

การพัฒนาโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
จังหวัดนนทบุรี

Development of an Herbal Medicine Program for Elderly Healthcare in
Hospitals, Nonthaburi Province

นางปิยวรรณ มั่นคง

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และ 2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมโดยการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก (N=20) และตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ (N=7) และระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผล ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีปัญหาอาการเล็กน้อยเรื้อรัง จำนวน 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 70 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการใช้สมุนไพรฉบับสมบูรณ์ แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) และแบบประเมินอาการไม่สุขสบายทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (Independent t-test และ ANCOVA)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการใช้สมุนไพรที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ความรู้ด้านสมุนไพร 4 กลุ่มอาการ (นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย ท้องผูก อ่อนเพลีย) แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากร และชุดสื่อสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.81, S.D. = 0.35) ส่วนผลการประเมินประสิทธิผลพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean= 78.50 vs 71.20, $p < .001$) และมีคะแนนอาการไม่สุขสบายทั่วไป (เช่น อาการปวดเมื่อย นอนไม่หลับ) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$)

โปรแกรมการใช้สมุนไพรนี้มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างสุขภาพและลดอาการไม่สุขสบายเล็กน้อยเรื้อรังในผู้สูงอายุ ควรมีการผลักดันให้โปรแกรมนี้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเพื่อบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของจังหวัดนนทบุรี และควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมในระยะยาว

คำสำคัญ : สมุนไพรไทย ผู้สูงอายุ การแพทย์แผนไทย การพัฒนารูปแบบ คุณภาพชีวิต

Abstract

This research employed a mixed-methods Research and Development (R&D) design aimed to 1) develop an herbal medicine program for elderly healthcare in hub and community hospitals in Nonthaburi Province, and 2) evaluate the program's effectiveness on elderly health outcomes. The study involved two phases: Phase 1 focused on program development through literature review, in-depth interviews with key informants (N=20), and expert validation (N=7). Phase 2 involved a quasi-experimental pretest-posttest control group design (N=140, 70 experimental, 70 control) with elderly participants experiencing chronic minor symptoms. Instruments included the finalized herbal program, the WHOQOL-BREF, and a general discomfort symptom assessment tool. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, and ANCOVA.

Results showed that the developed program comprised three main components: herbal knowledge for four symptom clusters (insomnia, pain, constipation, fatigue), implementation guidelines for staff, and supporting materials for the elderly. Experts rated the program's appropriateness as high (Mean= 4.81, S.D.= 0.35). The effectiveness evaluation revealed that the experimental group achieved a significantly higher overall quality of life score than the control group (Mean= 78.50 vs 71.20, $p < .001$) and reported a significantly greater reduction in general discomfort symptoms ($p < .001$).

The herbal medicine program is effective in promoting health and reducing chronic minor symptoms in the elderly. It is recommended that this program be standardized and integrated into routine elderly care in Nonthaburi hospitals, with future research focusing on long-term cost-effectiveness analysis.

Keywords: Thai Herbal Medicine Elderly Healthcare Traditional Thai Medicine Program Development Quality of Life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยหรือสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566) สำหรับจังหวัดนนทบุรีเอง มีสัดส่วนผู้สูงอายุ สูงถึงราวร้อยละ 21.7 (สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี, 2565) สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความท้าทาย ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับวัยสูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเข่าเสื่อม (คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย, 2566) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่งผลให้อัตราการพึ่งพาบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สุภาดา คำสุชาติ, 2560)

