภาวะพร่องปริมาตรเลือดและเกิดความไม่คงที่ทาง hemodynamic ขณะที่การประเมินสูงเกินไปอาจนำไปสู่การให้เลือดโดยไม่จำเป็นและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การประเมินด้วยสายตายังคงเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากความสะดวก แต่มีข้อจำกัดด้านความแม่นยำ โดยเฉพาะในกรณีที่เลือดถูกซับอยู่ในผ้าก๊อช

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบจำลองการประเมินด้วยสายตาสำหรับประมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าก๊อชที่ใช้ในโรงพยาบาลนครพนม เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมิน

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ใช้เลือดที่หมดอายุจากคลังเลือดและผ้าก๊อชขนาดต่าง ๆ (4×4 นิ้ว, 3×18 นิ้ว, 12×12 นิ้ว และ 15×15 นิ้ว) โดยเติมเลือดในปริมาตรที่ทราบให้ผ้าก๊อชซับไว้และถ่ายภาพคราบเลือดเพื่อสร้างแบบจำลองภาพอ้างอิง ทั้งนี้ได้หาความสามารถในการซับเลือดสูงสุดของผ้าก๊อชแต่ละชนิดและคำนวณสัดส่วนรอยเปื้อนสัมพันธ์กับปริมาตรเลือด

ผลการศึกษา: ความสามารถในการซับเลือดสูงสุดคือ 10 มล. สำหรับผ้าก๊อช 4×4 นิ้ว, 100 มล. สำหรับ swab 3×18 นิ้ว, 200 มล. สำหรับ swab 12×12 นิ้ว และ 400 มล. สำหรับ swab 15×15 นิ้ว ได้สร้างมาตราส่วนภาพ (visual analogue scale) เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

สรุป: แบบจำลองการประเมินคราบเลือดบนผ้าก๊อชอาจช่วยเพิ่มความถูกต้องของการประมาณการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด ลดความผิดพลาดจากการประเมินต่ำหรือสูงเกินไป และควรมีการศึกษายืนยันเพิ่มเติมในสถานการณ์ทางคลินิกจริง

คำสำคัญ: การประเมินการสูญเสียเลือด, มาตรฐานการประเมินด้วยสายตา, ผ้าก๊อช, การตกเลือดระหว่างผ่าตัด, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Blood loss estimation by Visual Assessment of stained surgical Gauze in Nakhonphanom hospital : An Experimental study

Torpat Pongpit M.D. Anesthesiologist

Anesthesiology Department, Nakhonphanom hospital

Abstract

Background: Accurate intraoperative blood loss estimation is essential for guiding fluid management and transfusion decisions. Underestimation may cause hypovolemia and hemodynamic instability, while overestimation can result in unnecessary transfusions and related complications. Visual estimation remains the most common technique due to its simplicity, but it is often inaccurate, particularly when blood is absorbed into surgical gauze.

Objective: To develop a visual analogue model for estimating blood loss absorbed by surgical gauze commonly used in Nakhon Phanom Hospital, in order to improve the accuracy of visual assessment.

Methods: This experimental study employed expired screened blood and surgical gauze of various sizes (4x4 inch, 3x18 inch, 12x12 inch, and 15x15 inch). Known blood volumes were applied and absorbed into the gauze. Photographs of stained surfaces were taken to construct visual reference models. The maximum absorption capacity of each gauze type was determined, and percentage stain coverage was correlated with blood volume.

Results: The maximum absorption capacity was 10 mL for 4x4 inch gauze, 100 mL for 3x18 inch swab, 200 mL for 12x12 inch swab, and 400 mL for 15x15 inch swab. A visual analogue scale was developed to assist clinicians in estimating intraoperative blood loss more accurately.

Conclusion: The gauze-based visual analogue model may improve the accuracy of intraoperative blood loss estimation, thereby reducing clinical errors related to under- or overestimation. Further validation in real surgical settings is recommended before clinical implementation.

Keywords: Blood loss estimation; Visual analogue scale; Surgical gauze; Intraoperative hemorrhage; Patient safety

Corresponding : pongpittoanuwan@gmail.com

Received : 9 September 2025 **Revised :** 7 November 2025

Accepted : 4 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 284402

บทนำ

การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดอย่างถูกต้องและแม่นยำมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการประเมินต่ำเกินไปอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะช็อกหรือการขาดเลือดของอวัยวะสำคัญ ขณะที่การประเมินสูงเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดโดยไม่จำเป็น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการให้เลือด^(1,2)

ในทางปฏิบัติ การประเมินการสูญเสียเลือดส่วนใหญ่ยังคงอาศัยการประมาณด้วยสายตา แม้ว่าจะสะดวกและเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็มีข้อจำกัดด้านความแม่นยำและมีความแปรปรวนระหว่างผู้ประเมิน⁽³⁻⁵⁾ โดยเฉพาะเมื่อเลือดถูกซึมซับอยู่ในผ้าก๊อช การใช้วิธีการอื่น เช่น การชั่งน้ำหนักผ้าก๊อชก่อนและหลังใช้งาน แม้จะมีความแม่นยำสูงกว่า แต่ไม่สะดวกและใช้เวลานานในห้องผ่าตัด^(3,4)

การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างผู้ประเมิน เช่น ทัศนวิสัยแพทย์มักประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดสูงกว่าความเป็นจริง ขณะที่ศัลยแพทย์มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง^(6,7) ความแตกต่างดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อตัดสินใจให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด และก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี^(8,9) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการประเมินที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มความถูกต้องของการคาดคะเนการสูญเสียเลือดและสนับสนุนการตัดสินใจด้านวิสัญญีและศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแบบจำลองภาพสำหรับการประเมินปริมาณเลือดที่ซึมซับในผ้าก๊อชชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ในโรงพยาบาลนครพนม (visual analogue model) เพื่อช่วยเพิ่มความแม่นยำของการประมาณการสูญเสียเลือดโดยการประเมินด้วยสายตา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) ดำเนินการในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลนครพนม โดยมีขั้นตอนดังนี้

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง (รูปที่ 1)

1. เลือดที่หมดอายุแล้วจากคลังเลือดซึ่งผ่านการตรวจทางโลหิตวิทยาเรียบร้อยแล้ว
2. Tray สำหรับใส่เลือด
3. Clamp ตรง
4. ผ้าก๊อชและ swab ขนาดต่าง ๆ ที่ใช้จริงในห้องผ่าตัด ได้แก่
 - ผ้าก๊อช 4 × 4 นิ้ว
 - Swab ขนาด 3 × 18 นิ้ว

Corresponding : pongpittoanuwana@gmail.com

Received : 9 September 2025 Revised : 7 November 2025

Accepted : 4 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

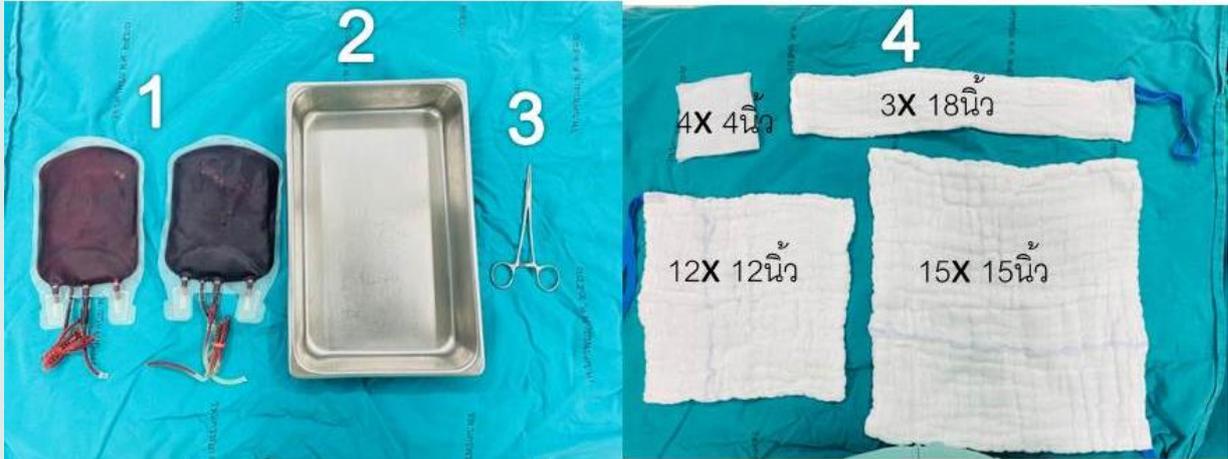
ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 284402

- Swab ขนาด 12 × 12 นิ้ว
- Swab ขนาด 15 × 15 นิ้ว

รูปที่ 1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง



ขั้นตอนการทดลอง

1. จำลองการเกิดเลือดออกจากการผ่าตัด โดยใช้ Syringe ดูดเลือดจากถุงเลือดตามปริมาตรที่ต้องการ และใส่ลงใน tray ที่เตรียมไว้ใช้ผ้าก๊อชหรือ swab ขนาดที่ต้องการทดสอบเช็ดเลือดจนหมด (รูปที่ 2)
2. บันทึกรูปภาพคราบเลือดที่เกิดขึ้นบนผ้าก๊อช
3. วิเคราะห์เปอร์เซ็นต์พื้นที่ที่ถูกปกคลุมด้วยเลือดเพื่อสร้างแบบจำลองภาพ (visual analogue scale) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นค่าประมาณการสูญเสียเลือดโดยการเปรียบเทียบกับปริมาตรเลือดที่แท้จริง

รูปที่ 2 จำลองการใช้ก๊อชซับเลือดในการผ่าตัด



ผลการศึกษา

จากการทดลองพบว่าผ้าก๊อชและ swab แต่ละชนิดมีความสามารถในการดูดซับเลือดสูงสุดแตกต่างกัน ดังนี้

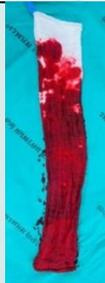
- ผ้าก๊อช 4 x 4 นิ้ว: ซึมซับเลือดได้สูงสุด 10 มิลลิลิตร (100%) โดยสัดส่วนรอยเปื้อนเทียบกับปริมาตรเลือดที่ซึมซับคือ 30% = 3 มล., 50% = 5 มล., และ 100% = 10 มล. (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสามารถในการดูดซับเลือดของผ้าก๊อชขนาด 4x4 นิ้ว

ผ้าก๊อชขนาด 4 x 4 นิ้ว เพอร์เซ็นต์คราบเปื้อนรอยเลือด		
30%	50%	100%
		
3 มล.	5 มล.	10 มล.

- Swab ขนาด 3 x 18 นิ้ว: ซึมซับเลือดได้สูงสุด 100 มิลลิลิตร (100%) โดยสัดส่วนรอยเปื้อน 10%-100% เท่ากับ 10-100 มล.(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสามารถในการดูดซับเลือดของผ้า swab ขนาด 3x18 นิ้ว

swab ขนาด 3 x 18 นิ้ว เพอร์เซ็นต์คราบเปื้อนรอยเลือด									
10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
									
10 มล.	20 มล.	30 มล.	40 มล.	50 มล.	60 มล.	70 มล.	80 มล.	90 มล.	100 มล.

- Swab ขนาด 12 x 12 นิ้ว: ซึมซับเลือดได้สูงสุด 200 มิลลิลิตร (100%) โดยสัดส่วนรอยเปื้อน 25% = 50 มล., 50% = 100 มล., 75% = 150 มล., และ 100% = 200 มล.(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสามารถในการดูดซับเลือดของผ้า swab ขนาด 12x12 นิ้ว

swab ขนาด 12 x 12 นิ้ว เปอร์เซ็นต์คราบเปื้อนรอยเลือด			
25%	50%	75%	100%
			
50 มล.	100 มล.	150 มล.	200 มล.

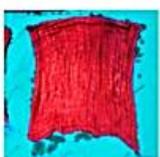
- Swab ขนาด 15 x 15 นิ้ว: ซึ่มซับเลือดได้สูงสุด 400 มิลลิลิตร (100%) โดยสัดส่วนรอยเปื้อน 25% = 100 มล., 50% = 200 มล., 75% = 300 มล., และ 100% = 400 มล. (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสามารถในการดูดซับเลือดของผ้า swab ขนาด 15x15 นิ้ว

swab ขนาด 15 x 15 นิ้ว เปอร์เซ็นต์คราบเปื้อนรอยเลือด			
25%	50%	75%	100%
			
100 มล.	200 มล.	300 มล.	400 มล.

จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสร้างตารางและภาพมาตราส่วน เพื่อสร้างแบบจำลองภาพสำหรับการประเมินปริมาณเลือดที่ซึ่มซับในผ้าก๊อชชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยเพิ่มความแม่นยำของการประมาณการสูญเสียเลือด โดยการประเมินด้วยสายตา มากยิ่งขึ้น (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 แบบจำลองภาพสำหรับการประเมินปริมาณเลือดที่ซึมซับในผ้าก๊อชชนิดต่าง ๆ

SIZE DRY GAUZE/SWAB	Percentage of stain	
	50%	100%
Gauze 4x4"		
	5 cc	10 cc
SWAB 3x18"		
	50 cc	100 cc
SWAB 12x12"		
	100 cc	200 cc
SWAB 15x15"		
	200 cc	400 cc

วิจารณ์

การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดอย่างถูกต้องมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด เนื่องจากการประเมินต่ำเกินไปอาจทำให้พลาดโอกาสในการให้เลือด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในขณะที่การประเมินสูงเกินไปอาจนำไปสู่การให้เลือดโดยไม่จำเป็นและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต^(1,2)

วิธีที่มีการใช้อย่างแพร่หลายที่สุดคือการประเมินด้วยสายตา แม้จะสะดวกแต่มีรายงานว่าเป็นวิธีที่มีความแม่นยำน้อยที่สุด⁽³⁻⁵⁾ อีกทั้งยังพบความแตกต่างระหว่างผู้ประเมิน โดยวิสัญญีแพทย์มักประเมินค่าสูงกว่าความเป็นจริง ในขณะที่ศัลยแพทย์มักประเมินต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(6,7) ความแตกต่างนี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งในการตัดสินใจการให้เลือด ซึ่งมีนัยสำคัญทางคลินิกเพราะเกี่ยวข้องกับอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต^(8,9)

งานวิจัยนี้ได้พัฒนาแบบจำลองภาพโดยใช้ผ้าก๊อซจริงที่มีใช้ในโรงพยาบาลนครพนม และใช้เลือดจริงในการจำลองสถานการณ์ จึงมีความสมจริงและใกล้เคียงกับการใช้งานจริงมากกว่าการใช้สารสีแดง อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อจำกัด เช่น ความแตกต่างด้านคุณสมบัติของผ้าก๊อซชนิดต่าง ๆ การใช้ผ้าก๊อซที่ชุบน้ำเกลือหรือสารคัดหลั่งต่างๆระหว่างผ่าตัด ซึ่งอาจลดความสามารถในการซึมซับเลือด รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้ของมนุษย์ เช่น การมองเห็นสี ความเข้มของแสง และสภาพแวดล้อมที่เร่งรีบในห้องผ่าตัด ล้วนมีผลต่อความแม่นยำของการประเมิน

นอกจากนี้ แบบจำลองนี้ยังไม่สามารถลดความคลาดเคลื่อนได้ทั้งหมด เนื่องจากทักษะและประสบการณ์ของผู้ประเมินเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาวิธีการประเมินที่มีมาตรฐานและแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงจากการให้เลือดเกินความจำเป็นหรือไม่เพียงพอ และควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์โดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยภาพหรือการจำลองสถานการณ์จริงเพื่อเพิ่มความสอดคล้องของการประเมินในทางปฏิบัติ

สรุป

การสร้างแบบจำลองการประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดจากคราบเลือดบนผ้าก๊อซสามารถช่วยเพิ่มความแม่นยำ ลดความคลาดเคลื่อน และสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการให้เลือดและการดูแลผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม แบบจำลองนี้ควรนำไปใช้จริงในห้องผ่าตัดและศึกษาต่อในสภาวะทางคลินิก เพื่อยืนยันประสิทธิภาพและความเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติจริง

เอกสารอ้างอิง

1. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG*. 2006;113(8):919-24. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01018.x>
2. Gerdessen L, Meybohm P. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery: measurement vs. visual estimation. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;289(5):1107-13.
3. Ali MA, Khan SA, Malik MA. Observer variability in estimation of blood loss. *Pak J Med Sci*. 2015;31(4):961-4.
4. Johar R, Smith RP. Assessing blood loss: visual estimation versus gravimetric analysis. *Br J Midwifery*. 2013;21(1):40-3.
5. Shander A, Hofmann A, Ozawa S, Theusinger OM, Gombotz H, Spahn DR. Activitybased costs of blood transfusions in surgical patients at four hospitals. *Transfusion*. 2010;50(4):753-65. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2009.02518.x>
6. Carson JL, Guyatt G, Heddle NM, Grossman BJ, Cohn CS, Fung MK, et al. Clinical practice guidelines from the AABB: Red blood cell transfusion thresholds and storage. *JAMA*. 2016;316(19):2025-35. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9185>
7. Razvi K, Chua S, Arulkumaran S, Ratnam SS. A comparative study of visual estimation of blood loss with other methods. *J Obstet Gynaecol Res*. 1996;22(6):401-4.
8. Stafford I, Dildy GA, Clark SL, Belfort MA. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(5):519.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.04.049>
9. Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. *Anesth Analg*. 2007;105(6):1736-4. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000286233.48111.d8>

ความชุกและผลในการป้องกันของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2
แบบแสดงอาการ ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น จังหวัดนครพนม ประเทศไทย ปี 2567 - 2568

สุทธิชัย นักผูก, พ.บ., ประ.ด.

แพทย์เวชกรรมป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว
ระบาดวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพนม

เกรียงไกร ประเสริฐ, พ.บ., ประ.ด.

แพทย์เวชกรรมป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ระบาดวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพนม

รฐานิชฐ์ จรัสวรภัทร์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต),

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลนครพนม

ปราบดา ประภาศิริ, Dr.PH (สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : การระบาดของเชื้อ SARS-CoV-2 สายพันธุ์โอมิครอนได้เปลี่ยนแปลงลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมักมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ แต่ยังมีบทบาทต่อการแพร่เชื้อในชุมชน การทำความเข้าใจระดับภูมิคุ้มกันในระดับประชากรของกลุ่มอายุนี้จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการสาธารณสุข การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความชุกของการตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ SARS-CoV-2 และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม ประเทศไทย

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบติดตามกลุ่มประชากรไปข้างหน้า โดยสุ่มเลือกอาสาสมัครแบบแบ่งชั้นตามช่วงอายุในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 เดือน ถึง 17 ปี รวมผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 999 ราย เก็บตัวอย่างเลือดเมื่อเข้าร่วมการศึกษา เมื่อครบ 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อตรวจหาแอนติบอดีชนิด anti-S และ anti-N SARS-CoV-2 IgG ด้วยวิธี ELISA มีการติดตามอาการคล้ายโควิด-19 เป็นรายสัปดาห์ และยืนยันการติดเชื้อแบบแสดงอาการตัวอย่างจากโพรงจมูกด้วยวิธี multiplex reverse transcription polymerase chain reaction (multiplex RT-PCR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบ anti-S IgG เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษากับ

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแสดงอาการโดยใช้แบบจำลอง Cox proportional hazards regression พร้อมปรับตัวแปรกวนที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา : อายุเฉลี่ยของอาสาสมัครเท่ากับ 8.1 ปี และร้อยละ 53.3 เคยได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างน้อย 1 เข็มมาก่อนเข้าร่วมการศึกษา พบว่าความชุกของการตรวจพบ anti-S IgG มากกว่าร้อยละ 80 ในทุกกลุ่มอายุ ตลอดระยะเวลาการติดตาม 12 เดือนพบผู้มีอาการคล้ายโควิด-19 จำนวน 439 ครั้งโดยยืนยันติดเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 32 ราย การตรวจพบ anti-S IgG เมื่อเข้าร่วมการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแสดงอาการ(Hazard Ratio: 0.64; 95% confidence interval:0.23–1.81) คิดเป็นผลในการป้องกัน ร้อยละ 36 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : เด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครพนมมีความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในระดับสูงตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา การตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษาแสดงเพียงแนวโน้มของการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแสดงอาการ ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการกำหนดกลยุทธ์การให้วัคซีนแบบมุ่งเป้าไปยังเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ : ความชุกของภูมิตอบสนอง, ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2, ผลในการป้องกัน, , เด็กและวัยรุ่น

Seroprevalence and protective effect of SARS-CoV-2 immunity against symptomatic SARS-CoV-2 infection among children and adolescents in Nakhon Phanom province, Thailand 2024 – 2025

Sutthichai Nakphook, MD, Preventive Medicine

Preventive medicine physician specializing in travel medicine and clinical epidemiology, Nakhon Phanom Hospital.

Kriengkrai Prasert MD, Preventive Medicine

Preventive Medicine Physician (Community Mental Health and Clinical Epidemiology), Nakhon Phanom Hospital

Rathanith Jaratworapatra, M.Sc.,

Professional Nurse Specialist, Occupational Health Department, Nakhon Phanom Hospital

Prabda Praphasiri, Dr.PH

Kasetsart University, Chalermprakiat Campus, Sakon Nakhon Province

Abstract

Background : The Omicron variants have altered the epidemiology of COVID-19, particularly among children and adolescent , who commonly experience mild or asymptomatic infection but may still contribute to community transmission. Understanding population-level immunity in this age group is important for guiding public health strategies. This study aimed to describe the seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and to assess the association between baseline seropositivity and the risk of symptomatic SARS-CoV-2 infection among children and adolescents in Nakhon Phanom province, Thailand.

Methods : A population-based prospective cohort study was conducted among children and adolescents aged 6 months to 17 years using stratified random sampling by age group. A total of 999 participants were enrolled. Blood samples were collected at enrollement, 6 months, and 12 months to measure anti-S and anti-N SARS-CoV-2 IgG antibodies using ELISA.. Participants were followed weekly for COVID-19-like illness, and symptomatic infections were confirmed by

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025 **Revised :** 20 November 2025 **ปีที่ 12 ฉบับที่ 3**

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

multiplex reverse transcription polymerase chain reaction (multiplex RT-PCR). Cox proportional hazards regression was used to evaluate the association between baseline anti-S IgG seropositivity and the risk of symptomatic SARS-CoV-2 infection, adjusting for relevant confounders.

Results : The mean age of participants was 8.1 years and 53.3% had received at least one dose of COVID-19 vaccine. Anti-S IgG seropositivity exceeded 80% in all age throughout the 12-month follow-up. During follow-up, 439 episodes of COVID-like illness were reported, of which 32 were confirmed SARS-CoV-2 infections. Baseline anti-S IgG seropositivity was associated with a lower risk of symptomatic SARS-CoV-2 infection (Hazard Ratio: 0.64; 95% confidence interval 0.23–1.81), corresponding to a protective effect of 36%, although the association was not statistical significance.

Conclusions : Children and adolescents in Nakhon Phanom province exhibited a high seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies throughout the study period. Baseline seropositivity showed a non-significant trend toward reduced risk of symptomatic SARS-CoV-2 infection. These findings highlight the importance of continued surveillance and targeted vaccination strategies focusing on high-risk pediatric and adolescents populations.

