

วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ISSN 2985-1696 (Online)



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2568

Vol. 3 No. 1 January – March 2025

ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร

ภาษาอังกฤษ : Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
ภาษาไทย : วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
Online ISSN: 2985-1696
เจ้าของวารสาร : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000.
โทรศัพท์ : 0-4212-9587
อีเมล : ar.hpc8@gmail.com

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ทางด้านวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิด ข้อคิดเห็นข่าวสารที่มีคุณภาพและถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบาย ตีพิมพ์บทความด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาที่เปิดรับมีดังต่อไปนี้ แม่และเด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมและสาขาอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลที่สนใจ

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (two - blind review)

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กำหนดการตีพิมพ์ (ปรับปรุง)

วารสารตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี

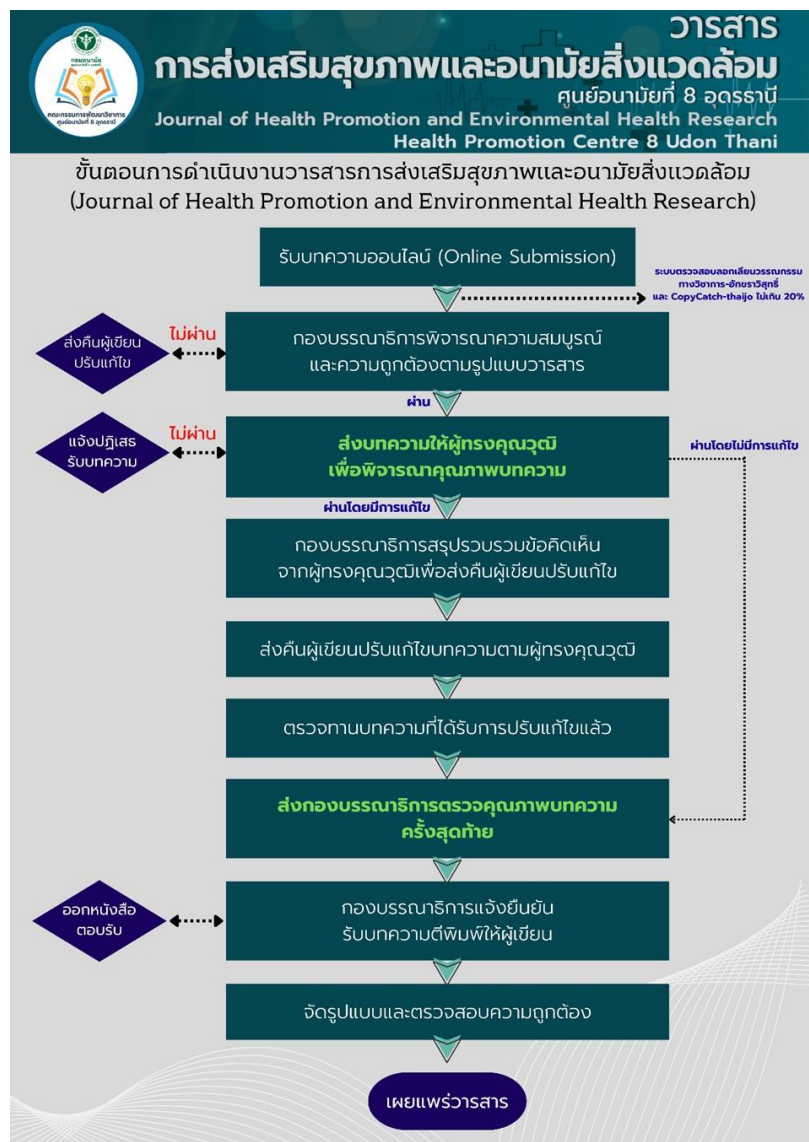
- ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน
- ฉบับที่ 4 ประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

วิธีการส่งบทความ

ส่งผลงานผ่านระบบ Thaijo ได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/submissions>



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

ทางไปรษณีย์ : กลุ่มพัฒนาวิชาการและคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ
สำนักงานเลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี
จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588

ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ :

E-mail: ar.hpc8@gmail.com และ Atiwat.kun0609@gmail.com

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
 นายกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย

บรรณาธิการ

ดร. ธนินา อนุญาตพงษ์ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายอริวัฒน์	กุลวงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายชัชวาลย์	เพชรกอง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวกุลนันท์	เหิรเมฆ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายพีรพัฒน์	เลี้ยงประยูร	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวภัทรานิษฐ์	นฤวรรน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายสิทธิชัย	โพทะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

กองบรรณาธิการ

นายสมภพ	สุทัศน์วิริยะ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวศิริพร	ศรีเทวณ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวสุนิสา	ใจทั้ง	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายยุทธนา	ชนะพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาววรรณพร	สว่างบุญ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นายอเนกพงษ์	ฮ้อยคำ	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวพรพิมล	บุตะลา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวดวงใจ	กันธิยา	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
นางสาวปนัดดา	กันมัลย์	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลการ ทรงศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี
ดร.สุทิน	คณะบุญ
ดร.อรินรดา	ลาดลา
ดร.อนุชา	ไทยวงษ์
นายธวัชชัย	เขื่อนสมบัติ
	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี

ฝ่ายจัดการ

คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ (กพว.) ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี
 เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	ก
บทความวิจัย	
1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมทัศนสุขภาพต่อความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริ ทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัด อำนาจเจริญ	1
❖ เมชาวี ทรัพย์สมบัติ, จันทิมา ทองอ่อน, ชนาพร ฉิมมะลี, กรกวรรณ ดารุณิกร, อัครพล วุฒิสেলা	
2. ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย	13
❖ จำรัส พงษ์พิศ	
3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดลพบุรี	27
❖ จิราพร ทองแผ่	
4. ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก	43
❖ จีรวรรณ หัสโรค์, โสภิสดา วิบูลย์พันธุ์, ณัฐธิดา วงศาโรจน์	
5. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8	54
❖ ภัทราพร ชูศรี, กัญญารัตน์ สร้อยมัลลย์	
6. ผลการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการมองเห็น การติดเชื้อและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี	70
❖ ณิชา บุตตะหิษฐ์	

บทบรรณาธิการ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) กลายเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งโรคเหล่านี้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัวและชุมชนในวงกว้าง วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ฉบับนี้มุ่งเน้นการนำเสนอผลงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ในหลากหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน การดูแลรักษาหรือการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้การป้องกันโรค NCDs จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตในยุคปัจจุบันยังเป็นตัวเร่งสำคัญ ที่ทำให้ความชุกของโรค NCDs เพิ่มขึ้น การตระหนักถึงปัญหาและการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในประเด็นนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น วารสารของเราเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูล ที่สามารถนำไปใช้ในการป้องกันและจัดการโรค NCDs อย่างมีประสิทธิภาพ

ท้ายที่สุดนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่สนับสนุนวารสารวิชาการของศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี รวมถึงเจ้าของผลงานและผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานอันทรงคุณค่า กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

(ดร.ธนิสา อนุญาหงษ์)

บรรณาธิการวารสาร

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพต่อความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

เมชาวี ทรัพย์สมบัติ, จันทิมา ทองอ่อน, ชนาพร ฉิมมะลี,
กรกวรรณ ดารุนิกร, อัครพล วุฒิเสลา

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพในหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน ได้จำนวน 32 คนต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Independent-Samples T-Test) ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.84 คะแนน (95%CI: 2.10 ถึง 3.58) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.046) นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 9.66 คะแนน (95%CI: 7.76 ถึง 15.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพมีผลสำคัญในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การให้ความรู้และการส่งเสริม การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในช่องปากสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และช่วยเสริมสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ ความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ

Effects of the dental health promotion program on knowledge and practices in preventing periodontal disease among elderly people with diabetes in Kham Phra village
Hua Taphan District, Amnat Charoen Province

Mechawee Sapsombut, Janthima Thongon, Chanaphon Chimmalee,
Kornkawat darunikorn, Akkaraphon wuttisalao

Abstract This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge and preventive practices regarding periodontal disease between elderly individuals with diabetes in the experimental and control groups, before and after receiving a dental health promotion program. The study was conducted in Kamphra Village, Huatatphan District, Amnat Charoen Province. The sample size was calculated using a formula for comparing the means of two independent groups, with 32 participants in each group. Data were collected using a questionnaire with a reliability coefficient of 0.75. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, with Independent-Samples T-Test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had a significantly higher mean score in knowledge about periodontal disease prevention compared to the control group mean difference = 2.84, (95% CI: 2.10 to 3.58; $p=0.046$). Additionally, the experimental group exhibited significantly higher mean scores in preventive practices compared to the control group mean difference (9.66, 95% CI: 7.76 to 15.54; $p<0.001$). These findings emphasize the importance of promoting dental health to enhance both knowledge and preventive practices related to periodontal disease in elderly individuals with diabetes.

Keywords: Dental health promotion program, Knowledge of periodontal disease prevention, Practices of periodontal disease prevention

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก โดยในปี 2566 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากถึง 537 ล้านคน โดยร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดการณ์ว่าภายในปี 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และในปี 2588 จะเพิ่มเป็น 783 ล้านคน โดยกลุ่มประชากรที่น่ากังวลที่สุดคือผู้สูงอายุ (IDF Diabetes Atlas, 2021) ในบริบทของประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้รายงานไว้ว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) โดยในปี 2568 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 5.3 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 5 คนจะป่วยด้วยโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะปัญหาโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งโรคปริทันต์อักเสบมีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า แบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรค ร่วมกับปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โรคประจำตัว การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบฟัน และภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าประชากรกว่า 3,500 ล้านคนทั่วโลก ที่ได้รับผลกระทบจากโรคในช่องปาก โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคปริทันต์สูงถึงร้อยละ 59 และสัดส่วนกลุ่มอายุที่พบมาก เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก ร้อยละ 35.7 (รายงานกรมอนามัย, 2566) สาเหตุสำคัญมาจากการขาดความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทางด้านปริทันต์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 28.6 (รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรสูงอายุ, 2566) และมีพฤติกรรมการป้องกันปริทันต์อักเสบอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ร้อยละ 30.2 (กรมสุขภาพจิต, 2566)

ในจังหวัดอำนาจเจริญ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในปี 2566 จำนวน 23,317 ราย แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียง 5,554 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.82 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 สถานการณ์ในตำบลคำพระ อำเภอหัวตะพาน พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 593 คน หรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุถึง 344 คน คิดเป็นร้อยละ 27.48 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดอำนาจเจริญ, 2567) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากยังขาดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงยังไม่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เพียงพอ ดังนั้น การศึกษารังนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยนำแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพต่อความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในหมู่บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านคำพระ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมี 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติของ รพ.สต.

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สามารถช่วยเหลือตัวเองได้พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
2. เป็นผู้ที่สนใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยเจ็บป่วยกะทันหันในระหว่างการดำเนินการวิจัย และแพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถเข้าร่วมต่อไปได้

2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลาโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$= 25.76$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 26 คน แต่เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายจากการติดตามที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษานี้ จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการจะศึกษา โดยยึดหลัก Principle of Intention to Treat (ITT) จึงได้กลุ่มละ 32 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากมาจากรายชื่อทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ ดำเนินการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง และการติดตามผลโดยการโทรติดต่อและผ่านช่องทางออนไลน์จำนวน 7 ครั้ง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support Theory) ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร การให้ความพอใจ การแสดงถึงความห่วงใย มาประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยเน้นให้บุคคลได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ แรงจูงใจและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง(Self-Efficacy Belief) ที่มุ่งเน้นการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ผู้เข้าร่วมการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 “กิจกรรมสานสัมพันธ์ รู้จักกัน ให้ความรู้”

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สถานที่จัดกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมีการเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นก็มีกิจกรรมสนทนากลุ่มสร้างความสัมพันธ์จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามพร้อมทั้งเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ

2) กิจกรรมที่ 2 “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฉันททำได้”

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สถานที่จัดกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพการความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

3) กิจกรรมที่ 3 “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การปฏิบัติตัว”

สัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สถานที่จัดกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพการความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ กิจกรรมเรียนรู้รับฟัง

ทันตสุขภาพ ส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัว ปรึกษาปัญหาสุขภาพช่องปาก รับฟังข้อมูลการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม

4) กิจกรรมที่ 4 “กระตุ้นความจำ นำไปใช้”

สัปดาห์ที่ 8,9,10 ใช้เวลา 10 – 15 นาที/คน ในการโทรพูดคุย หรือซักถามผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อสอบถามพฤติกรรมและความรู้โดยใช้สมุดบันทึกพฤติกรรม และมีอาสาสมัครสาธารณสุข ในการติดตามผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถติดตามผ่านทางช่องทางโทรศัพท์ได้

5) กิจกรรมที่ 5 “ฉันทรู้ ฉันทัน ป้องกัน ปริทันต์อักเสบ”

สัปดาห์ที่ 3,5,6,11 เป็นการใช้ LINE OA (LINE official account) “รู้เท่าทันปริทันต์อักเสบ” มาให้ความรู้โดยส่งความรู้ไปในช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและมี อสม. ช่วยในการติดตามประสานงาน

6) กิจกรรมที่ 6 “ทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนความจำ”

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สถานที่จัดกิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำพระ โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

7) กิจกรรมที่ 7 วิเคราะห์และสรุปผล

สัปดาห์ที่ 13 – 14 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผลข้อมูลจากการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลัง รวมทั้งสมุดบันทึกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม และกิจกรรมสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมครั้งล่าสุดภายใน 3 เดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การอยู่อาศัย สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ และ การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม มีจำนวนคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open-ended questionnaires)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก จำนวน 15 ข้อ โดยแยกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1. ความรู้ในการแปรงฟันที่ถูกวิธีและการเลือกใช้ยาสีฟันที่เหมาะสม 2. ความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ โดยมีการวัดเป็น ถูก หรือ ผิด มีระดับการวัดเป็นมาตราอันดับ (Ordinal scale) ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ จากนั้นแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยแยกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1. การปฏิบัติตนในการทำความสะอาดช่องปาก 2. การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จากนั้นแปลผลเป็น 5 ระดับ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) และปฏิบัติประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติทดสอบ Independent Sample T-Test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่ม และ Paired Sample T-Test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรภายในกลุ่ม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน โดยด้านอายุ ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี โดยในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 75 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ

ละ 93.8 เพศ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.4 ดัชนีมวลกาย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ คิดเป็นร้อยละ 53.1 และ ร้อยละ 68.8 การพักอาศัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ ร้อยละ 50.0 อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.3 และ ร้อยละ 53.1 ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.8 และ ร้อยละ 53.1 โรคร่วม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.4 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 43.8 การสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.1 และ ร้อยละ 90.6 การเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 68.8 และ ร้อยละ 65.6 ตามลำดับ

2. ความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.84 คะแนน (95%CI: 2.10 ถึง 3.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.046) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนทดลองและหลัง

ความรู้ในการป้องกัน โรคปริทันต์อักเสบ	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	8.28 (2.31)	2.81	-1.73 ถึง 3.89	0.328
กลุ่มควบคุม	32	11.09 (2.02)			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	13.91 (1.25)	2.84	2.10 ถึง 3.58	0.046*
กลุ่มควบคุม	32	11.06 (1.68)			

*p-value<0.05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.84 (95%CI: 2.10 ถึง 3.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.046) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนทดลองและหลัง

ความรู้ในการป้องกันโรค ปริทันต์อักเสบ	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	8.28 (2.31)	2.81	-1.73 ถึง 3.89	0.328
กลุ่มควบคุม	32	11.09 (2.02)			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	13.91 (1.25)	2.84	2.10 ถึง 3.58	0.046*
กลุ่มควบคุม	32	11.06 (1.68)			

*p-value<0.05

3. การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 9.66 คะแนน (95%CI: 7.76 ถึง 15.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง

การปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	31.47 (4.79)	1.22	0.68 ถึง 3.12	<0.001*
กลุ่มควบคุม	32	32.69 (2.43)			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	43.00 (4.65)	9.66	7.76 ถึง 11.54	<0.001*
กลุ่มควบคุม	32	33.34 (2.64)			

*p-value<0.05

ภายหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 9.66 (95%CI: 7.76 ถึง 15.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง

การปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ	n	$\bar{x}$ (S.D.)	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	31.47 (4.79)	1.22	0.68 ถึง 3.12	<0.001*
กลุ่มควบคุม	32	32.69 (2.43)			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	32	43.00 (4.65)	9.66	7.76 ถึง 11.54	<0.001*
กลุ่มควบคุม	32	33.34 (2.64)			

* $p\text{-value}<0.05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อีกทั้งยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value}<0.046$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตายุ ผลแก้ว (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ในด้านความรู้ในการแปรงฟันที่ถูกต้อง การเลือกใช้ยาสีฟันที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพในช่องปาก รวมถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก มีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย วรศรีศิริ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า หลังจากการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อีกทั้งยังสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุม ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาสินี สมานชาติ (2563) กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค (2563) และจิรัฐดา บัวผิว (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันโรคปริทันต์อักเสบโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลช่องปากให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากดีขึ้น อาการอักเสบในเหงือกลดลง และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ลดลงอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรีชา โกษารักษ์ (2560) ที่ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในด้านการปฏิบัติตนในการทำมาสะอาดช่องปาก และด้านการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ มีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติให้กับกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการกำกับและติดตามผ่านช่องทางโทรศัพท์ที่เอื้อต่อการให้ความช่วยเหลือโดยง่าย ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งถัดไป ควรเน้นไปที่การพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้เกิดผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยเพิ่มระยะการติดตามและประเมินผล เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโปรแกรมห้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรขยายการใช้โปรแกรมไปในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงร่วมในการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยจะช่วยให้เกิดความหลากหลายในการนำใช้โปรแกรม ตามกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัญหาในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์ และคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ให้ความรู้และตรวจสอบข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำพระ และผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่การวิจัย 31/2567 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

- Tay WM, Yeo JF, Goh LG. (2022). The effect of clinical interventions on the oral health-related quality of life in older adults . ค้นจาก dpubmed:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35916114/>
- Wang TF, Jen IA, Chou C. (2014). Effects of periodontal therapy on metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus and periodontal disease: a meta-analysis. ค้นจาก pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25526470/>
- กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดูแลสุขภาพในช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข. ค้นจาก dental.anamai:<https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf>
- Mingcan CH. (2023). Diabetes mellitus promotes susceptibility to periodontitis-novel insight into the molecular mechanisms. ค้นจาก pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37664859/>
- โรงพยาบาลเปาโล. (21 กันยายน 2566). โรคปริทันต์ กับผู้ป่วยเบาหวาน ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต้องระวัง ค้นจาก paolohospital: <https://www.paolohospital.com/th-th/kaset/Article/Details/โรคปริทันต์กับผู้ป่วยเบาหวาน-ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต้องระวัง->
- rattinan. (20 มิถุนายน 2564). คราบหินปูน หินน้ำลาย ฤทธิ์เยอะอย่างนี้สมควรปราบ. ค้นจาก rattinan: <https://www.rattinan.com/calculus-teeth/>
- rattinan. (11 มิถุนายน 2564). เชื้อราในช่องปาก คืออะไร เกิดจากสาเหตุใด มีวิธีรักษาอย่างไร? ค้นจาก rattinan: <https://www.rattinan.com/oral-thrush/>
- กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข. ค้นจากdental.anamai: https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=113206&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=33899
- กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก dental.anamai: <https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf>
- ธนาคม เสนา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์อักเสบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. เข้าถึงได้จาก thaijo: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1165>
- สุธาสิณี สมานชาติ. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกับสภาวะสุขภาพช่องปากของสูงอายุที่มารับบริการทันตกรรม โรงพยาบาลเทศบาลเมือง สาขาโรงพยาบาลสระบุรี. เข้าถึงได้จาก digital.library.tu: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:187520
- จิรสุตา บัวผัน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลม่วงหวานอำเภอน้ำพอง

จังหวัดขอนแก่น. เข้าถึงได้จาก thaijo:

<https://he02.tcithaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/245208>

สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์. (2557). พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. เข้าถึงได้จาก

ppdental.anamai:https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/paper/paper.php?id_a_1=134

กฤษณ์ ประสิทธิ์โชค. (2563). ปัจจัยด้านพฤติกรรมและตำแหน่งฟันที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

ปริทันต์ในวัยกลางคน. เข้าถึงได้จาก thaijo: [https://he02.tci-](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/download/241634/167695)

[thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/download/241634/167695](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/download/241634/167695)

ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออก ในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย

จำรัส พงษ์พิศ

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลหนองคายปีพ.ศ. 2559-2563 พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.0 ดังนั้นการประเมินเบื้องต้นและการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือล่าช้าจะก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นได้ วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย (2) อุบัติการณ์และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคายระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคายโดยใช้สถิติ Univariate analysis แล้วนำเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มาวิเคราะห์ต่อโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 780 ราย เสียชีวิต 37 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.7 ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคายได้แก่ ได้แก่ เพศชาย, โรคตับแข็ง, การใช้ยาสตีรอยด์, INR มากกว่า 1.5, PTT มากกว่า 35 วินาที, AST มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ, ระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน, มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ($p < 0.05$) สรุปผลและข้อแนะนำ: ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีปัจจัยต่างๆดังกล่าวข้างต้น ควรได้รับการตรวจติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ปัจจัยในการทำนาย, อัตราการเสียชีวิต

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ)

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

1158 ถนนมิชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ประเทศไทย 43000

E-mail: jpongpi@hotmail.com

Factors Predicting Mortality Rate within 30 Days of Patients Presenting with Upper Gastrointestinal Bleeding at NongKhai Hospital

Jamrus Pongpit

Abstract

Background: Upper gastrointestinal bleeding is a common emergency in medical practice. According to statistics from NongKhai Hospital for the period 2016 to 2020, the mortality rate was 5.0%. Consequently, inadequate or delayed initial assessment and treatment can significantly increase the mortality rate. Objective: To study (1) factors predicting mortality rate within 30 days of patients presenting with upper gastrointestinal bleeding at NongKhai Hospital. (2) the incidence and causes of upper gastrointestinal bleeding. This retrospective descriptive study collects data from the medical records of patients presenting with upper gastrointestinal bleeding at NongKhai Hospital for 3 years from 1 October 2018 to 30 September 2021. The factors predicting mortality rate within 30 days of patients presenting with upper gastrointestinal bleeding at NongKhai Hospital were analyzed using Univariate analysis and only statistically significant factors ($p < 0.05$) were further analyzed using multiple logistic regression. Results: A total of 780 eligible patients were included in this study with 37 patients having succumbed resulting in a mortality rate of 4.7%. The factors predicting mortality rate within 30 days of patients presenting with upper gastrointestinal bleeding at NongKhai Hospital include male gender, liver cirrhosis, corticosteroid use, INR greater than 1.5, PTT greater than 35 seconds, AST greater than 5 times the normal value, hospital stay longer than 7 days, rebleeding within 48 hours, and complications ($p < 0.05$). Conclusion and recommendations: Patients presenting with upper gastrointestinal bleeding along with the aforementioned risk factors should be closely monitored and surveillance to reduce the risk of complications and in-hospital as well as post-discharge mortality.

Keywords: *upper gastrointestinal bleeding, predicting factors, mortality rate*

MD, Gastroenterologist

Division of Internal Medicine, Nongkhai Hospital

1158, Meechai Road, Nai-Muang, Muang District, Nong Khai, 43000, Thailand

E-mail: jpongpit@hotmail.com

บทนำ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper gastrointestinal bleeding) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ มีความชุก 37-172 รายต่อประชากร 100,000 ราย เป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 3.0-14.0 (van Leerdam ME, 2008) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ในขณะที่อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารลดลงทุกปี แต่อัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำกลับพบเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (van Leerdam ME et al., 2003) จากสถิติของโรงพยาบาลหนองคายปีพ.ศ. 2559-2563 พบผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ได้รับการส่องกล้อง 2,390 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.0 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติที่รายงานในโรงเรียนแพทย์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนั้นการประเมินอาการเบื้องต้นปัจจัยเสี่ยงต่างๆและการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจะมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดเลือดออกซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำชัดเจน ปัจจุบันมีระบบให้คะแนนเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผู้ป่วยว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งพยากรณ์อัตราการเสียชีวิต โดยระบบการคิดคะแนนนั้นจะอาศัยปัจจัยต่างๆมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย โดยปัจจุบันมีระบบการให้คะแนนที่สามารถบอกและจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงอยู่หลากหลายระบบ (Rockall TA et al., 1996; Blatchford O et al., 2000; Das A et al., 2004) แต่ระบบที่ใช้บ่อยได้แก่ Rockall Score และ Glasgow Blatchford Score โดย Rockall Score เป็นระบบการคิดคะแนนที่ได้รับการทดสอบความแม่นยำและใช้กันแพร่หลายมากที่สุด คำนวณจากปัจจัยต่างๆทั้งเรื่องอายุ ภาวะช็อค โรคร่วม การวินิจฉัยโรค และลักษณะของรอยโรคที่พบจากการส่องกล้อง จุดเด่นของการให้คะแนนระบบนี้คือใช้ไม่ยากและสามารถให้คะแนนได้ทันทีหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเรียกว่า “Clinical Rockall Score” หรือให้คะแนนรวมหลังจากส่องกล้องเพื่อหาสาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเรียกว่า “Complete Rockall Score” (Stanley AJ., 2012) โดยการให้คะแนนระบบดังกล่าวมีความแม่นยำในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตและใช้แพร่หลายในหลายๆประเทศ (Camellini L et al., 2004; Vreeburg EM et al., 1999; Enns RA et al., 2006; Church NI et al., 2006) ส่วน Glasgow Blatchford Score เป็นระบบการให้คะแนนที่มีความแม่นยำในการประเมินโอกาสที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการห้ามเลือดหรือการได้รับเลือด โดยคำนวณจากปัจจัยต่างๆได้แก่อาการ (ถ่ายดำและเป็นลม) อาการแสดง (ความดันซิสโตลิกและชีพจร) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ระดับฮีโมโกลบิน และ blood urea nitrogen) และโรคร่วม (โรคตับและโรคหัวใจล้มเหลว) (Blatchford O et al., 2000; Stanley AJ et al., 2017; Marmo R et al., 2008)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการดูแลรักษาในระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย
- 2) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 (ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ใบรับรอง 68/2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ van Leerdam ME พบว่าความชุกของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 37-172 รายต่อประชากร 100,000 ราย

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง $n = (Z_{\alpha/2})^2 * (pq) / d^2$

กำหนดให้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ (95% CI)

p (ความชุกของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น) = 0.2, $q = 1-p = 0.8$

d (margin of error) = 0.05

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 246 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลหนองคายด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้แก่ อาการอาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis), อาเจียนเป็นเลือดเก่า (coffee ground), ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหนียว (melena), ถ่ายอุจจาระมีสีแดงสด (hematochezia) หรือถ่ายอุจจาระมีสีแดงเลือดนก (maroon stool)
- 3) ผู้ป่วยทุกรายต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการประเมินอาการและทำการรักษา และต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy, EGD) เพื่อสืบค้นสาเหตุตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นของโรงพยาบาลหนองคาย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยไม่ชัดเจน
- 2) ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามอาการภายใน 30 วัน
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะเบี่ยงเบนไม่ครบถ้วน สมบูรณ์

นิยาม

- 1) อาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ อาการอาเจียนเป็นเลือดสด (hematemesis), อาเจียนเป็นเลือดเก่า (coffee ground), ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหนียว (melena), ถ่ายอุจจาระมีสีแดงสด (hematochezia) หรือถ่ายอุจจาระมีสีแดงเลือดนก (maroon stool)
- 2) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คือ ภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่สูงกว่า Ampulla of Vater ซึ่งเป็นบริเวณที่สามารถส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ได้ เพื่อสืบค้นสาเหตุ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

- 1) ประสานศูนย์พัฒนาระบบสารสนเทศในการดึงข้อมูลของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีรหัส ICD-10 ได้แก่ upper gastrointestinal bleeding (K 922) และต้องได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีรหัส ICD-9 ได้แก่ Esophagogastroduodenoscopy (4513), esophagogastroduodenoscopy with biopsy (4516) และ Esophagogastroduodenoscopy with clipping or banding (4233) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 และประสานฝ่ายแผนงานและสารสนเทศในการค้นหะระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD-9 และ ICD-10 ตามช่วงเวลาที่กำหนดข้างต้น
- 2) นำหะระเบียนผู้ป่วยมาทบทวนและเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกการวิจัย โดยบันทึกลงในคอมพิวเตอร์ (ถ้ามีปัญหาข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน พิจารณาตัดข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นออกไป)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ อาชีพ โรคประจำตัว ที่อยู่ คิดเป็นร้อยละ
- 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คิดเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคายโดยใช้สถิติ Univariate analysis แล้วนำเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มาวิเคราะห์ต่อโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis
- 4) วิเคราะห์ความสามารถของระบบการให้คะแนนของ Rockall Score และ Glasgow Blatchford Score ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันโดยใช้ ROC analysis