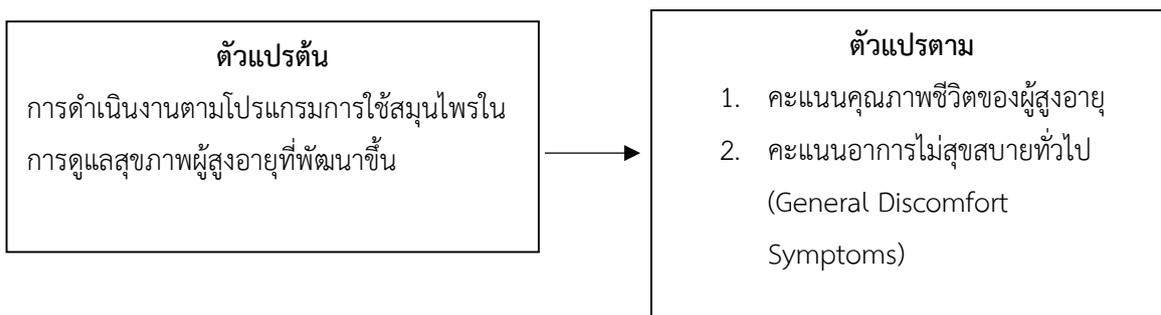
การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรพื้นบ้านได้รับความสนใจในฐานะทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามวัยหลายอย่าง เช่น อาการนอนไม่หลับ ท้องผูก ปวดเมื่อยตามร่างกาย สามารถจัดการได้ด้วยสมุนไพรชั้นพื้นฐานที่ได้รับการรับรองทางเภสัชวิทยา (จันทวงศ์ และคณะ, 2564; Juntawong et al., 2021) ภาครัฐได้ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยมีมาตรการบรรจุกิจจากสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และเพิ่ม ชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) มาตรการเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสมุนไพรไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการส่งเสริมจากภาครัฐ แต่การบูรณาการโปรแกรมการใช้สมุนไพรสำหรับผู้สูงอายุเข้ากับการดูแลรักษาของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรีอย่างเป็นระบบ และครบวงจรยังไม่แพร่หลาย การให้บริการมักจำกัดอยู่ในรูปแบบคลินิกแพทย์แผนไทยแยกเฉพาะ หรือการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณีเท่านั้น ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สมุนไพร อาจเข้ามามีบทบาทเติมเต็มได้ หากมีระบบรองรับที่เหมาะสมและมาตรฐาน การพัฒนาโปรแกรม ที่ผสมรวมความรู้ด้านสมุนไพรเข้ากับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและยั่งยืนยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการใช้สมุนไพรที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ดำเนินการใน 2 ระยะหลัก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างและประเมินรูปแบบการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยมีรูปแบบการศึกษาดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม (วิจัยเชิงคุณภาพและการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ) และระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง: Quasi-Experimental Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมโดยในระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เกสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร และผู้บริหารในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนนทบุรี รวมทั้งสิ้น 20 คน และใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Experts) สำหรับตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมจำนวน 7 ท่าน การคัดเลือกดำเนินการแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และมีภาวะอาการไม่สบายเล็กน้อยเรื้อรังที่สามารถใช้สมุนไพรดูแลได้ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน และกลุ่มควบคุม 70 คน

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมและคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) ผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี สามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย
- 3) ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม
- 4) ผู้ที่มีปัญหาอาการไม่สุขสบายเล็กน้อยเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยสมุนไพรตามที่กำหนดในโปรแกรม (เช่น อาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องผูก)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือภาวะสุขภาพทรุดโทรมอย่างรวดเร็วระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้
- 2) ผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงจนไม่สามารถใช้ข้อมูลและตัดสินใจได้
- 3) ผู้ที่กำลังใช้ยาสมุนไพรที่อาจเกิดปฏิกิริยากับสมุนไพรในโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) โปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ชุดความรู้สมุนไพรที่คัดเลือกมาใช้ (Knowledge package) แนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรในการคัดกรองและติดตามผล และสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ
- 2) แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม (สำหรับผู้เชี่ยวชาญ) ใช้มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อประเมินความถูกต้องทางวิชาการ ความเหมาะสมกับบริบท และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
- 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน
- 4) แบบประเมินอาการไม่สุขสบายทั่วไปในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและสามารถบรรเทาได้ด้วยสมุนไพร (เช่น คะแนนการนอนหลับ คะแนนอาการปวดเมื่อย ท้องผูก)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการเคารพในศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน และสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย โครงการวิจัยนี้จึงได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี (รหัสโครงการ 69/2568) โดยได้รับการรับรองตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนและมีแบบแผนในช่วงเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569

1) ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการยื่นโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี (รหัสโครงการ 69/2568) และทำหนังสือราชการขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 (การพัฒนาโปรแกรม) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและข้อจำกัด จากนั้นจัดทำร่างโปรแกรมและนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม (Expert Validation) ก่อนปรับปรุงให้เป็นฉบับสมบูรณ์

3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 (การประเมินประสิทธิผล)

3.1 การคัดเลือกและแบ่งกลุ่ม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 140 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามความเหมาะสมของสถานที่ และบริบทของโรงพยาบาล (Non-randomized Assignment)

3.2 การวัดผลก่อนการทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตและอาการไม่สุขสบายทั่วไปจากทั้งสองกลุ่ม

3.3 การทดลอง (Intervention)

