

ISSN 2822-0765

(Online)



วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

: JOLOPO

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (VOL. 2 No. 2)

พฤษภาคม - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2567 (May - Dec 2024)

เว็บไซต์ : <https://jolopo-loei.moph.go.th/loeioids/index.php/loei>

กองบรรณาธิการ โทร : 098 097 9570



QR Code เว็บไซต์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

255 หมู่ที่ 6 ตำบลนาอาน

อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000

กองบรรณาธิการ โทร 098 097 9570

วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

: JOLOPO

ที่ปรึกษา

ชาญชัย บุญอยู่	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
ยอดลักษณ์ สัยลังกา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน ๒)
ระพีพรรณ จันทร์อ้วน	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน ๓)
วัชรี้ แก้วสา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ดร.บุญมา สุนทราวิรัตน์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านบริหาร)

คณะบรรณาธิการ

สมชาย ชมภูคำ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน ๑)
กัณชชา สุธาวา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านทันตสาธารณสุข)
ชัตติยา แก้วสมบัติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายนอก

ผศ.ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
รศ.ดร.ธนัญชัย บุญหนัก	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
อ.ดร.ชินกร สุจิมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ

อิศรา ชุนพิลึก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ธารรัตน์ จารุฑิขัมพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
วิณณิตา สุธาวา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
วิภาดา พลไกรษร	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
พัทธมน ภัทรพงศ์สินธุ์	นักทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
มิตรภาพ แก้วสมบัติ	นิติกรปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ภาพประกอบปก

วิณณิตา	สุธาวา
---------	--------

สารบัญ

บทความวิชาการ	หน้า
บทบาทของปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ในฐานะผู้ช่วยนักวิจัยด้านสาธารณสุข The Use of Generative AI as an Assistant for Public Health Researchers ชติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, มิตรภาพ แก้วสมบัติ <i>Kuttiya Kaewsombat, Issara Khunpiluek, Mittaphap Kawosombat</i>	1
ความสำคัญของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพ The Importance of Healthcare Services Research ชติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ธารารัตน์ จารุทีฆัมพร, วัฒนิตา สุธาวา <i>Kuttiya Kaewsombat, Issara khunpiluek, Thararat Jarutheekumporn, Wannita Sutawa</i>	11
บทความวิจัย	
การพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย The Development of Cognitive Training in Older Persons with Mild Neurocognitive Disorder in Kutpong Subdistrict, Muang Loei District, Loei Province ปรีชญา เต็มพรเลิศ, จุรีรัตน์ ประवालัญญกร <i>Preechya Tempornlerd, Jureerat Pawanlanchakorn</i>	19
การพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย The Development of Caregivers' Skills in Elderly Rehabilitation for Dependent Older Adults: A Study in the Service Area of Chiang Klom Sub-district Health Promoting Hospital, Pak Chom District, Loei Province รพีพร คำตัน, อำพนธ์ คำตัน, เพ็ญนิภา จันทร์ถอด <i>Rapeeporn Khamton, Amphol Khamton, Pennipa Jantod</i>	34

(ต่อ) สารบัญ

ผลการให้โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effects of Combined Pharmaceutical Care and Pulmonary
Rehabilitation Program on Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Patients

48

กฤษณะ พานทอง, สรียา อังคป์ทมากุล,

วิลัยวรรณ พรมอินทร์, จุฬาลักษณ์ ชาวกะมุต

Kritsana Panthong, Sariya Aungkapattamagul,

Wiliwan Phromin Chulalak Chaokamut

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
ของมารดาโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

Development of Clinical Practice Guidelines for the Prevention of Early
Postpartum Hemorrhage in Mothers at Pakchom Hospital, Loei
Province

62

อุไรวรรณ สอนแก้ว

Uraiwan Sornkaew

ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขของบุคลากร โรงพยาบาล
สมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

The Effects of Contemplative Education Process on Staff Well-being
at Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province

77

อนุชิต อินปลัด, ศิวาพร พรหมมาวัน

Anuchit Inpalad, Siwaporn Prommawan

บทบรรณาธิการ

ในยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด เราอาจพบเห็นบทบาทของ AI หรือปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีอิทธิพลต่อแทบทุกภาคส่วน แม้กระทั่งในงานวิจัยด้านสาธารณสุขก็ตาม ดังนั้นในฉบับนี้ เราจึงคัดสรรผลงานวิจัยและบทความวิชาการด้านสาธารณสุขที่น่าสนใจถึง 7 เรื่องมานำเสนอ โดยบทความแรกที่ขอแนะนำเป็นพิเศษ คือ บทความวิชาการเรื่อง "ความสำคัญของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพ" ของ ชติยา แก้วสมบัติ และคณะ ที่ได้ทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างเป็นระบบชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของงานวิจัยในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

นอกจากนี้ ผลงานวิจัยในฉบับยังให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ตอบโจทย์กลุ่มเฉพาะอย่างผู้สูงอายุไปจนถึงมารดาหลังคลอด ทั้งในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การบำบัดฟื้นฟูโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เห็นได้ชัดว่า งานวิจัยเหล่านี้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และพัฒนาสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังไม่ละเลยมิติทางจิตวิญญาณ ดังเช่นงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล ที่เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนาในด้านของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการบริการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

แม้จะดูเหมือนเป็นประเด็นที่หลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาให้ลึกซึ้ง เราจะเห็นว่างานวิจัยในฉบับนี้ต่างก็มีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางหรือผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ผ่านรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมพลังให้ผู้ดูแล การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ไปจนถึงการใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจุบัน แนวคิดเชิงบูรณาการเช่นนี้กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อย ๆ ในวงการสุขภาพ เพราะการดูแลมนุษย์นั้น ไม่อาจแยกส่วนได้ แต่ต้องครอบคลุมทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม

ท้ายที่สุดนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลามาเป็นผู้ประเมินบทความ และทีมงานวารสารทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจกันอย่างเต็มที่เพื่อให้วารสารฉบับนี้สามารถออกสู่สายตาผู้อ่านได้อย่างสมบูรณ์แบบและทันต่อเหตุการณ์ เราหวังว่าท่านผู้อ่านจะได้รับความรู้ แนวคิด และมุมมองใหม่ๆ จากผลงานในฉบับนี้ไม่มากก็น้อย และขอเชิญชวนให้ท่านผู้อ่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนางานวิจัยด้านสาธารณสุขของไทย ไม่ว่าจะด้วยการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ร่วมเป็นผู้ประเมิน หรือส่งผลงานวิจัยที่น่าสนใจมาร่วมตีพิมพ์เผยแพร่กับเราในโอกาสต่อไป เพื่อความก้าวหน้าของการสาธารณสุขไทยที่ยั่งยืนร่วมกัน

คณะบรรณาธิการ

EDITORIAL PAGE

In an era where technology is advancing by leaps and bounds, we can witness the influence of AI, or artificial intelligence, in almost every sector, including public health research. In this issue, we have curated 7 interesting research articles and academic papers on public health to present to our readers. The first paper we highly recommend is the academic article titled "The Importance of Healthcare Services Research" by Kuttiya Kaewsombat and colleagues. This systematic review synthesizes knowledge about health services research in Thailand, highlighting the crucial role of research in improving the quality of health services and reducing inequalities in access to care.

Furthermore, the research featured in this issue focuses on developing targeted health interventions that address the needs of specific populations, ranging from the elderly to postpartum mothers. These include studies on cognitive rehabilitation, home-based care for dependent elderly, pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease, and prevention of postpartum hemorrhage. Evidently, these studies aim to tackle immediate problems and improve health in ways that truly align with the contexts of different population groups. Moreover, the spiritual dimension is not overlooked, as exemplified by the research on using contemplative education to enhance the happiness of hospital staff, which is another example of developing the inner well-being of medical personnel as a foundation for truly person-centered care.

Although the topics may seem diverse, upon deeper consideration, we can see that the research in this issue shares a common goal of enhancing quality of life and reducing inequalities, particularly for vulnerable groups or those requiring special care. This is achieved through various approaches such as rehabilitation, caregiver empowerment, practice guideline improvement, and even spiritual learning processes. Currently, such integrative concepts are gaining increasing attention in the health sector, as caring for humans cannot be compartmentalized but must holistically encompass the physical, mental, social, and spiritual dimensions.

Finally, the editorial team would like to express our gratitude to all the expert reviewers who generously dedicated their time to assess the articles, and to all the journal staff who worked wholeheartedly to ensure that this issue could be released in a complete and timely manner. We hope that our readers will gain new knowledge, ideas, and perspectives from the works presented here. We also invite you to be a part of advancing public health research in Thailand, whether by applying the research findings, joining as a reviewer, or submitting your own interesting research to be published with us in the future. Together, let us strive for the sustainable progress of public health in Thailand.

Editorial Board

The Use of Generative AI as an Assistant for Public Health Researchers

Kuttiya Kaewsombat*, Issara Khunpiluek, Mittaphap Kawosombat

Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

Generative AI has emerged as a technology that plays a significant role in various fields, including public health research. This article aims to explain the meaning of Generative AI and analyze its role as an assistant to public health researchers, focusing on four key issues: 1) how to use AI in the research writing process, 2) the credibility of academic work generated by AI, 3) the risk of plagiarism, and 4) perspectives on the use of Generative AI in research in 2025 and beyond. The author has extensively reviewed relevant literature to obtain comprehensive and up-to-date information. The results indicate that although Generative AI has high potential to be a research assistant, there are still ethical, credibility, and appropriate usage concerns that need to be taken into account. Therefore, researchers should understand the limitations of AI while leveraging its benefits to ensure that public health research develops in a direction that truly aligns with human and societal needs.

Keywords: Creative artificial intelligence, Credibility public health research, Ethics, Research assistant

***Corresponding Author:** kuttiya77@gmail.com

บทบาทของปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ในฐานะผู้ช่วยนักวิจัยด้านสาธารณสุข

ชัตติยา แก้วสมบัติ*, อิศรา ชุนพิลึก, มิตรภาพ แก้วสมบัติ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

ปัญญาประดิษฐ์สร้างสรรค์ (Generative AI) ได้กลายเป็นเทคโนโลยีที่มีบทบาทสำคัญในหลากหลายสาขา รวมถึงด้านการวิจัยสาธารณสุข บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของ Generative AI และวิเคราะห์บทบาทของมันในฐานะผู้ช่วยนักวิจัยสาธารณสุข โดยเน้น 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) วิธีการนำ AI มาใช้ในกระบวนการเขียนงานวิจัย 2) ความน่าเชื่อถือของผลงานวิชาการที่เกิดจาก AI 3) ความเสี่ยงเรื่องการคัดลอกผลงาน และ 4) มุมมองต่อการใช้ Generative AI ในงานวิจัยในปี 2025 และในอนาคต ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวางเพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านและทันสมัย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแม้ Generative AI จะมีศักยภาพสูงในการเป็นผู้ช่วยนักวิจัย แต่ก็ยังมีข้อพึงระวังทั้งในแง่จริยธรรม ความน่าเชื่อถือ และการใช้งานอย่างเหมาะสม ดังนั้น นักวิจัยจึงควรทำความเข้าใจในข้อจำกัดของ AI ควบคู่ไปกับการใช้ประโยชน์จากมัน เพื่อให้งานวิจัยด้านสาธารณสุขพัฒนาไปในทิศทางที่สอดคล้องกับมนุษย์และสังคมอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การวิจัยด้านสาธารณสุข, ความน่าเชื่อถือ, จริยธรรม, ผู้ช่วยนักวิจัย, ปัญญาประดิษฐ์สร้างสรรค์

บทนำ

ความก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดดของปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบต่อที่ท้าทายและเปลี่ยนโฉมในหลากหลายสาขา งานวิจัยด้านสาธารณสุขก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจาก AI อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Davenport & Kalakota, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Generative AI ซึ่งเป็นสาขาย่อยของ AI ที่มีความสามารถในการสร้างผลงานที่คล้ายกับผลงานของมนุษย์ เช่น ข้อความ ภาพ เสียง หรือ วิดีโอ จากการเรียนรู้รูปแบบของข้อมูลที่ป้อนให้ (Brown et al., 2020) ปัจจุบัน Generative AI ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในด้านการเขียนและการประมวลผลภาษาอย่างแพร่หลาย ทั้งในการสร้างเนื้อหา การแปลภาษา และแม้กระทั่งการเขียนงานวิชาการ (Kumar & Srinivasan, 2020) จนกระทั่งเกิดคำถามถึงบทบาทของมันในฐานะผู้ช่วยหรือ อาจจะเป็นคู่แข่งของนักวิจัย

ด้านสาธารณสุขถือเป็นสาขาที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านงานวิจัย เพื่อนำไปสู่การพัฒนา นโยบาย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (de Oliveira et al., 2021) อย่างไรก็ตาม กระบวนการทำวิจัยด้านสาธารณสุขมักเผชิญกับความท้าทายทั้งในด้านความซับซ้อนของปัญหา ข้อจำกัดของทรัพยากร และความกดดันด้านเวลา โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตเร่งด่วน เช่น การระบาดใหญ่ของโรคอุบัติใหม่ (Bullock et al., 2020) ด้วยเหตุนี้ Generative AI ที่มีศักยภาพในการประมวลผลข้อมูลจำนวนมากและสร้างผลลัพธ์ได้อย่างรวดเร็ว จึงถูกมองว่าอาจจะเป็นตัวช่วยสำคัญของนักวิจัย

โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ใช้เวลามาก เช่น การทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงาน ไปจนถึงการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน (Heaven, 2020)

อย่างไรก็ดี การนำ AI มาใช้ในงานวิจัยกระตุ้นให้เกิดข้อถกเถียงถึงความน่าเชื่อถือ คุณภาพ และจริยธรรมของผลงานที่เกิดขึ้น เช่น ประเด็นเรื่องการลอกเลียนผลงาน (plagiarism) การอ้างอิงที่ไม่ถูกต้อง หรือการสรุปผลที่ผิดพลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ใช้ขาดความเข้าใจถึงข้อจำกัดของ AI อย่างถ่องแท้ (Khademi, 2020; Saleh et al., 2020) ขณะเดียวกัน การใช้ AI ในงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังมีข้อพิงระวังในเรื่องความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล รวมถึงความเสี่ยงของอคติ (bias) ที่อาจแฝงมากับชุดข้อมูลที่ใช้ฝึก AI ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการสรุปผลการวิจัยหรือการพัฒนา นโยบายสาธารณสุขในภายหลังได้ (Agrawal et al., 2019; Vayena et al., 2018)

ในอนาคต คาดว่าเทคโนโลยี Generative AI จะพัฒนาไปได้ไกลยิ่งกว่านี้มาก ในปี ค.ศ. 2025 อาจเป็นช่วงเวลาที่ AI เริ่มกลายเป็นเครื่องมือพื้นฐานเคียงข้างนักวิจัยมากขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้การผลิตผลงานวิชาการทำได้เร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในระยะยาวนั้น บางคนคาดการณ์ว่า AI อาจมีความสามารถในการทำวิจัยได้ด้วยตัวเองอย่างอัตโนมัติ ตั้งแต่การกำหนดคำถามวิจัย ออกแบบการทดลอง ไปจนถึงการตีความผล (Hengstler et al., 2016) แต่อย่างไรก็ตาม แม้ในอนาคต คุณค่าของการทำวิจัยก็ไม่ได้อยู่ที่ระบบอัตโนมัติแต่เพียงอย่างเดียว แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่านั้น คือการมีแนวคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และการสังเคราะห์องค์

ความรู้ย่อมมีเป้าหมาย ซึ่งยังคงต้องอาศัย "ความเป็นมนุษย์" ไม่ว่าจะผ่านมุมมอง ประสบการณ์ หรือคุณธรรมจริยธรรม (Bali et al., 2019)

ดังนั้น บทความนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อสำรวจและวิเคราะห์อิทธิพลของ Generative AI ต่อการวิจัยด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยจะให้ความสำคัญกับประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) แนวทางการใช้ AI เป็นผู้ช่วยในการเขียนงานวิจัย 2) คุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลงานที่เกิดจาก AI 3) ความเสี่ยงในเรื่องการลอกเลียนผลงาน และ 4) มุมมองต่อการใช้ Generative AI ในงานวิจัยในอนาคต ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน เพื่อผลักดันให้เกิดความเข้าใจและการใช้ประโยชน์จาก AI ในเชิงสร้างสรรค์ ควบคู่ไปกับการตระหนักถึงข้อจำกัดและพึงระวังทางจริยธรรมต่างๆ อันจะเป็นจุดสมจุดที่สำคัญต่อการพัฒนางานวิจัยด้านสาธารณสุขให้ก้าวหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืนต่อไป

แนวทางการใช้ AI เป็นผู้ช่วยในการเขียนงานวิจัย

จากการศึกษาของ Kumar และ Srinivasan (2020) พบว่า Generative AI ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเขียนงานวิชาการในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อความ การแปลภาษา การสรุปความ ไปจนถึงการอ้างอิง โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ใช้เวลานาน เช่น การทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนโครงร่างงานวิจัย การแปลผลการศึกษา และการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ สอดคล้องกับที่ Heaven (2020) ระบุว่า เทคโนโลยี Generative AI อย่าง GPT-3 (Generative Pre-trained Transformer 3) ของ

OpenAI มีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลจำนวนมากมหาศาลและสร้างเนื้อหาที่มีคุณภาพได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งอาจกลายเป็นผู้ช่วยคนสำคัญของนักวิจัย โดยเฉพาะในงานที่ต้องการความแม่นยำสูงและงานที่เร่งด่วน

ในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการทำวิจัย AI สามารถช่วยค้นหา คัดกรอง และสรุปสาระสำคัญจากจำนวนมหาศาลของเอกสาร รวมถึงการแนะนำบทความที่เกี่ยวข้องได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ นักวิจัยเห็นภาพรวมของความรู้และช่องว่างการวิจัยได้ดียิ่งขึ้น (Bornmann & Marewski, 2019) ส่วนในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากการช่วยสร้างแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์แล้ว AI ยังสามารถช่วยกำกับการเก็บข้อมูลจริงผ่านการสร้างบอทโต้ตอบ การสำรวจข้อมูลออนไลน์ หรือการทดสอบระหว่างทำงาน (A/B testing) ได้อีกด้วย (Bozkurt et al., 2021)

ขณะเดียวกัน ระบบ AI ที่ฝึกฝนด้วยข้อมูลปริมาณมาก ยังสามารถช่วยจัดเตรียม ประมวลผล วิเคราะห์ ข้อมูล หรือจำลองแบบการทดลองซับซ้อนที่ต้องใช้กำลังคำนวณสูงได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจทางคลินิก หรือการวางแผนสาธารณสุข โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วนอย่างการระบาดใหญ่ (Vaishya et al., 2020) ส่วนในด้านการเขียนรายงาน Generative AI สามารถช่วยในการสร้างเนื้อหา ทั้งการเขียนบทคัดย่อ การเรียบเรียงผลการศึกษา และการอภิปรายในประเด็นต่างๆ ตลอดจนช่วยในการแปลเป็นภาษาต่างประเทศ การสรุปแบบกราฟิก หรือแม้กระทั่งการเลือกวารสารที่เหมาะสมเพื่อการตีพิมพ์ ซึ่งจะช่วยลดภาระงาน

และเวลาของนักวิจัยลงอย่างมากในขั้นตอนสุดท้ายของการทำวิจัยนี้ (Bauchner et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม ข้อดีเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาควบคู่กับข้อจำกัดและความท้าทายของ Generative AI เช่น ความผิดพลาดหรืออคติที่อาจเกิดได้จากการเรียนรู้จากชุดข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม การขาดการอธิบายถึงที่มาของผลลัพธ์ (lack of explainability) และความเสียด้านจริยธรรม (Vayena et al., 2018) ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนถัดไป เพราะฉะนั้น การพิจารณาให้ความสำคัญกับการคัดเลือก เตรียม และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลนำเข้า ตลอดจนการใช้ AI ภายใต้การควบคุมกำกับโดยมนุษย์อย่างเหมาะสม จึงเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการใช้ศักยภาพของ AI ให้เป็นประโยชน์สูงสุดในงานวิจัยด้านสุขภาพต่อไป (Topol, 2019)

ความกังวลเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และปัญหาการคัดลอกผลงาน

แม้ประโยชน์จากการนำ AI มาใช้ในงานวิชาการจะชัดเจน แต่คำถามสำคัญ คือ ผลงานที่เกิดจาก AI จะมีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการเพียงใด ประเด็นแรก คือเรื่องของคุณภาพและความถูกต้องของผลงานที่เกิดจาก AI ซึ่งอาจจะไม่เท่าเทียมกับผลงานที่เขียนโดยนักวิจัยมนุษย์ที่มีความเชี่ยวชาญ เนื่องจาก AI เรียนรู้จากรูปแบบและความถี่ของข้อมูลที่ป้อนให้ ดังนั้นความถูกต้องและความลึกซึ้งของผลลัพธ์ จึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของชุดข้อมูลเป็นหลัก กล่าวคือ ถ้าข้อมูลนำเข้าไม่ครอบคลุม ล้าสมัย หรือมีอคติ AI ก็อาจจะสร้างผลลัพธ์ที่คลาดเคลื่อนจากความจริงหรือมีอคติไปด้วย (Ioannidis, 2016; Khademi, 2020) ประเด็นที่สอง คือความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการอ้างอิงถึงแหล่งที่มาของข้อมูลภายในผลงาน

โดยเฉพาะสำหรับ AI ที่ได้รับการฝึกฝนด้วยข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มากมาย ซึ่งอาจทำให้เกิดความกังวลเรื่องการคัดลอกผลงาน (plagiarism) หรือการไม่เคารพทรัพย์สินทางปัญญา ที่อาจนำไปสู่ปัญหาจริยธรรมหรือกฎหมายตามมา ดังตัวอย่างการวิจัยของ Saleh และคณะ (2020) ซึ่งพบว่าระบบตรวจจับการคัดลอกผลงานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการจัดการกับเนื้อหาที่สร้างโดย AI และมีความเสี่ยงในการให้ผลบวกหรือลบลงที่ไม่ถูกต้อง

