



วารสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

ISSN 2822-0765
(Online)

JOLOPO



ปีที่ 3 ฉบับที่ 2
(VOL. 3 No. 2)

กรกฎาคม - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2568



QR code เว็บไซต์

เว็บไซต์ : <https://jolopo-loei.moph.go.th/loeiojs/index.php/loi>
กองบรรณาธิการ โทร : 098 097 9570

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Journal Of Loei Provincial Health Office : JOLOPO

Journal Identity

Journal title - JOURNAL OF LOEI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Journal initials - JOLOPO

Journal Abbreviation - loei j.

Publishing Details

Publisher - Loei province

Online ISSN - 2822-0765

Print ISSN - 2822-0765

Description

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระบบการสาธารณสุข, การแพทย์, การพยาบาล ฯลฯ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข และนักวิจัยในและนอกจังหวัด

The journal aims to provide a platform for researchers, scientists, and academicians to share knowledge and ideas in the form of high-quality articles in the form of original research or review covering the main fields as Health Science , Provincial Health Systems, medical , Nurse , Applied Sciences.

Peer Review Process

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

The articles submitted for publication are peer-reviewed by at least two reviewers who are knowledgeable in the field as well as approved by the editorial board. Throughout the peer review process, both reviewers and author identities are hidden from each other (double-blind review).

Publication Frequency

ตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี (4 issues per year)

ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม (Issue 1 : January – March)

ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน (Issue 2 : April – June)

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน (Issue 3 : July - September)

ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม (Issue 3 : October - December)

Publisher

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
255 หมู่ที่ 6 ตำบลนาอาน
อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย 42000
กองบรรณาธิการ โทร 098 097 9570

วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา

นายแพทย์รวมพล เหล่าหวั่น	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย
นายแพทย์ยอดลักษณ์ สัยลังกา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน 2)
นายแพทย์สรรรุเพชร์ หอมสมบัติ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน 3)
นายแพทย์ศราวุธ ศรีบุรินทร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน 4)

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านเวชกรรมป้องกัน 1)
ทันตแพทย์หญิงกรัณทชา สุธาวา รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านทันตสาธารณสุข)

รองบรรณาธิการ

อิสรา ขุนพิลึก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

กองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ

สมหญิง จันทะวัน	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ธารรัตน์ จารุฑิขัมพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
นันทะกานต์ ขาวดา	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
วิภาดา พลไกรสร	นักทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ภาพประกอบปก

นันทะกานต์ ขาวดา	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
------------------	-----------------------	-----------------------------

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายนอก

1. รศ.ดร.ธัญชัย บุญหนัก คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
2. ผศ.ณรงค์ บุญสิริสัมพันธ์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
3. อ.ดร.สุไพลิน พิชัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
4. ผศ.ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
5. ผศ.ดร.เนตรนภา กาบมณี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
6. ผศ.ดร.อัจฉรา คำมะหิทย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
7. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
8. อ.จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
9. ดร.สุมัทธมา แก้วมา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
10. ดร. พิมพ์วัลลภ อายวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
11. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ ห้วยทราย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
12. อ.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی
13. อ.ดร.เสกสรร อรรถวาศัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
14. ผศ.ดร.พรรณพิมล สุขวงษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
15. ญ.ดร.จิตติมา วุฒิอิน เกสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
16. ญ.ดร.อรทัย วลีวงศ์ เกสัชกรชำนาญการ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
17. ผศ.ดร.กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
18. อ.นิวัฒน์ ทรงศิลป์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
19. รศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
20. ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลีอนาม คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
21. อ.ดร.ชินกร สุจิณกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
22. อ.ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
23. อ.ดร.ภูริชา พัทธธรรมากุล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
24. ผศ.ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
25. ดร.วรวิทย์ ขาววิรัตน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี
26. ดร.นิตริรัตน์ มีกาย สาขาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
27. รศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์หา สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
28. ดร.ขวัญใจ วงศ์ช่วย นักวิชาการอิสระ บริษัทระดมคิด
29. ดร.วัลยาภรณ์ ทังสุฤติ นักวิชาการอิสระ
30. พญ.จุฬาพันธุ์ เหมกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
31. นพ.วุฒิกิจ จำปาศิริ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย
32. นพ.สุรเชษฐ์ แซ่ลิ่ม นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
33. พญ.จิรัฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๖ จังหวัดชลบุรี
34. ดร.เพ็ญสุตา ไชยเมือง ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก
35. นางชติยา แก้วสมบัติ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ข้าราชการบำนาญ)
36. นางคมเนตร สกลชนะศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ข้าราชการบำนาญ)

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายใน

1. ดร.บุญมา สุนทรวีรัตน์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านบริหาร)
2. ดร.จรัสรัตน์ ประมวลลักษณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
3. ดร.กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
4. ดร.กิตติ ประจันตเสน นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย



บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 7 เรื่อง อันเป็นผลงานที่สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและทุ่มเทของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดเลย ในการสร้างสรรค์องค์ความรู้และยกระดับคุณภาพการบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลงานวิจัยในฉบับนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญอย่างหลากหลาย กล่าวคือ ในมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงาน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในมิติด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยผลงานวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยอัลสไซเมอร์ในเด็ก การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ ผลงานเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนานวัตกรรมบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครอบคลุมทุกช่วงวัย

นอกจากนี้ ยังมีผลงานวิจัยในมิติด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพพร่อนทอง ซึ่งเป็นประเด็นเฉพาะถิ่นที่มีความสำคัญยิ่งต่อบริบทของจังหวัดเลย รวมถึงผลงานในมิติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P อันเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

บรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรสาธารณสุข นักวิจัย และผู้สนใจทั่วไป ในการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดเลยและพื้นที่อื่นๆ สืบไป

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งผลงานมาเผยแพร่ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาประเมินบทความจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ด้วยความปรารถนาดี
แพทย์หญิงระพีพรรณ จันทร์อ้วน
ทันตแพทย์หญิงกรัณธชา สุธาวา
บรรณาธิการ



Editorial

The Loei Provincial Public Health Office Journal, Volume 3, Issue 2, is delighted to present seven research articles that reflect the dedication and commitment of public health personnel in Loei Province to the continuous creation of knowledge and enhancement of health service quality. The research articles in this issue encompass a diverse range of significant topics. In the dimension of health promotion and disease prevention, a study examining factors associated with exercise behavior among the working-age population provides essential empirical evidence for effective proactive health promotion planning for target groups. In the dimension of health service system development, several noteworthy research contributions are presented, including the development of a nursing supervision model for intermediate care patients, the development of a care and referral system for pediatric thalassemia patients, the development of a maternal care model during the antepartum, intrapartum, and postpartum periods, and the development of a geriatric clinic service model. These works demonstrate a strong commitment to developing service innovations that comprehensively address the needs of clients across all age groups.

Additionally, this issue features research in the dimension of occupational health and safety, specifically the development of an occupational disease surveillance system for gold panning workers—a locally specific issue of considerable significance to the context of Loei Province. Furthermore, research in the dimension of palliative care for terminally ill patients examines the effectiveness of discharge planning using the D-METHOD-P model, an approach that emphasizes quality of life and respect for human dignity. The editorial team sincerely hopes that the research presented in this journal will benefit public health personnel, researchers, and interested readers in applying this knowledge to develop health service systems and promote the well-being of populations in Loei Province and beyond.

Finally, we extend our gratitude to all authors who submitted their work for publication and to the expert reviewers whose diligent evaluations contributed to the successful completion of this issue.

With best regards,

Rapeepan Chanuan, M.D.

Karuntacha Suthawa, DDS.

Editor



วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2568)

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

- การพัฒนาแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย
Development of a Nursing Supervision Model for Intermediate Phase Patients in Loei Province
นำฝน สอนสุภาพ 1
- การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ในประชากรวัยทำงาน
A Study of Knowledge, Attitudes, and Social Support Factors Related to Exercise Behavior among
Working-Age Population
ศรินภา บุคตาหลู๋ 18
- การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็กในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย
Development of Clinical Practice Guidelines and Referral System for Pediatric Thalassemia in
Community Hospitals, Loei Province
อุไรพร ชมภูคำ 32
- การพัฒนาแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย
The Development of a Service Model for the Geriatric Clinic at Phu Ruea Hospital, Loei Province
กนกพัฒน์ อภิญาภูติพงษ์ 44
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทอง: กรณีศึกษาอำเภอปากชม จังหวัดเลย
Development of an Occupational Disease Surveillance System for Gold Panning Workers: A Case Study of
Pak Chom District, Loei Province
ณรงค์ พรหมศรีจันทร์ , ปิยะ ประสงค์ทรัพย์ 59
- การพัฒนาแบบการดูแลมารดาขณะคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน
The development of maternity nursing care model for antepartum intrapartum and postpartum
mothers in the delivery room, Chiangkhan hospital.
กรรณิการ์ อุณา 78
- ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P
ต่อการจัดการอาการรบกวนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
Effectiveness of the D-METHOD-P Discharge Plan Model for Palliative Care Patients on managing
distressing symptoms in the In-Patient Department, Chiang Khan Hospital, Loei Province.
ขจรศรี สอนมาลา 93

Development of a Nursing Supervision Model for Intermediate Phase Patients in Loei Province

Numfon Sornsuphap
Loei Provincial Health Office

ABSTRACT

Loei province has one of the highest proportions of elderly people in Thailand, leading to a continuous increase in intermediate care patients. Statistics from the Loei Provincial Public Health Office from 2022 to 2024 show that the incidence of pressure ulcers in intermediate care patients increased from 3.9 percent to 13.8 percent. This research aimed to develop and study the effectiveness of a Nursing Supervision Model for Intermediate Care Patients in Loei province. The model integrates Whitmore's GROW Model with the Nursing Council's nursing supervision process and the Department of Medical Services' Intermediate Care Patient Rehabilitation Manual. This was a one-group pre-test-post-test quasi-experimental Research and Development (R&D) study, consisting of three phases: situation analysis, model development and implementation, and evaluation. The sample was purposively selected, consisting of 14 professional nurse supervisors and 20 supervisees from 14 hospitals in Loei province. Research instruments included a knowledge test, an attitude questionnaire, a satisfaction questionnaire, and quality indicator tracking forms. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The research findings revealed that the developed supervision model comprises three components: roles and qualifications of the supervisor, supervision operational procedures, and evaluation. Following the implementation of the model, the knowledge scores of the supervisors significantly increased from 10.36 ± 4.03 to 22.43 ± 5.93 ($t=9.39$, $p<.001$). Attitude scores significantly increased from 66.07 ± 7.26 to 93.21 ± 4.21 ($t=-16.68$, $p<.001$). The satisfaction levels of both supervisors and supervisees increased significantly ($p<.05$). Furthermore, the rate of pressure ulcer incidence decreased from 13.8 percent to 5.0 percent and 70 percent of patients had a Barthel Index score increase of at least 2 points.

The developed Nursing Supervision Model for Intermediate Care Patients is effective in enhancing knowledge, attitude, and satisfaction, as well as elevating the quality of patient care. It can be applied to other healthcare units with similar contexts.

Keywords: GROW Model, Intermediate Care, Loei Province, Model Development, Nursing Supervision Model

**Corresponding Author: numfon1978@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย

น้ำฝน สอนสุภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

จังหวัดเลยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้นของประเทศและมีผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราแผลกดทับในผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 13.8 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย โดยใช้แนวคิด GROW Model ของ Whitmore ผสานกับกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลของสภาการพยาบาลและคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของกรมการแพทย์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศ 14 คน และผู้รับการนิเทศ 20 คน จากโรงพยาบาล 14 แห่งในจังหวัดเลย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ และคุณสมบัติของผู้นิเทศ ขั้นตอนปฏิบัติการนิเทศ และการประเมินผล ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนความรู้ของผู้นิเทศเพิ่มขึ้นจาก 10.36 ± 4.03 เป็น 22.43 ± 5.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.39, p<.001$) คะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 66.07 ± 7.26 เป็น 93.21 ± 4.21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.68, p<.001$) ความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อัตราการเกิดแผลกดทับลดลง จากร้อยละ 13.8 เหลือร้อยละ 5.0 และผู้ป่วยร้อยละ 70 มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, การพัฒนารูปแบบ, จังหวัดเลย, รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล, แนวคิด ไกรวิโมเดล,

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 21 ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่า 2.8 พันล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 7 ต่อปี (World Health Organization [WHO], 2022) ในบริบทของระบบสุขภาพประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข (2566) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางประมาณ 300,000 ราย โดยกลุ่มผู้ป่วยหลักประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) หมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตและเข้าสู่ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute) ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการทางคลินิกคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน โดยมักมีความพิการเกิดขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขณะนอนโรงพยาบาลจนถึงการดูแลในชุมชนและที่บ้าน (กรมการแพทย์, 2562) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของตัวและคุณภาพชีวิตในระยะยาวหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (บุญชู ทิมา, 2563)

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้นของประเทศไทย และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ส่งผลให้มีแนวโน้มผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (2567) ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยระยะกลาง 2,593 ราย เกิดแผลกดทับร้อยละ 0.39 ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยระยะกลาง 2,049 ราย เกิดแผลกดทับร้อยละ 0.73 และปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยระยะกลาง 1,727 ราย เกิดแผลกดทับร้อยละ 1.39 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นประมาณ 3.5 เท่าในระยะเวลา 3 ปี สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลและการนิเทศทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การนิเทศทางการแพทย์เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ สภาการพยาบาล (2563) ได้กำหนดกระบวนการนิเทศทางการแพทย์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Implementation) การประเมินผล (Evaluation) การสะท้อนผล (Reflection) และการปรับปรุง (Improvement) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการแพทย์โดยใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูระยะยาว (นงลักษณ์ พะไถยะ และคณะ, 2562)

แนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ (GROW Model) ของ Whitmore (2010) เป็นโมเดลที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีความเหมาะสมสำหรับการตั้งเป้าหมาย การโค้ชพฤติกรรม และการเสริมสมรรถนะบุคลากร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ Goal (การตั้งเป้าหมาย) Reality (การตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบัน) Option (การค้นหาทางเลือก) และ Way-Forward (การสรุปแนวทางดำเนินการ) การศึกษาของผ่องศรี สุพรรณพ่าย และคณะ (2556) พบว่าผู้นิเทศมีความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการแพทย์หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.07, p < .001$) และผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจ

สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 46.12, p < .001$) นอกจากนี้ การศึกษาของสุตารัตน์ วงศ์ประทุม (2565) พบว่ารูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้การนิเทศเป็นระบบมากขึ้น คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเลย จากการศึกษาสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดเลย (รายงานประจำปีฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเลย, 2563) พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การนิเทศทางการพยาบาลยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบและมาตรฐาน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในกระบวนการนิเทศน้อย ขาดการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการนำผลการนิเทศไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ระบบการนิเทศ IMC ในโรงพยาบาลระดับอำเภอยังมีความไม่เป็นมาตรฐานและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fraser (2019) ที่ระบุว่าระบบนิเทศที่ไม่มี ความชัดเจนจะทำให้บุคลากรสับสนและไม่สามารถพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่

การขาดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่เป็นระบบส่งผลกระทบในหลายมิติ ในด้านคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย การขาดการนิเทศที่มีมาตรฐานทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กรมการแพทย์, 2562) ในด้านบุคลากร พยาบาล ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสับสนและขาดแรงจูงใจ (นงลักษณ์ พะไยยะ และคณะ, 2562) ในด้านระบบบริการสุขภาพ การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และในด้านครอบครัว ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดและภาวะหมดไฟ (Burnout) (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2563) ในด้านความสำคัญ เชิงทฤษฎี การศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ที่บูรณาการแนวคิด GROW Model เข้ากับการนิเทศเชิงสนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในบริบทของสังคมผู้สูงอายุ ในด้านความสำคัญเชิงปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็น แนวทางในการพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศ ทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเลย โดยใช้แนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ของวิทมอร์ (GROW Model) ผสมผสานกับการนิเทศเชิงสนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาระบบการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ เป็น "กลไกขับเคลื่อน" ที่แปลงแนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบให้กลายเป็น "กระบวนการทัศน์การนิเทศใหม่" ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการพัฒนาตนเองของพยาบาล ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเลยและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

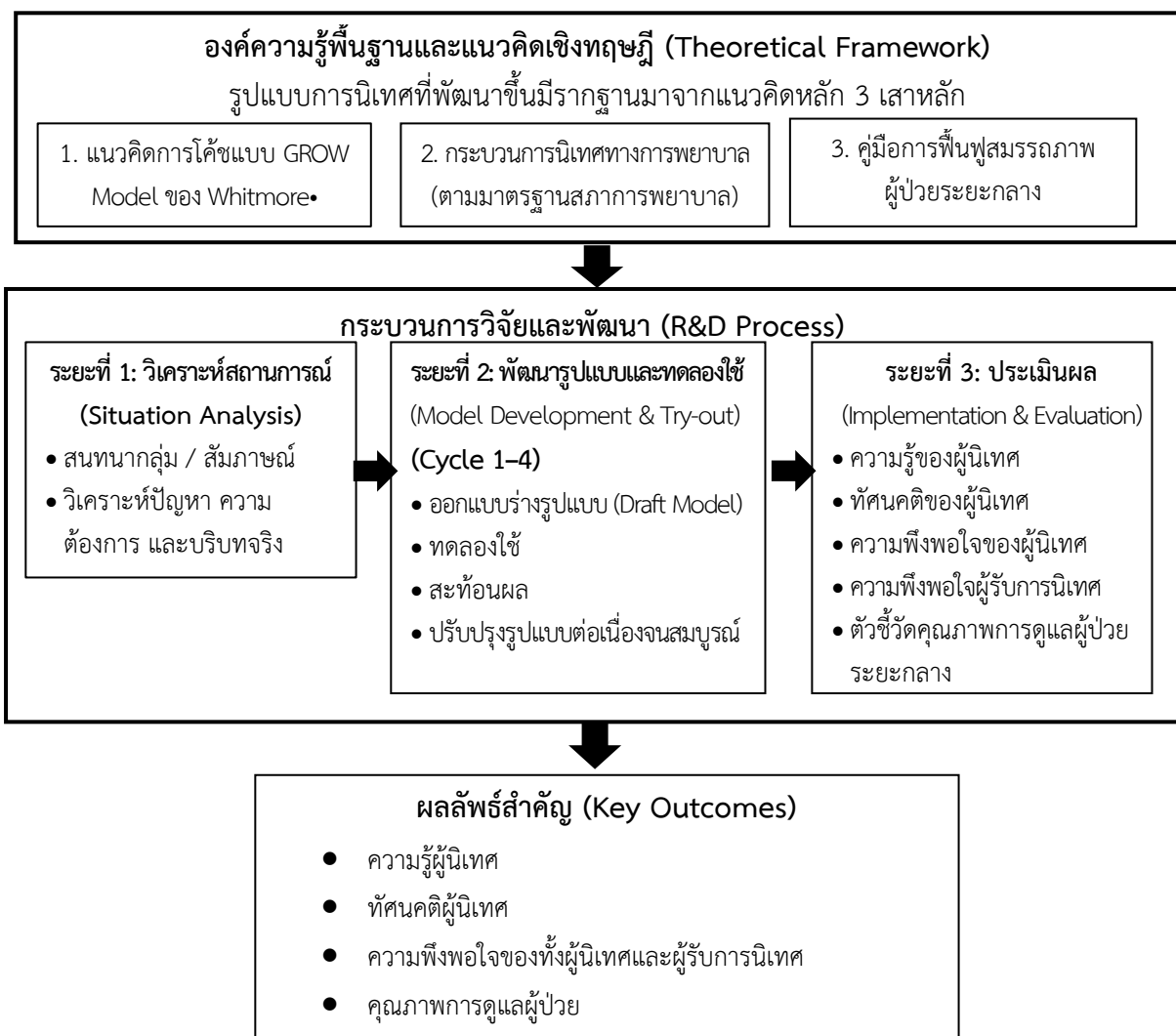
1. เพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจ หลักการ เป้าหมาย และความท้าทายในการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วย ระยะกลาง ตามมุมมองของผู้นิเทศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเลย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเลยที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้นิเทศมีคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ผู้นิเทศมีทัศนคติหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. อัตราการเกิดผลกตทัพบในผู้ป่วยระยะกลางหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
5. ผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนน Barthel Index หลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ในจังหวัดเลย โดยบูรณาการแนวคิดสำคัญ 3 ประการเข้าด้วยกัน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเสริมศักยภาพพยาบาล แสดงในภาพกรอบแนวคิด ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) การดำเนินการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย ต่อความรู้และทัศนคติของผู้นิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดเลย โดยการศึกษาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 กระบวนการวิจัยและพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ (Model Development and Try-out) ระยะที่ 3: การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา (Implementation and Evaluation) การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังนี้ เหมาะสมกับการประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบหรือโปรแกรมใหม่ไปใช้ปฏิบัติจริง โดยมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วนหลักตามระยะของการพัฒนาและการประเมินผลรูปแบบ

2.1 ประชากร (Population)

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ของโรงพยาบาลในจังหวัดเลย ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มผู้นิเทศ (Nurse Supervisors): พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน IMC ทั้งหมดจำนวน 28 คน
- 2) กลุ่มผู้รับการนิเทศ (Supervisees): พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย IMC ทั้งหมดจำนวน 45 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทและระยะการวิจัย ดังนี้

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนารูปแบบ (Phase 1 : Situation Analysis)

- กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้มีจำนวนรวม 44 คน ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการ และบริบทของงานนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)
- กลุ่มผู้นิเทศ (Nurse Supervisors) จำนวน 14 คน โดยมาจากโรงพยาบาลทุกแห่งใน 14 อำเภอเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย

- 1) มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการหรือการนิเทศทางการพยาบาลอย่างน้อย 2 ปี
- 2) มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีทางการพยาบาล
- 3) มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวร

- กลุ่มผู้รับการนิเทศ (Supervisees) จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย

- 1) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย IMC อย่างน้อย 1 ปี
- 2) ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย IMC

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างในระยะประเมินผล (Phase 3: Implementation & Evaluation)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนรวม 34 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้นิเทศ: จำนวน 14 คนและ กลุ่มผู้รับการนิเทศ: จำนวน 20 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้รับการนิเทศ ($n=20$) ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Chow, S. C., Wang, H., & Shao, J. (2003)) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$ และกำลังของแบบทดสอบ (Power) ที่ 0.8 จากนั้นได้มีการปรับขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Lachin, J. M. (1981) โดยกำหนดให้มีค่าอัตราการสูญเสีย (R) เท่ากับร้อยละ 50 (0.5) ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 20 คน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ เครื่องมือวิจัยจึงได้รับการพัฒนา และคัดเลือกให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะ เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้อย่างครอบคลุม

2.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Instruments)

ระยะที่ 1 เครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) เครื่องมือในระยะนี้มุ่งสำรวจสภาพการดำเนินงานนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบนิเทศในโรงพยาบาลทั้ง 14 อำเภอ

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) และ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกี่ยวกับปัญหาและสภาพการดำเนินงานนิเทศ IMC ในประเด็นหลักการและเป้าหมาย, หน้าที่ความรับผิดชอบและสมรรถนะของผู้นิเทศ, กระบวนการนิเทศ, การวางแผนและเครื่องมือนิเทศ, และผลลัพธ์การนิเทศ

2) แบบฟอร์มบันทึกการประชุมผู้รับผิดชอบงาน IMC ใช้บันทึกข้อมูลจากการประชุมของพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน IMC ทั้ง 14 อำเภอ

3) แบบฟอร์มการสังเกต (Observation Form) ใช้บันทึกรูปแบบการนิเทศจริง การทำงานร่วมกัน และปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 เครื่องมือในการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ (Model Development and Try-out) เครื่องมือในระยะนี้ใช้เพื่อออกแบบและทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้น

1) ร่างรูปแบบการนิเทศ (Draft Supervision Model) ใช้เป็นสื่อกลางในการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงรูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

2) แบบประเมินความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity Evaluation Form) ใช้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความครบถ้วน ความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ของรูปแบบการนิเทศ แผนการนิเทศ และแบบบันทึกการนิเทศ

3) แบบประเมินทักษะการนิเทศในสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Supervision Skill Assessment) ใช้ประเมินความสามารถของผู้นิเทศระหว่างการอบรม โดยการใช้การสาธิตและสาธิตย้อนกลับตามขั้นตอนของ GROW Model

ระยะที่ 3 เครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา (Implementation and Evaluation) เครื่องมือในระยะนี้มุ่งประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใน 3 มิติ ได้แก่ ผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศ และผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศ (Knowledge Test) ใช้วัดความรู้ของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมกระบวนการนิเทศ 5 ขั้นตอน
- 2) แบบสอบถามทัศนคติของผู้นิเทศทางการพยาบาล (Attitude Assessment Questionnaire) ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติหลังการใช้รูปแบบ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ (Satisfaction Questionnaire) ใช้วัดระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 23 ข้อ แบบอันตรภาคชั้น
- 4) แบบติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Quality Indicator Monitoring Form) ใช้ประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพ เช่น การเกิดแผลกดทับ และคะแนน Barthel Index ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