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการใช้สมุนไพรตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีการติดตามและให้คำปรึกษาจากทีมวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรม ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล

3.4 การวัดผลหลังการทดลอง (Post-test)

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตและอาการไม่สุขสบายทั่วไปจากทั้งสองกลุ่มซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งตามประเภทของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นหลักและความต้องการในการออกแบบโปรแกรม

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย และระดับความเหมาะสมของโปรแกรม

2.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่

2.2.1 การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) เพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรพื้นฐานก่อนการทดลอง

2.2.2 การทดสอบทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

2.2.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรพื้นฐาน (เช่น คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในทั้งสองระยะ สามารถนำเสนอโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้เกิดความชัดเจนและง่ายต่อการทำความเข้าใจ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมและการตรวจสอบความเหมาะสม

การวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย เกษัชกร และผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุจำนวนมากมีอาการไม่สุขสบายเล็กน้อยเรื้อรัง เช่น อาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องผูก และอ่อนเพลีย ซึ่งสามารถดูแลเบื้องต้นด้วยสมุนไพรพื้นฐานได้ (2) บุคลากรสาธารณสุขมีความต้องการแนวทางการใช้สมุนไพรที่เป็นมาตรฐาน เพื่อใช้ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ และติดตามอาการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และ (3) ผู้สูงอายุยังขาดความรู้และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการยกร่างโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของการให้บริการในโรงพยาบาล

การวิจัยในระยะที่ 1 ได้นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ องค์ความรู้ด้านสมุนไพรสำหรับจัดการ 4 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อย ท้องผูก และอ่อนเพลีย คู่มือแนวทางการคัดกรองและส่งต่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และชุดสื่อสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เช่น แผ่นพับ และคู่มือ

ฉบับย่อ ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.81 (S.D. = 0.35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความถูกต้องทางวิชาการของเนื้อหา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือความเหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้สูงอายุ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ (N=7)

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ เหมาะสม
1. ความถูกต้องทางวิชาการของเนื้อหา	4.90	0.30	สูงมาก
2. ความเหมาะสมกับบริบทการดูแล ผู้สูงอายุ	4.85	0.38	สูงมาก
3. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	4.70	0.45	สูง
ภาพรวม	4.81	0.35	สูงมาก

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 คือผู้สูงอายุที่มีปัญหาอาการเล็กน้อยเรื้อรัง จำนวนรวม 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 70 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-square test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ และโรครวมถึงคะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนอาการไม่สุขสบายก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนการเริ่มดำเนินโปรแกรม ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและคะแนนพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N=140)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=70)	กลุ่มควบคุม (n=70)	ค่าสถิติ	p- value
เพศ (ชาย/หญิง)	28/42 (40%/60%)	31/39 (44%/56%)	$\chi^2=0.35$.552
อายุเฉลี่ย (ปี) \pm S.D.	69.5 \pm 5.8	70.1 \pm 6.2	t=-0.61	.543
คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง \pm S.D.	71.35 \pm 7.20	71.05 \pm 7.45	t=0.25	.803
คะแนนอาการปวดเมื่อยก่อนการทดลอง \pm S.D.	2.61 \pm 0.75	2.57 \pm 0.68	t=0.32	.749

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังการใช้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนเริ่มต้น พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

ผลการประเมินด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (N=140)

คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)	กลุ่มทดลอง (Mean \pm S.D.)	กลุ่มควบคุม (Mean \pm S.D.)	F (ANCOVA)	p-value
ด้านร่างกาย	20.50 \pm 2.85	18.10 \pm 3.10	35.80	< .001
ด้านจิตใจ	20.15 \pm 2.90	17.95 \pm 3.25	29.55	< .001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	19.35 \pm 3.15	17.85 \pm 3.30	15.62	< .001
ด้านสิ่งแวดล้อม	18.50 \pm 2.55	17.30 \pm 2.65	11.28	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	78.50 \pm 6.95	71.20 \pm 7.11	45.62	< .001

ผลการประเมินด้านอาการไม่สบายทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในทุกกลุ่มอาการที่ศึกษา ($p < .001$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการนอนไม่หลับและปวดเมื่อยตามร่างกาย แสดงให้เห็นว่าการใช้สมุนไพรตามโปรแกรมช่วยบรรเทาอาการเรื้อรังเล็กน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนอาการไม่สบายทั่วไปหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (N=140)