นอกจากนั้น ความเข้าใจต่อข้อจำกัดของผลลัพธ์ที่ได้จาก AI ก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่นักวิจัยจะต้องตระหนักถึง อย่างเช่น การไม่สามารถอธิบายที่มาของผลลัพธ์ในเชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน (lack of explainability) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของเทคโนโลยี AI ในปัจจุบัน อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในการนำผลวิจัยไปใช้อ้างอิงหรือสนับสนุนการตัดสินใจในทางปฏิบัติ (Agrawal et al., 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพที่มีความอ่อนไหวสูง ดังตัวอย่างการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งของ Pierson et al. (2021) ซึ่งพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาอันเนื่องมาจากความไม่โปร่งใสของอัลกอริทึมการคัดกรองความเสี่ยง จึงแนะนำให้มีการออกแบบ AI ที่สามารถตรวจสอบย้อนกลับถึงที่มาของการตัดสินใจ หรือ "Algorithmic recourse" เพื่อป้องกันความลำเอียงและเพิ่มความเป็นธรรมในการดูแลรักษา

ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยที่ใช้ AI ในกระบวนการวิจัย จึงต้องมีความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการเปิดเผยรายละเอียดของการใช้ AI ทั้งในแง่ของเครื่องมือ กระบวนการ ข้อมูลนำเข้า และข้อจำกัดของผลลัพธ์ เพื่อรักษาไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือและมาตรฐานจริยธรรมของงาน

วิชาการ (Singh et al., 2021) ในแง่หนึ่ง AI อาจถูกมองเป็นเสมือน "ผู้ร่วมวิจัย" คนหนึ่ง ซึ่งนักวิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงบทบาทและข้อจำกัดเพื่อสามารถใช้ประโยชน์จากมันได้อย่างสร้างสรรค์ และมีความรับผิดชอบต่อสังคมไปพร้อมๆ กัน (Siau & Wang, 2020)

แนวโน้มการใช้ Generative AI ในอนาคต

ในอนาคตอันใกล้ เช่นในปี 2025 คาดว่า Generative AI จะเริ่มกลายเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่ใกล้ชิดนักวิจัยมากขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้การผลิตผลงานวิชาการมีประสิทธิภาพ ความแม่นยำ และความรวดเร็วสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่นั่นไม่ได้หมายความว่า AI จะเข้ามาแทนที่มนุษย์ หากแต่จะกลายเป็นผู้ช่วยสำคัญที่เพิ่มขีดความสามารถของนักวิจัย โดยรับช่วงงานบางส่วน ในขณะที่นักวิจัยก็มีเวลามากขึ้นในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์เชิงลึก และการตีความหมายที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นแก่นแท้ของงานวิจัยที่เทคโนโลยียังไม่อาจทดแทนได้ (Hengstler et al., 2016; Munigala et al., 2021) การผสมผสานที่ลงตัวนี้ ระหว่างศักยภาพของ AI กับปัญญาของมนุษย์ จะทำให้เกิดการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ที่ก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม หากมองไปในระยะยาว บางคนคาดการณ์ว่า AI อาจพัฒนาไปสู่จุดที่มีความสามารถในการทำวิจัยได้ด้วยตัวเองเกือบทั้งหมด ตั้งแต่การตั้งคำถาม การออกแบบการทดลอง การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ไปจนถึงการเขียนบทความวิชาการได้อย่างอัตโนมัติ ซึ่งจะทำให้เกิดคำถามใหม่เกี่ยวกับบทบาทของนักวิจัยมนุษย์ และคุณค่าของการวิจัยที่จะเปลี่ยนแปลงไป

(Bali et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของผู้เขียน ไม่ว่าจะนวัตกรรมจะล้ำหน้าไปเพียงใด แก่นแท้ของการวิจัยก็ไม่ได้อยู่ที่ความเร็วหรือปริมาณเพียงอย่างเดียว หากแต่อยู่ที่จุดประสงค์ในการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษย์และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยมุมมอง ประสบการณ์ ความคิดสร้างสรรค์ และจริยธรรมที่มีคุณค่ายิ่งกว่าสิ่งอื่นใด

ดังนั้น ในอนาคต แม้ Generative AI อาจจะทำให้รูปแบบการวิจัยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม แต่บทบาทของนักวิจัยก็ยังคงสำคัญไม่น้อยไปกว่าเก่า เพียงแต่จะเปลี่ยนไปสู่การเป็นผู้นำทางความคิดที่ใช้ AI เป็นเครื่องมือในการขยายขีดความสามารถ แต่ยังสามารถกำกับทิศทางการวิจัยให้เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของมวลมนุษยชาติ ผ่านปัญญาและคุณธรรมที่ยังคงเป็นคุณสมบัติเฉพาะของผู้ที่เป็น "นักวิจัยที่แท้จริง" (Smith & Neupane, 2018) ในอีกด้านหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงนี้ก็จะทำให้เกิดความท้าทายใหม่ๆ ในการปรับตัวและพัฒนาทักษะของนักวิจัยทั้งในด้านการใช้เทคโนโลยี การคิดวิเคราะห์เชิงระบบ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ ควบคู่ไปกับการยึดมั่นในหลักจริยธรรมวิจัยเช่นเดิม (Franzen et al., 2017)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยเอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 069/2567 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2567

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ Generative AI เป็นผู้ช่วยในงานวิจัยด้านสาธารณสุข พบว่า AI มีศักยภาพสูงในการยกระดับขีดความสามารถของนักวิจัย โดยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การกำหนดคำถาม การรวบรวมและสังเคราะห์วรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูล ไปจนถึงการเขียนรายงานและเผยแพร่ผลงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงในระยะเวลาที่รวดเร็วยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการแก้ปัญหาเร่งด่วนทางสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ หรือการพัฒนานวัตกรรมการรักษาที่มีประสิทธิผลมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การนำ Generative AI มาใช้ในบริบทงานวิชาการ ยังมีข้อท้าทายหลายประการที่ต้องพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ที่เกิดจาก AI ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อความถูกต้องและคุณภาพหากข้อมูลนำเข้าไม่ครอบคลุมหรือมีอคติ ความเสี่ยงด้านการละเมิดจริยธรรมวิชาการ เช่น การคัดลอกผลงานหรือการไม่เคารพทรัพย์สินทางปัญญา ตลอดจนข้อจำกัดของ AI ในการอธิบายถึงที่มาของผลลัพธ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ของงานวิจัย ดังนั้น นักวิจัยจึงจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบในการใช้ AI อย่างระมัดระวัง ด้วยการเลือกใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมอย่างเคร่งครัด รวมถึงตระหนักถึงข้อจำกัดของ AI และสื่อสารอย่างโปร่งใสถึงการใช้งานในผลงานวิจัย

เมื่อมองไปในอนาคต เป็นที่คาดการณ์ว่า Generative AI จะมีความสามารถสูงขึ้นเรื่อย ๆ

ในการทำวิจัยแบบอัตโนมัติ และอาจเข้ามาเทียบเคียงหรือแม้กระทั่งทดแทนนักวิจัยมนุษย์ในบางบทบาท ซึ่งจะทำให้เกิดคำถามใหม่ๆ เกี่ยวกับคุณค่าและจุดยืนของมนุษย์ในกระบวนการวิจัย อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของผู้เขียน ไม่ว่าเทคโนโลยีจะก้าวหน้าไปเพียงใด สิ่งที่ทำให้งานวิจัยมีคุณค่าที่แท้จริง ก็คือเป้าหมายในการสร้างประโยชน์ต่อมนุษย์และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยสติปัญญา ประสบการณ์ ความคิดสร้างสรรค์ และคุณธรรม จริยธรรม อันเป็นคุณสมบัติของนักวิจัยมนุษย์ที่ AI ยังไม่อาจทดแทนได้ ดังนั้น บทบาทของนักวิจัยในอนาคต จึงอาจเปลี่ยนจากการเป็นผู้ปฏิบัติ ไปสู่การเป็นผู้นำทางความคิดที่ใช้ AI เป็นเครื่องมือ แต่ยังคงกุมบังเหียนในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของการวิจัย ให้เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของมวลมนุษยชาติ

ในแง่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้เขียนเห็นว่า ควรมีการสนับสนุนให้นักวิจัยทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จาก Generative AI ได้อย่างทั่วถึง ผ่านการสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพที่จำเป็น ควบคู่ไปกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดีในการใช้ AI อย่างมีจริยธรรม และการกำกับดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย ทั้งนักวิจัย นักพัฒนา และผู้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาและปรับใช้ AI ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม พร้อมทั้งสนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อคาดการณ์และติดตามผลกระทบของ AI ในระยะยาว เพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิจัยที่ก้าวทันเทคโนโลยี แต่ยังคงยึดมั่นในหลักจริยธรรมและเป้าหมายสูงสุดในการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมที่ยั่งยืนต่อไป

ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการส่งเสริมการใช้ Generative AI ในการวิจัยด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ดังนี้

1. สนับสนุนให้นักวิจัยเข้าถึงและใช้ประโยชน์จาก Generative AI ตั้งแต่การสร้างตระหนักรู้ การฝึกอบรมทักษะ และการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะในสถาบันการศึกษาและหน่วยงานวิจัย

2. จัดทำแนวทางปฏิบัติที่ดีสำหรับการใช้ Generative AI ในงานวิจัย ที่ครอบคลุมประเด็นด้านจริยธรรม กฎหมาย และการกำกับดูแล เพื่อส่งเสริมการใช้งานอย่างมีความรับผิดชอบ

3. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิจัย นักพัฒนา และผู้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาและปรับใช้ Generative AI ให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทย เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้น

4. สนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับผลกระทบของ AI ต่อระบบสุขภาพและระบบวิจัยในระยะยาว เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย

5. ผลักดันให้เกิดการลงทุนและความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการในการพัฒนานวัตกรรม Generative AI ที่ตอบโจทย์ปัญหาสาธารณสุขของไทย เช่น การพัฒนาแบบจำลองการระบาดหรือการสร้างองค์ความรู้เพื่อการป้องกันโรค

ในภาพรวม Generative AI เป็นเทคโนโลยีที่มีพลังในการปฏิวัติงานวิจัย แต่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัย และการกำกับดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งมิติด้านจริยธรรม กฎหมาย และนโยบาย ซึ่งจะเป็นกุญแจ

สำคัญในการผลักดันให้เกิดการวิจัยด้านสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความท้าทายในโลกยุคใหม่ได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพสูงสุด นั่นคือ งานวิจัยที่นำไปสู่การยกระดับสุขภาวะของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและเท่าเทียม ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Agrawal, A., Gans, J. S., & Goldfarb, A. (2019). Exploring the impact of artificial intelligence: Prediction versus judgment. *Information Economics and Policy*, 47, 1-6.
2. Bali, J., Garg, R., & Bali, R. T. (2019). Artificial intelligence (AI) in healthcare and biomedical research: Why a strong computational/AI bioethics framework is required? *Indian Journal of Ophthalmology*, 67(1), 3-6.
3. Bauchner, H., Fontanarosa, P. B., & Golub, R. M. (2020). Editorial evaluation and peer review during a pandemic: How journals maintain standards. *JAMA*, 324(5), 453-454.
4. Bornmann, L., & Marewski, J. N. (2019). Heuristics as conceptual lens for understanding and studying the usage of bibliometrics in research evaluation. *Scientometrics*, 120(2), 419-459.
5. Bozkurt, A., Karadeniz, A., & Baneres, D. (2021). Artificial intelligence and education: Opportunities, challenges,

- and future directions. *Sustainability*, 13(12), 6607.
6. Brown, T. B., Mann, B., Ryder, N., Subbiah, M., Kaplan, J., Dhariwal, P., ... & Amodei, D. (2020). Language models are few-shot learners. *arXiv preprint arXiv:2005.14165*.
 7. Bullock, J., Luccioni, A., Pham, K. H., Lam, C. S. N., & Luengo-Oroz, M. (2020). Mapping the landscape of artificial intelligence applications against COVID-19. *Journal of Artificial Intelligence Research*, 69, 807-845.
 8. Choudhury, A., & Asan, O. (2020). Role of artificial intelligence in patient safety outcomes: Systematic literature review. *JMIR Medical Informatics*, 8(7), e18599.
 9. Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future Healthcare Journal*, 6(2), 94-98.
 10. de Oliveira, R. A., Araújo, F. H., Cardoso, M. V., Soares, S., & Araújo, J. G. (2021). Artificial intelligence applications in public healthcare: A systematic review. *Research on Biomedical Engineering*, 37, 389-403.
 11. Heaven, W. D. (2020). OpenAI's new language generator GPT-3 is shockingly good—and completely mindless. *MIT Technology Review*. <https://www.technologyreview.com/2020/07/20/1005454/openai-machine-learning-language-generator-gpt-3-nlp/>
 12. Hengstler, M., Enkel, E., & Duelli, S. (2016). Applied artificial intelligence and trust—The case of autonomous vehicles and medical assistance devices. *Technological Forecasting and Social Change*, 105, 105-120.
 13. Kaul, V., Enslin, S., & Gross, S. A. (2020). History of artificial intelligence in medicine. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(4), 807-812.
 14. Khademi, M. (2020). Towards trustable machine learning. *Science*, 369(6507), 1065-1066.
 15. Kumar, A., & Srinivasan, K. (2020). Applications of artificial intelligence in academic writing: A literature review. *Computational Intelligence*, 36(4), 1156-1179.
 16. Munigala, V., Mishra, S., & Cheeti, A. (2021). Explainable artificial intelligence application for health: Recent trends, challenges and potential solutions. *Artificial Intelligence Review*, 54(8), 6319-6346.
 17. Nilsson, N. J. (2009). *The quest for artificial intelligence: A history of ideas and achievements*. Cambridge University Press.
 18. Pierson, E., Cutler, D. M., Leskovec, J., Mullainathan, S., & Obermeyer, Z. (2021). An algorithmic approach to

- reducing unexplained pain disparities in underserved populations. *Nature Medicine*, 27(1), 136-140.
- 19.Saleh, A., Rasheed, H. A., & Habeeb, A. A. (2020). The impact of different factors on plagiarism detection using artificial intelligence. *Journal of Information Technology Management*, 12(Special issue), 121-137.
- 20.Siau, K. L., & Wang, W. (2020). Artificial intelligence (AI) ethics: Ethics of AI and ethical AI. *Journal of Database Management*, 31(2), 74-87.
- 21.Singh, J., Cobbe, J., & Norval, C. (2021). Decision provenance: Harnessing data flow for accountable systems. *IEEE Access*, 9, 31174-31200.
- 22.Smith, M. J., & Neupane, S. (2018). *Artificial intelligence and human development: Toward a research agenda*. IDRC, Ottawa, ON, CA.
- 23.Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44-56.
- 24.Vaishya, R., Javaid, M., Khan, I. H., & Haleem, A. (2020). Artificial intelligence (AI) applications for COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 337-339.
- 25.Vayena, E., Blasimme, A., & Cohen, I. G. (2018). Machine learning in medicine: Addressing ethical challenges. *PLoS Medicine*, 15(11), e1002689.

The Importance of Healthcare Services Research

Kuttiya Kaewsombat*, Issara Khunpiluek, Thararat Jarutheekumporn, Wannita Sutawa
Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

Health services research plays a crucial role in improving the quality of medical and public health services, as well as discovering new and effective treatment methods. This article aims to review and synthesize knowledge about health services research in Thailand between 2017-2024 to develop policy recommendations for enhancing the quality of health services and reducing inequalities in access to care. The study employs a systematic literature review methodology, drawing from PubMed, Scopus, and Google Scholar databases between 2010-2020. The findings reveal that health research is significant in four main areas: 1) discovering and developing medical innovations, 2) improving evidence-based clinical practice guidelines, 3) addressing disparities in access to health services, and 4) developing knowledge on disease prevention and health promotion. Therefore, continuous support for research is a vital mechanism for sustainably developing the country's healthcare system.

Keywords: Evidence-based practice, Healthcare services research, Health inequalities, Medical innovations

***Corresponding Author:** kuttiya77@gmail.com

ความสำคัญของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพ

ชติยา แก้วสมบัติ*, อิศรา ขุนพิลึก, ธารรัตน์ จารุทีฆัมพร, วัฒนิตา สุชาวรา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยด้านบริการสุขภาพมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการค้นคว้าวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2567 สำหรับการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Google Scholar ระหว่างปี ค.ศ. 2010-2020 ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยด้านสุขภาพมีความสำคัญใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การค้นพบและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ 2) การปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การจัดการปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 4) การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น การสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืน

คำสำคัญ: ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ, งานวิจัยด้านบริการสุขภาพ, นวัตกรรมทางการแพทย์, เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์

บทนำ

การวิจัยด้านบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในยุคที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและมีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า การวิจัยด้านบริการสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2023) ในประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องผ่านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงพบความท้าทายในด้านประสิทธิภาพการให้บริการและการกระจายทรัพยากร

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีสถานพยาบาลภาครัฐกว่า 12,000 แห่งทั่วประเทศ แต่การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และคุณภาพการให้บริการยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและรูปแบบการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้นส่งผลให้เกิดความท้าทายใหม่ ๆ ในการจัดบริการสุขภาพ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2565) แม้จะมีการศึกษาวิจัยด้านบริการสุขภาพจำนวนมาก แต่ยังคงขาดการวิเคราะห์เชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การศึกษาที่ผ่านมามักเน้นการวิเคราะห์แยกส่วนตามประเด็นเฉพาะ ทำให้ขาด

ภาพรวมของระบบและความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2564)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2567 สำหรับการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ประเมินช่องว่างของความรู้และความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานวิจัยด้านบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษาเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า การวิจัยด้านบริการสุขภาพมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการพัฒนาคุณภาพบริการ การลดความเหลื่อมล้ำ และการสร้างความยั่งยืนของระบบ

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทย ทั้งในแง่ของประเด็นการวิจัย วิธีวิทยา และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนางานวิจัยด้านบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพ
3. เพื่อประเมินช่องว่างของความรู้และความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนของระบบ

4. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนและแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ในการพัฒนางานวิจัยด้านบริการสุขภาพที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยเอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 070/2567 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2567

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2567 และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการสืบค้นบทความวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญ ได้แก่ PubMed, Scopus และ Google Scholar ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2010-2020 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ "Health services research", "Thailand", "Healthcare quality", "Access to healthcare" และ "Health policy" โดยจำกัดการสืบค้นเฉพาะบทความที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษเท่านั้น เกณฑ์การคัดเลือกบทความเข้าสู่งานทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) เป็นบทความวิจัยเชิงประจักษ์หรือบทความปริทัศน์ที่เกี่ยวข้อง

กับการบริการสุขภาพในประเทศไทย 2) ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2567 และ 3) มีเนื้อหาครอบคลุมอย่างน้อยหนึ่งประเด็นจาก 4 ด้านสำคัญของงานวิจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ นวัตกรรมทางการแพทย์ แนวทางเวชปฏิบัติ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เอกสารที่ไม่ใช่บทความวิจัย เช่น จดหมายถึงบรรณาธิการ บทความแสดงความเห็น เป็นต้น 2) งานวิจัยนอกเหนือขอบเขตประเทศไทย และ 3) งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในรูปแบบบทคัดย่อเท่านั้น ขั้นตอนการคัดกรองบทความ ผู้วิจัย 2 คน ทำการทบทวนชื่อเรื่องและบทคัดย่อของบทความที่สืบค้นได้ทั้งหมดตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นจึงทำการสืบค้นบทความฉบับเต็มของเอกสารที่ผ่านการคัดกรอง แล้วอ่านเนื้อหาอย่างละเอียดเพื่อประเมินคุณภาพและคัดเลือกบทความเข้าสู่งานทบทวนขั้นสุดท้าย ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล และ ขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านอย่างเป็นระบบ (Systematic Approach to Reading) วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญ จัดหมวดหมู่ประเด็นตามกรอบงานวิจัยด้านสุขภาพ 4 ด้าน สรุปและนำเสนอผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการบูรณาการองค์ความรู้สำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ผลการสังเคราะห์

จากการสืบค้นบทความที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2567 ผ่านฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Google Scholar พบบทความที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งสิ้น 52 ฉบับ แบ่งเป็นบทความวิจัยต้นฉบับ (Original articles) 30 ฉบับ และบทความปริทัศน์ (Review articles) 22 ฉบับ ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากบทความที่คัดเลือกพบประเด็นสำคัญของงานวิจัยด้านสุขภาพ 4 ประการ ดังนี้

1. งานวิจัยนำไปสู่การค้นพบและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ ยา เทคโนโลยีการรักษา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งมีส่วนช่วยพัฒนาผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างชัดเจน ประเด็นนี้พบในบทความถึง ร้อยละ 90 ของบทความที่ทบทวน สะท้อนให้เห็นบทบาทสำคัญของงานวิจัยในการขับเคลื่อนความก้าวหน้าทางการแพทย์

2. ผลการวิจัยถูกนำไปใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) ในสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 75 ของบทความ เนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติที่มีคุณภาพต้องอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการวิจัย ซึ่งช่วยให้แพทย์สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ถูกพบในงานวิจัย ร้อยละ 60 ซึ่งข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ระบบสุขภาพตระหนักและดำเนินนโยบายแก้ไขปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคม ซึ่ง

เป็นปัญหาสำคัญของการพัฒนาสุขภาพในภาพรวม

4. งานวิจัยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร โดยประเด็นนี้ถูกพบรวมอยู่ในงานวิจัย ร้อยละ 55 ของบทความที่ทบทวนทั้งหมด องค์ความรู้ที่ได้นี้จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลต่อการยกระดับสุขภาวะของคนในสังคมได้ต่อไป