2.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Model Components)

เครื่องมือที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบการนิเทศที่นำไปทดลองใช้ ประกอบด้วย

- 1) รูปแบบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเลย ตามแนวคิดการโค้ชแบบโกรว์ของวิตมอร์ (GROW Model)
- 2) กระบวนการนิเทศทางการพยาบาล ของสภาการพยาบาล (2563)
- 3) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง/แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง ของกองบริหารการสาธารณสุข (2562)

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Quality Control)

2.4.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางการพยาบาล, ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง, และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล) ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่คำนวณได้มีดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้: $CVI = 0.92$ 2) แบบสอบถามทัศนคติ: $CVI = 0.90$ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ: $CVI = 0.94$

2.4.2 ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

- 1) แบบสอบถามความรู้ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72
- 2) แบบสอบถามทัศนคติ: วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ: วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามกรอบของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ตุลาคม 2568 โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 : การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค สภาพการดำเนินงานนิเทศ และความต้องการของบุคลากรในการนิเทศผู้ป่วย Intermediate Care (IMC)

1) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview): ดำเนินการกับพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศงาน IMC จำนวน 14 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสอบถามใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ หลักการและเป้าหมาย, หน้าที่ความรับผิดชอบและสมรรถนะของผู้นิเทศ, กระบวนการและวิธีการนิเทศ, การวางแผนและเครื่องมือนิเทศ, และผลลัพธ์การนิเทศทางการพยาบาล การเก็บข้อมูลนี้ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2568

2) การสังเกตการณ์การปฏิบัติงานจริง (Non-participant Observation): ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสังเกตการณ์เหตุจริงในหน่วยบริการ เพื่อบันทึกพฤติกรรม ประเด็นที่นิเทศ และสถานการณ์ที่พบจริง

3) การทบทวนเอกสาร (Document Review): ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานผลการนิเทศเดิม และข้อมูลคุณภาพผู้ป่วย เพื่อประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์จริง

ระยะที่ 2 : การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ (Model Development and Try-out) ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การดำเนินการแบ่งเป็น 4 วนรอบ (Cycles 1-4)

1) วนรอบที่ 1 (พฤษภาคม 2568): จัดประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดนโยบายและแผนการนิเทศร่วมกัน และพัฒนาศักยภาพผู้นิเทศ เก็บข้อมูลผ่าน แบบสอบถามความเข้าใจและทัศนคติต่อรูปแบบ และใช้แบบประเมินทักษะการนิเทศในสถานการณ์จำลอง โดยอาศัยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ใช้แบบบันทึกข้อเสนอแนะจากการประชุมกลุ่ม เพื่อบรรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะก่อนนำรูปแบบไปใช้จริง

2) วนรอบที่ 2 (มิถุนายน 2568): นำรูปแบบการนิเทศไปทดลองใช้จริงครั้งแรก ติดตามและประเมินผลโดย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และ การพูดคุยสอบถามแบบไม่เป็นทางการ ร่วมกับการใช้แบบบันทึกผลการนิเทศ ที่พัฒนาขึ้น ประเมินความพึงพอใจและทัศนคติต่อรูปแบบการนิเทศโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ

3) วนรอบที่ 3 และ 4 (สิงหาคม 2568): ปรับปรุงแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีการประชุมร่วมกันเพื่อสะท้อนผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ เพื่อพิจารณาเลือกแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของการนิเทศ

ระยะที่ 3 : การประเมินผลรูปแบบ (Implementation and Evaluation) ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น ภายหลังสิ้นสุดการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติครบ 1 เดือน (เดือนตุลาคม 2568)

1) การทดสอบความรู้ก่อน-หลัง (Pre-test / Post-test): เก็บข้อมูลคะแนนความรู้ของผู้นิเทศเกี่ยวกับการนิเทศผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2) การประเมินทัศนคติและความพึงพอใจ (Attitude & Satisfaction Survey): ให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศตอบ แบบสอบถามทัศนคติ และ แบบสอบถามความพึงพอใจ หลังการใช้รูปแบบ

3) การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality Indicators Monitoring): ใช้ แบบติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านคุณภาพ เช่น การเกิดแผลกดทับ และคะแนน Barthel Index ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

4) การสนทนากลุ่มหลังการใช้รูปแบบ (Post-implementation FGD): เก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะของบุคลากร เพื่อใช้ประกอบการสรุปผล

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ใช้ทั้งวิธีการทางสถิติและวิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยแบ่งตามประเภทของข้อมูลที่รวบรวมได้ในแต่ละระยะของการวิจัย ดังนี้

2.6.1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group), การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview), และบันทึกการสังเกตการณ์ในระยะที่ 1 (วิเคราะห์สถานการณ์) และระยะที่ 3 (การสนทนากลุ่มหลังการใช้รูปแบบ) จะถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการถอดความคำบอกเล่า, การอ่านทบทวนหลายรอบ, การสร้างรหัส (Coding), และการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorization) เพื่อตีความประเด็นสำคัญ เช่น ปัญหา อุปสรรค จุดแข็ง ความต้องการ และปัจจัยสนับสนุนของระบบนิเทศ พร้อมสังเคราะห์เป็นประเด็นสถานการณ์ (Situation themes)

2.6.2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis)

ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การปฏิบัติงาน โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
- เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

โดยการเปรียบเทียบดังกล่าวจะใช้ Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Dependent Samples) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

2.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 044/2568 วันที่รับรอง 6 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย" เก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศ จำนวน 14 คน และผู้รับการนิเทศ จำนวน 20 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากโรงพยาบาล 14 แห่งในจังหวัดเลย ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณสมบัติผู้นิเทศ พบว่าผู้นิเทศส่วนใหญ่ขาดความพร้อมและประสบการณ์ มีทัศนคติว่าการนิเทศเป็นเรื่องยาก และขาดทักษะการสอนแนะ (Coaching) ที่มีประสิทธิภาพ 2) ด้านผู้รับการนิเทศ พบว่าผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสารน้อย 3) ด้านขั้นตอนการนิเทศ พบว่าระบบการนิเทศไม่มีแบบแผนชัดเจน ขาดการวางแผนการทำงานเป็นทีม และขาดการบันทึกผลการนิเทศ และ 4) ด้านเครื่องมือการนิเทศ พบว่าขาดคู่มือและแบบฟอร์มการนิเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาการรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นเป็นผลจากการบูรณาการแนวคิด GROW Model กระบวนการนิเทศ 5 ขั้นตอนของสภาการพยาบาล และคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านบทบาทหน้าที่และคุณสมบัติของผู้นิเทศ เน้นให้ผู้นิเทศมีบทบาทในการสร้างเสริมความรู้ ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า สร้างขวัญกำลังใจ มีทักษะ Coaching และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี 2) ด้านขั้นตอนปฏิบัติการนิเทศ ใช้แนวคิด GROW Model เน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง มุ่งตั้งคำถามให้คิด ไม่เน้นการชี้นำ และ 3) ด้านการประเมินผลการนิเทศ เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมประเมินผลและสะท้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ โดยผลการประเมินความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสม ครบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้นิเทศ ($n=14$) และผู้รับการนิเทศ ($n=20$) สรุปได้ ดังนี้

1) **ความรู้ของผู้นิเทศ** พบว่า คะแนนความรู้ของผู้นิเทศหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.39, p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.36 ± 4.03 (ระดับปานกลาง) เป็น 22.43 ± 5.93 (ระดับสูง)

2) **ทัศนคติของผู้นิเทศ** พบว่า ทัศนคติโดยรวมของผู้นิเทศหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.68, p < .001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 66.07 ± 7.26 (ระดับปานกลาง) เป็น 93.21 ± 4.21 (ระดับสูง) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 14)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (M±SD)	หลังใช้รูปแบบ (M±SD)	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศ	10.36±4.03	22.43±5.93	9.39	<.001*
ทัศนคติเชิงบวก	58.57±6.91	71.43±3.63	-8.36	<.001*
ทัศนคติเชิงลบ (กลับค่า)	7.50±2.59	21.79±2.49	-17.89	<.001*
ทัศนคติรวม	66.07±7.26	93.21±4.21	-16.68	<.001*

*p < .05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบ (M = 22.43, SD = 5.93) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 10.36, SD = 4.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.39, p < .001) โดยระดับความรู้เปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ในด้านทัศนคติพบว่า คะแนนทัศนคติเชิงบวกหลังการใช้รูปแบบ (M = 71.43, SD = 3.63) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 58.57, SD = 6.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.36, p < .001) และคะแนนทัศนคติเชิงลบ (กลับค่า) หลังการใช้รูปแบบ (M = 21.79, SD = 2.49) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 7.50, SD = 2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.89, p < .001) เมื่อพิจารณาคะแนนทัศนคติรวม พบว่าหลังการใช้รูปแบบ (M = 93.21, SD = 4.21) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ (M = 66.07, SD = 7.26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.68, p < .001) โดยระดับทัศนคติเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการใช้รูปแบบมีค่าลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้นิเทศมีความสอดคล้องกันมากขึ้นในด้านความรู้และทัศนคติต่อการนิเทศทางการพยาบาล ผลการศึกษาข้างต้นยืนยันว่ารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทั้งความรู้และทัศนคติของผู้นิเทศทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

3) ความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ พบว่าความพึงพอใจของผู้นิเทศ (n=14) หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.35±0.67 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.21±0.47 (ระดับมากที่สุด) เช่นเดียวกับความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ (n=20) ที่เพิ่มขึ้นจาก 3.45±0.67 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.26±0.48 (ระดับมากที่สุด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	ก่อนใช้รูปแบบ(M±SD)	หลังใช้รูปแบบ(M±SD)	t	p
ผู้นิเทศ	14	3.35±0.67	4.21±0.47	-6.29	<.05*
ผู้รับการนิเทศ	20	3.45±0.67	4.26±0.48	-6.29	<.05*

*p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้นิเทศ (n = 14) มีคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ

($M = 4.21$, $SD = 0.47$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 3.35$, $SD = 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.29$, $p < .05$) โดยระดับความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด ในทำนองเดียวกัน ผู้รับการนิเทศ ($n = 20$) มีคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ ($M = 4.26$, $SD = 0.48$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M = 3.45$, $SD = 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.29$, $p < .05$) โดยระดับความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุดเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองกลุ่มหลังการใช้รูปแบบมีค่าลดลง (ผู้นิเทศ: 0.67 ลดลงเป็น 0.47, ผู้รับการนิเทศ: 0.67 ลดลงเป็น 0.48) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันมากขึ้นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาข้างต้นยืนยันว่ารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้

4) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายหลังจากการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการโดยติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมการแพทย์ ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ

ตัวชี้วัดคุณภาพ	เกณฑ์มาตรฐาน	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	ผลการประเมิน
อัตราการเกิดแผลกดทับ	$\leq$ ร้อยละ 10	ร้อยละ 13.8	ร้อยละ 5.0	ผ่านเกณฑ์
ผู้ป่วยที่มี Barthel Index เพิ่มขึ้น ≥ 2 คะแนน	$\geq$ ร้อยละ 60	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 70.0	ผ่านเกณฑ์
การลดลงของอัตราแผลกดทับ	-	-	ร้อยละ 63.77	-

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังจากการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ทั้ง 2 ด้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 13.8 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เหลือร้อยละ 5.0 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\leq$ ร้อยละ 10) คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 63.77 ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\geq$ ร้อยละ 60) นอกจากนี้ ผลการประเมินเชิงคุณภาพจากการสังเกตและการสนทนากลุ่มหลังการใช้รูปแบบ พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านการทำงานเป็นทีม ดังนี้

- 1) ด้านการสื่อสาร ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีการสื่อสารที่เปิดเผย ตรงไปตรงมา และสร้างสรรค์มากขึ้น โดยเฉพาะการให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่เน้นการพัฒนามากกว่าการตำหนิ
- 2) ด้านการประสานงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงานและระหว่างเวรมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง
- 3) ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดบรรยากาศการเรียนรู้แบบ "พี่สอนน้อง" และ "เพื่อนช่วยเพื่อน" ที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาข้างต้นยืนยันว่ารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในมิติของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล

อภิปรายผล

1. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ บทบาทหน้าที่และคุณสมบัติของผู้นิเทศ ขั้นตอนปฏิบัติการนิเทศ และการประเมินผล โดยบูรณาการแนวคิด GROW Model ของ Whitmore (2010) ร่วมกับกระบวนการนิเทศ 5 ขั้นตอนของสภาการพยาบาล (2563) และคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางของกรมการแพทย์ (2562) การที่ผู้นิเทศมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหาจนถึงการทดลองใช้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของแสงมะลิ พลเวียง (2566) และสุดารัตน์ วงศ์ประทุม (2565) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วมส่งผลให้การนิเทศเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ความรู้ของผู้นิเทศ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.39, p < .001$) โดยเพิ่มขึ้นจาก 10.36 ± 4.03 เป็น 22.43 ± 5.93 คิดเป็นร้อยละ 116.50 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การอบรมหลักการนิเทศตาม GROW Model การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี สุพรรณพ่าย และคณะ (2556) ที่พบว่าความรู้ของผู้นิเทศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 27.07, p < .001$) และแนวคิดของ Proctor (2001) ที่เน้นการนิเทศตามแบบแผน (Formative Function) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ

3. ทักษะจิตของผู้นิเทศ ทักษะจิตของผู้นิเทศหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.68, p < .001$) โดยเพิ่มขึ้นจาก 66.07 ± 7.26 เป็น 93.21 ± 4.21 คิดเป็นร้อยละ 41.07 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากรูปแบบการนิเทศที่ใช้แนวคิด GROW Model ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง มุ่งตั้งคำถามให้คิดมากกว่าการชี้นำ ส่งผลให้ผู้นิเทศรู้สึกว่าการนิเทศไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Proctor (2001) ที่เน้นการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative Function) เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ

4. ความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้นิเทศเพิ่มขึ้นจาก 3.35 ± 0.67 เป็น 4.21 ± 0.47 และผู้รับการนิเทศเพิ่มขึ้นจาก 3.45 ± 0.67 เป็น 4.26 ± 0.48 นอกจากนี้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงแสดงว่าบุคลากรทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและมีสัมพันธภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี สุพรรณพ่าย และคณะ (2556) และแสงมะลิ พลเวียง (2566) รวมถึงแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วม

5. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 13.8 เหลือร้อยละ 5.0 คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 63.77 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\leq$ ร้อยละ 10) และสัดส่วนผู้ป่วยที่มี Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ($\geq$ ร้อยละ 60) ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากรูปแบบการนิเทศช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ภูวนันท์ และคณะ (2563) ที่พบว่าคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นร้อยละ 32 และภาวะแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 25 รวมถึง Fraser (2019) ที่ระบุว่าระบบนิเทศที่ชัดเจนช่วยให้บุคลากรพัฒนาศักยภาพได้เต็มที่

6. การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ผลการประเมินเชิงคุณภาพพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารที่เปิดเผยและสร้างสรรค์มากขึ้น ด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ราบรื่นขึ้น และด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดบรรยากาศแบบ "พี่สอนน้อง" และ "เพื่อนช่วยเพื่อน" สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) ที่เน้นการเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Collaborative Learning) และแนวคิดของ สภาการพยาบาล (2563) ที่ระบุว่าการนิเทศควรมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในทีมเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จังหวัดเลย ที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิด GROW Model ร่วมกับการนิเทศเชิงสนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ รวมถึงยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ลดอัตราการเกิดแผลกดทับ และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการอื่นที่มีบริบท คล้ายคลึงกันได้ ความสำเร็จของรูปแบบการนิเทศครั้งนี้เกิดจากกลยุทธ์สำคัญ 2 ประการ คือ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน และการเสริมแรงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ควรนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศในบริบทอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยควรประกาศใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางที่พัฒนาขึ้นเป็นมาตรฐานระดับจังหวัด เพื่อสร้างระบบคุณภาพเดียวกันในทุกโรงพยาบาล
- 2) ควรจัดอบรมทักษะการนิเทศตามแนวคิด GROW Model ให้พยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศทุกคนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ
- 3) ควรใช้แบบฟอร์มและคู่มือการนิเทศมาตรฐานชุดเดียวกันทั้งเครือข่าย เพื่อให้การติดตามและประเมินผลเป็นระบบ
- 4) ควรบรรจุการนิเทศผู้ป่วยระยะกลางเป็นตัวชี้วัดคุณภาพระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เพื่อผลักดันให้ทุกหน่วยบริการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศโดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (Quasi-experimental with Control Group) และดำเนินการในหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการขยายผล
- 2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของรูปแบบการนิเทศ เช่น การนำไปใช้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดระยะทดลอง ความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาว และปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

3) ควรศึกษาการนิเทศเชิงคลินิกเฉพาะประเด็น เช่น การนิเทศการจัดการความปวด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในมิติที่หลากหลาย

4) ควรพัฒนาระบบนิเทศแบบดิจิทัลหรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความสะดวกในการนิเทศ การติดตามผล และการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โรงพยาบาลในจังหวัดเลยทุกแห่ง พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงครอบครัว และเพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)*. บอรัณ ทุ ปี พับลิชชิง.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางในประเทศไทย ประจำปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

นงลักษณ์ พะโกยยะ, สมจิต หนูเจริญกุล, และวรรณภา ประไพพานิช. (2562). การพัฒนาระบบการนิเทศทางการพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(2), 45-58.

นิตยัณภา สว่างศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโดยใช้ GROW Model. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

บุญชู ทิมา. (2563). *การดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง: แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลหลังการรักษา*. สำนักพิมพ์การแพทย์.

ผ่องศรี สุพรรณพ่าย, จันทนา จินาวงศ์, และรัชนี อยู่ศิริ. (2556). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(4), 89-101.

พวงทอง คงคา. (2559). *การประยุกต์ใช้ GROW Model ในการนิเทศทางการพยาบาล*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

มณีนรัตน์ ภูวนันท์, สุภาพร วงศ์สุวรรณ, และนภาพร แสงสว่าง. (2563). ผลของการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก CLEAR Model สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(2), 78-92.

โรงพยาบาลเลย ฝ่ายการพยาบาล. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. โรงพยาบาลเลย.

สภาการพยาบาล. (2563). *มาตรฐานการนิเทศทางการพยาบาล*. สภาการพยาบาล.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางจังหวัดเลย ประจำปี 2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.

สุภารัตน์ วงศ์ประทุม. (2565). รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระบบเครือข่าย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(3), 50-62.

- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2563). ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อครอบครัวและชุมชน. *วารสารสาธารณสุข, 50*(3), 45-56.
- แสงมะลิ พลเวียง. (2566). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33*(1), 112-125.
- Carver, N. (2020). The impact of clinical supervision on patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Management, 28*(4), 890-902. <https://doi.org/10.1111/jonm.13015>
- Chow, S. C., Wang, H., & Shao, J. (2003). *Sample size calculations in clinical research*. Taylor & Francis.
- Fraser, S. W. (2019). Clinical supervision and professional development in nursing: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 75*(11), 2340-2351. <https://doi.org/10.1111/jan.14021>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Lachin, J. M. (1981). Introduction to sample size determination and power analysis for clinical trials. *Controlled Clinical Trials, 2*(2), 93-113. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(81\)90001-5](https://doi.org/10.1016/0197-2456(81)90001-5)
- Proctor, B. (2001). Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In J. R. Cutcliffe, T. Butterworth, & B. Proctor (Eds.), *Fundamental themes in clinical supervision* (pp. 25-46). Routledge.
- Whitmore, J. (2010). *Coaching for performance: The principles and practice of coaching and leadership* (4th ed.). Nicholas Brealey Publishing.
- World Health Organization. (2022). *Rehabilitation need worldwide: Update 2022*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/rehabilitation-2022>

A Study of Knowledge, Attitudes, and Social Support Factors Related to Exercise Behavior among Working-Age Population

Sirinapha Butdalu

Ban Miang Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Li District, Loei Province

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine levels of exercise knowledge, attitudes toward exercise, social support, and exercise behavior among working-age population; to investigate relationships between personal factors, knowledge, attitudes, social support, and exercise behavior; and to identify predictive factors of exercise behavior. The sample consisted of 340 working-age adults aged 18-59 years residing in the catchment area of Ban Miang Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Li District, Loei Province, selected using multi-stage random sampling. Data were collected using a questionnaire validated for content validity and reliability. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square test, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of participants were female (53.82%), aged 45-59 years (48.82%), and engaged in agriculture (57.35%). Participants demonstrated high levels of exercise knowledge (57.35%), positive attitudes toward exercise (71.18%), and moderate levels of social support (62.94%). However, exercise behavior remained at a low level (67.06%). Personal factors significantly associated with exercise behavior included education level, occupation, and income ($p < .05$). Exercise knowledge ($r = .262$, $p < .001$) and social support ($r = .215$, $p < .001$) showed significant positive correlations with exercise behavior. Stepwise multiple regression analysis identified exercise knowledge ($\beta = .262$) and social support ($\beta = .215$) as significant predictors, collectively explaining 11.4% of the variance in exercise behavior.

The findings highlight a knowledge-action gap among working-age population. Health promotion programs should focus on providing practical knowledge alongside building social support networks from family and community members, as well as developing environments conducive to physical activity.

Keywords: exercise behavior, health promotion, knowledge, social support, working-age population

**Corresponding Author: be-be1994@hotmail.com*

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงาน

ศรินภา บุคตาหลู

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย จำนวน 340 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.82 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 48.82 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.35 มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.35 มีทักษะต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.18 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.94 แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.06 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ($p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($r = .262, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .215, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($\beta = .262$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .215$) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 11.4

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงาน ควรเน้นการให้ความรู้เชิงปฏิบัติควบคู่กับการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ความรู้, ประชากรวัยทำงาน, พฤติกรรมการออกกำลังกาย

บทนำ

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการไม่ออกกำลังกายเพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญลำดับที่สี่ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2020) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) รายงานว่าประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 26.2 โดยเฉพาะกลุ่มประชากรวัยทำงาน (อายุ 18-59 ปี) ซึ่งมีภาระหน้าที่การทำงานมากและมีข้อจำกัดด้านเวลา ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมตามลำดับขั้นของ PRECEDE Framework โดย Green และ Kreuter (2005) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสามระดับ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เช่น ทักษะ ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing Factors) เช่น การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดย Sun และคณะ (2015) พบว่าความรู้และทักษะที่ดีต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกาย ($\beta = 0.15, 0.23$ ตามลำดับ, $p < .05$) สอดคล้องกับ Scarapicchia และคณะ (2017) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = 0.45, 0.55$ ตามลำดับ, $p < .01$)

ในบริบทประเทศไทย พงศ์ ขุนสะอาด (2563) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์ (2558) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่น ($\beta = 0.32, p < .01$) และสุดจิต ไตรประคอง (2558) พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในบุคลากรพยาบาล อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในบริบทประชากรไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น วัยรุ่น (ประพิศ ศิริขวัญชัย และคณะ, 2562) นักศึกษา (นพพร ตันทวนิช, 2560) และผู้สูงอายุ (ภัทรกร ทิมแดง และสุภัทรา นวนเจริญ, 2562) ขณะที่การศึกษาในประชากรวัยทำงานยังมีจำนวนน้อยและจำกัดอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีบริบทและวัฒนธรรมเฉพาะตัว ซึ่งอาจมีปัจจัยที่แตกต่างจากพื้นที่เมือง นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาที่วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรวัยทำงานอย่างเป็นระบบ

จากการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย ปี 2567 พบว่ามีประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี จำนวน 1,354 คน และมีผู้ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอจำนวน 1,242 คน คิดเป็นร้อยละ 91.73 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในพื้นที่นี้ หากปล่อยให้ปัญหาการขาดการออกกำลังกายดำรงอยู่ต่อไป จะส่งผลกระทบหลายมิติ ในระดับบุคคล ประชากรวัยทำงานจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการทำงาน ในระดับครอบครัวและชุมชน การเจ็บป่วยของประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังหลักในการหารายได้ย่อมส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ในระดับประเทศ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและงบประมาณของประเทศในระยะยาว

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงานจึงมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎี การศึกษานี้จะช่วยยืนยันและขยายความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมตามแนวคิด PRECEDE Framework กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในบริบทพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับผู้บริหาร นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ในการกำหนดนโยบาย วางแผนกลยุทธ์ และพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรวัยทำงาน จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