Keywords : Seroprevalence, SARS-CoV-2 immunity, Protective effect, Children and adolescents

ที่มาและความสำคัญ

นับตั้งแต่เกิดการระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่รายงานผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 นอกประเทศจีน (1) และได้เผชิญกับการระบาดหลายระลอกอย่างต่อเนื่อง (2,3) ส่งผลให้มีการดำเนินมาตรการควบคุมและและการให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ลักษณะทางระบาดวิทยาและความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา (4) ในระยะแรกของการระบาดพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่มีอาการรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง ต่อมาเมื่อมีการกระจายของวัคซีนและการติดเชื้อในวงกว้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยรุนแรงยังคงพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว ขณะที่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมักพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง (5) ต่อมาเมื่อมีการกระจายของวัคซีนและการติดเชื้อในวงกว้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยรุนแรงยังคงพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว ขณะที่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมักพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง (6,7) การประเมินขนาดของการติดเชื้อทั้งแบบแสดงอาการและไม่แสดงอาการในประชากรกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนมาตรการด้านสาธารณสุข วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการประเมินการสัมผัสเชื้อในระดับประชากรคือ การศึกษาความชุกทางซีรัม (seroprevalence) โดยการตรวจวัดระดับแอนติบอดีหรือภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 แม้ว่าจะมีการศึกษาด้าน seroprevalence ก็ในประเทศไทยหลายการศึกษา แต่การศึกษาที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในระดับชุมชน โดยใช้ในการสุ่มตัวอย่างประชากร (population-base study) และการติดตามไปข้างหน้า ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่เชื่อมโยงข้อมูลทางภูมิคุ้มกันกับผลในการป้องกันการติดเชื้อแบบแสดงอาการตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเริ่มให้วัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างเป็นระบบ ปัจจุบันมีการให้วัคซีนมากกว่า 147 ล้านโดส (8) อย่างไรก็ตามความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในเด็กนั้นต่ำกว่าในผู้ใหญ่ และและในประชากรกลุ่มนี้มีทั้งผู้ที่ได้รับวัคซีน ผู้ที่เคยติดเชื้อโดยธรรมชาติและผู้ที่ภูมิคุ้มกันแบบผสม (hybrid immunity) ส่งผลให้รูปแบบของภูมิตอบสนอง มีความหลากหลาย ปัจจุบันสมาคมโรคติดเชื้อเด็กแห่งประเทศไทยมีคำแนะนำให้พิจารณาการให้วัคซีนป้องกันโควิด -19 กระตุ้นเป็นรายปี ในเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (9) ดังนั้นการทำความเข้าใจระดับภูมิตอบสนองที่มีอยู่ ความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนอง และความคงอยู่ของภูมิคุ้มกันเมื่อเวลาผ่านไปร่วมกับการประเมินผลในการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการและความคงอยู่ของภูมิคุ้มกันเมื่อเวลาผ่านไปการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 และประเมินผลในการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม ประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ณ ตอนที่เริ่มศึกษา ครบ 6 เดือน และครบ 1 ปี ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ในจังหวัดนครพนม ประเทศไทย ปี 2567 - 2568
2. เพื่อประเมินผลในการป้องกันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น จังหวัดนครพนม ประเทศไทย ปี 2567 - 2568

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในกลุ่มประชากร (population base prospective cohort study) ดำเนินการในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครพนม โดยมีการตรวจหาระดับของภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ใน ณ วันที่เริ่มเข้าร่วมการศึกษา เมื่อครบ 6 เดือน และเมื่อครบ 12 เดือน ร่วมกับการติดตามการเจ็บป่วยด้วยระบบเฝ้าระวังเชิงรุกรายสัปดาห์ (active surveillance) เป็นระยะเวลา 1 ปี อาสาสมัครที่มีอาการคล้ายโควิด-19 จะได้รับการเก็บตัวอย่างหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) เพื่อตรวจยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี multiplex RT-PCR (Reverse transcription polymerase chain reaction) การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การคำนวณขนาดศึกษา : คำนวณขนาดศึกษาแบ่งตามช่วงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึงน้อยกว่า 5 ปี, กลุ่มอายุ 5 ปี จนถึง 11 ปี และอายุ 12 ปี ถึง 17 ปี โดยเป็นประชากรชาวไทย มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$\text{ขนาดตัวอย่าง } n = [Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)]/d^2$$

โดยกำหนดให้ ค่าอัตราความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ 0.05 และค่า Z ที่ $1 - \alpha/2$ เท่ากับ 1.96 กำหนดค่าความแม่นยำสัมบูรณ์ (absolute precision) $d = 0.05$ และกำหนดค่าความชุกคาดหวังของการตรวจพบภูมิตอบสนอง (p) ตามข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้านี้ (10,11) โดยคาดว่าจะสามารถประมาณความชุกของระดับภูมิตอบสนองได้อย่างน้อยร้อยละ 68 ในกลุ่มอายุ 6 เดือน - 4 ปี, ร้อยละ 77 ในกลุ่มอายุ 5 - 11 ปี, และร้อยละ 77 ในกลุ่มอายุ 12 - 17 ปี คำนวณขดเขยการสูญเสียการติดตาม (loss to follow-up) ร้อยละ 10 ได้จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละกลุ่มดังนี้ กลุ่มอายุ 6 เดือน - 4 ปี จำนวน 369 คน กลุ่มอายุ 5 - 11 ปี จำนวน 303 คน และกลุ่มอายุ 12 - 17 ปี จำนวน 327 คน รวมทั้งหมดเท่ากับ 999 คน

การสุ่มเลือกประชากรศึกษา : การศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทนของเด็กและวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยแบ่งชั้นตามช่วงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 6 เดือน-น้อยกว่า 5 ปี, อายุ 5-11 ปี และอายุ 12-17 ปี รายชื่อประชากรเป้าหมายได้จากฐานข้อมูลประชากรที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ (ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม) จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อแบบสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้นอายุ โดยกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้น

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025

Revised : 20 November 2025

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

อายุให้เป็นไปตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ เพื่อให้เกิดการกระจายตัวของตัวอย่างตามพื้นที่ อัตราส่วนของผู้เข้าร่วมในแต่ละตำบลถูกกำหนดตามสัดส่วนประชากรของตำบลนั้น เมื่อผู้ที่ได้รับการสุ่มไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ (เช่น ไม่เข้าเกณฑ์คัดเข้า มีเกณฑ์คัดออก ติดต่oไม่ได้ในช่วงเก็บข้อมูล หรือปฏิเสธการเข้าร่วม) จะมีการเชิญผู้ที่อยู่ใน “รายชื่อสำรอง” ตามลำดับที่สุ่มไว้ล่วงหน้าในชั้นอายุและพื้นที่เดียวกันทดแทนจนได้จำนวนผู้เข้าร่วมครบตามที่กำหนดในแต่ละกลุ่มอายุ

เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า อาสาสมัครต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) เป็นประชากรสัญชาติไทย อายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 17 ปี 2) มีชื่อในฐานข้อมูลประชากรและอาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 3) บิดา มารดา หรือผู้ปกครองให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการศึกษา 4) อาสาสมัครอายุ 7-17 ปี ให้ความยินยอมพร้อมใจ (assent) เข้าร่วมการศึกษา และ 5) สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการศึกษาและการติดตามได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก อาสาสมัครจะถูกคัดออกจากการศึกษาในกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีข้อห้ามทางการแพทย์ต่อการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ 2) มีโรคหรือพยาธิสภาพบริเวณโพรงจมูกหรือลำคอที่ทำให้ไม่สามารถเก็บตัวอย่างหลังโพรงจมูกได้อย่างปลอดภัย และ 3) ปฏิเสธการให้ความยินยอมหรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษ

การเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล : การเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาเริ่มจากการติดต่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการสุ่มเลือกตามรายชื่อจากฐานข้อมูลประชากรเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการศึกษา จากนั้นขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครอง และขอความยินยอมพร้อมใจ (assent) จากอาสาสมัครที่มีอายุระหว่าง 7-17 ปี ก่อนเข้าร่วมการศึกษา

เมื่อเข้าร่วมการศึกษา อาสาสมัครทุกรายได้รับการเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ประวัติการสัมผัสโรค ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากนั้นทำการเก็บตัวอย่างเลือดปริมาณ 3 มิลลิลิตร เพื่อใช้ตรวจหาระดับภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ณ วันที่เข้าร่วมการศึกษา และนัดหมายเก็บตัวอย่างเลือดซ้ำเมื่อครบ 6 เดือน และเมื่อครบ 12 เดือน

อาสาสมัครทุกรายได้รับการติดตามอาการเจ็บป่วยด้วยระบบเฝ้าระวังเชิงรุกรายสัปดาห์ (active surveillance) เป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยทีมวิจัยติดต่อสอบถามอาการผ่านทางโทรศัพท์ หากอาสาสมัครมีอาการเข้าข่ายโรคโควิด-19 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก(12) จะได้รับคำแนะนำให้มารับ

การตรวจที่สถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล เพื่อทำการเก็บสิ่งส่งตรวจจากหลังโพรงจมูกโดยพยาบาลวิจัยที่ได้รับมอบหมายและผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐาน

การตรวจวิเคราะห์ผลแอนติบอดีหรือภูมิตอบสนอง : หลังจากการเก็บตัวอย่างเลือดจากอาสาสมัครทำการปั่นแยกซีรัมและเก็บรักษาที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนครพนม จากนั้นส่งตัวอย่างซีรัมไปตรวจวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล การตรวจวิเคราะห์ภูมิตอบสนอง ต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ดำเนินการโดยใช้ชุดตรวจเชิงพาณิชย์ของบริษัท EUROIMMUNตามคำแนะนำของผู้ผลิต การตรวจหาแอนติบอดีชนิด anti-nucleocapsid (anti-N) SARS-CoV-2 IgG ใช้วิธี enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) แบบกึ่งเชิงปริมาณ (semi-quantitative) โดยกำหนดค่า positive cut-off ที่ค่า ratio ≥ 1.1 ส่วนการตรวจหาแอนติบอดีชนิด anti-spike (anti-S) SARS-CoV-2 IgG ใช้วิธี ELISA แบบเชิงปริมาณ (quantitative) โดยรายงานผลเป็น binding antibody units ต่อมิลลิลิตร (BAU/mL) และกำหนดค่า positive cut point ที่ ≥ 35.2 BAU/mL ในการศึกษานี้ การตรวจพบหรือการเพิ่มขึ้นของ anti-N IgG ใช้เป็นตัวบ่งชี้ของการมีภูมิตอบสนองที่เกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยธรรมชาติ ขณะที่การตรวจพบหรือการเพิ่มขึ้นของ anti-S IgG อาจเกิดจากการติดเชื้อ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 หรือภูมิคุ้มกันแบบผสม (hybrid immunity) ผลการตรวจแอนติบอดีถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความชุกของการมีภูมิตอบสนองในแต่ละช่วงเวลาการติดตาม และใช้กำหนดสถานะภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา (baseline immunity) สำหรับการวิเคราะห์ผลในการป้องกันการติดเชื้อแบบแสดงอาการ

การตรวจวิเคราะห์ผลตัวอย่างทางเดินหายใจ

ตัวอย่างทางเดินหายใจเก็บจากอาสาสมัครที่มีอาการเข้าข่ายโรคโควิด-19 โดยการเก็บตัวอย่างหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) ใส่ Universal Transport Medium (UTM) และส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนครพนม การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางเดินหายใจดำเนินการด้วยเครื่อง QIAstat-Dx Respiratory SARS-CoV-2 Panel โดยใช้เทคนิค multiplex reverse transcription polymerase chain reaction (multiplex RT-PCR) ซึ่งสามารถตรวจหาเชื้อก่อโรกระบบทางเดินหายใจได้พร้อมกันหลายชนิดในการตรวจครั้งเดียว รวมทั้งไวรัส SARS-CoV-2 และเชื้อไวรัสทางเดินหายใจอื่น ๆ การรายงานผลเป็นแบบ qualitative (detected / not detected) ตามเกณฑ์ของผู้ผลิต โดยใช้ระยะเวลาในการตรวจประมาณ 1.30 ชั่วโมงต่อตัวอย่าง(13) ผลการตรวจด้วย multiplex RT-PCR ถูกใช้เป็นเกณฑ์ในการยืนยันการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักสำหรับการวิเคราะห์อุบัติการณ์การติดเชื้อ และใช้เป็นเหตุการณ์ (event) ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างการติดตาม

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025

Revised : 20 November 2025

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลด้านประชากร และข้อมูลทางคลินิกของอาสาสมัครถูกนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแสดงเป็นจำนวนและร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 รายงานเป็นร้อยละ ณ วันที่เข้าร่วมการศึกษา เมื่อครบ 6 เดือน และเมื่อครบ 12 เดือน การวิเคราะห์อุบัติการณ์ของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ ใช้ผลการตรวจยืนยันด้วย multiplex RT-PCR เป็นผลลัพธ์หลัก (outcome) โดยนับเหตุการณ์ (event) ตั้งแต่วันที่เริ่มเข้าร่วมการศึกษาจนถึงวันที่ตรวจพบการติดเชื้อหรือสิ้นสุดระยะเวลาการติดตามที่ 12 เดือน การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา (baseline seropositivity) กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ ดำเนินการโดยใช้แบบจำลอง Cox's proportional hazard regression รายงานผลเป็นค่าอัตราเสี่ยง Hazard ratio (HR) และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) แบบจำลองการวิเคราะห์ที่ได้ปรับควบคุมตัวแปรกวน (confounder) ที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาได้แก่ เพศ การมีโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมการศึกษา และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ผลในการป้องกัน (protective effect) ของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา คำนวณจากสูตร $(1 - HR) \times 100$ และนำเสนอร่วมกับช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรม Stata เวอร์ชัน 17 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย : การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสืออนุมัติการดำเนินโครงการเลขที่ Ref. No. 9/2566 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยอาสาสมัครทุกรายได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการศึกษา และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง รวมทั้งการให้ความยินยอมพร้อมใจ (assent) จากอาสาสมัครอายุ 7-17 ปี ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ทั้งนี้ การศึกษาดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเป็นไปตามหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย : การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินโครงการภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรค โรงพยาบาลนครพนม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยศูนย์ศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยา (Nakhon Phanom and Department of Disease Control Epidemiological Research Unit: NDERU) โดยได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thai-MoPH and U.S.CDC).

collaboration) ทั้งนี้ แหล่งทุนไม่มีบทบาทในการ การตีความผลการศึกษา หรือการตัดสินใจในการเผยแพร่ ผลงานวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครและการติดตาม : จากการเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 มีการติดต่อเชิญอาสาสมัครทั้งหมด 1,015 ราย โดยมีอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและ ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1,001 ราย ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเลือดได้ตามปริมาณที่กำหนด จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นเด็กเล็ก ส่งผลให้มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาคงตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 999 ราย ซึ่งมีข้อมูลด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิกครบถ้วน ดังแสดงในตารางที่ 1

อาสาสมัครมีอายุเฉลี่ย 8.1 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.12 ปี) โดยมีสัดส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียง กัน กลุ่มอายุ 6 เดือน-4 ปี กลุ่มอายุ 5-11 ปี และกลุ่มอายุ 12-17 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 36.9, 30.3 และ 32.7 ตามลำดับ อาสาสมัครร้อยละ 8.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.6 ให้ประวัติเคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 มาก่อน และร้อยละ 53.3 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างน้อย 1 เข็ม โดยทุกรายได้รับวัคซีนชนิด mRNA

เมื่อทำการติดตามอาสาสมัครเพื่อเก็บตัวอย่างเลือดครั้งที่สองเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าอาสาสมัครจำนวน 946 ราย (ร้อยละ 94.7) เข้ารับการเจาะเลือดตามกำหนด และเมื่อครบ 12 เดือน มีอาสาสมัครจำนวน 904 ราย (ร้อยละ 90.5) เข้ารับการเจาะเลือดตามกำหนด

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก (N=999)

ลักษณะด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	495	49.6
หญิง	504	50.4
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, S.D.)	8.1	(5.12)
กลุ่มอายุ		
6 เดือน - 4 ปี	369	36.9
5 - 11 ปี	303	30.3
12 - 17 ปี	327	32.7
ฝากสถานรับเลี้ยงเด็กตอนกลางวัน (เด็กอายุ < 5 ปี จำนวน 368 คน)	180	48.9
ระยะเวลาที่อยู่สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (ชั่วโมง/วัน, n=180)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, S.D.)	5.9	(1.7)

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025 Revised : 20 November 2025 ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

ลักษณะด้านประชากรและข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, S.D.)	5.2	(1.8)
ค่าน้อยสุด - มากสุด (Min-Max)	2 - 10	-
มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปในครัวเรือน	363	36.3
มีโรคประจำตัว	88	8.8
ให้ประวัติเคยป่วยด้วยโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมการศึกษา	326	32.6
เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 มาก่อน (mRNA vaccine)	532	53.3
1 เข็ม	68	12.8
2 เข็ม	384	72.2
3 เข็ม	80	15.0

ความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 : ผลการตรวจภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 แสดงดังตารางที่ 2 พบว่าการตรวจพบแอนติบอดีชนิด anti-S SARS-CoV-2 IgG มีความชุกโดยรวมร้อยละ 89.7 เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.3 และ 92.8 เมื่อครบ 6 เดือนและ 12 เดือนตามลำดับ โดยในทุกช่วงเวลาการติดตามพบว่าความชุกของ anti-S IgG สูงกว่า 80% ในทุกกลุ่มอายุ และพบว่าสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 12-17 ปี

สำหรับแอนติบอดีชนิด anti-N SARS-CoV-2 IgG พบว่ามีความชุกโดยรวมร้อยละ 34.6 เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.6 เมื่อครบ 6 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 28.8 เมื่อครบ 12 เดือน โดยพบว่า anti-N IgG มีแนวโน้มลดลงเร็วกว่า anti-S IgG ในทุกกลุ่มอายุ

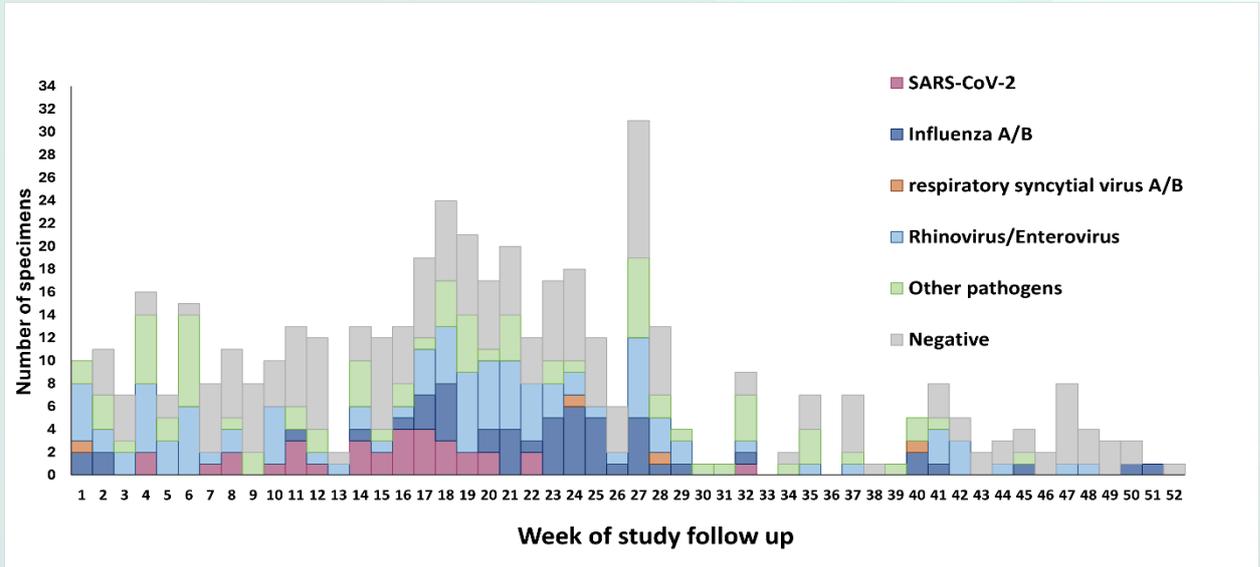
ตารางที่ 2 แสดงความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ใน 3 ช่วงระยะเวลาของการติดตามเจาะเลือด

ร้อยละการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2	เจาะเลือดเมื่อวันเข้าร่วมการศึกษา (N=999) n(%)	เจาะเลือดเมื่อครบ 6 เดือน (N=946) n(%)	เจาะเลือดเมื่อครบ 12 เดือน (N=904) n(%)
ตรวจพบ Anti-S SARS-CoV-2 ELISA IgG ทุกกลุ่มอายุ (≥ 35.2 BAU/mL)	896(89.7)	883(93.3)	839(92.8)
6 เดือน - 4 ปี (n=369)	295(79.9)	294(86.5)	272(84.5)
5 - 11 ปี (n=303)	281(92.7)	284(95.0)	278(95.5)
12 - 17 ปี (n=327)	320 (97.9)	305(99.3)	289(99.3)
ตรวจพบ Anti-N SARS-CoV-2 ELISA IgG ทุกกลุ่มอายุ (≥ 1.1 Ratio)	346 (34.6)	507 (53.6)	260 (28.8)
6 เดือน - 4 ปี (n=369)	144 (39.0)	186 (54.7)	103 (32.0)
5 - 11 ปี (n=303)	84 (27.7)	146 (48.8)	72 (24.7)
12 - 17 ปี (n=327)	118 (36.1)	175 (57.0)	85 (29.2)

ผลการเฝ้าระวังอาการและผลการตรวจ multiplex RT-PCR : ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนของการติดตาม อาสาสมัครรายงานการเจ็บป่วยด้วยอาการคล้ายโควิด-19 รวมทั้งสิ้น 439 ครั้ง สามารถเก็บตัวอย่างทางเดินหายใจได้จำนวน 430 ตัวอย่าง (ร้อยละ 98) ผลการตรวจด้วย multiplex RT-PCR พบผลตรวจ detected จำนวน 242 ตัวอย่าง (ร้อยละ 56) และตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 จำนวน 32 ราย โดยไม่พบการติดเชื้อซ้ำในอาสาสมัครรายเดียวกันระหว่างช่วงการติดตาม

จากการเจ็บป่วยทั้งหมด 439 ครั้ง มีอาสาสมัครที่ต้องได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 22 ราย โดยผลการตรวจ multiplex RT-PCR ไม่พบเชื้อก่อโรคใน respiratory panel จำนวน 11 ราย และอีก 11 รายพบเชื้อก่อโรคอื่นเป็นหลัก ได้แก่ Human rhinovirus / Human enterovirus และ Influenza A virus ในสัดส่วนเท่ากัน รองลงมาได้แก่ respiratory syncytial virus A/B และ Human parainfluenza virus type 4 ทั้งนี้ อาสาสมัครที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้ง 32 รายไม่พบรายใดมีอาการรุนแรงหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาพที่ 1 แสดงจำนวนตัวอย่างทางเดินหายใจของผู้ที่มีอาการป่วยคล้ายโควิด-19 และผล Multiplex RT-PCR จากการติดตามเฝ้าระวังเชิงรุกรายสัปดาห์ในกลุ่มอาสาสมัครเด็กและวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ระหว่าง วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567 – 21 กุมภาพันธ์ 2568