ผลการศึกษาทำให้หลักฐานที่ชัดเจนว่างานวิจัยด้านสุขภาพในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2567 มีบทบาทสำคัญใน 4 มิติหลักในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ตั้งแต่การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ การยกระดับมาตรฐานเวชปฏิบัติ การแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ไปจนถึงการเสริมสร้างสุขภาพในเชิงป้องกัน ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดการทำวิจัยด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศให้ก้าวหน้า มีความเสมอภาค และสามารถยกระดับสุขภาวะของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นความสำคัญของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2567 ใน 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การค้นพบและพัฒนา นวัตกรรมทางการแพทย์ 2) การปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การจัดการความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 4) การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smed et al. (2019) ที่สรุปว่า งานวิจัยเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพและความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาในประเด็นของการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ (90%) มีบทบาทโดดเด่นในการค้นพบยา เทคโนโลยีการรักษา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ ๆ ที่ช่วยพัฒนาผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Gupta et al. (2018) ที่ระบุว่า งานวิจัยและพัฒนา (R&D) ในภาคการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพและประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ พบว่า การลงทุนในงาน R&D ด้านการแพทย์ของประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ามาก (Limpananont & Tunpaiboon, 2019) ดังนั้น ภาครัฐจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ให้มากขึ้น ในส่วนของการนำผลงานวิจัยไปใช้ปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัตินั้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มากกว่า 3 ใน 4 ของงานวิจัยที่ทบทวนถูกนำไปใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า แนวทางเวชปฏิบัติในประเทศไทยยังขาดการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ และขาดกลไกในการนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง (Pagaiya & Noree, 2017) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติและกำกับติดตามการนำสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญ

ของงานวิจัยในการจัดการปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพด้วย โดยพบว่า 60% ของงานวิจัยศึกษาและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนพบว่า ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาท้าทาย แม้จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Tangcharoensathien et al., 2018) ดังนั้น การวิจัยในอนาคตจึงควรเน้นการสังเคราะห์ข้อมูลแบบลึกเพื่อระบุปัจจัยเชิงระบบที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ เพื่อกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิผลมากขึ้น นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของงานวิจัยที่ทบทวน ยังให้ความสำคัญกับการสร้างองค์ความรู้เพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกและประชากรด้วย ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (Ministry of Public Health, 2016) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพคนไทยล่าสุด ยังพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Aungkulanon et al., 2019) ดังนั้น การวิจัยในมิตินี้จึงควรมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และการประเมินความคุ้มค่าของมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคต่างๆ

สรุป

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้แสดงให้เห็นบทบาทสำคัญของงานวิจัยด้านบริการสุขภาพในการพัฒนานวัตกรรม ยกระดับมาตรฐานการรักษา ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยในช่วงปี

พ.ศ. 2560 - 2567 ดังนั้นการสนับสนุนให้เกิ
งานวิจัยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลไก
สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ
ของประเทศให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยด้าน
สุขภาพยังคงมีข้อจำกัดและความท้าทายหลาย
ประการ ทั้งในแง่ของการนำผลการวิจัยไปใช้
ประโยชน์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ความยั่งยืนของงบประมาณ และการสร้างนักวิจัย
รุ่นใหม่ ดังนั้น การออกแบบนโยบายเพื่อสนับสนุน
งานวิจัยจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมต่างๆ
เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว ผู้กำหนด
นโยบาย นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานจึงต้อง
ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการขับเคลื่อนวาระวิจัย
ด้านสุขภาพของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Aungkulanon, S., Tangcharoensathien, V., Shibuya, K., Bundhamcharoen, K., & Chongsuvivatwong, V. (2019). Post universal health coverage trend and geographical inequalities of mortality in Thailand. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 140.
2. Benziger, C. P., Roth, G. A., & Moran, A. E. (2016). The global burden of disease study and the preventable burden of NCD. *Global Heart*, 11(4), 393-397.
3. Franzen, S. R., Chandler, C., & Lang, T. (2017). Health research capacity development in low and middle income countries: Reality or rhetoric? A systematic meta-narrative review of the qualitative literature. *BMJ Open*, 7(1), e012332.
4. Gupta, R., Koo, D., & Lee, G. M. (2018). The role of health technology assessment in improving healthcare quality and efficiency: A systematic review. *Value in Health Regional Issues*, 15, 7-14.
5. Ioannidis, J. P. (2016). Why most clinical research is not useful. *PLoS Medicine*, 13(6), e1002049.
6. Limpananont, J., & Tunpaiboon, N. (2019). Thailand's research and development investment in health: A challenge for the future. *Journal of Health Systems Research*, 13(1), 2-11.
7. Ministry of Public Health. (2016). *The 20-year national strategic plan for public health (2017-2036)*. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
8. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097.
9. Moses, H., 3rd, Matheson, D. H., Cairns-Smith, S., George, B. P., Palisch, C., & Dorsey, E. R. (2015). The anatomy of medical research: US and international comparisons. *JAMA*, 313(2), 174-189.

10. Office of the Permanent Secretary for Public Health. (2023). *Annual report on public health resources 2023*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [in Thai]
11. Pagaiya, N., & Noree, T. (2017). *Thailand's health workforce: A review of challenges and experiences*. The World Bank.
12. Smed, M., Lund, T. B., & Holm, L. (2019). Research to move the health system forward. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 1-5.
13. Smith, E., Haustein, S., Mongeon, P., Shu, F., Ridde, V., & Larivière, V. (2018). Knowledge sharing in global health research - the impact, uptake and cost of open access to scholarly literature. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 73.
14. Sunthornchai, S. (2021). Direction of health systems research in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 15(1), 1-15. [in Thai]
15. Sussex, J., Feng, Y., Mestre-Ferrandiz, J., Pistollato, M., Hafner, M., Burridge, P., & Grant, J. (2016). Quantifying the economic impact of government and charity funding of medical research on private research and development funding in the United Kingdom. *BMC Medicine*, 14, 32.
16. Tangcharoensathien, V., Wittayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391 (10126), 1205-1223.
17. Wichaikhum, O., & Aekplakorn, W. (2022). *The 6th national health examination survey 2019-2020*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. [in Thai]
18. World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs*. WHO Press.

The Development of Cognitive Training in Older Persons with Mild Neurocognitive Disorder in Kutpong Subdistrict, Muang Loei District, Loei Province

Preechya Termpornlerd^{1*}, Jureerat Pawanlanchakorn²

¹ Loei Hospital

² Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

The prevalence of mild neurocognitive disorder among older adults is currently increasing. Effective management strategies may reduce the progression to dementia in the future. This research and development research aimed to develop and study the effects of the cognitive training model in older persons with mild neurocognitive disorder in Kutpong Subdistrict, Muang Loei District, Loei Province. The study involved 10 older adults diagnosed with mild neurocognitive disorder according to the DSM-V criteria. The research was conducted in four phases: the first phase involved in-depth interviews with healthcare professionals specializing in elderly care to gather situational data; the second phase focused on the development of the cognitive training model; the third phase assessed the effects of the model; and the fourth phase aimed to refine the model and propose it as a guideline for the province. Data collection methods included in-depth interviews, pre- and post-assessment using the MoCA-B test, and satisfaction surveys. Data analysis employed frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test methodologies.

The results from the in-depth interviews revealed a consensus that the province currently lacked a suitable cognitive training model for older adults with mild neurocognitive disorder. A new cognitive training model had been developed based on a review of the literature and the insights gained from these interviews, with the TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory, and Visuospatial functions) program selected for inclusion. This program involved six consecutive group sessions, each lasting three hours, conducted weekly over a six-week period. The post-test results showed a significant improvement in the average cognition score of the sample group, with a mean score of 24.60 (S.D. = 3.72) compared to a pre-test mean score of 19.70 (S.D. = 3.47), with statistical significance ($p < .001$). These findings suggest this cognitive stimulation model is likely to enhance cognitive performance in individuals with mild neurocognitive disorder. This may be utilized as a framework for advancing cognitive potential among elderly individuals with mild neurocognitive disorder in Loei Province in the future.

Keywords: Cognitive stimulation program, Elderly, Mild cognitive impairment, Mild neurocognitive disorder

***Corresponding Author:** preechya.t@gmail.com

การพัฒนาแบบแผนการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

ปรีชญา เต็มพรเลิศ^{1*}, จุรีรัตน์ ประवालัญญณกร²

¹โรงพยาบาลเลย

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น หากผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ได้รับการดูแลและกระตุ้นสมองอย่างเหมาะสม จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลการพัฒนาแบบแผนการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบล กุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 คน และผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จำนวน 10 คน การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การ สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม แบบทดสอบการรู้คิดก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ และแบบประเมินความ พึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำด้วยสถิติทดสอบ paired t-test โดย $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากกระตุ้นความคิดและยกทรงรูปแบบตั้งแต่การคัดกรอง คัดแยกผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อย ไปจนถึงการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองโดยเลือกใช้โปรแกรม TEAMV (Training for Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions) ผลการใช้รูปแบบฯ และทดลอง ใช้โปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนนการรู้คิด (Mean = 24.60, S.D. = 3.72) มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ (Mean = 19.70, S.D. = 3.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปว่า รูปแบบดังกล่าวส่งผลที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพสมอง, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Mild neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่ความสามารถของการทำงานของสมองมีความผิดปกติเล็กน้อย แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบจะปกติ (Petersen et al., 1999) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)-5 (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) คือ มีความสามารถด้านสติปัญญา (Cognitive function) ลดลงจากแต่ก่อนเพียงเล็กน้อย ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ความใส่ใจแบบซับซ้อน (Complex attention) ทักษะการจัดการ (Executive function) การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) ภาษา (Language) มิติสัมผัส (Perception motor or visuospatial perception) และการรับรู้ทางสังคม (Social cognition) โดยเป็นข้อมูลจากผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเอง จากญาติ/ผู้ดูแลที่ทราบรายละเอียด/หรือแพทย์ ซึ่งความสามารถของสมองที่บกพร่องต้องไม่กระทบต่อการดูแลตนเอง อาการต้องไม่เข้าได้กับภาวะเพ้อ (Delirium) และอาการต้องไม่สามารถอธิบายด้วยอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือ โรคจิตเภทภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะอยู่ระหว่างความสามารถของการทำงานของสมองปกติตามวัยกับโรคสมองเสื่อม (Dementia หรือ Major neurocognitive disorder)

มีหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติที่จะกลายเป็นโรคสมองเสื่อม

ตามมา จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ในช่วงเวลา 1 ปี มีประมาณร้อยละ 13 ของคนที่มีความสามารถ ของสมองบกพร่องเล็กน้อยนี้มีโอกาสพัฒนาไปเป็น โรคสมองเสื่อม ในขณะที่คนปกติที่ไม่มีภาวะการรู้คิดของสมองบกพร่องเล็กน้อยมีแค่ ประมาณร้อยละ 3 เท่านั้นที่พัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อมในช่วงเวลา 1 ปีเท่ากัน (Farias, 2009) จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในช่วง 1 ปี มีประมาณร้อยละ 18.4 ได้พัฒนาไปเป็นโรคสมองเสื่อม (Thaipisuttikul, 2022)

ถึงแม้ว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ดูแล แต่หากเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคต จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ที่ต้องสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผลกระทบต่อญาติผู้ให้การดูแลที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า สุขภาพจิตใจ เช่น เกิดความเครียด ซึมเศร้าและวิตกกังวล ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ชุมชนและสังคม เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรม อาจทำให้เสี่ยงต่อการถูกคุกคามหรือทารุณกรรมในสังคม ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจเกิดค่าใช้จ่ายจากการดูแลที่มากขึ้น และสูญเสียรายได้จากการทำงาน และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพราะความผิดปกติที่เรื้อรังและยาวนาน (ชัชวาล, 2560)

จังหวัดเลยเป็นหนึ่งในจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากรายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเลย มีผู้สูงอายุจำนวน 119,810 คน คิดว่าร้อยละ 23.38 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ได้รับการคัดกรองจำนวน 116,998 คน (ร้อยละ 97.65) พบมีปัญหาด้านความคิดความจำ 7,317 คน (ร้อยละ 6.25) ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเลยมีจำนวน 24,069 คน ได้รับการคัดกรอง 22,875 คน (ร้อยละ 95.04) พบมีปัญหาด้านความคิดความจำ 2,211 คน (ร้อยละ 9.67) ผลการคัดกรองผู้สูงอายุในตำบลกุดป่อง มีผู้สูงอายุจำนวน 4,124 คน ได้รับการคัดกรองด้านความคิดความจำ จำนวน 3,479 คน (ร้อยละ 84.36) พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านคิดความจำคิดเป็นร้อยละ 21.99 ของทั้งหมด(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) ซึ่งมีแนวโน้มพบเสี่ยงสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันการแนะนำเป็นเพียงแค่การแนะนำให้ออกกำลังกายและบริหารสมองเบื้องต้นด้วยจิบ-แอล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือโปรแกรมที่พัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน จึงได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในเขตตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และเป็นรูปแบบให้แก่พื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเลยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

สมมติฐาน

เมื่อนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดที่ดีขึ้นหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) โดยดำเนินการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ขั้นตอนที่ 2 กำหนดและเลือกรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยศึกษาในครั้งนี้กลุ่มประชากรคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 ด้วยเครื่องมือ Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) ซึ่งแปลและ validate เป็นภาษาไทย

โดย Kusalaruk, Nakawiro (2012) ผลจากการดำเนินคัดกรองผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ได้คะแนนเข้าเกณฑ์จำนวน 788 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

คือผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2567) โดยกำหนด t-tests ในช่อง Test Family และกำหนด Mean: Difference between two dependent means (matched pairs) ในช่อง Statistical test และเลือก A priori : Compute required sample size-given α , power, and effect size ในช่อง Type of power analysis กำหนดค่า Tails เป็น Two ค่า α err prob เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ใช้ข้อมูลที่มีการศึกษามาก่อน (Preliminary study) เพื่อเป็นค่า Effect size กำหนดค่า effect size เท่ากับ 2.455(ผกา มาศพิมพ์ธารา และคณะ, 2565) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้จำนวน 15 คน สุ่มจากกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ

- 1) เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย Mild neurocognitive disorder ของ DSM-5 ไม่เกิน 6 เดือน
- 2) ประเมินต่อเนื่องจากข้อ 1 ด้วย MoCA-B ได้น้อยกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (เพิ่ม 1 คะแนนถ้าผู้ถูกทดสอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และบวกเพิ่ม 1 คะแนน

หากผู้ถูกประเมินอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา)

3) Barthel ADL index > 12 คะแนน

4) สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

5) สามารถมองเห็น ได้ยิน พูด และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

1) มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGD-15) ได้คะแนนเกิน 6 คะแนน

2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่อยู่ในระยะฟอกไต โรคหัวใจที่มีอาการแน่นหน้าอกไม่เกิน 1 เดือน โรคตับแข็ง โรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีอาการอ่อนแรง โรคพาร์กินสัน เป็นต้น

3) เคยถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหาต่อการตัดสินใจ

4) ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชซึ่งกำลังมีอาการชัดเจนและที่มีผลต่อความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม

5) ย้ายที่อยู่หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 5 ครั้ง

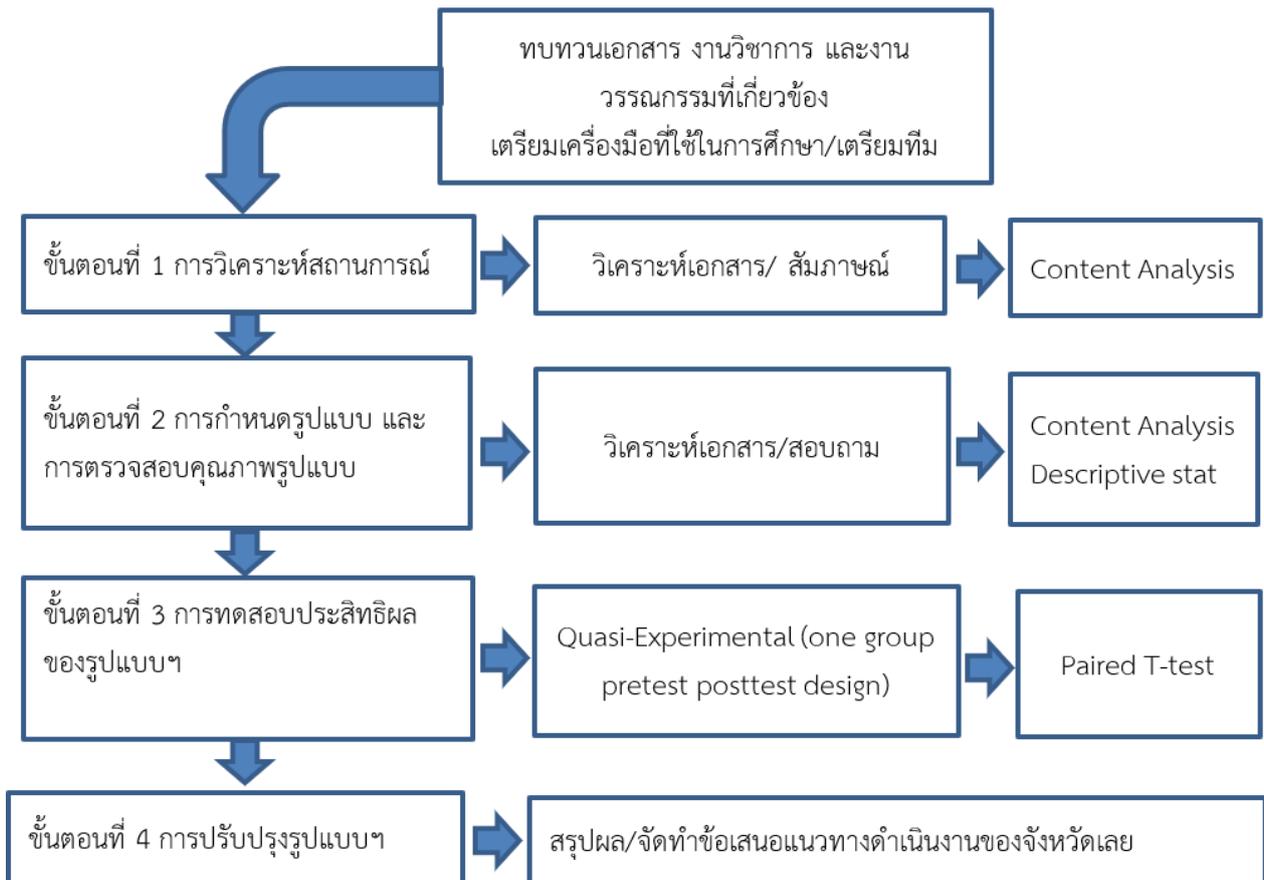
6) ขอดถอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรม

2.กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิง

คุณภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยรวม 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง

ปริมาณ

- ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ บุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย โรคประจำตัว ประวัติยาที่ใช้ประจำ ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติภาวะสมองเสื่อมในครอบครัว ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการออกกำลังกาย
- เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ตาม DSM-V (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีดังนี้

ก. มีหลักฐานซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความสามารถด้านสติปัญญา (cognitive function) ลดลงจากแต่ก่อน ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป (ได้แก่ ด้านสมาธิจดจ่อ ด้านบริหารจัดการ ด้านภาษา ด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่และความจำ ด้านการเคลื่อนไหวและทิศทาง หรือด้านการเข้าสังคม)

1) เป็นความกังวลของผู้ป่วยที่ รู้สึกถึงความความสามารถของสมองบกพร่อง หรือ ผู้เชี่ยวชาญพบว่ามีความสามารถของสมองบกพร่อง

2) ความสามารถของสมองบกพร่องต้องมีการทดสอบด้วยมาตรฐานทางประสาทจิตวิทยา

ข. ความสามารถของสมองที่บกพร่องต้องไม่กระทบกับการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน

เช่น การจ่ายเงิน การจัดยา แต่มีการใช้ความพยายามทำกิจวัตรมากขึ้น

ค. อาการต้องไม่เข้าได้กับภาวะเพ้อ (Delirium)

ง. อาการต้องไม่สามารถอธิบายด้วยอาการทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า หรือ โรคจิตเภท

- แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Basic [MoCA-B] ของ Nasreddine et al.(2005) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย Julayanont et al. (2015) ใช้ประเมินศักยภาพสมองเบื้องต้นสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม สามารถประเมินหน้าที่ของการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (Executive function) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) ใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที แผลผลโดย หากได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึงมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยจะบวกเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้ถูกประเมินมีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และบวกเพิ่ม 1 คะแนน หากผู้ถูกประเมินอ่านไม่ออกหรือเขียนไม่ได้ โดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา

- แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2558) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADLs) ของผู้สูงอายุ มีข้อความคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคล

การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดินการขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การกลั้นปัสสาวะ กลั้นการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนน >12 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ เพื่อประเมินอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนทำแบบประเมิน มีจุดตัดคะแนน 6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า (Shiekh and Yesavage, 1986)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) บุคลากรสุขภาพ สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง

- แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment Basic [MoCA-B] ของ Nasreddine et al.(2005) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดย Julayanont et al. (2015) ใช้ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

- โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากโปรแกรม TEAM-V (Wongpakaran and Wongpakaran, 2012) สำหรับผู้สูงอายุในเขตเมืองของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ และคณะ, 2563)

- แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมของรูปแบบทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

2. สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยรวม 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพดูแลงานผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ประเด็นเกี่ยวกับแนวทางการประเมินคัดกรองและรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยควรมีลักษณะอย่างไร

3. สังเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

4. ยกร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดรูปแบบและการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ ได้ประเด็นหลักในการกำหนดโครงสร้างของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเครื่องมือต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปแบบฯ เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองและวินิจฉัยจากกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข จึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือหรือรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้วิจัยทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แผนแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดสอบแบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (One group pretest - posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 15 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 15 คน และพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งผู้ดูแลหรือญาติเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหรือญาติตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหรือญาติลงนามยินยอมในการวิจัย

2. วัดระดับคะแนน MoCA-B ก่อนการใช้รูปแบบ

3. นำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 5 คน และดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามรูปแบบ 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องสมอง เห็นความสำคัญในการฝึกความจำชื่อ ตั้งสติ ใส่ใจ กับภาพ เสียง และตัวอักษร การทำอัตชีวประวัติ ทบทวนความจำระยะยาว เรื่องที่เป็นความ ภาควิชาจิต ความรู้สึกดีกับตนเอง สิ่งที่ยอยากจะ ปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นในปัจจุบัน

ครั้งที่ 2 การทบทวนความจำระยะยาว และกระตุ้นการรับรู้

ครั้งที่ 3 มิติสัมพันธ์ สังเกตรายละเอียด หาดจุดสังเกต เชื่อมโยงมองภาพเป็นมิติ เช่น การ เขียนแผนที่ การอ่านแผนที่ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึก การมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ ระยะยะได้ (Visuo-spatial)

ครั้งที่ 4 จินตนาการภาพความจำภาพ และความจำตัวเลข ให้จำจาก ตาราง 9 ช่อง โดย กิจกรรมส่วนนี้ฝึกให้มีความใส่ใจในด้านต่างๆ ความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล การทบทวนซ้ำๆ และการดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้

ครั้งที่ 5 การฝึกความจำที่เป็นภาพ การจำ รายละเอียดของเรื่องที่สร้างขึ้นเป็นระยะสั้น และการวางแผนสร้างเรื่องราว โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึก ความจำ และฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ

ครั้งที่ 6 การจัดของ ชื่อของ และการตัดสินใจ โดยการวางแผน จัดกลุ่มสิ่งของ และการตัดสินใจ โดยกิจกรรมส่วนนี้ฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ การจัดกลุ่มเพื่อช่วยให้ความจำดีขึ้น

4. วัดระดับคะแนน MoCA-B หลังการใช้โปรแกรม

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน MoCA-B โดยใช้สถิติ paired T-test ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลทุกชุดและพบว่าเป็นโค้งปกติ

6. สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อกิจกรรมของรูปแบบทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

1. ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ จากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

2. จัดทำข้อเสนอแนวทางดำเนินงานของ จังหวัดเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต จัดประเภทหมวดหมู่ของ ข้อมูลเพื่อให้ง่ายกับการวิเคราะห์ จากนั้น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้ง่ายกับการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) รายงานด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)

3. วิเคราะห์ค่าคะแนนระดับการรู้คิดระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง โดยการ แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4. ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผล คะแนนก่อนและหลังใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ สมอง ประเมินการกระจายของข้อมูลโดยดูจากค่า

mean และ S.D. โดยข้อมูลที่เป็น Normal distribution ใช้ Paired t-test ส่วนข้อมูลที่ไม่ได้เป็น Normal distribution ใช้ Wilcoxon signed ranks test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha=0.05$

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 012/2567 ลงวันที่ 3 เมษายน 2567 ก่อนดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันทุกคนต่างเห็นด้วยที่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและสมองเสื่อมมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ

หลายคนที่เข้าถึงการรักษา มักจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เริ่มมีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวันแล้ว ผู้สูงอายุและครอบครัวมักขาดความตระหนักในภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีโอกาสกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต

การดูแลรักษาหลักของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย คือ การไม่ใช้ยา ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลเลยจะยังไม่มีจิตแพทย์ และอายุรแพทย์ทางระบบประสาท แต่หากมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่

ชัดเจน มีการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน ผลลัพธ์ก็จะดีขึ้นได้

ถึงแม้จะมีแนวทางการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ Mini-cog เป็นประจำทุกปี และมีแนวทางการส่งไปยังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อคัดแยก แต่ยังขาดการเข้าถึงในบางกลุ่มและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนที่เป็นรูปแบบชัดเจน ทำให้ปัจจุบันจะมีเพียงการแนะนำการบริหารสมองในภาพรวม เช่น การสอนทำจิบ-แอล บวกกลบเลข เป็นต้น รูปแบบเดิมการดูแลรักษาในกลุ่มคัดกรองแล้วพบว่าที่สภาพสมองปกติและสงสัยการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกัน และไม่มี Intervention ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบและคุณภาพของรูปแบบ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทั้งในระดับหน่วยบริการและสาธารณสุขจังหวัด เพื่อระดมความคิดเห็นยกร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลยเพื่อเป็นตัวอย่างในภาพรวมของจังหวัดเลย ตั้งแต่การคัดกรองในระดับปฐมภูมิ การคัดแยกและการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยใช้โปรแกรมเป็น intervention ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

จากการระดมความคิดเห็นพบว่ามีตัวอย่างมากมายของโปรแกรมที่เป็น Intervention กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้วิจัยได้เลือกใช้โปรแกรม TEAMV หรือมาจากคำว่า Training for

Executive function, Attention, Memory and Visuospatial functions เป็นโปรแกรมฝึกสมอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อยที่ริเริ่มขึ้นโดย ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยกิจกรรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เป็นโปรแกรมมีรูปแบบของกิจกรรมชัดเจน และสามารถปรับได้เข้ากับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ และคณะ, 2563) อีกทั้งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น โปรแกรมการกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จัดโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อนำมาทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวกับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้พื้นที่ของตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย เป็นพื้นที่นำร่องในการทดสอบรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ

เมื่อได้ยกร่างของรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ได้มีการทดสอบการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยเครื่องมือเพื่อคัดกรองและคัดแยก จนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และนำมาเข้าสู่โปรแกรมการกระตุ้นสมองในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย TEAMV

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรม TEAMV จำนวน 15 คน แต่เข้ากิจกรรมไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจากปัญหาสุขภาพ และติดภารกิจส่วนตัว คงเหลือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเกณฑ์จำนวน 10 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 61-78 ปี (Mean = 66.80, S.D. = 5.49) เป็นเพศหญิงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 70) และเพศชายจำนวน 3 คน (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 5 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือหม้ายและหย่าร้าง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) รองลงมาคือมัธยมปลายและไม่ได้เรียน จำนวนละ 1 คน (ร้อยละ 10) ปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสหรือลูกหลาน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) ด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่สุขภาพดี ทุกคนไม่มีประวัติโรคสมองเสื่อมในครอบครัว ไม่มีประวัตินอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) ทุกคนไม่สูบบุหรี่ แต่ไม่ดื่มสุราและดื่มตามเทศกาลในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ด้วยวิธีการเดิน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) ทุกคนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ได้ Barthel ADL index = 20 คะแนน และไม่มีภาวะซึมเศร้า (TGDS-15 ได้น้อยกว่า 6 คะแนน)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า

ข้อมูลมีการกระจายปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 19.70 (S.D. = 3.47) และหลังการทดลองเท่ากับ 24.60 (S.D. = 3.72) สรุปว่าค่าเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าโปรแกรม TEAMV

	ระยะก่อนเข้าโปรแกรม		ระยะหลังเข้าโปรแกรม		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การรู้คิดของผู้สูงอายุ	19.70	3.47	24.60	3.72	< .001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

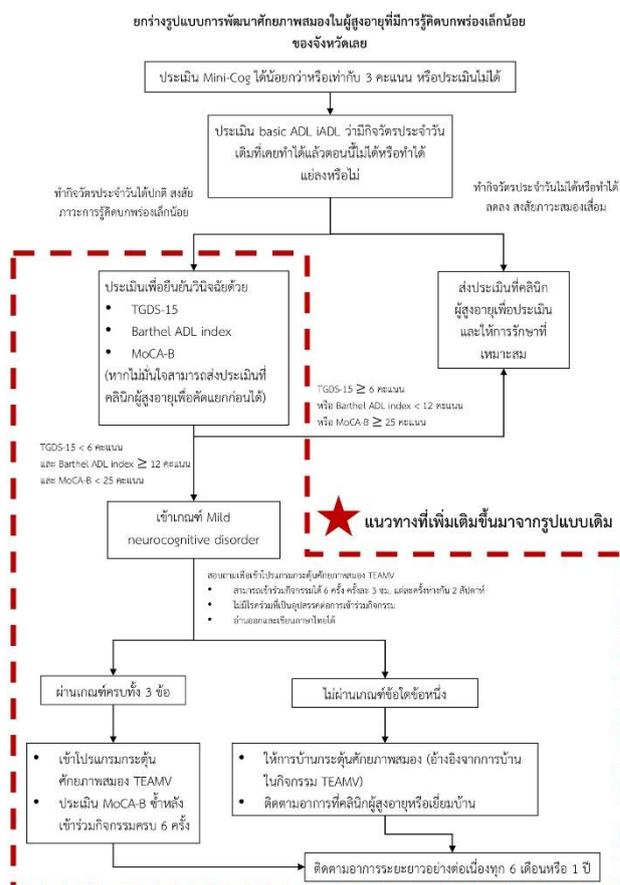


แผนภาพที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยแบบเดิมและแบบใหม่ ของจังหวัดเลย

- จากการประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 99 พบว่ากิจกรรมสนุก เข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะอยากให้ทำกิจกรรมนี้ต่อไป เพราะมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบ

หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองใช้รูปแบบผู้วิจัยได้มีการประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล และกลุ่มงานส่งเสริมคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อนำเสนอผลการใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง ยกย่องรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยดังแผนภาพที่ 1 และวางแผนการดำเนินการในภาพรวมของจังหวัดต่อไป



การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ทำให้มีรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อยในตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย ผลการพัฒนาแบบแสดงให้เห็นถึงความ เป็นไปได้ของการใช้รูปแบบดังกล่าวในการเพิ่มการ รู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายมีคะแนนการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิณี อภิชนกิจและคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาระยะผลของโปรแกรม พัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำ บกพร่องระยะแรก ของศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ทำวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 90 คน เปรียบเทียบศักยภาพสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ก่อน-หลัง การใช้โปรแกรม TEAM-V โดยใช้ Paired T-test พบว่ากลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรม TEAM-V มีผลทำให้คะแนนศักยภาพ สมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษา ของชฎานินา มณีวรรณ (2566) ที่ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย (TEAM-V) อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกสมองผู้สูงอายุที่มีภาวะ ความรู้คิดพร่องเล็กน้อยมีคะแนนความรู้คิดเฉลี่ย รวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองใน ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในวิจัยนี้เกิด

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และระดมความคิด ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน ผู้สูงอายุ ออกแบบจากหลักฐานทางวิชาการและ เวชปฏิบัติ ทำให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย และสามารถนำมาใช้เป็นรูปแบบการ พัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

ในเชิงนโยบายเพื่อการใช้รูปแบบฯ อย่างมี ประสิทธิภาพ เสนอแนะให้มีนโยบายในภาพรวม ของจังหวัด จัดการอบรมพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ในเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดเลย เพื่อให้ บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบฯ รวมไปถึง กระบวนการคัดกรองและกระบวนการ Cognitive training ในโปรแกรม TEAM-V

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการใช้โปรแกรมพัฒนา ศักยภาพ สมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่ง ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา ศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อยระดับจังหวัดเลยต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

แนวทางการพัฒนาการศึกษาเรื่องนี้ คือ การติดตามผลของการใช้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมองในระยะยาว เช่น ติดตามผลต่อไป อีก 6 เดือน หรือ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการวิจัย ได้แก่ คุณสุณิสา คำประสิทธิ์

คุณชุลีกร ทาทอง คุณจันทร์ทิวา เทพา
คุณญาณภัทร อุปก้าว และคุณทรงกลด อาจแก้ว

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 23, 680-689.
2. ชญานิศา มณีวรรณ. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพ่องเล็กน้อย อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 1147-1160.
3. ผกามาศ พิมพ์ธารา, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2565). การศึกษานำร่องผลของโปรแกรมกระตุ้นศักยภาพสมองด้านการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(3), 1-12.
4. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2567). *การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Gpower สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สูตร**.
6. ศศิณี อภิชนกิจ, อาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์, อุไรลักษณ์ หมดคง, ปิลาธนา อเวรา, ภัคณัฐ ผลประเสริฐ และอริศรา พิชัยภูษิต. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(2), 138-149.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สำหรับบุคลากรสุขภาพ*. สันทวีการพิมพ์.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด*.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2558). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. American Psychiatric Association. (2013). Neurocognitive disorder. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., pp. 591-643). American Psychiatric Association.
11. Farias, S. T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., & DeCarli, C. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic- vs community-based cohorts. *Archives of Neurology*, 66(9), 1151-1157.
12. Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongswat, J., Brousseau, M., Nasreddine, Z., Belleville, S., & Chertkow, H. (2015). The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A screening tool for mild cognitive

- impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 2550-2554.
13. Kusalaruk, P., & Nakawiro, D. (2012). A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients. *Rama Medical Journal*, 35, 264-271.
14. Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
15. Shiekh, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent findings and development of a short version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
16. Thaipisuttikul, P., Jaikla, K., Satthong, S., & Wisajun, P. (2022). Rate of conversion from mild cognitive impairment to dementia in a Thai hospital-based population: A retrospective cohort. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 8, Article e12272.
17. Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.

The Development of Caregivers' Skills in Elderly Rehabilitation for Dependent Older Adults: A Study in the Service Area of Chiang Klom Sub-district Health Promoting Hospital, Pak Chom District, Loei Province

Rapeeporn Khamton¹, Amphol Khamton², Pennipa Jantod³

¹ Chiangklom Sub-District Health Promotion Hospital, Loei Province

² Phu Luang District Public Health Office, Loei Province

³ Sa-Ngao Sub-District Health Promotion Hospital, Loei Province

ABSTRACT

This research is an action research using a one-group pretest-posttest design. The objective was to develop caregivers' skills in rehabilitating dependent elderly in the area under the responsibility of Chiang Klom Sub-district Health Promoting Hospital, Pak Chom District, Loei Province. The sample consisted of 34 relatives and caregivers of dependent elderly in the service area. The research tools were divided into three parts: a skill development program for caring for dependent elderly, an assessment form for skills in rehabilitating dependent elderly, and an assessment form for activities of daily living (ADL). Data were collected before and after participating in the program for a period of 5 weeks. Data were analyzed using statistics for finding numbers, percentages, means, and standard deviations, Paired t-test.

The results showed that the sample's skills in rehabilitating dependent elderly were at a moderate level before using the program and at a high level after using it. When assessed separately, skill scores increased in all five areas. Moreover, after the experiment, 50% of the dependent elderly who received rehabilitation from the sample had increased ADL scores, while 50% had the same scores. It can be concluded that the skill development program for rehabilitating dependent elderly for caregivers can increase caregivers' skills and enable them to rehabilitate dependent elderly more effectively.

Keywords: Caregiver Skill Development, Elderly Rehabilitation, Dependent Elderly

***Corresponding author:** Rapeepornpim1974@gmail.com

ผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอกาบัง จังหวัดเลย

รพีพร คำตัน^{1*}, อำนวย คำตัน², เพ็ญนิภา จันทร์ถอด³

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอกาบัง จังหวัดเลย

²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดเลย

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสงาว อำเภอกาบัง จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอกาบัง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างคือญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเชียงกลม จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบประเมินทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง โดยการประเมินแยกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนทักษะของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน นอกจากนี้ หลังการทดลองผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และมีคะแนนเท่าเดิมร้อยละ 50 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแล สามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้น และส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาทักษะผู้ดูแล, การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้ประเทศที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ (กรมการปกครอง, 2565) โดยสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.83, 18.60 และ 19.32 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งสัดส่วนนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ที่มีประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2578 (กรมการปกครอง, 2565) การเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุนั้น ทำให้คนที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพจิต ความยากจน การถูกทอดทิ้ง เป็นต้น (กิตติพร เนาวิสุวรรณ์ และมารีสา สุวรรณราช, 2562) ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขาดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น และขาดการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของสังคมจากชนบทสู่เมือง การเคลื่อนย้ายแรงงาน และการทำงานนอกบ้านของสตรี ทำให้ศักยภาพและความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังมากขึ้น (ลัดดา ดาริการเลิศ, 2555) โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ

ความสุขจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดาริการเลิศ, 2555) ความต้องการบริการของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการดูแลภาวะเฉียบพลัน ภาวะเรื้อรัง ภาวะกึ่งเฉียบพลัน และระยะท้ายของชีวิต (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุพบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 4.5 คนวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปัจจุบัน เหลือเพียง 2.5 คนในอีก 14 ปี ข้างหน้า ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสำคัญทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจำนวนผู้ดูแลที่มีไม่เพียงพอตามสัดส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ผู้ดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 5-10 คน (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

แนวคิดการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในชุมชนสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation: CBR) ขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการทำงานร่วมกันของคนพิการ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (World Health Organization, 2010) การนำแนวคิด CBR มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mactaggart et al., 2021) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความสามารถ มีอำนาจในการจัดการปัญหา และพึ่งตนเองได้ (Zimmerman, 2000) โดยการพัฒนาทักษะผู้ดูแลจะเป็นการเพิ่มขีด

ความสามารถและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Family Caregiver Alliance, 2016; Tetz et al., 2006) การมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ดูแล และชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากการระดมทรัพยากรในชุมชน เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล (Götze et al., 2020; Mitseva et al., 2012) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากคนใกล้ชิด ชุมชน และครอบครัว ช่วยบรรเทาภาระของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีและยาวนานขึ้น (Vaingankar et al., 2020; Yuda et al., 2021) ดังนั้น การพัฒนาทักษะผู้ดูแลควบคู่ไปกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 125,480 คน อำเภอปากชม มีผู้สูงอายุจำนวน 6,090 คน และตำบลเชียงกลม มีผู้สูงอายุ 1,636 คน อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม จำนวน 525 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบไม่มีญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ จำนวน 51 คน ซึ่งมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 คน ทำให้จำนวนผู้ดูแลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2561 ได้

กำหนดอัตราส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุที่เหมาะสมไว้ที่ 1: 5-10 คน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จากการสำรวจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนบ่อย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต (รายงานประจำปี รพ.สต.เชียงกลม, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแล มีผลทำให้คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุแย่ลง รวมทั้งเพิ่มภาระและความเครียดของผู้ดูแลเองด้วย (Abdollahpour et al., 2015; Yuda et al., 2021)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย ขึ้นมา โดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้น สามารถดูแลและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีขึ้นในระยะยาว อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข และตอบสนองต่อนโยบายการดูแลระยะยาวที่ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลกันเองให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยทำการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ด้าน เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ผู้วิจัยใช้ศึกษา คือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

บ้านเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย จำนวน 51 คน

กลุ่มตัวอย่าง ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย จำนวน 34 คน โดยคำนวณจาก n4Studies ตามสูตรการคำนวณ (Ngamjarus, Pattanittum, 2024) ดังนี้

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยกำหนดให้

$$Z (0.95) = 1.96,$$

$$Z (0.8) = 0.84$$

$$SD. = 3.343$$

$$\text{Difference in means } (\Delta) = 1.62$$

โดย n มีค่าเท่ากับ 33.39 หรือประมาณ 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน
2. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนเดียวกันกับผู้สูงอายุ
3. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
2. เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

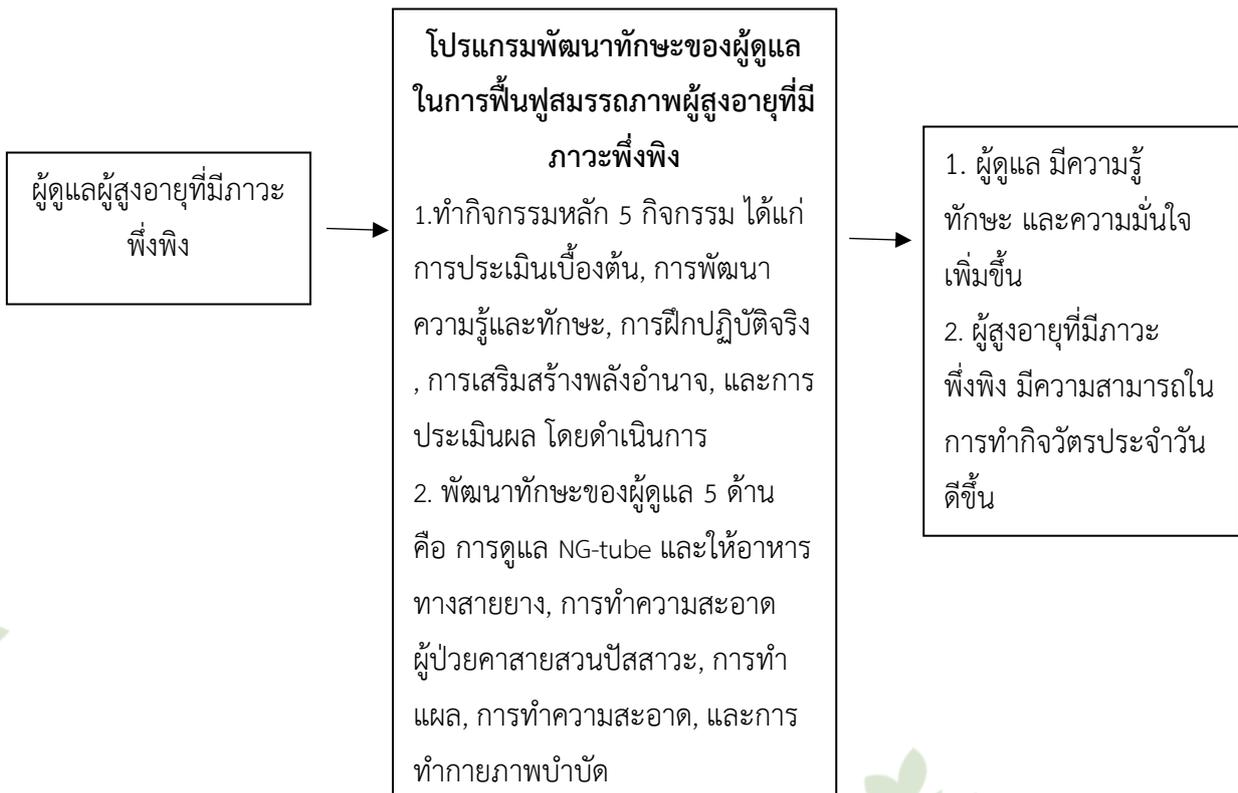
กรอบแนวคิด

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบูรณาการแนวคิดหลัก 4 ประการ ได้แก่

1. แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (CBR) ขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการทำงานร่วมกันของผู้พิการ ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้พิการ
2. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถจัดการปัญหาและพึ่งพาตนเองได้
3. แนวคิดการพัฒนาตนเอง ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ปัญหา เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และรักษาการปฏิบัติที่ดีไว้ ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงจิตใจ

4. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการทำพฤติกรรมใดๆ แล้ว ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น, การพัฒนาความรู้และทักษะ, การฝึกปฏิบัติจริง, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, และการประเมินผล โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และครอบคลุมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล 5 ด้าน คือ การดูแล NG-tube และให้อาหารทางสายยาง, การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ, การทำแผล, การทำความสะอาด, และการทำกายภาพบำบัด เมื่อผู้ดูแลได้รับการพัฒนาทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุผ่านโปรแกรมนี้แล้ว ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้ดูแลจะมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก

ส่วนที่ 1 โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การประเมินเบื้องต้น การพัฒนาความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติจริง การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการประเมินผล ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 2) แบบประเมินทักษะของผู้ดูแล ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำความสะอาด และการทำกายภาพบำบัด และ 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.98 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาในระดับดีมาก และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 5 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 0.80 ตามที่ Nunnally (1978) กำหนด แสดงว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นในระดับสูงและยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยการทำแบบสอบถาม ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ดูแล 2) ประเมินทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย ทักษะการดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง ทักษะการทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ทักษะการทำแผล ทักษะการทำความสะอาด ทักษะการทำกายภาพบำบัด 3) ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลอยู่

2. ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการรับรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2-3: ทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลออกเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 3-4: ทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 4-5: ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 5: การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ, ทักษะการดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ดูแล, และความรู้ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0067/2566 วันที่ 20 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

การวิจัยผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย 2) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และ 3) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตาราง และการบรรยายประกอบ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.4 อายุเฉลี่ย 49.33 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 50 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 50 และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 62.5

ส่วนที่ 2 การแบบประเมินพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำความสะอาด และการทำกายภาพบำบัด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลเพิ่มขึ้นในทุกด้านที่ประเมิน และอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยความสามารถในการทำแผลเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากค่าเฉลี่ย 7.26 (S.D. = 1.02) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

เป็น 19.56 (S.D. = 0.5) ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือความสามารถในการดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 4.94 (S.D. = 1.39, ระดับต่ำ) เป็น 17.71 (S.D. = 0.46, ระดับสูง) ส่วนความสามารถในการทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และการทำความสะอาดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.94 (S.D. = 0.78) และ

7 (S.D. = 0.74) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางไปเป็น 14 (S.D. = 0.52) และ 14 (S.D. = 0.34) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ความสามารถในการทำกายภาพบำบัดเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 4.35 (S.D. = 1.09, ระดับปานกลาง) เป็น 8 (S.D. = 1.1, ระดับสูง) โดยเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=34)

ผลการเปรียบเทียบการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
	\bar{x}	S.D.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนทดลอง	6.50	1	7.75 - 8.55	40.92	33	<0.01
หลังทดลอง	14.65	0.58				

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะอยู่ที่ 6.50 คะแนน (S.D. = 1, 95%CI = 7.75 - 8.55) และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นเป็น 14.65 คะแนน (S.D. = 0.58)

ส่วนที่ 3 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=34)

ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)						
	\bar{x}	S.D.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนทดลอง	2.13	2.30	1.61 - 4.39	4.3	33	<0.01
หลังทดลอง	5.13	3.36				

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL อยู่ที่ 2.13 คะแนน (S.D. = 2.30, 95%CI = 1.61 - 4.39) และหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 5.13 คะแนน (S.D. = 3.36)

อภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.เชิงกลม ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ แนวคิดของ กีบสัน (Gibson, 1995) และกระบวนการพัฒนาตนเอง ร่วมกับการประเมินความต้องการและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยโปรแกรมครอบคลุมการพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำความสะอาด และการทำกายภาพบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิรินทร์ สายแวง (2564) และอรรพรรณ ศรีเกิน และคณะ (2562) ที่พบว่า การพัฒนาทักษะผู้ดูแลให้ครอบคลุมการดูแลที่

จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและตรงตามความต้องการของผู้ดูแล จะช่วยส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแล ต่อความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 6.50 คะแนน (S.D. = 1) เป็น 14.65 คะแนน (S.D. = 0.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยทักษะที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ทักษะการทำแผล จากค่าเฉลี่ยระดับต่ำ (7.26, S.D. = 1.02) เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (19.56, S.D. = 0.5) รองลงมาคือ ทักษะการดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยางจากระดับต่ำ (4.94, S.D. = 1.39) เป็นระดับสูง (17.71, S.D. = 0.46) ส่วนทักษะด้านอื่นๆ ก็เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงทั้งหมด ผลการเพิ่มขึ้นของทักษะผู้ดูแลนี้ อธิบายได้ด้วยแนวคิดการพัฒนาตนเองและการเสริมสร้างพลัง

อำนาจที่ใช้ในโปรแกรม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้ค้นพบสภาพปัญหาที่แท้จริงในการดูแล ได้สะท้อนคิดวิเคราะห์ จนนำไปสู่การเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและผู้สูงอายุที่ดูแล และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993) โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง การให้ข้อมูลป้อนกลับที่เฉพาะเจาะจง และการเสริมแรงเชิงใจ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของภัสราภรณ์ ศรีอาจนันทิ (2561) ที่พบว่าการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านแรงจูงใจ ควบคู่ไปกับการจัดอบรมฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็น

3. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแล ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 2.13 คะแนน (S.D. = 2.30) เป็น 5.13 คะแนน (S.D. = 3.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ก็สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมใดๆ แล้ว ก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ในที่นี้คือเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ก็จะมีการให้การดูแลอย่างเต็มที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นและสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ศศินันท์ สายแวง (2564) ที่พบว่าเมื่อดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยผลการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม อำเภอปากชม จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแล ศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแล และศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการพัฒนาตนเอง และการประเมินความต้องการของผู้ดูแล ทำให้โปรแกรมครอบคลุมการพัฒนาทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดผู้ป่วยคาสาวยสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำความสะอาด และการทำกายภาพบำบัด สอดคล้องกับความจำเป็นในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแล

2. หลังการใช้โปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 6.50 คะแนน เป็น 14.65 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยทักษะที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การทำแผล และการดูแล NG-tube และการให้อาหารทางสายยาง เนื่องจากโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลได้

วิเคราะห์ปัญหา เลือกรูปปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี โดยผ่านการฝึกปฏิบัติจริง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเสริมแรงใจ

3. หลังการใช้โปรแกรม พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำ ADL เพิ่มขึ้นจาก 2.13 คะแนน เป็น 5.13 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าเมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีขึ้น สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อธิบายได้ด้วยแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ว่าเมื่อรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

โดยสรุป การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ การพัฒนาตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านการจัดอบรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสร้างแรงจูงใจ สามารถช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จึงควรมีการขยายผลโปรแกรมนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก นายคณิตย์ วงษา สาธารณสุขอำเภอปากชม ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมถึงเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง. (2565). *จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุ ปี 2563-2565*.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2565*.
3. กิตติพร เนาวิ์สุวรรณ, & มาริสา สุวรรณราช. (2562). *การเปลี่ยนแปลงและปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะของสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยสำหรับผู้สูงอายุตามกฎหมายกระทรวง การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2561. (2561, 8 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, 135(ตอนพิเศษ 57 ง), 21.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดหน่วยบริการและเขตบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2561. (2561, 8 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, 135(ตอนพิเศษ 57 ง).
6. ไพบูลย์ เทวรักษ์. (2537). *จิตวิทยา: ศึกษาพฤติกรรมภายนอกและภายใน*. เอส. ดี. เพรส.
7. ภัสราภรณ์ ศรีอานันทโชติ, & อาชญญา รัตนอุบล. (2561). สภาพ ปัญหาและความต้องการการพัฒนาตนเองเพื่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(3), 2365-2383.
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงกลม.

10. ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่ 1 สถานการณ์และความต้องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. *สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล*.
11. ลัดดา ดำริการเลิศ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารพญาวินิตาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 13(2), 1-10.
12. ศศิรินทร์ สายแวว. (2564). *การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม].
13. สุกุณา บุญนรากร. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เหมการพิมพ์.
14. อรวรรณ ศรีเก็น, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง, & พรณิภา ไชยรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 39-54.
15. Abdollahpour, I., Nedjat, S., Noroozian, M., Salimi, Y., & Majdzadeh, R. (2015). Positive aspects of caregiving questionnaire. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(2), 77-83.
16. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
17. Family Caregiver Alliance. (2016). *Caregiver health*. <https://www.caregiver.org>
18. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
19. Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children* [Doctoral dissertation, Boston College]. <https://hdl.handle.net/2345/bc-ir:102130>
20. Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.
21. Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Schnabel, A., & Köhler, N. (2020). Exhaustion and overload of family caregivers of palliative cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(10), 1541-1548.
22. Mactaggart, I., Kuper, H., Murthy, G. V. S., & Oye, J. (2021). Community-based rehabilitation: An opportunity for rehabilitation of older people with disabilities in low- and middle-income countries. *Journal of Aging and Health*, 33(10), 881-890.
23. Mitseva, A., Peterson, C. B., Karamberi, C., Oikonomou, L. C., Ballis, A. V., Giannakakos, C., & Dafoulas, G. E. (2012). Gerontechnology: Providing a helping hand when caring for cognitively impaired older adults—Intermediate results from a controlled study on the satisfaction and acceptance of informal

- caregivers. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, Article 401705.
- 24.Ngamjarus, C., & Pattanittum, P. (2024). *n4Studies: Application for sample size calculation in health science research* (Version 2.3) [Mobile app]. App Store.
- 25.Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- 26.Tetz, K. B., Archbold, P. G., Stewart, B. J., Messecar, D., Hornbrook, M. C., & Lucas, S. A. (2006). How frail elders evaluate their caregiver's role enactment: A scale to measure affection, skill, and attentiveness. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 251-275.
- 27.Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., Sambasivam, R., Chua, B. Y., Ng, L. L., Prince, M., & Subramaniam, M. (2020). Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics*, 32(2), 221-231.
- 28.World Health Organization. (2010). *Community-based rehabilitation: CBR guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547676>
- 29.Yuda, N., Yoshioka, S. I., & Hayashi, M. (2021). Effects of a support program on burden and quality of life of family caregivers: A quasi-experimental study in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 23(1), 144-153.
- 30.Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Plenum Press.

Effects of Combined Pharmaceutical Care and Pulmonary Rehabilitation Program on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients

Kritsana Panthong^{*}, Sariya Aungkapattamagul, Wiliwan Phromin, Chulalak Chaokamut
Nong Hin Hospital, Loei province

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a pharmaceutical care program in conjunction with pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), compared to standard care. The sample consisted of 26 COPD patients who received services at the outpatient department of Nong Hin Hospital, Loei Province. The sample size was calculated using a formula for comparing the means of two dependent groups, resulting in an experimental group and a control group, each with 13 patients. The experimental group received the pharmaceutical care program along with pulmonary rehabilitation for COPD patients. The research instruments included the pharmaceutical care program with pulmonary rehabilitation, an assessment form for the correct use of MDI and DPI inhalers, a lung function measuring device, and the 6MWT test. Data collection was conducted in two phases: before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and confidence interval, and inferential statistics using the paired t-test.

The results showed that COPD patients in the experimental and control groups had mean lung function (PEFR%) values of 58.23 (S.D. = 5.53) and 60.46 (S.D. = 6.15), respectively, with no statistically significant difference ($t = 0.27$, $df = 12$, p -value < 0.78) at a 95% confidence level. Although the mean lung function of both groups did not differ, when considering the severity of the disease, it was found that the experimental group experienced improved symptoms after the experiment. The program also resulted in patients having correct medication use techniques, increased medication adherence, and the ability to resolve side effects and problems arising from medication use. Therefore, to maximize the effectiveness of treatment for COPD patients, in addition to medication adherence and correct medication use techniques, exercise to rehabilitate lung function is another method that can further enhance the effectiveness of disease control.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Pharmacist care program, Pulmonary rehabilitation exercise

***Corresponding Author:** kritsana950@gmail.com

ผลการให้โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กฤษณะ พานทอง*, สรียา อังคปัทมากุล, วิไลวรรณ พรหมอินทร์, จุฬาลักษณ์ ชาวกะมุต
โรงพยาบาลหนองหิน

บทคัดย่อ

วิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย จำนวน 26 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 13 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แบบประเมินความถูกต้องของเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นแบบ MDI และ DPI เครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด แบบทดสอบ 6MWT การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการใน 2 ระยะ คือ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (PEFR%) เท่ากับ 58.23 (S.D. = 5.53) และ 60.46 (S.D. = 6.15) ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27$, $df = 12$, $p\text{-value} < 0.78$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แม้ว่าค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดของทั้งสองกลุ่มจะไม่ต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการดีขึ้นหลังการทดลอง และโปรแกรมส่งผลให้ผู้ป่วยมีเทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น รวมถึงสามารถแก้ไขอาการข้างเคียงและปัญหาจากการใช้ยาได้ ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากความร่วมมือในการใช้ยาและเทคนิคการใช้ยาที่ถูกต้องแล้ว การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นอีกวิธีที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การบริหารทางเภสัชกรรม, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 1.5 ล้านราย ส่วนใหญ่เป็นประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคนี้นี้มาจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ซึ่งพบว่าประชากรไทยร้อยละ 20 ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ปัญหามลพิษทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่น PM2.5 และการประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นและสารเคมี ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นกัน (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2567) ผลกระทบของโรคนี้นี้ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมาก โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 50,000 - 200,000 บาทต่อปี และสูญเสียวันทำงานเฉลี่ย 30-45 วันต่อปี ในภาพรวมระบบสาธารณสุขต้องรับภาระค่าใช้จ่ายประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี (ธนาคารโลก, 2567) แนวโน้มในอนาคตยิ่งน่าเป็นห่วง เนื่องจากคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในอีก 5 ปีข้างหน้า อันเนื่องมาจากปัญหามลพิษทางอากาศที่รุนแรงขึ้นและการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง (World Health Organization, 2024) รัฐบาลได้ดำเนินมาตรการหลายอย่างเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น โครงการเลิกบุหรี่แห่งชาติ การคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง การรณรงค์ลดมลพิษทางอากาศ และการให้ความรู้และการป้องกันในชุมชน (สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ, 2567) การแก้ไขปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยต้องมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มาตรการต่างๆ มีประสิทธิภาพและสามารถลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ได้อย่างยั่งยืน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคที่ทำให้เกิดการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างสมบูรณ์ โรคนี้นี้มีการดำเนินการของโรคอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้นตามเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ไอเรื้อรัง และมีเสมหะมากขึ้น COPD มักเกิดจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ หรือการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีฝุ่นและสารเคมี โรคนี้นี้ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีความชุกและอัตราการเสียชีวิตที่สูงปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 328 ล้านคน และพบว่ามีกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่เสียชีวิต มักมีประวัติการสูบบุหรี่และการสัมผัสกับสภาวะแวดล้อมเป็นพิษ (World Health Organization, 2024) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (World Bank, 2024)

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลหนองหินจำนวน 20 ราย พบผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Severe 12 ราย ร้อยละ 60 และพบผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง 8 ราย ร้อยละ 40 ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากเทคนิคการ

ใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง รวมไปถึงการใช้ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสม รูปแบบของการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นการให้คำแนะนำและการดูแลการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ขณะที่การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดคือการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจเพื่อลดอาการของโรค อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในบริบทของประเทศไทย จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาผลของการรักษาแบบผสมผสานนี้ในผู้ป่วย COPD ในพื้นที่ เพื่อยืนยันผลการวิจัยที่ผ่านมาและหาแนวทางการปรับปรุงการรักษาที่เหมาะสมต่อไปโดยทำการ ศึกษาเปรียบเทียบเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเดียว กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในบริบทพื้นที่ของผู้วิจัยซึ่งอาจพบความแตกต่างของสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นแบบ MDI และ DPI ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติ ก่อนและหลังการศึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ก่อนและหลังการศึกษา

3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในเรื่อง ผลการให้โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ทำการเก็บข้อมูล 2 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาสูดพ่นแบบ MDI และ DPI ค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) ระดับความรุนแรงของโรค การติดตามปัญหาจากการใช้ยา ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2566 – 31 กรกฎาคม 2567 สถานที่ดำเนินการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "ผลการให้โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง" มีขอบเขตการวิจัยที่ครอบคลุมในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย ในช่วงระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 ราย ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน

ด้านเนื้อหา การวิจัยมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความถูกต้องของเทคนิคการใช้อาสูดพ่นแบบ MDI และ DPI ระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) และผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยใช้เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบทดสอบสมรรถภาพ 6-Minute Walk Test และแบบประเมินการออกกำลังกายที่บ้าน

ด้านระยะเวลา การดำเนินการวิจัยครอบคลุมระยะเวลา 1 ปี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2567 โดยมีการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ด้านสถานที่ การศึกษาดำเนินการที่โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังในพื้นที่ โดยมีการติดตามผลการดูแลตนเองและการออกกำลังกายที่บ้านของผู้ป่วยร่วมด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 - 31 กรกฎาคม 2567 จำนวน 39 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 - 31 กรกฎาคม 2567 ได้จากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

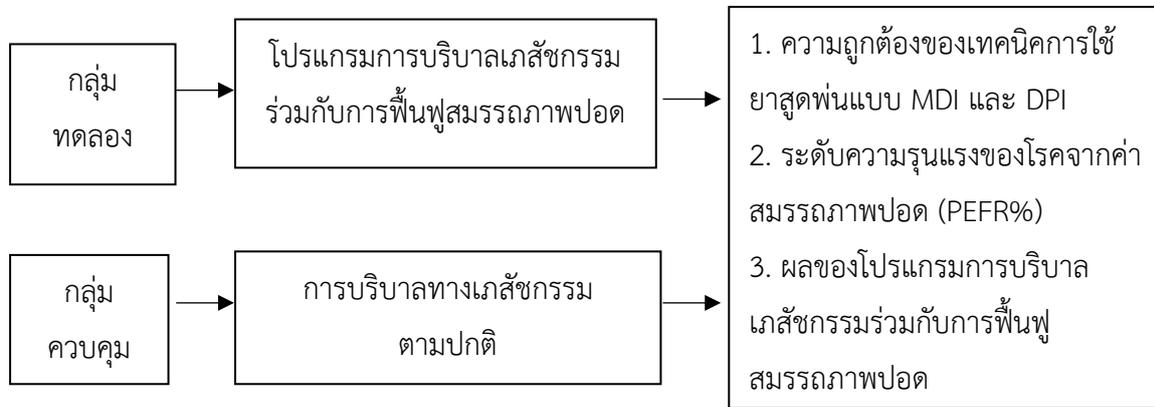
1. อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยแพทย์ ใช้อาสูดพ่นชนิด MDI หรือ DPI ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองหิน จังหวัดเลย
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต หรือโรคเมร็งระยะสุดท้าย
2. มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่กำหนด
3. มีภาวะทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้
4. ตั้งครรภ์หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร
5. ขาดการรักษาหรือย้ายโรงพยาบาลในการรักษาหรือเข้าร่วมการวิจัย

6. เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
7. ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
2. แบบทดสอบสมรรถภาพ 6-Minute Walk Test (6MWT)
3. แบบประเมินการออกกำลังกายที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอด จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.50 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

แบบทดสอบสมรรถภาพ 6-Minute Walk Test (6MWT) ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) โดยผู้ประเมิน 2 คน คำนวณค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ทดสอบซ้ำ (Test-retest Reliability) ในกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วนระยะห่างระหว่างการทดสอบ 1 สัปดาห์

แบบประเมินการออกกำลังกายที่บ้าน ความตรงเชิงเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอด 1 ท่าน เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางเภสัชกรรม 2 ท่าน คำนวณค่า IOC และคัดเลือกข้อที่มีค่า ≥ 0.50

ค่าความเชื่อมั่น ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วย COPD ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ที่ระดับ ≥ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบทดสอบสมรรถภาพ 6-Minute Walk Test (6MWT) การใช้แบบสอบถามประเมินการออกกำลังกายที่บ้าน การสังเกตการทำกิจกรรมร่วม ประเมินผลเข้าร่วมโปรแกรม และเก็บรวมจากการศึกษาจากเอกสารและตำรา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแต่ละกลุ่มจะมีการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อวัดประสิทธิภาพปอดด้วยค่า PEFr% และประเมินระดับความรุนแรงของโรค

2. ผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป รับโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรม และทดสอบเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อวัดประสิทธิภาพปอดด้วยค่า PEFr% และประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลังเข้าโปรแกรม

2. ผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา ติดตามเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และติดตามผลของการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อวัดประสิทธิภาพปอดด้วยค่า PEFr% และประเมินระดับความรุนแรงของโรค

2. ผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป รับโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรม และทดสอบเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น

3. ผู้ป่วยพบนักกายภาพบำบัดเพื่อรับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน ทำการทดสอบ 6MWT เพื่อประเมินประสิทธิภาพปอด และรับโปรแกรมการออกกำลังกายที่พัฒนาจากแนวทางการให้การรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแผนกกายภาพบำบัดสถาบันทรวงอก กรมการแพทย์

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2

1. ผู้ป่วยพบพยาบาลเพื่อวัดประสิทธิภาพปอดด้วยค่า PEFr% และประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลังเข้าโปรแกรม

2. ผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา ติดตามเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น ติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และติดตามผลของการจัดการปัญหาจากการใช้ยา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 0025/2566 เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ในหลายประเด็น โดยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ 100 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 76.92 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.62 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 76.92 ในกลุ่มทดลอง และได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยวิธี Spirometry ในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 92.31 และพบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องอายุ โดยกลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 46.14 ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.92 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี นอกจากนี้ ในกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ร้อยละ 69.23 และ 53.85 ตามลำดับ

2. การใช้จ่ายสูดพ่นของผู้ป่วยแบบ MDI และ DPI ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.1 เทคนิคการใช้จ่ายสูดพ่นรูปแบบ MDI ขั้นตอนการใช้จ่ายสูดพ่น มี 7 ขั้นตอน พบความผิดพลาดส่วนใหญ่ในขั้นตอนที่เป็น Clinical step ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งผลต่อการได้รับยาอย่างครบถ้วนของผู้ป่วย ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความถูกต้องในการใช้จ่ายสูดพ่นแบบ MDI ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=13)

ขั้นตอนการใช้จ่ายสูดพ่นแบบ MDI	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน (ราย)	หลัง (ราย)	ก่อน (ราย)	หลัง (ราย)
1. เขย่าขวดยาพ่นขึ้นลงนับ 1-10 และเปิดฝายาพ่น	-	-		
2. นั่งตัวตรงหรือยืน หายใจออกทางปากให้เต็มที่	-	-		
3. อมปากกระบอกพ่นยาให้มิด โดยอมระหว่างพินบนกับพินล่าง ให้ลิ้นอยู่ด้านล่างของกระบอกยา	1	-	1	
4. สูดลมหายใจเข้าปากช้า ๆ พร้อมกับกดพ่นยาแรง ๆ 1 ครั้ง และสูดลมหายใจต่อเรื่อย ๆ ช้า ๆ ลึก ๆ ที่สุดเท่าที่จะทำได้	3	1	3	1
5. กลับลมหายใจไว้ประมาณ 10 วินาทีหรือจนกว่าจะทนไม่ไหว แล้วค่อย ๆ หายใจออก	3	1	3	
6. ถ้าต้องการกดยาอีกครั้งให้รออย่างน้อย 5 นาที แล้วค่อยกดซ้ำในขั้นตอนที่ 2-5	1	-		
7. เมื่อพ่นยาเสร็จแล้วให้บ้วนปากแปร่งพ่นด้วยน้ำเปล่า 3-4 ครั้ง	-	-		

หมายเหตุ ขั้นตอนที่เป็นขั้นตอน Clinical step คือ 1 2 4 5

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่นแบบ MDI ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า: ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อผิดพลาดในการใช้ยาสูดพ่นในขั้นตอนที่เป็น clinical step ได้แก่ ขั้นตอนที่ 3 (อมปากกระบอกพ่นยาไม่มิด), ขั้นตอนที่ 4 (พ่นยาไม่ถูกต้อง) และขั้นตอนที่ 5 (กลืนหายใจไม่ถึง 10 วินาที) โดยกลุ่มละ 3 ราย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีข้อผิดพลาดลดลงเหลือเพียง 1 ราย ในขั้นตอนที่ 4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงพบข้อผิดพลาดเหมือนเดิม 1 รายในขั้นตอนที่ 4 และ 5 จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมที่เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกวิธีสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดที่สำคัญในการใช้ยาสูดพ่น MDI ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

2.2 เทคนิคการใช้ยาสูดพ่นรูปแบบ DPI ขั้นตอนการใช้ยาสูดพ่น มี 7 ขั้นตอน พบความผิดพลาดส่วนใหญ่ในขั้นตอนที่เป็น Clinical step ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ส่งต่อการได้รับยาอย่างครบถ้วนของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่นแบบ DPI ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=13)

ขั้นตอนการใช้ยาสูดพ่นแบบ DPI	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อน (ราย)	หลัง (ราย)	ก่อน (ราย)	หลัง (ราย)
1. เปิดเครื่องให้แนวราบขนานกับพื้น	-	-	-	-
2. นั่งตัวตรงหรือยืน	-	-	-	-
3. หายใจออกทางปากให้เต็มทีห้ามเป่าลมหายใจออกเข้าเครื่อง	-	-	-	-
4. อมรอบรูเปิดของเครื่องให้สนิท สูดลมหายใจจากเครื่องเข้าปาก เร็ว แรง และลึกที่สุด	1	-	1	1
5. กลืนลมหายใจประมาณ 10 วินาทีหรือจนกว่าจะทนไม่ไหวค่อยหายใจออก	1	-	1	-
6. ถ้าต้องกดยาอีกครั้งให้รออย่างน้อย 5 นาทีแล้วค่อยกลับทำซ้ำในขั้นตอนที่ 2-5	-	-	-	-
7. เมื่อพ่นยาเสร็จแล้วให้บ้วนปากแปร่งฟันด้วยน้ำเปล่า 3-4 ครั้ง	-	-	-	-

หมายเหตุ ขั้นตอนที่เป็นขั้นตอน Clinical step คือ 1 3 4 5 6

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่นแบบ DPI ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อผิดพลาดในขั้นตอน clinical step คือ ขั้นตอนที่ 4 (สูดยาไม่ถูกวิธี) และขั้นตอนที่ 5 (กลืนหายใจไม่ถึง 10 วินาที) อย่างละ 1 ราย หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมไม่พบข้อผิดพลาดในขั้นตอน clinical step แล้ว กลุ่มทดลองยังคงพบข้อผิดพลาด 1 ราย ในขั้นตอนที่ 4 เท่านั้น จากผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมสามารถใช้ยาสูดพ่นแบบ DPI ได้ถูกต้องทุกขั้นตอนที่สำคัญ ส่วนกลุ่มทดลองแม้จะมีข้อผิดพลาดลดลง แต่ยังพบผู้ป่วย 1 รายที่ยังสูดยาไม่ถูกวิธี

3. การประเมินระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) กลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา

เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้ออกกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ก่อนและหลังการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%)

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการศึกษา (n=13)

ระดับความรุนแรง	ก่อน			หลัง		
	Freq.	percent	Cum.	Freq.	percent	Cum.
1. Mild (≥ 80)				1	7.69	7.69
2. Moderate (50 – 79)	5	38.46	38.46	3	23.08	30.77
3. Severe (30 – 49)	5	38.46	76.92	8	61.54	92.31
4. Very Severe (<30)	-3	23.08-	-100	1-	7.69-	-100

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคจากค่าสมรรถภาพปอด (PEFR%) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ก่อนการศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate) และมาก (Severe) โดยแต่ละระดับมีจำนวนเท่ากันคือ 5 คน ร้อยละ 38.46 และมีผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากที่สุด (Very Severe) จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.08 แต่ไม่พบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับน้อย (Mild) หลังการศึกษา พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมาก (Severe) เพิ่มขึ้นเป็น 8 คน ร้อยละ 61.54 ส่วนระดับปานกลาง (Moderate) ลดลงเหลือ 3 คน ร้อยละ 23.08 และพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับน้อย (Mild) จำนวน 1 คน ร้อยละ 7.69 ขณะที่ความรุนแรงระดับมากที่สุด (Very Severe) ลดลงเหลือ 1 คน ร้อยละ 7.69 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับมาก (Severe) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 38.46 เป็นร้อยละ 61.54 ส่วนสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate) และระดับมากที่สุด (Very Severe) ลดลงหลังจากการศึกษา

4. เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากค่า PEFr% ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบริหารทางกายร่วมกับกายภาพบำบัด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริหารทางกายตามปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากค่า PEFr% กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการศึกษา (n=13)

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง						
	\bar{x}	S.D.	95%CI	t-test	df	p - value
กลุ่มทดลอง	58.23	5.53	50.98 – 67.71	0.27	12	<0.78
กลุ่มควบคุม	60.46	6.15				

ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากค่า PEFr% กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด (PEFr%) เท่ากับ 58.23 (S.D. = 5.53) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.46 (S.D. = 6.15) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27$, $df = 12$, $p\text{-value} < 0.78$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 50.98 ถึง 67.71 หลังการศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับสมรรถภาพปอดที่ใกล้เคียงกัน และไม่พบความแตกต่างของสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการบริหารทางกายร่วมกับกายภาพบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความถูกต้องในการใช้ยาพ่นทั้งแบบ MDI

และ DPI เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในขั้นตอนที่สำคัญต่อประสิทธิภาพการรักษา (Clinical steps) เช่น การหายใจออกก่อนสูดยา การสูดยาเข้าปอดอย่างถูกต้อง และการกลืนหายใจหลังสูดยานาน 10 วินาที ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการให้บริหารทางกายที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย (Hepler & Strand, 1990) และสอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเภสัชกรช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาพ่นและลดความผิดพลาดในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ (Basheti et al., 2005; Bosnic-Anticevich et al., 2010) ดังนั้นการให้บริหารทางกายสามารถช่วยแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยาพ่นไม่ถูกต้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

จากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยค่าสมรรถภาพปอด (PEFr%) พบว่า ภายหลังจากการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มของระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับมาก (severe) เพิ่มขึ้น ขณะที่

ความรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate) และมากที่สุด (Very Severe) ลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าสมรรถภาพปอดเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการศึกษา กลับพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าสมรรถภาพปอดค่อนข้างใกล้เคียงกัน และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ทำการศึกษาค่อนข้างสั้น จึงยังไม่เห็นผลของการบริหารเภสัชกรรมที่ชัดเจน โดยทั่วไปแล้วการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือนขึ้นไปเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน (Celli et al., 2004) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ก็ช่วยบ่งชี้แนวโน้มเบื้องต้นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมอาจช่วยชะลอหรือป้องกันการลดลงของสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ในระยะยาว ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการชะลอความรุนแรงของโรค แต่ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมที่มีระยะเวลานานขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์นี้

สรุปผลการศึกษา

โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการออกกำลังกายที่เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะการใช้ยาพ่นแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถเพิ่มความถูกต้องในการใช้ยาสูดพ่นทั้งชนิด MDI และ DPI ลดข้อผิดพลาดที่สำคัญในการใช้ยา และลดระดับความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ อย่างไรก็ตาม ผลด้านสมรรถภาพปอดยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น นอกจากนี้ โปรแกรมดังกล่าวยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี

ขึ้น รวมทั้งช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมมากขึ้น ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น ลดการใช้ยาบรรเทาอาการ สามารถควบคุมอาการของโรคและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการออกกำลังกายในการปรับปรุงพฤติกรรมการใช้ยาและผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจนต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบทางสถิติ (statistical power) และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา รวมทั้งเพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น
2. ควรขยายระยะเวลาในการศึกษาให้นานขึ้น เช่น เป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลต่อสมรรถภาพปอดและระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างนาน
3. นอกจากการประเมินผลด้านพฤติกรรม การใช้ยาและสมรรถภาพปอดแล้ว ควรเพิ่มการประเมินตัวแปรผลลัพธ์อื่นๆ ที่สำคัญ เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการกำเริบเฉียบพลันของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

เพื่อให้เห็นภาพรวมของประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. ควรพิจารณาปรับปรุงรูปแบบของโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น เพิ่มความถี่ในการติดตามประเมินผล ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย หรือผสมผสานกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการ การจัดการความเครียด เป็นต้น เพื่อเสริมประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

5. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมให้มีความจำเพาะเจาะจงและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปี 2567. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- ธนาคารโลก. (2567). รายงานการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานธนาคารโลกประจำประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). การประเมินภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Basheti, I. A., Reddel, H. K., Armour, C. L., & Bosnic-Anticevich, S. Z. (2005). Counseling about turbuhaler technique: Needs assessment and effective strategies for community pharmacists. *Respiratory Care*, 50(5), 617-623.
- Bosnic-Anticevich, S. Z., Sinha, H., So, S., & Reddel, H. K. (2010). Metered-dose inhaler technique: The effect of two educational interventions delivered in community pharmacy over time. *Journal of Asthma*, 47(3), 251-256.
- Celli, B. R., MacNee, W., & ATS/ERS Task Force. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: A summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(6), 932-946.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-543.
- World Bank. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/topic/chronic-obstructive-pulmonary-disease>

12. World Health Organization. (2024).

Thailand country profile: Chronic respiratory diseases. WHO.

<https://www.who.int/countries/thailand>

13. World Health Organization. (2024).

World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO.

<https://www.who.int/data/gho>

Development of Clinical Practice Guidelines for the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage in Mothers at Pakchom Hospital, Loei Province

Uriwan Sornkaew*

Pakchom Hospital, Loei Province

ABSTRACT

This developmental research aimed to develop clinical practice guidelines for the prevention of early postpartum hemorrhage within the first 24 hours after delivery among mothers giving birth at Pakchom Hospital, Loei Province. The study involved a committee of 9 members for guideline development, 12 guideline users, and 48 postpartum mothers. The research instruments included questionnaires, clinical practice guidelines, and an evaluation form for guideline implementation. Data were collected using questionnaires and by assessing compliance with the guidelines. Descriptive statistics and content analysis were employed for data analysis.

The findings revealed that the developed guidelines encompassed 6 aspects based on the JCAHO framework: protection of the rights of mothers giving birth, maternal health assessment, prevention of hemorrhage, provision of education, continuity of care, and improvement of service quality. Following the implementation of the guidelines, the rate of early postpartum hemorrhage decreased from 6.95% in 2020 to 3.79% in 2023. The main causes were uterine atony (83.33%) and birth canal injuries (16.67%). The feasibility assessment of the guidelines showed that users rated them highly in terms of ease of implementation (75%), appropriateness of content (66.67%), resource efficiency (58.33%), and benefits to mothers giving birth (75%), indicating the feasibility of their practical application.

Keywords: Clinical practice guidelines, Early postpartum hemorrhage prevention, Postpartum hemorrhage

***Corresponding Author:** uriwan-sornkaew@hotmail.com

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดา โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

อุไรวรรณ สอนแก้ว*

โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ศึกษาใน กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 9 คน กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 12 คน และกลุ่มมารดาคลอด จำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แนวปฏิบัติทางคลินิก และแบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 6 ด้านตามกรอบ JCAHO ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด การประเมินสภาพมารดา การป้องกันการตกเลือด การให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพบริการ ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกลดลงจากร้อยละ 6.95 ในปี 2563 เหลือ ร้อยละ 3.79 ในปี 2566 โดยสาเหตุหลักเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 83.33 และการบาดเจ็บของช่องทางคลอด ร้อยละ 16.67 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ใช้ประเมินในระดับมากด้านความง่ายต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 75 ความเหมาะสมของเนื้อหา ร้อยละ 66.67 การประหยัดทรัพยากร ร้อยละ 58.33 และประโยชน์ต่อผู้คลอด ร้อยละ 75 แสดงถึงความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริง

คำสำคัญ : การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก, การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด, แนวปฏิบัติทางคลินิก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นภาวะที่มีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด ปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตรหรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดาหลังจากสิ้นสุดระยะที่สามของการคลอด หรือมีค่าความเข้มข้นของเลือดลดต่ำลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Mousa & Alfrevic, 2007) สาเหตุที่สำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเกิดจาก 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี การบาดเจ็บของช่องทางการคลอดรกและชิ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูก และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ซึ่งสาเหตุที่พบได้มากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดีพบประมาณ 1 ใน 20 ของการคลอดหรือประมาณร้อยละ 70 ของสาเหตุการเกิดทั้งหมด ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด มักเกิดขึ้นใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Dildy, 2022) สำหรับในโรงพยาบาลปากชม จากการวิเคราะห์สาเหตุที่สำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 83.33 และรองลงมาเกิดจากการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดร้อยละ 16.67 (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปากชม, 2566) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ การยืดขยายตัวของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ การมีประวัติการ ตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน และกล้ามเนื้อมดลูกไม่มีความตึงตัวจากการคลอดยาวนานโดยเฉพาะระยะที่สามของการคลอด (Anderson & Duncan, 2017) เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้น จะส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจได้

การป้องกันไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ส่วนใหญ่ที่มีความรุนแรงมักเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเนื่องจากสาเหตุของการหดตัวของมดลูกไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดและสามารถป้องกันได้ โดยการประเมินการหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ (พฤษัทส จันทรประภาพ และกุลล รัศมีเจริญ, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในปัจจุบันมีทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ดังเช่นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมผู้เชี่ยวชาญทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ประเทศแคนาดา (Clinical practice obstetrics committee, 2020) เน้นการป้องกันและการจัดการเกี่ยวกับการตกเลือด แต่ไม่ได้เน้นรายละเอียดในแต่ละระยะของการดูแล นอกจากนี้ยังมีแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์และผดุงครรภ์ขององค์การสุขภาพของโลก (WHO, 2023) เน้นในเรื่องการจัดการอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า แพทย์กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสงขลา ได้จัดทำแนวทางการป้องกันและการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดขึ้น ในปี พ.ศ.2565 ใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานของแพทย์ในการค้นหามารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วิธีการป้องกันหรือการเฝ้าระวังให้ได้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ลดการให้เลือดและลดอัตราการตายของมารดา (แพทย์กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลสงขลา, 2565) แต่ยังไม่ครอบคลุมถึง

รายละเอียดในส่วนของการให้การป้องกันและการดูแลระยะคลอดในแต่ละระยะของการคลอดที่ชัดเจน

โรงพยาบาลปากชม เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ 30 เตียง ห่างจากโรงพยาบาลเลยประมาณ 90 กิโลเมตร ไม่มีสูติแพทย์และคลั่งเลือด รับการส่งต่อสตรีมีครรภ์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากสถิติผู้คลอดที่มารับบริการในห้องคลอดโรงพยาบาลปากชม ปีงบประมาณ 2563 -2566 มีจำนวน 187, 180, 143 และ 158 ราย ตามลำดับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 13, 7, 5 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.95, 3.88 , 3.49 และ 3.79ของผู้คลอดที่มาคลอดทางช่องคลอดทั้งหมดตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปากชม, 2566) แม้ว่าสถิติการตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลเท่าที่ผ่านมา ยังไม่พบผู้เสียชีวิตแต่ความรุนแรงของปัญหายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าการตกเลือดระยะ หลังคลอดในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดในหน่วยงานใช้แนวทางการดูแลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 8 แต่ในทางปฏิบัติเมื่อสตรี มีครรภ์มาห้องคลอด ไม่ได้มีการค้นหาความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อป้องกันภาวะการตกเลือดระยะหลังคลอด และส่วนใหญ่ให้การดูแลในขณะที่มีการตกเลือดแล้ว โดยการตรวจวัดระดับสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าสัญญาณชีพจะกลับสู่ระดับปกติของมารดาหลังคลอด การเฝ้าระวังการสูญเสียเลือดเพิ่มเติม ให้ยาช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามการรักษาของแพทย์ และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่นในปี พ.ศ. 2564

โรงพยาบาลปากชม พบมารดาหลังคลอด 1 ราย เกิดภาวะตกเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ไม่สามารถควบคุมการซ้อคได้ ต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลเลย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรับการรักษาต่อในแผนกวิกฤตโรงพยาบาลเลยอีกระยะหนึ่ง จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมถึงการดูแลในแต่ละระยะของการคลอด รวมถึงการดูแลเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับบริการได้อย่างมาก ซึ่งแนวทางการดูแลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของที่โรงพยาบาลปากชมใช้อยู่ นั้นยังไม่ค่อยชัดเจน และไม่ครอบคลุมในการป้องกันการตกเลือดทุกระยะของการคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และส่วนใหญ่เป็นบทบาทของแพทย์ที่ให้การช่วยเหลือ เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงควรมีการปรับวิธีปฏิบัติที่มีอยู่เดิมให้เหมาะสมกับหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาจะช่วยป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและยังช่วยประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อให้การเฝ้าระวังได้ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice guidelines) ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research

Council [NHMRC], 1999) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของการปฏิบัติ 2) กำหนดทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็น ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) จัดทำแผนการเผยแพร่และ แผนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก 9) จัดทำรายงานรูปเล่ม 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) ให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลปากชมที่จะช่วยแก้ไขปัญหาในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาหลังคลอดนอกจากนี้ผลจากการศึกษาจะทำให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 24

ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดา โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา (Analysis Phase) เป็นการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Development Phase) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice Guidelines) ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การนำไปทดลองใช้ (Implementation Phase) เป็นการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน

และหลังการทดลอง (One-Group Pretest - Posttest Design)