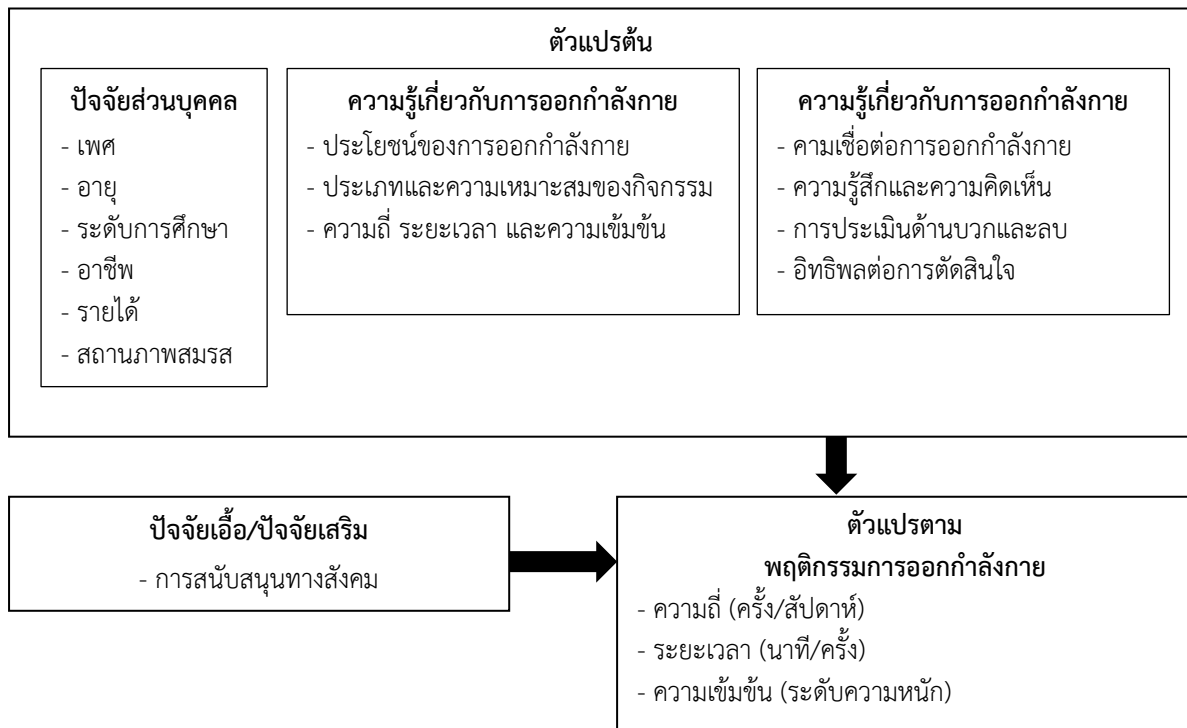
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน
2. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน
3. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงานได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมตามลำดับขั้นของ PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย จำนวน 1,354 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 340 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.84, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากต้นสังกัดเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

2) ขั้นตอนการอบรมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และจัดอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม เทคนิคการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล

3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามหมู่บ้านที่กำหนด โดยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายสิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ชี้แจงการรักษาความลับของข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จากนั้นขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านคำถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบแทน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

4) ขั้นตอนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ กรณีพบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่ชัดเจน จะดำเนินการติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมภายใน 7 วัน การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบทั้ง 340 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับของตัวแปรต่าง ๆ 2) สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และ 4) สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 020/2568 ลงวันที่ 14 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียง อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดเลย ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี จำนวน 340 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.82) อายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 48.82) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 28.82) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 57.35) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 76.47) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.00) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 340)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	46.18
หญิง	183	53.82
อายุ (M = 2.30, SD = 0.76)		
18-29 ปี	63	18.53
30-44 ปี	111	32.65
45-59 ปี	166	48.82
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	86	25.29
มัธยมศึกษาตอนต้น	98	28.82
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	72	21.18
อนุปริญญา/ปวส.	28	8.24
ปริญญาตรีขึ้นไป	55	16.18
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	7.06
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	30	8.82
เกษตรกรรม	195	57.35
รับจ้าง	53	15.59
อื่น ๆ	38	11.18

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	260	76.47
10,001-20,000 บาท	69	20.30
มากกว่า 20,000 บาท	11	3.23
สถานภาพสมรส		
โสด	124	36.47
สมรส/อยู่ด้วยกัน	204	60.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	12	3.53

2. ระดับความรู้ ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาระดับตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.35) มีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 71.18) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.94) แต่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อย (ร้อยละ 67.06) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความรู้ ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย (N = 340)

ตัวแปร	ต่ำ/น้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	สูง/ดี/มาก (ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	5.00	37.65	57.35
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	10.59	18.24	71.18
การสนับสนุนทางสังคม	13.53	62.94	23.53
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	67.06	29.71	3.24

จากตาราง 2 พบประเด็นที่น่าสนใจคือ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้อยู่ในระดับสูงและมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย แต่พฤติกรรมการออกกำลังกายกลับอยู่ในระดับน้อยถึงร้อยละ 67.06 ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge-Action Gap) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.94) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการไม่นำความรู้และทัศนคติที่ดีไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = .016$) อาชีพ ($p = .003$) และรายได้ ($p = .001$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (N = 340)

ปัจจัยส่วนบุคคล	น้อย (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย/หญิง	66.88/67.21	29.94/29.51	3.18/3.28	.996
อายุ				
(18-29/30-44/45-59 ปี)	76.19/64.86/65.06	22.22/31.53/31.33	1.59/3.60/3.61	.546
ระดับการศึกษา	-	-	-	.016*
อาชีพ	-	-	-	.003*
รายได้	-	-	-	.001*
สถานภาพสมรส	-	-	-	.366

หมายเหตุ: * $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้มีค่า p-value ต่ำที่สุด ($p = .001$) รองลงมาคืออาชีพ ($p = .003$) และระดับการศึกษา ($p = .016$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อโอกาสในการเข้าถึงและการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรวัยทำงาน ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งบ่งชี้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรวัยทำงานพื้นที่นี้ไม่ได้แตกต่างกันตามเพศหรือช่วงวัย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($r = .262, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .215, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนทัศนคติต่อการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .089, p = .102$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	.262	< .001*
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	.089	.102
การสนับสนุนทางสังคม	.215	< .001*

หมายเหตุ: * $p < .05$

จากตาราง 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ ($r = .262$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำเช่นกัน ($r = .215$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework ที่อธิบายว่าความรู้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factor) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ที่มีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประเด็นที่น่าสนใจคือทัศนคติต่อการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (ร้อยละ 71.18) ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดความรู้เชิงปฏิบัติและการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($\beta = .262, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .215, p < .001$) โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 11.4 ($R^2 = .114, \text{Adjusted } R^2 = .109, F = 21.67, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย (N = 340)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	.847	.189	-	4.483	< .001
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	.241	.048	.262	4.987	< .001*
การสนับสนุนทางสังคม	.195	.047	.215	4.144	< .001*

$R^2 = .114, \text{Adjusted } R^2 = .109, F = 21.67, p < .001$

หมายเหตุ: * $p < .05$

จากตาราง 5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุด ($\beta = .262$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .215$) โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย = 0.847 + 0.241 (ความรู้) + 0.195 (การสนับสนุนทางสังคม) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework ที่อธิบายว่าความรู้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factor) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ค่าอำนาจการทำนายที่ร้อยละ 11.4 บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นอีกร้อยละ 88.6 ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งอาจรวมถึงปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ออกกำลังกาย และการเข้าถึงอุปกรณ์ ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าประชากรวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมียงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 67.06) ทั้งที่มียุทธศาสตร์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.35) และทัศนคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 71.18) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge-Action Gap) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือแม้บุคคลจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเสมอไป ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทการดำเนินชีวิตของประชากรวัยทำงานในพื้นที่ชนบทที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 57.35) ซึ่งมีภาระงานหนักและข้อจำกัดด้านเวลา รวมถึงการขาดสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจง พลไชย (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และสุจิตติ ไตรประคอง (2558) ที่พบว่าบุคลากรฝ่ายบริการพยาบาลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic Factors) ที่มีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและโอกาสในการออกกำลังกาย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความสามารถในการแสวงหา และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่า ขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงมักมีโอกาสเข้าถึงสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย ได้มากกว่า ส่วนอาชีพมีผลต่อรูปแบบการใช้เวลาและพลังงานในแต่ละวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ตาม PRECEDE Framework ของ Green และ Kreuter (2005) ที่อธิบายว่า ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เพศ อายุ และ สถานภาพสมรส ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุจิต ไตรประคอง (2558) ที่พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบทของกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่ศึกษาที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($r = .262, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .215, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ขณะที่ทักษะคิดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .089, p = .102$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่อธิบายว่าความรู้เป็น ปัจจัยนำ (Predisposing Factor) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ที่มีบทบาท สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ การที่ทักษะคิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอาจอธิบายได้ว่า แม้บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย แต่หากขาดความรู้ที่เพียงพอในการปฏิบัติและขาดการสนับสนุน ทางสังคม ก็อาจไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพวงค์ ขุนสะอาด (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Scarapicchia และคณะ (2017) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($Beta = .262$) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .215$) โดยทั้งสอง ปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 11.4 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่าความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างการรับรู้และการตัดสินใจใน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นแรงเสริมให้บุคคลลงมือซึ่งพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ (2015) ที่พบว่าความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับวินดา เสนะสุทธิพันธุ์ (2558) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม ค่าอำนาจการทำนายที่ร้อยละ 11.4 บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งอาจรวมถึง ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ความปลอดภัย และการเข้าถึงอุปกรณ์ ที่ควรได้รับการ ศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

สรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยทำงานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายในระดับดี แต่ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง (Knowledge-Action Gap) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งสะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจต่อโอกาสในการออกกำลังกาย ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 11.4 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Framework ของ Green และ Kreuter (2005) ที่อธิบายว่าความรู้เป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factor) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงานควรเน้นการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่าความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เน้นการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ (Practical Knowledge) ควบคู่กับการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกิจกรรมเยี่ยมบ้าน
- 2) ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบกลุ่มที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรวัยทำงานในพื้นที่ชนบท เช่น การออกกำลังกายช่วงเช้าก่อนออกไปทำงาน หรือช่วงเย็นหลังเลิกงาน โดยใช้พื้นที่สาธารณะในชุมชนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการจัดกิจกรรม
- 3) ควรพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกายในชุมชน เช่น ลานออกกำลังกาย เส้นทางเดิน-วิ่ง และอุปกรณ์ออกกำลังกายกลางแจ้ง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงการออกกำลังกายของประชาชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการออกกำลังกายในประชากรวัยทำงานพื้นที่ชนบท
- 2) ควรศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายของแบบจำลอง
- 3) ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เน้นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในบริบทพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ นุบาล. (2560). ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายของเจ้าหน้าที่พลศึกษาประจำจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 17(2), 75-86.
- ฉัตรชัย ประภัสร์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายกรณีศึกษา: นักศึกษาสาขาการบัญชีและนักศึกษาสาขาการจัดการ ระดับปริญญาตรี ภาคพิเศษ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558. *วารสารราชนครินทร์*, 14(32), 81-92.
- ธนพร แยมศรี, ชนัญชิดาธุษฎี ทูลศิริ และยุวดี ลีลัคณาวิระ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 158-168.
- บรรจง พลไชย. (2561). พฤติกรรมการออกกำลังกายและปัจจัยเอื้อต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ*, 25(1), 117-131.
- เปรมวดี คฤหเดช. (2562). การรับรู้พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนที่มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 63(6), 455-466.
- พยงค์ ขุนสะอาด. (2563). ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยส้านพลับพลา ตำบลโป่งแพร่ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 15(1), 33-49.
- พรภัทรา แสนเหลา และอณัญญา ลาลุน. (2562). การศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 21-33.
- แววจใจ พันภัย และอมร ไกรดิษฐ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 180-195.
- สมเกียรติยศ วรเดช. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(3), 288-299.
- สรการ บุญกิจเจริญ. (2549). ศึกษาการใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมนันทนาการของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ปีการศึกษา 2548 [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2560*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุดจิต ไตรประคอง. (2558). พฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยการทำนายการออกกำลังกาย บุคลากรฝ่ายบริการพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(2), 75-92.
- สุวัฒนา เกิดม่วง. (2559). การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายแบบวิถีไทยของประชาชนบ้านท่าระหัด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(1), 66-78.

- อโนทัย พลิตนนท์เกียรติ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของ นักศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสาร ม.ฉก.วิชาการ*, 21(42), 55-64.
- อรนภา ทศนัยนา. (2561). ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิม พระเกียรติ จังหวัดสกลนคร. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสกลนครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 30(1), 39-54.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Scarapicchia, T. M. F., Amireault, S., Faulkner, G., & Sabiston, C. M. (2017). Social support and physical activity participation among healthy adults: A systematic review of prospective studies. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 10(1), 50-83. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1183222>
- Sun, X., Guo, Y., Wang, S., & Sun, J. (2015). Social participation and urban-rural disparity in mental health among older adults in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.028>
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

Development of Clinical Practice Guidelines and Referral System for Pediatric Thalassemia in Community Hospitals, Loei Province

Uraiporn Chomphukham
Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

This action research aimed to explore the situation and problems, develop a service system, and evaluate the outcomes of a nursing care and referral system for pediatric patients with transfusion-dependent thalassemia (TDT) in Loei Province. The study was conducted using the action research process of Kemmis and McTaggart, consisting of four phases: planning, action, observation, and reflection. Participants were purposively selected, comprising 54 multidisciplinary team members, 109 pediatric TDT patients, and 109 family members. Research instruments included clinical practice guidelines, referral and coordination guidelines, treatment outcome reporting forms, and a satisfaction questionnaire. Content validity was verified by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) greater than 0.80 and an Index of Item-Objective Congruence (IOC) greater than 0.91. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the developed service system comprised: 1) clinical practice guidelines for pediatric TDT treatment, 2) referral and coordination guidelines among network hospitals, 3) service system guidelines for community hospitals, and 4) a treatment outcome reporting system. After implementation, all 14 hospitals achieved 100% compliance with the system. The mean hemoglobin level significantly increased from 8.55 to 9.05 g/dl, and the mean ferritin level significantly decreased from 1,668.79 to 1,394.57 ng/ml ($p < .01$). Patient and family satisfaction significantly improved in all dimensions ($p < .01$).

The findings demonstrated that the developed service system effectively improved clinical outcomes and enhanced patient and family satisfaction. This system should be disseminated to other regions with similar contexts.

Keywords: action research, community hospital, health service system, patient referral, thalassemia

**Corresponding Author: Tookuraiporn@gmail.com*

การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็กในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย

อุไรพร ชมภูคำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนาระบบบริการและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 54 คน ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก 109 คน และญาติผู้ป่วย 109 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิก แนวทางการส่งต่อและประสานงาน แบบรายงานผลการรักษาตามตัวชี้วัด และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI มากกว่า 0.80 และค่า IOC มากกว่า 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Dependent t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาก่อนส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก 2) แนวทางการส่งต่อและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย 3) แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน และ 4) ระบบการรายงานผลการรักษา หลังการพัฒนาระบบ โรงพยาบาลทั้ง 14 แห่ง สามารถปฏิบัติตามระบบได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจาก 8.55 เป็น 9.05 g/dl และมีค่าเฉลี่ยระดับเฟอร์ริตินลดลงจาก 1,668.79 เป็น 1,394.57 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ควรนำระบบนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: ธาลัสซีเมีย, ระบบบริการสุขภาพ, การส่งต่อผู้ป่วย, โรงพยาบาลชุมชน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

บทนำ

ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางชนิดถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดในโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกา และเมดิเตอร์เรเนียน (Weatherall & Clegg, 2001) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าประชากรโลกประมาณร้อยละ 5 เป็นพาหะของยีนธาลัสซีเมียหรือฮีโมโกลบินผิดปกติ และมีทารกเกิดใหม่ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงมากกว่า 300,000 รายต่อปีทั่วโลก (Modell & Darlison, 2008) โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินของฮีโมโกลบิน ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและแตกง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ในรายที่เป็นธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion-Dependent Thalassemia: TDT) ต้องได้รับการถ่ายเลือดเป็นประจำทุก 2-4 สัปดาห์ ตลอดชีวิต พร้อมทั้งต้องได้รับยาขับธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะธาตุเหล็กเกินในร่างกาย (Cappellini et al., 2014) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความชุกของโรคธาลัสซีเมียสูงที่สุดในโลก โดยพบว่าประชากรไทยเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 30-40 หรือประมาณ 18-24 ล้านคน และมีผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องประมาณ 500,000 ราย (Fucharoen & Winichagoon, 2011) โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความชุกสูงกว่าภาคอื่น ๆ การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียจึงเป็นภาระงานที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ จากการศึกษาของ Riewpaiboon และคณะ (2010) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียเฉลี่ยประมาณ 100,000-300,000 บาทต่อรายต่อปี

การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากลประกอบด้วยหลักการสำคัญ ได้แก่ การถ่ายเลือดแบบ High transfusion โดยรักษาระดับฮีโมโกลบินก่อนถ่ายเลือด (Pre-transfusion Hemoglobin) ให้มากกว่า 9-10 กรัมต่อเดซิลิตร การติดตามและควบคุมระดับธาตุเหล็กในร่างกายอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ (Taher et al., 2018) ในประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียซึ่งปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ (กรมการแพทย์, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียในหลายพื้นที่ การศึกษาของ Viprakasit และคณะ (2013) ในประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพและการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบ การศึกษาของ Angastiniotis และ Lobitz (2019) แสดงให้เห็นว่าการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระการเดินทางของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การศึกษาของ Pornpatkul และคณะ (2017) ในประเทศไทยพบว่าการกระจายบริการถ่ายเลือดไปยังโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ กล่าวคือ แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียในหลายพื้นที่ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ระบบการส่งต่อ และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระยะทางการเดินทางที่ไกล นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบ

จังหวัดเลย เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย มีพื้นที่ประมาณ 11,424 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาและที่ราบสูง ระยะทางจากอำเภอที่อยู่ห่างไกลที่สุดถึงโรงพยาบาลทั่วไปสูงสุดถึง 120 กิโลเมตร จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยธาลัสซีเมียทั้งหมด 293 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 109 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 86 ราย ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเลยซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวของจังหวัด จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ยเดือนละ 2,500 บาท ผู้ปกครองต้องขาดงานเฉลี่ยเดือนละ 3 วัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) ผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎี การศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างของความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็กและครอบครัวในจังหวัดเลยในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ลดภาระการเดินทางและค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ แนวทางที่พัฒนาขึ้นยังสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็ก จังหวัดเลย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการมีส่วนร่วมของทีมนักวิชาชีพจากทุกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดระบบบริการที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืน ผลการวิจัยที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ห่างไกล และเป็นแนวทางในการขยายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสู่ชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

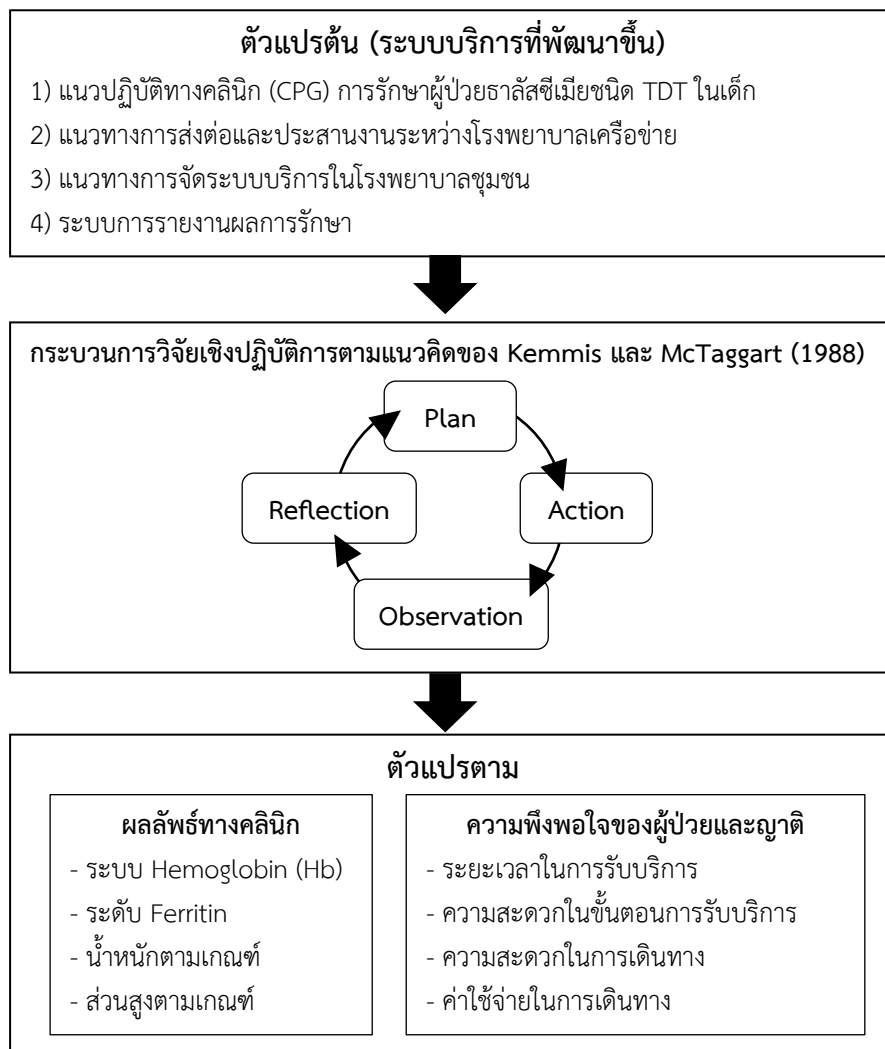
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก หลังการพัฒนาระบบบริการสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการ
2. ค่าเฉลี่ยระดับเฟอร์ริติน (Ferritin) ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก หลังการพัฒนาระบบบริการต่ำกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการ
3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก หลังการพัฒนาระบบบริการสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาแบบวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพืงพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย ตัวแปรต้นของการวิจัย คือ ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT ในเด็ก 2) แนวทางการส่งต่อและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย 3) แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน และ 4) ระบบการรายงานผลการรักษา ตัวแปรตามของการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับฮีโมโกลบิน ระดับเฟอร์ริติน น้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาแบบวงจรต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 54 คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 14 แห่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายสถานที่ทำงานออกจากโรงพยาบาลในจังหวัดเลย หรือไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

2) กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จำนวน 109 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT อายุ 0-18 ปี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายสถานที่รักษา เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น เสียชีวิต หรืออายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์

3) กลุ่มที่ 3 ญาติผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จำนวน 109 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นญาติผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT ในเด็ก จังหวัดเลย 2) แนวทางการส่งต่อและประสานงานระหว่างโรงพยาบาล เครือข่าย 3) แนวทางการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็กในโรงพยาบาลชุมชน และ 4) ระบบการรายงานสรุปผลการรักษาทุก 3 เดือน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสนทนากลุ่มและแบบสังเกต 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามระบบบริการ เป็นแบบตอบ 2 ตัวเลือก (ปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติ) 3) แบบรายงานผลการรักษาตามตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า Hb ค่า Ferritin น้ำหนักและส่วนสูง และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจต่อการรับบริการ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามแนวคิดของ Likert

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามกับทฤษฎีและเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่สอดคล้อง) ถึง 4 (สอดคล้องมาก) คัดเลือกข้อความถามที่ได้คะแนน 3-4 มาคำนวณค่า CVI ได้ค่ามากกว่า 0.80 นอกจากนี้ยังตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน +1, 0, -1 ได้ค่า IOC มากกว่า 0.91 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 โดยดำเนินการตาม 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลสถานการณ์และปัญหาโดยการสนทนากลุ่มและการสังเกต ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัยโดยการประชุมระดมสมอง การสังเกตการปฏิบัติตามระบบ และการบันทึกผลการรักษาตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาระบบโดยแบบบันทึกการปฏิบัติตามระบบ แบบรายงานผลการรักษาตามตัวชี้วัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการรักษาตามตัวชี้วัด ใช้สถิติเชิงอนุมาน Dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน ค่าเฟอร์ริติน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการจดบันทึกวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปสถานการณ์ปัญหา กระบวนการพัฒนาระบบ และผลสะท้อนจากการดำเนินงาน

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 058/2567 ลงวันที่ 2 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย จำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 42.59) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป วิชาชีพพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 25.93) และมีประสบการณ์ทำงาน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 46.30) ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.72) อายุเฉลี่ย 8.64 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 6-11 ปี (ร้อยละ 57.80) ญาติผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73) อายุเฉลี่ย 35.33 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปลายหรืออนุปริญญา (ร้อยละ 72.49)

2. ผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาบริบทจังหวัดเลยพบว่า มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 12 แห่ง มีธนาคารเลือด 5 แห่ง และมีกุมารแพทย์ประจำ 3 แห่ง ผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT รักษาที่โรงพยาบาลเลย 93 ราย โรงพยาบาลวังสะพุง 8 ราย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย 8 ราย ปัญหาที่พบ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนไม่ยอมรับส่งต่อผู้ป่วยกลับ เนื่องจากไม่มีธนาคารเลือด ไม่มีกุมารแพทย์ ไม่มีความรู้ความเข้าใจ ไม่มีผู้รับผิดชอบ และไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาระบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ผลลัพธ์เป็นระบบบริการที่ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด TDT ในเด็ก จังหวัดเลย 2) แนวทางการส่งต่อและประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเครือข่าย โดยกำหนดให้โรงพยาบาลเลยเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และโรงพยาบาลลูกข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาใกล้บ้าน 3) แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ การกำหนดวันให้บริการ/คลินิกธาลัสซีเมีย การกำหนดผู้รับผิดชอบ 5 วิชาชีพ การจัดทำ Flow การให้บริการ และการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์ และ 4) ระบบการรายงานสรุปผลการรักษาทุก 3 เดือน