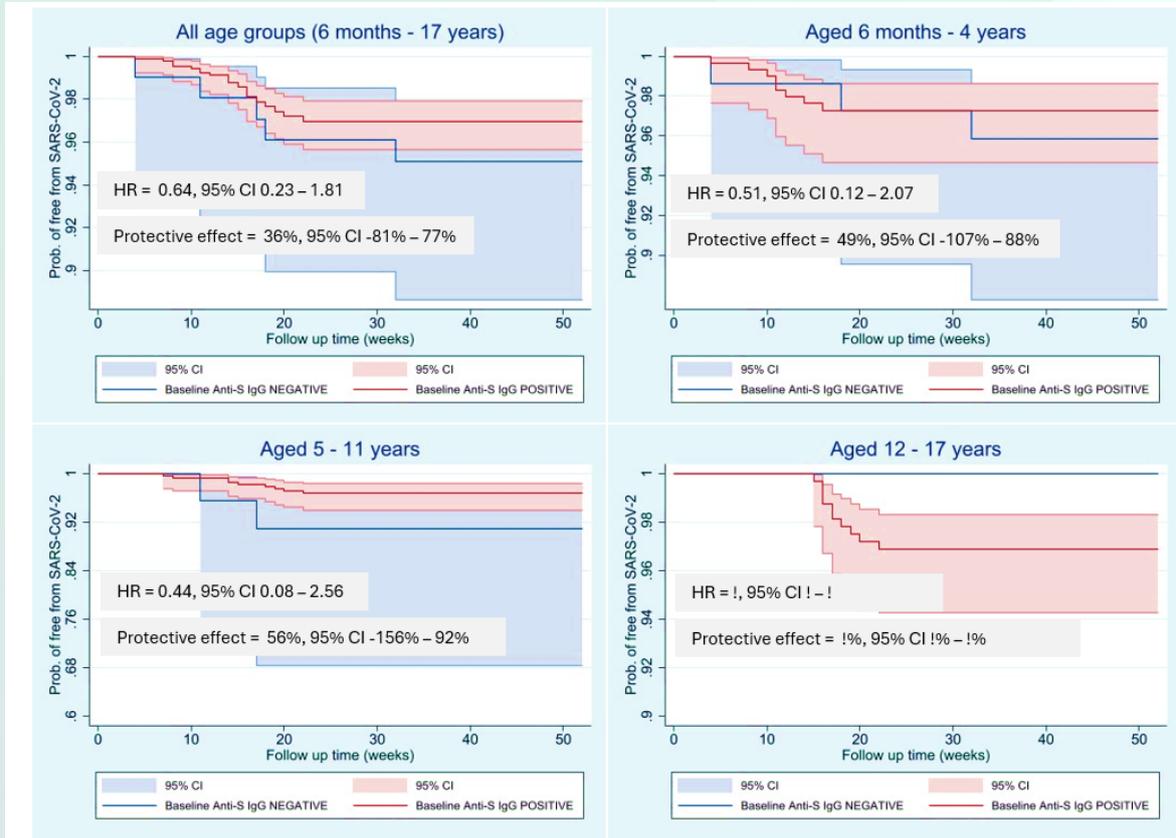


ผลในการป้องกันของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2

การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองชนิด anti-S SARS-CoV-2 IgG เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษา กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ แสดงดังภาพที่ 2 พบว่าอาสาสมัครที่ตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษามีอัตราการติดเชื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ตรวจพบภูมิตอบสนอง โดยมีค่าอัตราเสี่ยง (Hazard ratio; HR) เท่ากับ 0.64 (95% CI: 0.23–1.81) ซึ่งสอดคล้องกับผลในการป้องกันร้อยละ 36 (95% CI: -88% ถึง 77%) อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวยังไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ 6 เดือน–4 ปี และกลุ่มอายุ 5–11 ปี การตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษามีแนวโน้มลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ร้อยละ 49 และร้อยละ 51 ตามลำดับ แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มอายุ 12–17 ปี ไม่สามารถคำนวณค่าอัตราเสี่ยงได้ เนื่องจากอาสาสมัครที่ติดเชื้อทั้งหมดเป็นผู้ที่ตรวจพบภูมิตอบสนองตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมการศึกษา

ภาพที่ 2 ภาพ KM survival estimates แสดงอัตราการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปี (52 สัปดาห์) และผลในการป้องกันการติดเชื้อ (protective effect) ระหว่างกลุ่มที่ตรวจพบภูมิตอบสนองและไม่พบภูมิตอบสนองชนิด Anti-S IgG เมื่อเริ่มเข้าการศึกษา จำแนกตามช่วงอายุ



Hazard ratio using Cox’s regression model controlling for gender, any underlying disease, number of house-hold member, elderly house-hold member, history of infection with COVID-19, and history of any dose of COVID vaccination., Protective effect calculated using formula $1 - HR * 100$.

อภิปรายผล : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบติดตามกลุ่มประชากรไปข้างหน้าในระดับชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นจังหวัดนครพนมในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษากับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการระหว่างการติดตาม

ผลการศึกษาพบว่า การตรวจพบแอนติบอดีชนิด anti-S SARS-CoV-2 IgG มีความชุกสูงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 เดือน โดยมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกกลุ่มอายุ และพบสูงที่สุดในกลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 12–17 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่พบว่าภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังการระบาดหลายระลอกและการได้รับวัคซีน แม้เด็กส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการก็ตาม (5,6,7,11,17)

ในทางตรงกันข้าม การตรวจพบแอนติบอดีชนิด anti-N SARS-CoV-2 IgG ซึ่งใช้เป็นตัวบ่งชี้การติดเชื้อโดยธรรมชาติ มีความชุกเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของการติดตาม และลดลงอย่างชัดเจนเมื่อครบ 12 เดือน โดยลดลงเร็วกว่าการตรวจพบ anti-S IgG แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่รายงานว่า anti-N IgG มีการลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเวลาผ่านไปหลังการติดเชื้อ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ(14–17)

ผลจากการเฝ้าระวังเชิงรุกรายสัปดาห์พบว่า แม้อาสาสมัครรายงานอาการคล้ายโควิด-19 จำนวนมาก แต่การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ได้รับการยืนยันด้วย multiplex RT-PCR พบในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ และไม่พบการติดเชื้อซ้ำในอาสาสมัครรายเดียวกันตลอดระยะเวลาการติดตาม นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้งหมดไม่พบรายใดมีอาการรุนแรงหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อในเด็กและวัยรุ่นในช่วงที่เชื้อ Omicron เป็นสายพันธุ์หลักที่ระบาด และมีความรุนแรงของโรคลดลงเมื่อเทียบกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้(4,5,18)

เมื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบภูมิตอบสนองชนิด anti-S SARS-CoV-2 IgG เมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษากับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแสดงอาการ พบแนวโน้มของการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยมีค่าอัตราเสี่ยงลดลงร้อยละ 36 อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากจำนวนเหตุการณ์การติดเชื้อที่ค่อนข้างต่ำในช่วงปีที่ทำการศึกษา ส่งผลให้พลังทางสถิติในการตรวจจับความแตกต่างมีจำกัด นอกจากนี้ การกลายพันธุ์ของเชื้อ SARS-CoV-2 อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสายพันธุ์ Omicron และสายพันธุ์ย่อย อาจส่งผลให้ภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการติดเชื้อหรือวัคซีนรุ่นก่อนหน้ามีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อลดลง แม้จะยังคงมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรครุนแรง(4,14,18)

เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มเด็กอายุน้อยและเด็กวัยเรียน การตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษามีแนวโน้มลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแสดงอาการได้ในระดับปานกลาง ขณะที่ในกลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น ไม่สามารถประมาณค่าความสัมพันธ์ได้เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อทั้งหมดตรวจพบภูมิตอบสนอง

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025

Revised : 20 November 2025

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

ตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมการศึกษา ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงการมีภูมิคุ้มกันในระดับประชากรที่สูงร่วมกับคุณสมบัติการหลบหลีกภูมิคุ้มกันของสายพันธุ์ที่ระบาด มากกว่าการขาดผลในการป้องกันต่อการเกิดโรครุนแรง

ผลการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การไม่สามารถแยกแหล่งที่มาของภูมิตอบสนองระหว่างการติดเชื้อโดยธรรมชาติและการได้รับวัคซีนได้อย่างชัดเจน การใช้การตรวจพบแอนติบอดีเป็นตัวแทนของภูมิคุ้มกันโดยไม่ได้ประเมิน neutralizing antibody และจำนวนเหตุการณ์การติดเชื้อที่ต่ำซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีจุดแข็งที่สำคัญ ได้แก่ การออกแบบแบบติดตามไปข้างหน้าในระดับชุมชน การเฝ้าระวังเชิงรุกรายสัปดาห์ และการยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธีทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยผลลัพธ์

ในบริบทปัจจุบัน แนวทางของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยแนะนำให้พิจารณาการให้วัคซีนโควิด-19 เป็นรายปีในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยงสูง ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวโดยชี้ให้เห็นว่าภูมิคุ้มกันในระดับประชากรอาจมีบทบาทจำกัดต่อการป้องกันการติดเชื้อแบบแสดงอาการ แต่ยังคงมีความสำคัญต่อการลดความรุนแรงของโรค และการกำหนดกลยุทธ์การให้วัคซีนที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญ(9,19–21)

โดยสรุป เด็กและวัยรุ่นในจังหวัดนครพนมมีความชุกของการตรวจพบภูมิตอบสนองต่อเชื้อ SARS-CoV-2 ในระดับสูงตลอดระยะเวลา 12 เดือน โดยเฉพาะแอนติบอดีชนิด anti-S IgG อย่างไรก็ตาม การตรวจพบภูมิตอบสนองเมื่อเริ่มเข้าร่วมการศึกษาแสดงเพียงแนวโน้มของการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ SARS-CoV-2 แบบแสดงอาการ และยังไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และการกำหนดกลยุทธ์การให้วัคซีนที่เหมาะสมโดยมุ่งเป้าไปยังเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์กรมควบคุมโรค คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โรงพยาบาลนครพนม ที่อำนวยความสะดวกทุกด้าน พยาบาลวิจัยและเจ้าหน้าที่ศูนย์ศึกษาวิจัยทุกท่านที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) ที่สนับสนุนทุนวิจัยและวิชาการ และขอบคุณอาสาสมัครทุกคนและผู้ปกครองทุกท่านที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. Okada P, Buathong R, Phuygun S, Thanadachakul T, Parnmen S, Wongboot W, et al. Early transmission patterns of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in travellers from Wuhan to Thailand, January 2020. Vol. 25, Eurosurveillance. 2020. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.8.2000097>
2. Puenpa J, Rattanakomol P, Saengdao N, Chansaenroj J, Yorsaeng R, Suwannakarn K, et al. Molecular characterisation and tracking of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in Thailand, 2020-2022. Arch Virol. 2023;168(1). <https://doi.org/10.1007/s00705-022-05666-6>
3. Kunno J, Supawattanabodee B, Sumanasrethakul C, Wiriyasivaj B, Kuratong S, Kaewchandee C. Comparison of Different Waves during the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Study in Thailand. Adv Prev Med. 2021;2021. <https://doi.org/10.1155/2021/5807056>
4. Sun C, Xie C, Bu GL, Zhong LY, Zeng MS. Molecular characteristics, immune evasion, and impact of SARS-CoV-2 variants. Vol. 7, Signal Transduction and Targeted Therapy. 2022. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01039-2>
5. Romanchuk LI, Koloskova OK. PECULIARITIES OF THE CORONAVIRUS INFECTION CLINICAL COURSE CAUSED BY SARS-COV2 IN CHILDREN POPULATION (LITERARY REVIEW). Clin Exp Pathol. 2024;22(4). <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.4.86.2023.09>
6. Coffin SE, Rubin D. Yes, Children Can Transmit COVID, but We Need Not Fear. Vol. 175, JAMA Pediatrics. 2021. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2767>
7. Paul LA, Daneman N, Schwartz KL, Science M, Brown KA, Whelan M, et al. Association of Age and Pediatric Household Transmission of SARS-CoV-2 Infection. JAMA Pediatr. 2021;175(11). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2770>
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรม. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=40060&deptcode=brc>. 2024. ผลกระทบของวัคซีนโควิด 19 และข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดภายหลังการได้รับวัคซีน.
9. สมาคมโรคติดเชื้อเด็กแห่งประเทศไทย. <https://www.pidst.net/A1524.html>. 2568. คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับเด็กและวัยรุ่น ฉบับที่ 13.

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025 Revised : 20 November 2025 ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

10. Lorenz E, Souares A, Amuasi J, Loag W, Deschermeier C, Fusco D, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 in urban settings in three sub-Saharan African countries (SeroCoV): A study protocol for a household-based cross-sectional prevalence study using two-stage cluster sampling. *BMJ Open*. 2021;11(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056853>
11. Clarke KEN, Kim Y, Jones J, Lee A, Deng Y, Nycz E, et al. Pediatric Infection-Induced SARS-CoV-2 Seroprevalence Increases and Seroprevalence by Type of Clinical Care-September 2021 to February 2022. *Journal of Infectious Diseases*. 2023;227(3).<https://doi.org/10.1093/infdis/jiac423>
12. World Health Organization. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/asymptomatic-covid-19>. 2023. COVID-19: symptoms.
13. QIAGEN. <https://www.qiagen.com/ca/products/diagnostics-and-clinical-research/infectious-disease/qiastat-dx-syndromic-testing/qiastat-dx-ca>. 2025. QIAstat-Dx Respiratory SARS-CoV-2 Panel.
14. Barouch DH. Covid-19 Vaccines - Immunity, Variants, Boosters. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(11). <https://doi.org/10.1056/NEJMra2206573>
15. Movsisyan M, Chopikyan A, Kasparova I, Hakobjanyan G, Carrat F, Sukiasyan M, et al. Kinetics of anti-nucleocapsid IgG response in COVID-19 immunocompetent convalescent patients. *Sci Rep*. 2022;12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16402-0>
16. Abdullahi A, Frimpong J, Cheng MTK, Aliyu SH, Smith C, Abimiku A, et al. Performance of SARS COV-2 IgG Anti-N as an Independent Marker of Exposure to SARS COV-2 in an Unvaccinated West African Population. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2023;109(4). <https://doi.org/10.4269/ajtmh.23-0179>
17. Suntronwong N, Vichaiwattana P, Klinfueng S, Puenpa J, Kanokudom S, Assawakosri S, et al. SARS-CoV-2 infection- induced seroprevalence among children and associated risk factors during the pre- and omicron-dominant wave, from January 2021 through December 2022, Thailand: A longitudinal study. *PLoS One*. 2023;18(4 April). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279147>

Corresponding : sutthichain@gmail.com

Received : 7 October 2025 **Revised :** 20 November 2025 **ปีที่ 12 ฉบับที่ 3**

Accepted : 1 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285458

18. Department of Medical Sciences Ministry of Public Health.
<https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/2997/nw/25>. 2568. กรมวิทยาศาสตร์ ฝ้าระวังสายพันธุ์
โควิด 19 พบโอไมครอนสายพันธุ์ JN.1 ยังเป็นสายพันธุ์หลักในไทย.
19. Hart JD, Ong DS, Chokephaibulkit K, Ong-Lim AT, Vereti I, Crawford NW, et al.
Considerations for vaccinating children against COVID-19. Vol. 7, BMJ Paediatrics Open.
2023. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-001964>
20. Chantasrisawad N, Puthanakit T, Tangsathapornpong A, Techasaensiri C, Phongsamart
W, Suwanpakdee D, et al. Immunogenicity and Reactogenicity of mRNA BNT162b2
COVID-19 Vaccine among Thai Adolescents with Chronic Diseases. Vaccines (Basel).
2022;10(6).<https://doi.org/10.3390/vaccines10060871>
21. Suryawanshi YN, Biswas DA. Herd Immunity to Fight Against COVID-19: A Narrative
Review. Cureus. 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.33575>

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอดและ
การกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม

นิภาพร หอมหวล พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

เกรียงไกร ประเสริฐ พบ.ปรด.

แพทย์เวชกรรมป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ระบาดวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพนม

ปรีชญา ธงพานิช ศษ.ด.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเร่งให้สมรรถภาพปอด (FEV_1) ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันจึงมีความจำเป็น เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอด (ค่า FEV_1) และอัตราการกำเริบเฉียบพลันซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง ดำเนินการในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 43 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โปรแกรมพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบการจัดการกับอาการประกอบด้วย 10 กิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และผลตรวจสมรรถภาพปอด (FEV_1) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วย Paired t-test

ผลการศึกษา: ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ย FEV_1 เพิ่มขึ้นจาก 71.48 ± 23.53 เป็น 74.60 ± 22.91 ($t = -2.175$, $p = .01$) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง แม้ว่าจะมีผู้ป่วย 1 รายที่สมรรถภาพปอดลดลงสู่ระดับรุนแรงมากก็ตาม

ในขณะที่ค่าเฉลี่ยจำนวนการกำเริบเฉียบพลันซ้ำลดลงจาก 9.95 ± 30.412 เป็น 2.74 ± 5.242 แต่การลดลงดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.669, p = .05$)

สรุป: ผลการศึกษาชี้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวม พร้อมสะท้อนความจำเป็นของการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่อง ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การจัดการกับอาการ, อาการกำเริบเฉียบพลัน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สมรรถภาพปอด

The Effects of an Acute Exacerbation Symptom Management Program on Lung Function and Recurrent Acute Exacerbation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nakhon Phanom Hospital

Niphaporn Homhuan M.N.S.(Adult)

Registered Nurse, Outpatient Department, Nursing Division, Nakhon Phanom Hospital.

Kriengkrai Prasert MD, Preventive Medicine

Preventive Medicine Physician (Community Mental Health and Clinical Epidemiology),

Nakhon Phanom Hospital

Pratya Thongpanit Ed.D.

Assistant Professor, Faculty of Science, Nakhon Phanom University

Abstract

Background: Acute exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) accelerate the decline in pulmonary function, particularly forced expiratory volume in one second (FEV₁), and increase the risk of recurrent episodes. Developing and evaluating the effectiveness of an acute exacerbation management program is therefore essential to enhance the quality and efficiency of patient care.

Objective: To evaluate the effects of an acute exacerbation symptom management program on Lung function (FEV₁) and recurrent acute exacerbations in patients with COPD.

Materials and Methods: This one-group pretest–posttest experimental study was conducted among 43 patients attending the COPD clinic at Nakhon Phanom Hospital between February 2024 and February 2025. The program was developed through a literature review and guided by the Symptom Management Model, consisting of ten activities. Data collection tools included questionnaires on personal characteristics, medical and treatment history, acute exacerbation episodes, and pulmonary function (FEV₁). Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and paired t-tests to compare pre- and post-intervention outcomes.

Corresponding : auiy.28@hotmail.com

Received : 16 October 2025 **Revised :** 3 November 2025

Accepted : 16 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 284434

Results: Following participation in the program, patients showed a statistically significant improvement in pulmonary function, with mean FEV₁ increasing from 71.48 ± 23.53 to 74.60 ± 22.91 (t = -2.175, p = .01), particularly among those with moderate to severe disease, although one patient experienced a decline to the very severe level. The mean number of recurrent acute exacerbations decreased from 9.95 ± 30.412 to 2.74 ± 5.242; however, this reduction was not statistically significant (t = 1.669, p = .05).

Conclusion: The findings indicate that the acute exacerbation management program effectively enhances pulmonary function among patients with COPD, underscoring the need for long-term follow-up to assess sustained outcomes and optimize the program in accordance with disease severity and individual patient characteristics.

Keywords: symptom management, acute exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease, Pulmonary function

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของประชากรโลก โดยมีผู้เสียชีวิตกว่า 3.23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นอันตรายและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ ภาวะอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation of COPD: AECOPD) ซึ่งเป็นภาวะที่อาการทางระบบหายใจทรุดลงอย่างรวดเร็ว โดยมีอาการหายใจลำบาก ไอ หรือเสมหะเพิ่มขึ้น อาการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อย 2 ข้อและคงอยู่นาน ≥ 2 วัน^{2,3} ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดการเจ็บป่วย นำไปสู่การรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต เพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁴ ภาวะ AECOPD ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพปอดในระยะยาว คุณภาพชีวิตที่ถดถอย และภาวะทุพพลภาพ การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงสุดคือผู้ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีการกำเริบ ดังนั้น การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁵ ความถี่ของการกำเริบอาจจะไม่ได้เพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค เมื่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดำเนินไป อาการกำเริบมักจะมีอาการมากขึ้นและใช้เวลานานในการฟื้นฟู⁴ Seemungal และคณะ (2000)⁶ ได้ศึกษาระยะเวลาและการฟื้นฟูของภาวะกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการบันทึกอาการและการวัดค่า Peak Expiratory Flow (PEF) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉลี่ย 2.5 ครั้งต่อปี โดยใช้เวลาฟื้นฟูเฉลี่ย 7-14 วัน ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาหาค่า PEF เท่ากับก่อนเกิดอาการกำเริบภายใน 35 วัน และมากกว่าครึ่งของอาการกำเริบมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย โดยเฉพาะ rhinovirus และ haemophilus influenzae และผลการศึกษาพบว่า การกำเริบบ่อยครั้งสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพปอดในระยะยาว (FEV1 decline) และคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Zider และคณะ (2017)⁷ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด (Forced Expiratory Volume in 1 Second: FEV₁) กับความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่าทุกการเพิ่มขึ้นของสมรรถภาพปอด (FEV₁) 100 มิลลิลิตรมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงการเกิดอาการกำเริบลงร้อยละ 21 และอัตราการกำเริบลดลง 0.06 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี ดังนั้น เป้าหมายหลักของการจัดการภาวะ AECOPD จึงมุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการให้ทุเลาอย่างรวดเร็ว การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้กลับใกล้เคียงสภาวะปกติ และการป้องกันการกำเริบซ้ำในอนาคต³

โรงพยาบาลนครพนมได้จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพตามแนวทางของกรมการแพทย์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยและลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม

ผลการดำเนินงานย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 73.58 เป็น 85.79 ครั้งต่อร้อยละผู้ป่วยตามลำดับ (ข้อมูลจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข)⁸ การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) พบว่า การกำเริบของโรคมีเพิ่มสูงในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม ซึ่งสอดคล้องกับระดับฝุ่น PM2.5 ที่สูง รวมทั้งพบปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (ใช้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ) การสูบบุหรี่ ภัยธรรมชาติ การใช้จ่ายที่ไม่ถูกวิธี และการขาดการบริหารปอดอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยบางราย

จากรายงานวิจัยที่ผ่านมา⁹⁻¹⁵ ได้มีศึกษาการจัดการอาการหายใจลำบาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนมีการศึกษารูปแบบการหายใจที่ช่วยให้สมรรถภาพปอดและกล้ามเนื้อหายใจแข็งแรงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ¹⁶ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลชั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) มีความสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ¹⁷ มีประสิทธิผลทั้งในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก การเพิ่มคุณภาพชีวิต และการลดภาวะทางจิตใจด้านลบ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมถึงช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและสมรรถภาพปอดได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอดและการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการของตนเองได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอด (ค่า FEV1) และอัตราการกำเริบเฉียบพลันซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ พยากรณ์ไปข้างหน้า (prospective data collection) ณ โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568

การคำนวณขนาดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากข้อมูลค่าเฉลี่ย FEV1 เดิมในผู้ป่วย COPD คือ 72 ± 23.4 และคาดการณ์ว่าโปรแกรมจะสามารถเพิ่มค่า FEV1 เป็น 85.0 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) 80% สำหรับการทดสอบแบบ One-sample t-test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (รหัส ICD-10: J44)
- 2) ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) โดยมีค่า Post-bronchodilator FEV1/FVC < 70%
- 3) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาถิ่นอีสานได้
- 5) ไม่มีข้อห้ามในการตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry)
- 6) ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการศึกษาตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

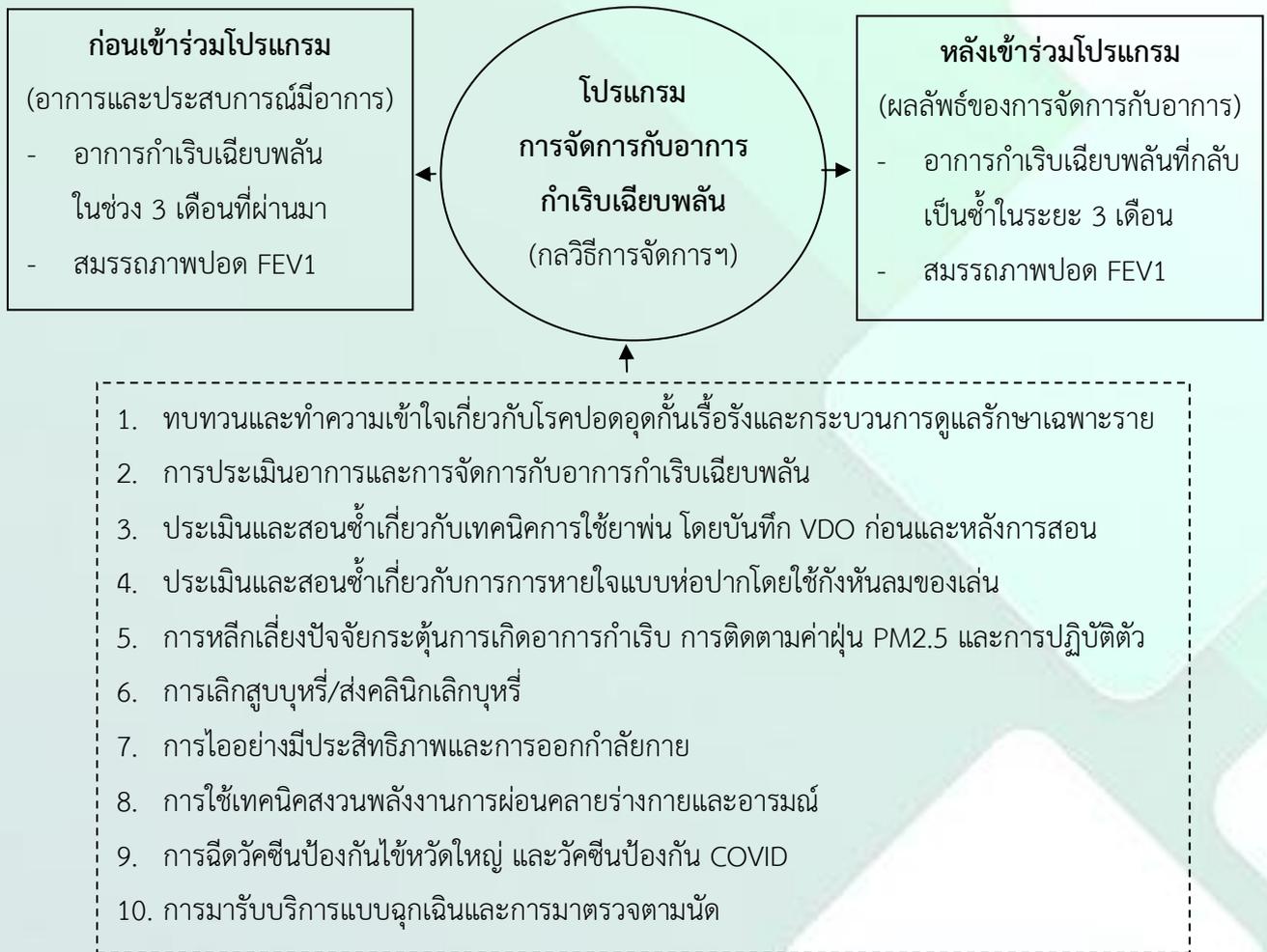
1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ แนวคิดรูปแบบการจัดการกับอาการ (Symptom Management Conceptual Model) ของ Dodd et al. (2001)¹⁹ โดยออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท จำนวน 10 กิจกรรม (ดังแผนภูมิที่ 1)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และสิทธิรักษา)

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (ระยะเวลาการวินิจฉัยและรักษา COPD ประวัติโรคประจำตัว/โรคร่วม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และโควิด-19 ประวัติการติดโควิด-19 การใช้ยาขยายหลอดลม และการใช้สมุนไพร/กัญชา/ยาหม้อ/ยาต้ม/อาหารเสริม)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับสมรรถภาพปอดและอาการกำเริบเฉียบพลัน (ข้อมูล FEV1 และจำนวนครั้งของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในช่วง 3 เดือนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม)



แผนภูมิที่ 1 โปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม

การดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ป่วย และตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยเข้าใจ จากนั้นจึงดำเนินการขอความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (informed consent) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผลสมรรถภาพปอด และประวัติการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

หลังจากเก็บข้อมูลพื้นฐาน ผู้ป่วยจะเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการกับอาการ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้ การสอน การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยมีการติดตามสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ และนัดหมายผู้ป่วยเพื่อประเมินสมรรถภาพปอดและติดตามอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำอีกครั้งหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และลักษณะทางคลินิกทั่วไป จะนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมSTATA โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (FEV1) และการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้วิธีทางสถิติเพื่อตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างคู่ของกลุ่มที่มีความเกี่ยวข้อง (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม (เลขที่ NP-EC11-No. 8/2567) ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยขั้นพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ การขอความสมัครใจยินยอม (informed consent) จากผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับ (confidentiality) ของข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด และการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น (consequence) ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยจากการเข้าร่วมการศึกษา ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=43) (ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (86.04%) และมีอายุเฉลี่ย 66.06 ปี (S.D.=10.60) ช่วง 41-82 ปี) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (48.83%) ผู้ป่วยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และ 100% มีสถานภาพสมรสแบบคู่ (ไม่มีข้อมูลมาย/หย่า/แยก) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม (74.41%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (53.48%) รายได้ส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่าย (86.04%) และมีสิทธิการรักษาหลักเป็น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) (79.06%)

ในด้านประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา COPD มานานกว่า 5 ปี (74.42%) และประมาณครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (51.16%) มากกว่าครึ่งเคยสูบบุหรี่และเลิกได้แล้ว (55.81%) แต่ยังมีผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ (18.6%) สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (90.7%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (83.72%) และได้รับวัคซีนโควิด-19 ครบ 2-3 เข็มเป็นส่วนใหญ่ (รวม 73.21%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 (72.09%) และ รูปแบบการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมที่พบบ่อยที่สุดคือ Bronchodilator + ICS/LABA + LAMA (48.14%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ใช้สมุนไพร/กัญชา/ยาหม้อ/ยาต้ม/อาหารเสริม (81.4%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	86.04
หญิง	6	13.93
อายุ		
40-49	6	13.95
50-59	7	16.27
60-69	9	20.93
≥70	21	48.83
(x̄=66.06 ค่า S.D.= 10.60 MAX=82 Min=41)		
ศาสนา		
พุทธ	43	100
สถานภาพสมรส		
คู่	43	100
ม้าย/หย่า/แยก	0	0
ระดับการศึกษา		
ประถม	32	74.41
มัธยม	5	11.62
≥ปริญญาตรี	6	13.95
อาชีพ		
เกษตรกร	23	53.48
รับจ้าง	14	32.55
ค้าขาย	1	2.32
ว่างงาน	5	11.62
ความเพียงพอรายได้		
พอใช้	37	86.04
ไม่พอใช้	6	13.95

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิรักษา		
เบิกได้/จ่ายตรง	5	11.62
ประกันสุขภาพ (UC)	34	79.06
ประกันสังคม	4	9.30

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นเวลานาน		
1-4 ปี	11	25.58
≥ 5 ปี	32	74.42
ประวัติโรคประจำตัวอื่นหรือโรคร่วม		
มี	22	51.16
ไม่มี	21	48.84
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	11	25.58
เคยสูบ แต่หยุดสูบแล้ว	24	55.81
เคย และยังสูบบุหรี่อยู่	8	18.6
ประวัติสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่		
สูบ	4	9.30
ไม่สูบ	39	90.7
ประวัติการได้รับ Flu vaccine ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ได้ฉีด	36	83.72
ไม่ได้ฉีด	7	16.28
ประวัติการได้รับ COVID vaccine		
ไม่ได้ฉีด	1	2.32
2 เข็ม	21	48.84
3 เข็ม	16	73.21
4 เข็ม	5	11.63

Corresponding : auiy.28@hotmail.com

Received : 16 October 2025

Revised : 3 November 2025

Accepted : 16 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 284434

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการติด COVID		
ไม่เคยติด	31	72.09
เคยติด 1 ครั้ง	11	25.58
เคยติด 2 ครั้ง	1	2.32
ประวัติการรักษาด้วยยาขยายหลอดลม		
Bronchodilator + ICS/LABA	14	32.56
Bronchodilator + LAMA	4	9.30
Bronchodilator + ICS/LABA + LAMA	25	48.14
สมุนไพร/กัญชา/ยาหม้อ/ยาต้ม/อาหารเสริม		
ใช้	8	18.6
ไม่ใช้	35	81.4

2. การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด (FEV1) และอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับสมรรถภาพปอดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น โรงพยาบาลนครพนม (n=43)

ระดับสมรรถภาพปอด (FEV1)		ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ (ราย)
ระดับที่ 1 Mild	≥ 80	15	34.88	17	39.53
ระดับที่ 2 Moderate	50-70	18	41.86	19	44.18
ระดับที่ 3 Severe	30-49	10	2.32	6	13.95
ระดับที่ 4 Very Severe	<30	0	0	1	2.32
Mean ± S.D.		71.48 ±23.529		74.60±22.908	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและสมรรถภาพปอด FEV1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วม		หลังการเข้าร่วม		t	df	P-value
	โปรแกรมฯ		โปรแกรมฯ				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน	9.95	30.412	2.74	5.242	1.669	42	0.051
ระดับสมรรถภาพปอด	71.48	23.529	74.60	22.908	-2.175	42	0.017

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอด (FEV1) และการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงในตารางที่ 3 และ 4

2.1 สมรรถภาพปอด (FEV1)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด FEV1 ของผู้ป่วย เพิ่มขึ้นจาก 71.48 (S.D.= 23.529) เป็น 74.60 (S.D.=22.908) การทดสอบ Paired t-test พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.175, p=0.017$) เมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของโรคตามค่า FEV1 พบว่า

- 1) จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ Mild ($FEV1 \geq 80\%$) เพิ่มขึ้น จาก 15 ราย (34.88%) เป็น 17 ราย (39.53%)
- 2) จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ Moderate ($FEV1 50-70\%$) เพิ่มขึ้น จาก 18 ราย (41.86%) เป็น 19 ราย (44.18%)
- 3) จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับ Severe ($FEV1 30-49\%$) ลดลง จาก 10 ราย (2.32%) เป็น 6 ราย (13.95%)
- 4) พบผู้ป่วย 1 ราย (2.32%) ที่มีสมรรถภาพปอดลดลงสู่ระดับ Very Severe ($FEV1 < 30\%$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม

โดยรายนี้มีประวัติการรักษา 5 ปี มีโรคร่วมเป็น HT เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้ 2 ปี ไม่มีอาการหอบกำเริบ แต่รู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อทำงานในห้อง LAB ศูนย์วิจัย และมีอาการตื่นเต้น/หัวใจเต้นเร็วเมื่อเข้าโรงพยาบาลหรือได้กลิ่นแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการวัดค่า FEV1

ผลลัพธ์โดยรวมบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง Mild และ Moderate

2.2 การกำเริบเฉียบพลันซ้ำ

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ลดลงจาก 9.95 (S.D.=30.412) เป็น 2.74 (S.D.=5.242) อย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม การทดสอบ Paired t-test พบว่าการลดลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.669$, $p=0.051$) เนื่องจากค่า p-value สูงกว่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันต่อสมรรถภาพปอด (FEV1) และอัตราการกำเริบเฉียบพลันซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลนครพนม ผลการศึกษาที่สำคัญสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ผลต่อสมรรถภาพปอด (FEV1)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันมีประสิทธิภาพในการเพิ่มค่าสมรรถภาพปอด (FEV1) ของผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพปอดระดับ Mild และ Moderate ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนระดับ Severe มีจำนวนลดลงได้ในระยะ 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การจัดการอาการและการให้ความรู้ที่ครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น¹⁷ ส่งผลให้การควบคุมโรคดีขึ้นและสมรรถภาพปอดฟื้นฟูได้¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การหายใจแบบห่อปากโดยใช้กึ่งหันลมของเล่นเป็นรูปแบบการหายใจที่มีประสิทธิภาพโดยช่วยทำให้สมรรถภาพของปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในระยะ 3 เดือน¹⁶ แต่แตกต่างกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลัน ในระยะ 5 เดือน พบว่าสมรรถภาพปอดระดับ Severe ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง¹²

การที่โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การสอนเทคนิคการหายใจที่ถูกต้อง การหายใจแบบห่อปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น(เช่น PM2.5 และการติดเชื้อ) ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการและป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และช่วยให้สมรรถภาพปอดคงที่หรือดีขึ้นได้ การลดลงของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม Severe และการเพิ่มขึ้นในกลุ่ม Mild และ Moderate ตอกย้ำให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีแนวโน้มที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการควบคุมโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม กรณีของผู้ป่วย 1 รายที่มีค่า FEV1 ลดลงสู่ระดับ Very Severe หลังเข้าร่วมโปรแกรม ควรได้รับการพิจารณาเป็นรายบุคคล ปัจจัยที่ระบุ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการทำงานในห้อง LAB ความตื่นเต้น/กังวลเมื่ออยู่ในสถานพยาบาล อาจส่งผลต่อการวัดค่า FEV1 หรือบ่งชี้ถึงความซับซ้อนของโรคหรือภาวะจิตใจของผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินและดูแลเพิ่มเติมในอนาคต

2. ผลต่อการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ

แม้ว่าค่าเฉลี่ยการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำจะ ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 9.95 เป็น 2.74 ครั้ง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แต่ผลการทดสอบทางสถิติชี้ว่า การลดลงนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.051$) การที่ค่า p -value อยู่ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญมาก ($p=0.051$) ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะช่วยลดการกำเริบเฉียบพลันซ้ำได้ แต่ด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดและการเก็บข้อมูลเพียง 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอที่จะแสดงผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ชัดเจน

การที่โปรแกรมเน้นการให้ความรู้เรื่องการประเมินและจัดการอาการกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การเลิกสูบบุหรี่ และการฉีดวัคซีน เป็นมาตรการที่ได้รับการยอมรับว่ามีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรค ดังนั้น การที่ผลไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น

- 1) ระยะเวลาการติดตามผล 3 เดือนอาจสั้นเกินไปที่จะเห็นผลกระทบที่ชัดเจนและยั่งยืนต่ออัตราการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ไม่บ่อยนักในระยะสั้น
- 2) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การมีกลุ่มตัวอย่าง 43 ราย อาจไม่เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรที่มีความผันผวนสูงอย่างการกำเริบของโรค เนื่องจากขนาดศึกษาคำนวณจากค่า FEV1
- 3) ปัจจัยภายนอก การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยสิ่งแวดล้อม (เช่น PM2.5 ที่อาจยังคงสูงในช่วงเวลาที่ศึกษา) หรือปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจมีผลต่อการเกิดอาการกำเริบ

ผลลัพธ์นี้ยังคงสนับสนุนให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและ/หรือในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดการกำเริบเฉียบพลันซ้ำในผู้ป่วย COPD

3. สอดคล้องกับแนวคิดและบริบท

โปรแกรมการจัดการกับอาการนี้ได้รับการพัฒนาโดยอิงตาม Symptom Management Conceptual Model ของ Dodd et al. (2001)¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatreewatanakul et al., (2022)²⁰ โดยผู้ป่วย จะใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนเอง เริ่มตั้งแต่การการรับรู้อาการ การใช้วิธีการจัดการอาการ ทั้งในช่วงที่เกิดอาการกำเริบและช่วงที่อาการคงที่เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ ซึ่งการศึกษานี้ได้มุ่งเน้นในบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นโดยมีการประเมินและการทวนซ้ำเพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้อง ผลการศึกษาที่พบว่าสมรรถภาพปอดดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าแนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของโรงพยาบาลนครพนม กิจกรรมที่ออกแบบมาให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่ (เช่น ปัญหา PM2.5/ พฤติกรรมการสูบบุหรี่)อาจมีส่วนสำคัญต่อการรับรู้และการนำไปปฏิบัติของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ไม่ได้คำนึงถึงตัวแปรที่บ่งชี้ severity ของ COPD เนื่องจากไม่ได้นำ CAT score หรือ MMRC score เข้ามาพิจารณา หากมีการศึกษาเพิ่มเติม ควรเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ผลของ severity score ที่อาจมีผลต่อ อาการกำเริบเฉียบพลันได้ และเป็นการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง ซึ่งอาจไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์ และ ขาดกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างแท้จริงว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากโปรแกรมโดยตรง นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามผลที่ 3 เดือน อาจยังไม่เพียงพอต่อการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ออัตราการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว

1. การวิจัยเชิงทดลองแบบมีการควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์
2. การเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบทางสถิติที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาตัวแปรที่มีความผันผวนสูง
3. การติดตามผลในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินผลกระทบที่ยั่งยืนของโปรแกรม ต่อทั้งสมรรถภาพปอดและการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมในการปฏิบัติตามโปรแกรม และประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [updated 2023 Mar 16; cited 2023 Dec 3]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2024 report [Internet]. Fontana (WI): GOLD; 2023 [cited 2023 Dec 3]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report>.
3. สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย; 2565.
4. Wedzicha JA, Donaldson GC. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care*. 2003 Dec;48(12):1204-13; discussion 1213-5. PMID: 14651761.
5. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román-Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2005;60(11):925-31. <https://doi.org/10.1136/thx.2005.040527>
6. Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(5):1608-13. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.161.5.9908022>
7. Zider AD, Wang X, Buhr RG, Sirichana W, Barjaktarevic IZ, Cooper CB. Reduced COPD exacerbation risk correlates with improved FEV₁: a meta-regression analysis. *Chest*. 2017;152(3):494-501. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.04.169>
8. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [อ้างเมื่อ 3 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.

Corresponding : auiy.28@hotmail.com

Received : 16 October 2025

Revised : 3 November 2025

Accepted : 16 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 284434

9. อาริรัตน์ ม่วงไหมทอง. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2551.
10. ณีภูษณนิชา ดวงแสง. การจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
11. อัมมาณัฐ วังโสม. การจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559;27(1):2-12.
12. ทศนา วงศ์กิตติรัตน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2563;1(4):78-91.
13. อ้อยทิพย์ อโนมา. ผลของโปรแกรมการสอนการจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างเมื่อ 3 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://skko.moph.go.th/dward/document>.
14. อรสา ปิ่นแก้ว, และคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับสมาธิบำบัดต่ออาการหายใจลำบาก ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(2):59-70.
15. Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. Patient Educ Couns. 2004;52(3):271-7.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00102-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00102-2)
16. สราวุธ จันทร์แสง. ผลของการฝึกการหายใจแบบห่อปากโดยใช้กังหันลมของเล่นต่อการทำงานของปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/34500/>.
17. เสน่ห์ พุฒธิ, จรรยา ภูเขาฟ้า. บทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยความรู้และทักษะที่จำเป็น 8 เรื่อง: การดูแลต่อเนื่องในภาวะอาการคงที่. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(4):1-11.

18. Aranburu-Imatz A, López-Carrasco JC, Moreno-Luque A, et al. Nurse-led interventio chronic obstructive pulmonary disease patients: a systematic review and meta-anal Int J Environ Res Public Health. 2022;19(15):9101. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159101>
19. Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 2001;33(5):668-76. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
20. Chatreewatanakul B, Othaganont P, Hickman RL. Early symptom recognition and symptom management among patients with chronic obstructive pulmonary disease experiencing exacerbations: a qualitative study. Appl Nurs Res. 2022;63:151522. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151522>

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale
ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

พิศมัย หอมอ่อน; พย.บ.

ชัชฎาภา สมศรี; พย.ม.

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ รบกวนต่างๆ (ESAS) เช่น อาการปวด เหนื่อยเพลีย หายใจหอบ เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (PS , ESAS , MO access) , survival และ mortality ระหว่างรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอง กลุ่มไม่สุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบข้อมูลเก็บไปข้างหน้า (quasi-experimental study with retro-prospective design) ในผู้ป่วยประคับประคองโรคมะเร็ง ที่ขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมด 42 คน โดยแบ่ง กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) เก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 จำนวน 21 คน และกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2568 จำนวน 21 คน ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วย ประคับประคองโรคมะเร็ง วิเคราะห์และติดตาม Palliative Performance Scale (PPS) Pain score (PS) Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/มัธยฐาน เปรียบเทียบผลการดูแลใช้สถิติเชิงอนุมาน t-test และ Fishers exact test ควบคุมตัวแปรกวนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้วย multivariable regression Pain score, PPS, ESAS ที่มีการวัดทุกเดือน วิเคราะห์ด้วย multilevel regression และวิเคราะห์ จำนวนวันการอยู่รอดของผู้ป่วยด้วย Survival analysis

ผลการศึกษา : ลักษณะทั่วไปข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วยประคับประคองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน กลุ่มเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่เพิ่มคุณภาพการติดตามเยี่ยมบ้านจาก การจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้ เพิ่มการเข้าถึงยา MO เพิ่มจำนวนวัน ที่มีชีวิตอยู่ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบระดับ PS กลุ่ม intervention และกลุ่ม

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 Revised : 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

standard care พบว่า PS ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (SD=± 1.52) : 3.87 คะแนน (SD=± 1.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.009) ESAS ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.15 คะแนน (SD=± 2.04) : 4 คะแนน (SD=± 2.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.017) จำนวนครั้งที่ได้รับยา มอร์ฟีน ค่าเฉลี่ย 261 ครั้ง (SD=±239.50) : 151.82 ครั้ง (SD=±107.72) กลุ่ม Intervention รับประทุษยามอร์ฟีนมากกว่า กลุ่ม standard care แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value =0.098) จำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่ ค่าเฉลี่ย 123.53 วัน (SD=± 57.95) : 79.05 วัน (SD=± 58.47) กลุ่ม Intervention มีจำนวนวันที่มีชีวิตรอดมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001) ความพึงพอใจของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 46.86 (SD=±1.80) : 48.81 คะแนน (SD= ±1.37) แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 1 ค่าเฉลี่ย 96.19 คะแนน อยู่ในระดับที่ดี (SD=±7.81) คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 94.95 คะแนน อยู่ในระดับกลางๆ (SD=±7.97) ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.437) ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระดับประคับประคองโดยรวมในกลุ่ม intervention (n = 35) ค่าเฉลี่ย 23.63 คะแนน พึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด (SD=±2.06) และเปรียบเทียบอัตราการตายการเยี่ยมบ้านตามระดับ PPS พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ เสียชีวิตน้อยกว่า อัตราตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ที่ 4.6/1,000 person-days เยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ 10.2/1,000 person-days การเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงที่เท่ากับ 0.44 หรือสามารถลดการตายได้ที่ 56% แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030)

ข้อสรุป : ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านตามระดับ PPS ช่วยการจัดการอาการ รบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้ และเพิ่มการเข้าถึงยา MO ได้มากขึ้น เพิ่มจำนวนวันที่มีชีวิตรอด และลดอัตราการตายลงได้มากกว่าการเยี่ยมแบบเดิม

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน, ผู้ป่วยระดับประคองโรคมะเร็ง, Palliative Performance Scale (PPS)

Effects of a Palliative Performance Scale–Based Home Palliative Care Model on Clinical Outcomes and Quality of Life among Patients with Advanced Cancer at Nakhon Phanom Hospital

Pisamai Homon; B.N.S,
 Chatyapa Somsri; M.N.S
 Community Nursing Group, Nakhon Phanom Hospital

Abstract

Background : Palliative care at home or in the community is care aimed at alleviating disruptive symptoms (ESAS) such as pain, fatigue, and shortness of breath, increasing access to services, and enabling patients and their families to have the best possible quality of life.

Objective: To compare clinical outcomes (PS, ESAS, and MO access), survival, and mortality between the new care model and the conventional care model.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental research study using a two-group, non-random sampling design, comparing retrospective and prospective data among 42 registered cancer palliative care patients receiving home visits under the Department of Community Nursing, Nakhon Phanom Hospital. Participants were divided into two groups: the standard care group (n = 21) with data collected retrospectively from July to December 2024, and the intervention group (n = 21) with data collected prospectively from January to June 2025. Outcome variables included Palliative Performance Scale (PPS), Pain Score (PS), and Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) scores. General information was analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations/medians. Comparisons of care outcomes were analyzed using inferential statistics such as the t-test and Fisher's exact test. Potential confounders were adjusted using multivariable regression. Repeated monthly measures of PS, PPS, and ESAS were analyzed using multilevel regression, while patient survival days were analyzed using survival analysis.

Results: Baseline characteristics between the two groups showed no significant differences. The new home-visit model demonstrated improved quality of follow-up and symptom management, resulting in

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025 **Revised :** 13 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

significantly reduced PS and ESAS scores, increased access to MO, longer survival days, and higher patient satisfaction. Mean PS scores were significantly lower in the intervention group (3.03 ± 1.52) than in the standard care group (3.87 ± 1.99 ; $p = 0.009$). Mean ESAS scores were also significantly lower (3.15 ± 2.04 vs. 4.00 ± 2.20 ; $p=0.017$). The mean number of morphine doses was higher in the intervention group (261 ± 239.50) than in standard care (151.82 ± 107.72), though not statistically significant ($p = 0.098$). Average survival days were significantly longer in the intervention group (123.53 ± 57.95) compared to standard care (79.05 ± 58.47 ; $p < 0.001$). Patient satisfaction scores significantly increased between the first and second follow-up (46.86 ± 1.80 vs. 48.81 ± 1.37 ; $p < 0.001$). Overall quality of life remained high but showed no significant difference between the two assessments (96.19 ± 7.81 vs. 94.95 ± 7.97 ; $p = 0.437$). Team satisfaction with the new home-visit model ($n = 35$) was also at the highest level (mean = 23.63 ± 2.06). Mortality rates were reduced in the intervention group when stratified by PPS levels, compared to the standard care model. The mortality rate for the new home visit group was 4.6/1,000 person-days, compared to the traditional home visit group's 10.2/1,000 person-days. The new home visit method reduced mortality by 0.44, or a 56% reduction, a statistically significant difference (p -value 0.030).

Conclusion: The study findings suggest that PPS-based home palliative care can symptom management, significantly reduce PS and ESAS scores, increase access to morphine, prolong survival time, and lower mortality rates compared with the conventional home-visit model.

Keywords : Home-based palliative care, Cancer palliative patients, Palliative Performance Scale (PPS)

ความสำคัญ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างมาก¹ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนไม่น้อยได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ต้องเผชิญกับทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงควรเริ่มตั้งแต่ระยะวินิจฉัย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตช่วยลดค่าใช้จ่ายและลดการกลับเข้าโรงพยาบาล² ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจหอบ เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น³ โดยเฉพาะอาการปวด การเข้าถึงยาแก้ปวด ในผู้ป่วยประคับประคอง มีผลช่วยลดเรื่องความปวดได้ดีขึ้น⁴ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การรับรู้ต่อความตาย ประสบการณ์ชีวิต สังคมวัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะบุคคล⁵ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้มีโอกาสเสียชีวิตในเวลาไม่นาน⁶ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองมุ่งหวังเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยบรรเทาอาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะแรก ที่เริ่มวินิจฉัยโรคจนถึงระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต⁷ ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าสภาวะสุขภาพของประชากรไทย มีแนวโน้มการเจ็บป่วยทั้งเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากขึ้นการดูแลแบบประคับประคองเป็นกระบวนการที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นที่ต้องการมากขึ้น⁸

นโยบายระดับประเทศและทิศทางระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย นโยบาย Home Ward/Hospital at Home ปี 2567–2568 กำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน นิยามตัวชี้วัด Service Plan ปี2566–2570 ยุทธศาสตร์ที่5: Palliative Care มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อที่บ้านหรือชุมชนและจากฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยประคับประคองสูงขึ้น โดยในปี 2565–2567 มีผู้ป่วยจำนวน 165,727 268,189 301,906 ราย เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวน 31,259 36,855 48,374 ราย จังหวัดนครพนม มีจำนวน 2,817 2,925 5,577 ราย ตามลำดับ⁹

บริบทของโรงพยาบาลนครพนม บทบาทกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน ตั้งแต่การสอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยวางแผนติดตามอาการและดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้าน พบข้อมูลสถิติปีงบประมาณ 2565–2567 จำนวน 181 , 184 , 259 ราย และสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง 102, 107, 148 ตามลำดับ โดยในปี 2567 เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อเพิ่มภาระงานของทีมพยาบาลสูงขึ้น ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่เป็นระบบ ตามมาตรฐาน

ความสำคัญของการดูแลระยะท้ายและความท้าทาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานหลายมิติ¹⁰ ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลที่บ้านเป็นความท้าทาย เช่นการประเมินอาการ การจัดการอาการปวด/การจัดการอาการรบกวน¹¹ การเข้าถึงบริการและยา ตลอดจนความพร้อมของผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่¹² ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน ซึ่งออกแบบตามระดับ Palliative Performance Scale (PPS) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม โดยประเมินผลด้านความพึงพอใจคุณภาพชีวิต การเข้าถึงยา Morphine(MO) และจำนวนวันที่มีชีวิตอยู่

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับPain score ESAS เพิ่มการเข้าถึงยา MO จำนวนวันที่มีชีวิตอยู่และอัตราการตาย ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาในรูปแบบ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสองกลุ่มไม่สุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบข้อมูลเก็บไปข้างหน้า (quasi-experimental study with retro-prospective design)พร้อม การติดตามซ้ำรายเดือน ในผู้ป่วยระดับประคับประคองโรคมะเร็ง ที่ขึ้นทะเบียนกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมด 42 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานำร่องจำนวน 10 ราย ในกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม พบว่าระดับ Pain score ของผู้ป่วยระดับประคับประคองในกลุ่มที่ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านแบบเดิมอยู่ที่ 4.8 ± 1.4 คะแนน คาดว่ารูปแบบการดูแลเยี่ยมบ้านแบบใหม่จะสามารถลดคะแนนความเจ็บปวดลงได้เหลือ ที่ 4.0 ± 1.4 คะแนนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 Power 80 % One – sided test ภายใต้การติดตามระดับ Pain score ทุกเดือน เป็นเวลา 3 เดือน (Repeated measurements) ได้ขนาดศึกษากลุ่มละ 16 คน คำนวณเผื่อการเสียชีวิต 20 % ได้ขนาดศึกษากลุ่มละ 19 คน เพื่อให้แบ่งตามระบบ PPS ออกเป็น 3 กลุ่มเท่าๆกันโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยระดับประคับประคองกลุ่มโรคมะเร็ง ที่ยินยอมเข้าร่วมศึกษา PPS 70-100 % จำนวน 7 ราย PPS 40 – 60 % จำนวน

7 ราย PPS 10 – 30 % จำนวน 7 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนั้นขนาดศึกษาเท่ากับกลุ่มละ 21 คน และมีเกณฑ์คัดออก คือ เยี่ยมไม่ครบ 2 ครั้ง ขอยุติการเข้าร่วมศึกษา กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) เก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 21 คน และกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) เก็บข้อมูลไปข้างหน้าระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง เดือนมิถุนายน 2568 จำนวน 21 คน ดำเนินการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วยระดับประคอง โรคมะเร็ง วิเคราะห์และติดตาม Palliative Performance Scale (PPS) Pain score (PS) Edmonton Symptom Assessment System(ESAS) ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/มัธยฐาน เปรียบเทียบผลการดูแลใช้สถิติเชิงอนุมาน t-test และ Fisher's exact test ควบคุมตัวแปรกวนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้วย multivariable regression Pain score, PPS, ESAS ที่มีการวัดทุกเดือน วิเคราะห์ซ้ำรายเดือนด้วย multilevel regression วิเคราะห์การอยู่รอดของผู้ป่วยด้วย survival analysis โดยใช้ Kaplan–Meier และ log-rank test กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีการติดต่อผู้ป่วยเร็วขึ้นและติดตามเยี่ยมบ้านถี่ขึ้นตามระดับ PPS โดยติดต่อและแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นหลังขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านภายใน 3 วัน PPS 70-100 % ติดตามทุก 1 เดือน PPS 40–60 % ติดตามทุก 2-4 สัปดาห์ และ PPS 10–30 % ติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงวันเยี่ยมหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที ประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ประเมินคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของทีม ส่วนกลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม (standard care) ใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองแบบเดิมทุกระดับ PPS ติดต่อและแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้นหลังขึ้นทะเบียนเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน วันเยี่ยมหากมีอาการเปลี่ยนแปลงแนะนำปรับยาที่คลินิกกันและกัน โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการประเมินประเมิน PPS PS ESAS และเปรียบเทียบผลลัพธ์ช่วงเวลาเดียวกันในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 3 เดือนที่ 4 เดือนที่ 5 และเดือนที่ 6 ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Intervention เยี่ยมบ้านแบบใหม่ และกลุ่ม standard care เยี่ยมบ้านแบบเดิม

เพศ โดยกลุ่ม Intervention เป็นชาย : หญิง เท่ากับ 10 : 11 คิดเป็นร้อยละ 47.62 : 52.38 กลุ่ม standard care เท่ากับ 12 : 9 คิดเป็นร้อยละ 57.14 : 42.86 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value =0.758)

อายุเฉลี่ย 66.14 ปี (SD=±11.50) : 64.71 ปี (SD=±15.08) (p-value = 0.732)

ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่ม Intervention คือ โรคมะเร็งปอด เท่ากับ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.81 ในขณะที่กลุ่ม standard care โรคมะเร็งอื่นๆ เท่ากับ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.10 ลักษณะทั่วไปที่พบไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ชนิดของมะเร็ง ระดับ PPS ในวันขึ้นทะเบียนก่อนเยี่ยม

ลักษณะที่ศึกษา	Intervention(n= 21)		standard care (n= 21)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	10	47.62	12	57.14	0.758
หญิง	11	52.82	9	42.86	
อายุ (ปี), mean (±SD)	66.14	(±11.50)	64.71	(±15.08)	0.732
ชนิดของโรคมะเร็ง					
มะเร็งปอด	5	23.81	3	14.29	
มะเร็งตับ	3	14.29	4	19.05	
มะเร็งเต้านม	2	9.52	0	0.00	
มะเร็งท่อน้ำดี	3	14.29	3	14.29	
มะเร็งลำไส้	3	14.29	3	14.29	
มะเร็งอื่นๆ	5	23.81	8	38.10	
PPS baseline (PPSวันขึ้นทะเบียน)					
gr1 mean (±SD)	27.14	(± 4.88)	30.00	(± 0.00)	0.147
gr2 mean (±SD)	50.00	(± 8.17)	48.57	(± 9.00)	0.761
gr3 mean (±SD)	72.8	(± 4.88)	71.43	(± 3.78)	0.552
Family meeting	20	95.24	20	95.24	1.00
Advance care plan	20	95.24	20	95.24	1.00

ผลของระดับ PPS baseline (PPSวันขึ้นทะเบียนก่อนเยี่ยม) ทั้งสองกลุ่มตามระดับไม่แตกต่างกัน
 ผล trend ตามเวลา PPS ลดลงทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของโรค
 การรายงานการอยู่รอดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม(>180 วัน) กลุ่ม Intervention มีชีวิตอยู่รอดเกิน 180 วัน เท่ากับ
 9 ราย และมีผู้ป่วยจำนวน 1 รายที่ค่า PPS baseline = 30 % หลังให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมี
 อาการดีขึ้น PPS เดือนที่ 6 เพิ่มขึ้นเป็น 80 % ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยินยอมให้ยามอร์ฟินแบบได้ผิวหนังเพื่อบรรเทา

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

Revised : 13 November 2025

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

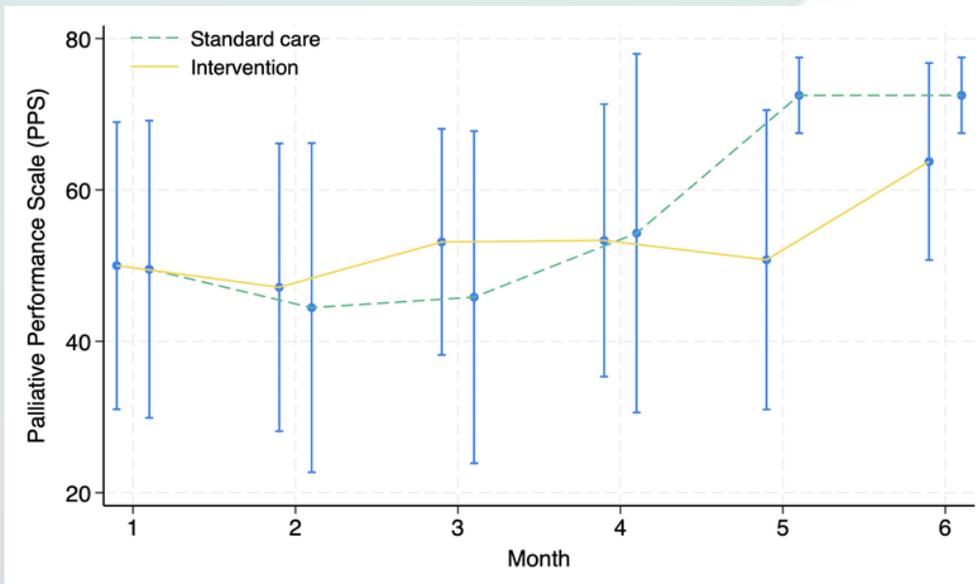
E 285579

อาการปวดตามเกณฑ์การให้ยามอร์ฟีนตั้งแต่เริ่มแรกที่เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาแบบประคับประคองและปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีอาการปวดและหยุดใช้ยามอร์ฟีน ในขณะที่กลุ่ม standard care มีชีวิตอยู่รอดเท่ากับ 4 ราย ซึ่งเป็นกลุ่ม PPS baseline ที่ gr. PPS 70-100 % ทั้ง 4 ราย (ตารางที่ 2 และรูปภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับ PPS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean ±SD					
Intervention(N=21)	50.0(±18.97)	47.14(±19.01)	53.13(±14.93)	53.80(±18.00)	50.77(±19.77)	63.75(±13.03)
standard care(N=21)	49.52(±19.62)	44.44(±21.75)	45.83(±21.93)	54.29(±23.71)	72.50(±5.00)	72.50(±5.00)
	Group			Time		
	Cofe.			- 6.76		
	P-value			< 0.001		

T1: Home visit in the first month, T2: Home visit in the second month ,T3: Home visit in the 3rd month, T4: Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



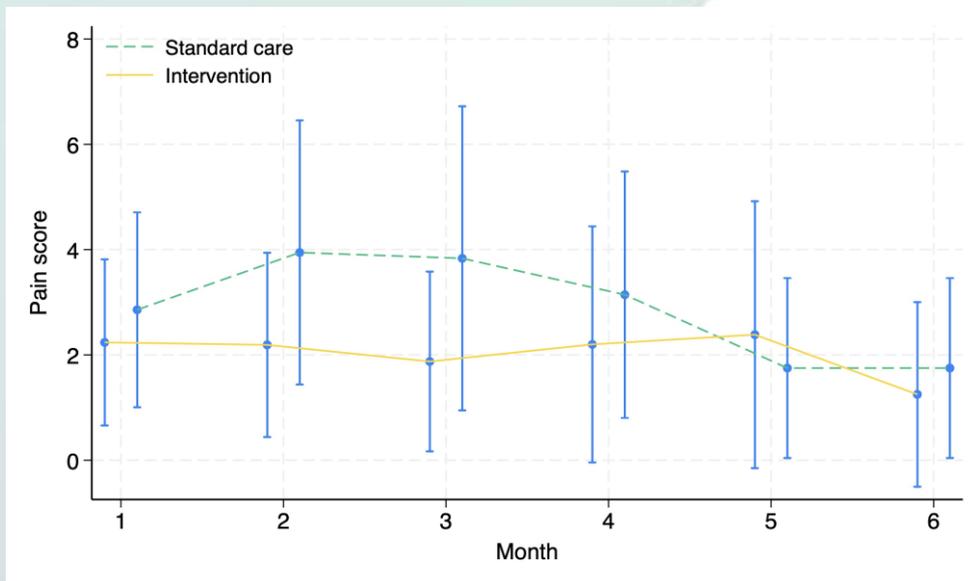
รูปภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบ PPS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

Pain score (PS) เปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าค่า PS เริ่มต้น กลุ่ม Intervention ต่ำกว่ากลุ่ม standard care อยู่ 1.11 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(p-value<0.025)และเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้ม PS เพิ่มขึ้น 0.26 คะแนนต่อเดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(p-value <0.021) เพราะผลวิเคราะห์ slop พบว่า PS เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 3 และรูปภาพที่ 2)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ PS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean ±SD					
Intervention(N=21)	2.24(±1.58)	2.19 (±1.75)	1.88(±1.71)	2.20(±2.24)	2.38(±2.53)	1.25(±1.75)
standard care(N=21)	2.86(±1.85)	3.94(±2.51)	3.83(±2.89)	3.14(±2.34)	1.75(±1.71)	1.75(±1.71)
	Group			Time		
	Cofe.			0.27		
	P-value			0.021		

T1: Home visit in the first month, T2: Home visit in the second month , T3: Home visit in the 3rdmonth, T4 : Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



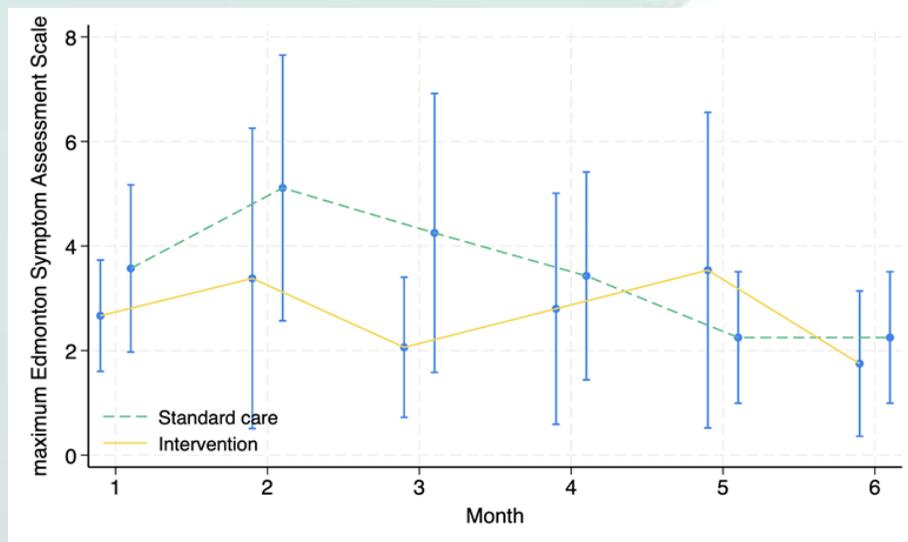
รูปภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบ PS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

พบว่าค่า ESAS max กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิมเดือนที่ 1 มากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่(ที่ 3.59 คะแนน)และค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเดือนที่1 (regression coefficient) ที่ -1.32 คะแนน และกลุ่ม Intervention ESAS max ลดลงกว่ากลุ่ม standard care ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.004) แต่เมื่อเวลาผ่านไป ESAS เพิ่มขึ้นตามอาการรบกวนต่างๆของผู้ป่วย (ตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 3)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ ESAS ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	Mean ±SD					
Intervention(N=21)	2.67(±1.06)	3.38(±2.87)	2.06(±1.34)	2.80(±2.21)	3.54(±3.02)	1.75(±1.39)
standard care(N=21)	3.57(±1.16)	5.11(±2.54)	4.25(±2.67)	3.43 (±1.99)	2.25(±1.26)	2.25(±1.26)
	Group			Time		
Cofe.	-1.32			0.39		
P-value	0.04			0.14		

T1: Home visit in the first month, T2: Home visit in the second month , T3: Home visit in the 3rd month, T4: Home visit in the 4th month, T5: Home visit in the 5th month ,T6: Home visit in the 6th month



รูปภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบ ESAS max ระหว่างกลุ่ม Intervention และกลุ่ม standard care

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่วัดรายครั้ง (1-6 เดือน) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม แต่เมื่อวิเคราะห์เชิงสถิติแบบ multilevel regression พบความแตกต่างวิเคราะห์ในภาพรวมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสองกลุ่มระดับ PPS ไม่แตกต่างกัน

PS กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.03 คะแนน (SD=± 1.52) : 3.87 คะแนน (SD=± 1.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.009)