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุง (Evaluation Phase) เป็นการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติและปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดา โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย โดยมีขอบเขตการวิจัยครอบคลุม การศึกษาสถานการณ์และปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ NHMRC (1999) การทดลองใช้ และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลมารดาหลังคลอด ระยะที่ 2 เป็นคณะกรรมการพิจารณาแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 9 คน ระยะที่ 3 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 12 คน และมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแล และระยะที่ 4 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และผู้ทรงคุณวุฒิตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การศึกษาโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

3.3.1 กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยใช้การวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดา ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลปากชม ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน รวมจำนวน 9 คน

3.3.2 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยใช้การวิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดของโรงพยาบาลปากชม จำนวน 12 คน

3.3.3 กลุ่มมารดาคลอด ได้แก่ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลปากชม ตั้งแต่อายุครรภ์ครบกำหนดและมีแผนการคลอดปกติทางช่องคลอด ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 48 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก: ผู้วิจัยคัดเลือกบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการดูแลมารดา ระยะตั้งครรภ์ และคลอด รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลปากชม ได้แก่ ผู้ศึกษา แพทย์ประธานทีมนำทางคลินิก แพทย์ประจำโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ รวมจำนวน 9 คน

2. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก: ผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอดทั้งหมดของโรงพยาบาล

ปากชม จำนวน 12 คน เพื่อนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

3. กลุ่มมารดาคลอด: ผู้วิจัยคัดเลือกมารดาที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลปากชม โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ มารดาที่อายุครรภ์ครบกำหนดและมาคลอดปกติทางช่องคลอด ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 48 คน

เกณฑ์การคัดออก

1. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ครบตามกำหนด รวมถึงผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาออก หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงานระหว่างการลาออก เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จะไม่รวมพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างทดลองงาน หรือมีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอดน้อยกว่า 1 ปี และผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมการใช้แนวปฏิบัติ และผู้ที่ลาป่วยหรือลาคลอดในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. กลุ่มมารดาคลอด ไม่รวมมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครั้งก่อน ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดหรือใช้เครื่องมือช่วยคลอด มีภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด หรือมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด รวมถึงมารดาที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ NHMRC (1999) ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดความต้องการและขอบเขตการปฏิบัติ การจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติแบบสหสาขาวิชาชีพ การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องการ

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก และการจัดทำแผนการนำไปใช้และ ประเมินผล เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและเหมาะสม

ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยเริ่มจากการให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินแนวปฏิบัติ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลและประเมินผลการใช้

ระยะที่ 4 เป็นการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การปรับปรุงแนวปฏิบัติตามผลการประเมิน และการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลปากชม

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลปากชม ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (1999)

3. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

3.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.3 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีคุณภาพเพียงพอที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เริ่มจากการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากชม เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบประชากรเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากบุคลากรในโรงพยาบาลโดยใช้แบบสอบถาม ขั้นตอนต่อมา ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิด NHMRC จนได้แนวปฏิบัติฉบับ

สมบูรณ์ แล้วจึงจัดอบรมชี้แจงแนวปฏิบัติแก่กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ ก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาคลอดในช่วงเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นทำการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และแบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอด รวมทั้งรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ดำเนินการโดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คะแนนความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยค่าร้อยละของการปฏิบัติตามแต่ละขั้นตอน

3. การวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ มีการเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณการเสียเลือดด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนใช้เวลาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567 รวม 4 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตของการปฏิบัติ โดยจัดประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 1 ในเดือน พฤษภาคม 2567
2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ รวมจำนวน 9 คน เพื่อเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยจัดประชุมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 เดือน มิถุนายน 2567
3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
4. กำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพที่ต้องการ โดยจัดประชุมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 เดือน มิถุนายน 2567
5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เวลา 2 สัปดาห์ และจัดประชุมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 มิถุนายน 2567
6. กำหนดร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 6 ด้าน โดยจัดประชุมครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 1 กรกฎาคม 2567
7. จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ โดยจัดประชุมครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 2 กรกฎาคม 2567
9. จัดทำรายงานแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับสมบูรณ์

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

11. ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประเมินแนวปฏิบัติและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง โดยจัดประชุม ครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 3 กรกฎาคม 2567

12. แจกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 12 คน นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับมารดาคลอด ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผล รวบรวมปัญหาและอุปสรรค โดยจัดประชุมครั้งที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 1 สิงหาคม 2567 เพื่อทำประชาพิจารณ์หาข้อสรุปและข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยเอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 035/2567 เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลปากชม พบว่า จากการเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาตั้งครรภ์และคลอด จำนวน 9 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และ 77.78 ตามลำดับ สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลปากชม พบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2563-2566 มีสถิติผู้คลอดจำนวน 187, 180, 143 และ 158 ราย ตามลำดับ โดยพบภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 13, 7, 5 และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.95, 3.88, 3.49 และ 3.79 ของผู้คลอด

ทั้งหมดในแต่ละปี ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด คิดเป็นร้อยละ 16.67 จากการวิเคราะห์เนื้อหาคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบประเด็นสำคัญดังนี้: ไม่มีการค้นหาความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ระยะคลอด การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลหลังเกิดภาวะตกเลือดแล้ว แนวทางการดูแลที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุมทุกระยะของการคลอด และข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น ไม่มีสูติแพทย์และคลังเลือดในโรงพยาบาล รวมถึงระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจังหวัดประมาณ 90 กิโลเมตร ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยทำได้ล่าช้า ด้านความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติบุคลากรต้องการแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการป้องกันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินความเสี่ยง และมีระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ข้อมูลเหล่านี้ได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากชมต่อไป

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลปากชม โดยใช้กรอบการพัฒนาตามองค์ประกอบของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2004) ประกอบด้วย 6 ด้านหลัก ดังนี้ 1) ด้านการพิทักษ์สิทธิของผู้คลอดและการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม มุ่งเน้นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม โดยต้องได้รับการยินยอมและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจากมารดา 2) ด้านการประเมินสภาพของมารดา

ครอบคลุมการซักประวัติปัจจัยเสี่ยง การตรวจร่างกาย การตรวจภายในช่องคลอด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น 3) ด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่งของการคลอด เน้นการซักประวัติปัจจัยเสี่ยง การติดตามผลเลือด การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการให้สารน้ำ ระยะที่สองของการคลอด เน้นการประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารก และการประเมินสัญญาณชีพ ระยะที่สามของการคลอด ใช้การดูแลแบบ Active management และระยะที่สี่รวมถึงระยะหลังคลอดแรก เน้นการประเมิน 4Ts การคลึงมดลูก การติดตามสัญญาณชีพ และการประเมินการสูญเสียเลือด 4) ด้านการให้ความรู้ เน้นการให้มารดาทุกรายได้รับคำอธิบายถึงความจำเป็นในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและการปฏิบัติตัวหลังคลอด 5) ด้านการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การสังเกตและบันทึกอาการ การรวบรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และการส่งต่อเมื่อจำเป็น 6) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ มุ่งเน้นการศึกษาและปรับปรุงความรู้อย่างสม่ำเสมอ การประเมินอุบัติการณ์การตกเลือด และการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากชม เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับมารดาหลังคลอด

ผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของมารดาในโรงพยาบาลปากชมไปใช้ในโรงพยาบาลปากชม โดยประเมินจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน

12 คน พบว่า 1) ด้านความง่ายต่อการปฏิบัติ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ และประโยชน์ที่เกิดกับผู้คลอด รวมถึงความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ผู้ใช้ส่วนใหญ่มีความเห็นในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.00 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00 2) ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน ผู้ใช้มีความเห็นในระดับมาก ร้อยละ 66.67 และระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 3) ด้านการประหยัดทรัพยากรและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ผู้ใช้มีความเห็นในระดับมาก ร้อยละ 58.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.67 จากผลการประเมินพบว่าไม่มีผู้ใช้แสดงความคิดเห็นในระดับน้อยในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความง่ายต่อการปฏิบัติ ความชัดเจน และการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้คลอด ซึ่งได้รับการประเมินในระดับมากจากผู้ใช้ส่วนใหญ่

การอภิปรายผล

สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลปากชมระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2566 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 6.95 ในปี 2563 ลดลงเหลือร้อยละ 3.79 ในปี 2566 ซึ่งสอดคล้องสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลปากชม ปีงบประมาณ 2563 - 2566 จากผลการศึกษา พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลปากชม มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 6.95 ในปี 2563 เหลือร้อยละ 3.79 ในปี 2566 แม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 3 (WHO, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ นิลวัฒน์ และ

คณะ (2022) ที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยยังคงมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอยู่ระหว่างร้อยละ 3 - 7 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ขาดแคลนสูติแพทย์ สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การหดตัวของมดลูกไม่ดีเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือด (ร้อยละ 83.33) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี 4T's ของ ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023) ที่ระบุว่า Tone (การหดตัวของมดลูก) เป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การขาดการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถป้องกันภาวะตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา กิจธรรม (2023) ที่พบว่าการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ฝากครรภ์สามารถลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 40 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบบริการ ปัญหาการขาดแคลนสูติแพทย์และคลังเลือด รวมถึงระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจังหวัด เป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับแนวคิดของ Three Delays Model (Thaddeus & Maine, 2021) ที่อธิบายว่าความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของมารดา แนวทางการพัฒนา บุคลากรมีความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิด Evidence-Based Practice ของ Sackett (2020) ที่เน้นการผสมผสานหลักฐานเชิงประจักษ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และความต้องการของผู้ใช้บริการ การพัฒนาแนวปฏิบัติควรคำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลปากชม สามารถอภิปรายตามประเด็นสำคัญได้ ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้างและองค์ประกอบของแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครบถ้วนตามมาตรฐานของ JCAHO ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson et al. (2022) ที่พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพต้องมียุทธศาสตร์ครบถ้วนและเป็นระบบ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Patient-Centered Care ของ Institute of Medicine (2023) 2) ด้านการประเมินและเฝ้าระวังการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เน้นการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการคลอด สอดคล้องกับทฤษฎี Early Warning Signs ของ Maternal Early Warning Criteria (MEWC) ที่เสนอโดย Clark et al. (2023) ที่เน้นการค้นหาสัญญาณเตือนตั้งแต่ระยะแรก นอกจากนี้ การใช้การประเมิน 4T's (Tone, Tissue, Trauma, Thrombin) ยังสอดคล้องกับแนวทางของ ACOG (2023) ในการประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดอย่างเป็นระบบ 3) ด้านการป้องกันการตกเลือด

การแบ่งการดูแลเป็น 4 ระยะที่ชัดเจน โดยเฉพาะการใช้ Active Management ในระยะที่สามของการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Begley et al. (2023) ที่พบว่าการจัดการระยะที่สามของการคลอดแบบ Active Management สามารถลดความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดได้ร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับการจัดการแบบ Expectant Management 4) ด้านการให้ความรู้

และการดูแลต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่มารดาและการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด Continuity of Care ของ WHO (2023) ที่เน้นความสำคัญของการดูแลแบบไร้รอยต่อ การศึกษาของ Johnson and Smith (2023) พบว่าการให้ความรู้แก่มารดาอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความร่วมมือในการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ 5) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ การมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมและการประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิด Continuous Quality Improvement (CQI) ของ Deming (2022) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพเป็นวงจรต่อเนื่อง

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้ในโรงพยาบาลปากชม ดังนี้ 1) ด้านการยอมรับและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ผลการประเมินที่พบว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่ประเมินความง่ายต่อการปฏิบัติและความชัดเจนในระดับมาก (ร้อยละ 75.00) สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers's Diffusion of Innovation Theory (Rogers, 2023) ที่ระบุว่า การยอมรับนวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติใหม่จะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อผู้ใช้เห็นว่ามีประโยชน์น้อยและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การศึกษาของ Anderson และคณะ (2023) ยังพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการยอมรับสูงมักมีลักษณะที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของหน่วยงาน 2) ด้านความเหมาะสมของเนื้อหา การที่ผู้ใช้ประเมินความเหมาะสมของเนื้อหาในระดับมาก (ร้อยละ 66.67) สะท้อนถึงความสอดคล้องกับแนวคิด Context-Appropriate Guidelines ของ WHO (2023) ที่เน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของ

แต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson และคณะ (2022) ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงานมีโอกาสประสบความสำเร็จในการนำไปใช้สูงกว่าแนวปฏิบัติที่นำมาใช้โดยไม่ปรับให้เหมาะสมกับบริบท 3) ด้านความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ ผลการประเมินด้านการประหยัดทรัพยากรและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 58.33) สอดคล้องกับแนวคิด Cost-Effectiveness Analysis ของ Drummond (2023) ที่เน้นการพิจารณาทั้งประสิทธิผลและต้นทุนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การศึกษาของ Thompson และคณะ (2023) พบว่าแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและคุ้มค่า 4) ด้านประโยชน์ต่อผู้รับบริการการที่ผู้ใช้ประเมินประโยชน์ที่เกิดกับผู้คลอดในระดับมาก สอดคล้องกับแนวคิด Patient-Centered Outcomes Research ของ PCORI (2023) ที่เน้นการประเมินผลลัพธ์ที่มีความสำคัญต่อผู้รับบริการ การศึกษาของ Johnson และคณะ (2023) ยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปผลการศึกษา

โรงพยาบาลปากชม มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกลดลงจากร้อยละ 6.95 ในปี 2563 เหลือร้อยละ 3.79 ในปี 2566 โดยสาเหตุหลักเกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ร้อยละ 83.33 และการบาดเจ็บของช่องทางคลอด ร้อยละ 16.67 ปัญหาสำคัญคือไม่มีการค้นหาความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ระยะคลอด ขาดแคลนสูติแพทย์และคลังเลือดและระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลจังหวัด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ใช้กรอบของ

JCAHO ครอบคลุม 6 ด้านหลัก ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด การประเมินสภาพมารดา การป้องกันการตกเลือด การให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพบริการ ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าผู้ใช้ส่วนใหญ่มีความเห็นในระดับมากในด้านความง่ายต่อการปฏิบัติและประโยชน์ที่เกิดกับผู้คลอด ร้อยละ 75.00 ด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ร้อยละ 66.67 และด้านการประหยัดทรัพยากร ร้อยละ 58.33แสดงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะยาว โดยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราการตกเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้
2. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลทางไกล (Telemedicine) และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปากชม. (2566). รายงานสถิติผู้คลอดประจำปี. โรงพยาบาลปากชม.
2. พลหัทธ จันทรประภาพ และกุศล รัศมีเจริญ. (2560). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน ช. วันทนาศิริ และ ต. วัฒนาราช (บ.ก.), *สูตินรีเวช ทันยุค* (น. 513-514). พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
3. แพทย์กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาล สงขลา. (2565). *แนวทางการดูแลรักษาการ ตั้งครรภ์เกินกำหนด*. สงขลา: โรงพยาบาล สงขลา.
4. วิภาดา กิจธรรม. (2023). ผลของโปรแกรมการ คัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 41(3), 45-58.
5. สมใจ นิลวัฒน์, วรณา สมบูรณ์, และ มณีรัตน์ ภู่วิจิตร. (2022). การป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดในโรงพยาบาลชุมชน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาล ศาสตร์*, 40(2), 78-92.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Practice bulletin no. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186.
7. Anderson, A. J., & Duncan, E. L. (2017). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *American Family Physician*, 75(6), 875-882.
8. Anderson, B., Smith, R., & Johnson, K. (2023). Implementation of clinical practice guidelines in community hospitals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15), 3245-3260.
9. Begley, C. M., Gyte, G. M., Murphy, D. J., & Devane, D. (2023). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(2), CD007412.
10. Clark, S. L., Christmas, J. T., Frye, D. R., & Meyers, J. A. (2023). Maternal early warning systems: Challenges and opportunities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(2), 112-116.
11. Clinical practice obstetrics committee. (2020). Management of post-term pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(1), 105-113.
12. Deming, W. E. (2022). *The new economics for industry, government, education* (3rd ed.). MIT Press.
13. Dildy, G. A. (2022). Postterm pregnancy: Causes, complications and management. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/postterm-pregnancy>
14. Drummond, M. F. (2023). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (5th ed.). Oxford University Press.
15. Institute of Medicine. (2023). *Crossing the quality chasm: A new health*

- system for the 21st century*. National Academies Press.
16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. (2004). *Comprehensive accreditation manual for hospitals*. JCAHO.
 17. Johnson, K., & Smith, P. (2023). Impact of maternal education on postpartum complications: A prospective study. *Midwifery*, 45, 71-77.
 18. Johnson, K., Wilson, M., & Anderson, B. (2023). Patient outcomes in evidence-based practice: A multicenter study. *Journal of Nursing Management*, 31(4), 445-452.
 19. Mousa, H. A., & Alfirevic, Z. (2007). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD003249.
 20. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *Clinical practice guidelines: Care around preterm birth*. NHMRC.
 21. PCORI (Patient-Centered Outcomes Research Institute). (2023). *Methodology standards academic curriculum*. <https://www.pcori.org/research-results/research-methodology/methodology-standards-academic-curriculum>
 22. Rogers, E. M. (2023). *Diffusion of innovations* (6th ed.). Free Press.
 23. Sackett, D. L. (2020). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (5th ed.). Churchill Livingstone.
 24. Thaddeus, S., & Maine, D. (2021). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110.
 25. Thompson, C., Johnson, M., & Smith, R. (2022). Clinical guidelines development: A comprehensive approach. *Journal of Clinical Practice*, 28(3), 225-238.
 26. Thompson, R., Anderson, B., & Wilson, M. (2023). Resource utilization in clinical guideline implementation. *Healthcare Management Review*, 48(2), 167-178.
 27. Wilson, M., Johnson, K., & Smith, P. (2022). Context-specific implementation of clinical guidelines. *Implementation Science*, 17(4), 412-425.
 28. World Health Organization. (2021). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75411>
 29. World Health Organization. (2023). *Continuity of care in maternal health services: Guidelines and recommendations*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060197>

The Effects of Contemplative Education Process on Staff Well-being at Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province

Anuchit Inpalad*, Siwaporn Prommawan
Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province

ABSTRACT

This action research aimed to study the effects of contemplative education process on the happiness of personnel at Dansai Crown Prince Hospital in Loei Province, Thailand. The process integrated the seven basic principles of contemplative education with the cultural context and way of life of the community. The purposive sample consisted of 21 leaders and managers. The study was conducted from November 2023 to October 2024. Data were collected using the Happinometer, a tool for measuring staff happiness, before and after participating in activities, along with observations and reflections according to the action research process. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and confidence interval, and inferential statistics using paired t-test.

The results showed that after participating in the contemplative education process, the mean happiness score of personnel significantly increased from 3.32 to 4.02 ($t = -8.453$, $df = 20$, $p < .001$). Significant improvements were found in self-care, stress coping, work-life happiness, sense of meaning and value at work, emotional stability, and work inspiration. These findings align with the concept that happiness at work arises from both individual factors and organizational environmental factors that facilitate adaptation and balance. Developing a contemplative education process that aligns with the organizational context has the potential to significantly enhance the happiness and work efficiency of personnel in community hospitals. However, further long-term follow-up studies are needed to assess the sustainability of the changes.