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการ

หลังการพัฒนาระบบ โรงพยาบาลทั้ง 14 แห่ง สามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบครบ 5 วิชาชีพ ปฏิบัติตาม CPG และแนวทางการส่งต่อ ส่งรายงานถูกต้องครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง (ร้อยละ 92.86) สามารถจัดบริการโดยไม่กระทบเวลาเรียนของผู้ป่วย การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดฟัฟพาเลือดในเด็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการ พิจารณาจากตัวชี้วัดตามเกณฑ์มาตรฐานของเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย ระดับฮีโมโกลบินก่อนการรับเลือด (Pre-transfusion Hemoglobin) ระดับเฟอร์ริตินในเลือด (Serum Ferritin) และภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามตัวชี้วัด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 109)

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Hb มากกว่า 9 g/dl	74	67.88	93	85.32
Ferritin น้อยกว่า 2,500 ng/ml	61	55.96	101	92.66
น้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์	93	85.32	97	88.99
น้ำหนักตามเกณฑ์	93	85.32	102	93.58
ส่วนสูงตามเกณฑ์	95	87.78	98	89.90

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็ก ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้นทุกตัวชี้วัด โดยร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบินมากกว่า 9 g/dl เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.88 เป็นร้อยละ 85.32 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการถ่ายเลือดอย่างเพียงพอและต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการรักษาแบบ High transfusion ตาม CPG ที่พัฒนาขึ้น ในส่วนของระดับเฟอร์ริตินพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่าเฟอร์ริตินน้อยกว่า 2,500 ng/ml เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 55.96 เป็นร้อยละ 92.66 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาขับธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอและมีการติดตามระดับ

ธาตุเหล็กในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมภาวะธาตุเหล็กเกินได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ตับ และต่อมไร้ท่อ

สำหรับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.32 เป็นร้อยละ 88.99 โดยเฉพาะน้ำหนักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.32 เป็นร้อยละ 93.58 และส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.78 เป็นร้อยละ 89.90 แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการให้คำแนะนำด้านโภชนาการจากนักโภชนาการ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินที่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพตามมาตรฐาน

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) และค่าเฉลี่ยระดับเฟอร์ริติน (Ferritin) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ Hemoglobin และ Ferritin ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 109)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff	t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Hemoglobin (g/dl)	8.55 (0.93)	9.05 (1.01)	0.50	-4.19	<.01*
Ferritin (ng/ml)	1668.79 (692.60)	1394.57 (644.97)	-274.22	4.21	<.01*

*p < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเด็ก ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจาก 8.55 g/dl (SD = 0.93) เป็น 9.05 g/dl (SD = 1.01) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 g/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.19, p < .01) ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการถ่ายเลือดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยสามารถรักษาระดับฮีโมโกลบินก่อนการรับเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มากกว่า 9 g/dl ตามแนวทางการรักษาแบบ High transfusion ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด การที่ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ส่งผลดีต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในส่วนของระดับเฟอร์ริติน พบว่าหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับเฟอร์ริตินลดลงจาก 1,668.79 ng/ml (SD = 692.60) เป็น 1,394.57 ng/ml (SD = 644.97) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 274.22 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.21, p < .01) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาขับธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอและมีการติดตามระดับธาตุเหล็กสะสมในร่างกายอย่างต่อเนื่อง การที่ระดับเฟอร์ริตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญแสดงให้เห็นว่าสามารถควบคุมภาวะธาตุเหล็กเกิน (Iron Overload) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ตับแข็ง เบาหวาน และความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย
ธาลัสซีเมียในเด็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนด
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน ได้แก่ ระยะเวลาในการรับบริการ
ความสะดวกในขั้นตอนการรับบริการ ความสะดวกในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n = 109)

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff	t	p-value
ระยะเวลาในการรับบริการ	2.78 (0.51)	3.22 (0.78)	0.44	2.73	<.01*
ความสะดวกในขั้นตอนการรับบริการ	2.78 (0.51)	3.22 (0.78)	0.44	4.86	<.01*
ความสะดวกในการเดินทาง	2.78 (0.51)	3.22 (0.78)	0.44	2.73	<.01*
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	2.78 (0.51)	3.22 (0.78)	0.44	2.73	<.01*

*p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
ในเด็ก ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยความพึงพอใจ
ด้านระยะเวลาในการรับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.78 (SD = 0.51) เป็น 3.22 (SD = 0.78) มีความ
แตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 ($t = 2.73, p < .01$) สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นโดยการ
กระจายบริการไปยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและระยะเวลาในการรับบริการ
โดยรวม เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเลยซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมาก

ความพึงพอใจด้านความสะดวกในขั้นตอนการรับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.78 (SD = 0.51)
เป็น 3.22 (SD = 0.78) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 ($t = 4.86, p < .01$) ซึ่งเป็นด้านที่มีค่า t สูงที่สุด
แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการโดยการจัดทำ Flow การให้บริการที่ชัดเจน การกำหนดผู้รับผิดชอบ
ครบ 5 วิชาชีพ และการจัดตั้งคลินิกธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลชุมชน ช่วยให้ขั้นตอนการรับบริการมีความ
สะดวกและคล่องตัวมากขึ้น อีกทั้งการจัดบริการโดยไม่กระทบเวลาเรียนของผู้ป่วยยังช่วยให้ครอบครัวสามารถ
วางแผนการมารับบริการได้อย่างเหมาะสม

ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการเดินทางมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.78 (SD = 0.51) เป็น 3.22
(SD = 0.78) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 ($t = 2.73, p < .01$) ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาระบบที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ลดระยะทาง
ในการเดินทางจากเดิมที่บางรายต้องเดินทางไกลถึง 120 กิโลเมตร ให้สามารถรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน
ในอำเภอที่ตนอาศัยอยู่

ความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.78 (SD = 0.51) เป็น 3.22 (SD =
0.78) มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.44 ($t = 2.73, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้น
ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเดินทางมารับบริการที่

โรงพยาบาลใกล้บ้านใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลเลย ซึ่งก่อนการพัฒนาระบบครอบครัวผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ยเดือนละ 2,500 บาท

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือดในเด็ก จังหวัดเลย ผลการวิจัยพบว่าระบบบริการที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจาก 8.55 เป็น 9.05 g/dl และมีค่าเฉลี่ยระดับเฟอร์ริตินลดลงจาก 1,668.79 เป็น 1,394.57 ng/ml อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ที่กำหนดให้ใช้การถ่ายเลือดแบบ High transfusion โดยรักษาระดับฮีโมโกลบินก่อนถ่ายเลือดให้มากกว่า 9 g/dl และมีระบบติดตามการให้ยาขับธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการกระจายบริการไปยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและมีความต่อเนื่องในการรักษามากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Viprakasit และคณะ (2013) ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพและการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

การปฏิบัติตามระบบบริการ ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาระบบ โรงพยาบาลทั้ง 14 แห่งสามารถจัดระบบการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมีย มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบครบ 5 วิชาชีพ และปฏิบัติตาม CPG ได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) เปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพจากทุกโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันพัฒนาระบบ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นในการนำระบบไปปฏิบัติ อีกทั้งการจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลเลยคอยให้คำปรึกษาและติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Angastiniotis และ Lobitz (2019) ที่พบว่าการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะด้านความสะดวกในการเดินทางและค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายบริการไปยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านช่วยลดระยะทางในการเดินทางจากเดิมที่บางรายต้องเดินทางไกลถึง 120 กิโลเมตร และลดค่าใช้จ่ายจากเดิมเฉลี่ยเดือนละ 2,500 บาท อีกทั้งการจัดบริการโดยไม่กระทบเวลาเรียนช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องขาดเรียนและผู้ปกครองไม่ต้องขาดงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pornpatkul และคณะ (2017) ที่พบว่าการกระจายบริการถ่ายเลือดไปยังโรงพยาบาลชุมชนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้อย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคธาลัสซีเมียจังหวัดเลย ปี 2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- Angastiniotis, M., & Lobitz, S. (2019). Thalassemias: An overview. *International Journal of Neonatal Screening*, 5(1), 16. <https://doi.org/10.3390/ijns5010016>
- Cappellini, M. D., Cohen, A., Porter, J., Taher, A., & Viprakasit, V. (2014). *Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (TDT)* (3rd ed.). Thalassemia International Federation.
- Fucharoen, S., & Winichagoon, P. (2011). Haemoglobinopathies in Southeast Asia. *Indian Journal of Medical Research*, 134(4), 498–506.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Modell, B., & Darlison, M. (2008). Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(6), 480–487.
- Pornpatkul, N., Srivorakun, H., Fucharoen, G., Singha, K., Sanchaisuriya, P., & Fucharoen, S. (2017). Blood transfusion management in thalassemia patients at community hospital level in Thailand. *Hemoglobin*, 41(4–6), 289–293.
- Riewpaiboon, A., Nuchprayoon, I., Torcharus, K., Indaratna, K., Thavorncharoensap, M., & Ubol, B. O. (2010). Economic burden of beta-thalassemia/Hb E and beta-thalassemia major in Thai children. *BMC Research Notes*, 3, 29. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-29>
- Taher, A. T., Weatherall, D. J., & Cappellini, M. D. (2018). Thalassaemia. *The Lancet*, 391(10116), 155–167. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31822-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31822-6)
- Viprakasit, V., Lee-Lee, C., Chong, Q. T., Lin, K. H., & Khuapinant, A. (2013). Iron chelation therapy in the management of thalassemia: The Asian perspectives. *International Journal of Hematology*, 97(4), 435–445. <https://doi.org/10.1007/s12185-013-1302-0>
- Weatherall, D. J., & Clegg, J. B. (2001). *The thalassaemia syndromes* (4th ed.). Blackwell Science.

The Development of a Service Model for the Geriatric Clinic at Phu Ruea Hospital, Loei Province

Kantapat Apinyathitiphong
Phu Ruea Hospital, Loei Province

ABSTRACT

Thailand officially became a complete aged society in 2024, with the elderly population accounting for 20.70% of the total population. Phu Ruea District, Loei Province, has an even higher proportion of elderly residents at 22.3%. However, the geriatric clinic service system at Phu Ruea Hospital faced significant challenges, including fragmented service delivery, lack of comprehensive health screening and assessment, and inadequate systematic linkage between hospital and community services. This study aimed to develop a geriatric clinic service model through stakeholder participation and to evaluate outcomes regarding satisfaction and service model appropriateness. Methods This research and development (R&D) study applied Donabedian's quality of care framework integrated with Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) principles and the Continuity of Care concept. The study was conducted over 52 weeks within the Phu Ruea District health network, covering seven subdistrict health promotion hospitals. The sample consisted of 80 participants, comprising 50 elderly individuals and their caregivers and 30 multidisciplinary healthcare professionals. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The developed service model comprised four key components: establishing a fast-track service channel, enhancing care quality through an eight-discipline multidisciplinary team, developing staff competencies, and building collaborative networks with communities. Elderly satisfaction increased across all dimensions, with service staff receiving the highest scores (Mean = 4.67) and service processes showing the greatest improvement from 2.33 to 4.33. Multidisciplinary professionals rated the service model appropriateness at high to highest levels (Mean = 4.13-4.47), with the referral and follow-up system receiving the highest score.

Conclusion: The developed geriatric clinic service model demonstrated effectiveness in enhancing holistic and continuous care quality. This model can serve as a prototype for other community hospitals to accommodate Thailand's aging society.

Keywords: elderly care, geriatric clinic, service model

**Corresponding Author: kantapatkwan@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

กนต์พัฒน์ อภิญาธิพิพงษ์
โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20.70 อำเภอภูเรือ จังหวัดเลย มีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 22.3 ขณะที่ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรือ ยังมีปัญหาการให้บริการแบบแยกส่วน ขาดระบบคัดกรองและประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และการเชื่อมโยงบริการระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนยังไม่เป็นระบบ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจและความเหมาะสมของรูปแบบบริการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian ร่วมกับหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ดำเนินการ 52 สัปดาห์ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดช่องทางพิเศษ การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ 8 สาขา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67) และด้านกระบวนการเพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 4.33 บุคลากรสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.13-4.47) โดยระบบส่งต่อและติดตามได้รับคะแนนสูงสุด

สรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง สามารถเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, คลินิกผู้สูงอายุ, รูปแบบบริการ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะเพิ่มจาก 1,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1,400 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) อย่างเป็นทางการ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 14.03 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเกินร้อยละ 28 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 31.1 ในปี พ.ศ. 2567 หมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คนต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน

จังหวัดเลยเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรทั้งหมด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ส่วนอำเภอภูเรือซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยมีลักษณะเป็นพื้นที่ชนบทห่างไกล มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 6,500 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3 ของประชากรในอำเภอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้น้อย และอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือคู่สมรส ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567) การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เป็นกระบวนการมาตรฐานสากลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อระบุปัญหาและวางแผนการดูแลที่เหมาะสม (Parker et al., 2018) งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการใช้ CGA ในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ดีขึ้น (Ellis et al., 2017) นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ของ Haggerty และคณะ (2003) เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ส่วนกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่มุ่งเน้นโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ก็ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่การดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนยังประสบปัญหาหลายประการ จากการศึกษาของมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ (2565) พบว่าการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ และการเชื่อมต่อกับชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลภูเรือพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การให้บริการผู้สูงอายุปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ระยะเวลารอคอยนาน การคัดกรองและประเมินสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ การประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่เป็นระบบ และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายด้าน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซับซ้อนไม่ได้รับการประเมินและดูแลอย่างครอบคลุม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรือการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษาของ Hoogendijk และ

คณะ (2019) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าการดูแลแบบแยกส่วน รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และลดภาระของครอบครัวในการดูแล ดังนั้น การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้ในเชิงทฤษฎี คือการนำกรอบแนวคิด Donabedian ร่วมกับหลักการ CGA และ Continuity of Care มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยจะเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ รวมทั้งเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรือโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพบริการ และการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และขยายผลไปสู่เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอภูเรือและพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดเลยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

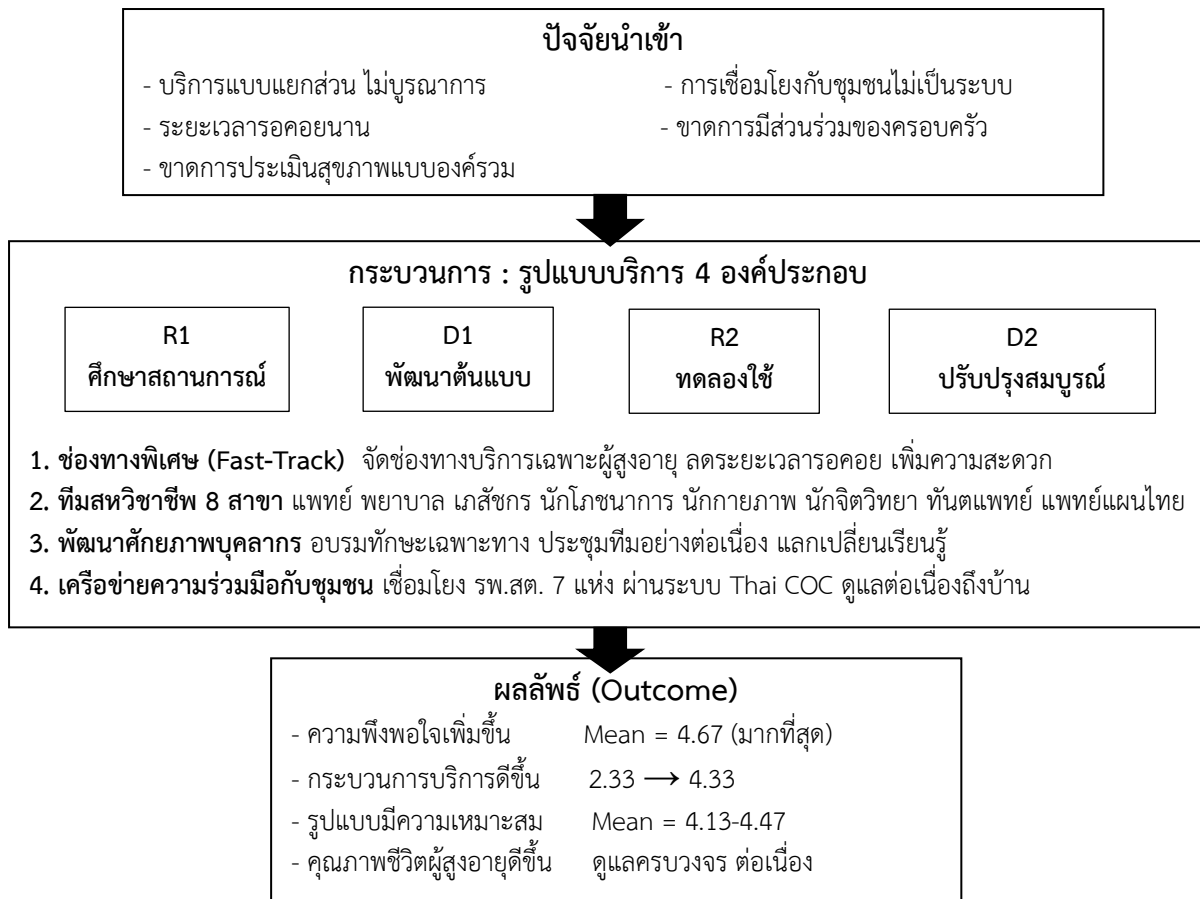
1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ในด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล และความเหมาะสมของรูปแบบบริการตามการประเมินของบุคลากรสหวิชาชีพ

สมมติฐาน

รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถยกระดับคุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการทฤษฎีคุณภาพบริการของ Donabedian แนวคิด CGA และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง เข้าด้วยกันผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักที่สอดคล้องกันและเสริมกัน มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ครบวงจร ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับความต้องการ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งมีกลไกข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังภาพกรอบแนวคิดที่แสดง



ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ร่วมกับหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ของ Haggerty และคณะ (2003) เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบบริการ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 52 สัปดาห์ ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ จังหวัดเลย ครอบคลุมโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1 - Research 1): การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) (ตุลาคม 2567) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการออกแบบรูปแบบบริการ (มกราคม 2568)

ระยะที่ 2 (D1 - Development 1): การพัฒนารูปแบบบริการต้นแบบ สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาร่างต้นแบบรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมอง (Brainstorming Workshop) ร่วมกับผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ และตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2568)

ระยะที่ 3 (R2 - Research 2): การทดลองใช้รูปแบบบริการ นำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (เมษายน - มิถุนายน 2568)

ระยะที่ 4 (D2 - Development 2): การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้ ร่วมกับข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาจนได้รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริง (สิงหาคม - ตุลาคม 2568)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

2.1 ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ และญาติผู้ดูแล จำนวนประมาณ 6,500 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567)

กลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ จำนวน 7 แห่ง

2.2 กลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 80 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลภูเรือ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และทันตแพทย์ จำนวน 15 คน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 7 คน ตัวแทนผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 4 คน และผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 31 คน

ระยะที่ 2 (D1) การพัฒนารูปแบบต้นแบบ ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 1 จำนวน 31 คน โดยจัดประชุมระดมสมอง (Brainstorming Workshop) ร่วมกันเพื่อออกแบบรูปแบบบริการต้นแบบ

ระยะที่ 3 (R2) การทดลองใช้รูปแบบบริการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพสำหรับประเมินรูปแบบบริการ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

ระยะที่ 4 (D2) การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์ ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 3 จำนวน 80 คน เพื่อเก็บข้อมูลประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบบริการให้สมบูรณ์

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

1) กลุ่มผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลภูเรืออย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารอย่างรุนแรง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ที่ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย

2) กลุ่มบุคลากรสหวิชาชีพ มีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ภูเรือ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ลาศึกษาต่อหรือลาพักงานระหว่างการวิจัย บุคลากรที่ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย และผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะการวิจัย ดังนี้

3.1 เครื่องมือระยะที่ 1 (R1): การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร บุคลากรสหวิชาชีพ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความคาดหวังต่อการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการให้บริการ

2) แบบประเมินความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อสำรวจความต้องการบริการใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและการประเมิน ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ 1 หมายถึง ต้องการน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง ต้องการมากที่สุด

3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ

3.2 เครื่องมือระยะที่ 2 (D1): การพัฒนารูปแบบต้นแบบ

1) แบบบันทึกการประชุมระดมสมอง (Workshop Recording Form) สำหรับบันทึกข้อมูลความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากการประชุมระดมสมองของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบรูปแบบบริการต้นแบบ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการ สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญและทีมสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

3.3 เครื่องมือระยะที่ 3 (R2): การทดลองใช้รูปแบบบริการ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล และส่วนที่ 2 สถานะสุขภาพและการใช้บริการ ประกอบด้วย โรคประจำตัว การรับประทานยา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และวิธีการเดินทางมารับบริการ

2) แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment Form) พัฒนาตามหลักการ CGA ครอบคลุมการประเมิน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพทั่วไป การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และการประเมินสุขภาพช่องปาก มิติด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การนอนหลับ ความจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชื่นชอบ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง มิติด้านสังคม และมิติด้านสิ่งแวดล้อม

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินสำหรับบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบบริการไปปฏิบัติ ครอบคลุมประเด็นด้านการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ ระบบการส่งต่อและติดตาม การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

3.4 เครื่องมือระยะที่ 4 (D2): การปรับปรุงและพัฒนาแบบสมบูรณ์

ใช้เครื่องมือเดียวกับระยะที่ 3 ร่วมกับแบบบันทึกข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาแบบบริการให้สมบูรณ์

3.5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนความต้องการ ความพึงพอใจ และความเหมาะสมของรูปแบบบริการ ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Quality Testing)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการ 2 ด้าน ดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า แบบประเมินความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่า IOC เท่ากับ 0.76 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า แบบประเมินความต้องการบริการ

คลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.70 ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักการวิจัย (Polit & Beck, 2017)

4.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Quality)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และผู้นำชุมชน การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต และการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยให้ผู้ร่วมวิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและผลการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันความหมายของข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิเคราะห์สะท้อนความเป็นจริงตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ระยะที่ 1 (R1) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพ การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้แบบประเมินความต้องการบริการกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 (D1) จัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อออกแบบรูปแบบบริการต้นแบบ พร้อมบันทึกข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการประชุม

ระยะที่ 3 (R2) นำรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ร่วมกับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 30 คน

ระยะที่ 4 (D2) รวบรวมข้อมูลผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากระยะที่ 3 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงรูปแบบบริการให้สมบูรณ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความต้องการบริการ ความพึงพอใจต่อบริการ และความเหมาะสมของรูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs (2008) ประกอบด้วยขั้นตอนการถอดความคำต่อคำ (Verbatim Transcription) การอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด การกำหนดรหัส (Coding) จากข้อความที่มีความหมายสำคัญ การจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-categories) และหมวดหมู่หลัก (Categories) จากนั้นสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (Themes) โดยไม่เปลี่ยนแปลงถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมข้อความอ้างอิง (Quotations) เพื่อสนับสนุนความน่าเชื่อถือของข้อมูล

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ EC LOEI 022/2568 วันที่ 23 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย ดำเนินการในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ ครอบคลุมโรงพยาบาลภูเรือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน รวม 80 คน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 73.4 ± 7.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74) อยู่ร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 62) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 1,001-5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) รับประทานยาเป็นประจำ (ร้อยละ 94) มีผู้ดูแลทุกคน (ร้อยละ 100) และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 100)

2. รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดช่องทางพิเศษและการปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย (2) การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุม 8 สาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์/ทันตภิบาล และเภสัชกร (3) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการผ่านการอบรมและการประชุมทีมอย่างต่อเนื่อง และ (4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

กระบวนการให้บริการในคลินิกเริ่มจากการลงทะเบียน ผ่านจุดคัดกรองโดยพยาบาล ประเมินสุขภาพด้วย Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) จากนั้นพบทีมสหวิชาชีพตามความจำเป็น ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และทันตกรรม ก่อนพบเภสัชกรเพื่อรับยาและคำแนะนำ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีการประสานงานกับ รพ.สต. ผ่านระบบ Thai COC และมีการนัดติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

3. ความต้องการบริการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการในระดับสูงถึงสูงมากในทุกด้าน โดยด้านการคัดกรองและการประเมินมีความต้องการสูงสุด (Mean = 4.78 ± 0.37) รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Mean = 4.23 ± 0.59) ด้านการรักษาพยาบาล (Mean = 3.69 ± 1.33) และด้านการดูแลต่อเนื่อง (Mean = 3.29 ± 0.93) ตามลำดับ โดยเฉพาะการคัดกรองสุขภาพทั่วไป การประเมินภาวะโภชนาการ และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นบริการที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด

4. ความพึงพอใจต่อการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

หลังการพัฒนารูปแบบบริการ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการ (n = 50)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา (Mean $\pm$ SD)	หลังพัฒนา (Mean $\pm$ SD)	ระดับ
1. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	3.00 ± 0.00	4.67 ± 0.29	มากที่สุด
2. ด้านกระบวนการและขั้นตอน	2.33 ± 0.58	4.33 ± 0.33	มาก
3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2.67 ± 0.58	4.00 ± 0.50	มาก
4. ด้านคุณภาพการให้บริการ	3.00 ± 0.00	4.00 ± 0.50	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67 ± 0.29) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ (Mean = 4.33 ± 0.33) ส่วนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านคุณภาพการให้บริการมีความพึงพอใจเท่ากันที่ (Mean = 4.00 ± 0.50) อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาพบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะด้านกระบวนการและขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นจาก 2.33 เป็น 4.33

5. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ

บุคลากรสหวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประเมินรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกประเด็น (ค่าเฉลี่ย 4.13-4.47) ผลการประเมินแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการโดยบุคลากรสหวิชาชีพ (n = 30)

ประเด็นการประเมิน	Mean $\pm$ SD	ระดับ
1. การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุ	4.47 ± 0.51	มาก
2. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ	4.40 ± 0.49	มาก
3. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน	4.40 ± 0.49	มาก
4. การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ	4.40 ± 0.50	มาก
5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	4.33 ± 0.48	มาก
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศและการจัดเก็บข้อมูล	4.13 ± 0.35	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับคะแนนสูงสุด (Mean = 4.47 ± 0.51) รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน (Mean = 4.40 ± 0.49) และการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (Mean = 4.40 ± 0.50) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

6. ผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ผลการประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 98) อย่างไรก็ตาม พบปัญหาสำคัญ 2 ประการที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องมีการติดตามดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ ประสบความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพบริการ โดยจุดเด่นคือการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การใช้เครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐาน (CGA) และการสร้างความต่อเนื่องของการดูแลถึงชุมชน ผลการวิจัยนี้สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยต่อไป

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (1988) ที่ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (Structure)

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ การจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุและการพัฒนาทีมสหวิชาชีพครอบคลุม 8 สาขาวิชาชีพ ถือเป็นการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hebert และคณะ (2021) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีทีมสหวิชาชีพทำงานร่วมกันสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้

2. ด้านกระบวนการ (Process)

การนำหลักการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) มาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถระบุปัญหาและวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis และคณะ (2017) ที่ยืนยันว่าการใช้ CGA ในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การพบปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Neikrug และ Ancoli-Israel (2010) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 50-70

ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (Mean = 4.67) และด้านกระบวนการและขั้นตอน (เพิ่มจาก 2.33 เป็น 4.33) แสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงระบบบริการโดยการลดขั้นตอนที่ซับซ้อนและการพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman และคณะ (1988) ที่เน้นว่าคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการกลับมาใช้บริการต่อเนื่อง

ในด้านการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) การพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่องถึงชุมชนได้รับคะแนนประเมินสูงสุด (Mean = 4.47) และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.สต. ทั้ง 7 แห่งในเครือข่ายผ่านระบบ Thai COC แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องตามแนวคิดของ Haggerty และคณะ (2003) ที่เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoogendijk และคณะ (2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าการดูแลแบบแยกส่วน

โดยสรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian หลักการ CGA และแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาติดตามประเมินผล 52 สัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 80 คน อาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่น และการพัฒนาระบบสารสนเทศแบบ Real-time ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป ตามข้อเสนอแนะของ Leung และคณะ (2020) ที่เน้นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ดำเนินการ 52 สัปดาห์ ในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอภูเรือ กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล 50 คน และบุคลากรสหวิชาชีพ 30 คน สรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดช่องทางพิเศษเพื่อลดระยะเวลารอคอย การพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ 8 สาขา การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ รพ.สต. และชุมชน โดยใช้ CGA เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและระบบ Thai COC ในการดูแลต่อเนื่อง

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจสูงสุด (Mean = 4.67) อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านกระบวนการและขั้นตอนเพิ่มขึ้นมากที่สุดจาก 2.33 เป็น 4.33

บุคลากรสหวิชาชีพประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.13-4.47) โดยการพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุได้รับคะแนนสูงสุด (Mean = 4.47) รองลงมาคือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน

ผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูง (ร้อยละ 98) แต่พบปัญหาการนอนหลับบกพร่อง (ร้อยละ 76) และความบกพร่องด้านความจำ (ร้อยละ 74) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

โดยสรุป รูปแบบบริการคลินิกผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง สามารถนำไปเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรนำรูปแบบบริการนี้ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดเลย โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 2) ควรจัดอบรมทักษะเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมิน CGA และการจัดการกลุ่มอาการผู้สูงอายุ
- 3) ควรเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน
- 4) ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็น Real-time และเชื่อมโยงกับทุกหน่วยบริการในเครือข่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรติดตามผลการใช้รูปแบบบริการในระยะยาว 1-2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 2) ควรศึกษาประสบการณ์และความต้องการเชิงลึกของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ
- 3) ควรวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบบริการเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการขยายผลเชิงนโยบาย
- 4) ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telemedicine หรือแอปพลิเคชันในการดูแลผู้สูงอายุทางไกล

เอกสารอ้างอิง

- มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, สุรีย์ อัครพัฒน์, และวริณธร ยิ้มเรียงหลาย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(2), 185-198.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). *รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเลย ประจำปี 2567*. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, Ó., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2021). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B(1), 107-118. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp027>
- Hoogendijk, E. O., Aflalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Leung, D. K. Y., Chan, W. C., Spector, A., & Wong, G. H. Y. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and apathy symptoms across dementia stages: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(10), 1026-1036. <https://doi.org/10.1002/gps.5370>
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 207-211. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0051-8>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S., Roberts, H., & Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149-155. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health* [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Development of an Occupational Disease Surveillance System for Gold Panning Workers: A Case Study of Pak Chom District, Loei Province

Mr.Narong Promsrichan¹, Mr.Piya Prasongsap²
Loei Provincial Public Health Office

ABSTRACT

Gold panning is a supplementary occupation in Thailand, particularly in Pak Chom District, Loei Province, that poses high health risks due to mercury exposure, potentially causing chronic mercury poisoning affecting the nervous system, kidneys, and respiratory system. However, the occupational disease surveillance system for this occupation lacks continuity, comprehensiveness, and community participation. This research aimed to develop an effective, contextually appropriate, and sustainable occupational disease surveillance system for gold panning workers using a mixed-methods research approach conducted in three phases: (1) situational analysis using total population survey (N=56), physical examinations, and environmental assessment; (2) participatory system development through focus group discussions, in-depth interviews (n=15), and three workshops; and (3) system evaluation using Index of Item-Objective Congruence (IOC), Index of Objective Achievement (IOA), and a 5-point Likert scale satisfaction questionnaire.

The findings revealed that 73.21% of gold panners had never received knowledge about mercury poisoning, although 95.24% used mercury in gold extraction. Only 80.36% used chemical protective masks and 44.64% wore long pants while working, reflecting low self-protective behaviors, particularly in safe mercury storage (36.31%). Additionally, local government agencies lacked specific strategic plans, systematic occupational databases, and effective data analysis and communication systems. Through participatory processes, an integrated surveillance system was developed comprising four main components: clear objectives and scope definition, real-time data management through digital forms, multidisciplinary team analysis and interpretation, and two-way data communication. Expert evaluation (n=5) showed that the system achieved IOC=0.82 and IOA=0.89, indicating high appropriateness and feasibility. Meanwhile, 92.9% of system users rated their satisfaction as high to very high (mean=4.52, SD=0.48).

conclusion, the developed surveillance system is appropriate, effective, and practically implementable. It can serve as a prototype for other high-risk informal occupations in the Northeastern region, supporting the objectives of the Occupational Disease and Environmental Disease Control Act B.E. 2562 (2019) and the 13th National Economic and Social Development Plan.

Keywords: disease surveillance system, gold panning, mercury, occupational disease, participatory research

**Corresponding Author: narong.ssj2@gmail.com*

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทอง: กรณีศึกษาอำเภอปากชม จังหวัดเลย

ณรงค์ พรหมศรีจันทร์¹, ปิยะ ประสงค์ทรัพย์²

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

บทคัดย่อ

อาชีพร่อนทองในประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย เป็นอาชีพเสริมที่มีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารปรอท ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคพิษปรอทเรื้อรังต่อระบบประสาท ไต และทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม ระบบการเฝ้าระวังโรคจากอาชีพนี้ยังขาดความต่อเนื่อง ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมของชุมชน งานวิจัยนี้มุ่งพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทองที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และยั่งยืน ด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์โดยใช้แบบสำรวจทั้งประชากร (N=56) การตรวจร่างกาย และการวัดสภาพแวดล้อม (2) การพัฒนาระบบแบบมีส่วนร่วมผ่านการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก (n=15) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง และ (3) การประเมินระบบด้วย IOC, IOA และแบบประเมินความพึงพอใจ 5 ระดับ

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 73.21 ของผู้ร่อนทองไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคพิษปรอท แม้ร้อยละ 95.24 ใช้สารปรอทในการจับทอง แต่มีเพียงร้อยละ 80.36 ที่ใช้หน้ากากป้องกันสารเคมี และร้อยละ 44.64 ใส่กางเกงขายาวขณะทำงาน สะท้อนพฤติกรรมป้องกันตนเองยังต่ำ โดยเฉพาะการเก็บสารปรอทอย่างปลอดภัย ร้อยละ 36.31 นอกจากนี้ หน่วยงานท้องถิ่นยังขาดแผนยุทธศาสตร์เฉพาะด้าน ขาดฐานข้อมูลผู้ประกอบการ และระบบการวิเคราะห์-สื่อสารข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพ จากกระบวนการมีส่วนร่วมได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตชัดเจน การจัดการข้อมูลแบบ Real-time ผ่านแบบฟอร์มดิจิทัล การวิเคราะห์และแปลผลโดยทีมสหวิชาชีพ และการสื่อสารข้อมูลแบบสองทาง ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (n=5) พบว่า ระบบมีค่า IOC=0.82 และ IOA=0.89 แสดงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับสูง ขณะที่ผู้ใช้ระบบร้อยละ 92.9 ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=4.52, SD=0.48)

สรุปได้ว่า ระบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถประยุกต์เป็นต้นแบบสำหรับอาชีพนอกระบบเสี่ยงอื่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สนับสนุนเป้าหมายตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ พ.ศ. 2562 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13

คำสำคัญ: การวิจัยแบบมีส่วนร่วม, ระบบเฝ้าระวังโรค, โรคจากการประกอบอาชีพ, ร่อนทอง, สารปรอท

บทนำ

โรคจากการประกอบอาชีพถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกในศตวรรษที่ 21 องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) รายงานว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานมากกว่า 1.9 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2022) โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตเกิดจากโรคจากการประกอบอาชีพมากกว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการทำงาน (Pega et al., 2021) สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ได้แก่ การสัมผัสสารเคมีอันตราย โลหะหนัก ฝุ่นละออง และท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีระบบการป้องกันและควบคุมโรคที่ยังไม่เพียงพอ การศึกษาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ผู้ประกอบอาชีพในภาคเหมืองแร่และการสกัดแร่ธาตุมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสสารพิษและโลหะหนัก โดยเฉพาะสารปรอทที่ใช้ในกระบวนการแยกทองคำ (Gibb & O'Leary, 2023) ผู้ประกอบอาชีพมักเผชิญกับความเสี่ยงทั้งทางกายภาพ เคมี และชีวภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ไต ระบบทางเดินหายใจ และระบบกล้ามเนื้อกระดูก (Acharya et al., 2021; Saunders et al., 2020)

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพและการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพได้รับการบรรจุเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในนโยบายระดับมหภาค แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่ม โดยเน้นการสร้างควมมั่นคงทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566-2570) ได้วางเป้าหมายลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบและอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง (กระทรวงแรงงาน, 2565) พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรายงานและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบซึ่งมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 55 ของแรงงานทั้งหมด (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565) จังหวัดเลยเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีประชาชนประกอบอาชีพร่อนทองมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอปากชม ซึ่งมีผู้ประกอบอาชีพร่อนทองประมาณ 56 คน จาก 22 ครัวเรือน โดยประกอบอาชีพนี้เป็นอาชีพเสริมควบคู่ไปกับการเกษตรกรรม การประกอบอาชีพร่อนทองในพื้นที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมครัวเรือนที่สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน ผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ใช้สารปรอทในกระบวนการจับทอง โดยขาดความรู้และการป้องกันอันตรายที่เหมาะสม จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ร้อยละ 73.21 ของผู้ประกอบอาชีพร่อนทองไม่เคยได้รับความรู้เรื่องอันตรายจากโรคพิษปรอท และร้อยละ 95.24 มีการใช้สารปรอทในการจับทอง แต่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพียงร้อยละ 80.36 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย, 2567)

สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ประกอบอาชีพร่อนทองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารปรอทและโลหะหนักที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ไต และระบบทางเดินหายใจ รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

จากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของสมชาย ใจดี และคณะ (2564) พบว่า ผู้ประกอบอาชีพ ร่อนทองมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคผิวหนังสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาของมานพ ศรีสุข (2564) พบว่า ระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในชุมชน ส่วนใหญ่ยังเป็นแบบตั้งรับ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่าง หน่วยงาน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดเลยพบว่า แม้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมีการดำเนินงานด้านการควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทองที่เป็น รูปธรรมและมีความต่อเนื่อง ข้อมูลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพยังไม่ได้รับการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ และขาด การบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ส่งผลให้การป้องกันและ แก้ไขปัญหายังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร หากปล่อยให้สถานการณ์ดำเนินต่อไปโดยไม่มีการแก้ไข จะส่งผล กระทบในหลายมิติ ประการแรก ผู้ประกอบอาชีพร่อนทองจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเรื้อรังจากการ สะสมของสารพิษในร่างกาย โดยเฉพาะโรคพิษปรอทที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและไต ซึ่งอาจทำให้ สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพและเป็นภาระต่อครอบครัวและระบบสุขภาพในระยะยาว ประการ ที่สอง ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือน เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียรายได้ ประการที่สาม สมาชิกในครอบครัวและชุมชนอาจได้รับ ผลกระทบทางอ้อมจากการปนเปื้อนของสารปรอทในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเด็กและสตรีมีครรภ์ซึ่งเป็น กลุ่มเสี่ยงสูง ประการที่สี่ การขาดระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหา ได้ทันเวลา นำไปสู่การโรคที่สูงขึ้น

จากช่องว่างและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบ อาชีพในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพร่อนทองจึงมีความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อสร้างกลไกการป้องกันและควบคุมโรคที่มี ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเกิดความยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การวิจัยครั้งนี้ มุ่งพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง โดยใช้แนวทางการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ซึ่งบูรณาการทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย และการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยนี้ได้แก่ ระบบ การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ข้อมูลสุขภาพของ ผู้ประกอบอาชีพที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสม และการสร้าง เครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบ สำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน อันจะ นำไปสู่การยกระดับมาตรฐานสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบ สนับสนุนการ บรรลุเป้าหมายตามนโยบายสาธารณสุขระดับชาติและระดับสากล และส่งเสริมการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ ที่ยั่งยืนในระดับท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

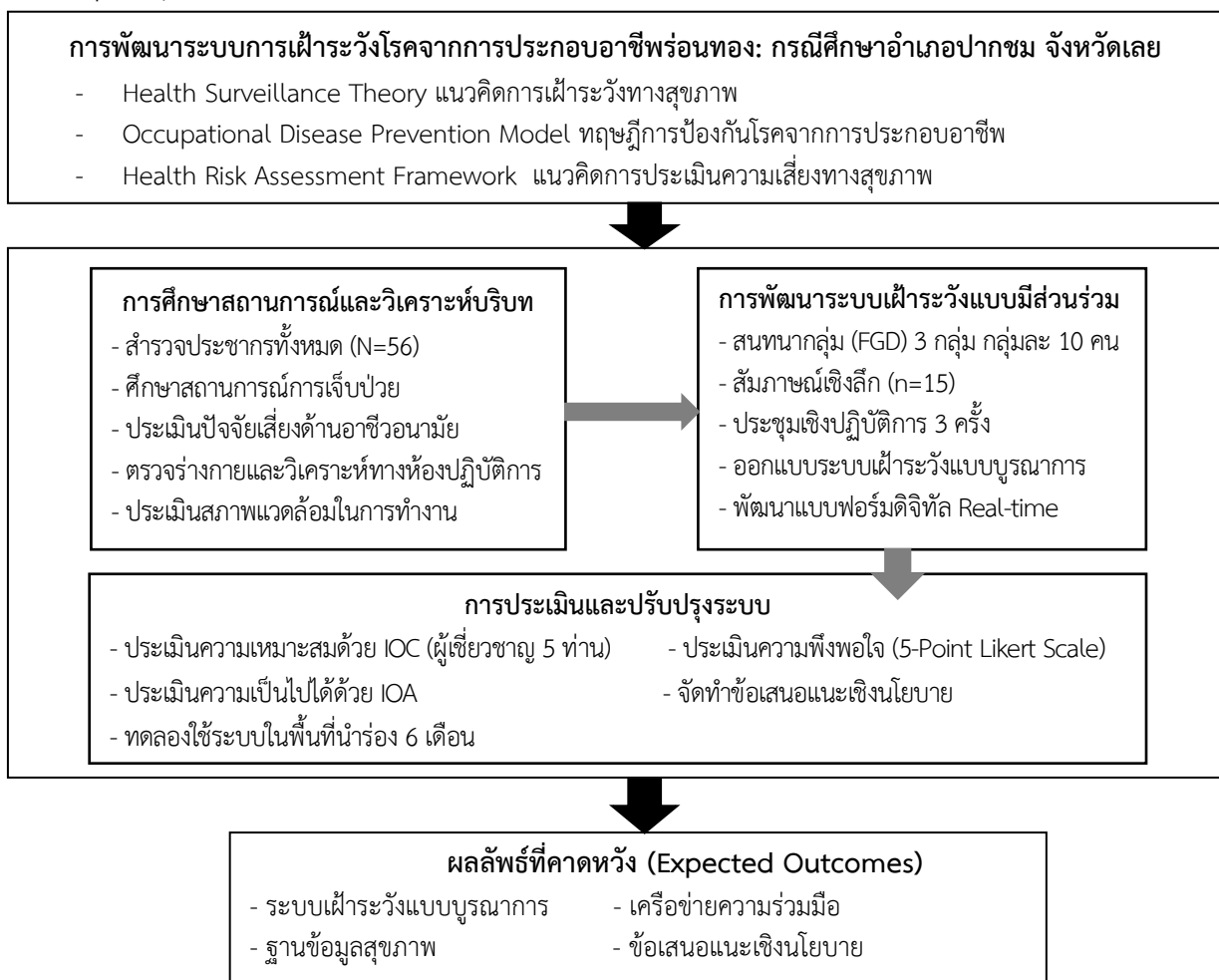
เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง จังหวัดเลย ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีความยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย พฤติกรรมการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทองที่มีการบูรณาการข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อขยายผลระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มอาชีพเสี่ยงอื่นๆ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้บูรณาการแนวคิดการเฝ้าระวังทางสุขภาพ (Health Surveillance Theory) ทฤษฎีการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Disease Prevention Model) และแนวคิดการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Assessment Framework) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาครัฐเครือข่าย (Participatory Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาระบบ (System Development Research) โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานแบบบูรณาการ (Convergent Mixed Methods Design) ซึ่งเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง (Creswell & Plano Clark, 2018) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) (Kemmis et al., 2014) เพื่อให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์บริบท (Situational Analysis Phase) ใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขาด (Cross-sectional Survey) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย พฤติกรรมการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพพร่อนทอง ประกอบด้วย (1) การสำรวจด้วยแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลประชากรศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (2) การตรวจร่างกายและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินสถานะสุขภาพและระดับการสัมผัสสารปรอทและโลหะหนัก และ (3) การประเมินสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานด้วยเครื่องมือวัดมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม (System Development Phase) ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Participatory Research) โดย (1) การสนทนากลุ่ม (FGD) กับผู้ประกอบอาชีพพร่อนทอง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการและแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพที่เหมาะสม (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ทีมสอบสวนโรคระดับอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน และ (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน 3 ครั้ง เพื่อร่วมกันออกแบบและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ระยะที่ 3 การประเมินและปรับปรุงระบบ (Evaluation and Refinement Phase) ประเมินระบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นด้วยวิธีการผสมผสาน โดย (1) การประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องด้วย IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (2) การทดลองใช้ระบบในพื้นที่นำร่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ด้วย IOA (3) การประเมินประสิทธิผลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ และ (4) การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบและภาคีเครือข่าย จากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ก่อนจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการขยายผล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

2.1 ประชากรศึกษา (Study Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ประกอบอาชีพพร่อนทองในพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากชม พ.ศ. 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 56 คน จาก 22 ครัวเรือน กระจาย

อยู่ใน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลปากชม ตำบลหาดคัมภีร์ และตำบลห้วยพิชัย ผู้ประกอบอาชีพร่อนทองในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักและร่อนทองเป็นอาชีพเสริม โดยมีลักษณะการทำงานแบบครอบครัวและส่งต่อความรู้จากรุ่นสู่รุ่น

2.2 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (Quantitative Sample)

เนื่องจากประชากรมีจำนวนจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงใช้วิธีการสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Survey) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบอาชีพร่อนทองทั้งหมด จำนวน 56 คน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของ Krejcie and Morgan (1970) ที่แนะนำว่าหากประชากรมีจำนวนน้อย ($N < 100$) ควรสำรวจประชากรทั้งหมดเพื่อความแม่นยำของข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ประกอบอาชีพร่อนทองในพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์การทำงานในการร่อนทองอย่างน้อย 1 ปี
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และมีสภาพร่างกายที่พร้อมให้สัมภาษณ์
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือมีโรคประจำตัวที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) ไม่สามารถติดต่อได้หรือไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล
- 3) ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างการดำเนินการ

2.3 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ (Qualitative Sample)

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ และความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ จนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มสนทนา (Focus Group Discussion) จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่
 - กลุ่มที่ 1: ผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง จำนวน 10 คน
 - กลุ่มที่ 2: ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน
 - กลุ่มที่ 3: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 10 คน
- 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จำนวน 15 คน ได้แก่
 - ทีมสอบสวนโรคระดับอำเภอ จำนวน 5 คน
 - นักวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด จำนวน 5 คน
 - ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน
- 3) กลุ่มเป้าหมายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จำนวน 3 ครั้ง
 - ผู้แทนจากทุกภาคส่วน รวมประมาณ 40 คนต่อครั้ง ประกอบด้วย ผู้ประกอบอาชีพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ และผู้บริหารท้องถิ่น

2.4 ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ (Expert Panel)

คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตามเกณฑ์ของ Rovinelli and Hambleton (1977) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยและประเมินความเหมาะสมของระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญต้องมีคุณสมบัติดังนี้ (1) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ อาชีวอนามัย หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง (2) มีประสบการณ์การทำงานด้านอาชีวอนามัยหรือการเฝ้าระวังโรคอย่างน้อย 5 ปี และ (3) มีผลงานวิจัยหรือบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ (Quantitative Instruments)

1) แบบสอบถามเพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีวอนามัย ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับใช้จากแบบสอบถามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 5 ส่วน รวม 45 ข้อ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ (2) พฤติกรรมการทำงาน 12 ข้อ (3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล 8 ข้อ (4) ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพ ร่อนทอง 10 ข้อ และ (5) ประวัติการเจ็บป่วยและอาการทางคลินิก 7 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับสำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและแบบเลือกตอบสำหรับความรู้

2) แบบบันทึกการตรวจร่างกายและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พัฒนาจากแบบฟอร์มมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย (1) การตรวจสัญญาณชีพ (2) การตรวจระบบต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารปรอท ได้แก่ ระบบประสาท ระบบไต และระบบทางเดินหายใจ และ (3) การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับสารปรอทในเลือดและปัสสาวะตามมาตรฐาน ACGIH และการตรวจหน้าที่ไตพื้นฐาน โดยดำเนินการตรวจโดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

3) แบบประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน ปรับใช้จาก WHO Guidelines for Indoor Air Quality และแนวทางของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ครอบคลุม 4 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะทางกายภาพของสถานที่ทำงาน (2) การวัดระดับไอปรอทด้วยเครื่อง Mercury Vapor Analyzer ตามมาตรฐาน NIOSH Method 6009 (3) ระดับฝุ่นละออง PM2.5 และ PM10 และ (4) ปัจจัยกายภาพอื่นๆ โดยวัดด้วยเครื่องมือที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน

3.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ (Qualitative Instruments)

1) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม พัฒนาตามแนวคิดของ Krueger and Casey (2015) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ คำถามเปิดเรื่อง คำถามนำเข้าสู่ประเด็น คำถามหลัก คำถามเจาะลึก และคำถามสรุป ใช้เวลาประมาณ 90-120 นาทีต่อกลุ่ม มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ

2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาแนวคำถามแบบเปิดตามหลักการของ Patton (2015) แบ่งตามกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ 3 กลุ่ม ได้แก่ ทีมสอบสวนโรค นักวิชาการสาธารณสุข และผู้บริหารท้องถิ่น ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ

3.3 เครื่องมือในการประเมินระบบ (Evaluation Instruments)

1) แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) พัฒนาตามแนวทางของ Rovinelli and Hambleton (1977) ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องโดยให้คะแนน 3 ระดับ (+1 = สอดคล้อง, 0 = ไม่แน่ใจ, -1 = ไม่สอดคล้อง) คำนวณค่าเฉลี่ยจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน กำหนดเกณฑ์ $IOC \geq 0.50$ เป็นระดับที่ยอมรับได้

2) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบเฝ้าระวัง พัฒนาตามกรอบการประเมินระบบเฝ้าระวังของ CDC (2001) ครอบคลุม 4 มิติ รวม 30 ข้อ ใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ คำนวณค่า IOA จากสูตร $IOA = \sum X/N$ กำหนดเกณฑ์ $IOA \geq 0.80$ เป็นระดับที่ยอมรับได้

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวัง พัฒนาจากแนวคิด SERVQUAL ของ Parasuraman et al. (1988) ครอบคลุม 5 มิติ รวม 23 ข้อ ใช้มาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมาย 4.51-5.00 = พึงพอใจมากที่สุด, 3.51-4.50 = พึงพอใจมาก, 2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง, 1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย และ 1.00-1.50 = พึงพอใจน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Quality Control)

4.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของภาษา และความเหมาะสมของเนื้อหา คำนวณค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า $IOC \geq 0.50$ สำหรับแบบสอบถามและเครื่องมือเชิงปริมาณ นำข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของคำถาม ความครอบคลุมของประเด็น และความเป็นกลางของถ้อยคำ

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Try-out) กับกลุ่มผู้ประกอบอาชีพร่อนทองในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.70 ถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally & Bernstein, 1994) สำหรับเครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing)

4.3 การปรับปรุงเครื่องมือ (Instrument Refinement) หลังจากการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่น นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงเครื่องมือ โดย (1) ตัดข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 หรือมีค่าสหสัมพันธ์กับคะแนนรวมต่ำกว่า 0.30 (2) ปรับปรุงถ้อยคำให้ชัดเจนและเข้าใจง่ายตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผลการทดลองใช้ (3) ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่นโดยผู้นำชุมชน และ (4) จัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือสำหรับผู้เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งจัดอบรมผู้เก็บข้อมูลเพื่อให้เข้าใจการใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 12 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะตามลำดับ ดังนี้

5.1 การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล (Preparation Phase)

ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่ โดย (1) ขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากชมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอความร่วมมือ (2) ประสานงานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) อบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 8 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน และพยาบาลวิชาชีพ 4 คน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เทคนิคการเก็บข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย (4) ทดสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน และ (5) จัดเตรียมเอกสาร Informed Consent และเอกสารประกอบการเก็บข้อมูล

5.2 การเก็บข้อมูลระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์บริบท (เดือน 1-3)

ผู้วิจัยและทีมลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในพื้นที่ 3 ตำบล แบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ (1) การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบผู้ประกอบอาชีพร่อนทองที่บ้านหรือสถานที่ทำงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม จากนั้นให้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน (2) การตรวจร่างกายและเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ จัดขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง โดยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพทำการตรวจสัญญาณชีพ ตรวจระบบต่างๆ และเจาะเลือด/เก็บปัสสาวะเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ และ (3) การประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน ลงพื้นที่สถานที่ทำงานจำนวน 22 จุด เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและวัดระดับสารเคมีด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

5.3 การเก็บข้อมูลระยะที่ 2: การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม (เดือน 4-9)

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย (1) การสนทนากลุ่ม จัดทำ 3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง กลุ่มละ 10 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง กลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล (2) การสัมภาษณ์เชิงลึก กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 15 คน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ และ (3) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วนจำนวน 40 คน เพื่อระดมความคิดเห็นพัฒนารายละเอียด และปรับปรุงระบบ

5.4 การเก็บข้อมูลระยะที่ 3: การประเมินและปรับปรุงระบบ (เดือน 10-12)

ดำเนินการประเมินระบบที่พัฒนาขึ้น โดย (1) ส่งแบบประเมิน IOC ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณาและให้คะแนนภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะ (2) ทดลองใช้ระบบในพื้นที่นำร่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยติดตามการดำเนินงานและประเมิน IOA (3) เก็บข้อมูลความพึงพอใจจากผู้ใช้ระบบและภาคีเครือข่าย พร้อมเปรียบเทียบประสิทธิผล และ (4) จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ตามลำดับขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลสถานการณ์และพฤติกรรมเสี่ยง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป สถานการณ์สุขภาพ และ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง นำเสนอในรูปแบบตารางและกราฟ

2) การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์โดยคำนวณค่า IOC และ IOA จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 คน โดยใช้เกณฑ์การตัดสิน ≥ 0.70 เป็นระดับที่ยอมรับได้

3) การประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาจากแบบประเมิน 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ $4.51-5.00$ = มากที่สุด, $3.51-4.50$ = มาก, $2.51-3.50$ = ปานกลาง, $1.51-2.50$ = น้อย และ $1.00-1.50$ = น้อยที่สุด

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การวิเคราะห์เนื้อหา ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Braun and Clarke (2006) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน

2) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ใช้เทคนิค Triangulation ประกอบด้วย การตรวจสอบแหล่งข้อมูล การตรวจสอบวิธีการ การตรวจสอบโดยผู้ร่วมวิจัย และ Member Checking เพื่อยืนยันความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

6.3 การบูรณาการข้อมูล

วิเคราะห์แบบผสมผสาน โดยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาเสริมซึ่งกันและกัน ข้อมูลเชิงปริมาณใช้อธิบายขนาดและขอบเขตของปัญหา ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้อธิบายบริบทและความหมายเชิงลึก

6.4 โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้โปรแกรม NVivo 14 ช่วยในการจัดระเบียบและวิเคราะห์ข้อความ การสร้างรหัส และการจัดหมวดหมู่ประเด็นหลัก

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 057/2568 ลงวันที่ 17 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพร่อนทอง

การศึกษาในผู้ประกอบอาชีพร่อนทองทั้งหมด 56 คน จาก 22 ครัวเรือน ในพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย พบว่าผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.29 มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี (SD = 11.42) จบการศึกษา

ระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.43 และประกอบอาชีพร่อนทองเป็นอาชีพเสริมควบคู่กับการเกษตรกรรม โดยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 18.5 ปี

ด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่าร้อยละ 73.21 ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องอันตรายจากโรคพิษปรอท แม้อ้อยละ 95.24 ใช้สารปรอทในการจับทอง แต่มีเพียงร้อยละ 80.36 ที่ใช้หน้ากากป้องกันสารเคมี ร้อยละ 44.64 สวมกางเกงขายาวขณะทำงาน และมีเพียงร้อยละ 36.31 ที่จัดเก็บสารปรอทอย่างปลอดภัย สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพยังอยู่ในระดับต่ำ

ผลการตรวจสอบสุขภาพพบอาการผิดปกติที่สัมพันธ์กับการสัมผัสสารปรอท ได้แก่ อาการชาปลายมือ ปลายเท้าร้อยละ 28.57 ปวดศีรษะเรื้อรังร้อยละ 23.21 มือสั่นร้อยละ 17.86 และมีปัญหาด้านความจำร้อยละ 14.29 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 42.86 มีอาการปวดหลังและกล้ามเนื้อจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การวัดค่าสารปรอทในสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงานพบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.032 mg/m^3 ซึ่งยังไม่เกินค่ามาตรฐาน (0.05 mg/m^3) แต่มีบางจุดที่มีค่าสูงถึง 0.048 mg/m^3

การวิเคราะห์ระบบการเฝ้าระวังเดิม พบว่าหน่วยงานท้องถิ่นยังขาดแผนยุทธศาสตร์เฉพาะด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง ไม่มีฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบอาชีพที่เป็นระบบ และขาดกลไกการวิเคราะห์และสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการเชิงรุกในการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างทันทั่วถึง

2. ผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพร่อนทอง

จากกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมผ่านการสนทนากลุ่ม (FGD) 3 ครั้ง การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 15 คน ประกอบด้วยแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้บริหาร อปท. ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง รวมถึงการจัดเวิร์กช็อป 3 ครั้ง ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) การกำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตที่ชัดเจน กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ โรคระบบประสาทจากพิษปรอท โรคไตจากพิษปรอท และโรคระบบทางเดินหายใจจากการสูดดมไอปรอท พร้อมทั้งกำหนดนิยามผู้ป่วย เกณฑ์การคัดกรอง และขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน

2) ระบบการจัดการข้อมูลแบบ Real-time พัฒนาแบบฟอร์มดิจิทัลสำหรับการรายงานข้อมูลผ่าน Google Forms ร่วมกับการออกแบบฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบอาชีพที่เชื่อมโยงกับข้อมูลสุขภาพ โดยมี อสม. เป็นผู้รายงานข้อมูลระดับชุมชน

3) การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายเดือน ประเมินแนวโน้มสถานการณ์ และกำหนดมาตรการตอบโต้เมื่อพบความผิดปกติ

4) การสื่อสารข้อมูลแบบสองทาง พัฒนาช่องทางการสื่อสารผ่านการประชุมหมู่บ้านรายเดือน กลุ่ม LINE ของเครือข่าย และการจัดทำรายงานสถานการณ์รายไตรมาสเพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน

3. ผลการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคที่พัฒนาขึ้น

หลังจากการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพร่อนทอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนาขึ้นใน 2 ด้านหลัก ได้แก่ การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นักวิชาการสิ่งแวดล้อม และผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ผลการประเมินแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของระบบการเฝ้าระวังโรคโดยผู้เชี่ยวชาญ

ตัวชี้วัดการประเมิน	ค่าดัชนี	ระดับการยอมรับ	การแปลผล
ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC)	0.82	> 0.70	ยอมรับได้
ค่าดัชนีการบรรลุวัตถุประสงค์ (Index of Objective Achievement: IOA)	0.89	> 0.70	ยอมรับได้

จากตารางที่ 1 พบว่าระบบการเฝ้าระวังโรคที่พัฒนาขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82 และค่าดัชนีการบรรลุวัตถุประสงค์ (IOA) เท่ากับ 0.89 ซึ่งทั้งสองค่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (> 0.70) แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีองค์ประกอบที่ครบถ้วน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในบริบทของพื้นที่

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ

การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการเฝ้าระวังโรค ดำเนินการโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-Point Likert Scale) ประกอบด้วย ระดับ 5 = มากที่สุด, ระดับ 4 = มาก, ระดับ 3 = ปานกลาง, ระดับ 2 = น้อย และระดับ 1 = น้อยที่สุด กลุ่มผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 28 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ประกอบการอาชีพร่อนทอง ผลการประเมินแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการเฝ้าระวังโรค (n = 28)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านความสะดวกในการใช้งาน	4.68	0.42	มากที่สุด
2. ด้านการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วและทันสถานการณ์	4.54	0.51	มากที่สุด
3. ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	4.46	0.52	มาก
4. ด้านความครอบคลุมของข้อมูลสุขภาพ	4.39	0.56	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.52	0.48	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้งานระบบการเฝ้าระวังโรคอยู่ในระดับ "มากที่สุด" ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.48$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความสะดวกในการใช้งานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.42$) รองลงมาได้แก่ ด้านการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วและทันสถานการณ์ ($\bar{x} = 4.54$, $SD = 0.51$) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.52$) และด้านความครอบคลุมของข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.56$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การกระจายของระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบ (n = 28)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด (4.51-5.00)	18	64.3
มาก (3.51-4.50)	8	28.6
ปานกลาง (2.51-3.50)	2	7.1
น้อย (1.51-2.50)	0	0.0
น้อยที่สุด (1.00-1.50)	0	0.0
รวม	28	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่าร้อยละ 92.9 ของผู้ใช้งานให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ "มาก" ถึง "มากที่สุด" (ร้อยละ 64.3 และ 28.6 ตามลำดับ) มีเพียงร้อยละ 7.1 เท่านั้นที่ให้คะแนนในระดับ "ปานกลาง" และไม่มีผู้ใช้งานให้คะแนนในระดับ "น้อย" หรือ "น้อยที่สุด"

3.3 ความพร้อมในการสนับสนุนและการสร้างความยั่งยืน

นอกเหนือจากการประเมินคุณภาพระบบและความพึงพอใจของผู้ใช้งานแล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการสนับสนุนและความยั่งยืนของระบบ ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการบรรจุแผนการเฝ้าระวังโรคจากอาชีพเสี่ยงลงในแผนปฏิบัติการประจำปี พร้อมทั้งมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังและการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบเฝ้าระวังในระยะยาว

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสัมผัสสารปรอท

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประกอบอาชีพร่อนทองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (56.71 ปี) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอาชีพนี้เป็นอาชีพเสริมในครัวเรือนที่สืบทอดกันมานานในกลุ่มผู้สูงอายุ สิ่งที่น่ากังวลคือ ร้อยละ 73.21 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับความรู้เรื่องอันตรายจากโรคพิษปรอท ประกอบกับพบว่ามีร้อยละ 95.24 มีการใช้สารปรอทในกระบวนการจับทอง และร้อยละ 95.83 เก็บสารปรอทไว้ภายในบ้านพักอาศัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวิชัย เอกพลากร และคณะ (2563) ที่พบว่าผู้ประกอบอาชีพร่อนทองมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโลหะหนักจากการขาดความรู้และการป้องกันตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodriguez et al. (2021) ในประเทศเปรูที่รายงานว่าผู้ประกอบอาชีพเหมืองทองขนาดเล็กมีความเสี่ยง

ต่อการได้รับสารโปรตีนในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม การวิเคราะห์ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่า "ช่องว่างทางความรู้" (Knowledge Gap) เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ต่ำ เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง (Perceived Susceptibility) ส่งผลให้ไม่เห็นความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการสวมใส่กางเกงขายาวและการชำระล้างร่างกายทันทีหลังทำงาน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุที่ค่อนข้างสูงอาจส่งผลกระทบต่อความเปราะบางทางสุขภาพและความเสี่ยงต่อการสะสมสารพิษในร่างกายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Grandjean and Bellanger (2017) ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุมีความไวต่อการเกิดพิษจากสารเคมีมากกว่ากลุ่มอื่น

2. ประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังโรคแบบมีส่วนร่วม

ระบบเฝ้าระวังโรคที่พัฒนาขึ้นได้รับค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.82 และดัชนีการบรรลุวัตถุประสงค์ (IOA) 0.89 รวมถึงคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เป็นเครื่องยืนยันความเหมาะสมและความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้จริง ความสำเร็จนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibb and O'Leary (2014) ที่พบว่าระบบเฝ้าระวังสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเหมืองแร่ขนาดเล็กควรครอบคลุมทั้งการคัดกรองความเสี่ยง การตรวจวัดสารพิษ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนสอดคล้องกับวิชา เงินอก (2562) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

การที่ระบบมีประสิทธิภาพสูงนั้น อธิบายได้จากหลายปัจจัย ประการแรก การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ช่วยให้ภาคีเครือข่ายทั้ง อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในทุกขั้นตอน สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และความรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเฝ้าระวังทางสุขภาพของ Thacker and Berkelman (1988) ที่เน้นความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงข้อมูลสู่การดำเนินการ ประการที่สอง การนำเทคโนโลยีแบบฟอร์มดิจิทัลและกลุ่ม LINE มาใช้ ช่วยให้การจัดการข้อมูลมีความรวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ (Real-time) ลดข้อจำกัดของระบบรายงานแบบเดิมที่ล่าช้าและไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบ สอดคล้องกับ Park และคณะ (2018) ที่เสนอว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มความไวและความรวดเร็วในการตรวจจับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การที่ระบบสามารถเปลี่ยนจากแบบ "ตั้งรับ" เป็นแบบ "เชิงรุก" ได้สำเร็จ มีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญคือการบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งช่วยให้เกิดการมองเห็นภาพรวมและสามารถติดตามผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงได้อย่างครบถ้วน สอดคล้องกับแนวคิดของมานพ ศรีสุข (2564) และ Schulte และคณะ (2012) ที่เน้นความสำคัญของการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่งในการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ

3. ความยั่งยืนและการบูรณาการเชิงนโยบาย

ประเด็นสำคัญที่พบคือการขาดแผนยุทธศาสตร์และฐานข้อมูลผู้ประกอบอาชีพที่เป็นระบบในเบื้องต้น แต่หลังการพัฒนาเฝ้าระวัง พบว่าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มให้ความสำคัญและมีแนวโน้มจะบรรจุแผนเฝ้าระวังลงในแผนปฏิบัติราชการประจำปี การเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความยั่งยืน (Sustainability) ตามแนวทางของพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. 2562 และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ ความสำเร็จในการสร้างความยั่งยืนนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Wallerstein and

Duran (2016) ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน นอกจากนี้ การที่ระบบสามารถเชื่อมโยงภารกิจปกติของการควบคุมโรคในพื้นที่เข้ากับกิจกรรมการเฝ้าระวังเฉพาะทางได้อย่างกลมกลืน ช่วยลดภาระงานส่วนเกินและเพิ่มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Baker และคณะ (2020) และ Yano and Phanthunane (2021) ที่เสนอแนวทางการบูรณาการงานอาชีวอนามัยเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านรายได้และการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่มีคุณภาพซึ่งยังเป็นอุปสรรคสำคัญซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการมีนโยบายสนับสนุนในระดับจังหวัดและระดับชาติ โดยเฉพาะการสนับสนุนเทคโนโลยีทางเลือกที่ปลอดภัยและมีต้นทุนต่ำสำหรับชุมชน สอดคล้องกับ Esdaile and Chalker (2018) ที่เสนอว่ายุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การเข้าถึงเทคโนโลยีทางเลือก และการมีส่วนร่วมของชุมชน

สรุปผลการศึกษา

ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพเป็นกลไกสำคัญในการติดตามและควบคุมโรคจากการทำงานซึ่งต้องอาศัยการประเมิน บูรณาการเทคโนโลยี และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการประมงน้ำจืด อำเภอกุดชุมหะ จังหวัดเลย พบว่าวิถีชีวิตการทำงานดั้งเดิมมีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง การดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในการใช้ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) เพื่อความปลอดภัยของตนเองและสังคม โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ผู้นำชุมชน จนถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ควรบูรณาการกิจกรรมเฝ้าระวังเฉพาะทางเข้ากับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมโรคในพื้นที่ พร้อมทั้งกำหนดแผนการปรับปรุงระบบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การตอบสนองต่อสถานการณ์โรคมีความแม่นยำและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรมีการพัฒนานโยบายสนับสนุนในระดับจังหวัดและระดับชาติเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
- 2) ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางเลือกที่ปลอดภัยและสนับสนุนการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่มีคุณภาพ
- 3) ควรบูรณาการแผนเฝ้าระวังเข้ากับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

- 2) ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิภาพต่อการลดอุบัติการณ์โรค
- 3) ควรพัฒนาเครื่องมือการตรวจวัดระดับสารปรอทที่ง่ายและประหยัดสำหรับใช้ในชุมชน

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน
- 2) ควรศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลเชิงเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน
- 3) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบอาชีพ โดยรวมการตรวจวัดระดับสารพิษในร่างกายประกอบด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม .
กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.
<http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/902>
- กระทรวงแรงงาน. (2565). แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566-2570) . กระทรวงแรงงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 .
กระทรวงสาธารณสุข.
- มานพ ศรีสุข. (2564). การศึกษาระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัด
เชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน , 7 (2), 45-58.
- สมชาย ใจดี, วิภา สุขสันต์, และสุรัช แก้วดี. (2564). การประเมินสถานการณ์สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
ร่อนทองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา , 19 (1), 112-128.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ
ที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) . สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้ประกอบอาชีพร่อนทอง อำเภอปาก
ชม จังหวัดเลย . สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
ประจำปี 2565 . กรมควบคุมโรค.
- วิชัย เอกพลากร, สุนันทา จันทร์เพ็ญ, และปิยะ ทองคำ. (2563). ความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
ร่อนทองจากการสัมผัสสารปรอท. วารสารวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม , 16 (3), 234-247.
- Acharya, S., Poudel, K. C., & Jimba, M. (2021). Occupational health hazards among artisanal
and small-scale gold miners in Nepal. International Journal of Environmental
Research and Public Health , 18 (4), 1841. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041841>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in
Psychology , 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Updated guidelines for evaluating public
health surveillance systems: Recommendations from the Guidelines Working Group .
Morbidity and Mortality Weekly Report , 50 (RR-13), 1-35.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods
research (3rd ed.). SAGE Publications.

- Esdaile, L. J., & Chalker, J. M. (2018). The mercury problem in artisanal and small-scale gold mining. *Chemistry: A European Journal* , 24 (27), 6905-6916.
<https://doi.org/10.1002/chem.201704840>
- Gibb, H., & O'Leary, K. G. (2023). Mercury exposure and health impacts among artisanal and small-scale gold miners: A systematic review. *Environmental Research* , 218 , 115041. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.115041>
- Grandjean, P., & Bellanger, M. (2017). Calculation of the disease burden associated with environmental chemical exposures: Application of toxicological information in health economic estimation. *Environmental Health* , 16 (1), 123.
<https://doi.org/10.1186/s12940-017-0340-3>
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical participatory action research* . Springer.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* , 30 (3), 607-610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* . SAGE Publications.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* , 64 (1), 12-40.
- Park, J., Kwon, Y. S., & Kim, Y. (2018). The application of digital technology in public health surveillance systems: A systematic review. *Journal of Medical Systems* , 42 (11), 214.
<https://doi.org/10.1007/s10916-018-1074-8>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE Publications.
- Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., Technical Advisory Group, Descatha, A., Driscoll, T., Fischer, F. M., Godderis, L., Kiiver, H. M., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Sørensen, K., & Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000-2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of

- Disease and Injury. *Environment International* , 154 , 106595.
<https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>
- Rodriguez, J., Wylie, S., & Gutierrez, M. (2021). Mercury exposure and health effects among artisanal gold miners in Peru: A cross-sectional study. *Environmental Health Perspectives* , 129 (7), 077008. <https://doi.org/10.1289/EHP8081>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research* , 2 , 49-60.
- Saunders, G. H., Griest, S. E., Frederick, M. T., Fausti, S. A., Porsov, E., Reavis, K. M., Ruffin, C. V., & Smith, S. L. (2020). Hearing loss and noise exposure in artisanal and small-scale gold miners. *American Journal of Industrial Medicine* , 63 (4), 299-309.
<https://doi.org/10.1002/ajim.23084>
- Schulte, P. A., Geraci, C. L., Zumwalde, R. D., Hoover, M. D., & Kuempel, E. D. (2012). Occupational risk management of engineered nanoparticles. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene* , 9 (7), 422-433.
<https://doi.org/10.1080/15459624.2012.690935>
- Thacker, S. B., & Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews* , 10 , 164-190.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036021>
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2016). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice* , 7 (3), 312-323.
<https://doi.org/10.1177/1524839906289376>
- World Health Organization. (2022). Occupational health: Health workers .
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- Yano, E., & Phanthunane, P. (2021). Integration of occupational health services into primary health care in Southeast Asia. *Industrial Health* , 59 (3), 155-162.
<https://doi.org/10.2486/indhealth.2020-0243>

The development of maternity nursing care model for antepartum
intrapartum and postpartum mothers in the delivery room, Chiangkhan hospital.

Kannika Una

Chiang khan Hospita, Loei Province

Abstract

Effective maternal care during the antepartum, intrapartum, and postpartum periods is essential for ensuring the safety of both mothers and newborns. According to the statistics of Chiang Khan Hospital from 2021 to 2023, several complications were identified, including 2-3 cases of delivery on the waiting bed per year, neonatal asphyxia rates ranging from 8.41% to 33.11%, postpartum hemorrhage rates of 2.54% to 6.15%, and referral rates of mothers in the first stage of labor who delivered normal labor at the referral hospital ranging from 21.42% to 31.25%. This study aimed to develop a maternal care model for the antepartum, intrapartum, and postpartum periods in the delivery room at Chiang Khan Hospital. This action research employed purposive sampling. The sample consisted of 68 mothers who delivered vaginally and 22 healthcare personnel working in the maternal care unit between October 2024 and August 2025. Research instruments included the developed maternal care model, data recording forms, a labor pain coping questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results The developed maternal care model comprised three phases: (1) the antepartum phase, utilizing Partograph for risk screening and educating mothers and relatives on slow deep breathing techniques and uterine massage; (2) the intrapartum phase, implementing the ATM (Assessment-Team preparation-Management) guidelines with fetal heart rate monitoring every 5-10 minutes; and (3) the postpartum phase, performing uterine massage every 15 minutes during the first two hours using an innovative loudspeaker reminder system. Following implementation, no cases of delivery on the waiting bed or neonatal asphyxia were observed. The referral rate decreased to 26.47%. The most frequently used labor pain coping method was slow deep breathing (80.88%). Maternal satisfaction was rated at the highest level for both the antepartum and intrapartum periods (Mean = 4.54, SD = 0.05) and the postpartum period (Mean = 4.59, SD = 0.04).