ESAS กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ลดลงกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม ค่าเฉลี่ย 3.15 คะแนน (SD=± 2.04) : 4 คะแนน (SD=± 2.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.017)

จำนวนครั้งที่ได้รับยามอร์ฟิน ค่าเฉลี่ย 261 ครั้ง (SD=±239.50) : 151.82 ครั้ง (SD=±107.72) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่รับประทานยามอร์ฟินมากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อาจสัมพันธ์กับ PS และ ESAS แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.098)

จำนวนวันที่มีชีวิตอยู่ ค่าเฉลี่ย 123.53 วัน (SD=± 57.95) : 79.05 วัน (SD=± 58.47) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่มีจำนวนวันที่มีชีวิตอยู่มากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = <0.001)

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่เสียชีวิตน้อยกว่าอยู่ 12 คน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์เท่ากับ 57.14 % กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม เสียชีวิต 17 คน 80.95 %

ระยะเวลาการอยู่รอดเฉลี่ย (Median survival time) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ ที่ 123 วัน ใกล้เคียงกันกับจำนวนวันที่มีชีวิตอยู่ กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ 64 วัน

อัตราการตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ที่ 4.6/1,000 person-days เยี่ยมบ้านแบบเดิมที่ 10.2/1,000 person-days การเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงที่เท่ากับ 0.44 หรือสามารถลดการตายสัมพัทธ์ (relative risk reduction) ได้ที่ 56% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (โดยวัดครั้งที่ 1 ในเดือนที่ 1 และวัดครั้งที่ 2 ในเดือนที่ 2) ค่าเฉลี่ย 46.86 (SD=±1.80) : 48.81 คะแนน (SD= ±1.37) มีพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value <0.001) และ คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 1 ค่าเฉลี่ย 96.19 คะแนน อยู่ในระดับที่ดี (SD=±7.81) คุณภาพชีวิตโดยรวม ครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ย 94.95 คะแนน อยู่ในระดับกลางๆ (SD=±7.97) ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.437)

ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองโดยรวม ในกลุ่ม intervention (n = 35) ค่าเฉลี่ย 23.63 คะแนน พึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด (SD=±2.06) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมบุคลากรต่อระบบการติดตามเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลผลลัพธ์โดยรวม 6 เดือน ระหว่างสองกลุ่ม

ผลลัพธ์	Intervention (n = 21)		Standard care (n = 21)		Difference	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
PPS	1.19	(±0.75)	1.53	(±1.23)	-	0.346
PS	3.03	(±1.52)	3.87	(±1.99)	-	0.009
ESAS	3.15	(±2.04)	4	(±2.20)	-	0.017
จำนวนวันที่เข้าถึงมอร์ฟีน	1.19	(±0.75)	1.53	(±1.23)	-	0.346
จำนวนครั้งที่ได้รับมอร์ฟีน	261.00	±239.50	151.82	±107.72	109.18 (-21.32, 239.67)	0.098
จำนวนวันที่มีชีวิตรอดอยู่	123.53	±57.95	79.05	±58.47	44.48 (7.42, 88.53)	<0.001
Dead N %	12	57.14	17	80.95	-	-
Median survival time	123	(79,181)	64	(32,104)	-	
Mortality rate	4.6/1,000person- days		10.2/1,000person- days		0.44 (0.21,0.92)	} 0.030
ความพึงพอใจครั้งที่ 1	46.86	±1.80	-	-	-	}
ความพึงพอใจครั้งที่ 2	48.81	±1.37	-	-	-	<0.001
คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1	96.19	±7.81	-	-	-	0.437
คุณภาพชีวิตครั้งที่ 2	94.95	±7.97	-	-	-	
ความพึงพอใจของทีม	23.63	±2.06	-	-	-	-

อภิปรายผล : ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ Palliative Performance Scale ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม แบ่งการติดตามเยี่ยมบ้านออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม Standard care ที่เป็นการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านตามแนวทางปฏิบัติเดิม เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยทุกเดือนจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และกลุ่ม intervention ที่เป็นการดูแลตามแนวทาง

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

ปฏิบัติใหม่เยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยที่ขึ้นตามระดับ PPS โดยการใช้ PPS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพยากรณ์ อาการคาดคะเนจำนวนวันที่มีชีวิตรอดของผู้ป่วย การลดลงของคะแนน PPS สะท้อนถึงความเสื่อมถอยของสภาพ ร่างกายและมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์อาการและระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย บ่งชี้ถึงการเข้าสู่ระยะ ท้ายของชีวิตและความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดและถี่ขึ้น ดังนั้น PPS จึงเป็น เครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการพยากรณ์อาการ การวางแผนการดูแล รวมถึงการประเมิน PS , ESAS¹³ สัมพันธ์กับบทบาทของ opioid ใน symptom control ที่เหมาะสม¹⁴

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่ (Intervention) ใช้รูปแบบการการดูแลแบบ ประคับประคองผู้ป่วยกลุ่ม Intervention PS และ ESAS เริ่มต้นมีอาการน้อยกว่ากลุ่ม Standard care และ แนวโน้มเพิ่มขึ้นของความปวดตามธรรมชาติของโรคพบในทั้งสองกลุ่ม จำนวนวันที่เข้าถึงมอร์ฟีนไม่แตกต่างกัน จำนวนครั้งที่ได้รับยามอร์ฟีนกลุ่ม Intervention พบแนวโน้มการเข้าถึงที่ดีกว่า แต่ไม่แตกต่างกัน จำนวนวันที่ มีชีวิตรอด กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบใหม่มีจำนวนวันที่มีชีวิตรอดมากกว่ากลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ (p-value = <0.001) อัตราตาย (Mortality rate) กลุ่มเยี่ยมบ้านรูปแบบใหม่ลดการตายลงมากกว่า กลุ่มเยี่ยมบ้านแบบเดิม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value 0.030) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองโดยรวมพึงพอใจอยู่ระดับมาก ที่สุด

ข้อสรุป : ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านตามระดับ PPS ช่วยการจัดการอาการ รบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยลดระดับ PS ESAS ลงได้และเพิ่มการเข้าถึงยา MO ได้มากขึ้น เพิ่มจำนวนวันที่มี ชีวิตรอด และลดอัตราการตายลงได้มากกว่าการเยี่ยมแบบเดิม ดังนั้น จึงควรแนะนำให้มีการเยี่ยมบ้านตาม รูปแบบใหม่เพื่อการดูแลและจัดการอาการรบกวนต่างๆในผู้ป่วยประคับประคองได้ดียิ่งขึ้น และสร้างความ พึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลนครพนม

คำขอบคุณ : นพ.นฤพนธ์ ยุทธเกษมสันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนครพนม คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนครพนม เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณ โพธิงาม. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8:117-26.
file:///C:/Users/Asus/Downloads/(Online)+H_E+Vol.8+No.2-117-126.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ; 2563.
http://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw_คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf
3. นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, นาถฤดี สุทธิศิริ, สุณิสา ชื่นตา. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5:36-45. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252715/170589>
4. มลิวลัย แจ่มแจ่ม. การพัฒนาบทบาทของเภสัชในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29:103-15.
<https://thaidj.org/index.php/TJCP/article/view/14154>
5. มะลิ เนื่องวงษา, นิศมา แสนศรี, อักษศรา กะการดี, นันทชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21:216-30. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/267579>
6. ประธาน ศรีจุลฮาด. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;21:219-32. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254129>
7. กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) แบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: บริษัทเบสท์สเต็ปแอนด์เวอร์ไทท์ซิงจำกัด; 2561.
<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9470>
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: บริษัทโฆสิตการพิมพ์จำกัด; 2561.
<https://www.nci.go.th/th/cpg/CPG%20การดูแลแบบประคับประคอง.pdf>

Corresponding : pisamaihm@gmail.com

Received : 2 September 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E 285579

9. Health Data Center (HDC), กระทรวงสาธารณสุข.
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
10. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Fernández A, Marín A, Martínez AI, Monroy A, et al. End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experiences. BMC Palliat Care. 2024;23:157. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01489-1>
11. Hooley RL, Payne S, Begovic D, Correa-Morales JE, Harding A, et al. Collaboration, coordination and communication as facilitators of transitions for patients with advanced cancer: a scoping review linked to the Pal Cycles project. BMC Palliat Care. 2024;23:204. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01510-7>
12. ภัควีร์ นาคะวิโร, วาลิกา รัตนจันทร์. POCKET PALLIATIVE SURVIVAL. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา. <https://www.karunruk.org/books-category/>
13. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัณันท์ อินทรารุช. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร์. 2566;31:99-113. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/14018>
14. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปารีชาติ เพียงสุพรรณ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2564. <https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2022/02/Quality-Standard-for-Palliative-Care-2022.pdf>

การพัฒนาารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน
เพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบท อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2568

จिरายู ทินจอง (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : ในปัจจุบันอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู กำลังเผชิญปัญหาสังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยมีผู้ป่วยเรื้อรังถึง 42% ที่ควบคุมโรคไม่ได้ สถานการณ์ยิ่งรุนแรงจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการบริหารที่ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์ : (1) ศึกษาบริบทและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง (2) พัฒนารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน และ (3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว

การศึกษาใช้แนวทาง PAR โดยให้ภาครัฐ ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนร่วมในทุกขั้นตอน การเก็บข้อมูลใช้วิธีผสมผสานทั้งการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และแบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบยึดกลไกหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การประสานงาน การมีส่วนร่วม การสนับสนุน และการติดตามประเมินผล พร้อมทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง 2 ตำบล

ผลการศึกษา : พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพ โดยระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 52.4% เป็น 76.7% และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบถึงร้อยละ 84 กลไกสำคัญของความสำเร็จคือการจัดตั้ง “คณะทำงานร่วมภาคี” ที่มีบทบาทชัดเจนและเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ทั้งนี้ยังพบข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของงบประมาณและความผันผวนของนโยบาย

ข้อสรุป : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพชุมชนและพัฒนาระบบสุขภาพชนบทอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : กลไกความร่วมมือ, ภาครัฐและชุมชน, ความเข้มแข็งด้านสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

The development of an integrated model for cooperation between the government and communities to strengthen health in rural areas, Sri Bunruang District, Nong Bua Lamphu Province, 2025

Jirayu Tinjong (Master of Public Administration)¹

Sri Bunruang District Public Health Office, Nong Bua Lamphu Province

Abstract

Background: Currently, Sri Bun Rueang District, Nong Bua Lamphu Province, is facing an aging population and a higher rate of non-communicable diseases (NCDs) than the national average, with 42% of chronically ill patients experiencing uncontrolled disease. This situation is exacerbated by personnel limitations and a lack of community participation in management.

Objectives: (1) study the context and health problems in rural Sri Bun Rueang District, (2) develop a model for integrated public-community collaboration, and (3) trial and evaluate the effectiveness of this model.

The research utilized a PAR approach, involving government agencies, community leaders, village health volunteers, and the public at every stage. Data collection involved a combination of interviews, focus groups, and questionnaires. The model was developed using four main mechanisms: coordination, participation, support, and monitoring and evaluation. The pilot project was piloted in two sub-districts.

Methods: The results showed that the model was effective, with public participation significantly increasing from 52.4% to 76.7%, and satisfaction with the model reached 84%. A key mechanism for its success was the establishment of a "partner working group" with clear roles and open spaces for ongoing public participation, fostering a sense of shared ownership. However, limitations were identified, including budget continuity and policy fluctuations.

Conclusion: The developed model can be used as a practical guideline for public health personnel and village health volunteers to enhance community health and develop sustainable rural health systems.

Keywords: Collaboration mechanisms, government and community, health strengthening, non-communicable diseases (NCDs)

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายความว่าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด^[1] ส่งผลให้เกิดภาวะด้านการดูแลสุขภาพในระยะยาวเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังประสบกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนมากกว่า 5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ประมาณ 52.1 คนต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจอยู่ที่ 48.7 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศในอาเซียน^[2] ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน

จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่ำที่สุดในประเทศไทย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนอยู่ที่ประมาณ 15,420 บาทต่อเดือน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศกว่า 20%^[3] ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีระดับการศึกษาในเกณฑ์ต่ำ ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและบริการที่มีคุณภาพ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 11.4 และโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ร้อยละ 17.8 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ไม่ได้ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายที่กำหนด^[4] ปัญหาดังกล่าวยิ่งรุนแรงจากการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ทำให้การให้บริการไม่ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล ขณะเดียวกันโครงสร้างการบริหารจัดการยังมีลักษณะรวมศูนย์และขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ทำให้โครงการสุขภาพขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่^[4]

อำเภอศรีบุญเรือง เป็นอำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดหนองบัวลำภู มีประชากรประมาณ 110,000 คน ครอบคลุม 12 ตำบล 158 หมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบทกระจายตัวและอยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบุญเรืองระบุว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 31 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมี อสม. ในพื้นที่มากกว่า 2,200 คน แต่การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐยังขาดความเป็นระบบ กลไกความร่วมมือที่มีอยู่ส่วนใหญ่ดำเนินการแบบต่างฝ่ายต่างทำ ไม่สามารถรวมพลังเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่าง

ภาครัฐและชุมชน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน^[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ชนบท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือดังกล่าวในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอศรีบุญเรือง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ประชากรที่ศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรของการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่น เช่น เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3) ประชาชนในพื้นที่ชนบทของตำบลที่เป็นเขตวิจัย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการจัดบริการสุขภาพคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกพื้นที่นำร่องจำนวน 2 ตำบลในอำเภอศรีบุญเรือง ได้แก่ ตำบลทรายทอง และ ตำบลหนองบัวใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีบริบทแตกต่างกัน ทั้งในด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างประชากร เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยและปัญหาที่หลากหลายในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการ

โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) เจ้าหน้าที่ภาครัฐจาก รพ.สต., อปท. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 15 คน ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับชุมชน

2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 25 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพและได้รับการยอมรับจากประชาชน

3) ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ จำนวน 300 คน ซึ่งมีภูมิลำเนาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งเครื่องมือเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านสำหรับพัฒนารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน เครื่องมือประกอบด้วย

1.1 **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** สำหรับเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่รัฐ ผู้นำชุมชน และอสม. เกี่ยวกับบริบท บทบาท ปัญหา และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ พัฒนาโดยอิงกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมและระบบสุขภาพชุมชน

1.2 **แบบสนทนากลุ่ม** ใช้ระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างภาครัฐและประชาชน เพื่อร่วมวิเคราะห์แนวทางการบูรณาการกลไกความร่วมมือที่เหมาะสม

1.3 **แบบสอบถาม** สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพ ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นก่อนใช้จริง

1.4 **แบบประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ** ใช้ประเมินประสิทธิภาพ ความเหมาะสม การยอมรับ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพหลังนำรูปแบบไปใช้จริง โดยประกอบด้วยคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตการณ์ภาคสนาม จะถูกถอดเทปคำสัมภาษณ์และจัดทำเป็นข้อมูลถอดความอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะ

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้ ความเข้าใจ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 12/2568 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Pre-Implementation)

ขั้นตอนที่ 1: ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้อง (R1)

พื้นที่ศึกษาประกอบด้วย ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภูมิประเทศเป็นที่ราบสูงเหมาะแก่การเกษตร การคมนาคมสะดวก ทั้งสองตำบลมีประชากรรวมประมาณ 12,000 คน โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 23 สะท้อนการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องของกลุ่มเปราะบาง

ด้านการปกครอง ตำบลทรายทองมี 12 หมู่บ้าน และตำบลหนองบัวใต้มี 10 หมู่บ้าน อยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอสม. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินกิจกรรมชุมชนและงานสาธารณสุข

ด้านการศึกษาและอาชีพ ประชาชนส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) และระดับอุดมศึกษาเพียง (ร้อยละ 8.5) ส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพยังมีข้อจำกัด อาชีพหลักคือเกษตรกร (ร้อยละ 70) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป/ภาคบริการ (ร้อยละ 20) และค้าขายหรือทำงานภาครัฐ (ร้อยละ 10)

รายได้ครัวเรือน อยู่ที่ 6,000–12,000 บาทต่อเดือน โดยร้อยละ 40 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในช่วงขาดรายได้จากภาคเกษตร ซึ่งนำไปสู่ภาวะหนี้สินเรื้อรังในหลายครัวเรือน

ด้านสุขภาพ พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง โรคไต โรคหัวใจ) ในอัตราสูง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาน้ำหนักเกิน โรคกล้ามเนื้อจากงานเกษตร การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในวัยทำงาน พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหารรสจัดและขาดกิจกรรมทางกายยังพบได้มาก รพ.สต. และ อสม. มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เยี่ยมบ้าน และคัดกรองความเสี่ยง แต่การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่อยู่ล้าหลังยังมีข้อจำกัดจากปัจจัยเศรษฐกิจและระยะทาง

ชุมชนทั้งสองตำบลมี ทุนทางสังคมเข้มแข็ง เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ และกลุ่มเยาวชน ซึ่งมีกิจกรรมต่อเนื่องและมีศักยภาพสูงในการสนับสนุนงานสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลอย่างยั่งยืนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 SWOT Analysis พื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

SWOT	รายละเอียด
Strengths (จุดแข็ง)	<ol style="list-style-type: none">1. ชุมชนมีความสามัคคี ความสัมพันธ์เครือญาติแน่นแฟ้น2. มีทุนทางสังคมเข้มแข็ง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์3. ระบบ อสม. และคณะกรรมการหมู่บ้านทำงานใกล้ชิดประชาชน4. รพ.สต. มีบทบาทชัดเจนในการคัดกรอง ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง5. คมนาคมสะดวก เข้าถึงบริการภาครัฐได้ง่าย6. ภูมิประเทศเหมาะต่อการทำเกษตร มีความมั่นคงด้านอาหารระดับหนึ่ง
Weaknesses (จุดอ่อน)	<ol style="list-style-type: none">1. ระดับการศึกษาของประชาชนต่ำ ส่งผลต่อความรู้สุขภาพและการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ2. รายได้เฉลี่ยต่ำ และร้อยละ 40 ต่ำกว่าเส้นความยากจน3. ปัญหาหนี้สินเรื้อรังในเกษตรกรรายได้น้อย4. ผู้สูงอายุอยู่ลำพังจำนวนมาก เข้าถึงบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง5. พฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาหารรสจัด ขาดกิจกรรมทางกาย6. เศรษฐกิจพึ่งพาภาคเกษตรอย่างเดียว รายได้ไม่สม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 SWOT Analysis พื้นที่ตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

SWOT	รายละเอียด
Opportunities (โอกาส)	<ol style="list-style-type: none">นโยบายด้านสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เช่น Telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทุนทางสังคมสามารถต่อยอดเป็นกลไกสุขภาพระดับตำบลเหมาะต่อการพัฒนารูปแบบชุมชนสุขภาพเข้มแข็งนโยบายรัฐด้านเศรษฐกิจฐานรากและ Smart Agriculture สนับสนุนพัฒนาอาชีพ
Threats (อุปสรรค/ภัยคุกคาม)	<ol style="list-style-type: none">เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุรวดเร็ว ต้องการทรัพยากรดูแลมากขึ้นอัตราโรค NCDs สูงและแนวโน้มเพิ่มขึ้นผลกระทบจากภัยแล้งและ Climate Change กระทบรายได้และสุขภาพการย้ายถิ่นของแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุถูกทิ้งลำพังข้อมูลสุขภาพไม่ต่อเนื่องในบางกลุ่ม ทำให้ติดตามรักษายากพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เช่น การดื่มสุราในประเพณีท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2: วิเคราะห์องค์ประกอบที่จำเป็นต่อการพัฒนา (D1)

จากการวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT พบองค์ประกอบหลักที่ใช้พัฒนารูปแบบงานสุขภาพชุมชนในตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งของทุนทางสังคมและเครือข่ายชุมชน (2) บทบาทของระบบสุขภาพปฐมภูมิและ รพ.สต. ในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง (3) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง (4) ความยากจนและความไม่มั่นคงทางรายได้ (5) อัตราโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงสูง (6) การสนับสนุนจากนโยบายรัฐและกองทุนสุขภาพตำบล (7) ความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีและพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพ (8) ผลกระทบจาก Climate Change ต่อรายได้และสุขภาพ (9) ความเปราะบางจากการย้ายถิ่นแรงงาน และ (10) ข้อจำกัดด้านการศึกษาที่กระทบต่อความรู้สุขภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบรูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทชนบทของอำเภอศรีบุญเรือง รายละเอียดในตารางที่ 2

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบพัฒนา	รายละเอียดเชิงวิเคราะห์	สาระที่สามารถนำไปใช้พัฒนา
1. ทูทางสังคมและความเข้มแข็งชุมชน	มาจากจุดแข็ง (ความสามัคคี, กลุ่มสังคมเข้มแข็ง, ระบบ อสม., คณะกรรมการหมู่บ้าน)	ใช้สร้าง “เครือข่ายสุขภาพตำบลเข้มแข็ง”, ส่งเสริมการมีส่วนร่วม, พัฒนาศักยภาพแกนนำ
2. ระบบบริการปฐมภูมิและ รพ.สต.	รพ.สต.ทำงานเชิงรุก คัดกรองผู้สูงอายุ-ผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มอยู่ลำพัง	พัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน, ระบบติดตามผู้ป่วย NCDs, ใช้ Telehealth
3. กลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูง (Aging Community)	โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 23 / ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง	จัดระบบดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง, Care Manager, ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
4. ปัญหาเศรษฐกิจชุมชนและความยากจน	รายได้เฉลี่ยต่ำ หนี้สินมาก พึ่งพาเกษตรเพียงอย่างเดียว	พัฒนาอาชีพสุขภาพ-เศรษฐกิจ, Smart Agriculture, การใช้กองทุนตำบลช่วยลดความเปราะบาง
5. พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและภาวะ NCDs	พบเบาหวาน ความดัน ไขมันสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย	พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management), กลุ่มออกกำลังกาย, โภชนาการชุมชน
6. ศักยภาพนโยบายและทรัพยากรสนับสนุนจากรัฐ	ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล นโยบายปฐมภูมิ Smart Agriculture	ใช้ต่อยอดโครงการสุขภาพชุมชน, แผนตำบลสุขภาพเข้มแข็ง, พัฒนาโครงข่ายบริการ
7. เทคโนโลยีสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ	โอกาสจาก Telehealth แต่มีข้อจำกัดข้อมูลสุขภาพไม่ต่อเนื่อง	พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพตำบล, ระบบติดตามผู้ป่วยผ่านแอป/อสม.ดิจิทัล
8. ผลกระทบจาก Climate Change ต่อสุขภาพและรายได้	ภัยแล้ง รายได้เกษตรไม่แน่นอน กระทบสุขภาพ	พัฒนารูปแบบเกษตร-สุขภาพ (Health in All Policies), ระบบเตือนภัยสุขภาพ

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์บริบทและข้อมูล SWOT สามารถสรุปองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบพัฒนา	รายละเอียดเชิงวิเคราะห์	สาระที่สามารถนำไปใช้พัฒนา
9. การย้ายถิ่นแรงงาน , ผู้สูงอายุถูกทิ้งลำพัง	เป็นทั้งภัยคุกคามและเหตุผลในการจัดระบบดูแลระยะยาวในชุมชน	จัดระบบ “ชุมชนดูแลกันเอง”, เครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
10. ระดับการศึกษาต่ำ เข้าถึงความรู้สุขภาพ จำกัด	เป็นจุดอ่อนที่ทำให้การสื่อสารสุขภาพยาก	พัฒนาสื่อสุขภาพง่าย-เข้าใจง่ายแบบชุมชน, Health Literacy

ระยะที่ 2: การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (Implementation)

ขั้นตอนที่ 3: ออกแบบและพัฒนารูปแบบ (R2)

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบการทำงานแบบบูรณาการระหว่าง รพ.สต., อสม., ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ทุนทางสังคม เทคโนโลยีสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพได้ครบวงจรทั้งการป้องกัน คัดกรอง ดูแลต่อเนื่อง และฟื้นฟู พร้อมความยั่งยืนจากการสนับสนุนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบของการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในอำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู รายละเอียดจะแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบของรูปแบบ	แนวทางการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
1. ระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (Community Capacity System)	ใช้กลไกชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพ ตำบล ผู้นำชุมชน อสม. และองค์กรชุมชน ทำหน้าที่วางแผน ขับเคลื่อน ติดตาม และประเมินกิจกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง	ชุมชนมีศักยภาพในการวางแผนและจัดการสุขภาพด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้มแข็งและยั่งยืน
2. ระบบบริการสุขภาพเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่อง (Integrated Primary Care and Home-based Care)	ให้บริการเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการเชื่อมต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น อัตราการควบคุมโรค เช่น เบาหวาน ความดัน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ตารางที่ 3 รูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

องค์ประกอบของรูปแบบ	แนวทางการดำเนินการ	ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ
3. ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพ (Risk and Behavior Management System)	ส่งเสริมการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หวาน มันเค็ม สนับสนุนกิจกรรมทางกาย จัดตั้ง กลุ่มออกกำลังกายหมู่บ้าน โครงการบ้าน ปลอดภัย-สุรา และรณรงค์สุขภาพป้องกัน โรค NCDs	พฤติกรรมเสี่ยงลดลง ชุมชน ตระหนักรู้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้อย่าง ต่อเนื่อง
4. ระบบเทคโนโลยีสุขภาพ และฐานข้อมูล (Digital Health and Information System)	ใช้เทคโนโลยี Telehealth ระบบ อสม. ดิจิทัล แพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพ และ Dashboard ตำบล ทำให้ข้อมูลสุขภาพมี ความถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถใช้ในการ ตัดสินใจ	ระบบข้อมูลสุขภาพมีคุณภาพ และความต่อเนื่องสูงขึ้น การเข้าถึงบริการผ่าน เทคโนโลยีมีประสิทธิภาพ
5. กลไกการสนับสนุนจาก องค์กรท้องถิ่นและนโยบาย (Local Health Governance System)	ส่งเสริมบทบาท อบต. และกองทุนสุขภาพ ตำบลในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การกำหนดนโยบายท้องถิ่น และ การขับเคลื่อนพื้นที่สุขภาพปลอดภัย รวมถึง สนับสนุนอาชีพและเศรษฐกิจฐานราก	เกิดนโยบายหรือข้อบัญญัติ ท้องถิ่นด้านสุขภาพระยะยาว ระบบสนับสนุนจากท้องถิ่นมี ความเข้มแข็งและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4: ทดลองใช้รูปแบบ (Try-out / Pilot Implementation) (D2)

ผลการทดลองนำร่องในระยะ 5 เดือน (N = 300) แสดงสัญญาณเชิงบวกต่อความเป็นไปได้และ ประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 82 การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 46 และการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในระบบเพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 88 ($p < 0.01$) ผลชี้ว่าโมเดลการบูรณาการระหว่าง รพ.สต. อสม. คณะกรรมการสุขภาพตำบล ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี Telehealth สามารถยกระดับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังในบริบท ชนบทได้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดลองใช้รูปแบบ (Try-out / Pilot Implementation) (D2)

ตัวชี้วัด (Indicator)	Baseline (ก่อน)	หลังการ ทดลอง 5 เดือน	เปลี่ยนแปลง (absolute)	เปอร์เซ็นต์ เปลี่ยนแปลง	หมายเหตุ/คำอธิบาย
อัตราการเข้าถึง บริการ (%)	55.0	82.0	+27.0	+49.1%	จำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน หรือบริการเชิงรุกอย่างน้อย 1 ครั้ง
อัตราการเยี่ยม บ้านตามแผน (%)	30.0	78.0	+48.0	+160.0%	ทีมสหวิชาชีพ + อสม. ปฏิบัติตามแผน Care Plan
ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมได้ (%)	28.0	46.0	+18.0	+64.3%	ค่าน้ำตาล fasting \leq 130 mg/dL หรือ HbA1c < 7%
ผู้ป่วยความดัน ควบคุมได้ (%)	35.0	56.0	+21.0	+60.0%	BP < 140/90 mmHg
ลดพฤติกรรม เสี่ยง (%)	10.0	28.0	+18.0	+180.0%	ผู้สูด/เลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือปรับพฤติกรรมอาหาร รสจัด
บันทึกข้อมูล ครบถ้วนในระบบ อสม. (%)	45.0	88.0	+43.0	+95.6%	ระบบ อสม. ดิจิทัล + Dashboard ตำบล
คะแนนความพึง พอใจเฉลี่ย (1-5)	3.1	4.2	+1.1	+35.5%	ผู้รับบริการประเมินความ พึงพอใจ

ระยะที่ 3: การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Post-Implementation)

ขั้นตอนที่ 5: ประเมินผลรูปแบบ (R3)

การประเมินผลหลังการดำเนินงานรูปแบบการบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนได้ดำเนินการภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 4 เดือน โดยมุ่งวัดประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และความยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว หน่วยบริการ และชุมชน ผลการประเมินสามารถสรุปได้ดังนี้

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ตารางที่ 5 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Post-Implementation)

ประเด็นการประเมิน	ผลการประเมิน	ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงรูปแบบ
1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจาก 55% เป็น 82% - การเยี่ยมบ้านตามแผนเพิ่มจาก 30% เป็น 78% - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้เพิ่มขึ้น 64.3% - ผู้ป่วยความดันควบคุมได้เพิ่มขึ้น 60% - พฤติกรรมเสี่ยงลดลงชัดเจน - คุณภาพข้อมูลเพิ่มขึ้นจาก 45% เป็น 88% - ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มจาก 3.1 เป็น 4.2 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Manual/SOP) - ขยายรูปแบบให้ครอบคลุมกลุ่มเปราะบางอื่น
2. ประสิทธิภาพของกระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงานร่วมของ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนมีความต่อเนื่อง - มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพตำบลสม่ำเสมอ - มีการใช้ข้อมูลวางแผนร่วมกัน - Telehealth และระบบดิจิทัลช่วยลดเวลาการทำงานและเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเรื้อรังแบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ - ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจมากขึ้น
3. ความเป็นไปได้ของรูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรและ อสม. สามารถดำเนินงานตามรูปแบบได้ - อบต. และชุมชนสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ - โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีใช้งานได้จริง - ต้นทุนการดำเนินงานต่ำเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ขอสนับสนุนงบประมาณดิจิทัลเพิ่มในปีงบประมาณถัดไป - พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
4. ความยอมรับของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุและผู้ป่วยรู้สึกที่ได้รับการดูแลใกล้ชิดขึ้น - อสม. มีทักษะด้านดิจิทัลมากขึ้น - ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นประโยชน์ของข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง - บุคลากรสาธารณสุขยอมรับว่าลดความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมทักษะดิจิทัลแก่ อสม. ต่อเนื่อง - สร้างกลไกความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. อบต. โรงพยาบาลแม่ข่าย ให้เป็นระบบยิ่งขึ้น

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ขั้นตอนที่ 6: ปรับปรุงและสรุปผล (D3)

หลังจากดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ (D2) เป็นเวลา 4 เดือน ได้มีการสะท้อนผล (Reflection) และประชุมร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. คณะกรรมการสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประเมินข้อดี ข้อจำกัด และแนวทางพัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผลการปรับปรุงและสรุปผลในระยะ D3 สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 6 การปรับปรุงและสรุปผลของรูปแบบ (D3)

ประเด็น	ผลการประเมิน / สิ่งที่พบ	ข้อปรับปรุง (Refinement)	ข้อสรุป (Finalization)
1. โครงสร้างของรูปแบบ	ขั้นตอนบางส่วนซ้ำซ้อน การทำงานระหว่างทีมยังไม่เป็นระบบเดียวกัน	- ปรับลำดับขั้นตอนใหม่ให้เหมาะกับบริบท รพ.สต. - เพิ่ม Flowchart ขั้นตอนปฏิบัติงานที่ชัดเจน	รูปแบบมีโครงสร้างชัดเจน เข้าใจง่าย และพร้อมสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น
2. ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี	ระบบบันทึกข้อมูลยังยุ่งยาก ข้อมูลจากหลายแหล่งไม่เชื่อมโยงกัน	- ปรับระบบ อสม.ดิจิทัลให้ใช้งานง่ายขึ้น - เชื่อม Dashboard กับข้อมูล รพ.สต. - เพิ่มระบบแจ้งเตือนนัดหมาย/เยี่ยมบ้าน	ระบบข้อมูลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ใช้ในการวางแผนและตัดสินใจได้จริง
3. การทำงานของภาคีเครือข่าย	ความร่วมมือดีขึ้นแต่ยังไม่ต่อเนื่องในบางเดือน	- จัดประชุมบูรณาการรายเดือน - เพิ่มบทบาท อบต. ในการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ Telehealth - เสริมบทบาทผู้นำชุมชน	ภาคีทำงานร่วมกันเป็นระบบ เกิดกลไกความร่วมมือที่ต่อเนื่อง
4. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพชุมชน	ประชาชนบางกลุ่มยังไม่ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่เต็มที่	- ปรับกิจกรรมรณรงค์ให้เหมาะกับแต่ละวัย - เพิ่มกิจกรรมออกกำลังกายชุมชน - พัฒนา Health Literacy Kit	การลดพฤติกรรมเสี่ยงเห็นผลชัดเจน และเกิดกิจกรรมสุขภาพแบบยั่งยืน

ตารางที่ 6 การปรับปรุงและสรุปผลของรูปแบบ (D3)

ประเด็น	ผลการประเมิน / สิ่งที่พบ	ข้อปรับปรุง (Refinement)	ข้อสรุป (Finalization)
5. ความ เป็นไปได้และ การขยายผล	รูปแบบใช้ได้จริงในพื้นที่นำ ร่อง แต่ต้องมีคู่มือที่ชัดเจน	- พัฒนาคู่มือปฏิบัติงาน (SOP/Manual) - เสนอขยายผลสู่ตำบลอื่นในอำเภอ	รูปแบบมีศักยภาพสูงและ สามารถขยายผลได้
6. ความ ยั่งยืนของ รูปแบบ	ต้องมีการสนับสนุนจาก ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง	- สร้างกลไกเชื่อมโยง อบต. รพ.สต. อสม. ให้ยั่งยืน - เสนอแผนงบประมาณประจำปี ร่วมกัน	หากท้องถิ่นสนับสนุน ต่อเนื่อง รูปแบบสามารถ ดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทชุมชนในตำบล
ทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบูร
ณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบทอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะตามกรอบ R&D ได้แก่ ระยะที่ 1 (Pre-Implementation: R1-D1) และ
ระยะที่ 2 (Implementation: R2)

ใน ระยะที่ 1 (R1) ซึ่งเป็นการศึกษาสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ พบว่าพื้นที่วิจัยมีลักษณะเป็นชุมชน
ชนบทภาคอีสานที่มีทุนทางสังคมเข้มแข็ง ทั้งความสามัคคี ระบบเครือญาติ วัฒนธรรมการพึ่งพากัน
และกลุ่มองค์กรชุมชนที่หลากหลาย ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ บุญเลิศ ^[6] และ ลัดดาวรรณ ^[7]
ที่ชี้ว่าชุมชนชนบทภาคอีสานมีทุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับตำบล
อย่างไรก็ตาม พื้นที่ยังประสบข้อจำกัดทางโครงสร้าง เช่น รายได้ครัวเรือนต่ำ ระดับศึกษาน้อย
และภาระหนี้สินต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการ
เข้าถึงบริการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ WHO ^[8] และงานวิจัยของ สุรางค์และคณะ ^[9] ที่ระบุว่าปัจจัย
เศรษฐกิจ-สังคมยังเป็นแรงกดดันสำคัญของระบบสุขภาพชนบทไทย

นอกจากนี้ พื้นที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23 บ่งชี้การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเด่นชัด พร้อมทั้งพบ
แนวโน้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไต

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับชาติและงานศึกษาของ นริศรา^[10] ที่พบว่า NCDs เป็นภาระโรคหลักของประชาชนในชนบท โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ส่งผลให้ระบบดูแลสุขภาพต้องพึ่งทั้งบริการปฐมภูมิและกลไกชุมชนควบคู่กันไป ขณะเดียวกัน รพ.สต. ในพื้นที่มีการดำเนินงานเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านและคัดกรองสุขภาพร่วมกับ อสม. แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ข้อมูลสุขภาพไม่ครบถ้วน และการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางที่ยังติดขัด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ HRS^[11]

อย่างไรก็ตาม พื้นที่ยังมีโอกาสจากนโยบายปฐมภูมิ การสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี Telehealth ที่เหมาะต่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบท ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Wong et al.^[12]

ใน ระยะที่ 1 (D1) จากการวิเคราะห์บริบทและผล SWOT สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ 10 ด้านที่จำเป็นต่อการออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน ได้แก่ (1) ทูทางสังคมเข้มแข็ง (2) ระบบบริการปฐมภูมิและศักยภาพ รพ.สต. (3) โครงสร้างประชากรสูงวัย (4) ปัญหาเศรษฐกิจครัวเรือน (5) พฤติกรรมเสี่ยงและภาระโรค NCDs (6) ศักยภาพจากนโยบายรัฐ (7) เทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพ (8) ผลกระทบจาก Climate Change (9) การย้ายถิ่นแรงงาน และ (10) ข้อจำกัดด้านการศึกษาและความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 10 ข้อนี้สอดคล้องกับแนวคิด HiAP และ Community Empowerment ตลอดจนสอดคล้องกับงานของ Rifkin^[13] และ คมกฤษ^[14]

สำหรับ ระยะที่ 2 (R2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ “การบูรณาการกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชน” ได้ออกแบบเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน (2) ระบบบริการสุขภาพเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่อง (3) ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ (4) ระบบเทคโนโลยีสุขภาพและฐานข้อมูล และ (5) กลไกสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนโยบาย ขณะเดียวกันรูปแบบยังตอบสนองต่อจุดอ่อนของพื้นที่ เช่น ความยากจน พฤติกรรมเสี่ยง การย้ายถิ่น และภาระ NCDs ผ่านบริการสุขภาพเชิงรุกและการใช้เทคโนโลยี Telehealth ซึ่งสอดคล้องกับ Zhou et al.^[15] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑารัตน์^[16] และ Malik et al.^[17]

กล่าวโดยสรุป การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้เป็นผลจากการบูรณาการข้อมูลเชิงประจักษ์ บริบทพื้นที่ และองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และนโยบายอย่างรอบด้าน จึงทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบทอีสานที่มีเครือข่ายเข้มแข็งแต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. เสริมบทบาท รพ.สต. เป็นแกนกลางในการดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นการติดตามผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเยี่ยมบ้าน การประสานงานกับ อสม. และการจัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพจน์ และคณะ (2564) ที่พบว่าการใช้ รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระโรคในผู้สูงอายุ
2. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนให้ครบถ้วนและเชื่อมโยง จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพครอบคลุม รายครัวเรือน กลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลเศรษฐกิจ-สังคม เพื่อสนับสนุนการวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงแนวทาง “Health in All Policies” ที่เน้นการใช้ข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพร่วมกัน
3. ขยายบทบาทชุมชนและ อสม. ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการอบรม อสม. และเครือข่ายชุมชน ด้านการคัดกรองสุขภาพ การสื่อสารพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wong et al. (2020) ที่ชี้ว่าการเสริมศักยภาพเครือข่ายชุมชน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำ
4. ใช้ Telehealth และเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือเสริม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ลำพัง สามารถใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการนัดหมายบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim & Lee (2021) ที่พบว่า Telehealth ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าเดินทาง และส่งเสริมการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง
5. สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมระหว่างชุมชน รพ.สต. อปท. จัดประชุมหรือเวทีระดมความคิดเห็น อย่างสม่ำเสมอ เพื่อหารือปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูล และร่วมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Community Empowerment ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีทุกฝ่ายในการตัดสินใจและบริหารจัดการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ทั้ง ผู้ให้ข้อมูลและชุมชนตำบลทรายทองและตำบลหนองบัวใต้ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็นอันมีคุณค่า และคณะอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่อง, หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ อาทิ รพ.สต. และ อสม. ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและประสานงานระหว่างชุมชนและนักวิจัย, ตลอดจน เพื่อนร่วมงานและครอบครัว ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ เวลา และทรัพยากรส่วนตัว ตลอดจน ทุกฝ่ายและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แม้ไม่ได้เอ่ยนามโดยตรง ความช่วยเหลือและความเมตตาของทุกท่านเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ทำให้การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
2. World Health Organization. Thailand health profile 2022. Geneva: WHO; 2022.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสภาพเศรษฐกิจและสังคมจังหวัดหนองบัวลำภู พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู พ.ศ. 2566. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2566.
5. ปิยะดา และคณะ. การพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนด้านสุขภาพในอำเภอศรีบุญเรือง. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565.
6. บุญเลิศ. การพัฒนาทุนทางสังคมในชุมชนชนบทอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
7. ลัดดาวรรณ. บทบาทองค์กรชุมชนต่อการพัฒนาสุขภาพตำบล. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
8. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2020.
9. สุรางค์, ชัยวัฒน์, สมชาย. ปัจจัยเศรษฐกิจ-สังคมต่อสุขภาพชนบทไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2565.
10. นริศรา. ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุชนบท. วารสารสาธารณสุข. 2566;31(2):45-56.
11. Health Systems Research Institute. Primary health care in rural Thailand. Nonthaburi: HSR; 2022.
12. Wong W, Smith J, Tan M. Integrating telehealth in rural community health. J Rural Health. 2020;36(3):365-74.
13. Rifkin SB. Community empowerment in health: theory and practice. London: Routledge; 2018.
14. คมกฤษ. การเสริมศักยภาพชุมชนเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2565.
15. Zhou Y, Li X, Chen H. Community-based telehealth in rural areas. BMC Health Serv Res. 2021;21:112.
16. จุฑารัตน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีต่อการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย; 2566.
17. Malik S, Thompson R, Ali F. Multi-sectoral collaboration in rural health management. Int J Public Health. 2022;67:1604412.

Corresponding : jirayu04228@gmail.com

Received : 15 August 2025 Revised 1 December 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E284404

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน
อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

คมสันต์ เตือนจันทิก, พ.บ.,

ณัฐนิชา ดั่งคำวิชัย, พ.บ.,

วัชรภรณ์ ชันขวา, พย.บ.

สังกัดกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วัสดุและวิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 8 คน และ ผู้สูงอายุ จำนวน 289 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้ในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ KR20 = 0.88 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ $\alpha = 0.82$ และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ $\alpha = 0.91$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Paired t-test

ผลการศึกษา: พบว่าพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติการ การตรวจสอบผลการปฏิบัติ การปรับปรุง และประเมินผล ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดี 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูล ข่าวสาร และ 5) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้าย หลังการพัฒนาศักยภาพมีความรู้ในการ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.027$) และมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) ความเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 44.6 ความจำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 98.3 ความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อสรุป: หลังการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมี ความจำ ความสามารถในการทรงตัว และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; โรงพยาบาลชุมชน

Effects developing model providing health services for elderly in community hospital Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province

Komsun Tuanchanthuek. M.D.,

Natnicha Dungkhamwichai, B.N.S.

Watcharaporn Khankwa, B.N.S.

department of internal medicine ,Si Bunrueang hospital District, Nong Bua Lamphu Province

Abstract

Background: to study development and evaluate of developing a model for providing health services for elderly in community hospitals. Si Bunruang District Nong Bua Lamphu Province.

methods: this research and development, sample group of 8 service personnel and 289 elderly people. Research tools were patient record form and network questionnaire. Research instrument was questionnaire as follows: Knowledge of elderly health services KR20 = 0.88, elderly health care practices alpha= 0.82, and elderly daily practices alpha= 0.91. Statistics used included descriptive statistics, Wilcoxon signed ranks test, and Paired t-test.

Results: It was found that Development of a model for providing health services for the elderly in community hospitals Using the PDCA cycle development process as follows: plan, do, check action of improvement and evaluation. Consisting of 5 measures as follows: 1) Developing the potential of personnel in providing health services for the elderly, 2) Strengthening good health care, 3) Promoting family participation, 4) Providing information, and 5) Developing the potential to care for the elderly in their final stages. After developing personnel, there was a statistically significant increase in knowledge in providing health services for the elderly ($p=0.027$) and there was a statistically significant increase in overall elderly care practices ($p=0.017$). Falls risk increased 44.6%, memory increased 98.3%, overall balance ability increased significantly ($p<0.001$), and overall daily activities increased significantly ($p<0.001$) and there was statistically significant decrease in overall depression ($p<0.001$).

Conclusion: Developing model of providing health services for elderly in community hospitals as result elderly had memory, balance ability and increase an activity of daily living.

Keywords: Model Providing Health Services; Elderly; Community Hospital

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 **Revised** 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

ความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปีพ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2593¹ ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ สังคมไทยก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ประเทศต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพและการจัดสวัสดิการด้านต่าง ๆ ให้แก่ ผู้สูงอายุตามมา ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหวัง และต้องการการพึ่งพามากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม และเกิดการพึ่งพิง สิ่งเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ² การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ส่วนใหญ่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ รองลงมาเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด³

โรงพยาบาลศรีบุญเรือง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เริ่มเปิดคลินิกผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567 การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุ ที่จะเข้ารับบริการ สามารถรับบริการได้หลายช่องทาง เพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ทั่วถึงความสะดวก และรวดเร็ว (access) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน (community screening) 2) ผู้สูงอายุที่รับ-ส่งต่อมาจากสถานบริการภายในจังหวัด ระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ (refer system) และ 3) ผู้สูงอายุที่ต้องการมารับบริการเอง (walk in) เกณฑ์เป้าหมายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ และ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 68,586, 72,988, 84,426 และ 88,051 คน คิดเป็นร้อยละ 16.56, 16.99, 16.59 และ 17.31 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรอง จำนวน 27,572 คน (ร้อยละ 34.55) แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 26,354 คน (ร้อยละ 95.58) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,092 คน (ร้อยละ 3.96) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 0.47) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5,681 คน เรียงตามอำเภอที่พบมากที่สุดคือ อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จำนวน 2,011 คน รองลงมาคือ อำเภอศรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน และ อำเภอนากลาง จำนวน 745 คน ตามลำดับ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ผลการตรวจคัดกรองพบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับบริการ ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จำนวน 1,252 คน คิดเป็นร้อยละ 22.04 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แบ่งเป็น จำนวน (ร้อยละ)

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

กลุ่มติดสังคม เท่ากับ 811 (64.78) กลุ่มติดบ้าน 414 (33.06) และกลุ่มติดเตียง 27 (2.16) พบผู้สูงอายุหกล้ม จำนวน 10 คน และภาวะสมองเสื่อม จำนวน 24 คน⁴

จากข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ พบว่า เนื่องจากวิถีชีวิตปัจจุบันของคนไทย กลุ่มวัยทำงานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน สืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ และทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านในช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุนั้น มีปัญหาภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะเสื่อมของร่างกายตามวัยจึงมีความต้องการการดูแล จากปัญหานี้พบว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม การรับประทานยาผิดพลาด รับประทานยาไม่ตรงเวลา ปัญหาการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทำให้ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ก่อนนั้นมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เมื่อเกิดการหกล้ม อาจมีปัญหาระยะการจำกัดการดำเนินสุขภาพตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีการพัฒนารูปแบบและมีการนำรูปแบบไปปฏิบัติการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นมาตรฐานเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลการทำการวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อประเมินผลการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ดังนี้ 1) กลุ่มบุคลากร ได้แก่ ความรู้ในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา 2) ผลลัพธ์การให้บริการผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การคัดกรองการได้ยิน การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความเสี่ยงหกล้ม การคัดกรองศักยภาพสมองเบื้องต้น MMSE ความสามารถในการทรงตัว คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการประเมินโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มกราคม 2568 ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 8 คน คัดเข้าศึกษาทั้งหมด โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม 2 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน เภสัชกร 1 คน และ ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน

2. การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 289 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การศึกษา คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย⁵

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁷ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดการระบบการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การจัดการระบบส่งต่อ 4) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล 5) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพและการดูแลรักษา จำนวน 22 ข้อ การตอบระดับการปฏิบัติ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ดังนี้ คะแนน 1.0-25.0 ระดับต่ำ 26.0-30.0 ระดับปานกลาง 31.0-75.0 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 ด้าน ผู้วิจัยนำมาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ¹¹ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ค่าระดับความดันโลหิต ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะอ้วนลงพุง การแปลผลระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด (มก./ดล.) คือ ระดับปกติ <160-199

ระดับเริ่มสูง 200-239 ระดับสูง 240-279 ระดับสูงมาก 280-319 ระดับสูงอันตราย ≥ 320

ส่วนที่ 2 การคัดกรองภาวะสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ คัดกรองการได้ยิน (Finger rub test) การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพทางตา คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม และการประเมินความเสี่ยงหกล้ม Timed Up and Go test

ส่วนที่ 3 การคัดกรอง MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินศักยภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัฐชิโรจน์¹²

ส่วนที่ 4 การประเมินความสามารถในการทรงตัว จำนวน 14 ข้อ ด้วยวิธี Berg Balance Scale 14 กิจกรรม¹³ การตอบ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 70 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ คะแนน 14.0-23.0 ระดับต่ำ 23.01-46.0 ระดับปานกลาง 46.01-70.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ¹⁴ การตอบ มี 1-5 ระดับ⁹ การแปลผลรวม 130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ คะแนน 26.0-43.0 ระดับต่ำ 43.01-86.0 ระดับปานกลาง 86.01-130.0 ระดับสูง

ส่วนที่ 6 การประเมินโรคซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) การตอบคือ 0 = ไม่มีเลย ถึง 5 = เป็นทุกวัน การแปลผลคือ คะแนน 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง กรณีคะแนน ≥ 13 ส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเครื่องมือการวิจัย โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 คน ค่า CVI = 1 ทุกข้อ จึงนำไปใช้ คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ด้วยสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.88 การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏดังนี้ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ alpha= 0.82 และ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ alpha= 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา อธิบายโครงการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง จัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการ จัดเก็บข้อมูล 2) เก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มบุคลากร และกลุ่มผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 ในเดือนตุลาคม 2567 (pre-test) ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนมกราคม 2568 (post-test) ใช้เวลาตอบประมาณ 20-30 นาที

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 24/2567 วันที่ 9 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผนพัฒนาระบบ (plan) การปฏิบัติการ (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการประเมินผล (action) ปัญหาเดิมพบว่า 1) ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ยังขาดความครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2) ขาดแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่เกี่ยวข้อง 3) ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดี 4) ขาดแนวทางการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามบทบาทที่กำหนด 5) ขาดระบบ

การติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาการจัดบริการแบบเดิม	กิจกรรมการพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ยังขาดความครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง	การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ผลการพัฒนาได้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	1. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 11 ด้าน
2. ขาดแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับที่เกี่ยวข้อง	ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ และ 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล	2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดทำโครงการขอสนับสนุนโครงการ
3. ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
4. ขาดแนวทางการบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตามบทบาทที่กำหนด	จัดประชุมชี้แจงการปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สนับสนุนค่าใช้จ่าย LTC ให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในการจัดบริการ	

2. ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.20-5.24, p=0.027) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=8)

ระดับความรู้	คะแนนเต็ม	Median	S.D.	95%CI	Z	p-value
ก่อนอบรม	20	15.50	18.50	1.20-5.24	2.207	.027*
หลังอบรม	20	3.845	2.669			

*p<0.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

3. การปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.71-25.71, p=0.017) การปฏิบัติการคัดกรองเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รองลงมาคือ การประเมินคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน (p=0.28) และน้อยที่สุดคือการประเมินคัดกรองกลุ่มอาการ (p=0.15) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=8)

ปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	95%CI	p-value
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
การประเมินคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน	20.13±4.64	23.25±1.38	-2.029	1.51-6.76	.028*
การประเมินคัดกรองกลุ่มอาการ	37.88±8.02	42.38±2.13	-1.591	2.1-11.18	.015*
การส่งเสริมสุขภาพและการติดตาม	19.63±5.95	22.13±5.11	-1.680	1.01-6.01	.037*
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	12.25±3.32	14.13±1.24	-2.376	1.09-3.74	.049*
รวมทุกด้าน	89.88±20.97	101.88±7.35	-2.069	1.71-25.71	.017*

*p-value<.05, Paired t-test

4. โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ระดับที่เสี่ยง ได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 34.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.3 อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.9 Systolic blood pressure ระดับเสี่ยง ร้อยละ 42.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.4 ระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 24.6 รอบเอว ร้อยละ 42.9 ดัชนีมวลกาย ร้อยละ 42.9 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อเสี่ยง (n=289)

โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย (เสี่ยง)	100	34.6
สูบบุหรี่หรือหยุดสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี (เสี่ยง)	73	25.3
อายุเสี่ยง ≥65 ปี	228	78.9
Systolic blood pressure ≥140-159 มม.ปรอท	122	42.2
มีโรคเบาหวาน (เสี่ยง)	88	30.4
ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	74	25.6
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ≥ 200-239 มล./ดล.	71	24.6
ค่ารอบเอวระดับเสี่ยง มากกว่า 90 เซนติเมตร	124	42.9
ดัชนีมวลกายเสี่ยง (<18.50; ≥23 กก./ตารางเมตร)	124	42.9

5. ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 46.4 สายตาระยะไกล ร้อยละ 64.7 การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth) ร้อยละ 67.5 และมีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG) ร้อยละ 44.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (n=289)

การคัดกรองภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ		
มีฟันแท่นน้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ)	134	46.4
การคัดกรองสุขภาพทางตา		
สายตาระยะไกล : นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง < 3 ใน 4 ครั้ง	187	64.7
คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม		
ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)	195	67.5
มีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG)	129	44.6

ผลการทดสอบความจำ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความจำเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ Registration การบอกชื่อบ้าน ร้อยละ 98.3 รองลงมาคือ Orientation for Place อยู่ที่ชั้นเท่าไร ร้อยละ 97.2 และน้อยที่สุดคือ Writing ให้เขียนข้อความ ร้อยละ 67.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการทดสอบความจำรายข้อตอบถูก เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=289)

ผลการทดสอบความจำ MMSE	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Orientation for Time	227	78.5	261	90.3
Orientation for Place อยู่ที่ชั้นเท่าไร	251	86.9	281	97.2
Registration การบอกชื่อแต่ละคำ	206	71.3	243	84.1
Writing ให้เขียนข้อความตามคำสั่ง	139	48.1	194	67.1

7. ความสามารถในการทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 5.42-6.90, p<0.001) มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 13.67-18.46, p<0.001) และภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.85-2.78, p<0.001) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนา (n=289)

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	Mean±SD	t	95%CI	p-value
ความสามารถในการทรงตัว					
ก่อนพัฒนา	70	45.81±10.59			
หลังพัฒนา	70	51.97±11.92	-16.447	5.42-6.90	.000*
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ก่อนพัฒนา	130	78.07±22.95	-13.198	13.67-18.46	.000*
หลังพัฒนา	130	94.14±21.53			
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนา	45	16.47±5.81	9.787	1.85-2.78	.000*
หลังพัฒนา	45	14.15±6.38			

*p-value<.05, Paired t-test

อภิปราย

1. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบวงจร PDCA ดังนี้ การวางแผนพัฒนาระบบ (plan) การปฏิบัติการ (do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check) และการประเมินผล (action) ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเสริมสร้างการดูแลสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว 4) การให้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ และ 5) การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้าย อธิบายได้ว่า จุดประสงค์หลักของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย 5 มาตรการหลักอย่างครบวงจร จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความจำ ความสามารถในการทรงตัวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาล พบว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ รูปแบบบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในสถานพยาบาล และเป้าหมายบูรณาการของการดูแลสุขภาพองค์รวมผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ และกระบวนการมาตรฐานของการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบหน่วยบริการแบบช่องทางพิเศษหรือจุดเดียว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานสูงตั้งแต่แรกรับในทุกระยะไปจนถึงการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน¹⁵

2. การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ในด้านการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ตามเป้าหมาย รองลงมาคือ บันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุในระบบข้อมูล และปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดคือ ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เจ็บหนักระดับรอง ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรมีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า บุคลากรมีการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่พบผู้สูงอายุให้ข้อคิดเห็นว่าการจัดบริการใกล้บ้านทำให้เข้าถึงบริการง่าย มีการจัดบริการที่ครบถ้วนครบทุกสาขาวิชาชีพ สามารถบริการด้วยความรวดเร็ว มีขั้นตอนในการบริการที่ไม่ซับซ้อน ส่วนสาเหตุที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัดคือ ไม่มีใครพาไปโรงพยาบาลและไม่สะดวกในการเดินทาง¹⁶

3. ผลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ถ้าเป็นเพศชายเสี่ยง สูบบุหรี่ อายุ 65 ปีขึ้นไป Systolic blood pressure ระดับเสียงสูง เป็นโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดเสี่ยง รอบเอวเสี่ยง และ ดัชนีมวลกายเสี่ยง ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ประมาณการณ์ในอีก 10 ปีข้างหน้า พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท้น้อยกว่าเกณฑ์ สายตาระยะไกล ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth) และมีความเสี่ยงหกล้ม (Timed Up and Go test: TUG) ผลการทดสอบความจำ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีความจำเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ Registration การบอกชื่อบ้าน รองลงมาคือ Orientation for Place อยู่ที่ชั้นเท่าไร และ Writing ให้เขียนข้อความ ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อและพฤติกรรมป้องกันโรค¹⁷ และการศึกษาการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่พบว่า ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบ 4 อันดับแรกคือปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก และด้านความจำ¹⁶

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า หลังพัฒนาผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ สวมใส่เสื้อผ้า ตัดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้เอง รองลงมาคือ เข้าใช้ห้องน้ำช่วยตัวเองได้ดีขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมากที่สุดคือ ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาแบบบริการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น มากที่สุดคือ เปลี่ยนจากยืนเป็นนั่งได้เอง รองลงมาคือ ยืนนิ่ง 2 นาทีโดยไม่จับสิ่งของ

และมีความสามารถในการทรงตัว ยืนขาข้างเดียวได้นานที่สุดโดยไม่ยึดวัตถุใด ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพและป่วยโรคเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ¹⁸ จากผลการวิจัยภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่าจะประกอบด้วย ความเครียด พลังสุขภาพจิต ทำให้ต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้างมากขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทำให้ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับดี¹⁹ และการศึกษาที่พบว่าหลังการพัฒนากระบวนการบริการผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดีเพิ่มขึ้น²⁰

ข้อสรุป หลังการพัฒนากระบวนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความจำ ความสามารถในการทรงตัว และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านของตนเองได้อยู่กับลูกหลาน ญาติ เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุระยะยาว ดังนั้น จึงควรใช้เป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนในการพัฒนาให้การสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยในบ้านตนเองในชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น ๆ ที่จะต้องพัฒนา

2. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวเป็นบทบาทภาระของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวและช่วยผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านคุณภาพการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรผู้ให้บริการ ในสถานบริการสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้ดูแลทุกระดับทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ภาคเอกชน และผู้มีส่วนร่วมในสังคมชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลแบบระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและได้รับประโยชน์มากที่สุด

คำขอบคุณ ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่เปิดโอกาสทำการวิจัยและให้คำแนะนำปรึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing. 2023. URL: <https://www.who.int>
2. ณัฐกัญญา อ่องเอื้อ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
3. นงลักษณ์ พะไถยะ, ศิริพันธ์ สาส์ตย์, วาสิณี วิเศษฤทธิ. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(2):200-17.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (SMS) ระดับกระทรวง. 2567. URL: <https://www.npo.moph.go.th/webnp/index.php>
5. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. 2564. URL: www.qualtrics.com/au
6. อธิภัทร อติวินิจฉัยระการ, ชวนนท์ อิมอาบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2562;38(4):288-98.
7. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
8. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Likert R. The method of constructing an attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley & Sons; 1967.
10. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
11. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564. 2564. URL: <http://agingthai.dms.go.th>
12. โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์. Cognitive impairment in medicine: Basic and clinical neuroscience. MoCA Thai version. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
13. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Scand J Rehabil Med. 1995;27:27-36.
14. ไพริน ศิริพันธ์. ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดตราด. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2566;19(3):37-48.
15. งามเนตร เอี่ยมนาคะ. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):124-32.

Corresponding : komsun_333@hotmail.com

Received : 17 April 2025 Revised 3 November 2025

Accepted : 20 December 2025

วารสารโรงพยาบาลนครพนม

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568

E277865

16. วรณฤดี ศิริธรรม, สุชาดา โพธิ์น้อมไทย. ประสิทธิผลของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. 2567:1-16.
17. วุฒิชัย แป้นทอง, รัตนา สายยศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในช่วงสถานการณ์โควิด-19. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2):662-76.
18. ศิริวรรณ เซาว์โน, พรชัย ขุนคงมี. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขสุโขทัย. 2565;18(1):32-44.
19. พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, กฤติยาพร คำไช, เจนนภา หาญโงน, ภาวิณี วงษ์กันหา. โควิด-19 กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารมหาจุฬานาครธรรม. 2565;9(9):1-14.
20. วัฒนา จันทร์เปรม, มยุรี บุญทัด, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ไพศาล ขุนวิเศษ. การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชัยนาท. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566;6(1):14-34.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

เกี่ยวกับวารสาร

วารสารโรงพยาบาลนครพนม เป็นสื่อเผยแพร่อย่างเป็นทางการของโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม โดยเผยแพร่ 3 ฉบับต่อปี จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้ นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประเภทของบทความที่รับเผยแพร่ได้แก่ บทบรรณาธิการ (Editorial) นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความทบทวนความรู้ (Topic review) รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) นวัตกรรม (Innovation) กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความที่ส่งมานั้น ต้องไม่เคยถูกเผยแพร่ หรือกำลังรอเผยแพร่ที่วารสารอื่นมาก่อน
2. บทความที่ถูกเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลนครพนมแล้วนั้น หากมีความประสงค์จะนำไปเผยแพร่ที่อื่น ต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความและกองบรรณาธิการก่อน
3. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ข้อคิดเห็นของกองบรรณาธิการ

ประเภทของบทความที่รับเผยแพร่

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) คือ บทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คือ งานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ในงานวิจัยนั้นๆ งานวิจัยเป็นการศึกษาค้นคว้า หรือการทดลองอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยวิธีการ หรืออุปกรณ์ เพื่อให้ค้นพบข้อเท็จจริง หรือหลักการนำไปใช้ในการตั้งกฎ ทฤษฎี หรือแนวทางในการปฏิบัติ
3. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือ บทความที่มีลักษณะทบทวนทางวรรณกรรมต่างๆ อาจเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย หรือเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

4. รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) คือ รายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ อาจเป็นผู้ป่วยที่พบบ่อย หรือผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจ โรคที่พบได้ยาก
5. นวัตกรรม (Innovation) คือ ผลงาน หรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลคนไข้ให้รวดเร็ว หรือมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
6. กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) ทั้งที่จัดขึ้นในโรงพยาบาลนครพนม หรือภายนอก
7. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ (Miscellaneous)

ซึ่งบทความแต่ละประเภทที่นำมาเผยแพร่ นั้น ต้องเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

การประเมินคุณภาพบทความ (Peer review)

ประเภทของบทความที่จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพบทความ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทความทบทวนความรู้ (Topic review) รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ (Interesting case, case report) ซึ่งบทความจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญตามสาขาวิชานั้นๆ จากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน (Double-blind peer review)

ประเภทของบทความที่สามารถลงเผยแพร่ได้โดยไม่ต้องผ่านการประเมินคุณภาพบทความ ได้แก่ นวัตกรรม (Innovation) กิจกรรมประชุมวิชาการ (Conference or meeting) บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ทั้งนี้ ขึ้นกับความเห็นของกองบรรณาธิการประกอบกัน

การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนควรระบุประเภทบทความของท่านก่อนส่งเพื่อเผยแพร่ และตรวจสอบความครบถ้วนจากรายการตรวจสอบ (Check list) ก่อนการส่งเสนอการพิจารณา (Submission) โดยมีคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับดังต่อไปนี้

1. ต้นฉบับ (Manuscript)

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft word (.doc หรือ .docx) คอลัมน์เดียว ในกระดาษ หรือพื้นที่หลังสีขาว ขนาด A4 (8.5x11 นิ้ว) ระยะห่างบรรทัดแบบ single space เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขกำกับทุกหน้าที่ตำแหน่งขวาบนของทุกหน้า ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่ควรเกิน 15 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) โดยแยกหน้า ระหว่าง ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ, เนื้อหาฉบับเต็ม, ตาราง, เอกสารอ้างอิง สามารถเขียนบทความได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่จำเป็นต้องมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษประกอบด้วย ตัวเลขอารบิก ชื่อยาให้เขียนในชื่อสามัญ (Generic name) ไม่ใช่ชื่อการค้า

2. ตารางและภาพ

ภาพประกอบควรเป็นภาพถ่าย หรือภาพวาดที่สร้างขึ้นด้วยตนเองที่มีความคมชัด มีคำอธิบายภาพหรือตารางไว้ที่ข้างใต้ พร้อมทั้งระบุลำดับภาพ หรือลำดับตาราง ตารางควรพิมพ์โดยใช้ฟังก์ชันแทรกตารางในโปรแกรม Microsoft word

3. เอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้แยกไว้อีกหน้า ตามลำดับที่ได้อ้างอิงไว้ในบทความ โดยใช้รูปแบบเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver system) ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่ได้ถูกอ้างอิงไว้ในบทความเท่านั้น และไม่ควรมีเอกสารอ้างอิงมากเกินไป 30 รายการ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขเอกสารอ้างอิงกับกับไว้ในบทความเป็นตัวเลขยก

4. รูปแบบการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

ควรมีหัวข้อ และลำดับการเขียนดังต่อไปนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)
2. ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วมงาน (Author and co – worker) รวมถึงตำแหน่งงานและที่อยู่ของสถานที่ทำงาน
3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย
 - 3.1 วัตถุประสงค์ (Objectives)
 - 3.2 วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)
 - 3.3 ผลการศึกษา (Results)
 - 3.4 ข้อสรุป (Conclusion)
 - 3.5 คำสำคัญ (Keyword) ควรมีอย่างน้อย 3 keywordsบทคัดย่อไม่ควรมีความยาวเกิน 300 คำ หรือ 1 หน้า
4. ความสำคัญ (Importance)
5. วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials & Methods)
6. ผลการศึกษา (Results)
7. อภิปราย (Discussion)
8. ข้อสรุป (Conclusion)
9. คำขอบคุณ (Acknowledgement) (ถ้ามี)
10. บรรณานุกรม/ เอกสารอ้างอิง(References)

5. รูปแบบการเตรียมรายงานผู้ป่วย (case report/ case series)

- บทคัดย่อ(Abtract) สำหรับการเขียนรายงานผู้ป่วยนั้น ไม่มีรูปแบบโครงสร้างที่ตายตัว แต่ให้เขียนสรุปเนื้อหาของรายงานผู้ป่วย สรุปอาการหรืออาการแสดงของผู้ป่วย ผลของการรักษา และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผู้ป่วย โดยเขียนสรุปในย่อหน้าเดียว
- เนื้อหาหลักของรายงานผู้ป่วย ควรประกอบด้วย
 1. บทนำ (Introduction) ซึ่งอธิบายถึงความสำคัญหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง
 2. รายงานผู้ป่วย (Report of case) อธิบายถึงอาการ อาการแสดง แนวทางการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลตรวจรังสีวิทยา ผลพยาธิวิทยา การรักษา อาจมีภาพถ่าย แผนผัง ภาพวาดประกอบ
 3. ผลการรักษา (Result) บรรยายผลของการรักษา
 4. อภิปราย (Discussion) กล่าวถึงอาการ ผลการตรวจต่างๆ ผลพยาธิวิทยา ที่เป็นเหตุเป็นผลสู่การวางแผนการรักษา
 5. สรุป (Conclusion) สรุปเนื้อหาของรายงานผู้ป่วยอย่างสั้นๆ

การส่ง file ต้นฉบับได้ที่ https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkjournal_9 โดยต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารโรงพยาบาลนครพนมก่อน แล้วจึงส่งบทความ Submission เข้าในระบบได้ หากมีข้อสงสัยโทรติดต่อ.(042) 199222 ต่อ 1016,1075 ตัวอย่างการส่งบทความ ทำตามเอกสารวิธีการตามลิงค์นี้ได้ https://drive.google.com/file/d/1rYO3W1bGlb9q77m4gvZdNeD19mxagx_e/view

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนม พิจารณาการรับเรื่องบทความแล้ว จะมีการเรียกเก็บค่าตอบแทนการอ่านบทความ และบทความละ 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)



วารสารโรงพยาบาลนครพนม
Nakhonphanom Hospital Journal
www.nkphospital.go.th