กลุ่มอาการ (คะแนนต่ำหมายถึงอาการดีขึ้น)	กลุ่มทดลอง (Mean \pm S.D.)	กลุ่มควบคุม (Mean \pm S.D.)	F (ANCOVA)	P-value
อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย	1.85 \pm 0.62	2.59 \pm 0.70	38.91	< .001
อาการนอนไม่หลับ	1.50 \pm 0.55	2.15 \pm 0.61	30.15	< .001
อาการท้องผูก	1.35 \pm 0.48	1.78 \pm 0.52	25.40	< .001
อาการอ่อนเพลีย	1.62 \pm 0.58	2.05 \pm 0.65	18.75	< .001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจังหวัดนนทบุรี มีข้อค้นพบที่สำคัญซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและยุทธศาสตร์การรับมือสังคมสูงวัย

ประการแรก ความสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมที่ได้รับคะแนนความเหมาะสมสูงจากผู้เชี่ยวชาญ (Mean = 4.81) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติการพัฒนาโปรแกรมที่อิงกับความต้องการและข้อจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์จริงในโรงพยาบาล ทำให้โปรแกรมสามารถบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ได้อย่างราบรื่น การยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นการเน้นย้ำถึงศักยภาพของการแพทย์แผนไทยในการเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ

กระแสหลักในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ สุภาดา คำสุชาติ (2560) ชี้ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนในการรับมือสังคมสูงวัย

ประการที่สอง การที่กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์นี้เกิดจากการที่สมุนไพรที่เลือกใช้ตามโปรแกรมสามารถจัดการกับอาการไม่สุขสบายเล็กน้อยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อย และท้องผูก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ เมื่ออาการทางกายเหล่านี้ลดลง ย่อมส่งผลให้สุขภาวะทางจิตใจและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทวงศ์ และคณะ (2564) ที่ระบุว่า การพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรพื้นฐานสามารถช่วยแก้ปัญหาสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุได้

ประการที่สาม การลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอาการไม่สุขสบายในกลุ่มทดลอง ($P\text{-value} < .001$) พิสูจน์ว่าสมุนไพรที่บรรจุในโปรแกรมสามารถใช้เป็นทางเลือกในการดูแลอาการเรื้อรังเล็กน้อยได้ การจัดการอาการเหล่านี้เหมาะสมตั้งแต่เนิ่นๆ สามารถลดความจำเป็นในการใช้ยาแผนปัจจุบันบางชนิด หรือลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาจำนวนมาก (Polypharmacy) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และเครื่องมือในการดูแลตนเอง ทำให้พวกเขามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านการออกแบบวิจัย เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างอย่างสมบูรณ์ (Non-randomized Assignment) ซึ่งอาจมีตัวแปรกวนบางอย่างที่ยังไม่สามารถควบคุมได้อย่างครบถ้วน แม้จะได้ใช้การวิเคราะห์ ANCOVA เพื่อควบคุมความแปรปรวนจากคะแนนก่อนการทดลองแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโปรแกรมและสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1) ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต และศึกษาผลกระทบของโปรแกรมต่อตัวชี้วัดด้านการใช้บริการสุขภาพ เช่น อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกซ้ำ หรือการลดลงของปริมาณการใช้ยาแผนปัจจุบันสำหรับการจัดการอาการเล็กน้อย

2) ควรดำเนินการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economic Analysis) เพื่อประเมินความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ของการดำเนินงานโปรแกรมการใช้สมุนไพรนี้ เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการจัดการอาการไม่สุขสบายเล็กน้อยด้วยวิธีอื่น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านงบประมาณในระยะยาว

3) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อสำรวจประสบการณ์และความพึงพอใจเชิงลึกของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต่อการใช้สมุนไพรร ตลอดจนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรม (Adherence) ในชีวิตประจำวัน เพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. (2566). *รายงานสุขภาพคนไทย 2566 (สถานการณ์เด่น: “มิติด้านสุขภาพ” ของสังคมสูงวัยในประเทศไทย)*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
จันทวงศ์ น, มามะ ร, แซ่หวัง โ, ต้นสุวรรณวงศ์ ศ, เรือนเจริญ ช. การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสาร MCU Social Science Review*. 2564;10(1):245-256.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (สวสท).
- สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี. (2565). *สถิติผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี (ปี 2565–2566)*. สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1156–1164.
- Daniel, W. W. (1999). *Bio-statistics: A foundation for analysis in the health sciences* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Pourhoseingholi, M. A., Vahedi, M., & Rahimzadeh, M. (2013). Sample size calculation in medical studies. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 6(1), 14–17.