Conclusion The developed maternal care model effectively reduced the incidence of complications, enhanced mothers' labor pain coping skills, and increased client satisfaction.

Keywords: maternal care, antepartum, intrapartum, postpartum, community hospital

**Corresponding Author: kannikauma@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน

กรรณิการ์ อนุา
โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก จากสถิติโรงพยาบาลเชียงคาน ปี 2564 - 2566 พบปัญหาการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด 2-3 รายต่อปี ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดร้อยละ 8.41-33.11 ต่อ 1,000 ภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 2.54-6.15 และการส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายร้อยละ 21.42-31.25 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด (ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยง สอนการหายใจเข้าลึกและคลึงมดลูก) ระยะคลอด (ใช้แนวปฏิบัติ ATM ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที) และระยะหลังคลอด (คลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือน) ภายหลังการใช้รูปแบบ ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดและไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด อุบัติการณ์การส่งต่อลดลงเหลือร้อยละ 26.47 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก (ร้อยละ 80.88) และมารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุดทั้งระยะรอคลอดและระยะคลอด (Mean = 4.54, SD = 0.05) และระยะหลังคลอด (Mean = 4.59, SD = 0.04)

สรุป รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน เพิ่มทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การดูแลมารดา, ระยะรอคลอด, ระยะคลอด, ระยะหลังคลอด, โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

การคลอดบุตรเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดจำเป็นต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้กระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างปลอดภัย โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการ (นวรรตน์ ไชยมภู และศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ, 2561) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยให้ความสำคัญลำดับแรกแก่กลุ่มสตรีและเด็ก 0-5 ปี ซึ่งมีตัวชี้วัดสำคัญคืออัตราการตายมารดาและพัฒนาการสมวัยของเด็ก นอกจากนี้ กรมอนามัยยังได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีระบบบริการที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 5 ปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บช่องคลอด และการติดเชื้อ ในส่วนของทารกแรกเกิดอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอด การมีเลือดออกในสมอง ภาวะเลือดข้นและการติดเชื้อ การคลอดบนเตียงมักพบในผู้คลอดครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรกหรือผู้ที่มีประวัติคลอดเร็วในครรภ์ที่ผ่านมา (ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ และคณะ, 2562) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้สูง และเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลมารดาและทารกในโรงพยาบาล โดยการประเมินสถานะของทารกแรกเกิดใช้ค่าคะแนน Apgar score ในการประเมินที่นาทีที่ 1, 5 และ 10 ซึ่งการวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดคือค่า Apgar score ที่นาทีที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (จิรย์พล ไทยานันท์, 2565)

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดา พบว่าเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 3 ถึง 25 ของการคลอด โดยการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ประมาณร้อยละ 93 (นิตยา สีนสุกใส, 2560) จากสถานการณ์ปี 2564 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศอยู่ที่ 34.68 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดมี 5 สาเหตุ (5T) ได้แก่ Tone คือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด Tissue คือการมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อค้าง Thrombin คือความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด และ Traction คือการเกิดมดลูกปลิ้น (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2563) วิธีการที่ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยในระยะรอคลอดควรมีการสอนและสาธิตการคลึงมดลูกหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดให้แก่ผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า การจัดทำศีรษะสูง และการลดปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวดสัมผัส การหายใจ เป็นต้น ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดแนะนำให้มารดาคลึงมดลูกทุก 15 นาที แต่หากมารดา

หลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าจากการคลอดทำให้ไม่สามารถคลึงมดลูกได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนดูแลจากญาติ โดยสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดและญาติมีทักษะในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (หทัยกาญจน์ ถาวรสุข และคณะ, 2565) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลมารดาจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญในการประเมินปัจจัยเสี่ยง มีการประเมินได้รวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน (เพิ่มศักดิ์ สุขเมศรี, 2560)

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลเชียงคานตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 พบว่า อุบัติการณ์การส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor และคลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในปี 2564 จำนวน 14 ราย คลอด Normal labor 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.42 ปี 2565 จำนวน 17 ราย คลอด Normal labor 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.52 และปี 2566 จำนวน 16 ราย คลอด Normal labor 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25 ตามลำดับ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในปี 2564 จำนวน 3 ราย คิดเป็น 15.38 ต่อ 1,000 ปี 2565 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 8.41 ต่อ 1,000 และปี 2566 จำนวน 5 ราย คิดเป็น 33.11 ต่อ 1,000 ตามลำดับ การคลอดบนเตียงในห้องคลอดในปี 2564 จำนวน 2 ราย ปี 2565 จำนวน 3 ราย และปี 2566 จำนวน 3 ราย ตามลำดับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในปี 2564 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 ปี 2565 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.54 และปี 2566 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.97 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงคาน, 2567) จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน พบว่า รูปแบบการดูแลเดิมแม้จะมีการให้คำแนะนำทั่วไป และมีคำสั่งการพยาบาลที่กำหนดขอบเขตหน้าที่ไว้แล้ว แต่ยังขาดความเป็นระบบและความชัดเจนในทางปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อคุณภาพและความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกคลอด การดำเนินการคลอดที่ผิดพลาดจากการประเมินด้วย Partograph ยังใช้ในรูปแบบเดิมที่อาจไม่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน นอกจากนี้ ในบริบทที่มีการหมุนเวียนบุคลากรและใช้อัตรากำลังร่วมกันระหว่างห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน ทำให้การดูแลมารดาขาดความต่อเนื่องและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้มีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎีจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ในเชิงปฏิบัติรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นรูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐานและเป็นระบบ ครอบคลุมการดูแลมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด โดยมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีรายการตรวจสอบ (Checklist) สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล นอกจากนี้ ยังส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของมารดาและญาติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเจ็บครรภ์ เช่น การหายใจเข้าลึก การนวดสัมผัส และการคลึงมดลูกหลังคลอด รูปแบบการดูแลนี้มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างชัดเจน ได้แก่ การคลอดบนเตียงในห้องคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด โดยใช้เครื่องมือและ

แนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การใช้ Partograph การติดตามประเมินภาวะมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง และการคลั่งมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพร้อมระบบเตือน ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้คลอด อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีคู่มือและแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สามารถใช้เป็นแนวทางอ้างอิงในการปฏิบัติงานจริง ทำให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา ประเมินอาการผิดปกติ และให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของมารดาและทารกแรกคลอด

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย เพื่อลดอุบัติการณ์การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และลดอุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกคลอดของโรงพยาบาลเชียงคานอย่างยั่งยืน ส่งผลต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวม เพิ่มความมั่นใจของผู้คลอดต่อระบบบริการ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียนหรือการฟ้องร้องทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดลดลง
2. อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง
3. อุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดลดลง
4. อุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับ มาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารก ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family-Centered Care) ในการส่งเสริมบทบาทของมารดาและญาติในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่มีความเป็นระบบ มีรายการตรวจสอบ (Checklist) ที่ชัดเจน และมีการใช้เครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น Partograph ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกคลอด จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (Quasi-experimental research: One group pretest-posttest design) โดยมีกรอบการดำเนินงาน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน โดยการทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development Phase) พัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด โดยบูรณาการแนวทางการดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยการยกร่างรูปแบบ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้เบื้องต้น

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) มารดาที่มากลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
- 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลเชียงคาน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งตามระยะของการวิจัย ได้แก่

ระยะที่ 1 ทบทวนเวชระเบียนมารดาที่คลอดบุตร ปี 2564-2566 ระยะที่ 2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และระยะที่ 3 มารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มมารดา ได้แก่ มารดาที่คลอดทางช่องคลอด อายุ 20-34 ปี อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาที่ต้องย้ายโรงพยาบาลแบบฉุกเฉิน ระยะเวลาคลอดเกิน 24 ชั่วโมง และน้ำหนักทารกแรกเกิด $< 2,500$ กรัม หรือ $\geq 4,000$ กรัม

2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มบุคลากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่นระหว่างดำเนินการวิจัย

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) คู่มือการดูแลมารดาตามมาตรฐานครอบคลุม 3 ระยะ (2) Checklist การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลในแต่ละระยะ (3) Partograph สำหรับบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน WHO (4) สื่อการสอนสำหรับมารดาและญาติเกี่ยวกับการหายใจ ช้ำลึก การนวดสัมผัส และการคลึงมดลูกหลังคลอด และ (5) แบบบันทึกการคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพร้อมระบบเสียงลำโพงเตือน

2) **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของมารดา ข้อมูลการคลอด และผลลัพธ์การคลอด (2) แบบประเมิน Apgar score สำหรับประเมินสภาวะทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1, 5 และ 10 (3) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด โดยใช้เกณฑ์การเสียเลือด $\geq 1,000$ มิลลิลิตร หรือมีอาการแสดงของภาวะ Hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (4) แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก ด้านสถิติศาสตร์ และด้านการวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ $IOC \geq 0.50$ ผลการตรวจสอบพบว่า รูปแบบการดูแลมารดามีค่า $IOC = 0.98$ แบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลมีค่า $IOC = 0.93$ แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีค่า $IOC = 0.98$ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $IOC = 0.98$ และแบบบันทึก Obstetrical department labor record มีค่า $IOC = 0.98$

2) **การตรวจสอบความเที่ยง** แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบบันทึกข้อมูลตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กำหนดเกณฑ์ ≥ 0.70 ผลการตรวจสอบพบว่า แบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลมีค่า $\alpha = 0.97$ แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีค่า $\alpha = 0.73$ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $\alpha = 0.97$ และแบบบันทึก Obstetrical department labor record มีค่า $\alpha = 0.98$

3) **การทดลองใช้เครื่องมือ** นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10-15 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนของภาษา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1) **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ECLOEI 063/2567) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน ประสานงานกับหัวหน้างานห้องคลอด และเตรียมเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเวชระเบียนมารดาที่คลอดบุตร ปี 2564-2566 บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน รวบรวมปัจจัยเสี่ยง และวิเคราะห์กระบวนการดูแลเดิม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ยกร่างรูปแบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3-5 คน ทดลองใช้เบื้องต้นในมารดา 10-15 ราย และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (O_1 เป็น X เป็น O_2) โดยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนใช้รูปแบบ (Pretest) อบรมพยาบาลและนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริง (Intervention) ได้แก่ การใช้ Partograph ติดตามความก้าวหน้าการคลอด การสอนการหายใจและคลึงมดลูกแก่มารดาและญาติ การติดตามคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยใช้ระบบเสียงลำโพงเตือน จากนั้นรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ (Posttest) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 11 เดือน (ตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568)

2) การควบคุมคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกวัน ใช้ผู้เก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรม ใช้เครื่องมือและขั้นตอนเดียวกันตลอดการวิจัย และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร้อยละ 10-20

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน และระดับความพึงพอใจ กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้มัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล และ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดและคะแนน Apgar score โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test และ Levene's test หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงจะใช้สถิตินอนพาราเมตริกแทน

3) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ($IOC \geq 0.50$) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ($\alpha \geq 0.70$)

4) เกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 4.51-5.00 = มากที่สุด, 3.51-4.50 = มาก, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 1.51-2.50 = น้อย และ 1.00-1.50 = น้อยที่สุด

2.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 063/2567

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอดจำนวน 22 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 ผลการวิจัยมี ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ได้แก่ (1) ระยะรอคอย: ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยงภายใน 15 นาทีแรก สอนการหายใจเข้าลึกและฝึกคลึงมดลูกให้ผู้คลอดและญาติ ติดตาม Partograph ทุก 30-60 นาที หากอยู่ใต้ Action line รายงานแพทย์ทันที (2) ระยะคลอด: ใช้แนวปฏิบัติ ATM (Assessment-Team preparation-Management) ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที และ (3) ระยะหลังคลอด: คลึงมดลูกทันทีหลังรคลอด ใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือนทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยพยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คนที่ปฏิบัติในห้องคลอดสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของรูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน 4 ด้าน ได้แก่ การคลอดบนเตียงในห้องรคลอด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และการส่งต่อมารดารอคอยในระยะ 1st stage of labor ระหว่างช่วงก่อนการพัฒนา (ปีงบประมาณ 2564-2566) กับช่วงหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น (ตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนพัฒนา (ปี 2564-2566)	หลังพัฒนา (n=68)
1. การคลอดบนเตียงในห้องรคลอด	2-3 ราย/ปี	0 ราย (0%)
2. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด	8.41-33.11%	0 ราย (0%)
3. ภาวะตกเลือดหลังคลอด	2.54-6.15%	5 ราย (7.35%)
4. การส่งต่อมารดา 1st stage ที่คลอด Normal labor	21.42-31.25%	18 ราย (26.47%)

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรคลอด (ร้อยละ 0) ในขณะที่ช่วงก่อนการพัฒนาพบ 2-3 รายต่อปี และไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด (ร้อยละ 0) โดยทารกทุกรายมีค่า Apgar score ที่นาทีที่ 1 มากกว่า 7 ในขณะที่ช่วงก่อนการพัฒนาพบอุบัติการณ์ร้อยละ 8.41-33.11 ต่อ 1,000 สำหรับภาวะตกเลือดหลังคลอดพบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.35 ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนา (ร้อยละ 2.54-6.15) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเฝ้าระวังและคัดกรองที่เข้มงวดมากขึ้นทำให้ตรวจพบได้ครบถ้วนกว่าเดิม อย่างไรก็ตามไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนอุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคอยในระยะ 1st stage of labor พบ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.47 ซึ่งอยู่ในช่วงใกล้เคียงกับก่อนการพัฒนา (ร้อยละ 21.42-31.25) แสดงให้เห็นว่าการส่งต่อยังคงมีความจำเป็นภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน

3. วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา

การศึกษาวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเน้นการสอนและฝึกทักษะการหายใจเข้าลึก การนวดสัมผัส และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ระยะรอคลอด โดยจำแนกวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ วิธีการแสดงพฤติกรรม วิธีการด้านความคิด และวิธีการทางด้านจิตใจ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา (n=68)

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
วิธีการแสดงพฤติกรรม		
1. หายใจช้าๆ ลึกๆ	55	80.88
2. การลูบหน้าท้อง	48	70.59
3. การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง	42	61.76
วิธีการด้านความคิด		
4. บอกตนเองให้อดทน	54	79.41
5. คิดถึงสามี และครอบครัวอยากให้อยู่ใกล้ๆ	53	77.94
6. คิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์	39	57.35
วิธีการทางด้านจิตใจ		
7. จับมือสามี หรือคนในครอบครัว	50	73.53
8. ครางเบาๆ	48	70.59

จากตารางที่ 2 พบว่า วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหายใจช้าๆ ลึกๆ (ร้อยละ 80.88) การบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 79.41) และการคิดถึงสามีและครอบครัวอยากให้อยู่ใกล้ๆ (ร้อยละ 77.94) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามประเภทของวิธีการเผชิญความเจ็บปวด พบว่า วิธีการแสดงพฤติกรรม ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจช้าๆ ลึกๆ (ร้อยละ 80.88) รองลงมาคือการลูบหน้าท้อง (ร้อยละ 70.59) และการเคลื่อนไหวร่างกายเปลี่ยนท่าทาง (ร้อยละ 61.76) วิธีการด้านความคิด ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 79.41) รองลงมาคือการคิดถึงสามีและครอบครัว (ร้อยละ 77.94) และการคิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 57.35) วิธีการทางด้านจิตใจ ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการจับมือสามีหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 73.53) รองลงมาคือการครางเบาๆ (ร้อยละ 70.59) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการสอนและฝึกทักษะการหายใจเข้าลึกตั้งแต่ระยะรอคลอดตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้มารดาสามารถนำทักษะไปใช้จริงในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้

4. ความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะรอคลอด และระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะหลังคลอด กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก, 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแล (n=68)

รายการความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
ระยะรอคลอดและระยะคลอด			
1. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์	4.85	0.21	มากที่สุด
2. การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลห้องคลอด	4.76	0.14	มากที่สุด
3. การจัดห้องรอคลอดสะอาด มีสิ่งอำนวยความสะดวก	4.65	0.20	มากที่สุด
คะแนนรวมระยะรอคลอดและระยะคลอด	4.54	0.05	มากที่สุด
ระยะหลังคลอด			
1. การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังคลอด	4.82	0.25	มากที่สุด
2. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์	4.75	0.16	มากที่สุด
3. การเตือนในการคลึงมดลูก	4.56	0.15	มากที่สุด
คะแนนรวมระยะหลังคลอด	4.59	0.04	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดทั้ง 2 ระยะ โดยระยะรอคลอดและระยะคลอด มีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.54 (SD = 0.05) รายการที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ (Mean = 4.85, SD = 0.21) การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลห้องคลอด (Mean = 4.76, SD = 0.14) และการจัดห้องรอคลอดมีความสะอาดและมีสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean = 4.65, SD = 0.20) ตามลำดับ

ระยะหลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.59 (SD = 0.04) ซึ่งสูงกว่าระยะรอคลอดและระยะคลอดเล็กน้อย รายการที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังคลอด (Mean = 4.82, SD = 0.25) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ (Mean = 4.75, SD = 0.16) และการเตือนในการคลึงมดลูก (Mean = 4.56, SD = 0.15) ตามลำดับ

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามารดามีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมากที่สุดทุกรายการ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ และการได้รับคำแนะนำจากพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่รายการ "การเตือนในการคลึงมดลูก" ได้รับคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ามารดาตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของนวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือนที่พัฒนาขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลเชียงคาน

อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ที่พัฒนาขึ้น ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดด้วย Partograph อย่างเข้มงวด ร่วมกับการกำหนดเกณฑ์การเคลื่อนย้ายที่ชัดเจนตามระดับความเสี่ยง โดยเฉพาะการใช้เส้น Action line เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจ หากการเปิดช่องปากมดลูกอยู่ใต้ Action line ให้รายงานแพทย์ทันที แนวทางนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ และคณะ (2562)

ที่พบว่าการคลอดบนเตียงรอกคลอดมักเกิดในมารดาครรภ์หลังหรือผู้ที่มีประวัติคลอดเร็ว ซึ่งหากไม่มีการประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถคาดการณ์เวลาคลอดได้ทัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization (2018) ที่แนะนำให้ใช้ Partograph เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และการศึกษาของ Lavender, Hart และ Smyth (2013) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้ Partograph ช่วยลดอุบัติการณ์การคลอดที่ยืดเยื้อและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีนัยสำคัญ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน โดยมีค่า Apgar score ที่นาที่ที่ 1 มากกว่า 7 ทุกราย ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการนำรูปแบบการดูแลที่เน้นการทำงานเป็นทีมในระยะคลอด ร่วมกับการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุก 5-10 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชพล ไทยนันท์ (2565) ที่ระบุว่าการประเมิน FHR ไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักของภาวะขาดออกซิเจน และสอดคล้องกับแนวทางของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) ที่แนะนำให้ติดตาม FHR อย่างต่อเนื่องในระยะที่สองของการคลอด รวมถึงการศึกษาของ Alfrevic, Devane และ Gyte (2017) ที่พบว่าการติดตาม FHR อย่างเป็นระบบช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะชักในทารกแรกเกิดได้

อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการศึกษาครั้งนี้พบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.35 ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนารูปแบบ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการที่รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างละเอียดมากขึ้น ส่งผลให้ตรวจพบภาวะตกเลือดได้ครบถ้วนและรวดเร็วขึ้น ประกอบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยทำให้ค่าร้อยละมีความผันผวนสูง อย่างไรก็ตาม ไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สีนสุกใส (2560) ที่ระบุว่าการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 93 หากมีระบบเตือนภัยที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hofmeyr และคณะ (2022) ใน Cochrane Review ที่พบว่าการคลึงมดลูกหลังคลอดช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการศึกษาของ Begley และคณะ (2019) ที่เน้นย้ำความสำคัญของ Active management of third stage of labor ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor พบร้อยละ 26.47 ซึ่งต่ำกว่าช่วงก่อนการพัฒนารูปแบบ แม้อัตราการส่งต่อจะยังไม่ลดลงเป็นศูนย์ แต่ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดอัตราการส่งต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล ศรีนากรุง (2561) ที่พบว่าการใช้แนวทางคัดกรองความเสี่ยงช่วยลดอัตราการส่งต่อมารดาได้ แต่ไม่สามารถบริหารจัดการส่งต่อได้ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rowe และคณะ (2018) ในประเทศอังกฤษที่พบว่าการส่งต่อมารดาจากหน่วยบริการระดับต้นไปยังโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ประจำเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

วิธีการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก คิดเป็นร้อยละ 80.88 สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการสอนและฝึกทักษะการหายใจตั้งแต่ระยะรอกคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ ไวยมภู และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ (2018) ใน Cochrane Review ที่พบว่าการหายใจและการผ่อนคลายช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มความพึงพอใจ

ของมารดาในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการศึกษาของ Bonapace และคณะ (2018) ที่พบว่าการฝึกเทคนิคการหายใจล่วงหน้าช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง

ความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Patient-Centered Care ของ Institute of Medicine (2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bohren และคณะ (2017) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่งผลต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การประเมินความพึงพอใจดำเนินการทันทีหลังคลอด ซึ่งอาจเกิด Response bias จากความรู้สึกเชิงบวกต่อประสบการณ์การคลอดที่ประสบความสำเร็จ การวิจัยในอนาคตควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และควรประเมินความพึงพอใจในช่วงเวลาที่ห่างจากการคลอดอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ หรือใช้วิธีการประเมินแบบ Mixed methods ที่ผสมผสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อลด Response bias และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะรอคลอด (ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยง สอนการหายใจเข้าลึกและคลึงมดลูก) ระยะคลอด (ใช้แนวปฏิบัติ ATM ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที) และระยะหลังคลอด (คลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือน) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่าไม่เกิดการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดและไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด อุบัติการณ์การส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor ลดลงเหลือร้อยละ 26.47 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก (ร้อยละ 80.88) และมารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุดทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด (Mean = 4.54, SD = 0.05) และระยะหลังคลอด (Mean = 4.59, SD = 0.04)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของการใช้รูปแบบการดูแลต่อสุขภาพของมารดาและทารก เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน.
<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>
- คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/276>
- จิรัชพล ไทยานันท์. (2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 28-48.
- นวรรตน์ ไชวมภู และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2561). การดูแลระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บริบทชายแดนใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 5(1), 113-127.
- นิตยา สีนสุกใส. (2560). ภาวะตกเลือดหลังคลอด: บทบาทพยาบาล. ใน เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐธินิ ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0 (น. 91-96). ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ, ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล และวรรณ พาหุวัฒนกร. (2562). แนวทางปฏิบัติการช่วยคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลในเมืองใหญ่. วารสารกิจการรณ, 26(2), 169-180.
- เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี. (2560). ตกเลือดหลังคลอด. ใน เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐธินิ ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0 (น. 83-90). ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- โรงพยาบาลเชียงคาน. (2567). สถิติห้องคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลเชียงคาน.
- วรณัฐ บุญสอน. (2566). การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 205-211.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).
<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>
- หทัยกาญจน์ ถาวรสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 134-148.
- อุบล ศรีนากรุง. (2561). การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26(3), 126-134.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press.

Effectiveness of the D-METHOD-P Discharge Plan Model for Palliative Care Patients on managing distressing symptoms in the In-Patient Department, Chiang Khan Hospital, Loei Province.

Khajornsri Sornmala
Chiang khan Hospital, Loei Province

ABSTRACT

The increasing elderly population and end-of-life patients in Thailand presents significant challenges for palliative care delivery. A contextual analysis of end-of-life care at Chiang Khan Hospital revealed that the existing discharge planning model lacked critical components for communicating disease understanding and prognosis. The researcher developed the D-METHOD-P discharge planning model by integrating the D: Diagnosis component into the original METHOD-P framework, creating a comprehensive 8-component approach. This study aimed to compare knowledge and behaviors in managing distressing symptoms among patients and caregivers before and after implementing the D-METHOD-P model, and to examine satisfaction with the care model. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was conducted with 30 end-of-life patients and 30 caregivers in the inpatient department of Chiang Khan Hospital, Loei Province, between March and May 2025. Instruments included the D-METHOD-P model, knowledge and behavior questionnaires, and satisfaction assessment tools. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that (1) end-of-life patients' mean knowledge scores for managing distressing symptoms increased from 9.37 ± 2.84 to 17.83 ± 1.66 ($t = 16.89$, $p < .001$, Cohen's $d = 3.91$), and behavior scores increased from 8.63 ± 3.12 to 18.27 ± 1.44 ($t = 18.42$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.27$); (2) caregivers' mean knowledge scores increased from 10.23 ± 2.67 to 18.47 ± 1.28 ($t = 19.47$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.52$), and behavior scores increased from 9.47 ± 2.95 to 18.90 ± 1.06 ($t = 20.18$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.68$), with all variables demonstrating very large effect sizes; and (3) both patients and caregivers reported the highest level of satisfaction with the D-METHOD-P model (4.68 ± 0.34 and 4.73 ± 0.31 , respectively).

In conclusion, the D-METHOD-P discharge planning model demonstrated high effectiveness in improving knowledge and behaviors for managing distressing symptoms among end-of-life patients and their caregivers. The integration of disease understanding components with holistic care promoted patients' and families' readiness for continuous home-based care. This model can be adapted for implementation in community hospitals to enhance the quality of palliative care for end-of-life patients and improve their quality of life in the final stages of life.

Keywords: discharge planning, end-of-life patients, palliative care, D-METHOD-P model, distressing symptoms management

*Corresponding Author: khajornsri1775@gmail.com

ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

ขจรศรี สอนมาลา

โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยนำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลแบบ
ประทับประคอง จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลเชียงคาน พบว่ารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายเดิมยังขาดองค์ประกอบสำคัญในการเชื่อมโยงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิกำเนิดโรค ผู้วิจัย
จึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis เข้ากับรูปแบบเดิม
METHOD-P ให้ครอบคลุม 8 องค์ประกอบ วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการ
อาการรบกวนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P และศึกษาความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการดูแล ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กับผู้ป่วยระยะท้าย 30 ราย และผู้ดูแล 30 ราย
โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือประกอบด้วยรูปแบบ
D-METHOD-P แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก
 9.37 ± 2.84 เป็น 17.83 ± 1.66 คะแนน ($t = 16.89, p < .001$, Cohen's $d = 3.91$) และคะแนนพฤติกรรม
เพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 เป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42, p < .001$, Cohen's $d = 4.27$) (2) ผู้ดูแล
มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 เป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน ($t = 19.47, p < .001$, Cohen's
 $d = 4.52$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 เป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($t = 20.18, p < .001$,
Cohen's $d = 4.68$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมากทุกตัวแปร และ (3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบ D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้และ
พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล การบูรณาการองค์ประกอบการทำความเข้าใจโรค
เข้ากับการดูแลแบบองค์รวมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง
ที่บ้าน รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
แบบประทับประคอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประทับประคอง, รูปแบบ D-METHOD-P,
การจัดการอาการรบกวน

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุขและการแพทย์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2023) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับนานาชาติ การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญ (Higginson et al., 2022) สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 13.26 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 10 หรือประมาณ 1.375 ล้านคนอยู่ในภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2568) รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 345,549 คน โดยมีการจัดการอาการด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพเพียงร้อยละ 26.49 และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 67.54 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุม

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ โดยคำนึงถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว (ฉันทชัย สิทธิพันธุ์, 2560) กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) แนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and Family-Centered Care) ได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Kokorelias et al., 2019) การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยครอบคลุมการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำแนะนำเฉพาะราย และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ (รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม และคณะ, 2557) การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี (กิ่งกาญจน์ ชุ่มจรัส และพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2561) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย METHOD-P ประกอบด้วย M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (ภาวะสุขภาพ), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ (2563) พบว่าการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD-P สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม

จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า รูปแบบ METHOD-P ยังขาดองค์ประกอบสำคัญในการเชื่อมโยงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจด้านการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) จำนวน 96, 137 และ 139 คน ตามลำดับ โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคติดเชื้อ (หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน, 2567) จากการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายล่าช้าโดยให้ความรู้เฉพาะวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ขาดความครอบคลุมในการให้ความรู้ ขาดการประเมินอาการรบกวนอย่างเป็นระบบ และขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง สภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการจัดการอาการรบกวนที่บ้าน จากช่องว่างความรู้และสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยผสมผสานแนวคิดจากรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P เข้าด้วยกัน โดยเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจโรค สถานะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว รูปแบบ D-METHOD-P จึงประกอบด้วย 8 องค์ประกอบที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การทำความเข้าใจโรค การจัดการยา สิ่งแวดล้อม การรักษา ภาวะสุขภาพ การส่งต่อ โภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ งานวิจัยล่าสุดยืนยันว่าการสื่อสารที่โปร่งใสเกี่ยวกับโรคเป็นหัวใจสำคัญของความพึงพอใจในบริการประคับประคอง (Weetman et al., 2025)

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎี การศึกษานี้มีส่วนเติมเต็มช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการบูรณาการองค์ประกอบการทำความเข้าใจโรคเข้ากับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เดิม ในเชิงปฏิบัติ รูปแบบ D-METHOD-P สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงคานและโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากขึ้นไป

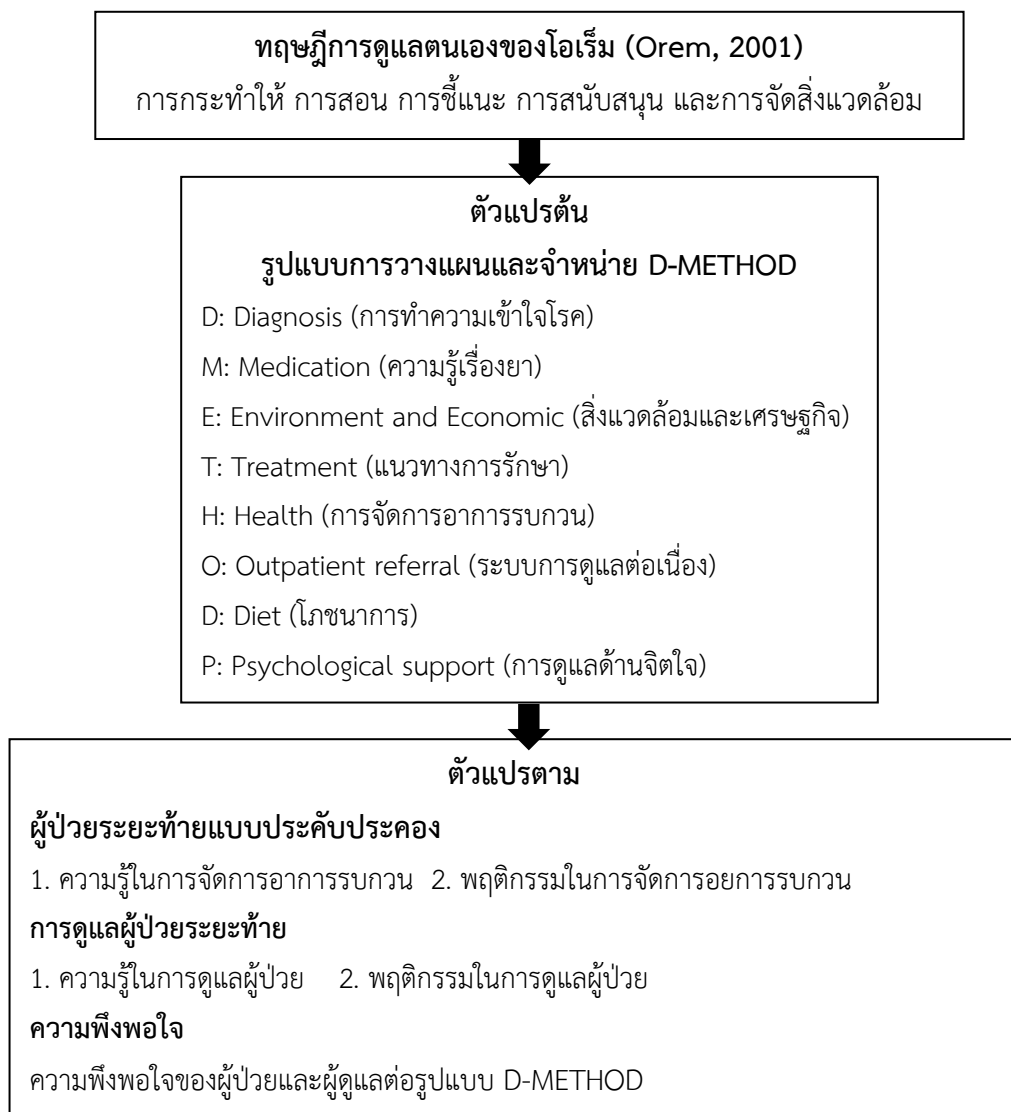
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการบูรณาการทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การกระทำทำให้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P ครอบคลุม 8 องค์ประกอบ ได้แก่ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค), M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (การจัดการอาการรบกวน), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ)

ส่วนที่ 3: ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตามแนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Kokorelias et al., 2019) คาดว่าเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P จะส่งผลให้มีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้น รวมถึงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ในลักษณะการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ICD-10: Z51.5, PPS $\leq$ 50) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย และ 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นบุคคลในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 62 คู่ ประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้าย 62 คน และผู้ดูแล 62 คน เกณฑ์การคัดเลือก: อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป รู้สึกรับรู้ตัว สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก: ไม่สามารถดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดได้ เกิดความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจในการเข้าร่วม หรือมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค), M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (การจัดการอาการรบกวน), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ) โดยบูรณาการกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ผ่านระบบการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ การกระทำทำให้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการอาการรบกวน 20 ข้อ (ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน) และส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวน 20 ข้อ (ปฏิบัติ = 1 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (13.35-20.00), ระดับปานกลาง (6.67-13.34) และระดับต่ำ (0.00-6.66)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 20 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเช่นเดียวกับชุดที่ 1

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ D-METHOD-P จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามแนวคิดของ Likert แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4.21-5.00), มาก (3.41-4.20), ปานกลาง (2.61-3.40), น้อย (1.81-2.60) และน้อยที่สุด (1.00-1.80)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า รูปแบบ D-METHOD-P มีค่า CVI = 0.92 แบบสอบถามผู้ป่วยมีค่า CVI = 0.96 แบบสอบถามผู้ดูแลมีค่า CVI = 0.98 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า CVI = 0.95

ความเที่ยง (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามผู้ป่วยมีค่า $\alpha = 0.97$ แบบสอบถามผู้ดูแลมีค่า $\alpha = 0.73$ และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $\alpha = 0.90$ สรุปคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

เครื่องมือ	CVI	Cronbach's α
รูปแบบ D-METHOD-P	0.92	-
แบบสอบถามผู้ป่วย	0.96	0.97
แบบสอบถามผู้ดูแล	0.98	0.73
แบบประเมินความพึงพอใจ	0.95	0.90

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ทีมพยาบาล และประชุมทบทวนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความยินยอม
- 2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนการทดลอง (Pretest)
- 3) ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD-P จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ตอนแรกรับครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 3 ติดตามอาการก่อนจำหน่าย และครั้งที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 14 วัน
- 4) ประเมินความรู้และพฤติกรรมหลังการทดลอง (Posttest) และประเมินความพึงพอใจ

5.3 ขั้นตอนประเมินผล เผลยแบบสอบถามและให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่ตอบไม่ถูกต้อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยค่า Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI043/2568 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลจำนวน 30 คู่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 68.43 ปี (SD = 9.27, Min = 52, Max = 85) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) สถานภาพสมรสแต่งงาน/อยู่ร่วมกัน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) อาชีพเกษตรกร จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,466.67 บาท (SD = 4,235.18, Min = 3,000, Max = 18,000) กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็ง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ โรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) และโรคติดเชื้อ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.6) ระยะเวลาที่รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 8.73 เดือน (SD = 6.14, Min = 1, Max = 24)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 49.27 ปี (SD = 12.38, Min = 28, Max = 72) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด คือ บุตร/ธิดา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ คู่สมรส จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,733.33 บาท (SD = 6,428.51, Min = 5,000, Max = 28,000) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) และมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.83 เดือน (SD = 5.46, Min = 1, Max = 22)

2. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

2.1 ความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

การประเมิน	M±SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	9.37±2.84	ปานกลาง
หลังการทดลอง	17.83±1.66	สูง
t	16.89	
p-value	< .001	
Cohen's d	3.91	

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ D-METHOD-P ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเท่ากับ 9.37 คะแนน (SD = 2.84) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.83 คะแนน (SD = 1.66) อยู่ในระดับสูง คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.89, p < .001$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) เท่ากับ 3.91 ซึ่งถือว่ามีความอิทธิพลระดับสูงมาก (large effect size) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในทุกองค์ประกอบของ D-METHOD-P โดยเฉพาะ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และพยากรณ์โรค (Diagnosis) ซึ่งเป็นองค์ประกอบใหม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) สามารถอธิบายสภาวะโรคของตนเองและเข้าใจแนวโน้มการดำเนินโรคได้ถูกต้อง (2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ (Health) ผู้ป่วยสามารถระบุวิธีการจัดการอาการต่างๆ ได้ถูกต้อง (ร้อยละ 96.7) และ (3) ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยา (Medication) ผู้ป่วยทราบชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (ร้อยละ 100.0) ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบ D-METHOD-P ที่ครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบ และเน้นการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกมีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยระยะท้าย

2.2 พฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

การประเมิน	M±SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	8.63±3.12	ปานกลาง
หลังการทดลอง	18.27±1.44	สูง
t	18.42	
p-value	< .001	
Cohen's d	4.27	

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 8.63 (SD = 3.12) เป็น 18.27 (SD = 1.44) ($t = 18.42, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 4.27$)

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมรายด้าน พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน

- 1) การบันทึกและรายงานอาการเพิ่มจากร้อยละ 23.3 เป็น 96.7
- 2) การใช้ยาตามเวลาเพิ่มจากร้อยละ 36.7 เป็น 100.0
- 3) การจัดทำนอนลดปวดเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็น 93.3
- 4) การปรับสิ่งแวดล้อมเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็น 90.0
- 5) การใช้เทคนิคผ่อนคลายเพิ่มจากร้อยละ 16.7 เป็น 86.7

การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนประสิทธิผลของ D-METHOD-P ที่ไม่เพียงเสริมความรู้ แต่ยังส่งเสริมการลงมือปฏิบัติผ่านการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ การสาธิต และการฝึกทักษะในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งช่วยเพิ่ม self-efficacy และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

3.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 10.23 คะแนน (SD = 2.67, ระดับปานกลาง) หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นเป็น 18.47 คะแนน (SD = 1.28, ระดับสูง) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.47, p < .001$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) เท่ากับ 4.52 ซึ่งถือว่ามีความอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (large effect size)

3.2 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

ตัวแปร	ก่อน $M \pm SD$	หลัง $M \pm SD$	t (p-value)
ความรู้	10.23 $\pm$ 2.67	18.47 $\pm$ 1.28	19.47 (<.001)
พฤติกรรม	9.47 $\pm$ 2.95	18.90 $\pm$ 1.06	20.18 (<.001)

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 9.47 (SD = 2.95) เป็น 18.90 (SD = 1.06) ($t = 20.18, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 4.68$) — แม้แต่สูงกว่าผลลัพธ์ด้านความรู้ ($d = 4.52$) — ซึ่งว่ารูปแบบนี้ไม่เพียงเสริมความรู้ แต่ส่งเสริมการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมผู้ดูแลพัฒนาอย่างเด่นชัดในทุกด้าน

- 1) การสังเกตและประเมินอาการเพิ่มจากร้อยละ 26.7 เป็น 100.0
- 2) การให้ยาตามเวลาเพิ่มจากร้อยละ 43.3 เป็น 100.0
- 3) การเปลี่ยนท่านอนป้องกันแผลกดทับเพิ่มจากร้อยละ 33.3 เป็น 96.7
- 4) การจัดเตรียมอาหารเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็น 93.3
- 5) การสื่อสารและให้กำลังใจเพิ่มจากร้อยละ 50.0 เป็น 96.7
- 6) การประสานงานกับทีมสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 20.0 เป็น 90.0

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของ D-METHOD-P โดยเฉพาะ D (Diet) และ P (Psychological support) ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การฝึกปฏิบัติทักษะร่วมกับการนิเทศโดยพยาบาลช่วยเสริมสร้าง self-efficacy ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจหลักการ เช่น การให้ opioid ตามเวลาเพื่อรักษาระดับยาคงที่, การเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม., หรือการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมั่นใจ ความพร้อมของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย และยังช่วยลดภาระและความวิตกกังวลของผู้ดูแลเอง ทำให้การดูแลที่บ้านมีความยั่งยืน และผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและสุขสงบ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

4.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยาและการใช้อย่างถูกต้อง ($M = 4.83$, $SD = 0.38$) การให้คำแนะนำในการจัดการอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ($M = 4.77$, $SD = 0.43$) และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค ($M = 4.73$, $SD = 0.45$)

4.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P สรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

กลุ่มตัวอย่าง	$M \pm SD$	ระดับความพึงพอใจ
ผู้ป่วยระยะท้าย	4.68 ± 0.34	มากที่สุด
ผู้ดูแล	4.73 ± 0.31	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = 0.31$) สูงกว่าผู้ป่วยระยะท้ายเล็กน้อย ($M = 4.68$, $SD = 0.34$) แสดงให้เห็นว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับสูงเท่าเทียมกัน ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบ D-METHOD-P ในการตอบสนองความต้องการของทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณารายด้าน

ของความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การให้ความรู้เรื่องยาและการให้ยาแก่ผู้ป่วย ($M = 4.87$, $SD = 0.35$) ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดในทุกด้าน สะท้อนถึงความสำคัญของการจัดการยาในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะยาแก้ปวดและยาควบคุมอาการ ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจที่ได้รับความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการจัดการผลข้างเคียง (2) การให้คำแนะนำในการจัดการอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ($M = 4.80$, $SD = 0.41$) ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่เป็นขั้นตอนชัดเจนในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ท้องผูก และความวิตกกังวล พร้อมทั้งมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้รู้สึกมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และ (3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 4.77$, $SD = 0.43$) ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ D: Diagnosis ที่เป็นจุดเด่นของรูปแบบ D-METHOD-P ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเตรียมพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงต่อการจัดการอาการรบกวน สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 คะแนน เป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.27$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.13 ± 2.88 คะแนน เป็น 18.73 ± 1.17 คะแนน ($t = 19.24$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.46$) ซึ่งแสดงถึงขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 คะแนน เป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 คะแนน เป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($p < .001$ ทั้งคู่) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Kokorelias et al., 2019) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล

ความสำเร็จของรูปแบบ D-METHOD-P สามารถอธิบายได้ผ่านทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค) เข้าในรูปแบบเดิม METHOD-P ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและการวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิต การศึกษาของ Weetman et al. (2025) ยืนยันว่าการสื่อสารที่โปร่งใสเกี่ยวกับการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคเป็นหัวใจสำคัญของความพึงพอใจในบริการประคับประคอง การให้ความรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ

การนำรูปแบบ D-METHOD-P ไปใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงคานสะท้อนการบูรณาการองค์ประกอบการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุม 8 มิติ ได้แก่ การทำความเข้าใจโรค การจัดการยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แนวทางการรักษา การจัดการอาการรบกวน ระบบการดูแลต่อเนื่อง โภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะในแต่ละมิติอย่างเป็นระบบช่วยเสริมสร้าง self-efficacy ของผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เน้นว่าการเรียนรู้ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติภายใต้การชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ การติดตามผลทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายเป็นการต่อยอดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการอาการรบกวนที่บ้าน

การวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของ World Health Organization (2020) ที่เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย การบูรณาการองค์ความรู้จากแต่ละวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการอาการรบกวนที่ซับซ้อน เช่น อาการเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก และความวิตกกังวล ซึ่งต้องการการจัดการแบบผสมผสานทั้งด้านเภสัชวิทยาและไม่ใช้ยา

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่าขนาดอิทธิพล (Cohen's $d = 4.27$ และ 4.46) สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคก่อนที่จะเรียนรู้การจัดการอาการรบกวน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกิงกาญจน์ ชุ่มจำรัส และพรน้อย สิงห์ขางชัย (2561) ที่พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้ความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทสากล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Higginson et al. (2022) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่า การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศมักดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ D-METHOD-P สามารถนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and Family-Centered Care) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง รูปแบบ D-METHOD-P มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินความต้องการ การวางแผนการดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะ จนถึงติดตามผลหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kokorelias et al.

(2019) ที่ระบุว่า การดูแลที่ประสบความสำเร็จต้องคำนึงถึงความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการสื่อสารที่เปิดเผย และให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค (4.73 ± 0.45 และ 4.77 ± 0.43 ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนชีวิตและการดูแลในระยะท้าย

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด โดยเฉพาะในด้านการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วย (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 100.0) การให้ยาตามเวลา (จากร้อยละ 43.3 เป็นร้อยละ 100.0) และการประสานงานกับทีมสุขภาพ (จากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 90.0) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จในการถ่ายทอดความรู้และทักษะจากทีมสุขภาพสู่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง จำนวน 30 ราย และผู้ดูแล จำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 คะแนนเป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42, p < .001$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.13 ± 2.88 คะแนนเป็น 18.73 ± 1.17 คะแนน ($t = 19.24, p < .001$) สำหรับผู้ดูแล พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 คะแนนเป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 คะแนนเป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($p < .001$ ทั้งคู่) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d > 4.00$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรม การจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 3 ข้อ รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบ D-METHOD-P ไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พร้อมเริ่มให้ความรู้ตั้งแต่แรก admission

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นทักษะการสื่อสารเรื่องวินิจัย และพยากรณ์โรค

- 3) พัฒนาคู่มือและสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย ครอบคลุม 8 องค์ประกอบของ D-METHOD-P
- 4) จัดตั้งทีมวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ (พยาบาล แพทย์ เภสัชกร ฯลฯ) เพื่อการดูแลแบบองค์รวม
- 5) จัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ใช้แบบแผน RCT เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา
- 2) ติดตามผลระยะยาว (3-6 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและอัตราการกลับมารักษา
- 3) พัฒนารูปแบบเฉพาะโรค (เช่น มะเร็ง, โรคเรื้อรัง)
- 4) ขยายการศึกษาไปยังหลายโรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินการปรับใช้ในบริบทที่หลากหลาย
- 5) วัดผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ภาระผู้ดูแล และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 6) พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการติดตามอาการและการให้คำปรึกษาทางไกล

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2567). *การคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*.

<https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=7341>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579*. กระทรวงสาธารณสุข.

กัมพล อินทรทะกุล, และคณะ. (2563). ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 1-14.

กึ่งกาญจน์ ชุ่มจรัส, & พชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอและความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 124-134.

ฉันทชัย สิทธิพันธ์. (2560). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf

รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม, นงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์, & สุตจิต ไตรประคอง. (2557). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสภากาพยาบาล*, 29(2), 102-113.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน. (2567). *จำนวนผู้ป่วยระยะท้าย* [เอกสารไม่ได้เผยแพร่].

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

- Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., & Moxham, J. (2022). Effectiveness of early integration of palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 23(5), e215–e227. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00012-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00012-8)
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Weetman, K., Grimley, C., Bailey, C., Hewison, A., Payne, S., & Sadler, E. (2025). Improving specialist palliative care discharges from hospitals and hospices to community settings: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 24, Article 214. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01851-x>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

การปฏิเสธความรับผิดชอบ

“วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ชื่อย่อ JOLOPO) ไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อข้อผิดพลาดหรือความไม่ถูกต้องของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือต่อความเสียหายใดๆ ที่เกิดจากการใช้เนื้อหาในวารสาร ซึ่งพระศนะและความคิดเห็นที่ปรากฏในวารสารเป็นของผู้เขียนและไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงบรรณาธิการหรือผู้จัดพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้แต่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการขออนุญาตใช้ อ้างอิงหรือขอลิขสิทธิ์การใช้ สำหรับเนื้อหาที่เผยแพร่หรือรวมอยู่ในบทความของแต่ละผู้พิมพ์ ผลการวิจัยและความคิดเห็นที่แสดงในบทความเป็นพระศนะส่วนบุคคลของผู้เขียนและผู้แต่งที่ต้องรับผิดชอบต่อความถูกต้อง โดยทางวารสาร JOLOPO จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ที่เกิดจากการใช้หรือการใช้เนื้อหาของวารสารหรือจากการละเมิดสิทธิ์ของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับวารสาร”

วารสารไม่รับรองหรือรับประกันไม่ว่าโดยชัดแจ้งหรือโดยปริยาย เกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม เช่น ความถูกต้องของการเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัย ความเหมาะสมอื่น ๆ ความน่าเชื่อถือ และจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ แม้ว่าจะได้รับแจ้งว่าอาจจะเกิดความเสียหาย สูญเสียและหรือได้รับความเดือดร้อน หรือค่าใช้จ่ายใด ๆ ดังนั้น ผู้ใช้ ผู้อ่าน ยอมรับและตกลงโดยชัดแจ้งว่า อีกทั้งต้องตระหนักดีว่าวารสารฯ บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะไม่ต้องรับผิดชอบต่อกรกระทำใดของผู้ใช้ ผู้อ่านเอกสารวิชาการนี้ทั้งสิ้น อนึ่ง บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

คณะบรรณาธิการ

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



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