Keywords: Contemplative education, Happiness, Hospital personnel

***Corresponding Author:** anuchit1565@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) มุ่งเน้นการพัฒนาคนในทุกมิติ และทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นประเทศพัฒนาแล้วตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งหวังให้ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ผ่านแบบวัดความสุขของบุคลากร (Happinometer) (จันทภา พงษ์สาทร, 2563) ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายต่างๆ (วงศ์ประสิทธิ์ กล้าหาญ, 2558) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญ ดังเช่นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง รับผิดชอบประชาชนในเขตอำเภอด่านซ้ายประมาณ 52,000 คน จากการใช้แบบประเมินความสุข Happinometer ในช่วงปี 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มดัชนีความสุขลดลงและมีอัตราการลาออกสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความเครียดในระดับสูงของบุคลากร (ประภาภรณ์ เพชรมาก & อติศักดิ์ บัวศรียอด, 2566) สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากมีผลทั้งต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรและคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน (วาสนา จึง

ตระกูล, 2562) อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการทำงานและความยั่งยืนขององค์กร (วารสารสาธิต, 2565)

จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถพัฒนามนุษย์ในศตวรรษที่ 21 ผ่านการเรียนรู้อย่างใคร่ครวญเพื่อพัฒนาจิตใจและปัญญา (ศิริประภา พฤทธิกุล, 2567) หลายการศึกษาแสดงให้เห็นประสิทธิผลของกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้เข้าร่วม ทั้งในแง่ของการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน (สุภามาศ ปาลศรี และ ประยูทธ ไทยธานี, 2566) และการส่งเสริมความสุขอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อบูรณาการกับการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (อติสร เนาวนนท์ & สุภาวดี วิสุวรรณ, 2565) งานวิจัยในต่างประเทศยังสนับสนุนประสิทธิผลของแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา การศึกษาของ Smith et al. (2566) พบว่า การใช้กระบวนการ Contemplative practice ในบุคลากรสุขภาพสามารถลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Johnson และ Williams (2022) ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการ Mindfulness-based intervention ในองค์กรสุขภาพส่งผลดีต่อสุขภาวะของบุคลากรและคุณภาพการให้บริการ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นช่องว่างของการวิจัยที่สำคัญหลายประการ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปที่การประยุกต์ใช้จิตตปัญญาศึกษาในบริบทการศึกษาและพัฒนาวิชาชีพเป็นหลัก การศึกษาจิตตปัญญาศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีความจำเพาะเจาะจง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ห่างไกล ยังมีอยู่น้อย

นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาผลระยะสั้น เป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดการพัฒนาและติดตามผล ในระยะยาวอย่างเป็นระบบ รวมถึงการขาดการพัฒนา รูปแบบหรือโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาที่ ออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชและการบูรณาการเข้ากับบริบท ทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนในพื้นที่ ท่างไกล การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่เหมาะสมกับ บริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จึงมีความจำเป็นยิ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้มี บริบทเฉพาะทั้งในด้านภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และ ความท้าทายในการให้บริการสุขภาพ การพัฒนา โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาจึงต้องคำนึงถึงปัจจัย เหล่านี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด การวิจัยและ พัฒนานี้จะช่วยบูรณาการองค์ความรู้ด้านจิตต ปัญญาศึกษา การพัฒนาองค์กร และบริบทของ โรงพยาบาลชุมชนเข้าด้วยกัน นำไปสู่การสร้างองค์ ความรู้ใหม่ที่เติมเต็มช่องว่างทางวิชาการ การ พัฒนาโปรแกรมอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ผ่านการ ทดสอบ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

การพัฒนากระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ผ่านการวิจัยและพัฒนาจะนำไปสู่การสร้าง นวัตกรรมทางสังคมที่สามารถนำไปใช้ในบริบทที่ คล้ายคลึงกัน เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร จากภายใน สอดคล้องกับแนวคิดองค์กรแห่งความ ยั่งยืนและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตาม ยุทธศาสตร์ชาติ ผลการวิจัยจะเป็นต้นแบบสำหรับ การพัฒนาโปรแกรมสำหรับองค์กรสุขภาพในพื้นที่ ท่างไกลอื่นๆ ช่วยขยายองค์ความรู้ด้านจิตตปัญญา ศึกษาในบริบทของการพัฒนาองค์กรสุขภาพ โดยเฉพาะการประยุกต์ใช้หลักการพื้นฐาน

7 ประการของจิตตปัญญาศึกษา (ธนา นิลชัยโกวิทย์, และ อติศร จันทรสุข, 2552) นอกจากนี้ยังนับเป็น การเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงและการขยายตัวของ องค์กรในอนาคต ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะพัฒนากระบวนการจิตตปัญญาศึกษา เพื่อส่งเสริมความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โดยใช้ กระบวนการวิจัยและพัฒนาที่เป็น ระบบ ประกอบด้วยการศึกษาบริบทและความต้องการ อย่างละเอียด การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม การทดลองใช้ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและสามารถ นำไปใช้ได้จริงในระยะยาว อันจะเป็นประโยชน์ทั้ง ต่อบุคลากร องค์กร และประชาชนผู้รับบริการ ต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนากระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ในการส่งเสริมความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง และความต้องการในการพัฒนาความสุข ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
2. เพื่อพัฒนาและออกแบบกระบวนการ จิตตปัญญาศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โดยบูรณา การหลักการพื้นฐาน 7 ประการของจิตตปัญญา ศึกษาร่วมกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของ ชุมชน

3. เพื่อทดลองใช้ และ ประเมินผล กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่พัฒนาขึ้นในการ ส่งเสริมความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

สมมติฐาน

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่พัฒนาขึ้น โดยบูรณาการหลักการพื้นฐาน 7 ประการร่วมกับ บริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชน สามารถ ส่งเสริมความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง ปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) (Kemmis S, McTaggart R (eds.), 1988)

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา งานวิจัยนี้มุ่งศึกษา ความสุขขององค์กรโดยใช้ดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) 9 มิติ โดยใช้ กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเป็นเครื่องมือในการ พัฒนาความสุขของบุคลากร

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย ทั้งหมด 257 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายที่เป็น บุคลากรระดับทีมนำและหัวหน้างาน จำนวน 21 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชด่านซ้าย 2) ยินดีและเต็มใจตอบแบบ ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่ยินดีและไม่เต็มใจตอบแบบประเมินดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2) ไม่ ยินดีและไม่เต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย

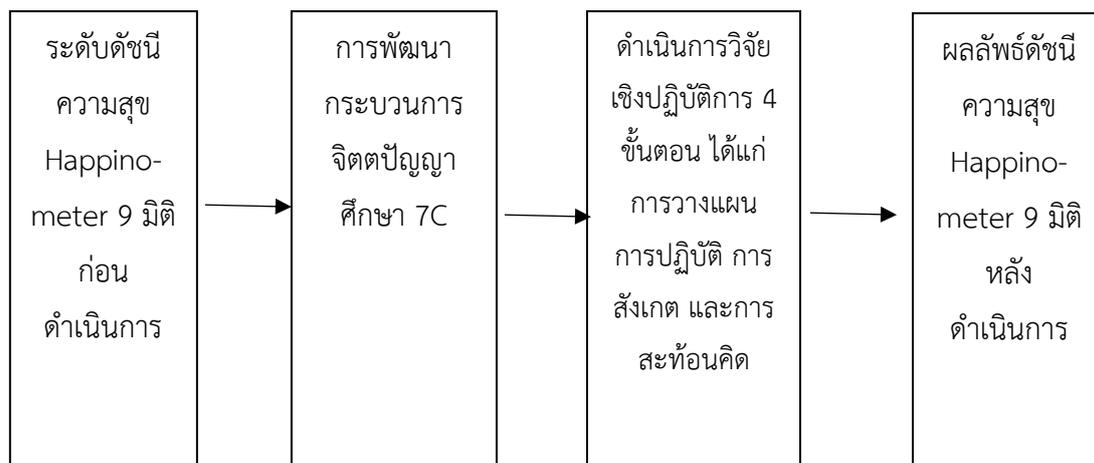
ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระ ระดับดัชนีความสุข Happinometer 9 มิติก่อนการดำเนินการ

ตัวแปรตาม ผลลัพธ์ดัชนีความสุข Happinometer 9 มิติหลังดำเนินกระบวนการ จิตตปัญญาศึกษา

ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการวิจัยเป็น ระยะเวลา 1 ปี (พฤศจิกายน 2566 - ตุลาคม 2567)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความสุข Happinometer (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2555) และกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา 7C

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้สามารถแบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้:

1. ขั้นเตรียมการ ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือ Happinometer จากสถาบัน ประชากร และ สจ. มหาวิทยาลัยมหิดล และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 21 คน เก็บข้อมูลส่วนบุคคล 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในตำแหน่งปัจจุบัน และอายุงาน เก็บข้อมูลดัชนีความสุข 9 มิติ จำนวน 56 ข้อ

ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา บันทึกข้อมูล

เชิงคุณภาพผ่านการสังเกตและสะท้อนคิดตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระยะหลังการทดลอง (Post-test) เก็บข้อมูลซ้ำโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของดัชนีความสุขทั้ง 9 มิติ

3. การจัดการข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน ลงรหัสข้อมูลและบันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักสถิติที่กำหนด

4. การเก็บรักษาข้อมูล จัดเก็บแบบสอบถามในที่ปลอดภัยและเป็นความลับ สำรองข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์กำหนดรหัสผ่านสำหรับการเข้าถึงข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ใช้ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การวางแผน (Planning) การวางแผนการวิจัยเริ่มต้นด้วยการจัดประชุมระหว่างทีมวิจัย

และทีมกระบวนการด้านจิตตปัญญาศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน โดยได้มีการออกแบบและวางแผนกิจกรรมโดยยึดหลักแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา 7C เป็นกรอบในการพัฒนาแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยหลักการสำคัญ 7 ประการ เริ่มจากการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ (Contemplation) ที่มุ่งให้เกิดการทบทวนและไตร่ตรองอย่างลึกซึ้ง ควบคู่กับการใช้ความรักความเมตตา (Compassion) เป็นพื้นฐานในการทำสมาธิตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงสัมพันธ์ (Connectedness) ระหว่างบุคคลและการเผชิญความจริง (Confronting reality) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การดำเนินกิจกรรมต้องอาศัยความต่อเนื่อง (Continuity) และความมุ่งมั่น (Commitment) ในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community) ที่สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเติบโตไปด้วยกัน การวางแผนบนพื้นฐานของหลักการทั้ง 7 ประการนี้จะช่วยให้การพัฒนากระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. การปฏิบัติ (Action) ได้จัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 วัน โดยประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อพัฒนาความสุขของบุคลากรผ่านกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา กิจกรรมแรก "เปิดเปลือยตัวตน เรียนรู้ตนเอง เรียนรู้ผู้อื่น" มุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมได้สำรวจและแสดงออกถึงตัวตนที่แท้จริงของตนเอง พร้อมทั้งเรียนรู้และเข้าใจผู้อื่นผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ต่อด้วยกิจกรรม "แมงมุมเก็บไข่" ที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการมองเป้าหมายร่วมกัน กิจกรรม "กงล้อสี่ทิศ" ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและ

ยอมรับความแตกต่างของบุคลิกลักษณะของตนเองและผู้อื่น ขณะที่กิจกรรม "ใบ้ ขาด บอด" สะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับในความแตกต่างและศักยภาพของแต่ละบุคคล และปิดท้ายด้วยกิจกรรม "ศิลปะ ระบาย (ใจ) เขาใจเรา" ที่มุ่งให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจและยอมรับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง กิจกรรมทั้งห้านี้ได้รับการออกแบบให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจตนเอง พัฒนาไปสู่การเข้าใจผู้อื่น และการทำงานร่วมกัน จนถึงการยอมรับในความแตกต่างและการเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาความสุขของบุคลากรอย่างยั่งยืน

3. การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบผ่านการสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอน โดยให้ความสำคัญกับการบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสะท้อนคิดและการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งถ่ายทอดออกมาผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตอบคำถามท้ายกิจกรรม และการแสดงออกระหว่างการทำกิจกรรม ข้อมูลเหล่านี้ถูกนำมาวิเคราะห์และถอดบทเรียนตามกรอบแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา 7C ซึ่งครอบคลุมทั้งการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ความรักความเมตตา การเชื่อมโยงสัมพันธ์ การเผชิญความจริง ความต่อเนื่อง ความมุ่งมั่น และการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ การสังเกตและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบนี้ไม่เพียงช่วยให้เห็นพัฒนาการของผู้เข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม แต่ยังช่วยให้เข้าใจถึงประสิทธิผลของกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่นำมาใช้ในการพัฒนาความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญ

สำหรับการวิเคราะห์และพัฒนาระบบการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

4. การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) การสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งประเมินผลและสรุปการดำเนินงานทั้งหมด โดยเริ่มจากการประเมินความสุขของกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถามที่สะท้อนสิ่งที่ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้จากกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์และประมวลผลอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาทั้งการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณจากดัชนีความสุขและการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพจากการสะท้อนการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วม ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดถูกนำมาจัดทำเป็นรายงานการวิจัยที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการดำเนินงาน ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในอนาคต ซึ่งจะถูกนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 009/2567 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 อายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 38.10 (ค่าเฉลี่ยอายุ 44.12 ปี, S.D. = 8.05) อายุงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.7 ปี อายุงานในตำแหน่งเฉลี่ย 12.7 ปี

ระดับความสุขของบุคลากรก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมกระบวนการด้านจิตตปัญญาศึกษา แยกรายชื่อ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภายหลังการศึกษาในหลายประเด็นสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) การดูแลจิตใจของตัวเอง (ก่อน $\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.22; หลัง $\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.74; $p < .001$) 2) มีพลังและความกระตือรือร้นในชีวิตประจำวัน (ก่อน $\bar{X} = 3.19$, S.D. = 1.03; หลัง $\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.88; $p = .004$) 3) สามารถรับมือกับความเครียดได้ดี (ก่อน $\bar{X} = 3.38$, S.D. = 1.02; หลัง $\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.59; $p < .001$) 4) มีความสุขในชีวิตที่ทำงาน (ก่อน $\bar{X} = 3.38$, S.D. = 1.02; หลัง $\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.65; $p < .001$) 5) รู้สึกมีความหมายและคุณค่าในงานที่ทำ (ก่อน $\bar{X} = 3.71$, S.D. = 1.23; หลัง $\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.58; $p < .001$) 6) มีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี (ก่อน $\bar{X} = 3.33$, S.D. = 1.06; หลัง $\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.83; $p < .001$) 7) มีแรงบันดาลใจและพลังในการทำงาน (ก่อน $\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.96; หลัง $\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.80; $p < .001$) ส่วนประเด็นอื่น ๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกายของตัวเอง ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา มีเวลาเพียงพอในการทำกิจกรรม

ที่ชื่นชอบ และการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการศึกษาไม่แตกต่างจากก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่า การศึกษานี้ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในหลายประเด็นที่สะท้อนถึงสุขภาวะทางจิตใจ ได้แก่ การดูแลจิตใจ พลังใจ ความสุข ความหมายในงาน การจัดการความเครียด และการควบคุมอารมณ์ ดีขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติหลังการศึกษา แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านสุขภาพกาย ความสัมพันธ์ การใช้เวลาว่าง และการนอนหลับ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการด้านจิตปัญญาศึกษา ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการด้านจิตปัญญาศึกษา ก่อนและหลัง (n=21)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากร						
	\bar{X}	S.D.	95%CI	t-test	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	3.32	0.67	0.53 to 0.87	-8.453	20	<.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	4.02	0.41				

จากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากร พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -8.453$, $df = 20$, $p < .001$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 4.02$, $S.D. = 0.41$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($\bar{X} = 3.32$, $S.D. = 0.67$) จากค่า 95% Confidence Interval (95%CI) ที่อยู่ในช่วง 0.53 ถึง 0.87 แสดงให้เห็นว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 0.53 คะแนน และสูงกว่าไม่เกิน 0.87 คะแนน ด้วยความมั่นใจ 95% สรุปได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมนี้ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ดังนั้น กิจกรรมนี้จึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสุขให้กับบุคลากรที่เข้าร่วม

การอภิปรายผล

กระบวนการจิตปัญญาศึกษาที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการพัฒนาความสุขของบุคลากร เพื่อนำมาออกแบบกระบวนการจิตปัญญาศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร โดยบูรณาการหลักการพื้นฐาน 7 ประการของจิตปัญญาศึกษา

ร่วมกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน และนำมาทดลองใช้จริงเพื่อประเมินประสิทธิผล

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มระดับความสุขโดยรวมของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติสุขภาวะทางจิตใจ อาทิ การดูแลจิตใจตนเอง พลังใจในการทำงาน ความสุขในการทำงาน การรับมือความเครียด การให้ความหมายและคุณค่ากับงาน ความมั่นคงทางอารมณ์ และแรงบันดาลใจในการทำงาน แม้ว่าจะยังไม่พบความแตกต่างในด้านสุขภาพกาย ความสัมพันธ์ การใช้เวลารว่าง และการนอนหลับ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าพัฒนาจิตใจ แต่ภาพรวมแล้วกระบวนการนี้ก็แสดงให้เห็นศักยภาพในการยกระดับความสุขของบุคลากรในหลากหลายมิติสอดคล้องกับแนวคิดของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2557) ที่ระบุว่าความสุขในการทำงานของบุคคลเกิดจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ และปัจจัยแวดล้อมในองค์กรที่เอื้อให้เกิดการปรับตัวและรักษาสมดุลของความสุข ดังนั้น การจัดการกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาจึงช่วยพัฒนาปัจจัยภายในตัวบุคลากรเติมเต็มสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อความสุข และนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการทำงานตามภาระหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุปรีย์ส์ กาญจนพิศศาล (2564) ที่พบว่ากระบวนการจิตตปัญญาศึกษามีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสุข ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง การเปิดใจรับฟังอย่างลึกซึ้ง การเผชิญหน้ากับความขัดแย้งภายในใจและโลกทัศน์ความเชื่อเดิม และการยอมรับความเป็นจริงของตนเองจนเกิดมุมมองใหม่ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ได้ถูกนำมาบูรณาการในการพัฒนา

กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายในครั้งนี้ จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อความสุขของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาและประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กรสามารถส่งเสริมความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในมิติสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยที่จะช่วยรักษาระดับความสุขของบุคลากรให้คงอยู่ในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมบุคลากรในระดับอื่นๆ รวมถึงในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อศึกษาผลในบริบทที่กว้างขึ้น
2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์และผลกระทบเชิงลึกมากขึ้น
3. ควรศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เอื้อหรือขัดขวางต่อประสิทธิผลของกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา เพื่อเพิ่มความเข้าใจและพัฒนากระบวนการให้ดียิ่งขึ้น
4. การผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น การสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก อาจช่วยให้ได้ข้อค้นพบใหม่ๆ ที่เพิ่มเติมจากการวัดเชิงสำรวจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และบุคลากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงทีมกระบวนกรที่ช่วยขับเคลื่อนกระบวนการจัดตปัญหาศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). *วิถีแห่งการสร้างสุขและปัจจัยพัฒนาองค์กรสร้างสุข*. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
2. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. จันทภา พงษ์สาทร. (2563). การประเมินความสุขบุคลากรด้วย Happinometer. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา*, 27(2), 103-111.
4. ธนา นิลชัยโกวิทย์, และ อติศร จันทรสสุข. (2552). *ศิลปะการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: คู่มือกระบวนการจัดตปัญหาศึกษา*. เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์.
5. ประภาภรณ์ เพชรมาก, และ อติศักดิ์ บัวศรียอด. (2566). ความเครียดและความต้องการสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขในสถานการณ์โควิด-19. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 14(1), 1-12.
6. วงศ์ประสิทธิ์ กล้าหาญ. (2558). *การบริหารทรัพยากรมนุษย์*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. วรญา สารานนิกิจ. (2565). [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. วิทยาลัยการจัดการ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. วาสนา จึงตระกูล. (2562). การประเมินความสุขของบุคลากร โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา*, 2(2), 107-132
9. ศิริประภา พุทธิกุล. (2554). การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดตปัญหาศึกษาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานของนิสิตสาขาวิชาการศึกษา.
10. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2555). *คู่มือวัดความสุขด้วยตนเอง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. สุปรีย์ส์ กาญจนพิศศาล. (2564). กระบวนการเรียนรู้แนวคิดตปัญหาศึกษาที่เอื้อต่อการสร้างความสุขในระดับองค์กรของมหาวิทยาลัยมหิดลวิทยาเขตนครสวรรค์. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 14(2), 676-694.
12. สุภามาศ ปาลศรี, และ ประยูทธ ไทยธานี. (2566). ผลของโปรแกรมจัดตปัญหาศึกษาที่มีต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนของครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. *วารสารวามัญองแหรทพุทธศาสตร์ปริทรรศน์*, 10(2), 83-97.
13. อติศร เนาวนนท์, และ สุภาวดี วิสุวรรณ. (2565). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความสุขในการเรียนโดยใช้แนวคิดตปัญหาศึกษาและการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง. *วารสารการวิจัยกาละลองคำ*, 16(1), 109-120.

14. Johnson, M., & Williams, K. (2022). Mindfulness-based interventions in healthcare organizations: A systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 67(4), 234-249.
15. Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
16. Smith, J. R., Brown, A., & Davis, C. (2023). The impact of contemplative practices on healthcare workers' well-being: A meta-analysis. *International Journal of Workplace Health Management*, 16(2), 145-163.

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

การปฏิเสธความรับผิดชอบ

"วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ชื่อย่อ JOLOPO) ไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อข้อผิดพลาดหรือความไม่ถูกต้องของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือต่อความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากการใช้เนื้อหาในวารสาร ซึ่งทัศนคติและความคิดเห็นที่ปรากฏในวารสารเป็นของผู้เขียนและไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงบรรณาธิการหรือผู้จัดพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้แต่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการขออนุญาตใช้ อ้างอิงหรือขอลิขสิทธิ์การใช้ สำหรับเนื้อหาที่เผยแพร่หรือรวมอยู่ในบทความของแต่ละผู้นิพนธ์ ผลการวิจัยและความคิดเห็นที่แสดงในบทความเป็นทัศนคติส่วนบุคคลของผู้เขียนและผู้แต่งที่ต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้องโดยทาง วารสาร JOLOPO จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากการใช้หรือการใช้เนื้อหาของวารสารหรือจากการละเมิดสิทธิ์ของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับวารสาร"

วารสารฯ ไม่รับรองหรือรับประกันไม่ว่าโดยชัดแจ้งหรือโดยปริยาย เกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม เช่น ความถูกต้องของการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัย ความเหมาะสมอื่น ๆ ความน่าเชื่อถือ และจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ แม้ว่าจะได้รับแจ้งว่าอาจจะเกิดความเสียหาย สูญเสียและหรือได้รับความเดือดร้อน หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ดังนั้น ผู้ใช้ ผู้อ่าน ยอมรับและตกลงโดยชัดแจ้งว่า อีกทั้งต้องตระหนักดีว่าวารสารฯ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อการทำใดของผู้ใช้ ผู้อ่าน เอกสารวิชาการนี้ทั้งสิ้น อนึ่ง บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

คณะบรรณาธิการ

JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

DISCLAIMER

The Journal of Loei Provincial Public Health Office (JOLOPO) is not responsible for any errors or inaccuracies in the articles published in the journal or for any damages arising from the use of the journal's content. The views and opinions expressed in the journal are those of the authors and do not necessarily reflect those of the editor or publisher. The authors or writers are responsible for obtaining permission, referencing, or obtaining copyright for the content published or included in each author's article. The research results and opinions expressed in the articles are the personal views of the authors and writers who are responsible for their accuracy. JOLOPO will not be liable for any damages arising from the use or application of the journal's content or from the infringement of the rights of others involved with the journal.

The journal does not certify or guarantee, either expressly or implicitly, the appropriateness or suitability, such as the correctness of the selection of research methodology, other suitability, reliability, and will not be liable for any damages, even if notified that damage, loss and/or distress or any expenses may be incurred. Therefore, users and readers expressly accept and agree that they must be well aware that the journal, editors, and editorial board shall not be responsible for any actions of the users or readers of this academic document. Articles published in the journal are protected under copyright law

Editorial Board.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย