



วารสารวิจัยสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน

JOURNAL OF HOSPITAL AND COMMUNITY HEALTH RESEARCH

ISSN: 2958-0630 (Online)
Vol. 2 No. 2 May – August 2024
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567

THAIJO  TCI
Thai Journal Citation Index Center



วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน Journal of Hospital and Community Health Research

Office: โรงพยาบาลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 43130
Tel: 042-483186 ต่อ 123
Fax: 042-483187
Mobile: 093-3038406
E-mail: pthjohos@gmail.com
Website: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

วัตถุประสงค์ (Focus)

เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานวิจัยทางการด้านสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ และใช้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงข้อคิดเห็นทางวิชาการกับสหวิชาชีพและผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง บทความที่เขียนจากรายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัยของงานวิจัยนั้น ให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความตามโครงสร้าง องค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง ในสาขาที่รับตีพิมพ์ เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบายวิเคราะห์ ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้า กระดาษ A4
3. บทความปริทัศน์ (Review article) หมายถึง บทความที่เรียบเรียงโดยมีการวิเคราะห์ วิจัย เปรียบเทียบวรรณกรรมที่มีการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน สังเคราะห์ให้เกิดความรู้ที่แสดงภาพของงานวิจัยในหัวข้อเรื่องที่ศึกษาโดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
4. บทความพิเศษ (Special article) หมายถึง บทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทความสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น โดยมีความยาวบทความ 10-15 หน้ากระดาษ A4
5. รายงานผู้ป่วย (Case report) หมายถึง รายงานอย่างละเอียดเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่แตกต่างจากการรักษาแบบเดิม



นโยบายการประเมินบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ตีพิมพ์วารสารฯ จะต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็น ทบทวน และตรวจสอบ วิชาการวิจารณ์ ความถูกต้อง เหมาะสมทางวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ (Peer-Reviewed) ก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบการปกปิดสองทาง (Double Blinded)

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่วารสารฯ (Publication Frequency)

วารสารฯ รับผิดชอบเฉพาะบทความภาษาไทย โดยวารสารมีกำหนดออกตามเวลาที่กำหนด ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) คือ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ (Honorary Advisor)

นพ.ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8

ที่ปรึกษา (Advisor)

นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง

นายแพทย์ปิยะเดช วลีพิทักษ์เดช

นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

นายแพทย์เอกพงษ์ ตั้งกิตติเกษม

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ตาก

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ดร.กรภัทร อัจฉานิชชากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

นางสุภาพร ปานิเสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

คณะผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer reviewers)

รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ พิมพ์ดี	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ
รองศาสตราจารย์ ดร. ยุภาพร สมิน้อย	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.เชิดชัย สุนทรภาส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เก่งกาจ วินัยโกศล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร. ประยูร วงศ์จันทา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาพร จงวุฒิเวศย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนโบริแมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.สีขาว เชื้อปรุง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภก. อนันต์ ไชยกุลวัฒนา	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. ชุนลิก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
นายบัน ยีรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
ทพ.วัชรพงษ์ หอมวุฒิพงษ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สสจ.หนองคาย
นายสมพร เจือจันทิก	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.หนองคาย
นายสุรัชย์ กิจติกาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.หนองคาย
ดร.พชรวรรณ คูสกุลรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม
ดร.สุทิน ชนະບູນ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.ขอนแก่น
ดร.เชิดพงษ์ มงคลศิลป์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สคร. 7 จ. ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.กาฬสินธุ์
พญ.ภรณี พรวัฒนา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
ภญ.สุพัตรา แซ่กลาง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพท.หนองคาย
นางวัชรภรณ์ ผิวเหลือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.สระใคร
พญ.นรินทร์พิทย์ ฤทธิ์ฐิติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.โพนพิสัย
พญ.นารีگان สังขะฤกษ์ศรี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.นิคมคำสร้อย จ.มุกดาหาร
นางธมลวรรณ คณานิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ภูแก้ว จ.อุดรธานี
ภญ.วิภาพร องคนุสรณ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.โพธิ์ตาก
ภญ.เยาวลักษณ์ บุญจันทร์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รพ.ศรีเชียงใหม่

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้ประพันธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft Word for Windows) โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย หรือมีความจำเป็นการใช้อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรกก่อน และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน ยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A 4 พิมพ์หน้าเดียวด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 เว้นบรรทัดใช้ระยะ single space ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน และขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ด้านล่าง และขอบขวา 1 นิ้ว และพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น เนื้อหาควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และไม่เกิน 15 หน้า

2. พิมพ์ชื่อผู้เขียน คุณวุฒิการศึกษา และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไว้เฉพาะแผ่นปกเท่านั้น ไม่ต้องพิมพ์ไว้ในเนื้อหา ทั้งนี้เพื่อให้กองบรรณาธิการทบทวนบทความโดยไม่ทราบผู้เขียน (Blindly review) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลาง ของหน้าแรกด้วยอักษรขนาด 18

3. บทความวิชาการ ให้เขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ก่อนนำเสนอเนื้อหาของบทความและมีการกำหนดคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่องให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. การใช้ภาษาใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษร ตัวพิมพ์ใหญ่

รูปแบบการเขียนบทความในผลงานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง (Title) ควรกระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ชื่อเรื่องภาษาไทย ใช้อักษรขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 16 พิมพ์กึ่งกลางหน้ากระดาษ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) เขียนต่อจากชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งทางวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วมเชิงปัญญา เริ่มจากชื่อแรกมากที่สุด ถึงชื่อสุดท้ายน้อยที่สุด พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ E-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) แทรกเป็นตัวเลขเชิงอรรถ ตามลำดับด้านท้ายหน้าแรก

3. บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อน ภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกัน เนื้อหาในบทคัดย่อควรระบุวัตถุประสงค์ รูปแบบและวิธีวิจัย ผลการศึกษา สรุปผลการศึกษา โดยใช้ภาษาเหมาะสมไม่ฟุ่มเฟือย คำเป็นประโยคสมบูรณ์สื่อความหมายได้ชัดเจนและกระชับ อ่านเข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อน เขียนแยกสองภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เริ่มบทคัดย่อภาษาไทยก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยมีความยาวไม่เกิน 350 คำ

4. คำสำคัญ (Keywords) ใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ส่วนเนื้อหาใช้ตัวธรรมดา โดยเลือกคำสำคัญที่สอดคล้องกับบทความประมาณ 3-5 คำ

5. เนื้อหา (Text)

5.1 สำหรับบทความวิจัย

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาและความสำคัญของปัญหา แนวคิดและทฤษฎี วัตถุประสงค์เหตุผลความจำเป็นของการศึกษา มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทความ และตรงกับวัตถุประสงค์โดยให้ข้อมูลและอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรอ้างอิงสารจากบทความทางวิชาการเป็นหลัก ไม่ควรอ้างอิงข้อมูลบนเว็บไซต์ทั่วไป (ที่ไม่ใช่ e Journal) ไม่ควรคัดลอกข้อความเนื้อหาของเอกสารอื่นมาอ้างทั้งข้อความ ไม่ควรใช้เอกสารที่เก่าเกินกว่า 10 ปี นำมาอ้าง (ยกเว้นเป็นทฤษฎีระเบียบ ข้อกฎหมาย หรือเนื้อหาสำคัญ) และวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2) รูปแบบและวิธีวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง/การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครพร้อมทั้งระบุเลขอนุมัติโครงการ

3) ผลการวิจัย ให้เขียนรายงานผลการศึกษาหรือทดลอง โดยเป็นการบรรยายเนื้อหาจากข้อมูลทางสถิติที่ค้นพบจากงานวิจัย และ/หรือ ผ่านทางตารางหรือ รูปภาพ หรือ แผนภูมิ ควรเรียงลำดับเนื้อหาสั้นกะทัดรัด

4) วิจารณ์ผลการวิจัย ส่วนนี้ควรวิเคราะห์สังเคราะห์ อภิปรายข้อมูล ที่ได้มาจากการวิจัยขั้นต้น ร่วมกับการอ้างอิงงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องอื่นไม่ใช้การอธิบายโดยไม่มีหลักการ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักวิชาการโดยอาจเปรียบเทียบผลงานวิจัยที่ผ่านมาของผู้อื่น อาจเขียนรวมกับผลการทดลองได้เป็นการประเมินการ ตีความ และวิเคราะห์ในแง่มุมต่าง ๆ

5) ควรสรุปสาระสำคัญที่ชัดเจน ผู้เขียนได้แสดงทัศนะทางวิชาการของตนไว้ได้ มีลำดับของเนื้อหาทั้งส่วนนำเนื้อหาและบทสรุปที่เหมาะสม และอ่านเข้าใจได้ง่ายพร้อมทั้งประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป หรือมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาต่อไป

หมายเหตุ : เนื้อหาแล้วไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ (หากเกิน 15 หน้า ผู้เขียนต้องชำระค่าบทความเพิ่มเติมหน้าละ 300 บาท)

6) กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ควรแสดงความขอบคุณต่อผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยสำเร็จ รวมถึงระบุแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

7) รายการอ้างอิง ในเนื้อให้เรียงตามลำดับการอ้างอิงก่อนหลัง โดยการอ้างอิงเป็นแบบ Vancouver ในการอ้างอิงในส่วนเนื้อหา ไม่ว่าจะเป็นตัวเนื้อหาเอง, ตาราง, และรูปภาพต่าง ๆ ให้ใส่ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยัดในเครื่องหมายวงเล็บ () ท้ายข้อความที่อ้างอิงและให้ตัวเลขอยู่ในระดับบรรทัดเดียวกับเนื้อหาโดยเรียงลำดับก่อนหลังตามการอ้างอิง และไม่ควรใช้บทคัดย่อ (Abstracts) เป็นเอกสารอ้างอิง

8) ตาราง รูป และสมการ

(1) ตาราง ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “ตารางที่.....” และมีคำอธิบายเหนือตาราง

(2) รูป ต้องมีหมายเลขกำกับโดยใช้คำว่า “รูปที่” และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูป โดยทุกตารางและรูปที่ใส่ไว้ในบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างที่มา ส่วนของรูปภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารยืนยันของเจ้าของสิทธิ์ให้สามารถนำมาใช้ได้ รูปภาพหรือตารางที่ทำการส่งมาควรแยกไฟล์ให้ด้วยและเป็นไฟล์นามสกุล .JPG, .JPEG (Joint Photographic Experts Group) หรือ .TIFF (Tagged Image File Format) ขนาด 300 dpi ขึ้นไป

(3) สมการ ต้องพิมพ์กึ่งกลางคอลัมน์และต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ หมายเลขสมการอยู่ขีดขอบขวาของคอลัมน์หมายเหตุ : รูปภาพและตารางรวมกันไม่เกิน 5 ชิ้น

5.2 บทความวิชาการ, บทความปริทัศน์, บทความพิเศษ

1) บทนำ (Introduction) เขียนแสดงที่มาที่ไป ภูมิหลังความสำคัญ ขอบเขตของเรื่องที่ต้องการอธิบาย แสดงวัตถุประสงค์ และอาจให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากบทความ โดยสามารถอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยเพื่อเน้นในประเด็นของหัวข้อดังกล่าว ความยาวของบทนำควรอยู่ระหว่าง 10-20 % ของส่วนเนื้อหา

2) เนื้อหาผู้เขียนสามารถเขียนอธิบาย วิธีการ หลักการทฤษฎี วิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลและให้เหตุผล ของประเด็นที่เขียน โดยอาศัยตาราง รูปภาพ แผนภูมิ เพื่อประกอบคำอธิบายและอ้างอิงเอกสารร่วมด้วยโครงสร้างการเขียนสามารถเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสมของผู้เขียนอย่างเป็นลำดับ แต่ละหัวข้อมีความสมบูรณ์ในตนเอง ไม่ยาวไปหรือมากจนเกินไปจากสัดส่วนของบทความทั้งหมด

3) บทสรุป (Conclusions) เขียนสรุปสิ่งที่ได้อธิบายความ ข้อดีข้อเสีย หรือเสริมส่วนที่ไม่ปรากฏในเนื้อหาหรือย้ำในสิ่งสำคัญของเรื่อง และ แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หรือ ตัดสินความในประเด็นที่ปรากฏในงานเขียน อย่างไรก็ดีไม่ควรเขียนนอกเรื่องที่ไม่ปรากฏในบทความ

5.3 รายงานผู้ป่วย

1) ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย (Identification data) เพศ อายุ เชื้อชาติ ภูมิลำเนาเดิม อาชีพ

2) อาการนำ หรือ อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Chief complaint, CC) ระยะเวลาที่เป็นก่อนมาโรงพยาบาล

3) ปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ (Present illness, PI) วัน เดือน ปี เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ สาเหตุของอาการนำความรุนแรงของอาการ ความถี่ อาการดีขึ้น แย่ลง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการผิดปกติร่วมเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

4) ประวัติโรคเดิมผู้ป่วย (Past medical history, PMH) ยาประจำตัว ขนาดที่กินแต่ละวันเป็นระยะเวลานานเท่าไร

5) ประวัติครอบครัวผู้ป่วย (Family history, FH)

6) ประวัติทางสังคม Patient profile (Personal history) เศรษฐฐานะ, ศาสนา, การสูบบุหรี่, ดื่มสุรา

7) การตรวจร่างกายเป็นระบบ(Systematic review and Physical examination)

- 8) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ภาพรังสี (laboratory investigation, Radiography)
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูล(data analysis) อาจทำเป็นproblem list
- 10) การวินิจฉัยโรคขั้นต้น และการวินิจฉัยแยกโรค (Provisional diagnosis and differential diagnosis)
- 11) การวางแผนการรักษา (Treatment plan)
- 12) อภิปรายผล (Discussion)

เกณฑ์การพิจารณาตีพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และบทความฟื้นฟูวิชาการ/บทความปริทัศน์ จะได้รับการพิจารณา
กลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อ
ของกันและกัน (double-blinded review)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ต้องไม่เคยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหน
มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ทั้งนี้บทความวิจัยที่เกี่ยวกับคน
จะได้รับพิจารณาเฉพาะบทความที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น โดยผู้
ส่งต้องแนบหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้วย เมื่อมีข้อปรับแก้ หรือ
ข้อเสนอแนะ ผู้นิพนธ์ต้องดำเนินการปรับแก้ภายในระยะเวลา 15 วันนับจากวันที่แจ้งผลประเมินบทความ
บทความที่ผ่านการพิจารณาเรียบร้อยแล้วจะได้ลงเผยแพร่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม



Copyright Notice

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ข้อความที่ปรากฏในบทความแต่ละเรื่องในวารสารวิชาการเล่มนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่าน ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบทความแต่ละเรื่องเป็นของผู้เขียนแต่ละท่าน หากมีความผิดพลาดใด ๆ ผู้เขียนแต่ละท่านจะรับผิดชอบบทความของตนเองแต่ผู้เดียว

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

บทบรรณาธิการ

(Editorial)

ภาวะโลกร้อน เป็นภาวะที่อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มขึ้นจากภาวะเรือนกระจก หรือที่เรา รู้จักกันดีในชื่อว่า **Greenhouse effect** ซึ่งมีต้นเหตุจากการที่มนุษย์ ได้เพิ่มปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากการเผาไหม้ เชื้อเพลิงต่าง ๆ การขนส่ง และการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม นอกจากนั้น มนุษย์เรายังได้เพิ่มก๊าซ กลุ่มไนตรัสออกไซด์ และคลอโรฟลูโอโรคาร์บอน (CFC) เข้าไปอีกด้วย พร้อม ๆ กับการที่เราตัดและทำลายป่าไม้ จำนวนมหาศาลเพื่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่มนุษย์ ทำให้กลไกในการดึงเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ออกไปจากระบบบรรยากาศถูกลดทอนประสิทธิภาพลง และในที่สุดสิ่งต่าง ๆ ที่เราได้กระทำต่อโลกได้หวนกลับมาสู่เราในลักษณะของภาวะโลกร้อน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดสภาวะโลกร้อน ซึ่งปรากฏการณ์ทั้งหลายเกิดจากภาวะโลกร้อนขึ้นที่มีมูลเหตุมาจากการปล่อยก๊าซพิษต่าง ๆ จากโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้แสงอาทิตย์ส่องทะลุผ่านชั้นบรรยากาศมาสู่พื้นโลกได้มากขึ้น ซึ่งนั่นเป็นที่รู้จักกันโดยเรียกว่า สภาวะเรือนกระจก

ภาวะโลกร้อนกำลังก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คนและระบบนิเวศ ธารน้ำแข็งที่กำลังละลาย น้ำแข็งขั้วโลกละลาย ชั้นดินเยือกแข็ง (Permafrost) ที่อุ่นขึ้น ปะการังที่กำลังตาย ระดับน้ำทะเลที่กำลังเพิ่มสูงขึ้น ระบบนิเวศที่กำลังเปลี่ยนแปลง และคลื่นความร้อนที่ทำให้ถึงแก่ความตายได้ ในช่วงเดือนเมษายนและพฤษภาคมนี้ ที่อากาศร้อนแบบสุด ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิด “โรคลมแดด” หรือ **Heat Stroke**

ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับความร้อนมากเกินไป และร่างกายไม่สามารถขับความร้อนออกมาได้ ทำให้เกิดความร้อนสะสมในร่างกาย ร่างกายมีอุณหภูมิสูงมากกว่า 40.5 องศาขึ้นไป อุณหภูมิในร่างกายจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี อาจทำให้ชัก ช็อก หมดสติ และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้! อย่างไรก็ตาม อากาศร้อน ๆ แบบนี้ อย่าลืมห่มผ้าและพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรืออยู่กลางแจ้งเป็นเวลานาน ใส่เสื้อผ้าสีอ่อนที่ระบายอากาศได้ ไม่คับจนเกินไป รักษาสุขภาพและห่างไกลโรคครับ

วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 2 กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเข้ามาเผยแพร่ หากผู้สนใจเผยแพร่บทความวิจัยและวิชาการ ท่านสามารถส่งบทความเข้ามาที่สำนักกองบรรณาธิการวารสารฯ โรงพยาบาลโพธิ์ตาก หรือเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/pthjo/index>

Dr.Koraphat Artwanischakul

Editor

Contents

บทความวิจัย /Research article

- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก 70-81
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
The efficiency of financial management of hospitals Affiliation the Samut Songkhram Provincial Public Health Office from 2021 to 2023.
วินยา ธนาสุวรรณ พย.บ. Winaya Thanasuwan, (B.N.S)
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติ 82-94
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
Effects of using guidelines to prevent postpartum hemorrhage on mothers who give birth normally Thabo Crown Prince Hospital.
สุดาพร วงษาเนา พย.บ. Sudaporn Wongsanao, (B.N.S)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน 95-108
ในจังหวัดหนองคาย
Factors Related to Self-Care Behaviors among Elderly Thi-Puan of Nong khai Province.
นวนันท์ กองอุด พย.บ. Nawanan Kongud, (B.N.S)
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ 109-121
โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย
Factors Associated with Mortality Among Tuberculosis Patients In Nongkhai Hospital at Nongkhai Province.
ศิริรินทร์ ณ หนองคาย สม. Sirinthon Na Nongkhai, (M.P.H)
- แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคาย 122-135
Process development for the back office staff of secondary care in Nongkhai.
พงษ์เพชร ผาตะเนตร ส.บ. Pongpet Phatanet, (B.P.H.)

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Results of a caregiver education program for managing fever in children,
Thabo crown Prince Hospital.

วินยา ธนาสุวรรณ พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Winaya Thanasuwan, (B.N.S)

Thabo crown Prince Hospital

Tha Bo District, Nong Khai Province

(Received: 10 March 2024, Revised: 26 April 2024, Accepted: 3 May 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก และแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการไข้เด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดการอาการไข้ของเด็กหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.45$, $p < 0.000$) จะเห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการอาการไข้ของเด็ก จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทั้งในด้านการวัดไข้ การอ่านฉลากยา และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ มีความมั่นใจในการจัดการภาวะไข้ได้มากขึ้น สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้และดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทักษะเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งต่อการจัดการขณะเด็กมีไข้ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดูแลเบื้องต้นที่บ้านได้ถูกต้องและป้องกันการเกิดไข้ชักก่อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, การจัดการอาการไข้, ไข้ในเด็ก

ติดต่อผู้พิมพ์ : วินยา ธนาสุวรรณ อีเมล : pwinyath@gmail.com

Abstract

This research is a quasi-experimental study, single-group pretest-posttest design, aimed to investigate the effects of a knowledge program on caregivers' management of fever symptoms in children at Thabo crown Prince Hospital. The sample group consisted of caregivers of children receiving treatment at the pediatric ward of the hospital, totaling 30 people, selected based on specified criteria. The research tools used were a knowledge program for caregivers in managing fever symptoms in children and a questionnaire about pediatric fever management. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test statistics.

Research finding revealed that caregivers' knowledge in managing children's fever symptoms was higher after receiving the program compared to before receiving it, with statistical significance at the .05 level ($t = 12.45$, $p < 0.000$). It was observed that the knowledge program in managing children's fever symptoms helped caregivers to have knowledge in fever measurement, reading medication labels, and fever reduction skills. Caregivers were more confident in managing fever conditions, making appropriate decisions in managing fever conditions and caring for children with acute fever. These skills are crucial for managing children's fever effectively, both at home and before receiving treatment at the hospital.

Keywords : Caregiver, Fever treatment, Fever in children

Corresponding author : Winaya Thanasuwan **E-mail :** pwinyath@gmail.com

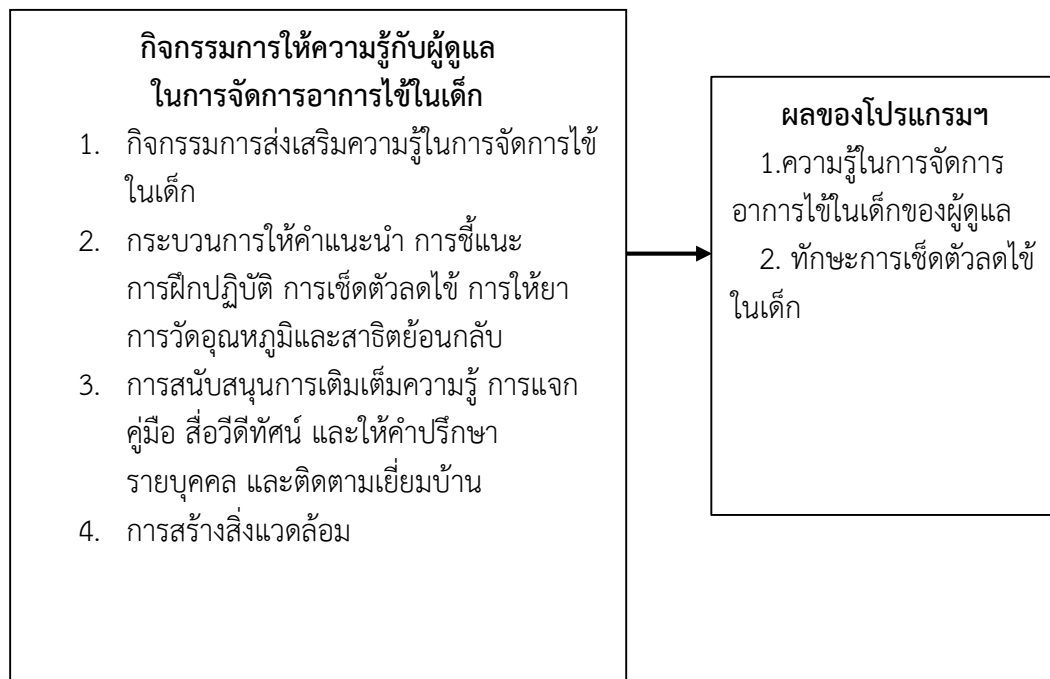
บทนำ

ภาวะไข้ (Fever) เป็นภาวะที่เด็กมีอุณหภูมิร่างกาย ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป เป็นอาการแสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายที่เกิดขึ้นร่วมกับการติดเชื้อ การอักเสบ หรือเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้นต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย⁽¹⁾ ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อเด็กมีไข้ ร่างกายจะพยายามถ่ายเทความร้อนออกไป โดยเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดในสมองใหญ่ขึ้น ถ้าหากปล่อยให้มีไข้สูงขึ้นนาน ๆ เด็กจะมีอาการซึม กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว และอาจทำให้เกิดชักจากไข้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ร้อยละ 3-5 จะมีอาการชัก ร่วมกับการมีไข้อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งพบมากที่สุดในช่วงอายุ 3 ปีแรก เนื่องจากสมองของเด็กกำลังเจริญเติบโต จึงมีความไวต่อการกระตุ้นจากการมีไข้โดยมากระดับอุณหภูมิที่ก่อให้เกิดภาวะชักได้ง่ายมักจะสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส เด็กที่มีประวัติชักจากไข้สูงมาก่อนร้อยละ 20-40 มีโอกาสชักซ้ำเมื่อเกิดภาวะไข้สูง⁽²⁾ การที่อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ระบบการเผาผลาญในร่างกายก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เด็กจึงเกิดอาการอ่อนเพลีย ร้องไห้งอแง หงุดหงิดง่าย รู้สึกกระหายน้ำ ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย จากการสูญเสีย น้ำ และเกลือแร่จากร่างกาย ภาวะไข้ยังส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิต พบว่า เมื่อร่างกายมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น อัตราเมตาบอลิซึมสูงขึ้น ทำให้อัตราการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีภาวะขาดน้ำ จากผลกระทบระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้พยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยเด็กรุนแรงขึ้น ทำให้การฟื้นฟูร่างกายล่าช้ากว่าปกติ ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น⁽³⁾ นอกจากนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของคน

ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ที่ต้องให้การดูแลเด็ก ที่ต้องทนทุกข์ทรมานหรือวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก และยังต้องหยุดงานเพื่อดูแลลูกหลาน⁽⁴⁾ ไข้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองนำเด็กมาพบแพทย์ ซึ่งผู้ปกครองมักมีความกังวลว่าจะทำให้เด็กเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น มีอาการชัก สมอญถูกทำลายหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องอาศัยบิดามารดาในการดูแล และช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเกือบทั้งหมด

จากข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ปี 2566 พบว่า เด็กที่มีอาการมาด้วยไข้ หรือมีประวัติไข้ก่อนมาโรงพยาบาลร้อยละ 63-73 และในจำนวนของเด็กที่มีภาวะไข้และมีสาเหตุจากการติดเชื้อ ร้อยละ 7.63⁽⁵⁾ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลเด็ก จึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันอันตรายที่จะขึ้นจากภาวะไข้ของเด็ก โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ มีความเข้าใจ ในการจัดการภาวะไข้ในเด็ก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง มีแบบแผน พัฒนาความรู้ จนสามารถนำไปดูแลเด็กและจัดการภาวะไข้ในเด็กได้อย่างถูกต้อง⁽⁶⁾ ซึ่งการจัดการภาวะไข้ที่มีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยลดอุณหภูมิได้อย่างรวดเร็ว จากรายงานวิจัยและการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลเด็กจำนวนมาก ยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการไข้ในเด็ก⁽⁷⁾ จนทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักในเด็กได้ ซึ่งการป้องกันชักจากไข้สูง จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ปกครองในการดูแลจัดการเรื่องไข้ในเด็ก จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กมีความรู้และทักษะระดับพื้นฐานเพียงพอที่จะสามารถ จัดการ ปัญหาอาการไข้ของเด็กด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะชักจาก ภาวะไข้สูงในเด็กได้ดียิ่งขึ้น

การศึกษานี้โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการไข้ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก และมีสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการไข้ในเด็กเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม⁽⁸⁾ และให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการไข้ อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้วิธีการที่พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ได้อย่างเหมาะสมผ่านกระบวนการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม พยาบาลมีบทบาทช่วยในกระบวนการตัดสินใจ ส่งเสริมด้านความรู้และทักษะ ประกอบด้วยการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองการจัดการอาการไข้ในเด็ก โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม 2567 รวมระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยเด็กตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis⁽⁹⁾ ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง⁽⁷⁾ ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ดังสูตร

$$n = \frac{24}{(1-.1)^2} = 29.62$$

เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ผู้รับบริการที่มีความวิตกกังวล และเร่งด่วนในการรักษาอาการผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสารหรืออ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน 2) ไม่เป็นโรคจิตหรือ

โรคประสาทและไม่มีภาวะสมองเสื่อม 3) หมายเลขโทรศัพท์ และ 4) แอปพลิเคชันไลน์ที่สามารถติดต่อได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ระหว่างทำการวิจัยผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น เด็กมีภาวะชักหรือภาวะวิกฤต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ยินยอมดำเนินการวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อความถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็กในการดูแล

2) ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา

2. แบบสอบถามความรู้พื้นฐานเรื่องการจัดการใช้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามความรู้เรื่องการจัดการภาวะไข้ ดัดแปลงของปาริฉัตร แสนไชยและคณะ⁽⁴⁾ ประกอบด้วยข้อความถาม 15 ข้อ ให้เลือกตอบถูกหรือผิด ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลจากคะแนนรวม

2) แบบประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของธรรมาพร เชี่ยวชาญ⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้จากการสังเกต ประกอบด้วย 1) การประเมินความถูกต้องการวัดไข้ การอ่านฉลากยา จำนวน 2 ข้อ ลักษณะข้อความถามเป็นแบบเลือกตอบ ถ้าปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน และถ้าปฏิบัติผิด ให้ 0 คะแนน และทักษะการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลจากคะแนนรวม

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ที่พัฒนามาจากการใช้แนวคิดการสนับสนุน โดยใช้วิธีการที่พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำจัดทำแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถาม ที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ซึ่งข้อความแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการไข้ที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก และแบบประเมินทักษะการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.75 เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา กระบวนการ ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย รวมทั้งมีการประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้ดูแล นัดทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2. การให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็ก โดยการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับผู้ดูแลในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้จากการประเมินความรู้การจัดการไข้ของผู้ดูแลในเบื้องต้น ต่อยอดจากความรู้เดิมที่ผู้ดูแลมีอยู่ เช่น การสังเกตและประเมินอาการไข้ การใช้ยาตามน้ำหนักเด็ก การเช็ดตัว รวมถึงการฝึกทักษะโดยการสอนสาธิต

และสาธิตย้อนกลับ เช่น วิธีการตรวจยา การวัดอุณหภูมิร่างกาย การเช็ดตัว เป็นต้น จะช่วยเพิ่มความสามารถ และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้ถูกต้องมากขึ้น

3. การชี้แนะกับผู้ดูแลเด็กตัวต่อตัว ขณะเดียวกันเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองว่า จะเลือกวิธีการจัดการอาการไข้ของเด็กได้

4. พยาบาลที่เลี้ยงคอยดูแลอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เช่น การให้เด็กรับประทานยาพร้อมกับเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

5. การใช้คำพูดให้กำลังใจ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก การแสดงความชื่นชมอย่างจริงใจ เมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแล

6. พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการแจกรุ่นมือการดูแลเด็กที่มีใช้ และให้ชมวีดิทัศน์ การให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เป็นต้น

7. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยการจัดห้องเรียนรู้ภายใต้บรรยากาศที่สงบ เป็นมิตร มีความเป็นกันเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงออกมากขึ้น โดยพยาบาลมีการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หลังให้ความรู้ เด็กมีภาวะไข้ครั้งที่ 2 ให้ผู้ดูแลสาธิตทักษะการจัดการอาการไข้ ได้แก่ การสังเกตและประเมินอาการไข้ การให้ยาตามน้ำหนักเด็ก การเช็ดตัว วิธีการตรวจยา การวัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น กระตุ้นให้ความรู้ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ร่วมกับประเมินทักษะการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ด้วยสถิติ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 2/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม 2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาอายุระหว่าง 20-30 ปี อายุเฉลี่ย 33.70 ปี (SD=11.6) จบการศึกษาระดับมัธยมตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 40 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก คือ พ่อ แม่ คิดเป็นร้อยละ 86.7 เป็นต้น

2. ด้านความรู้การจัดการอาการไข้ในเด็กของผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในการจัดการอาการไข้ของผู้ดูแลตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลอาการไข้ของเด็กเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 เช่น เด็กมีไข้แล้วอาการอาการชักขึ้นให้ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยรีบจัดท่านอนราบ และตะแคงศีรษะ ไข้เกิดจากการที่ร่างกายติดเชื้อ การอักเสบแพ้หรือขาดน้ำ เป็นต้น ในเด็กเล็กที่ใช้สูงมาก ๆ อาจชักได้ ขณะกำลังเช็ดตัวอยู่ เด็กมีอาการหนาวสั่นให้เช็ดตัวต่อไปจนกว่าไข้จะลด ในเด็กเล็กน้อยกว่า 3 เดือน ควรวัดไข้โดยใช้ปรอทวัดไข้

โดยการอมไว้ใต้ลิ้น ถ้าใช้น้ำเย็นจัดเซ็ดตัวเด็ก จะทำให้ระบายความร้อนได้ดี ไข้จะลงเร็วขึ้น เมื่อมีไข้ ไม่ควรให้เด็กกินน้ำมาก เพราะจะทำให้เด็กอาเจียนได้ และยาลดไข้พาราเซตามอล ควรกินไม่เกินวันละ 3 ครั้งและต้องกินหลังอาหาร แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้การจัดการอาการไข้ในเด็ก ก่อนและหลังทดลอง (N=30)

ข้อความ	ร้อยละของคำตอบที่ถูกต้อง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลอาการไข้ในเด็ก				
1) ขณะที่ได้กักให้รับเขย่าตัวเด็กเพื่อกระตุ้นให้เด็กตื่นและรู้สึกตัว	6	20.0	29	96.7
2) ในกรณีเด็กมีไข้แล้วอาการอาการชักขึ้นให้ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยรับจัดท่านอนราบและตะแคงศีรษะ	28	93.3	30	100
3) ไข้เกิดจากการที่ร่างกายติดเชื้อ การอักเสบ แพ้หรือขาดน้ำ เป็นต้น	28	93.3	30	100
2.ด้านการจัดการอาการไข้โดยไม่ใช้ยา				
1) ในเด็กเล็กที่ใช้สูงมาก ๆ อาจชักได้	30	100	30	100
2) ขณะกำลังเซ็ดตัวอยู่ เด็กมีอาการหนาวสั่นให้เซ็ดตัวต่อไปจนกว่าไข้จะลด	24	80.0	30	100
3) การเซ็ดตัวลดไข้แบบใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดพันห่อรอบแขน ขาและลำตัวเด็กสามารถลดไข้ได้เหมือนกับเซ็ดตัวแบบให้ผ้าเช็ดถูตามปกติ	26	86.7	28	93.3
4) ในเด็กเล็กน้อยกว่า 3 เดือน ควรวัดไข้โดยใช้ปรอทวัดไข้โดยการอมไว้ใต้ลิ้น	14	46.7	30	100
5) ถ้าใช้น้ำเย็นจัดเซ็ดตัวเด็ก จะทำให้ระบายความร้อนได้ดี ไข้จะลงเร็วขึ้น	15	50.0	30	100
6) การเซ็ดตัวควรเซ็ดนานประมาณ 15 นาที	23	76.7	25	83.3
7) เป็นไข้ต่ำ ๆ ให้เซ็ดตัวลดไข้อย่างเดียว ยังไม่ต้องกินยาก็ได้	25	83.3	28	93.3
8) ขณะเซ็ดตัวลดไข้ ควรเปิดพัดลมเป่าหรือเปิดเครื่องปรับอากาศไปด้วยไข้จะได้ลงเร็ว	14	46.7	29	96.7
9) เมื่อมีไข้ ไม่ควรให้เด็กกินน้ำมาก เพราะจะทำให้เด็กอาเจียนได้	15	50.0	30	100
10) การเซ็ดตัวลดไข้ควรทำเมื่อเด็กมีไข้โดยวัดอุณหภูมิทางรักแร้ได้มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	23	76.7	28	93.3

ต่อตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้การจัดการอาการไข้ในเด็ก ก่อนและหลังทดลอง (N=30)

ข้อความ	ร้อยละของคำตอบที่ถูกต้อง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11) ยาลดไข้พาราเซตามอล ควรกินไม่เกินวันละ 3 ครั้งและต้องกินหลังอาหาร	24	80.0	100	100
12) ไม่ควรกินยาพาราเซตามอล เกินขนาด เนื่องจากมีพิษต่อตับ	29	96.7	28	93.3

3. ทักษะวิธีการวัดไข้และอ่านฉลากยา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากโปรแกรมในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ผู้ดูแลมีทักษะวิธีการวัดไข้และอ่านฉลากยาที่ต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 เช่น การแปลผลอุณหภูมิที่อ่านได้จากเทอร์โมมิเตอร์แบบปรอทวัดไข้ การตัดสินใจให้ยาเมื่อเด็กมีอาการไข้ ปริมาณยาที่ให้ อาการข้างเคียงจากยาที่ควรรับมาพบแพทย์ แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทักษะวิธีการวัดไข้และอ่านฉลากยาที่ผู้ดูแลทำถูกต้อง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการฯ(N=30)

ข้อความ	ร้อยละของคำตอบที่ถูกต้อง			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.ด้านการแปลผลอุณหภูมิที่อ่านได้จากเทอร์โมมิเตอร์แบบปรอทวัดไข้				
1) การแปลผลอุณหภูมิที่อ่านได้จาก เทอร์โมมิเตอร์แบบปรอทวัดไข้	13	43.3	100	100
2) การตัดสินใจให้ยาเมื่อเด็กมีอาการไข้	11	36.7	100	100
3) ปริมาณยาที่ให้	23	76.7	100	100
4) จำนวนครั้งและระยะห่างของการให้ยา รับประทาน	14	46.6	28	96.7
5) อาการข้างเคียงจากยาที่ควรรับมาพบแพทย์	29	96.7	100	100

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ของผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังทดลอง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ของผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็กมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ของผู้ดูแลก่อนและหลังทดลอง (N=30)

ความรู้ในการจัดการฯ	n	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	30	8.06	1.26	29	12.45	.000
หลังการใช้โปรแกรม	30	11.46	1.33			

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก มีความรู้ในการจัดการไข้ในเด็กเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้ในการจัดการไข้ในเด็กได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดให้ จนมีทักษะการจัดการไข้ในเด็กที่ดีกว่าอย่างชัดเจน จะเห็นได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ สอดคล้องกับอาจารย์จรรววรรณ แหลมไธสง ที่ทำการศึกษาศักยภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ถ้าผู้ดูแลเด็กมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมากก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของเพียงเพ็ญ เดชพร⁽¹¹⁾ พบว่าความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้มีความสัมพันธ์กับการจัดการของบิดามารดาเมื่อเด็กมีไข้

หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้น โดยบุคคลจะมีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถสนองตอบความต้องการที่จำเป็นของตนเอง โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลให้คงไว้ซึ่งชีวิต⁽⁸⁾ ซึ่งการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ดูแล ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการ คำแนะนำ และสิ่งที่ต้องการจัดการอาการไข้ในเด็ก ผ่านวิธีการการสอนทั้งมีความรู้และทักษะ เพื่อให้จัดการอาการไข้ในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการให้การพยาบาลได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเด็ก ทำให้รับรู้ถึงความรู้ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล นำไปสู่การวางแผนการให้ความรู้ ทั้งการสอนแบบตัวต่อตัว การใช้คำพูดให้กำลังใจหรือกิริยาท่าทางที่รับฟังความคิดเห็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ประกอบกับผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทดลองให้ฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลเด็ก การแสดงความชื่นชมอย่างจริงใจเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้อง ร่วมกับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับผู้ดูแล มีการติดตามผลประเมินความรู้การจัดการไข้ ทั้งจากการสังเกตและประเมินอาการไข้ การใช้ยาตามน้ำหนักของเด็ก การเช็ดตัว วิธีการตรวจยา การวัดอุณหภูมิร่างกาย การเช็ดตัว เป็นต้น ประกอบกับการชี้แนะผู้ดูแลให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการไข้ของเด็กได้ภายใต้การแนะนำและตรวจตราจากพยาบาล เช่น การให้เด็กรับประทานยาร่วมกับเช็ดตัวลดไข้ การตรวจสอบปริมาณยา การวัดอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เชื่อมโยงการช่วยเหลือต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน สอดคล้องกับ

การศึกษาของศุภิสรา ลีมิ่งสวัสดิ์ (2555)⁽¹²⁾ ที่พบว่า พยาบาลควรส่งเสริมให้บิดามารดามีความเชื่อที่เหมาะสมกับภาวะไข้ของเด็ก ซึ่งจะช่วยให้มีการจัดการกับภาวะไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอันตรายจากอาการไข้สูงของเด็กได้

และในการแจกรุ่นมือในการดูแลเด็กให้มารดานำกลับไปอ่านทบทวน การได้ชมวีดิทัศน์วิธีการเช็ดตัวลดไข้จะช่วยกระตุ้นให้ความรู้และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ร่วมกับประเมินทักษะเช็ดตัวและการให้คำแนะนำเพิ่มเติมจะช่วยเสริมความมั่นใจแก่ผู้ดูแล ประกอบกับการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ต่อการเรียนรู้ให้กับผู้ดูแลเด็ก โดยมีห้องเรียนรู้ ภายใต้บรรยากาศที่สงบ เป็นมิตร มีความเป็นกันเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อันดีกับพยาบาล ทำให้เกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงออก มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการจัดการไข้ในเด็ก จนสามารถสร้างความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็กได้มากขึ้น

ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการอาการไข้ในเด็ก พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็กสูงขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 สอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร แสนไชย และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าการอบรมความรู้การจัดการอาการไข้ในเด็กสำหรับผู้ปกครอง หลังอบรมผู้ปกครองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญพิไล โพธิ์ทะเล⁽¹³⁾ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันการเสียชีวิตกระทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะนำมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสรวิพร ชมบุญ และคณะ⁽¹⁴⁾ โดยการให้ความรู้ ทักษะการจัดการภาวะไข้ และการกระตุ้นเตือนพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการไข้ของเด็กบ้านดีขึ้น เมื่อติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการภาวะไข้ได้อย่างมั่นใจจะสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้และดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม ลดอัตราการเข้ารับการบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้ในการรักษาพยาบาลที่มารดาได้จากคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ผวนกับประสบการณ์ตรงที่เรียนรู้จากการดูแลบุตรหลาน และจากการอ่านเอกสารความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ทำให้เข้าใจในการดูแลบุตรเมื่อมีไข้⁽¹⁵⁾

จะเห็นว่า การจัดกิจกรรมฯ ที่จัดขึ้นให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือและฝึกปฏิบัติจริงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลเด็กป่วย โดยการเพิ่มทักษะการวัดไข้ การเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาและสามารถตัดสินใจว่า เมื่อใดจึงต้องเริ่มให้ลดไข้เด็ก สามารถป้องกันภาวะชักในผู้ป่วยเด็ก ๆ ได้ ซึ่งทักษะเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก และสามารถนำไปใช้ในดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้านเบื้องต้นก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลเด็ก เพราะจะช่วยป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดจากอาการไข้สูงของเด็กได้ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและนำไปใช้อย่างกว้างขวางต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการดังกล่าวไปใช้กับหน่วยบริการอื่น ๆ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการจัดการอาการไข้ในเด็กที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้กับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัด โรคหัวใจ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาล กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณอาจารย์ ดร.กรภัทร อาจวานิชชากุล ที่กรุณาให้คำแนะนำในการตรวจแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าในการเผยแพร่ผลงาน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มัยธัช สามเสน. แนวทางการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่มีอาการชักจากไข้ (Febrile seizure). ใน: กาญจนา อ้วนวงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์ Clinical Practice Guidelines for epilepsy. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2559: หน้า 58-62.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. ไข้หรือตัวร้อนในเด็ก [อินเทอร์เน็ต].2563. [เข้าถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2566]; จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=274>
3. จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์. ภาวะชักจากไขในเด็ก [อินเทอร์เน็ต].2563. [เข้าถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2566]; จาก <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/2178/1/1-14.pdf>
4. ปาริฉัตร แสนไชย และคณะ. การอบรมความรู้การจัดการอาการไขในเด็กสำหรับผู้ปกครอง.เชียงใหม่ เวชสาร 2560; 56(2): 97-106.
5. โรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ. รายงานผู้ป่วยใน (IPD) แยกตามแผนกแยกตามตึกเลือกช่วงเวลา 2566-2567. ระบบ HOSxPXE4 โรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ.
6. จักรกฤษ ปิจติ, มณฑนาวดี เมธาพัฒนะ และณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์. บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีภาวะชักจากไข้สูง. วารสารทหารบก 2563; 22(1): 29-37.
7. ปิยาทิพย์ วัฒนสุนทร และคณะ. ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะไขในเด็กของผู้ดูแล. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ 2565; 10(2): 71-86.
8. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby
9. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power
10. ฐมาพร เชี่ยวชาญ. (2562). ประสิทธิภาพของการสอนด้วยชุดสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตัวลดไข้ของผู้ดูแลเด็กป่วยแผนกศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
11. เพียงเพ็ญ เดชพร. ความรู้และการจัดการเมื่อเด็กมีไข้ของผู้ปกครองเมื่อเด็กมีภาวะไข้. ชัยภูมิเวชสาร 2559; 36(1): 39-49.
12. ศุภิสรา ลีมีงสวัสดิ์ ยูนิ พงษ์จตุวิทย์ นุชจรี ไชยมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของบิดามารดาเมื่อเด็กมีภาวะไข้. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 20 (2): 9-20.

13. เพ็ญพิไล โพธิ์ทะเล. (2560). โปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. สรีพร ชมบุญ และคณะ. (2561). ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช. การประชุมหาดีใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9.
15. ทศนียา วังสะจันทานนท์, อ้อมจิต ว่องวาณิช. ประสบการณ์ในการจัดการอาการไข้ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30(4): 117-123.

ผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Effects of using guidelines to prevent postpartum hemorrhage on mothers who
give birth normally Thabo Crown Prince Hospital.

สุดาพร วงษาเนา พย.บ.
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Sudaporn Wongsanao, (B.N.S)
Thabo Crown Prince Hospital
Tha Bo District, Nongkai province.

(Received: 10 March 2024, Revised: 28 April 2024, Accepted: 3 May 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติในหอคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ แม่ที่คลอดปกติจำนวน 30 คนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอคลอด จำนวน 9 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์กำหนด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบบแสดงความคิดเห็น และแบบประเมินตามตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอด โดยมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.81, 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติในหอคลอด โดยรวมมีการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.6 เป็นร้อยละ 100.0 ในด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=5.00, SD=0.00) ร้อยละของตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของการตามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดผ่านเกณฑ์ และระดับความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30

คำสำคัญ : การตกเลือดหลังคลอด, แนวปฏิบัติ, การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ติดต่อผู้พิมพ์ : สุดาพร วงษาเนา **อีเมล :** sudapornwongsanao@gmail.com

Abstract

The objective of this research was to study the results of using guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room Thabo Crown Prince Hospital the sample group used in the study was 30 mothers who had normal births and 9 professional nurses who worked in the delivery room, obtained through purposive random sampling according to the specified criteria. The research instrument was a questionnaire to evaluate the use of guidelines by professional nurses towards preventing postpartum hemorrhage, Comment form and assessment based on indicators of postpartum hemorrhage with confidence checking Get a value equal to 0.81, 0.90. Data were analyzed using frequency statistics, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results found that Effects of using guidelines for preventing postpartum hemorrhage on mothers giving birth normally in the delivery room. Overall, there was a high level of correct nursing practice, increasing from 55.6 percent to 100.0 percent. In terms of professional nurses' opinions on using the guidelines, they were at the highest level (Mean=5.00, SD=0.00). The percentage of indicators for early postpartum hemorrhage of mothers at risk for postpartum hemorrhage passed the criteria and the risk level of postpartum hemorrhage is at a moderate level of 30 percent.

Keywords : postpartum hemorrhage, guidelines, Prevent postpartum hemorrhage

Corresponding author : สุดาพร วงษาเนา E-mail : sudapornwongsanao@gmail.com

บทนำ

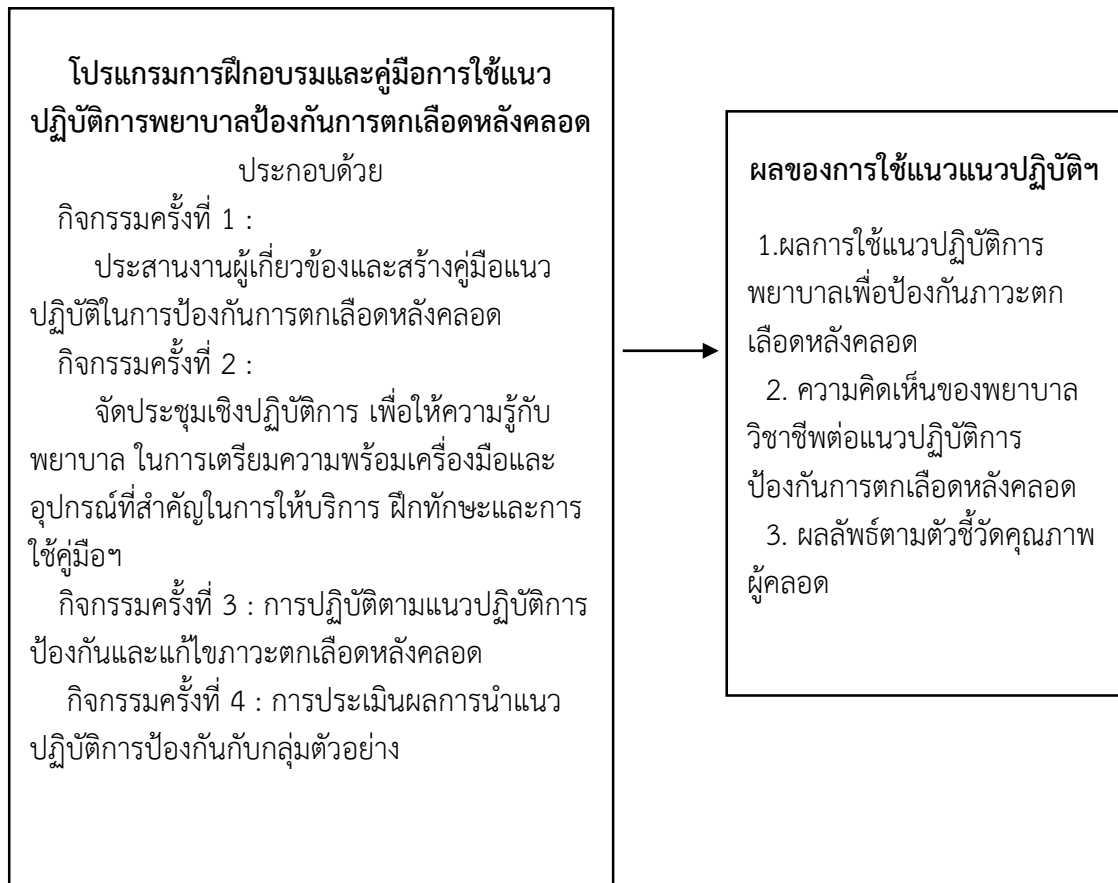
ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นภาวะที่มีการสูญเสียเลือด เนื่องจากการคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตรในการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรในการคลอดโดยวิธีการผ่าตัดคลอด รวมทั้งความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงร้อยละ 10 หรือมีความจำเป็นที่ต้องได้รับเลือดทดแทน ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สำคัญของมารดาทั่วโลก⁽¹⁾ จะเห็นว่าสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาเป็นการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง และมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด ซึ่งการหดตัวของมดลูกไม่ดีนั้นจะเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ๆ ซึ่งพบประมาณ 1 ใน 20 ของการคลอด⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) ถึงร้อยละ 70 มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) ร้อยละ 20 รกค้าง (Tissue) ร้อยละ 10 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) ร้อยละ 1⁽³⁾ เป็นต้น

ภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early หรือ immediate หรือ primary PPH) ซึ่งจะมีการตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late หรือ secondary PPH) โดยมีการตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด⁽⁴⁾ ซึ่งส่วนมากภาวะตกเลือดหลังคลอด จะพบได้บ่อยคือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽⁵⁾ ซึ่งความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เกิดภาวะช็อกอ่อนเพลียอาจเป็นลมหมดสติ อาจทำให้เกิดภาวะช็อคและการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย สำหรับการตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้ต้องตัดมดลูก

เพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ผู้ป่วยหลังคลอดไม่สามารถตั้งครรรภ์ต่อไปได้ อีกกรณีคือ การมีเลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงที ก็อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้⁽⁶⁾ จากข้อมูลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการตายของมารดาทั่วโลก พบว่า อัตราการตายของมารดาทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2015 อยู่ที่ 210 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย⁽⁷⁾ สำหรับประเทศไทยสถานการณ์การเสียชีวิตของมารดา ในปี พ.ศ. 2558 อยู่ที่ 26 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย⁽⁸⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 250 เตียง มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมด 4 อำเภอ ได้แก่ ท่าบ่อ โพนีตาค ศรีเชียงใหม่ และสังคม ให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะรอคคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ โดยกำหนดให้อัตราการตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินร้อยละ 2 จากสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2565-2566 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.78 และ 0.59⁽⁹⁾ เป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับมาตรฐานกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ดังนั้นจึงต้องพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการให้สูงขึ้น ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด พบว่า ยังมีหลายปัจจัยที่จะต้องพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้สามารถยกระดับคุณภาพบริการให้สูงขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอด ปัจจุบันพยาบาลผู้ให้บริการยังมีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่หลากหลาย มีการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาคลอดต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ไม่ครอบคลุม รวมทั้งมีการประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอดยังประเมินด้วยสายตา ซึ่งการประเมินแบบดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ ดังนั้นจึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาที่ยังคงเกิดขึ้นซึ่งอาจจะส่งผลกระทบในระยะยาวทำให้มารดาเกิดภาวะโลหิตจาง สภาพร่างกายอ่อนแอ และมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดด้วยวิธีการสร้างแนวทางการปฏิบัติพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guide-line: CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและชัดเจนขึ้น มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง⁽¹¹⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เพื่อที่จะได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติ โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของไอโอวา (The Iowa model of evidence-based practice to promote quality of care) มาเป็นกรอบในการศึกษา และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการพยาบาลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด และมารดาที่คลอดปกติที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย (Inclusion criteria) 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) 1) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอดในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด น้อยกว่า 2 ปี เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพ ไม่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีจำนวนทั้งสิ้น 9 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัย (Inclusion criteria) 1) ผู้คลอดในช่วงเดือนมกราคม 2567 - กลางเดือนมีนาคม 2567 2) มารดาที่คลอดทางช่องคลอดปกติ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ

1) มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้อง 2) มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด 3) ย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ตำแหน่งทางราชการ จำนวน 5 ข้อ และข้อมูลหญิงหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การตั้งครรภ์ และโรคประจำตัว จำนวน 4 ข้อ

2) แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4T's เลือกตอบคำถามใน 2 ตัวเลือก คือ 1 หมายถึง มีการปฏิบัติได้ ส่วน 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ การแปลระดับคะแนนร้อยละเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ระดับน้อย, ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง, และร้อยละ 80-100 อยู่ในระดับมาก เป็นต้น

3) ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า rating scale 5 ระดับ ดังนี้ 1 เห็นด้วยน้อยมากไปจนถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด และแปลระดับคะแนนร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง, ร้อยละ 80-100 ระดับมาก

4) ตัวชี้วัดคุณภาพการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด จำนวน 6 ข้อ คือ อัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราการเกิดภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอดการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) รกและชิ้นส่วนของรก (Tissue) และการแข็งตัวของเลือด (Thrombin)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแนวปฏิบัติของการพยาบาลต่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบ เพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่า CVI ที่ยอมรับตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ 2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกันทำการหาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบแสดงความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล $\alpha = 0.81$ และ 0.90 เป็นต้น

ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่แรก โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) วิเคราะห์และประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ทบทวนอุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถใช้ได้จริงตามความเหมาะสมของบริบทในหน่วยงาน

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 โดยการชี้แจงและอธิบายโครงการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานของหน่วยงานห้องคลอด รวมทั้งให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา

กิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 โดยมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงานและฝึกทักษะของพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยมี 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการบริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) การปฏิบัติการพยาบาล active management ระยะที่ 3 ของการคลอด (active management of third stage of labor) 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด (normal vaginal delivery) 4) บริการระยะคลอด (intrapartum) 5) บริการระยะหลังคลอด (postpartum) 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด 7) การเตรียมความพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) ฝึกการใช้คู่มือการและผู้คลอด

กิจกรรมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 5-11 การนำแนวการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานประจำ

กิจกรรมครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 12 โดยการดำเนินการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการ (certificate of approval) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รหัสโครงการ COA No. NPKP มกราคม 2567 ผู้วิจัยจึงได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา.

1.ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลพระยุพราชท่าบ่อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุในช่วง 30-40 ปี ร้อยละ 75 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 80 เป็นต้น

2) กลุ่มผู้คลอด ส่วนใหญ่มีอายุ 26-30 ปี ร้อยละ 43.34 รองลงมามีอายุ 36-40 ปี ร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 40 รองลงมามีธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.34 ผู้คลอดส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 26.67 มีประวัติไม่เคยทำแท้ง ร้อยละ 80 ผู้คลอดส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 เป็นต้น

2. การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า พยาบาลสามารถใช้แนวทางปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 ได้แก่ ประเมินมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยพยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE PPH” ที่ใบ Patograph ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการ เปิดขยายของปากมดลูก

(Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง, ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อความก้าวหน้าของการคลอด, เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX), การนำ Pantograph มาใช้ดูแลมารดาคลอดพร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล, ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดา ใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาล ตามสาเหตุการตกเลือด, ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง, ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเองให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด, การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ก่อนและหลังทดลอง (n=9)

การปฏิบัติตามแนวทางฯ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะรอคลอด				
1) คัดกรองความเสี่ยงตามแบบประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมิน Check Risk for PPH	7	77.8	8	88.9
2) ประเมินมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยพยาบาลดิดิสติกเกอร์ “SAVE PPH” ที่ใน Paper Less	5	55.6	9	100
3) เจาะ Hematocrit ทุกราย group Matching PRC 1 Unit	5	55.6	7	77.8
4) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Pantograph	6	66.7	8	88.9
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent Phase)				
1) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล ความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก	7	77.8	8	88.9
2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการ เปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง	7	77.8	9	100
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)				
1) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง	6	66.7	8	88.9
2) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที- 1 ชั่วโมง เพื่อความก้าวหน้าของการคลอด	7	77.8	9	100

ต่อตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดรายข้อที่ปฏิบัติถูกต้อง ก่อนและหลังทดลอง (n=9)

การปฏิบัติตามแนวทางฯ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)				
3) ในระยะการดูแลตรวจดื่มน้ำดอาหาร และให้สารน้ำทางหลอดเลือด ตามแผนการรักษาของ สูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อ ชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 18	5	55.6	8	88.9
4) เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)	7	77.8	9	100
5) การพยาบาลระยะคลอด พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาทีและฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที	8	88.9	9	100
6) ให้สารน้ำเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้ยา Oxytocin 10 Unit IM stat	7	77.8	8	88.9
7) สอนปัสสาวะมาดาหลังทารกคลอดทุกรายเพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก	6	66.7	8	88.9
8) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด <500 ML	7	77.8	8	88.9
9) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้ม ทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดาทุกราย	6	66.7	8	88.9
การพยาบาลระยะหลังคลอด				
1) ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาล ตามสาเหตุการตกเลือด	6	66.7	9	100
2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง	7	77.8	9	100
3) กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดพยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE PPH” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด PPH Check Risk for PPH ใน PAPER LESS	7	77.8	8	88.9
4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลหากไม่แข็งตัวให้ท่านคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็งการ	5	55.6	9	100

ต่อตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดรายข้อที่ปฏิบัติถูกต้อง ก่อนและหลังทดลอง (n=9)

การปฏิบัติตามแนวทางฯ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด				
1) ประเมินการหดตัวของมดลูกปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวนชิ้นพร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	6	66.7	8	88.9
2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเองให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	7	77.8	9	100
3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง	6	66.7	8	88.9
4) การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง	6	66.7	9	100

3. ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดอยู่ในระดับมากที่สุดในระดับต่าง ๆ ทุกประเด็น คือ นโยบายปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้ นโยบายปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ นโยบายปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดได้ และนโยบายปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อผู้คลอด บุคลากร และหน่วยงาน ($\bar{X}=5.00$, $SD=.000$) และรองลงมาคือ นโยบายปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย ($\bar{X}=4.83$, $SD=0.32$) แสดงตามตารางที่ 2

ความคิดเห็นของการใช้นโยบายปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านคิดว่านโยบายปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้	5.00	0.000	มากที่สุด
2. ท่านคิดว่านโยบายปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้	5.00	0.000	มากที่สุด
3. ท่านคิดว่านโยบายปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้	5.00	0.000	มากที่สุด
4. ท่านคิดว่านโยบายปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย	4.83	0.32	มากที่สุด
5. ท่านคิดว่านโยบายปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอด บุคลากร และหน่วยงานของท่าน	5.00	0.000	มากที่สุด

4. ตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลก่อนการใช้นาฬิกาปฏิบัติในปี 2566 พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุรกและชิ้นส่วนของรก (Tissue) คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมาคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) และการบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) คิดเป็นร้อยละ 28.60 มารดาตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.59 ตามลำดับ หลังพยาบาลได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอดจากปัจจัยดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกก่อนและหลังการใช้นาฬิกาปฏิบัติ

ตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอด	ก่อนใช้ปี 2566 (n= 1005)	หลังใช้ (n=30)
1. มารดาตกเลือดหลังคลอด	0.59	0.00
2. มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด	0.00	0.00
3. การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone)	28.60	0.00
4. การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma)	28.60	0.00
5. รกและชิ้นส่วนของรก (Tissue)	42.80	0.00
6. การแข็งตัวของเลือด (Thrombin)	0.00	0.00

วิจารณ์

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้นาฬิกาปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (IOWA model)⁽¹²⁾ ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹³⁾ โดยการฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการบริการก่อนเข้าสู่ระยะคลอด 2) การปฏิบัติการพยาบาล active management ระยะที่ 3 ของการคลอด (active management of third stage of labor) 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด (normal vaginal delivery) 4) บริการระยะคลอด (intrapartum) 5) บริการระยะหลังคลอด (postpartum) 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด 7) การเตรียมความพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ

จะเห็นว่าแนวทางการให้ความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด ได้เรียนรู้และสร้างความเข้าใจต่อการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการตกเลือดของผู้คลอดได้มากขึ้น หลังกลุ่มตัวอย่างผ่านการฝึกอบรมแล้วสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวทางฯ เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้เกิดจากการมีคู่มือประกอบความเข้าใจด้วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทบทวนความเข้าใจหรือแก้ไขข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ขณะเดียวกันพยาบาลผู้ปฏิบัติงานก็สนใจที่จะเรียนรู้ด้วย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการดูแลไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ จานทอง(2564)⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า การใช้นาฬิกาปฏิบัติการใช้นาฬิกาปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นาฬิกาปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และยืนยันได้ว่าการใช้นาฬิกาปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี สามารถเพิ่ม

ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็น มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

สำหรับผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ใช้แนวทางเดียวกันในการดูแล ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะรอคลอด 2) การพยาบาลระยะคลอด และ 3) การพยาบาลหลังคลอดซึ่งเป็นรูปแบบที่มาจากการพัฒนา และการปฏิบัติไปพร้อมกัน นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 100 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินผลการดำเนินงานและนำไปปรับปรุงแก้ไขกระบวนการ ทำงานได้ ซึ่งแนวปฏิบัติทั้ง 3 ระยะของการคลอด คือ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจาก การเสียเลือดไม่ตัดมดลูก และไม่พบอัตราการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด

ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ นั้น ถือว่าเป็นการจัดการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เนื่องจากการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงานก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม จากความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานเอง เกิดการเรียนรู้ในการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภาวาท และอารี กิ่งเล็ก (2559)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในการดูแลมารดาหลังคลอดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แม่ที่คลอดได้รับการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจาก การคลอด ดังจะเห็นได้จากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิพร, น้องขวัญ, และจรรยา (2564)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการสอนและฝึกปฏิบัติการคลึงมดลูกแก่ผู้ คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกในระยะหลัง คลอดด้วยตนเอง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ด้านผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดา คือมีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงอย่างชัดเจน มารดากลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด มดลูกไม่ถูกตัด และไม่ยังพบว่า มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560)⁽¹⁶⁾ ศึกษาการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน พบว่า พยาบาลควรนำความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล หรือสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ มาตรฐาน จะช่วยลดความรุนแรงหรือ อันตรายต่อชีวิตของผู้รับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของนวรรณ มณีจันทร์ (2560)⁽¹⁷⁾ ได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า มารดาที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีสัดส่วน ความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกน้อยกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ อย่างไรก็ตามก็ควรมีการเฝ้าระวัง ผู้คลอดทุกรายถึงแม้จะไม่มีปัจจัยที่เสี่ยงก็อาจเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอดได้

ในด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีความง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง มีความเหมาะสมกับ บริบทของห้องคลอด ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด เนื่องจากพยาบาลได้รับการฝึกทักษะด้านการป้องกันการตกเลือด

หลังคลอดมา จะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน คล้ายคลึงกับการศึกษาของจารุพัชรสุชุมาลพิทักษ์ และมะลิวรรณ อังคนิตย (2566)⁽¹⁸⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือน เพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยพยาบาลมีความเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.49) พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.71, SD = 0.38) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำแนวทางไปพัฒนาพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการป้องกัน รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิดการตกเลือดหลังคลอด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับมารดาในกลุ่มเสี่ยง
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี
3. ควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการทำคลอดรกแบบควบคุมการดึงสายสะดือจนชำนาญ เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับทีมพยาบาล ผู้คลอด สถานที่ และอุปกรณ์ก่อนเสมอ เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและผู้คลอด ในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับการบริบทของพื้นที่
3. ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดในห้องคลอดทุก 1 ปี โดยปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติเมื่อผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดการแปรปรวนของกระบวนการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์การวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ผู้เกี่ยวข้อง และมารดาหลังคลอดทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ จนให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization.
2. ถวัลย์ วงศ์รัตนสิริ, จิตติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู. (2553). สุนติศาสตร์ฉุกเฉิน. สมุทรสาคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
3. Anderson, J. M., & Etches, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. International Journal of American Family Physician 2007; 75(6): 875-882.
4. สุจิตต์ คุณประดิษฐ์. (2553). “การตกเลือดหลังคลอด.” ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, จิตติมา สุนทรสัจ และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู. (บรรณาธิการ). สุนติศาสตร์ฉุกเฉิน. (247-266). (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

5. Ramanathan, G., & Arulkumaran, S. (2006). Postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology Canada* 2006; 28: 967-973.
6. ลัดดาวัลย์ พลอดฤทธิ์, สุชาดา วิภวากานต์ และ อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2563 ; 3(3): 127-141.
7. World Health Organization. MPS Technical Update Prevention of Postpartum Hemorrhage by Active Management of Third Stage of labor. [Online]. Available from: <http://www.who.int/makingpregnancysafer>. [Accessed 2015 May 26].
8. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์มารดาและทารกตายในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
9. โรงพยาบาลพระยาราชทาบอ. Service Profile หน่วยงานบริการผู้คลอด โรงพยาบาลพระยาราชทาบอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก <http://www.thabohospital.com/thabo/>
10. ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, รุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา* 2563; 8(1): 46-57.
11. พิกุล บัณฑิตพานิชชา, นงลักษณ์ พลแสน และสุภาวดี เหลืองขวัญ. การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2560; 32(2): 131-144.
12. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟรี-วัน.
13. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <http://www.rtcog.or.th/home>
14. เบญจมาภรณ์ จานทอง. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20230411132900_4478/20230411132927_704.pdf
15. สุทธิพร พรหมจันทร์, น้องขวัญ สมุทรจักร, และจรรยา แก้วใจบุญ. ผลการใช้แนวปฏิบัติ ทางพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ* 2564 ;22(2): 69-81.
16. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี* 2560; 6(2): 146-157.
17. นภวรรณ มณีจันทร์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 2560; 31(1): 143-155.
18. จารุพัทธ์ สุขุมลพพิทักษ์ และมะลิวรรณ อังคณิตย์. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการใช้ระบบสัญญาณเตือน เพื่อจัดการภาวะวิกฤติฉุกเฉินก่อนเข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารกองการพยาบาล* 2566 ; 50 (3) : 125-137.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน ในจังหวัดหนองคาย

Factors Related to Self-Care Behaviors among Elderly Thi-Puan
of Nong khai Province.

นวนันท์ กองอุด พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ตาก

อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

Nawanan Kongud, (B.N.S)

Ban Pho Tak Subdistrict Health

Promoting Hospital Pho Tak district

Nong Khai Province.

(Received: 20 April 2024, Revised: 17 May 2024, Accepted: 21 May 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทพวน จังหวัดหนองคาย จากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุชาวไทพวนที่อาศัยอยู่ในบ้านโพธิ์ตาก จำนวน 91 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.70 – 0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.16, SD = 0.16) โดยพบพฤติกรรมรายด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.12, SD = 0.22) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.01, SD = 0.34) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ = 2.23, SD = 0.27) และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.36, SD = 0.25) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า 1) ปัจจัยนำในด้านความรู้ทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (p -value > 0.05) ส่วนด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) จากผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุชาวไทพวนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทยได้

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชาวไทพวน

ติดต่อผู้พิมพ์ : นวนันท์ กองอุด อีเมล : Nawa49@gmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to study; 1) self-care behavior of the elderly, and 2) Factors Related to Self-Care Behaviors among Elderly Thai Puan of Nong khai Province. The sample group is Elderly Tai Phuan people living in Ban Pho Tak, a total of 91 people, obtained from purposive random sampling. Data were collected using a questionnaire in 4 parts: information on leading factors, contributing factors, additional factors, and information on the self-care behavior of the elderly. The reliability value is between 0.70 - 0.80 which is within acceptable criteria. Data were analyzed by Descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient statistics.

The results revealed as follows: Tai Phuan elders had overall self-care behavior at a moderate level ($\bar{X} = 2.17$, SD = 0.16), with food consumption behaviors found at a moderate level ($\bar{X} = 2.12$, SD = 0.22), the exercise aspect was at a moderate level ($\bar{X} = 2.01$, SD = 0.34), the aspect of responsibility for one's health ($\bar{X} = 2.23$, SD = 0.27), and the aspect of stress management was at a high level ($\bar{X} = 2.36$, SD = 0.23). The relationship between various factors and health care behavior found that 1) the leading factor in health literacy was unrelated to self-care behavior (p-value > 0.05). As for attitude, contributing factors and auxiliary factors have a statistically significant relationship (p-value < 0.001). The results can be used to plan activities to develop health literacy with Elderly Thai Puan living in various areas of Thailand.

Keywords : Health care, Health behavior, elderly, Thai Puan

Corresponding author : Nawanan Kongud **Email :** Nawa49@gmail.com

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา การที่บุคคลมีอายุมากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองย่อมเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำงานย่อมลดน้อยลงไปรวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิตลดลง⁽¹⁾ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายในด้านสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับผู้สูงอายุ ดังนั้น รัฐบาลจึงมีนโยบายด้านผู้สูงอายุและกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่าง ๆ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านการจัดการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการรวมถึงการพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงวัย⁽²⁾ และตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 พ.ศ. 2566-2580 (หลังจากที่เริ่มมีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก พ.ศ. 2525-2544 และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 2 พ.ศ. 2545-2565) โดยแผนระยะที่ 3 มีวิสัยทัศน์คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคงเป็นพลังพัฒนาสังคม⁽³⁾

จังหวัดหนองคายมีประชากรผู้สูงอายุ 77,918 คน⁽⁴⁾ โดยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทพวน ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านหม้อ อำเภอศรีเชียงใหม่และอาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก จำนวน 1,018 คน^(5,6) ในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุในกลุ่มชาติพันธุ์เผ่าอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวไทพวน ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่กระจายอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศไทย ที่อพยพมาจากแคว้นเชียงขวางหรือบริเวณที่ราบสูงในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นกลุ่มที่มีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม วิถีชีวิตและภาษาที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เป็นชาติพันธุ์ที่มีการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมและมีเอกลักษณ์ของตนเองมาช้านาน⁽⁷⁾ ไม่ว่าจะเป็นคำสอน นิทาน วรรณคดี ความเชื่อ ประเพณี พิธีกรรม ศิลปกรรม และภูมิปัญญาต่าง ๆ จึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีทุนทางสังคมที่ควร จึงน่าจะมีปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองผู้สูงอายุที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจึงเป็นกลายเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ของสังคม ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายทั้งจากการมีอายุเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ที่เน้นการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสารในการดำรงชีวิตประจำวันและพัฒนาประเทศ ดังนั้นผู้สูงอายุในสังคมไทยยุค 4.0 ต้องการการปรับตัวและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มากกว่าวัยอื่น ๆ ⁽⁸⁾ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุต่างก็มีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ และยิ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคโควิด-19 นั้น ได้สร้างปัญหาทางสุขภาพมากมายให้กับผู้คน ยิ่งผู้สูงอายุและมีโรคแทรกซ้อนด้วยแล้ว ยิ่งจำเป็นอย่างมากที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในหลาย ๆ มิติ เพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตและการอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น

จากข้อมูลสนับสนุนข้างต้นและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวโดยมีขนาดครัวเรือนลดลงทำให้ครอบครัวมีความอ่อนแอจนไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีแบบแผนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตน ทั้งนี้เพื่อการแสวงหาความรู้เชิงประจักษ์ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปสะท้อนกลับ รวมทั้งการใช้แนวทางหรือทราบปัจจัยเฉพาะที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น อันส่งผลการพัฒนาระบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน จังหวัดหนองคาย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน จังหวัดหนองคาย ทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุไทพวนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดหนองคาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) จำนวน 1,018 คน⁽⁹⁾ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นผู้สูงอายุชาวไทพวนที่อาศัยอยู่ในอำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย จำนวน 741 คน ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (Well elder) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย ประกอบกับการใช้เกณฑ์กำหนด ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายหญิง อาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ตาก ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจคัดกรองสมรรถนะ (ADL 12-20 คะแนน)
- 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รับการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 200)
- 3) ไม่มีปัญหาในการได้ยิน ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ หรือผู้มีปัญหาด้านการรู้คิดในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว สุขภาพปัจจุบันลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ
- 2) ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำด้านการรับรู้ทางด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ (2) ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ (3) ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ (4) ปัจจัยเสริม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 แปลความหมายจากคะแนนค่าเฉลี่ยเห็นด้วยระดับน้อย ปานกลาง และระดับมาก ตามลำดับ
- 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง จำนวน 5 ข้อ และการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 แปลความหมายจากคะแนนค่าเฉลี่ยระดับน้อย ปานกลาง และระดับมาก ตามลำดับ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาโดยการหาค่า IOC ได้ค่าตั้งแต่ 0.50 –1.00 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงที่ใช้ได้และนำไปทดลองใช้จากนั้นนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficients) ได้ค่าค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.72, 0.75, 0.77 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเท่ากับ 0.70 3) แบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. เสนอขอดำเนินงานวิจัยต่อกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และเข้าพบสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตาก และผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และขั้นตอนในการดำเนินการและเก็บข้อมูลในเรื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 ท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการฝึก และตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จนมีความชำนาญก่อนการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติไปในทางเดียวกันกับผู้วิจัย
3. ลงพื้นที่หมู่บ้านที่เข้าพบผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนอีกครั้ง และรวบรวมแบบสอบถามมาใส่รหัสไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequencies) หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เอกสารรับรองเลขที่ 115/2566 วันที่ 28 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมา มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.9 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,001 – 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมา คือ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.2 มีแหล่งรายได้จากลูกหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมา คือมีแหล่งรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.5 อาศัยอยู่กับลูกหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นปวดยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 53.8 รองลงมาเป็นโรคข้อเข่ากระดูก คิดเป็นร้อยละ 23.1 ตามลำดับ

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน มีดังนี้

1) ปัจจัยนำด้านความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาปัจจัยนำที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองด้านความรู้ด้านสุขภาพเมื่อแยกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในเรื่องผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าทุกวัย คิดเป็นร้อยละ 14.3 รองลง คือ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดินแก่งแขน วิ่งเหยาะ ๆ คิดเป็นร้อยละ 13.2 และการรับประทานผักผลไม้ จะช่วยให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้น คิดเป็นร้อยละ 12.1 ส่วนมีความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดในเรื่อง การรับประทานเนื้อปลาจะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 1.1 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับปัจจัยนำในด้านความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีค่าเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.66, S.D. = 0.13) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน

ความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	0	0.00
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	42	46.15
ระดับน้อย	1.00-1.66	49	53.85

2) ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพของตนมากที่สุดในเรื่อง การทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะช่วยลดภาระผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ การมีสติที่ดีจะช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีไปด้วย คิดเป็นร้อยละ 50.5 ส่วนทัศนคติในการดูแลสุขภาพของตนน้อยที่สุดในเรื่อง การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้การดูแลตนเองดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 13.2 รองลง คือ เมื่อต้องใช้เวลาในการพบแพทย์นาน ๆ จะทำให้ท่าน รู้สึกเบื่อหน่าย คิดเป็นร้อยละ 20.9 เป็นต้น

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับปัจจัยนำในด้านทัศนคติที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชาวไทพวน พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนส่วนใหญ่มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.82 โดยมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยนำในด้านทัศนคติที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.08, S.D. = 0.25) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน

ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	19	20.88
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	69	75.82
ระดับน้อย	1.00-1.66	3	0.97

3) ด้านปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวนมากที่สุดในเรื่อง ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวให้การยกย่องและนับถือท่าน คิดเป็นร้อยละ 46.2 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ภายในชุมชนหรือหมู่บ้านมีการจัดสรรพื้นที่ให้เพียงพอต่อการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 7.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยของปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.21, S.D.= 0.20) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน

ปัจจัยเอื้อ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	25	27.47
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	66	72.53
ระดับน้อย	1.00-1.66	0	0.00

4) ด้านปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ ระหว่างเพื่อนวัยเดียวกัน บุคคลในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 53.8 ส่วนปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทาง

การแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 13.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.92 โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยของปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.19, S.D. = 0.24) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย

ปัจจัยเสริม	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	21	23.08
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	70	76.92
ระดับน้อย	1.00-1.66	0	0.00

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย

1) ด้านการบริโภคอาหารของ เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง รับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อและหลีกเลี่ยง รับประทานอาหารประเภทผัด ๆ หรือทอด ๆ คิดเป็นร้อยละ 53.8 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.9 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยในด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.20 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.41 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 15.39 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.12, S.D. = 0.22) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ด้านการบริโภคอาหาร

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภคเป็นอาหาร	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	14	15.39
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	75	82.41
ระดับน้อย	1.00-1.66	2	2.20

2) ด้านการออกกำลังกาย เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ออกกำลังกายโดยทำต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที เช่น ทำงานบ้าน ทำงานสวน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ ออกกำลังกายในสถานที่ที่ปลอดภัย และมีผู้อื่นอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ 37.4 ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงกายเพื่อให้เหงื่อออกมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 20.9 เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในด้านการออกกำลังกายพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.78 ผู้สูงอายุชาวไทยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.05 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 24.17 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.01, S.D. = 0.34) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนด้านการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	22	24.17
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	51	56.05
ระดับน้อย	1.00-1.66	18	19.78

3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากที่สุดในเรื่อง คือ เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านจะซักถามข้อมูลได้จากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 51.6 รองลงมา คือ ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง คอยสังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 48.7 ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองน้อยที่สุด คือ ใช้การนวด การฝังเข็ม ช่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง คิดเป็นร้อยละ 30.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.45 โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.23, S.D. = 0.27) แสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	35	38.46
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	55	60.45
ระดับน้อย	1.00-1.66	1	1.09

4) ด้านการจัดการความเครียด เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนมีพฤติกรรมในการจัดการความเครียดมากที่สุดในเรื่อง เมื่อมีเวลาว่าง ท่านจะเข้าวัด ฟังธรรม และการได้การพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 51.6 และมีพฤติกรรมในการจัดการความเครียดน้อยที่สุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมที่งานบุญประเพณีต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 30.8 เป็นต้น เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนในการจัดการความเครียด ในภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 63.73 เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมโดยภาพรวมระดับพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการความเครียดอยู่ระดับมาก (Mean = 2.36, S.D.= 0.20) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวนในการจัดการความเครียด

ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดการความเครียด	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	2.34-3.00	58	63.73
ระดับปานกลาง	1.67-2.30	33	36.27
ระดับน้อย	1.00-1.66	0	0.00

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ด้วยค่าโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation Coefficient) พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 9

ปัจจัยต่างๆ	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ปัจจัยนำความรู้ด้านสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	0.145	0.169
2. ปัจจัยนำทัศนคติในการดูแลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	0.027	0.009**
3. ปัจจัยเอื้อจากแรงสนับสนุนจาก ครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม และการรับบริการทางด้านสุขภาพ	0.244	0.020**
4. ปัจจัยเสริมจากการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนๆ บุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.345	0.001**

*p<.05, **p<.01

วิจารณ์ จากการศึกษา พบว่า

1. ปัจจัยนำในด้านความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนมีความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนัชชา เรืองเกียรติกุล (2565)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.83 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 42.28 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน จะเห็นว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาสุขภาพในหลาย ๆ โรค และการมีอายุที่มากขึ้น ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือความสนใจในเรื่องสุขภาพน้อยลงตามไปด้วย และผู้สูงอายุมักจะพบปัญหาด้านความจำในระยะสั้น ทำให้การส่งผ่านข้อมูลของสมองช้าลง⁽¹¹⁾ ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุบางคนก็ไม่ได้เปิดใจที่จะรับรู้ในเรื่องสุขภาพมากนัก เพราะมีความคิดเห็นว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต ประกอบกับร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน จิตใจหงุดหงิดง่าย วิตกกังวลกับโรคประจำตัวของตนเอง บางครั้งไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุไม่ใส่ใจการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร จะเห็นว่าการมีความรู้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่น่าจะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเสมอไป คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัทธวรรณ ลาน้อย (2565)⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (p -value < 0.05) จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลในระดับพอใช้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอายุเพศ และระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹³⁾

สำหรับทัศนคติในการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนมีทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา พลที (2561)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับรังสรรค์ เขตประพันธ์ (2564)⁽¹⁵⁾ พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ด้านปัจจัยเอื้อที่มาจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สังคม และบุคลากรสาธารณสุขโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวนั้นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ซึ่งคนในครอบครัวจะให้ความห่วงใย รักและผูกพันต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนการได้รับการยอมรับทางสังคมและมีสถานภาพทางสังคมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป จึงส่งผลต่อความมั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุโดยตรง และสืบเนื่องถึงดูแลสุขภาพด้วยตนเองเช่นกัน ถ้าหากภายในชุมชนหรือหมู่บ้านมีพื้นที่สาธารณะในการออกกำลังกายก็จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความอยากในการออกกำลังกายมากขึ้นตามไปด้วย จะเห็นว่าชาวไทพวนจะมีกลุ่มและเครือข่ายทางสังคมที่เรียกว่า “ชมรมชาวไทพวน” ที่มีบทบาทสำคัญในการสืบสานวัฒนธรรม การยกย่องผู้สูงอายุในฐานะปราชญ์ชาวบ้าน จึงมีส่วนอย่างยิ่งต่อการรวมกลุ่มและให้การช่วยเหลือซึ่งกันละกัน นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการกระตุ้นและช่วยในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุอย่างยิ่ง และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุขประเสริฐ ทับสี (2563)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .703, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน จะรู้สึกว่ามีคนดูแลและเห็นคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้มีสภาวะจิตใจที่ดีไปด้วย ทำให้สุขภาพกายดีและสามารถดูแลตนเองให้ปราศจากโรคภัยได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ⁽¹⁷⁾ การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) ในช่วงบั้นปลายชีวิตส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญา ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของสุชาดา สมบูรณ์ และคณะ (2561)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสนับสนุนทางบวกที่ผู้สูงอายุได้รับจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม และเป็นสิ่งสำคัญในช่วงวัยนี้ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบ่อยครั้ง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ

3. ด้านปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากลูกหลาน จากกลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันและบุคลากรสาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อาจมีสาเหตุมาจาก ความสัมพันธ์อันดีทั้งกับครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยภายในครอบครัวได้ใช้เวลาพูดคุยและรับประทานอาหารร่วมกันเสมอ มีการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

รวมทั้งการดูแลใส่ใจทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันที่มีการแวะเวียนดูแลซึ่งกันเป็นประจํา ประกอบกับการมีชมรมชาวไทพวน จะช่วยเพิ่มพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกันจึงเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุด้วย

การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ก็เป็นช่องทางที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกทั้งโดยตรงและมีผลทางอ้อมต่อ⁽²⁰⁾ ในส่วนการได้รับคำแนะนำจากสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ จะเป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุชาวไทพวน เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตา ดังนั้นความสนใจในด้านนี้จึงน้อยลงไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุชาวไทยพวนก็สนใจรับฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาจากหอกระจายข่าว หรือสถานีวิทยุชุมชน ถึงแม้ปัจจุบันถึงแม้จะมีการส่งเสริมหรือการให้ความรู้ผ่านการสื่อสารออนไลน์หลายรูปแบบก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2561)⁽²¹⁾ ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบของสื่อผ่านทางหอกระจายข่าว โทรทัศน์ และวิทยุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ จะเห็นว่า ผู้สูงอายุรับข่าวสารจากหอกระจายข่าวส่วนใหญ่ เนื่องจากมีเนื้อหาข่าวสารที่เข้าใจง่าย อีกทั้งการที่หอกระจายข่าวเป็นสื่อที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้มากนั้น อย่างไรก็ตามการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ให้ผู้สูงอายุต้องตระหนักการตรวจสุขภาพ ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำด้วย

4. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยา มั่นล้วน และคณะ (2562)⁽²²⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทพวน สามารถแยกที่ละประเด็นได้ ดังนี้

1) ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุชาวไทพวนจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะเกิดจากสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุนั้นมีการเสื่อมถอย การเคลื่อนไหวและความคล่องตัวน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวว่าจะสร้างความเจ็บปวดให้กระดูกและข้อเข้าได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องการหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก ๆ แต่จะชอบทำที่บ้านแทนการออกกำลังกายอย่างจริงจัง สอดคล้องกับการศึกษาของธีรานุช ชละเฒ (2560)⁽²³⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 57.50 ซึ่งเป็นกิจกรรมจากการทำงาน ร้อยละ 39.10 และเป็นกิจกรรมยามว่าง ร้อยละ 30.80 และกาญจนา ปัญญาธร และชลการ พงศรี (2563)⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุจะขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากจากความเสื่อมของร่างกายตามวัยกลัวว่าอาจจะเกิดอุบัติเหตุ และไม่ต้องการเดินทางไปไหนบ่อย ๆ เนื่องจากปวดขา ยืนนานไม่ได้ และการศึกษาของพงศธร ศิลาเงิน (2560)⁽²⁵⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเพียงบางครั้ง โดยจะเน้นการออกกำลังกายแบบการเดิน และยืนแกว่งแขนเป็นหลัก จะเห็นว่าการออกกำลังกายของผู้สูงอายุถือว่าน้อย ดังนั้นส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์และรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย จนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การทำกิจกรรมทางกายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอายุ สุขภาพช่องปากและฟันที่ขัดเคี้ยวอาหารที่ทำไม่ได้ดีเท่าวัยอื่น ๆ หรือบางคนไม่มีฟันทำให้มีความยากลำบากในการขบเคี้ยวอาหาร การรับสารอาหารลดลง การย่อยอาหารลดลง ประกอบกับสาเหตุอื่น ๆ เช่น การมีโรคประจำตัวด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของรังสรรค์ เชตุประพันธ์ (2564)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิภากร สิทธิสาตร์ (2550)⁽²⁶⁾ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพปฏิบัติมากที่สุด คือ กลุ่มมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ และผู้สูงอายุชาวไทพวนหาวิธีการที่จะดูแลตัวเองมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายไม่เกิดการเจ็บป่วยง่าย ทั้งจากคนในครอบครัว บุตรหลานและเครือญาติที่มีสายสัมพันธ์ที่แน่นเหนียว ประกอบกับการมีประเพณีที่นับถือผู้สูงอายุด้วย ที่เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ใส่ใจด้านสุขภาพ เช่น อาหารการกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

4) ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทพวนจะมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จากการที่ผู้สูงอายุมีชมรมชาวไทพวน ซึ่งเป็นสื่อกลางในการสร้างความรัก ความผูกพันให้ลูกหลานได้กลับมาแสดงความรักต่อพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย การได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบกับการเข้าวัดฟังธรรม สวดมนต์ เป็นต้น เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทักษิณาทิพย์ หมื่นไธสง (2564)⁽²⁷⁾ พบว่า จัดการความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีวิธีระบายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ไหว้พระ และมีการควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ โดยการปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน ๆ หรือสมาชิกในครอบครัว บางครั้งอาจระบายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ดูหนัง ร้องเพลง ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย และมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่าง ๆ จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลานจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในด้าน การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรจัดการเสริมความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ผู้สูงอายุ โดยจัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่บ้าน เลือกสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรมีการประสานงานกับเครือข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมงานกันมาให้ความรู้ คำแนะนำและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2) ควรจัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือสถานที่ออกกำลังกายที่เป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนจัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมในชมรมชาวไทพวน เนื่องจากชาวไทพวนเป็นกลุ่มที่มีทุนภูมิปัญญาและทุนวัฒนธรรมที่มีความโดดเด่นของวิถีชีวิต อาทิเช่น อาหารพื้นบ้าน การทอผ้าพื้นบ้านของชาวไทพวน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ตากที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2560). กรมสุขภาพจิตเปิดเวทีวิชาการสุขภาพจิตและ จิตเวชผู้สูงอายุ ระดับชาติ แนะนำ ยอมรับ ปรับตัวอยู่อย่างพอดีมีคุณค่า ใช้ 5 สุข ในยุค 4.0. คมชัดลึก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/288729>.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2559). ทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคง ของมนุษย์.
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.แผนปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report>.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ตาก. (2566). ผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ตาก.เอกสารอัดสำเนา.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหม้อ. (2566). ผู้สูงอายุในตำบลบ้านหม้อ.เอกสารอัดสำเนา.
7. ไพบุลย์ วิริยะพัฒน์ไพบุลย์. (2553). ประวัติศาสตร์พวนมาจากไหน. นนทบุรี: เลิศชัยการพิมพ์.
8. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ. ความสุขของผู้สูงอายุไทยยุค 4.0 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2563; 6(1): 58-70.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ตาก,บ้านหม้อ (2566) . ผู้สูงอายุในตำบลโพธิ์ตาก. เอกสาร อัดสำเนา.
10. นัชชา เรื่องเกียรติกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารกรมการ แพทย์. 2565 ; 47(1): 80-86.
11. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). เรียนรู้ เข้าใจผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ยืนยงการพิมพ์ จำกัด.
12. พัชรพรรณ ลาน้อย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอ เวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้ จาก <https://chiangmaihealth.go.th/document/220303164629908442.pdf>
13. ญัฐวดี จิตมานะศักดิ์ และคณะ. (2562). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้าน สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0. สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพ คณะ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
14. นันทนา พลที. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเปรง อำเภอมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.govesite.com/uploads/>
15. รังสรรค์ เขตประพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารการพยาบาลชนนิจกริรัช. 2564; 1(1): 23.36.
16. สุขประเสริฐ ทับสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่ง กระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี 2563;3(1).

17. วัลภา บุรณกลัศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560 ; 9(2): 25-33.
19. สุชาติดา สมบูรณ์, ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และชมนาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. วารสารกิจการรณรงค์ 2561; 25(1): 141-153.
20. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). Health promotion in nursing Practice. (4th Ed.) New Jersey: Pearson Education.
21. ปิยธิดา คู่หิรัญญรัตน์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร.2651; 33(2): 163-160.
22. กัลยา มั่นล้วน วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และ นิภา สุทธิพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. ในการประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562 . บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
23. อีรนุช ชละเอม. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.
24. กาญจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี. ศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;2(2):41-52.
25. พงศธร ศิลาเงิน (2560).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา. สารานุกรมสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
26. วิภาพร สิทธิศาสตร์. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
27. ทักษิณาทิพย์ หมั่นไธสง. (2564). ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Factors Associated with Mortality Among Tuberculosis Patients
In Nongkhai Hospital at Nongkhai Province.

ศิริธร ณ หนองคาย สม.
โรงพยาบาลหนองคาย
อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Sirinthon Na Nongkhai, (M.P.H)
Nongkhai Hospital
Mueang District, Nongkhai Province.

(Received: 28 March 2024, Revised 30 May 2024, Accepted: 7 June 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 - 30 กันยายน 2565 โดยใช้รูปแบบ Unmatched case-control เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตระหว่างรักษา จำนวน 40 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) ที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีชีวิตอยู่ตลอดการรักษา จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการรักษาของโรงพยาบาล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปรโดยใช้ Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio (OR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุโดยใช้ Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95 (95% CI.) และนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 3.08 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 3.08; 95% CI = 1.03-9.21) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้กำกับการกินยา มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 7.51 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีผู้กำกับการกินยา ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า (OR_{adj} = 7.51; 95% CI = 2.88-19.57) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.99 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีค่าดัชนีมวลกาย 20 ขึ้นไป (OR_{adj} = 2.99; 95% CI=0.07-8.36) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 9.89; 95% CI= 2.62-37.34) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 3.61 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 3.61; 95% CI = 1.13-11.53) ผู้ป่วยที่มีโรคเลื้อยร่วมด้วย จะมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.34 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ป่วยโรคเลื้อยร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 9.34 ; 95% CI = 1.60-54.31) ดังนั้น การจัดระบบการประเมินความปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะราย ตั้งแต่เริ่มต้นรักษา และวางแผนการดูแลผู้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ : การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค, ปัจจัยการเสียชีวิต, วัณโรค

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิริธร ณ หนองคาย **อีเมล :** sirinthon65@gmail.com

Abstract

The objective of this study was identified factors associated with mortality among tuberculosis patients at Nongkhai hospital in Nongkhai province during the period from 1st October 2020 to 30th September 2022. Unmatched case-control was the design of this study. Cases were 40 patients and died during tuberculosis treatment and controls were 120 patients and cured or completed treatment. Data was collected from hospital medical records. A univariate analysis using the simple logistic regression was performed to identify the factors associated with mortality among smear-positive TB patients. A multiple logistic regression analysis was then performed to compute adjusted odds ratios (OR_{adj}) with 95% confidence intervals.

The results showed that the significantly associated factors with mortality among smear-positive tuberculosis patients those people aged 60 years and over have a 3.08 times higher mortality rate compared to people aged less than 60 years, with statistical significance (OR_{adj} = 3.08; 95% CI = 1.03–9.21). Patients with no medication supervision had a 7.51 times higher mortality rate than patients with medication supervision and a lower BMI (OR_{adj} = 7.51; 95% CI = 2.88–19.57). Patients with a BMI of less than 20 had a 2.99 times higher mortality rate compared to those with a BMI of 20 or more (OR_{adj} = 2.99; 95% CI = 0.07–8.36). For people infected with HIV, there is a 9.89-times higher mortality rate compared to people who are not infected with HIV, with statistical significance (OR_{adj} = 9.89; 95% CI = 2.62–37.34). Patients with high blood pressure have a 3.61 times higher mortality rate compared to people without high blood pressure, with statistical significance (OR_{adj} = 3.61; 95% CI = 1.13–11.53). Patients with blood diseases have a 9.34 times higher mortality rate compared to people without blood diseases, with statistical significance (OR_{adj} = 9.34; 95% CI = 1.60–54.31). Therefore the system should be organized to assess the risk factors for death of individual TB patients from the beginning of treatment, and a joint care plan should be followed up between multidisciplinary teams, public health volunteers, community leaders, and local administrative organizations. In addition, there should be a screening for tuberculosis in high-risk groups to quickly take the patients into the treatment system and reduce mortality.

Keyword : Mortality Tuberculosis, Factors associated, Tuberculosis

Corresponding author : Sirinthon Na nongkhai **E-mail :** Sirinthon65@gmail.com

บทนำ

วัณโรคยังเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก โดยในปี 2557 สูงกว่าโรคเอดส์ สหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และมียุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการป่วยวัณโรครายใหม่เหลือจาก 20 รายให้เป็น 10 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2573

และ 2578 ตามลำดับ⁽¹⁾ และประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และการติดเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานมากขึ้น แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 มีเป้าหมายลดการเสียชีวิตลงร้อยละ 95⁽²⁾ จากข้อมูลอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของประเทศสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า โดยมีผู้ป่วยที่ตรวจพบและถูกรายงานเพียง ร้อยละ 59 ของที่คาดประมาณเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้าถึงและได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ซึ่งแต่ละปีอัตราผู้ป่วยที่คาดประมาณลดลงได้เพียงช้า ๆ เท่านั้น การจะบรรลุเป้าหมาย SDGs และ End TB ของประเทศไทยนั้น จำเป็นต้องมีการดำเนินงานไปในทิศทางใหม่ เพื่อให้สามารถยุติปัญหาวัณโรคอย่างจริงจัง ก่อนที่สถานการณ์จะทวีความรุนแรงจนไม่สามารถควบคุม และรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานได้⁽¹⁾ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558-2563 ประเทศไทยได้พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 : 1 ซึ่งมีอัตราการสำเร็จของการรักษา (success rate) ของผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.5-85 แต่อัตราการเสียชีวิตยังสูงเท่าเดิม ร้อยละ 7.9-8.2 โดยผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตของประชากรนับในประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556-2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และวัณโรคอยู่ในลำดับที่ 9 ของสาเหตุการตายทั้งหมด⁽²⁾

จังหวัดหนองคาย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 608 ราย, 539 ราย และ 529 ราย มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 80.94, 83.04 และ 79.02 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 88 ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือการเสียชีวิต โดยมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 13.28, 10.72, 13.47 ตามลำดับ⁽³⁾ โรงพยาบาลหนองคาย พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 2562-2564 จำนวน 246, 150, 119 ราย มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 77.14, 80.00 และ 67.23 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 15.10, 10.00, 21.01 ตามลำดับ จะเห็นว่า การเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราผลสำเร็จของการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ทั้งนี้เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหามรณกรรมของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างเหมาะสมต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Unmatched case-control ประชากรที่ใช้ศึกษาในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคายในระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มศึกษา (Case) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในปีงบประมาณ 2563-2565 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 40 ราย โดยอาศัยเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 และมีผลการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด (2) ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่เสียชีวิตระหว่างรักษา ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น โอนออก ขาดยา ล้มเหลว หรืออื่น ๆ หรือผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR-TB, Pre-XDR, XDR หรือผู้ป่วยวัณโรคที่บรรจบที่ข้อมูลผู้ป่วยสูญหาย หาไม่พบ ไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้ 2) กลุ่มควบคุม (Control) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

ในปีงบประมาณ 2563-2565 ที่โรงพยาบาลหนองคาย และมีชีวิตอยู่ตลอดการรักษาได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น รักษาหาย (Cured) หรือรักษาครบ (Completed) จำนวน 120 รายคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Schlesselman. 1982⁽⁴⁾ ดังนี้

$$n = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{(1+1/c)\bar{p}\bar{q}} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1+p_0q_0/c}]^2}{(p_1-p_0)^2}$$

โดย Z_{α} = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติ มาตรฐาน เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ ดังนั้น

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

โดย Z_{β} = ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเป็นร้อยละ 90 ดังนั้น ($\beta=0.10$) ($Z_{\beta}=1.28$)

$$P_0 = \text{สัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผล HIV เป็นบวก ในกลุ่มผู้ที่ไม่เสียชีวิต} = 100/1,426 = 0.07^{(5)}$$

$$P_1 = \text{สัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผล HIV เป็นบวก ในกลุ่มผู้ที่ไม่เสียชีวิต}$$

$$R = \text{ค่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผล HIV เป็นบวก} = 2.69$$

$$C = \text{อัตราส่วนของกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มศึกษาสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับ 3:1}$$

$$p_1 = \left(\frac{p_0 R}{[1 + p_0(R - 1)]} \right) = 0.16$$

$$q_0 = (1 - P_0) = 0.93$$

$$q_1 = (1 - P_1) = 0.84$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + cp_0}{c + 1} = 0.09$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{[1.96\sqrt{(1+1/3)(0.09)(0.91)} + 1.28\sqrt{(0.16)(0.84) + (0.07)0.93/3}]^2}{(0.16 - 0.93)^2}$$

$$n = 19.60$$

จะได้กลุ่มศึกษาจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุม 60 คน รวมเป็นขนาดตัวอย่าง 80 คน ปรับค่าขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression โดยใช้สูตรคำนวณ Hsieh et al. (1998) ดังนี้

$$n_p = n_1 / 1 - \rho^2_{1.2.3...p}$$

โดยที่ ρ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆในตัวแบบ ซึ่งในที่นี้คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการมีผลผล HIVเป็นบวก กับตัวแปรอิสระอื่นๆที่ศึกษา

$$n = \text{ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการประมาณ เมื่อใช้ตัวแปร ผล HIV เป็นบวก}$$

$$n_p = \text{ขนาดตัวอย่างที่ปรับค่า } \rho$$

จากการแทนค่าตามสูตรผู้ศึกษาแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการผลผล HIV เป็นบวก แปรอิสระอื่น ๆ ที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง คำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกันเองที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปและความเป็นไปได้ของการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับเท่ากับ 0.7 โดยกำหนดกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม 1:3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม และให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและแก้ไขปรับปรุงโดยที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและด้านสังคม ข้อมูลด้านสุขภาพผู้ป่วย และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการและผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคายแล้ว ได้ทำการเก็บรวบรวม โดยเก็บข้อมูลการให้บริการกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลจากระบบ HOSxP และโปรแกรม NTIP (National Tuberculosis Information Program) ตามแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลการรักษาทางการแพทย์ จากนั้นนำไปตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล และจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

นำเข้าและประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Epi info) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร โดยใช้ Simple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio หรือ OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุโดยใช้ Multiple logistic regression ด้วยวิธีจัดออกทีละตัวแปรโดยนำตัวแปรที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.25 เข้าในตัวแบบ และจัดตัวแปรที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติสูงสุดและมากกว่า 0.05 ออกจากตัวแบบ นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (ORadj) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและด้านสังคม พบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.00 และ ร้อยละ 74.17 ตามลำดับ อายุกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 30-59 ปี ร้อยละ 36.67 สิทธิการรักษาในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 8.250 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 77.50 ที่อยู่กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่อยู่อำเภอเมือง ร้อยละ 52.50 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่อำเภอเมือง ร้อยละ 75.00 การมาพบแพทย์ตามนัดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาพบแพทย์ตามนัดโดยกลุ่มศึกษามาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 87.50 กลุ่มควบคุมมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 79.17 การมีผู้กำกับการกินยาในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีผู้กำกับการกินยา ร้อยละ 72.50 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้กำกับการกินยา ร้อยละ 69.17 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลฯ	กลุ่มศึกษา (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=120) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	6 (15.00)	31 (25.83)
ชาย	34 (85.00)	89 (74.17)
อายุ (ปี)		
< 30 ปี	1 (2.50)	10 (8.33)
30-59 ปี	19 (47.50)	68 (56.67)
≥ 60 ปี	20 (50.00)	42 (35.00)
อายุเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	60.00 ±16.39	52.56±16.39
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรทอง	33 (82.50)	93 (77.50)
สิทธิข้าราชการ/เบิกได้ /จ่ายตรง	3 (7.50)	10 (8.33)
สิทธิประกันสังคม	3 (7.50)	15 (12.50)
อื่น ๆ	1 (2.50)	2 (1.67)
ที่อยู่		
อำเภอเมือง	21 (52.50)	90 (75.00)
ต่างอำเภอ	18 (45.00)	25 (20.83)
ต่างจังหวัด	1 (2.50)	5 (4.17)
การมาพบแพทย์ตามนัด		
ตรงตามนัดทุกครั้ง	35 (87.50)	95 (79.17)
ผิดนัด	5 (12.50)	25 (20.83)
การมีผู้กำกับการกินยา		
ญาติหรือบุคคลในครอบครัว	0 (0.00)	0 (0.00)
อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้นำชุมชน	0 (0.00)	0 (0.00)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11 (27.50)	83 (69.17)
ไม่มีผู้กำกับการกินยา	29 (72.50)	37 (30.83)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ

การวิเคราะห์ตัวแปร ปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ พบว่า ที่อยู่ต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด มีผู้กำกับการกินยา ประวัติเคยป่วยด้วยตับอักเสบและมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศชาย อายุ 60 ปี ขึ้นไป สิทธิบัตรทอง การผิดนัด มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=120)	OR	(95% CI)	p-value
เพศ					
หญิง	6	31	1.00		
ชาย	34	89	1.97	0.75-5.15	0.159
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 60 ปี	20	77	1.00		
60 ปี ขึ้นไป	20	43	1.79	0.86-3.69	0.112
สิทธิการรักษา					
สิทธิข้าราชการ/ประกันสังคม/อื่น ๆ	7	27	1.00		
บัตรทอง	33	93	1.36	0.54-3.43	0.503
ที่อยู่					
อำเภอเมือง	21	90	1.00		
ต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด	19	30	2.71	1.28-5.72	0.007*
การมาพบแพทย์ตามนัด					
ตรงตามนัดทุกครั้ง	35	95	1.00		
ผิดนัด	5	25	0.54	0.19-1.52	0.242
การมีผู้กำกับการกินยา					
มีผู้กำกับการกินยา	11	83	1.00		
ไม่มี	29	37	5.91	2.67-13.09	<0.001*

การวิเคราะห์ตัวแปร ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ พบว่า ประวัติเคยป่วยด้วยตับอักเสบ การติดเชื้อเอชไอวี โรคไต โรคเลือด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ค่าดัชนีมวลกลายน้อยกว่า 20 การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อ โรคหัวใจ โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=120)	OR	(95% CI)	p-value
ค่าดัชนีมวลกาย					
20 ขึ้นไป	12	51	1.00		
น้อยกว่า 20	28	69	1.72	0.80-3.71	0.161
การสูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	36	97	1.00		
สูบ/เคยสูบ	6	23	0.74	0.27-1.98	0.553

(ต่อ) ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=120)	OR	(95% CI)	p-value
ค่าดัชนีมวลกาย					
20 ขึ้นไป	12	51	1.00		
น้อยกว่า 20	28	69	1.72	0.80-3.71	0.161
การสูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	36	97	1.00		
สูบ/เคยสูบ	6	23	0.74	0.27-1.98	0.553
การเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	9	24	1.00		
ดื่ม/เคยดื่ม	31	96	1.16	0.48-2.76	0.735
ประวัติเคยป่วยด้วยตับอักเสบ					
ไม่เคย	35	116	1.00		
เคย	5	4	4.14	1.05-16.27	0.029*
การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค					
ไม่มีโรคประจำตัว	7	61	1.00		
มีโรคประจำตัว	33	59	4.87	2.00-11.87	<0.001*
การติดเชื้อเอชไอวี					
ไม่ติดเชื้อ หรือไม่ทราบผล	30	110	1.00		
ติดเชื้อ	10	10	3.63	1.39-9.62	0.005*
โรคเบาหวาน					
ไม่เป็น	10	28	1.00		
เป็น	30	92	1.09	0.47-2.51	0.830
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่เป็น	13	27	1.00		
เป็น	20	100	2.39	1.06-5.45	0.302
โรคไต					
ไม่เป็น	36	118	1.00		
เป็น	4	2	6.55	1.15-37.27	0.034*
โรคข้อ					
ไม่เป็น	36	117	1.00		
เป็น	4	3	4.33	0.92-20.25	0.066

(ต่อ) ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=120)	OR	(95% CI)	p-value
โรคหัวใจ					
ไม่เป็น	37	116	1.00		
เป็น	3	4	2.35	0.50-10.99	0.367
โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง					
ไม่เป็น	39	114	1.00		
เป็น	1	6	0.48	0.05-4.17	0.681
โรคเลือด					
ไม่เป็น	33	117	1.00		
เป็น	7	3	8.27	2.02-33.77	<0.001*
โรคมะเร็ง					
ไม่เป็น	38	116	1.00		
เป็น	2	4	1.52	0.26-8.66	0.640
ประเภทผู้ป่วย					
ใหม่	15	30	1.00		
กลับเป็นซ้ำ /รักษาซ้ำ/รับโอน	25	90	1.80	0.84-3.85	0.127

การวิเคราะห์ตัวแปร ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ พบว่า ประเภทผู้ป่วยรายใหม่ อาหารไม่พึงประสงค์หลังจากกินยา มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่น ๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=40)	กลุ่มควบคุม (n=120)	OR	(95% CI)	P-value
อาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา					
ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์	6	36	1.00		
มีอาการไม่พึงประสงค์	34	84	0.14	0.15-1.06	0.061
อาการผื่นผิวหนัง					
ไม่มีอาการ	39	103	1.00		
มีอาการ	1	17	0.15	0.02-1.20	0.043*

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกในโมเดลสุดท้าย เพื่อหาที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย วัณโรค โดยการควบคุมตัวแปรเพศและอายุ พบว่า เพศชายมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.17 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 2.17$; 95% CI = 0.66-7.13) ผู้อายุ 60 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 3.08 เท่าเมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อยกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.08$; 95% CI = 1.03-9.21) ผู้ป่วยไม่มีผู้กำกับการกินยา มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 7.51 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีผู้กำกับการกินยา ($OR_{adj} = 7.51$; 95% CI = 2.88-19.57) ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.99 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 20 ขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.99$; 95% CI = 0.07-8.36) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 9.89$; 95% CI = 2.62-37.34) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.39 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 3.61$; 95% CI = 1.13-11.53) ผู้ป่วยโรคเลือด มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ป่วยโรคเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 9.34$; 95% CI = 1.60-54.31) และผู้ที่มีการไม่พึงประสงค์จากการกินยา มีโอกาสเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ไม่มีการไม่พึงประสงค์จากการกินยา ($OR_{adj} = 0.14$; 95% CI = 0.08-0.98) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้สถิติ Multiple logistic regressions

ปัจจัย	OR	OR_{adj}	95% CI	P-value
เพศ				
ชาย	1.97	2.17	0.66-7.13	0.197
อายุ (ปี)				
60 ปี ขึ้นไป	1.79	3.08	1.03-9.21	0.004*
การมีผู้กำกับการกินยา				
ไม่มีผู้กำกับการกินยา	5.91	7.51	2.88-19.57	<0.001*
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)				
<20	1.72	2.99	0.07-8.36	0.035*
การติดเชื้อเอชไอวี				
ติดเชื้อ	3.63	9.89	2.62-37.34	<0.001*
โรคความดันโลหิตสูง				
เป็น	2.39	3.61	1.13-11.53	0.029*
โรคเลือด				
เป็น	8.27	9.34	1.60-54.31	0.012*
อาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา				
มีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา	0.14	0.28	0.08-0.98	0.047*

* p-value < 0.05 อายุและเพศเป็นตัวแปรควบคุม

วิจารณ์

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.00 ซึ่งมีอัตราส่วนสูงกว่าหญิงเท่ากับ 3.32 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภดล วรรณเจริญ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽⁶⁾ โกสินทร์ หลวงละ⁽⁷⁾ วิวรรธน์ มุ่งเขตกลางและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า เพศชายมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.17 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง Yen Y F et al.⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศไต้หวัน พบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค และ Dale K et al.⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษา พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับเพศชาย จะเห็นว่าปัจจัยด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอด อาจจะเป็นเพราะว่าเพศชายมักจะขาดการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยและเป็นผู้ทำงานหนักมีสุขภาพทรุดโทรมเร็ว

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จะมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 50 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกพบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะมีโอกาสเสียชีวิตถึง 3.08 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยอายุ 65 ปี ขึ้นไป เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอายุ 15-44 ปี 2.33 เท่า คล้ายคลึงกับการศึกษาของหลายการศึกษา⁽¹³⁻¹⁷⁾ และYen Y F et al.⁽⁹⁾ ศึกษาในไต้หวัน พบว่าอายุ 65 ปี ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค, การศึกษาของโกสินทร์ หลวงละ⁽⁷⁾ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเริ่มรักษาตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต และพัฒนา โพธิ์แก้วและคณะ⁽¹²⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 58.3 ปี กลุ่มที่อายุมากกว่า 64 ปี มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างรักษาสูงที่สุดร้อยละ 14.9 คล้ายคลึงกับการศึกษาของจิรวัฒน์ วรสิงห์, ปรมิต ศักดิ์แสน, ผลิน กมลวิทย์⁽¹⁸⁾ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ พบว่า ช่วงอายุ 35-59 ปี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุ มีภาวะการเสื่อมถอยของร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงาน ofร่างกายถดถอยลดลง จึงทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า

ในด้านการมีผู้กำกับกับการกินยา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีผู้กำกับกับการกินยา ร้อยละ 72.50 จะมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 7.51 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีผู้กำกับกับการกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ญาติกำกับการกินยาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่กำกับการกินยา 2.94 เท่า ซึ่งการที่มีผู้กำกับการกินยาอาจทำให้สังเกตเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการกินยา และได้รับการแก้ไขที่รวดเร็ว โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเรื่องวัณโรคจึงสามารถแก้ไขปัญหาระหว่างการรักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 9.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล วรรณเจริญ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลเลือด HIV เป็นบวก จะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 17.08 เท่า ($OR_{adj} = 17.08$; 95% CI = 2.51, 115.86) เช่นเดียวกับการศึกษาของจันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส⁽¹³⁾ พบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และฐานันดร ฐานวิเศษ⁽¹⁴⁾ พบว่า การมีวัณโรค ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค, แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้วและคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาพบว่า อัตราการเสียชีวิตตามสถานะการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ และไม่ทราบผลร้อยละ 11.0, 14.4 และ 23.9 ตามลำดับ

สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดหรือโลหิตจาง มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 8.27 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่มีผู้ป่วยโรคเลือดหรือโลหิตจางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kourbatova EV et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ภาวะโลหิตจางเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายในผู้ป่วยวัณโรค 5.24 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีภาวะโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูง

มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.39 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ นภดล วรรณเจริญ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽⁶⁾ พบว่า การมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรคมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเป็น 17.10 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของหลายการศึกษา^(7, 8, 13, 14, 15 และ 20) จะเห็นว่า ยิ่งผู้ป่วยมีหลายโรคร่วมยิ่งจะเพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ในด้านของอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยาจะทำให้มีโอกาเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา ($OR_{adj} = 0.14$; 95% CI = 0.08-0.98) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสำราญ ธรรมสาร, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽²¹⁾ ที่พบว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการรักษาวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งอาการ เช่น อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ตาเหลืองตัวเหลือง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่นเดียวกับการศึกษาของนภดล วรรณเจริญ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ⁽⁶⁾ พบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียง เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้อายุ 60 ปี ขึ้นไป และไม่มีผู้กำกับการกินยา การมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น เพศ การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยากับผู้ป่วยรักษาซ้ำและกลับเป็นซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานป้องกันควบคุมโรคและระบาดวิทยา โรงพยาบาลหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564. 2560. นนทบุรี; สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2023]. เข้าถึงได้จาก: <https://online.anyflip.com/kqmza/hklm/mobile/>.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2563. 2564 กรุงเทพฯ; สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2023]. เข้าถึงได้จาก <https://online.anyflip.com/kqmza/jxfb/mobile/>
3. งานวัณโรค กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค 2565. 2565
4. James J Schlesselman. Case-Control Studies Design, Conduct, Analysis. New York: Oxford University press; 1982.
5. ทภณ เตียวศิริชัยสกุล, ธวัชชัย เหลืองศิริ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดหนองคาย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์; 2566 .
6. นภดล วรรณเจริญ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2550; 14(3): 47-55.

7. โกสินทร์ หลวงละ. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดใหม่และเกิดโรคกลับ [ออนไลน์] [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์]. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552 [อ้างถึง 15 ตุลาคม 2016]. สืบค้นจาก: <http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse1>
8. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2552-2553. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23(1): 22-34.
9. Yen Y F, Yen M Y, Shih H C, Ho B S, Li L H, Hsiao J C, et al. Prognostic factors associated with mortality before and during anti-tuberculosis treatment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013; 17(10): 1310-6. 18, 9740. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189740>
10. Dale K, Tay E, Trevan P, Denholm J T. Mortality among tuberculosis cases in Victoria, 2002-2013: case fatality and factors associated with death. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016; 20(4): 515-23.
11. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, ยงยุทธ์ เม้ากำเนิด, พงษ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม, นันทพร คำมาตา, นพดล วันดี. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. *พุทธชินราชเวชสาร*. 2556; 30(3): 276-85.
12. พัฒนา โพธิ์แก้ว, อภิญญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, นภาพรรณ สุกรภาส, สุธานี บุณย์เบญจเสถียร, วิรัช กลิ่นบัวแย้มและคณะ. การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต*. 2556; 34(2): 51-62.
13. จันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2562; 5(2) : 74-81
14. ฐานันดร ฐานวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชศาสตร์*. 2563; 40(1): 97-107.
15. ศิโรตม์ จันทรักษา. ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2564; 18(2) : 88-96
16. Low S, Ang L W, Cutter J, James L, Chee C B E, Wang Y T, et al. Mortality among tuberculosis patients on treatment in Singapore. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009; 13(3): 328-34.
17. Richard Avoi, Yau Chun Liaw. Tuberculosis Death Epidemiology and Its Associated RiskFactors in Sabah, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021
18. จิรวรรณ วรสิงห์, ปรมิต ศักดิ์แสน, พลิน กมลวาทน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์*; 2565
19. Kourbatova E V, Borodulin B E, Borodulina E A, Del Rio C, Blumberg H M, Leonard M K. Risk factors for mortality among adult patients with newly diagnosed tuberculosis in Samara, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006; 10(11): 1224-30.
20. อัจฉรา รอดเกิด. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2562; 33(1) : 90-102.
21. สำราญ ธรรมสาร, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*. 2550; 13(1): 74-82.

แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคาย Process development for the back office staff of secondary care in Nongkhai.

พงษ์เพชร ผาตะเนตร ส.บ.
โรงพยาบาลโพนพิสัย อำเภอโพนพิสัย
จังหวัดหนองคาย

Pongpet Phatanet, (B.P.H.)
Phon Phisai Hospital, Phon Phisai District
Nong Khai Province.

(Received: 29 January 2024, Revised 15 May 2024, Accepted: 24 June 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการและแนวทางในการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองคาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสายสนับสนุนของบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดหนองคาย จำนวน 240 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการแบบสอบถามความคิดเห็น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์คได้ค่าเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ประเด็นหลัก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.75 และเพศชาย ร้อยละ 36.25 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 30.83 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุดร้อยละ 42.50 เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 62.50 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานสูงสุด 37 ปี และต่ำสุด 1 ปี บุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชน มีความต้องการที่จะได้รับการพัฒนาตนเองด้านการฝึกอบรมเป็นอันดับแรก ดังนั้นเพื่อให้องค์กรได้เกิดการพัฒนาได้อย่างครอบคลุม ควรสนับสนุนให้บุคลากรสายได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการทำงานนอกเช่นบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ เช่นกัน

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพในการทำงาน, บุคลากรสายสนับสนุน, แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ติดต่อผู้พิมพ์ : พงษ์เพชร ผาตะเนตร **อีเมล :** pajit.phatanet.13@gmail.com

Abstract

This survey research aim to study the problem needs and guidelines for developing support personnel at community hospitals in Nong Khai Province. The population used in the study included 240 support staff members from community hospitals in Nong Khai Province. The sample was obtained through purposive sampling. Data collection was conducted between June and July 2022. The tools used were a questionnaire on problems and needs for capacity development of support staff. The content validity was verified by three experts, and the accuracy of the instruments was measured by Cornbrash's alpha coefficient, which was 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics and Analysis of main points.

The study found that the majority of the sample were female (63.75%) and male (36.25%). Most were aged between 41-50 years (30.83%), with the highest educational attainment being a bachelor's degree (42.50%). The majority were Ministry employees (62.50%), with a maximum working period of 37 years and a minimum of 1 year. Most were support staff at community hospitals and expressed a primary need for self-development through training. It is noteworthy that community hospitals have not placed significant importance on training benefits for support staff, which contradicts the aim of enhancing the capabilities of support staff over professional staff. This is a weakness that needs to be addressed for the benefit of this group of personnel.

Keyword : Work experience, Support staff, Approaches for developing personnel capacity

Corresponding author : Pongpet Phatanet **E-mail :** pajit.phatanet.13@gmail.com

บทนำ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีหลักการสำคัญประการหนึ่งคือ การยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยมุ่งพัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่ มีคุณธรรม จริยธรรม มีระเบียบวินัย มีค่านิยมที่ดี มีจิตสาธารณะ ตลอดจนเป็นคนเก่งที่มีทักษะความรู้ความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นบุคลากรจึงจัดเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการบริหารงานของทุก ๆ องค์กร ถ้าหากองค์กรหรือหน่วยงานใด ๆ ก็ตามจะสามารถพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพได้ ก็ย่อมขึ้นอยู่กับคุณภาพและศักยภาพของบุคลากรเป็นประการแรก โดยบุคลากรเหล่านั้นจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง รวมถึงการได้รับการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถอันสอดคล้องตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ขององค์กร จนมีคุณลักษณะที่ดีพึงประสงค์ จนทำให้องค์กรเกิดความเจริญก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ ในการจัดการระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนนั้น ถือเป็นภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีเครือข่ายหน่วยบริหารและบริการในสังกัด เพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานอันเป็นภารกิจหลักของกระทรวงฯ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จนสามารถรองรับการให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม หลังจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ก็ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของบุคลากรมาถึงปัจจุบัน และนับว่าเป็นอีกจุดหนึ่งที่เป็นช่องว่างที่ทำให้องค์กรขาดโอกาสในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพกับประชาชนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จะเห็นว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กร (Organization Development) โดยใช้ระบบการบริหาร บุคคลมาเป็นเครื่องมือเพื่อที่จะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างวัฒนธรรมองค์การตามแบบอย่าง ที่ผู้บริหารต้องการ อันสอดคล้องกับการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ซึ่งเป็นการบริหารที่ให้ความสำคัญต่อผลการ ดำเนินงานและการตรวจวัดผลสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร ทั้งในแง่ของปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลิตและผลลัพธ์ ซึ่งจะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Key-Performance Indicators-KPIs) รวมทั้งการกำหนดเป้าหมาย (Targets) และวัตถุประสงค์ (Objectives) ไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ระหว่างผู้บริหาร และบุคลากรขององค์กร ตลอดจนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานขององค์กร รวมทั้งเป็นการบริหารที่มุ่งให้ได้มาซึ่งทรัพยากรและการบริหารการใช้ ทรัพยากรนั้นอย่างประหยัด (Economy) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และการได้ผลงานที่บรรลุเป้าหมายของ องค์กร (Effectiveness) ตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนางานองค์กรอย่างมีทิศทาง⁽²⁾ ดังนั้นจึงต้องใช้สมรรถนะ ของบุคคลมาเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติงานของบุคลากร ภายในองค์กร⁽³⁾ และการพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรนั้น จึงเป็นอีกหนึ่งในการกิจสำคัญที่ ฝ่ายทรัพยากรบุคคลของแต่ละหน่วยงานต้องการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะ ทรัพยากรมนุษย์คือปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงเป็นกลยุทธ์ที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งที่จะสร้างความได้เปรียบในการ แข่งขันกับองค์กรอื่น ๆ ได้ ตลอดจนเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾ กระทรวง สาธารณสุข เป็นกระทรวงที่มีบุคลากรที่หลากหลาย ทั้งสายวิชาชีพและบุคลากรสายสนับสนุน โดยเฉพาะสาย สนับสนุนที่ประกอบกันด้วยหลาย ๆ สายงาน ทั้งงานการเงินและบัญชี งานพัสดุและ ครุภัณฑ์ งานยานพาหนะ งานสารบรรณ รวมถึงงานการบริหาร ซึ่งแต่ละงานถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายของ ตนเอง ที่ผ่านมานั้น หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มักจะมุ่งพัฒนาบุคลากรเฉพาะสายวิชาชีพ เท่านั้น จึงมองข้ามสายสนับสนุนไป

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาบุคลากรสายสนับสนุนโดยตรง พบประเด็น ปัญหา เช่น หน้าที่ที่ได้มอบหมายกับวุฒิหรือใบประกาศการฝึกอบรมตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายไม่สอดคล้องกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องต้องปรับความรู้ ความสามารถของตนเองให้สามารถปฏิบัติงานได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริง และนำปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อให้บุคลากรสายสนับสนุนได้มีขีด ความสามารถในการปฏิบัติงานสูงขึ้น และสามารถปฏิบัติงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิด ประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคลากรเองและต่อองค์กรด้วยต่อไป การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการการและแนวทางในการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด หนองคาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งใช้วิธีการสำรวจ (Survey) โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ บุคลากรสายสนับสนุนของบุคลากรของโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดหนองคาย จำนวน 240 คน แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด จำแนกตามหน่วยงานที่สังกัด

หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนทั้งหมด (คน)	บุคลากรสายสนับสนุน (คน)
1.โรงพยาบาลโพธิ์สัย	84	30
2.โรงพยาบาลหนองคาย	210	65
3.โรงพยาบาลเฝ้าไร่	64	20
4.โรงพยาบาลรัตนวาปี	55	18
5.โรงพยาบาลท่าบ่อ	185	57
6.โรงพยาบาลสระใคร	50	15
7.โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่	45	15
8.โรงพยาบาลสังคม	40	10
9.โรงพยาบาลโพธิ์ตาก	40	10
	773	240

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน 2) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 240 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผสมผสานระหว่างแบบสอบถามปลายปิด (Closed End) และแบบสอบถามปลายเปิด (Opened End) จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประเภทตำแหน่ง ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ตนสังกัด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการฝึกอบรม จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการศึกษา จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการพัฒนา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่ต้องการหรือน้อยที่สุด การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ ดังนี้ 4.21-5.00 มีความต้องการในระดับมากที่สุด คะแนน 3.41-4.20 มีความต้องการในระดับมาก คะแนน 2.61-3.40 มีความต้องการในระดับปานกลาง คะแนน 1.81-2.60 มีความต้องการในระดับน้อย คะแนน 1.00-1.80 มีความต้องการในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความถูกต้องตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตลอดจนรูปแบบภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คำนวณหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.85 แล้วนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Conbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 เมื่อแบบสอบถามผ่านการทดสอบ และปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์อีกครั้ง แล้วนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง ในจังหวัดหนองคาย และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบสอบถามแจกจ่ายให้บุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลเฝ้าไร่ โรงพยาบาลรัตนวาปี โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลท่าบ่อ โรงพยาบาลโพธิ์ตาก โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสังคม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : S.D) และการอธิบายตีความสร้างข้อสรุป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA NO NKPH73 วันที่ 10 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ที่จะเลือกมาใช้ในการศึกษาวิจัย โดยมีการขอความยินยอมในการให้ข้อมูลก่อนทำแบบสอบถาม รวมถึงจะรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยจะป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบอันเนื่องมาจากการที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผลการศึกษานำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.75 และเพศชาย ร้อยละ 36.25 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 30.83 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 29.17 น้อยที่สุดเป็นช่วงอายุน้อยกว่าเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 17.92 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุดร้อยละ 42.50 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.33 ต่ำสุดเป็นผู้สำเร็จระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.67 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานกระทรวงร้อยละ 62.50 รองลงมาเป็นข้าราชการร้อยละ 12.50 ต่ำสุดเป็นลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ร้อยละ 4.58 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.32 ± 8.51 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุด 37 ปี แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (N = 240)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	87	36.25
หญิง	153	63.75
2.อายุ		
≤ 30ปี	43	17.92
31-40 ปี	70	29.17
41-50ปี	74	30.83
มากกว่า 50ปี	53	22.08

(ต่อ) ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (N = 240)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3.ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	80	33.33
อนุปริญญาตรีขึ้นหรือเทียบเท่า	54	22.5
ปริญญาตรี	102	42.5
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.67
4.ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	30	12.5
พนักงานราชการ	26	10.83
พนักงานกระทรวง	150	62.5
ลูกจ้างประจำ	23	9.58
ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	11	4.58
5.ระยะเวลาการปฏิบัติงาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	0	0
ระหว่าง 5-10 ปี	0	0
ระหว่าง 10-15 ปี	75	31.25
ระหว่าง 15-20 ปี	53	22.08
มากกว่า 20 ปี	47	19.58

2.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน

เมื่อพิจารณารายชื่อในแต่ละด้าน พบว่า

1. ด้านการศึกษา บุคลากรสายสนับสนุนมีความคิดเห็นมากที่สุด คือ การจัดหาข้อมูลสถานศึกษาเพื่อศึกษาต่อภายในประเทศ ($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 1.09) รองลงมาเป็นเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรในการรับทุนหรือโควตาการศึกษาต่อที่เหมาะสม ($\bar{X} = 2.43$, S.D. = 1.03) และการแจ้งหลักเกณฑ์ศึกษาต่อและรับทุนให้ทราบโดยทั่วถึงกัน ($\bar{X} = 2.44$, S.D. = 1.01) ตามลำดับ

2. ด้านการฝึกอบรม บุคลากรสายสนับสนุนมีความคิดเห็นมากที่สุด คือ การส่งเสริมการฝึกอบรมแก่บุคลากรสายสนับสนุนทั้งในและนอกสถานที่ ($\bar{X} = 2.73$, S.D. = 0.97) รองลงมาคือ หน่วยงานมีการจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานในสัดส่วนที่เหมาะสมกับบุคลากร ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 1.03) และการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการฝึกอบรมต่าง ๆ อย่างทั่วถึง ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 1.03) ตามลำดับ

3. ด้านการพัฒนา บุคลากรสายสนับสนุนมีความคิดเห็นมากที่สุด คือ การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 0.99) รองลงมาคือ การสำรวจความต้องการความจำเป็นของบุคลากรในเรื่องการพัฒนาตนเองทุกปีเพื่อประโยชน์ในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนา ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 1.03) และการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ วารสาร ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 1.01) ตามลำดับ แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนแยกเป็นรายข้อ

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ แยกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการฝึกอบรม		2.87	0.98	ปานกลาง
1	มีการสำรวจความต้องการ และความจำเป็นของบปในจำเป็นของบุคลากรในเรื่องการฝึกอบรมทุกปี	2.90	1.01	ปานกลาง
2	มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมที่ชัดเจน	2.88	0.99	ปานกลาง
3	มีการนำความต้องการของบุคลากรมาพิจารณาในการจัดฝึกอบรม	2.90	1.00	ปานกลาง
4	มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการฝึกอบรมต่าง ๆ อย่างทั่วถึง	2.85	1.03	ปานกลาง
5	หน่วยงานจัดให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความต้องการของบุคลากรได้อย่างทั่วถึง	2.86	0.96	ปานกลาง
6	มีการส่งเสริมการฝึกอบรมแก่บุคลากรสายสนับสนุนทั้งในและนอกสถานที่	2.73	0.97	ปานกลาง
7	มีการจัดฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ	2.89	0.98	ปานกลาง
8	หน่วยงานมีการจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานในสัดส่วนที่เหมาะสมกับบุคลากร	2.80	0.93	ปานกลาง
ด้านการฝึกอบรม		2.87	0.98	ปานกลาง
9	มีการจัดวิทยากรที่มีความสามารถมาให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	2.87	0.96	ปานกลาง
10	หลักสูตรที่ใช้ฝึกอบรม บุคลากรที่เข้าฝึกอบรมสามารถนำไปใช้ได้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน	3.07	0.92	ปานกลาง
ด้านการศึกษา		2.52	1.06	มาก
1	มีการสำรวจความต้องการ ความจำเป็นเรื่องการศึกษาต่อทุกปี	2.67	1.07	ปานกลาง
2	มีการส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อเพิ่มพูนคุณวุฒิ	2.61	1.08	ปานกลาง
3	การประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้บุคลากรได้ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในการศึกษาต่อ	2.61	1.03	ปานกลาง
4	บุคลากรสายสนับสนุนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการศึกษาต่อ	2.51	1.07	มาก
5	การจูงใจให้บุคลากรสายสนับสนุนเห็นความสำคัญของการศึกษาต่อ	2.59	1.03	มาก
6	การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรก่อนได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เช่น อบรมภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์	2.48	1.07	มาก
7	มีการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อแก่บุคลากรตามความเหมาะสม	2.50	1.10	มาก
8	การจัดหาข้อมูลสถานศึกษาเพื่อศึกษาต่อภายในประเทศ	2.34	1.09	มาก
9	เกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรในการรับทุนหรือโควตาการศึกษาต่อที่เหมาะสม	2.43	1.03	มาก
10	การแจ้งหลักเกณฑ์การศึกษาต่อและรับทุนให้ทราบโดยทั่วถึงกัน	2.44	1.01	มาก

(ต่อ) ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนแยกเป็นรายข้อ

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ แยกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการพัฒนา		2.74	0.99	ปานกลาง
1	มีการสำรวจความต้องการ ความจำเป็นของบุคลากรในเรื่องการพัฒนาตนเองทุกปีเพื่อประโยชน์ในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนา	2.67	1.03	ปานกลาง
2	มีการจูงใจค้นหาความรู้ และเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Learning)	2.78	0.96	ปานกลาง
3	มีการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เช่น ค้นคว้าผ่าน Internet, e-learning	2.78	1.04	ปานกลาง
4	มีการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วารสาร	2.67	1.01	ปานกลาง
5	มีการส่งเสริมให้บุคลากรที่มีผลงานดีเด่นมีโอกาสแสดงผลงานและจัดการเพื่อเผยแพร่ นิทรรศการเพื่อเผยแพร่ผลงาน	2.72	1.04	ปานกลาง
6	มีการส่งเสริมให้บุคลากรสนใจการผลิตผลงานทางวิชาการ เช่น การฝึกอบรม การทำผลงานวิจัย คู่มือการปฏิบัติงานและงานวิชาการอื่น ๆ	2.76	0.97	ปานกลาง
7	การส่งเสริมการพัฒนาทักษะ และเทคนิคด้านบริการวิชาการ	2.69	0.93	ปานกลาง
8	มีการสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างเพียงพอ	2.65	0.99	ปานกลาง
9	มีการประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร	2.84	0.97	ปานกลาง
10	มีการกำหนดนโยบาย หรือแผนงานในการพัฒนาตนเองอย่างชัดเจน	2.81	0.97	ปานกลาง
รวมทุกด้าน		2.71	1.02	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาภาพรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 1.02) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.98) ด้านการฝึกอบรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 1.06) และด้านการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.99) แสดงตามดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นรายด้าน

ความคิดเห็นแยกเป็นรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการศึกษา	2.87	0.98	ปานกลาง
ด้านการฝึกอบรม	2.52	1.06	มาก
ด้านการพัฒนา	2.74	0.99	ปานกลาง
โดยรวม	2.71	1.02	ปานกลาง

3.ความต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบประเด็นสำคัญใน 3 อันดับแรกของบุคลากรสายสนับสนุนมีความต้องการพัฒนาศักยภาพตนเอง ดังนี้

1) ด้านการพัฒนาศักยภาพ คือ หลักสูตรที่ใช้ฝึกอบรมต้องสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 1.02) การจัดวิทยากรที่มีความสามารถมาให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 1.05) และหน่วยงานจัดให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความต้องการของบุคลากรได้อย่างทั่วถึง ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 1.07) ตามลำดับ

2) ด้านการศึกษามีประเด็น 3 คือ การจัดหาข้อมูลสถานศึกษาเพื่อศึกษาต่อภายในประเทศ ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.14) การจูงใจให้บุคลากรสายสนับสนุนเห็นความสำคัญของการศึกษาต่อ ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 1.09) และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้บุคลากรได้ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในการศึกษาต่อ ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 1.04) ตามลำดับ

3) ด้านการพัฒนาอีกประเด็น 3 คือ การประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 1.06) การกำหนดนโยบาย หรือแผนงานในการพัฒนาตนเองอย่างชัดเจน ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 1.08) และการจูงใจค้นหาความรู้ และเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Learning) ($\bar{X} = 2.98$, S.D. = 1.07) ตามลำดับ แสดงตามดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแยกเป็นรายข้อ

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ แยกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการฝึกอบรม				
		2.95	1.05	ปานกลาง
1	มีการสำรวจความต้องการ และความจำเป็นของบุคลากรในเรื่องการฝึกอบรมทุกปี	2.88	1.04	ปานกลาง
2	มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมที่ชัดเจน	2.94	1.02	ปานกลาง
3	มีการนำความต้องการของบุคลากรมาพิจารณาในการจัดฝึกอบรม	2.94	1.03	ปานกลาง
4	มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการฝึกอบรมต่างๆ อย่างทั่วถึง	2.95	1.04	ปานกลาง
5	หน่วยงานจัดให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความต้องการของบุคลากรได้อย่างทั่วถึง	2.97	1.07	ปานกลาง
6	มีการจัดฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ	2.94	1.07	ปานกลาง
7	มีการส่งเสริมการฝึกอบรมแก่บุคลากรสายสนับสนุนทั้งในและนอกสถานที่	2.89	1.06	ปานกลาง
8	หน่วยงานมีการจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานในสัดส่วนที่เหมาะสมกับบุคลากร	2.90	1.07	ปานกลาง
9	มีการจัดวิทยากรที่มีความสามารถมาให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม	2.99	1.05	ปานกลาง
10	หลักสูตรที่ใช้ฝึกอบรม บุคลากรที่เข้าฝึกอบรมสามารถนำไปใช้ได้ เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน	3.08	1.02	ปานกลาง
ด้านการศึกษา				
		2.85	1.11	ปานกลาง
1	มีการสำรวจความต้องการ ความจำเป็นเรื่องการศึกษาต่อทุกปี	2.85	1.12	ปานกลาง
2	มีการส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อเพิ่มพูนคุณวุฒิ	2.87	1.10	ปานกลาง
3	การประชาสัมพันธ์ข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้บุคลากรได้ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดในการศึกษาต่อ	2.88	1.04	ปานกลาง
4	บุคลากรสายสนับสนุนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการศึกษาต่อ	2.78	1.09	ปานกลาง
5	การจูงใจให้บุคลากรสายสนับสนุนเห็นความสำคัญของการศึกษาต่อ	2.89	1.09	ปานกลาง

(ต่อ) ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแยกเป็นรายข้อ

ข้อ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ แยกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
6	การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรก่อนได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น เช่น อบรมภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์	2.83	1.18	ปานกลาง
7	มีการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อบุคลากรตามความเหมาะสม	2.86	1.13	ปานกลาง
8	การจัดหาข้อมูลสถานศึกษาเพื่อศึกษาต่อภายในประเทศ	2.80	1.13	ปานกลาง
9	เกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรในการรับทุนหรือโควต้าการศึกษาต่อที่เหมาะสม	2.90	1.14	ปานกลาง
10	การแจ้งหลักเกณฑ์ศึกษาต่อและรับทุนให้ทราบโดยทั่วถึงกัน	2.84	1.12	ปานกลาง
	ด้านการพัฒนา	2.96	1.06	ปานกลาง
1	มีการสำรวจความต้องการ ความจำเป็นของบุคลากรในเรื่องการพัฒนาตนเองทุกปีเพื่อประโยชน์ในการจัดส่งบุคลากรเข้ารับการ พัฒนา	2.91	1.11	ปานกลาง
2	มีการจูงใจค้นหาความรู้ และเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Learning)	2.98	1.07	ปานกลาง
3	มีการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เช่น ค้นคว้าผ่าน Internet, e-learning	2.97	1.05	ปานกลาง
4	มีการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ วารสาร	2.94	1.06	ปานกลาง
5	มีการส่งเสริมให้บุคลากรที่มีผลงานดีเด่นมีโอกาสแสดงผลงานและ จัดการเพื่อเผยแพร่ นิทรรศการเพื่อเผยแพร่ผลงาน	2.96	1.04	ปานกลาง
6	มีการส่งเสริมให้บุคลากรสนใจการผลิตผลงานทางวิชาการ เช่น การ ฝึกอบรม การทำผลงานวิจัย คู่มือการปฏิบัติงานและงานวิชาการอื่น ๆ	2.96	1.04	ปานกลาง
7	การส่งเสริมการพัฒนาทักษะ และเทคนิคด้านบริการวิชาการ	2.94	1.06	ปานกลาง
8	มีการสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างเพียงพอ	2.96	1.09	ปานกลาง
9	มีการประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร	3.03	1.06	ปานกลาง
10	มีการกำหนดนโยบาย หรือแผนงานในการพัฒนาดตนเองอย่างชัดเจน	3.00	1.08	ปานกลาง
	รวม	2.92	1.08	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาภาพรวมของความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สายสนับสนุนพบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 1.08) โดยด้านความต้องการในการพัฒนาการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 1.05) ด้านความต้องการในการพัฒนาด้านการฝึกอบรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 1.11) และด้านความต้องการในการพัฒนาด้านการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$, S.D. = 1.06) แสดงตาม ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาย โดยรวมในแต่ละด้าน

ความต้องการพัฒนาศักยภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ด้านการศึกษา	2.95	1.05	ปานกลาง
ด้านการฝึกอบรม	2.85	1.11	ปานกลาง
ด้านการพัฒนา	2.96	1.06	ปานกลาง
โดยรวม	2.92	1.08	ปานกลาง

4.ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า แนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านการศึกษา ได้แก่ ควรมีการสนับสนุนทุนการศึกษาโดยมุ่งเน้นการให้ทุนบุคลากรสายสนับสนุนให้มากขึ้นกว่าเดิม อย่างเช่น การเตรียมความพร้อมด้านภาษาอังกฤษและเน้นการใช้โปรแกรม ต่าง ๆ
2. ด้านการฝึกอบรม ได้แก่ ควรสำรวจความต้องการ และจัดหาหลักสูตรที่ทันสมัยในการจัดฝึกอบรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงและเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและสมรรถนะในการทำงาน
3. ด้านการพัฒนา ได้แก่ ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน และใช้ระบบพี่เลี้ยงในการสอนงาน พร้อมกับการส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนาทางวิชาชีพอย่างน้อยปีละครั้ง และสนับสนุนให้บุคลากรจัดทำผลงานเพื่อขอปรับตำแหน่งให้สูงขึ้น โดยการจูงใจให้เกิดการพัฒนาโดยการจัดสรรรางวัลหรือการยกย่องเชิดชูเกียรติให้แก่บุคลากรที่มีผลงานดีเด่น

วิจารณ์

ผลจากการศึกษา พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพในแต่ละด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.ด้านการฝึกอบรม พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ต้องการให้ได้รับส่งเสริมการฝึกอบรมทั้งในและนอกสถานที่ ทั้งนี้เพราะ การศึกษาช่วยพัฒนาความคิด ความรู้ทางวิชาการ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการทำงาน ตลอดจนการดำเนินชีวิตในสังคมสมัยใหม่ ส่งเสริมให้เกิดความคิดเชิงวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหา และความเข้าใจที่ลึกซึ้งในหลาย ๆ ด้าน และหน่วยงานควรให้มีการจัดสรรงบประมาณในการฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานในสัดส่วนที่เหมาะสม เนื่องจากที่ผ่านมา ผู้บริหารจะให้ความสำคัญในสายวิชาชีพมากกว่า ซึ่งการพัฒนาองค์กรจะทุ้มเทหรือเน้นเพียงแค่การพัฒนาส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างเดียวไม่ได้ หรือหากจะมองให้ลึกกลงไปแล้วหัวใจสำคัญขององค์กรคือ Back office หากการบริหารจัดการไม่ดีเพียงพอแล้วอาจจะพบว่ามีปัญหาที่ซ่อนอยู่ซึ่งส่งผลให้ Front Office ไม่สามารถบริการลูกค้าได้ตรงตามนโยบายขององค์กร ก็เป็นไปได้⁽¹⁾ รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการฝึกอบรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และหลักสูตรที่จะใช้ฝึกอบรมนั้น ควรให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริงต่อการปฏิบัติงาน และก่อนที่จะจัดฝึกอบรมด้านต่าง ๆ ก็ควรมีการนำความต้องการของบุคลากรมาพิจารณาในการจัดฝึกอบรมด้วย สอดคล้องกับ วิจิตร อวกุล⁽⁴⁾ ได้กล่าวถึง การฝึกอบรม เป็นวิธีการสอนการอบรมในรูปแบบต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้รับการฝึกอบรมเรียนรู้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมค่อนข้างถาวรตามวัตถุประสงค์ของการอบรม ดังนั้นการสอนแต่ละอย่างย่อมจะเหมาะสมกับบางวิชา บางกลุ่ม บางระดับ อายุการศึกษา ช่วงระยะเวลา ฯลฯ ฉะนั้น ผู้สอนจึงต้องเลือกใช้เพื่อให้เกิดผลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้มิใช่ว่าเคยใช้เคยสอนอย่างไร ได้ผลหรือไม่ได้ผล ก็ยังใช้วิธีเดิมหรือไม่ใช้วิธีใหม่ ๆ บ้างเลยเทคนิคการฝึกอบรมจึงมีความสำคัญต่อการถ่ายทอดความรู้ของ วิทยากร และยังมีผลไปถึงการจูงใจให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการฝึกอบรม

2. ด้านการศึกษา พบว่า ในการจัดหาข้อมูลของสถานศึกษาต่อภายในประเทศ ควรกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบุคลากรในการรับทุนหรือโควตาศึกษาต่อที่เหมาะสม และควรการแจ้งหลักเกณฑ์ให้ทราบโดยทั่วถึงกัน รวมถึงมีการส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อเพิ่มพูนคุณวุฒิ ซึ่งราชกิจจานุเบกษา (2542)⁽⁵⁾ ได้ให้ความหมายของการศึกษาไว้ว่า การศึกษานั้นเป็นกระบวนการต่าง ๆ ที่บุคคลนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ เจตคติ ความประพฤติที่ดีมีคุณค่า และมีคุณธรรมเป็นที่ ยอมรับนับถือของสังคม และการศึกษาเป็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้บุคคลได้รับความรู้ ความสามารถ จากสิ่งแวดล้อม การถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ที่รวบรวมไว้อย่างเป็นระเบียบให้คนรุ่นใหม่ได้ศึกษา ซึ่งการศึกษาเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ มีความสามารถที่จะ ปรับตัวได้อย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนในยุคโลกาภิวัตน์ ดังนั้นการศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการปลูกฝังค่านิยม เจตคติ คุณธรรม จริยธรรม และคุณ ลักษณะอันพึงประสงค์แก่เยาวชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

3. ด้านการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนมีความคิดเห็นว่า ควรสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างเพียงพอ จะเห็นว่า ในแต่ละปีหน่วยงานจะจัดสรรงบประมาณฝึกอบรมให้เฉพาะกลุ่มวิชาชีพ จนมองข้ามความต้องการที่จะพัฒนาของสายสนับสนุนทั้งที่ก็เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่ต้องให้ความสำคัญเท่าเทียมกัน ในการสำรวจความต้องการพัฒนาตนเองทุกปี และควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผ่านสื่อต่าง ๆ และในการกำหนดนโยบาย หรือแผนงานในการพัฒนาตนเองต้องทำเป็นระบบอย่างชัดเจน รวมถึงมีการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบ Internet, e-learning สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ปักโคทานัง (2548)⁽⁷⁾ ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มีความต้องการพัฒนาตนเอง โดยภาพรวมด้านการเรียนรู้ด้วยตนเองด้านการฝึกอบรมมากที่สุด

ส่วนความต้องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการฝึกอบรม พบว่า หลักสูตรที่จะใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรนั้น ต้องสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานได้จริง รวมถึงการจัดวิทยากรที่จะมาให้ความรู้ต้องมีความสามารถสร้างความเข้าใจแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม และหน่วยงานควรจัดให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความต้องการของบุคลากรได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการวิจัยของประภาพร กุลณวงศ์ (2553)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนงาน ด้านวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนและส่วนน้อยต้องการพัฒนาตนเองใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ต้องการสอนงานโดยคำแนะนำให้รู้จักวิธี ปฏิบัติงานได้ถูกต้อง และส่วนน้อยต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือใหม่โดยการสาธิต ส่วนวิธีการฝึกอบรมผู้ตอบแบบสอบถาม บางส่วนต้องการพัฒนาตนเองเช่น ต้องการที่จะฝึกอบรมโดยการนำเอาปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ๆ มาเป็นหัวข้อในการอบรม เป็นต้น

จะเห็นว่า บุคลากรสายสนับสนุนความต้องการให้ประเมินความก้าวหน้าในสายงานด้วย รวมถึงการจูงใจในการค้นหาความรู้ด้วยการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Learning) จะเห็นว่า การพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้าและไปถึงเป้าหมายได้นั้น แน่แน่นอนว่าจะพัฒนาแค่ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ จะต้องก้าวไปพร้อมกันในทุกส่วนขององค์กร ซึ่งผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชน และฝ่ายพัฒนาบุคคล ควรศึกษาแนวทาง การแก้ปัญหา และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น กลไกการดำเนินงานด้านการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร รวมทั้งกระบวนการจัดการทั้งหมด ซึ่งไม่ได้สะท้อนถึงความต้องการที่แท้จริงของบุคลากรสายสนับสนุนมากนัก ซึ่งรูปแบบในการดำเนินการ ทั้งการจัดหลักสูตรฝึกอบรม การเตรียมความพร้อมด้านการศึกษา และการประเมิน ความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน จึงสามารถสะท้อนสภาพปัญหาในการพัฒนาที่เกิดขึ้นเชิงวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานขึ้นไป จึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุนให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการพัฒนาบุคลากรนั้น มีความสำคัญทั้งต่อตัวเองและต่อองค์กร

โดยความสำคัญต่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความรู้ มีความคิดใหม่ ๆ สามารถเพิ่มพูนความรู้ และทักษะทันต่อความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี สามารถปฏิบัติงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น ทั้งเป็นการสนองความต้องการที่ก้าวหน้าของบุคลากร ส่วนความสำคัญต่อองค์กร ได้แก่ การเพิ่มผลผลิตขององค์กรและทำให้องค์กรได้ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ จึงนับได้ว่าการพัฒนาบุคลากรก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคลากรเองและต่อองค์กรด้วย⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงความต้องการพัฒนาตนเองด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนาบุคลากรขององค์กรทางด้านสาธารณสุข
2. ควรจัดให้มีเวทีการถ่ายทอดความรู้ แลกเปลี่ยนทักษะและเรียนรู้กับผู้ที่มีประสบการณ์ของสายสนับสนุนในทุก ๆ ปี เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการ จัดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพ และตัวชี้วัด ให้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน
2. ควรมีการประเมินผลและหาข้อจำกัดที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทั้งนี้ เพื่อหาจุดอ่อนที่ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิพิสัย ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ดร.ฉลอง นาคเสน สาธารณสุขอำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ ที่ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงคณะผู้บริหารและบุคลากรสายสนับสนุนทุก ๆ ท่านของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่งในจังหวัดหนองคาย ที่ให้การสนับสนุนจนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัย จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Teachme Biz .พัฒนาองค์กรให้ไกลด้วยการพัฒนา Back Office. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://teachme-biz.com/blog/front-backoffice-management/>.
2. รัตนารักษ์ มาคุ้ม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 41(วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2558.
3. วิจิตร อาวะกุล. การฝึกอบรม. กรุงเทพมหานคร:ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
4. HREX asia. เสริมสร้างสมรรถนะ (Competency) ให้บุคลากรส่งเสริมการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://th.hrnote.asia/orgdevelopment/190624-competency/>.

5. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. เล่ม 116 ตอนที่ 74 ก. (19 สิงหาคม 2542).
6. คณิตา, นิजरัลกุล และฮาสิเมาะ สนิ. ผลของการใช้นวัตกรรมคุณลักษณะศึกษาด้านการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/8505>
7. อมรรัตน์ ปักโคทานัง. ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง ;2548.
8. ประภาพร กุลณวงศ์. ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนงานด้านวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
9. พิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา. แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสนับสนุน เครือข่ายบริการสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gaa-moph.com/gaamoph/home/Document2/Pimluck-10.2.pdf>.