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคายตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 มีทั้งหมด 965 ราย ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน 185 ราย ดังนั้นมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าในการวิจัยทั้งหมด 780 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 76.3 อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 57.1 (15.5) ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง โรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง เบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง มีประวัติดื่มสุราร้อยละ 56.0 สูบบุหรี่ร้อยละ 33.8 และมีประวัติได้รับยาที่ใช้ก่อนมีอาการได้แก่ ยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) ร้อยละ 21.4 แอสไพริน (aspirin, ASA) ร้อยละ 11.8 สเตียรอยด์ (steroids) ร้อยละ 4.7 วาฟาริน (warfarin) ร้อยละ 1.5 โคลพิโดเกรลร้อยละ 1.0 และ non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOACs) ร้อยละ 0.9 มีผู้ป่วยได้รับ proton pump inhibitor (PPI) หรือ potassium-competitive acid blocker (PCAB) เพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารร้อยละ 11.9 และผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคแผลเปปติคมาก่อนร้อยละ 24.2 โดยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นครั้งแรกร้อยละ 74.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

อาการและอาการแสดง: อาการที่พบบ่อยได้แก่ ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหนียว อาเจียนเป็นเลือดสด และอาเจียนเป็นเลือดเก่า มีภาวะเป็นลมร่วมด้วยร้อยละ 13.5 มีระบบการไหลเวียนโลหิตเปลี่ยนแปลง (hemodynamic instability) ร้อยละ 28.7 และเมื่อใส่สายยางทางจมูกและสวนล้างกระเพาะอาหารพบว่าส่วนใหญ่เป็น red blood content coffee ground และ clear content หรือไม่มี content โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมร้อยละ 87.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) เฉลี่ย 8.4 (3.1) ก./ดล. ปริมาณเกล็ดเลือด (platelet; Plt) เฉลี่ย 212,620 (117,150) /UL ระดับ INR เฉลี่ย 1.4 (1.5) ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองไตในหนึ่งนาที (Glomerular filtration rate; GFR) เฉลี่ย 77.9 (35.8) มล./นาที/1.73 ม.² ระดับอัลบูมิน (albumin; Alb) เฉลี่ย 3.4 (3.3) ก./ดล. ระดับ alanine aminotransferase (ALT) เฉลี่ย 41.7 (61.6) IU/L ระดับ aspartate transferase (AST) เฉลี่ย 94.8 (244.8) IU/L ระดับบิลิรูบินรวม (total bilirubin; TB) 1.5 (3.0) มก./ดล. และคะแนนเฉลี่ยระบบ Rockall Score และ Glasgow Blatchford Score เท่ากับ 3.0 (1.9) และ 11.2 (3.4) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน: ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น พบเป็นแผลในหลอดอาหาร (esophageal ulcer) ร้อยละ 8.7 แผลที่กระเพาะอาหาร (gastric ulcer) ร้อยละ 34.6 แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenal ulcer) ร้อยละ 21.8 เส้นเลือดดำโป่งพองที่หลอดอาหาร (esophageal varices, EV) ร้อยละ 20.6 เส้นเลือดดำโป่งพองที่กระเพาะอาหาร (gastric varices, GV) ร้อยละ 2.7 พบเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร 8 ราย มะเร็งลำไส้เล็ก 2 ราย และมะเร็งหลอดอาหาร 1 ราย ตามลำดับ และพบการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* ร่วมด้วยร้อยละ 55.5 ดังแสดงในตารางที่ 4

มีผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยโรค (Diagnostic EGD) ร้อยละ 91.3 ทำ Endoscopic therapy for peptic ulcer bleeding ด้วยวิธี epinephrine injection, coaptive thermocoagulation และ hemoclips ทั้งหมด 38 ราย ทำ Endoscopic therapy for variceal bleeding 42 ราย หลังส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดย PPI แบบฉีดร้อยละ 77.2 PPI แบบให้ทางเส้นเลือดดำต่อเนื่องร้อยละ 48.3 และ Sandostatin ร้อยละ 19.4 มีผู้ป่วยได้รับ packed red cells (PRCs) ร้อยละ 73.1 fresh frozen plasma (FFP) ร้อยละ 11.1 และเกล็ดเลือด (platelets) ร้อยละ 3.8 พบมีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง (rebleeding within 48 hours) ร้อยละ 0.9 มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 30 วัน (rebleeding within 30 days) ร้อยละ 3.9 มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะช็อค ติดเชื้อในกระแสโลหิต กล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 0.5 และต้องเข้ารับการผ่าตัดร้อยละ 0.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าในการวิจัยทั้งหมด 780 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 เสียชีวิตภายใน 30 วัน (30 days-mortality) 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และรอดชีวิตภายใน 30 วัน (30 days-survive) 743 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.3 โดยพบว่าปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย ได้แก่ เพศชาย, โรคตับแข็ง, การใช้ยาสตีรอยด์, INR มากกว่า 1.5, PTT มากกว่า 35 วินาที, AST มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ, ระยะเวลาในโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน, มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

จากการวิเคราะห์แบบ ROC analysis เพื่อศึกษาถึงความสามารถของระบบการให้คะแนนของ Rockall และ Glasgow Blatchford Score ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน พบว่าค่า AUROC ของ Rockall และ Glasgow Blatchford Score เท่ากับ 0.64 (0.55-0.73) และ 0.66 (0.57-0.74) ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 1 โดยการเปรียบเทียบความสามารถในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของทั้ง 2 ระบบ นั้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.74$)

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานทางคลินิก (n=780)

ลักษณะ	เสียชีวิต (n=37)	รอดชีวิต (n=743)	ทั้งหมด (n=780)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	63.2 $\pm$ 15.8	56.8 $\pm$ 15.4	57.1 $\pm$ 15.5
เพศชาย	22 (59.5)	573 (77.1)	595 (76.3)
โรคประจำตัว			
-โรคเบาหวาน	14 (37.8)	166 (22.3)	180 (23.1)
-โรคความดันโลหิตสูง	15 (40.5)	218 (29.3)	233 (29.9)
-โรคหัวใจและหลอดเลือด	7 (18.9)	58 (7.8)	65 (8.3)
-โรคไตวายเรื้อรัง	6 (16.2)	86 (11.2)	92 (11.8)
-โรคตับแข็ง	17 (46.0)	171 (23.0)	188 (24.1)
ดื่มสุรา	14 (37.8)	423 (56.9)	437 (56.0)
สูบบุหรี่	6 (16.2)	258 (34.7)	264 (33.8)
ประวัติยาที่ใช้ก่อนมีอาการ			
-ยาแอสไพริน	4 (10.8)	88 (11.8)	92 (11.8)
-ยาโคลพิโดเกรล	0 (0.0)	8 (1.1)	8 (1.0)
-ยาวาฟาริน	0 (0.0)	12 (1.6)	12 (1.54)
-NOACs	1 (2.7)	6 (0.8)	7 (0.9)
-ยาแก้อักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์	9 (24.3)	158 (21.3)	167 (21.4)
-ยาสเตียรอยด์	7 (18.9)	30 (4.0)	37 (4.7)
-ยาลดกรดกลุ่ม PPI หรือ PCAB	7 (18.9)	86 (11.6)	93 (11.9)
มีประวัติเป็นโรคแผลเปปติกมาก่อน	13 (35.1)	176 (23.7)	189 (24.2)
มีเลือดออกทางเดินอาหารครั้งแรก	24 (64.9)	557 (75.0)	581 (74.5)

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดง (n=780)

ลักษณะ	เสียชีวิต (n=37)	รอดชีวิต (n=743)	ทั้งหมด (n=780)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อาการ			
-อาเจียนเป็นเลือดเก่า	4 (10.8)	143 (19.3)	147 (18.8)
-อาเจียนเป็นเลือดสด	22 (59.5)	365 (49.1)	387 (49.6)
-ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำเหนียว	25 (67.6)	455 (61.2)	480 (61.5)
-ถ่ายอุจจาระมีสีแดงสดหรือถ่ายอุจจาระมีสี	2 (5.4)	39 (5.3)	41 (5.3)
แดงเลือดนก			
-เป็นลม	2 (5.4)	103 (13.9)	105 (13.5)
ระบบการไหลเวียนโลหิตเปลี่ยนแปลง	8 (21.6)	115 (15.5)	123 (28.7)
(hemodynamic instability)			
Nasogastric lavage finding			
-Red blood	12 (32.4)	212 (28.5)	224 (28.7)
-Coffee ground	19 (51.4)	343 (46.2)	362 (46.4)
-Clear content or no content	5 (13.5)	198 (26.7)	203 (26.0)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n=780)

ลักษณะ	เสียชีวิต (n=37)	รอดชีวิต (n=743)	ทั้งหมด (n=780)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับฮีโมโกลบิน (g/dL)	7.84 ± 2.84	8.43 ± 3.15	8.40 ± 3.13
เกล็ดเลือด (10 ³ /UL)	202.86 ± 102.28	213.11 ± 117.88	212.62 ± 117.15
INR	1.97 ± 3.42	1.33 ± 1.30	1.36 ± 1.47
PTT (sec)	34.16 ± 43.06	25.41 ± 9.60	25.82 ± 13.30
BUN (mg/dL)	42.62 ± 27.98	34.01 ± 26.68	34.42 ± 26.79
eGFR (ml/min/1.73 m. ²)	59.94 ± 35.35	78.83 ± 35.58	77.93 ± 35.77
Albumin (g/dL)	2.54 ± 0.75	3.11 ± 0.77	3.09 ± 0.78
AST (IU/mL)	295.41 ± 766.09	84.83 ± 179.83	94.82 ± 244.81
ALT (IU/mL)	83.32 ± 159.89	39.18 ± 51.47	41.72 ± 61.59
Total bilirubin (mg/dL)	2.74 ± 7.26	1.40 ± 2.59	1.46 ± 2.98
Scoring systems			
-Rockall Score	3.97 ± 1.97	2.99 ± 1.83	3.03 ± 1.85
-Glasgow Blatchford Score	13.08 ± 2.70	11.15 ± 3.43	11.24 ± 3.42

ตารางที่ 4 ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน (n=780)

ลักษณะ	เสียชีวิต (n=37)	รอดชีวิต (n=743)	ทั้งหมด (n=780)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Blood transfusion			
-Pack red cell	34 (91.9)	536 (72.1)	570 (73.1)
-Fresh frozen plasma	16 (43.2)	78 (10.5)	94 (11.1)
-Platelets	7 (18.9)	23 (3.1)	30 (3.8)
Medication			
-Intravenous bolus PPI	26 (70.3)	576 (77.5)	602 (77.2)
-Intravenous continue drip PPI	26 (70.3)	351 (47.2)	377 (48.3)
-Sandostatin	15 (40.5)	136 (18.3)	151 (19.4)
Esophageal ulcer	2 (5.4)	66 (8.9)	68 (8.7)
Gastric ulcer	12 (32.4)	258 (34.7)	270 (34.6)
-Clean base	6 (16.2)	170 (22.9)	176 (22.6)
-Pigmented spot	1 (2.7)	12 (1.62)	13 (1.7)
-Adherent clot	1 (2.7)	6 (0.8)	7 (1)
-Non bleeding visible vessel	2 (5.4)	26 (3.5)	28 (3.6)
-Bleeding visible vessel	0 (0.0)	5 (0.7)	5 (0.6)
Duodenal ulcer	7 (18.9)	163 (21.9)	170 (21.8)
-Clean base	4 (10.8)	104 (14.0)	108 (13.9)
-Pigmented spot	0 (0.0)	6 (0.8)	6 (0.8)
-Adherent clot	0 (0.0)	3 (0.4)	3 (0.4)
-Non bleeding visible vessel	1 (2.7)	6 (0.8)	7 (0.9)
-Bleeding visible vessel	0 (0.0)	3 (0.4)	3 (0.4)
Variceal bleeding			
-EV	11 (29.7)	150 (20.2)	161 (20.6)
-GV	2 (5.4)	19 (2.6)	21 (2.7)
-EV+GV	1 (2.7)	8 (1.1)	9 (1.2)
-PHG	1 (2.7)	30 (4.0)	31 (4.0)

ตารางที่ 4 (ต่อ) ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน (n=780)

ลักษณะ	เสียชีวิต (n=37)	รอดชีวิต (n=743)	ทั้งหมด (n=780)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Others (ราย)			
-Mallory-Weiss syndrome	0 (0.0)	22 (3.0)	22 (2.8)
-CA esophagus	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
-CA stomach	1 (2.7)	7 (0.9)	8 (1)
-CA duodenum	1 (2.7)	1 (0.1)	2 (0.3)
Clo test positive	15 (40.5)	418 (56.3)	433 (55.5)
Diagnostic EGD	32 (86.5)	680 (91.5)	712 (91.3)
Endoscopic therapy for peptic ulcer bleeding	5 (13.5)	33 (4.4)	38 (4.9)
Endoscopic therapy for variceal bleeding	2 (5.4)	40 (5.4)	42 (5.4)
Hospital stay (วัน)	9.2 ± 9.5	5.0 ± 4.0	5.2 ± 4.5
Rebleeding within 48 hours	3 (8.1)	4 (0.5)	7 (0.9)
Rebleeding within 30 days	1 (2.7)	29 (3.9)	30 (3.9)
Complications	3 (8.1)	1 (0.1)	4 (0.5)
In hospital mortality	22 (59.5)	1 (0.1)	23 (3.0)
Surgery or intervention	0 (0.0)	2 (0.3)	2 (0.3)

ตารางที่ 5 ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (n=780)

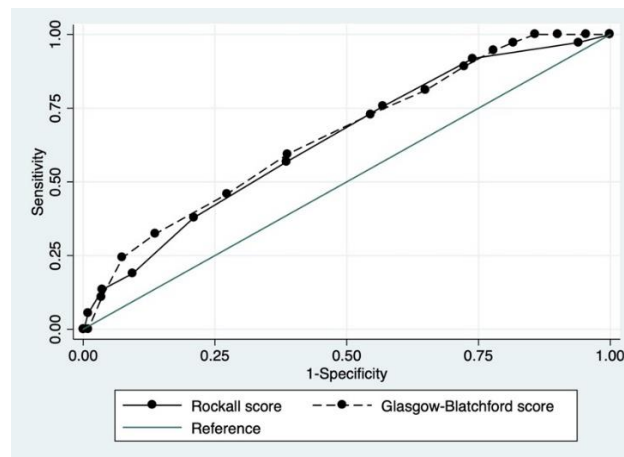
ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Cruded OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อายุ > 60 ปี	1.59 (0.82-3.10)	0.17		
เพศชาย	0.43 (0.22-0.86)	0.02*	0.38 (0.15-0.94)	0.04*
โรคเบาหวาน	2.12 (1.06-4.20)	0.03*	1.56 (0.62-3.93)	0.34
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2.76 (1.16-6.55)	0.02*	3.13 (1.00-9.79)	0.05
โรคตับแข็ง	2.84 (1.46-5.55)	<0.01*	3.40 (1.32-8.81)	0.01*
ยาสเตียรอยด์	5.55 (2.25-13.64)	<0.01*	6.24 (1.85-21.09)	<0.01*
ระดับฮีโมโกลบิน < 8.0 g/dL	1.23 (0.64-2.40)	0.53		
เกล็ดเลือด < 150,000 UL	1.42 (0.57-2.28)	0.71		
INR > 1.5	2.36(1.08-5.17)	0.03*	0.11 (0.02-0.56)	<0.01*
PTT > 35 sec	4.00 (1.66-9.64)	<0.01*	4.84 (1.16-20.15)	0.03*

ตารางที่ 5 (ต่อ) ปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (n=780)

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Cruded OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
eGFR < 60 mL/min/1.73 m. ²	2.67 (1.38-5.20)	<0.01*	1.57 (0.67-3.68)	0.30
Albumin < 3.0 g/dL	3.28 (1.60-6.74)	<0.01*	1.29 (0.51-3.24)	0.59
AST > 5 เท่า UNL	3.14 (1.42-6.92)	<0.01*	5.85 (1.78-19.25)	<0.01*
ALT > 5 เท่า UNL	4.59 (1.26-16.75)	0.02*	1.20 (0.18-7.89)	0.85
TB > 2 mg/dL	1.83 (0.84-3.98)	0.13		
Pack red cells	4.38 (1.33-14.41)	0.02*	2.81 (0.66-12.01)	0.16
Complications	65.47 (6.64-645.95)	<0.01*	136.60 (5.63-3,314.82)	<0.01*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

รูปภาพที่ 1 จากการวิเคราะห์แบบ ROC analysis เพื่อศึกษาถึงความสามารถของระบบการให้คะแนนของ Rockall และ Glasgow Blatchford Score ในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจุบันพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นคิดเป็นร้อยละ 4.7 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่พบอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 10.0 (Palmer K et al.,2012; Balaban DV et al.,2014; Matei D et al.,2013) และการศึกษาในประเทศไทยชนิดสหสถาบันที่พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารร้อยละ 9.0 (Thirada T et al., 2016) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 400 เตียง ในขณะที่การศึกษาอื่นๆทำที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความซับซ้อนและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่า นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารที่ได้รับการส่องกล้อง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากแผลเปปติกและเส้นเลือดดำโป่งพองร้อยละ 55.0 และ 28.5 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10.0 ที่ได้รับการส่องกล้อง endoscopic therapy แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง

ต่ำ (Low risk UGIB) และเมื่อเปรียบเทียบระบบการให้คะแนน Rockall Score และ Glasgow Blatchford Score โดย ROC analysis พบว่า AUROC ของทั้งสองระบบมีความสามารถในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ระดับปานกลางและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้ (Thanapirom K et al.,2016) ที่พบว่า Glasgow Blatchford Score สามารถทำนายโอกาสที่พบแผลที่มีความเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้องได้ดีที่สุด ขณะที่ Rockall Score สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเลือดออกซ้ำได้ดีที่สุด

สำหรับปัจจัยในการทำนายอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในโรงพยาบาลหนองคาย ได้แก่ โรคตับแข็ง ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศชายและเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มาด้วยเลือดออกทางเดินอาหารสูงขึ้น โดยอธิบายได้จากหลายสาเหตุ เช่น การเสียเลือดปริมาณมากจากเส้นเลือดดำโป่งพองแตก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด acute decompensated cirrhosis หรือ acute on-chronic liver failure (ACLF) (Hong Zhao et al.,2019; Rogalski P et al.,2022) ก่อให้เกิดอวัยวะต่างๆล้มเหลว เพิ่มโอกาสการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ส่วนค่า INR และ PTT ที่สูงผิดปกติ มีผลโดยตรงต่อการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเลือดออกง่ายผิดปกติ ปริมาณมาก และหยุดยาก (bleeding tendency) และเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็ง เช่นเดียวกับระดับ AST ที่สูงผิดปกติ ที่พบในภาวะ ischemic hepatitis (Carla Senosiain L et al.,2016) alcoholic hepatitis และโรคตับแข็ง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Sigrid Narum และคณะ (Narum S et al.,2014) พบว่ายาแอสเตียรอยด์มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากทำให้เกิดผลในกระเพาะอาหารและกระเพาะอาหารทะลุมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสเตียรอยด์เสียชีวิตมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจุบัน ส่วนปัจจัยอื่นๆได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk UGIB) โรคประจำตัวที่พบบ่อยเป็นโรคตับแข็ง ได้รับการส่องกล้อง endoscopic therapy หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมด้วยได้บ่อย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนต่างๆได้ ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ ประกอบกับมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และเป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลหนองคายเพียงสถาบันเดียว ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆที่มีลักษณะแตกต่างจากโรงพยาบาลหนองคายได้

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าและแบบสหสถาบัน (prospective cohort study and multicenter study) เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกวนบางส่วนได้ ครอบคลุมผู้ป่วยที่หลากหลายเพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่างๆหรือระดับประเทศได้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีปัจจัยต่างๆได้แก่ เพศชาย, โรคตับแข็ง, การใช้ยาแอสเตียรอยด์, INR มากกว่า 1.5, PTT มากกว่า 35 วินาที, AST มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติ, ระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน, มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรได้รับการตรวจ

ติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. van Leerdam ME. (2008). Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 22:209-24.
2. van Leerdam ME, Vreeburg EM, Rauws EA, Geraedts AA, Tijssen JG, Reitsma JB, et al. Acute upper GI bleeding: did anything change? (2003). Time trend analysis of incidence and outcome of acute upper GI bleeding between 1993/1994 and 2000. *Am J Gastroenterol.* 98:1494-9.
3. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC, and the steering committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. (1996). Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut.* 38:316-21
4. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet.* 356:1318-21.
5. Das A, Wong RC. (2004) Prediction of outcome of acute GI hemorrhage: a review of risk scores and predictive models. *Gastrointest Endosc.* 60:85-93.
6. Stanley AJ. (2012). Update on risk scoring systems for patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *World J Gastroenterol.* 18:2739-44.
7. Camellini L, Merighi A, Pagnini C, Azzolini F, Guazzetti S, Scarcelli A, et al. (2004). Comparison of three different risk scoring systems in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis.* 36:271-7.
8. Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, Rauws EA, Bartelsman JF, Meulen JH, et al. (1999). Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut.* 44:331
9. Enns RA, Gagnon YM, Barkun AN, Armstrong D, Gregor JC, Fedorak RN. (2006). Validation of the Rockall scoring system for outcomes from non-variceal upper gastrointestinal bleeding in Canadian setting. *World J Gastroenterol.* 12:7779-85.
10. Church NI, Dallal HJ, Masson J, Mowat NA, Johnson DA, Radin E, et al. (2006). Validity of the Rockall scoring system after endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective cohort study. *Gastrointest Endosc.* 63:606-12.
11. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, Ngu JH, Schultz M, Abazi R, et al. (2017). Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicenter prospective study. *BMJ. (Clinical research ed).* Jan 4;356: i6432.
12. Marmo R, Koch M, Cipolletta L, Capurso L, Pera A, Bianco MA, et al. (2008). Predictive factors of mortality from non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage: a multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 103: 1639-47.

13. Palmer K, Atkinson S, Donnelly M, Forbes-Young R, Gomez C, Greer D, Halligan K, Hauser M, McPherson S, McCord M, et al. (2012). Acute upper gastrointestinal bleeding: management. UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
14. Balaban DV, Strambu V, Florea BG, Cazan AR, Bratucu M, Jinga M. (2014). Predictors for in-hospital mortality and need for clinical intervention in upper GI bleeding: a 5-year observational study. *Chirurgia (Bucharest, Romania)*: 1990) 109(1):48–54.
15. Matei D, Groza I, Furnea B, Puie L, Levi C, Chiru A, Cruciat C, Mester G, Vesa SC, Tantau M. (2013). Predictors of variceal or nonvariceal source of upper gastrointestinal bleeding. An etiology predictive score established and validated in a tertiary referral center. *Journal of gastrointestinal and liver diseases: JGLD*. 22(4):379–384.
16. Thirada T, Kessarin T, Wiriyaorn R, Rungsun R, Rattikorn T, Phadet N, Chatchawan W, Somchai L, Padet V, Comson L, Swangphong P, Thawee R, Piyathida H, Bubpha P, Varocha M, Sombat T. (2016). Factors predicting mortality of elderly patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Asian Biomedicine* 10(2):115-122.
17. Thanapirom K, Ridditid W, Rerknimitr R, et al. (2016). Prospective comparison of three risk scoring systems in non-variceal and variceal upper gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol*. Apr;31(4):761-7.
18. Hong Zhao, Ruihong Zhao, Jianhua Hu, Xuan Zhang, Jianke Ma, Yemin Shi, Weihang Ma, Jifang Sheng, Lanjuan Li. (2019). Upper gastrointestinal hemorrhage in acute-on-chronic liver failure: prevalence, characteristics, and impact on prognosis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. Mar;13(3):263-269.
19. Rogalski P, Zaborowska M, Mazur M, et al. (2022). Gastrointestinal hemorrhage as an acute-on-chronic liver failure trigger in cirrhotic patients. *Adv Clin Exp Med*. 31(8):863–871.
20. Carla Senosiain L, Julia Arribas A, Victor Moreira V, et al. (2016). Acute liver ischaemia after gastro-oesophageal variceal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 39(9):590-596.
21. Narum S, Westergren T, Klemp M. (2014). Corticosteroids and risk of gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 4: e004587.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี

จิราพร ทองแผ่*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 80 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภотаวัง จังหวัดลพบุรี และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ได้รับการบริการด้านสุขภาพการรักษาตามปกติ ดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวม และรายด้านได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้ำตาลในเลือด Hb A1c ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพตลาดแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
Corresponding author: จิราพร ทองแผ่ Email.com: jirapon9203@gmail.com

**Effects a Program to Promote Self-Management of Patients with Type 2 Diabetes
Uncontrol Blood Sugar Levels in Pho Talat Kao Subdistrict,
Tha Wung District, Lopburi Province**

Jirapon Tongpae*

Abstract

Diabetic patients in the Phothalad Kaew Subdistrict, Tha Wung District, Lopburi Province, have failed to control their blood sugar levels within the target set by the Ministry of Public Health, resulting in complications. This quasi-experimental research aimed to examine the effects a program to promote self-management of patients with type 2 diabetes uncontrol blood sugar levels in Pho Talat Kao Subdistrict, Tha Wung District, Lopburi Province. The sample consisted of 80 Type 2 diabetes patients who could not control their blood sugar levels. They were divided into an experimental group of 40 people, who received the self-management promotion program for Type 2 diabetic patients in Phothalad Kaew Subdistrict, Tha Wung District, Lopburi Province, and a comparison group of 40 people, who received standard healthcare services. The experiment was conducted over eight weeks, and the mean scores between the experimental and comparison groups before and after the experiment were compared using the t-test statistic. The research findings showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in overall self-management behaviors, including diet, exercise, medication adherence, and emotional management, compared to both their pre-intervention scores and the comparison group (p-value < 0.001). The mean blood sugar levels, indicated by HbA1c, were significantly lower than before the intervention and compared to the comparison group (p-value < 0.001). Therefore, this program can be adapted for use in other communities with Type 2 diabetes patients who are unable to control their blood sugar, to improve diabetes management efficiency in communities.

Keywords: Type 2 diabetes, blood sugar control, self-management promotion program"

*Public Health Technical Officer, Professional Level, Pho Talat Kao Subdistrict Health Promoting Hospital, Lopburi Provincial Public Health Office

Corresponding author: Jirapon Tongpae Email.com: jirapon9203@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าในปี พ.ศ. 2572 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคน (WHO, 2021) ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation Diabetes Atlas) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588 ตามลำดับ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดอารมณ์ และการรับประทานยา (สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2566) ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3.17, 3.32 และ 3.48 ล้านคนตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 29.33, 30.41 และ 31.57 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 40) (Health Data Center, 2567) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปล่อยให้มีระดับน้ำตาลสูงเป็นเวลานาน ส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อน (American Diabetes Association, 2019) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทสำหรับความรู้สึกและการไหลเวียนเลือดที่เท้า ลดลงพบในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ภาวะแทรกซ้อนที่ตาร้อยละ 23.09 ไตร้อยละ 25.09 เท้าร้อยละ 17.13 หัวใจร้อยละ 10.21 และสมองร้อยละ 10.12 ของผู้ป่วยเบาหวาน (นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุเวช, 2558) ซึ่งสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด

ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอกำแพง จังหวัดลพบุรี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 404 คน, 417 คน และ 434 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จำนวน 24 คน, 29 คน และ 37 คนตามลำดับ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 29.70, 31.89 และ 35.48 ในปี พ.ศ. 2567 เมื่อพิจารณารายหมู่บ้านพบว่าเพียง 2 ใน 10 หมู่บ้านที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเกินร้อยละ 40 คือ หมู่ 2 และหมู่ 10 ส่วนหมู่บ้านอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (glycated hemoglobin A1c น้อยกว่าร้อยละ 7) มีน้อยกว่าร้อยละ 40 อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 45.56 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 2.84 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 2.19 และภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 72.74 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (Health Data Center, 2567) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอกำแพง จังหวัดลพบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นแต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่มากกว่าร้อยละ 40

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพตลาดแก้ว ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยได้รับการให้บริการตามแนวทางการดูแลประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประกอบกับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือด และมีการประเมินผลสุขภาพเมื่อครบกำหนดนัดติดตามแต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีแนวโน้มที่ไม่สามารถจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลนารองเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลสูงคือ การบริโภคอาหาร ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็ม และปรุงอาหารด้วย

เครื่องปรุงรสมีส่วนผสมของน้ำตาล ร้อยละ 67.4 2) ผู้ป่วยเบาหวานมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.7 การจัดการอารมณ์ พบว่า ส่วนหนึ่งหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถจัดการอารมณ์และการจัดการความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำงานได้ ร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองโดยสังเกตได้จากปริมาณยาที่เหลือ ร้อยละ 6.7

การจัดการตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) มีความเชื่อว่าประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบในการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม สนับสนุนให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (Kanfer et al., 1996) ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ เน้นการจัดการตนเองในการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะของการเกิดโรคโดยยึดประชาชนและผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามวิถีการดำเนินชีวิตสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายไว้ (ศิริมา ลีละวงศ์ และคณะ, 2564) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาวและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น (ธมกร โพธิ์รุฒ และคณะ, 2563; อติญาณ ศรเกษตริน และคณะ, 2566) จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานแนวโน้มเพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ประกอบกับในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และคณะ (Kanfer et al., 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีการจัดการตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

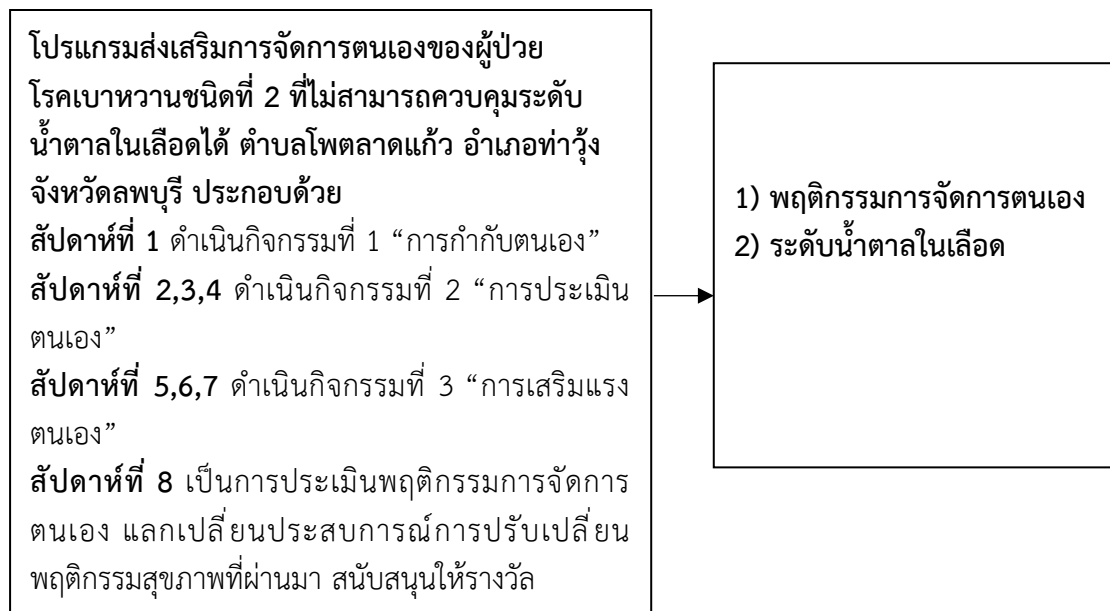
2) เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และคณะ (Kanfer et al., 1996) พบว่าหากผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และคณะ (Kanfer et al., 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี (Health Data Center, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (อิสระจากกัน) Two independent sample คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3 กำหนดขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ, (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ได้ ค่า effect size เท่ากับ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการ

สูญหายจากการติดตาม (Drop out) ร้อยละ 10 (พงเดชเดช สารการ, 2558) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน กำหนดกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพบว่ามีความ glycated hemoglobin A1c : HbA1c มากกว่า 7mg% อาศัยในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอดงหลวง จังหวัดดงหลวง 1 ปี ขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน 1 ชนิดขึ้นไป ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการได้ยินและการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่เคยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาก่อน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) แพทย์เปลี่ยนแปลงชนิดยาที่ใช้ในการรักษาจากชนิดรับประทานเป็นชนิดฉีดอินซูลินหรือเปลี่ยนแปลงขนาดยาเบาหวานชนิดรับประทาน ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดในโครงการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวออกจากการทดลอง

เกณฑ์การพิจารณาพื้นที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและควบคุม การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอดงหลวง จังหวัดดงหลวง มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือเป็นชุมชนชนบท มีจำนวนประชากรค่อนข้างใกล้เคียงกัน จึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ามาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เลือกสุ่มพื้นที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในพื้นที่ตำบลโพตลาดแก้ว จำนวน 2 หมู่บ้าน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพิจารณาจากพื้นที่หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยเบาหวานและสามารถควบคุมได้ดีน้อยกว่าร้อยละ 40 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน เลือกพื้นที่ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้หมู่ 9 เป็นพื้นที่ทดลอง และได้หมู่ 5 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทั้งสองหมู่บ้านนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จนครบจำนวน 40 คน ทั้งในพื้นที่ทดลอง และพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอดงหลวง จังหวัดดงหลวง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การกำกับตนเอง” ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินตนเองเพื่อค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินตนเองเพื่อค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ บันทึกพฤติกรรมและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และให้ความรู้เรื่อง “รู้เท่าทันโรคเบาหวาน” ขั้นตอนการกำกับตนเองโดยใช้แบบบันทึกการจัดการตนเองและฝึกบันทึก และฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายองค์ความรู้เกี่ยวกับความปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลที่จะก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยา การจัดการภาวะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการอบรม ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 “การประเมินตนเอง” ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2,3,4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ประเมินผลการกำกับตนเองในสมุดบันทึก ให้คำปรึกษา ประเมินผล การแก้ไขปัญหา และปรับปรุง แผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที/คน

กิจกรรมที่ 3 “การเสริมแรงตนเอง” ดำเนินสัปดาห์ที่ 5,6,7 เป็นการติดตามให้กำลังใจทาง โทรศัพท์ มีการติดตาม สนับสนุนการจัดการตนเอง และให้กำลังใจทางโทรศัพท์ในการจัดการตนเอง และให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย และวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้สำเร็จ กลุ่มตัวอย่างประเมิน พฤติกรรมตนเองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 15 นาที/คน ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม กิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา สนับสนุนให้รางวัลเป็นใบประกาศเกียรติคุณสำหรับกลุ่มตัวอย่างเมื่อบรรลุเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลหลังการทดลอง และมอบรางวัลแก่ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์สุดท้าย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และโดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ, (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการป่วย โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการ ทบทวนบทความวิจัยหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวน 7 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อ คำถามจนเข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นแบบสอบถามวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการ แสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลใน เลือด ได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์ ด้าน การรับประทานยา จำนวน 30 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถาม ปลายปิดมีมาตราส่วนการประมาณค่า Rating scale มี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 1-5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด glycated hemoglobin A1c : HbA1c

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) ผศ.ดร.นพ.ธีระ กุศลสุข อาจารย์คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล 2) พญ.ประภัสสร วีระประสิทธิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลท่าม่วง 3) นายวุฒิศักดิ์ รักเดช นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี พิจารณาตรวจสอบและ ปรับปรุงคุณภาพทางด้านความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ความสอดคล้องของข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้แบบการตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญ (IOC: index of item

objective congruence) ค่าดัชนีความเห็นพ้องผู้เชี่ยวชาญมีค่าเท่ากับ 6.67-1 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (สุมัทนา กลางคาร และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาพรวมเท่ากับ 0.95 เมื่อจำแนกแต่ละด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.94 ด้านการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.98 ด้านการจัดการอารมณ์ เท่ากับ 0.97 ด้านการรับประทานยา เท่ากับ 0.71

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในตัวตน หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย หลักยุติธรรม โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดำเนินการทดลองเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี เลขที่ โครงการ LBEC7/2567 วันที่ 11 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี พบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.03 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 54.03 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 55.00 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 52.50 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาในจำนวนที่เท่ากัน ร้อยละ 10.00 โดยกลุ่มทดลองมีผู้จบมัธยมศึกษาตอนต้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย คือ ร้อยละ 47.50 และ 55.00 ตามลำดับอาชีพหลักของทั้งสองกลุ่มคือเกษตรกร โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 55.00 และกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 57.50 ผู้ที่สมรสแล้วในกลุ่มทดลองมีร้อยละ 75.00 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 70.00 กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 5.43 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 5.38 ปี จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากในด้านข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		X ² / t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	10	25.00	11	27.50	0.065 ^a	1.000
หญิง	30	75.00	29	72.50		
อายุ						
$\bar{X} \pm S.D.$	55.03 $\pm$ 7.50		54.03 $\pm$ 8.03		0.576 ^b	0.567
ดัชนีมวลกาย						
น้ำหนักน้อย	0	0.00	1	2.50	1.023 ^a	0.796
ปกติ	1	2.50	1	2.50		
น้ำหนักเกิน	17	42.50	17	42.50		
โรคอ้วนระดับ 1	22	55.00	21	52.50		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	4	10.00	4	10.00	1.029 ^a	0.794
ประถมศึกษา	14	35.00	10	25.00		
ม.ตอนต้น/เทียบเท่า	19	47.50	22	55.00		
ม.ปลาย/เทียบเท่า	3	7.50	4	10.00		
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	4	10.00	4	10.00	0.385 ^a	0.943
เกษตรกร	22	55.00	23	57.50		
รับจ้างทั่วไป	6	15.00	7	17.50		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	20.00	6	15.00		
สถานภาพสมรส						
โสด	4	10.00	15.00	15.00	0.469 ^a	0.791
สมรส	30	75.00	70.00	70.00		
หม้าย	6	15.00	15.00	15.00		
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน						
$\bar{X} \pm S.D.$	5.43 $\pm$ 2.51		5.38 $\pm$ 2.55		0.088 ^b	0.930

^a หมายถึง ค่า χ^2 , ^b หมายถึง ค่า t-test *ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 ; Mean Difference: 0.76, 95%CI : 0.65 ถึง 0.87) เมื่อ

จำแนกรายด้านพบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 1.07, 95%CI : 0.90 ถึง 1.24) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 1.07, 95%CI : 0.90 ถึง 1.24) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยามากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 0.81, 95%CI : 0.64 ถึง 0.99) หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการอารมณ์มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 0.30, 95%CI : 0.21 ถึง 0.38) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี ภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมจัดการตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value
ด้านการบริโภคอาหาร						
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	2.98	0.49	1.07	0.90 ถึง 1.24	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	4.05	0.33			
ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	3.06	0.50	1.07	0.91 ถึง 1.23	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	4.13	0.30			
ด้านการรับประทานยา						
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	3.34	0.59	0.81	0.64 ถึง 0.99	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	4.16	0.30			
ด้านการจัดการอารมณ์						
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	4.08	0.28	0.30	0.21 ถึง 0.38	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	4.38	0.21			
โดยรวม						
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	3.55	0.37	0.76	0.65 ถึง 0.87	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	4.31	0.20			

* Paired t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 0.76, 95%CI : 0.62 ถึง 0.90) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการบริโภคอาหาร

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 1.02, 95%CI : 0.82 ถึง 1.22) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 0.96, 95%CI : 0.76 ถึง 1.15) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับประทานยามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: 0.68, 95%CI : 0.48 ถึง 0.87) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการจัดการอารมณ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.006 ; Mean Difference: 0.24, 95%CI : 0.14 ถึง 0.35) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตาลาดแก้ว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี ภายหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หลังการใช้โปรแกรม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value
ด้านการบริโภคอาหาร						
กลุ่มทดลอง	40	4.05	0.33	1.02	0.82 ถึง 1.22	$<0.001^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	3.03	0.55			
ด้านการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	40	4.13	0.30	0.96	0.76 ถึง 1.15	$<0.001^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	3.17	0.55			
ด้านการรับประทานยา						
กลุ่มทดลอง	40	4.16	0.30	0.68	0.48 ถึง 0.87	$<0.001^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	3.48	0.54			
ด้านการจัดการอารมณ์						
กลุ่มทดลอง	40	4.38	0.21	0.24	0.14 ถึง 0.35	$<0.001^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	4.14	0.26			
โดยรวม						
กลุ่มทดลอง	40	4.31	0.20	0.76	0.62 ถึง 0.90	$<0.001^*$
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	3.55	0.39			

* Independent t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด Hb A1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภายหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 10.24 ± 1.10 mg% หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 9.22 ± 0.84 mg% เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001 ; Mean Difference: - 1.03, 95%CI : -1.19 ถึง -0.86) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

น้ำตาลในเลือด Hb A1c (mg%)	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	40	10.24	1.10	- 1.03	-1.19 ถึง -0.86	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	40	9.22	0.84			

* Paired t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การเปรียบเทียบน้ำตาลในเลือด Hb A1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรม หลังการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 9.22 ± 0.84 mg% กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 10.45 ± 1.20 mg% เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001 ; Mean Difference: -1.23, 95%CI : -1.69 ถึง -0.77) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรม

น้ำตาลในเลือด Hb A1c (mg%)	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง	40	9.22	0.84	-1.23	-1.69 ถึง -0.77	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	10.45	1.20			

* Independent t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และคณะ (Kanfer et al., 1996) หลังการดำเนินการใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวม และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการอารมณ์ มีค่าคะแนนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งพบว่า หลังการดำเนินการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer et al., 1996) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินการในโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือด ในขั้นตอนแรกของโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยได้เน้นให้กลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพกับผู้วิจัยและทำการประเมินตนเองเพื่อค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนให้ติดตามพฤติกรรมของตนเองผ่านการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเห็นภาพชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการติดตามตนเองของแคนเฟอร์ที่มุ่งเน้น

ให้บุคคลรับรู้และติดตามการกระทำของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนต่อมา (สัปดาห์ที่ 2-4) กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการให้คำปรึกษาและปรับปรุงแผนการจัดการตนเองตามสถานการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล การประเมินตนเองนี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความก้าวหน้าและความท้าทายที่เกิดขึ้น ซึ่งตรงกับแนวคิดของแคนเฟอร์ที่กล่าวถึงการประเมินตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องประเมินผลลัพธ์ของการกระทำของตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อปรับปรุงหรือคงพฤติกรรมที่ดีต่อไป ในช่วงสัปดาห์ที่ 5-7 โปรแกรมได้มุ่งเน้นการเสริมแรงตนเองผ่านการให้กำลังใจและสนับสนุนทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยได้ติดตามให้คำปรึกษาและชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การเสริมแรงตนเองนี้มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นและสามารถรักษาพฤติกรรมที่ดีต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมแรงตนเองของแคนเฟอร์ที่เน้นว่าการให้รางวัลหรือการเสริมแรงในทางบวกสามารถช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการคงพฤติกรรมที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา บุตรศรี และคณะ (2564) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในการควบคุมโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงกรกฎ ศฤงคาร และคณะ (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการตนเองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c ลดลงจาก 10.24 ± 1.10 mg% เป็น 9.22 ± 0.84 mg% (Mean Difference: - 1.03) หลังการใช้โปรแกรม ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 9.22 ± 0.84 mg% ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด Hb A1c 10.45 ± 1.20 mg% (Mean Difference: -1.23) แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มทดลองจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ แต่ยังไม่สามารถลดต่ำกว่า 7 mg% ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของโปรแกรมในระยะเวลา 8 สัปดาห์ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อให้สามารถคงพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีและบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นบุญธรรม (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ พบว่า พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ อย่างไรก็ตามในผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากผลการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันที่ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาของโปรแกรมที่ต่างกัน ความเข้มข้นของการติดตามและประเมินผล หรือวิธีการจัดการตนเองที่ใช้ในโปรแกรม ทั้งนี้ การศึกษาในปัจจุบันที่มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ อาจให้เวลาเพียงพอในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผลลัพธ์แตกต่างจากการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะที่ใช้ระยะเวลาเพียง 6 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1) การนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ โดยจากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลโพตลาดแก้ว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี สามารถปรับปรุงพฤติกรรมในการจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวานและลดภาระทางสุขภาพในระดับชุมชน

2) ควรมีการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับบริการสุขภาพที่มีอยู่ โดยนำโปรแกรมบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น การตรวจสอบสุขภาพประจำปีหรือโปรแกรมการดูแลสุขภาพเรื้อรังในชุมชน เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงโปรแกรมและสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง

3) ควรมีการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันมือถือหรือเว็บไซต์ที่ช่วยติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้การติดตามและการให้คำปรึกษาทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และ สุนีย์ ละกะปิ่น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 87–103.
- ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราทร, และ ปรียกมล รัชกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์.
- ธมกร โพธิ์รุท, สุมิตรา พรานพาน, และ กวิสรา สงเคราะห์. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารพยาบาล*, 6(2), 11–20.
- นุชรี อาบสุวรรณ, และ นิตยา พันธุ์เวทย์. (2558). *ประเด็นการรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2557*. thaincd.com/document/hot%20news
- พงเดชเดช สารการ. (2558). *ชีวิตที่ดีพื้นฐานและการวิเคราะห์ข้อมูล: STATA10* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรารณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา, และ ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1), 13–25.
- ศิริมา ลีละวงศ์, ชีพร สติธองกุล, และ ยุธิพรรณ วณิชโยบล. (2564). *รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ. (2566). *Diabetes around the world in 2023*. <https://diabetesatlas.org/>
- อดิยาณ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, และ นงนภัทร รุ่งเนย. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการ ตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), 299–311.
- อ้อมฤทัย มั่นบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 121–132.
- American Diabetes Association. (2019). 16. Diabetes advocacy: Standards of medical care in diabetes—2019. *Diabetes Care*, 42(Supplement_1), S182–S183.
- Health Data Center. (2567). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2566*. <https://hdcservice.moph.go.th/>

Kanfer, R., Ackerman, P. L., & Heggestad, E. D. (1996). Motivational skills & self-regulation for learning: A trait perspective. *Learning and Individual Differences*, 8(3), 185–209.

World Health Organization. (2021). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

จิรวรรณ หัสโรค์*,

โคกิสุดา วิบูลย์พันธุ์, ญฐิตดา วงศาโรจน์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก การให้บริการสุขภาพเบื้องต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก และแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก เป็นการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 เลือกพื้นที่ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ภาควิชา 1 จังหวัดๆ ละ 1 อำเภอๆ ละ 1 ตำบล และพื้นที่สมัครใจในการให้ทีมวิจัยลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ข้อมูลที่ อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ในเดือนกันยายน 2567 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รวมทั้งเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา และนำข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพมารวบรวม ทำความเข้าใจ และจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นตามกรอบแนวคิดการศึกษา และนำเสนอข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.49 ค่า SD. = 0.99 ค่าต่ำสุด 0.00 ค่าสูงสุด 3.00) โดยพบว่า อสม.เชิงรุกที่สามารถรายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.มากที่สุด คือ อสม.ที่มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 23,187 คน คิดเป็นร้อยละ 39.61 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 19,242 คน คิดเป็นร้อยละ 32.87 รวมทั้งระดับประถมศึกษา จำนวน 31,290 คน (ร้อยละ 53.45) ทั้งนี้ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) และสำรวจลูกน้ำยุงลาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพได้ รวมทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. เนื่องจาก อสม.มีความสามารถให้บริการสุขภาพเบื้องต้นได้ ประกอบด้วย วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด แนะนำ 3 อ 2 ส การจัดการลูกน้ำยุงลาย การจัดการขยะชุมชน และต้องการให้ อสม.การประสานส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากหมอ 2 และหมอ 3 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ข้อเสนอแนะทางพัฒนา 1) พัฒนาระบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม.กรมสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพนำเสนอระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ 2) ส่งเสริมศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้ อสม.ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ต่อเนื่อง 3) ส่งเสริม สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นจุดจัดการข้อมูลผลการปฏิบัติงานของ อสม.เพื่อเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม.

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน , อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

*กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ติดต่อ E-mai: ge_haslo@yahoo.com

The study of the performance of proactive village health volunteers

Gerawan Hasaro,

Sophisuda Wiboonphan, Nattida Wongsaroj

Abstract

This research aimed to study the performance of proactive village health volunteers, the provision of primary health care services by proactive village health volunteers, and the guidelines for improving the performance of proactive village health volunteers. The study of the performance of proactive village health volunteers is mixed method research conducted between October 2023 and September 2024. The qualitative study area was selected using a multi-stage sampling method, with 1 province per region, 1 district per region, and 1 sub-district per region, and areas that volunteered for the research team to collect data. The quantitative data used data from the village health volunteers reporting their performance results via the Smart Aor Sor Mor Application in September 2024. The qualitative data used semi-structured interviews, including data collection related to the study issues (annual performance reports, public health operations exchange meetings), and the quantitative and qualitative data were collected, understood, and grouped according to issues according to the study framework. The data was then presented for content analysis and causal linkages of the data. The results of the study found that.

The results of the overall analysis of the performance of proactive village health volunteers At a high level (mean = 2.49, SD = 0.99, minimum 0.00, maximum 3.00), it was found that the proactive VHV who were able to report the form (Aor Sor Mor 1) and screen the health of the elderly, along with surveying mosquito larvae via the Smart Aor Sor Mor Application the most were VHV aged 50-59, totaling 23,187 people, or 39.61 percent, and had been working for 11-20 years, totaling 19,242 people, or 32.87 percent, including primary school students, totaling 31,290 people (53.45 percent). The results of the elderly health screening (9-dimensional regression) and the mosquito larva survey can be analyzed by relevant agencies and used for health surveillance and warning. In addition, pregnant women, the elderly, and the vulnerable groups who cannot help themselves are mostly satisfied with the basic health services provided by VHV because they are capable of providing basic health services, including basic health screening. (measure blood pressure, body mass index, finger prick blood test to find blood sugar level) introduce 3 A 2 S, mosquito larvae management, community waste management and want VHV to coordinate to refer to Doctor 2 and Doctor 3 and related agencies to help the vulnerable group who cannot help themselves.

Suggested development guidelines 1) Develop a VHV performance reporting system using the VHV registration database of the Department of Support and Synthesize to present a geographic information system. 2) Promote the potential and increase the knowledge of VHV that is consistent with the problems of the continuous area. 3) Promote and support the district public health office to be the point of managing the data of VHV performance to link the health issues of the District Quality of Life Development Committee (PHC) and integrate related agencies to develop the potential and increase the knowledge of VHV.

Keywords: work efficiency, proactive village health volunteers

บทนำ

ประเทศไทยได้นำ “การสาธารณสุขมูลฐาน” มาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ตามคำประกาศ Alma – Ata มีการลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ (Charter for Health Development) กับองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2523 เพื่อยืนยันว่าจะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health For All by the year 2000) เริ่มมีการจัดทำแผนงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ในพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) และได้มีการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขบริการสุขภาพให้ครอบคลุม ลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข ด้วยการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้านในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั่นเอง ในปี พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ อสม.ใหม่ทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) พุทธศักราช 2550 เพื่อให้ อสม.มีมาตรฐานสมรรถนะ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงที่วิกฤตการระบาดของโรคไข้หวัดนกไว้ ในปี 2550 อสม.เป็นทุนทางสังคมในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดนก ต่อมาคณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2552 เห็นชอบตามยุทธศาสตร์และแผนงานเสริมสร้างรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม โดยมีโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม.เชิงรุก” เพื่อเพิ่มบทบาทของ อสม. เชิงรุกในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังโรคในชุมชน และเพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบรรดา อสม. โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทน “ค่าป่วยการ” ให้แก่ อสม. ทั่วประเทศ รายละ 600 บาทต่อเดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 ต่อมากรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้พัฒนาระบบการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ ของ อสม.ผ่านระบบ e-Payment เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของ อสม. ทุกคน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 จนถึงปัจจุบัน และคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 เห็นชอบการปรับเพิ่มค่าป่วยการให้กับ อสม. เป็นเดือนละ 1,000 บาท มีผลตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2561 ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2564 ลงมติเห็นชอบตามมติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการประชุมครั้งที่ 3/2563 เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2563 ดังนี้ (1) การถอดรายการเงินอุดหนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกจากรายการเงินอุดหนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และ (2) ให้นำเงินงบประมาณเงินอุดหนุนสำหรับจ่ายค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข และให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เสนอตั้งงบประมาณรายการดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566)

ในช่วงการระบาดโรคโควิด 19 อสม. มีบทบาทสำคัญเคียงข้างบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้จัดทำโครงการค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ฯ เสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในอัตราเดือนละ 500 บาทต่อคน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 จนถึงเดือนกันยายน 2565

สำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน (2566) ได้รายงานการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโครงการค่าตอบแทนเยียวยา ขดเซย และเสี่ยงภัยสำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยการสุ่มตรวจหน่วยบริการสาธารณสุข 12 แห่ง พบว่า ไม่มีรายงานผลการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ขาดความเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลที่ใช้ในการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการอสม. และฐานข้อมูลในการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566 และ ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 ทำให้ลดขั้นตอนการรับรองผลการปฏิบัติงาน อสม.เพื่อเบิกเงินค่าป่วยการโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ในแอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." ส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน แต่พบว่าข้อจำกัดในการตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน อสม. เนื่องจากมี อสม.จำนวนมาก

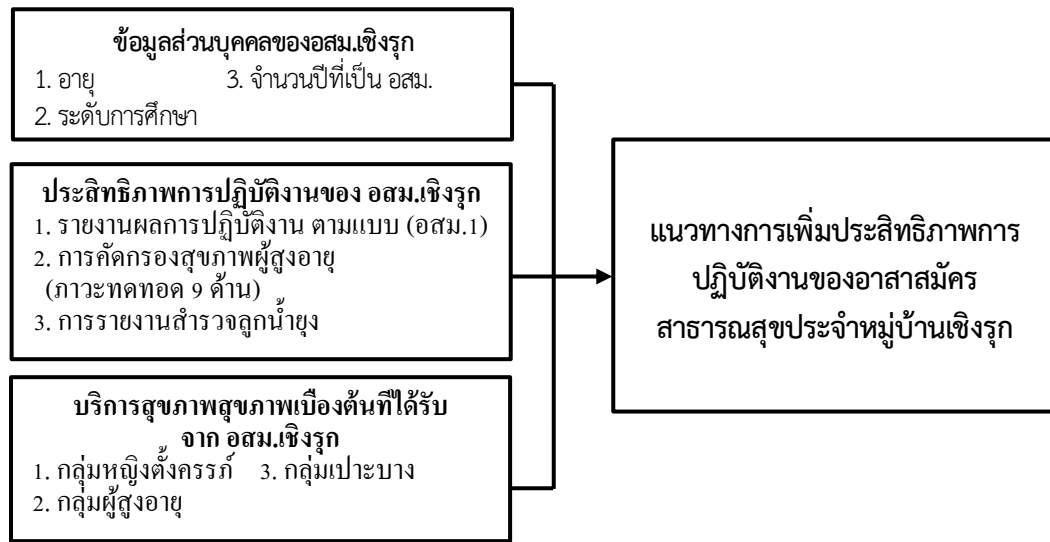
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติงาน รวมทั้งการดูแลสิทธิประโยชน์และสวัสดิการสำหรับ อสม. และจากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขในกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาประกอบการวางแผน และกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก
2. เพื่อศึกษาการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก
3. เพื่อศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

กรอบแนวคิด

ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดประสิทธิภาพของ Peterson and Plowman (1953) อ้างอิงจาก สิริินภา ทา ระนัด (2561) ประกอบด้วย คุณภาพของงาน (Quality) ปริมาณงาน (Quantity) เวลา (Time) และค่าใช้จ่าย (Costs) รวมทั้งนำแนวคิดการประเมินผลเชิงระบบ (Input – Output Model) ของ Katz and Kahn, 1978 อ้างถึงในมยุรี บุญริ้ว(2547) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Outputs) ตลอดจนประเมินผลต่อเป้าหมาย (Outcomes) และผลกระทบ (Impacts) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม ในมิติด้านบวกและด้านลบ เพื่อให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566 และประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.๑) พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นกรอบแนวคิดการศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก ดังนี้



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก
2. ผู้ศึกษาสามารถนำผลการศึกษามาเสนอต่อผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการวางแผน การกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจ อสม. เชิงรุก ให้มีประสิทธิภาพ
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และผู้สนใจ สามารถนำข้อมูลผลจากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ ได้ออกแบบการวิจัยโดยใช้เป็นแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) มีศึกษา 2 รูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำผลการปฏิบัติงานผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ในเดือนกันยายน 2567 ทุกคน ได้แก่ การรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะทศทศ 9 ด้าน) และการรายงานสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท นครนายก นครราชสีมา และชุมพร
2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสุ่มพื้นที่โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ภาคละ 1 จังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย
 - 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกที่ได้รับคำป่วยการ ตำบลละ 3 คน รวม 12 คน
 - 2.2 ประชาชนที่ อสม.ให้บริการสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน ได้แก่ 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ตำบลละ 2 คน รวม 8 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลละ 5 คน รวม 20 คน และ 3) กลุ่มเปราะบางตำบลละ 2 คน รวม 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) โดยได้เตรียมแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในกลุ่ม 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 3) กลุ่มผู้สูงอายุ และ 4) กลุ่มเปราะบาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากข้อมูลการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ได้แก่ รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และการสำรวจลูกน้ำยุง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ **ความถี่** ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยแบ่งระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกและแปรผลประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก เป็นช่วงคะแนนอิงตามเกณฑ์ ของ Bloom (Bloom, 1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1)ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 1.00 คะแนน แปรผลประสิทธิภาพ ระดับต่ำ 2) ค่าคะแนนระหว่าง 1.01 – 2 คะแนน แปรผลประสิทธิภาพ ระดับปานกลาง และ 3) ค่าคะแนนระหว่าง 2.01 - 3 คะแนน แปรผลประสิทธิภาพ ระดับดี

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มามีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากการนำข้อมูลที่ได้มาจากบุคคลต่างๆ มาเปรียบเทียบกับ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันคือ การสัมภาษณ์ และจากเอกสารรายงาน ทำความเข้าใจกับข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.49 ค่า SD. = 0.99 ค่าต่ำสุด 0.00 ค่าสูงสุด 3.00) โดยพบว่า อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ร่วมกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและสำรวจลูกน้ำยุงลาย จำนวน 58,536 คน คิดเป็นร้อยละ 73.49 รองลงมา อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1)ร่วมกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 3,950 คน คิดเป็นร้อยละ 4.96 โดยพบว่า อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) อย่างเดียว จำนวน 14,553 คน คิดเป็นร้อยละ 18.26 ในส่วนที่ อสม.ไม่สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานผ่านแอปฯ สมาร์ท อสม. จำนวน 2,609 คน คิดเป็นร้อยละ 3.28 ของจำนวน อสม.เชิงรุกทั้งหมด รายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 แสดงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

ระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม.เชิงรุก	จำนวน อสม.เชิงรุก (N = 79,648 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า ≤ 1 คะแนน)	17,162	21.55
ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.01 – 2 คะแนน)	3,950	4.96
ระดับสูง (ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01 – 3.00 คะแนน)	58,536	73.49
ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 2.49 ค่า SD. = 0.99 ค่าต่ำสุด 0.00 ค่าสูงสุด 3.00		

หมายเหตุ ตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล อสม. ในการรายงานผลการปฏิบัติงานในเดือนกันยายน 2567

กับฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. (www.thaiphc.net)

ผลการวิเคราะห์ช่วงอายุของ อสม.เชิงรุกที่รายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ภาพโดยรวม พบว่า ช่วงอายุ ที่รายงานฯ สูงที่สุด ได้แก่ อายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวนทั้งสิ้น 23,187 คน คิดเป็นร้อยละ 39.61 รองลงมา อายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 15,404 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 และช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 10,378 คน คิดเป็นร้อยละ 17.73 ตามลำดับ ทั้งนี้ อสม.ในฐานทะเบียนประวัติ อสม.ไม่ระบุวันเดือนปีเกิด จำนวน 2,314 คน คิดเป็นร้อยละ 3.95 ที่สามารถรายงานรายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม.เชิงรุกที่รายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ภาพโดยรวม พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม.เชิงรุก ที่รายงานฯ สูงที่สุด มีระยะปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 19,242 คน คิดเป็นร้อยละ 32.87 รองลงมา ได้แก่ ระยะปฏิบัติงานต่ำกว่า 10 ปี จำนวน 15,418 คน คิดเป็นร้อยละ 26.32 และระยะปฏิบัติงานระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 13,898 คน คิดเป็นร้อยละ 23.74 ตามลำดับ ทั้งนี้ อสม.ในฐานทะเบียนประวัติ อสม.ที่ไม่ระบุช่วงเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. จำนวน 3,142 คน คิดเป็นร้อยละ 5.37 ที่สามารถรายงานรายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ผลการวิเคราะห์ระดับการศึกษาของ อสม.กับ รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชัน “สมาร์ต อสม.” ภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาของ อสม. เชิงรุก รายงานฯ สูงที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 31,290 คน คิดเป็นร้อยละ 53.45 รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ จำนวน 9,526 คน คิดเป็นร้อยละ 16.27 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 8,520 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 ทั้งนี้ อสม.ในฐานทะเบียนประวัติ อสม.ที่ไม่ระบุระดับการศึกษาของ อสม.เชิงรุก จำนวน 1,593 คน คิดเป็นร้อยละ 2.72 ที่สามารถรายงานแบบ (อสม.1) และคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ รวมกับสำรวจลูกน้ำยุงลาย

บริการสุขภาพสุขภาพเบื้องต้นที่ได้รับจาก อสม.เชิงรุก กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. เนื่องจาก อสม.มีความสามารถให้บริการสุขภาพเบื้องต้นได้ ประกอบด้วย ทัศนคติที่ดี ความตั้งใจ ความอดทน การเอาใจใส่ การให้คำแนะนำ การจัดการลูกน้ำยุงลาย การจัดการขยะชุมชน และต้องการให้ อสม.ประสานส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากหมอ 2 และ หมอ 3 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า “อสม.มาเยี่ยมอาทิตย์ละครั้ง ทัศนคติที่ดี และสอบถามอาการเจ็บป่วย ถ้ามีอาการหนักมีไข้จะประสานกับหมออนามัยทางไลน์ มีครั้งหนึ่งที่ อสม.ประสานขอรถโรงพยาบาลมารับถึงบ้าน เพื่อพาไปโรงพยาบาลในตัวอำเภอ ถ้าไม่ได้ อสม.ก็แยะเลยเพราะอยู่บ้านคนเดียว” นอกจากนี้ญาติที่ดูแลกลุ่มเปราะบางประทับใจ อสม.มาก โดยกล่าวว่า “อสม. มาเยี่ยมบ้านพูดคุยช่วยให้กำลังใจ ช่วยทำความสะอาดบ้าน ทำให้รู้สึกตัวเองไม่โดดเดี่ยวนะ มีคนคอยช่วยเหลืออยู่ไม่ใช่ญาติก็เหมือนกับญาติ”

อภิปรายผล

กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566 และประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านกลาง เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 โดยให้ อสม.จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ในแอปพลิเคชัน "สมาร์ต อสม." ส่งภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน และให้ถือเป็นการรับรองผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองและมีผลผูกพันตามกฎหมาย ทำให้ อสม.ในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ต อสม. เพื่อรับเงินค่าป่วยการ จำนวน 77,039 คน คิดเป็นร้อยละ 96.72 ของจำนวน อสม.เชิงรุก และจากผลการศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก ในภาพรวมทั้ง 4 จังหวัด อยู่ในระดับมาก โดย อสม.สามารถรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ร่วมกับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและสำรวจลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ต อสม. จำนวน 58,536 คน คิดเป็นร้อยละ 73.49 ของจำนวน อสม.เชิงรุก (ตัดความซ้ำซ้อนของข้อมูล อสม.) รวมทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อสม.สามารถคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ(ภาวะถดถอย 9 ด้าน) จำนวน 62,486 คน คิดเป็นร้อยละ 78.45 และสำรวจลูกน้ำยุงลาย จำนวน 72,252 คน คิดเป็นร้อยละ 90.71 ทั้งนี้ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ภาวะถดถอย 9 ด้าน) และสำรวจลูกน้ำยุงลาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ หมวด ๓ ข้อ 27 และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดบทบาทของ อสม. หมอประจำบ้าน ข้อ 3 เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ และข้อ 6 การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชันในการคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับไพบูลย์ อินทมาศ (2562) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า การปฏิบัติงานในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสุทธิ พลรักษา (2564) ทำการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม.สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

การรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.ตามแบบ อสม.(อสม.1) เพื่อรับค่าเงินป่วยการจะพบว่า มีจำนวน อสม.รายงานตามแบบ (อสม.1) มากกว่าการรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ จำนวน 14,553 คน คิดเป็นร้อยละ 18.27 และ การสำรวจลูกน้ำยุงลาย จำนวน 7,396 คน คิดเป็นร้อยละ 9.28 ของจำนวน อสม.เชิงรุก สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร กรอบทอง, พิศมัย จารุจิตติพันธ์ และเกียรติชัย วีระญาณนทร์ (2566) เรื่อง แนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพผลการดำเนินงานของ อสม.ในทีมหมอครอบครัว พบว่า การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย อสม. สามารถเข้าร่วมได้เพียงร้อยละ 39.06 และสุทธิ พลรักษา (2564) ทำการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม.สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ อสม.อย่างต่อเนื่องผ่านระบบ E-learning และฝึกปฏิบัติที่ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.ในลักษณะบัดดี้คู่หูการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. เนื่องจาก อสม.มีความสามารถให้บริการสุขภาพเบื้องต้นได้ อาทิเช่น การวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลใน

เลือด การแนะนำ 3 อ 2 ส การจัดการลูกน้ำยุงลาย การจัดการขยะชุมชน การติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การประสานส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากหมอ 2 และ หมอ 3 แต่ต้องการให้ อสม.ให้บริการเพิ่มเติม คือ การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และการให้บริการวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ภูติพิ เตชาดิวัฒน์ และคณะ (2565) ได้สังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอสม. และ อสส. พบว่า ควรให้ความสำคัญกับบทบาทการเป็นผู้ขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพในชุมชน และผู้สนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองและการเป็นนักบริหาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

นอกจากนี้จากการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. ตามแบบ (อสม.1) ขาดความเชื่อมโยงกับการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.ในด้านอื่น ๆ ทำให้การรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพได้ ดังนั้นควรมีการเชื่อมโยงผลการปฏิบัติงาน อสม.โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม.ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (www.thaiphc.net) เชื่อมโยงการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.ตามแบบ (อสม.1) และนำเสนอผลการปฏิบัติงานในรูปแบบระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ จึงจะทำให้ข้อมูลจากการรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.ไม่ซ้ำซ้อนและใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวังและเตือนภัยสุขภาพได้

จากการข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก ผู้วิจัยขอเสนอแผนภูมิข้อเสนอแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก ดังนี้

ข้อเสนอแนวทางการศึกษาต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาระบบสารสนเทศจากรายงานผลการปฏิบัติงาน อสม.เชิงรุก เพื่อนำไปใช้ในเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพให้กับประชาชน
2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาจุดปฏิบัติการข้อมูลระบบงานสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอ เพื่อนำข้อมูลการปฏิบัติงานจาก อสม.ที่รายงานผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. นำไปใช้ในเฝ้าระวังเตือนภัยสุขภาพให้กับประชาชน และเชื่อมประเด็นสุขภาพกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
3. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ให้สามารถเป็นสถานที่ทำงานให้กับองค์การ อสม.ในระดับพื้นที่ รวมทั้งเป็นจุดนัดหมายประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน



แผนภูมิแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก

เอกสารอ้างอิง

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2566 เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติงาน และรับรองผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งที่ 2 /2566 ในวันพุธที่ 1 มิถุนายน 2566. นนทบุรี : กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ภูติท เตชาดิวัฒน์ และคณะ. (2563). การสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. นครปฐม : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี บุญริ้ว. (2547). การประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรธุรกิจชุมชนด้านโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ กรณีศึกษากลุ่มหัตถกรรมเครื่องปั้นดินเผาตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- สำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน. (2566). รายงานการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโครงการค่าตอบแทน เยี่ยมเยียว ชดเชย และเลี้ยงภัยสำหรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรุงเทพฯ: สำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน
- สิรินภา ทาระนัด. (2561). การศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของข้าราชการส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
- สุทธิ พลรักษา. (2564). ทำการศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น.วารสารการสาธารณสุขชุมชน, 3(1), 101-112.
- อัมพร กรอบทอง, พิศมัย จารุจิตติพันธ์ และเกียรติชัย วีระญาณนนท์. (2566). แนวทางการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม, 7(6), 250-261.
- Bloom, Benjamin S.,et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

ภัทรพร ชูศรี*

กัญญารัตน์ สร้อยมาลัย**

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (pretest posttest quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเหมาะสมกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นประชากรในอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 63 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และกราฟประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 2 – 5 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบ Paired t-test และ Independent t-test โดยการนำเสนอด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบ น้ำหนักและส่วนสูงของเด็กในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0003 และ P-value < 0.0001) การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบส่วนสูงในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) แต่ไม่พบความแตกต่างของน้ำหนักระหว่างกลุ่มทั้งสอง และความรู้ของผู้ดูแลเด็ก 2-5 ปี ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.0001) โดยความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0035) ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงภาวะโภชนาการและความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก โดยควรมีการขยายผลการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ในด้านอื่นๆ รวมถึงการขยายโปรแกรมให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น และการพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลเด็กในแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดผลยั่งยืนต่อไป.

คำสำคัญ : ภาวะทุพโภชนาการ, เขตสุขภาพที่ 8, ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก

*นักโภชนาการชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี/Phattraporn.ch@kkumail.com

**นักโภชนาการปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี/kanyarat_so@kkumail.com

The effect of nutrition promotion program for children aged 2-5 years with malnutrition in Health Region 8

Phattraporn Choosorn*

Kunyarat soymalai**

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design comparing two groups. The experimental group received a nutrition promotion program for children aged 2-5 years with malnutrition, which was developed by the researcher to fit the local context and cater to caregivers who are grandparents or elderly people. The study was conducted in Kusuman District, Sakon Nakhon Province, from November 2021 to November 2022. The sample consisted of 63 participants from Kusuman District, divided into an experimental group of 31 and a comparison group of 32, selected through simple random sampling. Data collection was performed using questionnaires, weight measurement, height measurement, and nutrition status charts for children aged 2-5 years. The data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, Paired t-test, and Independent t-test, with the significance level set at 0.05. The results showed that the weight and height of children in the experimental group changed significantly (P-value = 0.0003 for weight, P-value < 0.0001 for height). When comparing the nutritional status between the experimental and comparison groups, it was found that the experimental group had a significant increase in height (P-value < 0.05), but no significant difference in weight. Additionally, the knowledge of caregivers in the experimental group significantly improved (P-value < 0.0001), and the nutrition knowledge of caregivers in the experimental group was significantly higher than that of the comparison group (P-value = 0.0035).

Recommendations The findings indicate the effectiveness of the program in improving both the nutritional status of children and the nutrition knowledge of caregivers. It is recommended that the program be extended for long-term studies to evaluate its impact on other areas. Furthermore, the program should be expanded to cover a wider area and target population, with the curriculum developed to suit the specific needs of caregivers in different regions to ensure sustainable results.

Keyword : Malnutrition, Health Region 8, Child caretakers

*Nutritionist, Professional Level/Health Promotion Center 8 Udon thani

**Nutritionist, Practitioner Level/Health Promotion Center 8 Udon thani

บทนำ

อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต สุขภาพ การเจริญเติบโต และการพัฒนาของมนุษย์ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็กช่วง 0-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงวิกฤติของการพัฒนาสมอง การสร้างเซลล์สมอง ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันต้านโรค และอวัยวะภายในของร่างกายให้สมบูรณ์ (สำนักโภชนาการ, 2560) ซึ่งหากช่วงวัยนี้เด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสารอาหารกลุ่มโปรตีนจะส่งผลให้เซลล์สมองไม่สามารถแตกกิ่งก้านออกไปได้ สมองจะหยุดการเจริญเติบโต ส่งผลให้พัฒนาการทางด้านสมองล่าช้า กลายเป็นเด็กปัญญาอ่อน สมองพิการ กระทั่งต่อความสามารถตามขั้นพัฒนาการของเด็กทั้ง 4 ด้าน (ศิริวรรณ ทุมเอื้อ, 2550) การส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยจึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า แต่สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ ปัจจุบันทารกและเด็กในประเทศไทยยังมีปัญหาทุพโภชนาการ ทั้งการขาดสารอาหารและการได้รับสารอาหารเกิน ที่มีผลมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมทำให้เด็กไทยไม่สามารถเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางสมองได้ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ปัญหาโภชนาการในวัยเด็กยังนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนที่อันตรายและสิ้นเปลืองค่ารักษาในอนาคต เช่น โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

จากสถานการณ์ทั่วโลก ในปี ค.ศ.2018 ปัญหาทุพโภชนาการ ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบ 52 ล้านคนประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการจากการผอมเกินไป (wasting) 17 ล้านคน มีภาวะทุพโภชนาการจากการผอมมาก (severe wasting) 155 ล้านคนมีภาวะเตี้ย (stunting) และ 41 ล้านคนมีภาวะน้ำหนักเกิน (overweigh) (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทยจากรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการเด็ก 0 - 5 ปี ในโปรแกรม HDC ปี 2562 – 2564 พบว่าเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.79, 58.81 และ 61.32 เตี้ย ร้อยละ 16.26, 10.78 และ 10.89 อ้วน ร้อยละ 11.45, 9.50 และ 11.45 ผอม ร้อยละ 6.73, 5.83 และ 6.73 ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กชาย 107.95, 109.11 และ 108.50 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กหญิง 107.32, 108.50 และ 107.95 เซนติเมตร และข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 พบเด็ก 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 55.61, 57.86 และ 60.74 เตี้ย ร้อยละ 18.03, 17.56 และ 10.14 อ้วน ร้อยละ 10.55, 10.25 และ 8.50 ผอม ร้อยละ 16.57, 17.39 และ 6.03 ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กชาย 107.93, 109.13 และ 108.44 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กหญิง 107.23, 108.62 และ 107.97 เซนติเมตร จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีปัญหาทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา ปัจจัยด้านเด็ก ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มาจากการเล่นดู โดยเฉพาะการเล่นดูโดย ปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้สูงอายุ (ศักรินทร์ สุวรรณเวช, 2019) เมื่อมีการศึกษาสถานการณ์และความจำเป็นของปู่ย่าตายาย กับการเลี้ยงดูเด็กเล็กในวิถีไทยอีสาน พบว่าปู่ ย่า ตา ยายเลือกอาหารให้เด็กรับประทานตามความเคยชินมากกว่าการอิงหลักวิชาการ และการใช้กราฟประเมินการเจริญเติบโตยังไม่แพร่หลาย อาจทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (รมิตา ทองฉิม และคณะ, 2564) หากผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีการเข้าถึงสื่อความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และบริบทของผู้เลี้ยงดู จะทำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับเด็กในช่วงวัยนี้ ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาดูโภชนาการในเด็กได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการของเด็กปฐมวัยและการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในเขตสุขภาพที่ 8 โดยมีการประยุกต์ใช้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 8

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

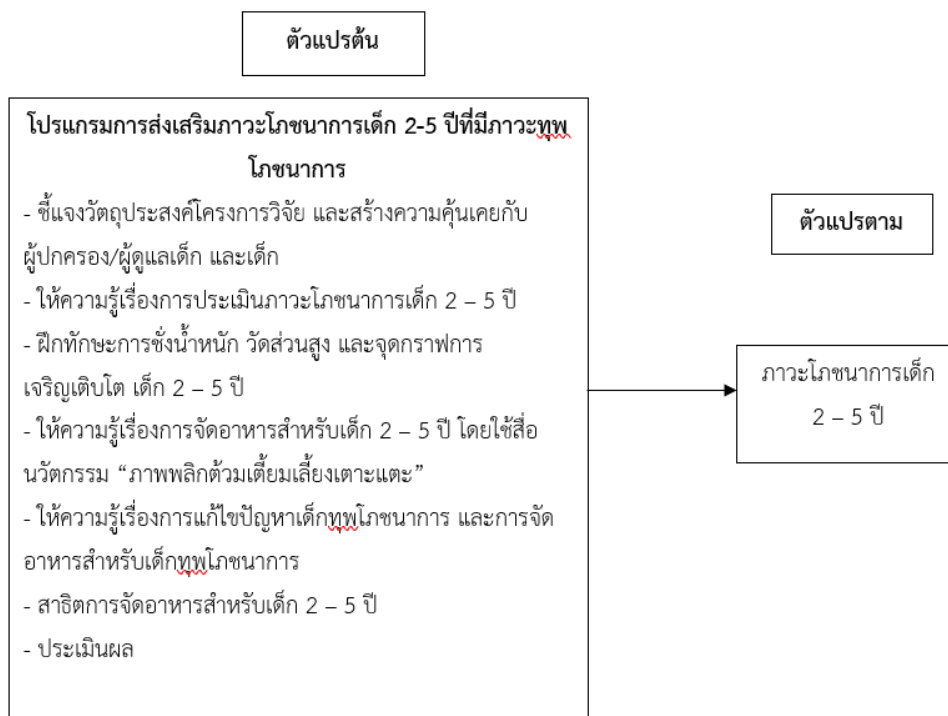
วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ผู้ดูแลเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ผู้ดูแลเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ขึ้น เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (pretest posttest quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบผสมผสานทั้งแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) สำหรับการพัฒนาชุมชน และทฤษฎี KAP (Knowledge, Attitudes, Practices) โดยมีการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (pretest posttest quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเหมาะสมกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้สูงอายุ

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง (Populations/Samples)

ศึกษาในประชากรเด็ก 2 - 5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้

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

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 งานวิจัยนี้ = 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าคงที่ของพลังงานอำนาจการทดสอบ (1.28 สำหรับ power = 0.9)

σ = 2 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

Δ = 0.723

ดังนั้นเมื่อแทนค่าตามสูตร $n = 30$ กำหนดค่า Non-response rate ร้อยละ 10 คิดเป็น 3 คน ดังนั้นจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (n) = 33 คนต่อกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. เด็ก 2-5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลอุมจานและตำบลกุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปในวันที่ตอบแบบสัมภาษณ์
2. ผู้ดูแลหลักของเด็ก 2-5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการ และผู้ดูแลต้องเลี้ยงดูเด็กมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และสามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้
3. สนใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้พิการทางร่างกาย พิการทางสมองและสติปัญญา พิการทางจิต ผู้ต้องขัง รวมถึงผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์ได้
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลอุมจานและตำบล กุสุมาลย์ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร น้อยกว่า 6 เดือน ในวันที่ตอบแบบสัมภาษณ์
3. ไม่เป็นผู้ปกครองหลักของเด็ก 2-5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการ และเลี้ยงดูเด็กต่ำกว่า 6 เดือน
4. เด็กที่ไม่อยู่ในช่วงอายุ 2-5 ปี
5. เด็กที่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ
6. ไม่สนใจและไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

หลักเกณฑ์การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ดูแลเด็กและเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2 - 5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการจากการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจำนวน 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 จับฉลากเลือกจังหวัดได้จังหวัดสกลนคร

ครั้งที่ 2 จับฉลากเลือกอำเภอได้อำเภออุทุมมลาย

ครั้งที่ 3 จับฉลากเลือกกลุ่มทดลองได้ตำบลอุมจาน

ครั้งที่ 4 จับฉลากเลือกกลุ่มเปรียบเทียบได้ตำบลอุทุมมลาย

โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุ 2 - 5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการในพื้นที่ตำบลอุมจานและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ดูแลเด็กและเด็กอายุ 2 - 5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการในพื้นที่ตำบลอุทุมมลาย การศึกษาวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้ Power and Sample size program กำหนดให้มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power analysis) 0.9 ได้จำนวนขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดขึ้น (Dropped out) ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ รวมทั้งสิ้น 33 คนต่อกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Research instrument)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการขึ้นโดยการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีแบบผสมผสานทั้งแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) สำหรับการพัฒนาชุมชน และทฤษฎี KAP (Knowledge, Attitudes, Practices) นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยยังได้มีการพัฒนาเครื่องมือ นวัตกรรมสื่อ “ภาพพลิกตัวมดแมลงเต่าทอง” ที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้ในการสื่อสารกับผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้สูงอายุ และมีการใช้ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง กราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอ้างอิงตามแบบทฤษฎี KAP เป็นเครื่องมือในการวัดและประเมินผล ดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีรายละเอียด ดังนี้

- 1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และเด็ก
 - 1.2 ให้ความรู้เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 2 - 5 ปี
 - 1.3 ฝึกทักษะการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และจุดกราฟการเจริญเติบโต เด็ก 2 - 5 ปี
 - 1.4 ให้ความรู้เรื่องการจัดอาหารสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี โดยใช้สื่อ นวัตกรรม “ภาพพลิกตัวมดแมลงเต่าทอง”
 - 1.5 ให้ความรู้เรื่องการแก้ไขปัญหาเด็กทุพโภชนาการ และการจัดอาหารสำหรับเด็ก ทุพโภชนาการ
 - 1.6 สาธิตการจัดอาหารสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี
 - 1.7 ประเมินผล
 2. นวัตกรรมสื่อ “ภาพพลิกตัวมดแมลงเต่าทอง”
 3. เครื่องมือในการวัดและประเมินผล
 - 3.1 เครื่องชั่งน้ำหนักที่ได้มาตรฐาน งานวิจัยนี้ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล
- ความละเอียด ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

3.2 เครื่องมือวัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐาน งานวิจัยนี้ใช้ที่วัดส่วนสูงที่มีตัวเลขชัดเจน และเรียงต่อกัน โดยมีสเกลบอกค่าความละเอียด 0.1 เซนติเมตร

3.3 กราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี ได้แก่ กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ กราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แบ่งเพศชาย และเพศหญิง

3.4 แบบสอบถาม พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กอายุ 2-5 ปีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 11 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ โดยมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) และแบ่งระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีการวัดของลิเคิล (Likert scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ตัวเลือก คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

มาก 3 คะแนน 1 คะแนน

ปานกลาง 2 คะแนน 2 คะแนน

น้อย 1 คะแนน 3 คะแนน

แบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best, 1977

$$I = \frac{\text{คะแนนสูงสุด (3)} - \text{คะแนนต่ำสุด (1)}}{\text{จำนวนระดับ (3)}}$$

$$I = 0.66$$

1) การรับรู้ระดับมาก คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34–3.00

2) การรับรู้ระดับปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.67–2.33

3) การรับรู้ระดับน้อย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1–1.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์ พร้อมแบบสอบถาม ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย (จริยธรรมเลขที่โครงการ 058 รับรอง ณ วันที่ 6 ธ.ค. 2564)

2. จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี ถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่ทำการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลให้กับทีมผู้ช่วยนักวิจัยทราบ

4. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ทำการชั่งน้ำหนัก

ด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วัดส่วนสูงโดยใช้เครื่องวัดส่วนสูงที่ผ่านการทดสอบมาตรฐาน และทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเป็นแบบระหว่างบุคคล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพเด็ก 2-5ปี ความรู้ด้านโภชนาการในการเลี้ยงดูเด็ก 2-5 ปี และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้

สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยการนำเสนอด้วยค่า ค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรม Stata ผลการศึกษา (หรือ) ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มประชากรเด็ก 2 - 5 ปี ในพื้นที่อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร จำนวน 63 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพเด็ก 2 - 5 ปี ความรู้ด้านโภชนาการในการเลี้ยงดูเด็ก 2-5 ปี และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยการนำเสนอด้วยค่า ค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก 2 - 5 ปี
2. ข้อมูลภาวะสุขภาพเด็ก 2 - 5 ปี
3. ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็ก 2 - 5 ปี
4. ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปี
5. ข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
6. ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปีเปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
7. ข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ส่วนสูง เด็ก 2 - 5 ปี และความรู้ด้านโภชนาการผู้ดูแลเด็ก 2-5 ปี เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก 2 - 5 ปี

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน (กลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน) พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 100 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47 ปี มีอายุต่ำที่สุด 31 ปี สูงที่สุด 68 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.65 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.29 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 70.97 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ 6,300 บาท ต่ำสุด 2,000 บาท สูงสุด 60,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.39 เพียงพอต่อการใช้ โดยร้อยละ 93.54 รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด และพบว่าลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวข้ามรุ่น ร้อยละ 45.16 มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 54.84 เคยได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 93.54 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 74.19 และร้อยละ 96.77 ใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพบว่า เข้ารับบริการฉีดวัคซีนมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเข้ารับบริการปรึกษาสุขภาพลูก ร้อยละ 58.06 และตรวจพัฒนาการ ร้อยละ 54.83 ตามลำดับ

ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 มีอายุเฉลี่ย 40 ปี โดยมีอายุต่ำที่สุด 25 ปี สูงที่สุด 67 ปี สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 90.63 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.15 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 81.35 รายได้ของครอบครัว

เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 7,400 บาท ต่ำสุด 2,000 บาท สูงสุด 20,000 บาท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.50 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ซึ่งร้อยละ 93.75 ได้รับเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด และพบว่าลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวสามรุ่น ร้อยละ 43.75 มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 43.75 เคยได้รับคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ 100 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กมากที่สุดจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 68.75 และใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) จากโรงพยาบาลประจำอำเภอมากที่สุด ร้อยละ 87.50 ซึ่งเข้ารับบริการฉีดวัคซีนและตรวจพัฒนาการมากที่สุด คือ ร้อยละ 100

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพเด็ก 2 – 5 ปี

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.52 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 41.19 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 เดือน ต่ำสุด 36 เดือน สูงสุด 56 เดือน ตึมนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 74.19 เริ่มรับประทานอาหารเสริมที่อายุเฉลี่ยประมาณ 5.7 เดือน เริ่มรับประทานอาหารเสริมเร็วที่สุด 3 เดือน และช้าที่สุด 8 เดือนพบฟันผุ ร้อยละ 43.33 โดยมีฟันผุเฉลี่ยประมาณ 5 ซี่ คนที่มีฟันผุมีจำนวนฟันที่ผุน้อยที่สุด 1 ซี่ และมากที่สุด 10 ซี่

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.25 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 เดือน ต่ำสุด 31 เดือน สูงสุด 68 เดือน ตึมนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 62.50 เริ่มรับประทานอาหารเสริมที่อายุเฉลี่ยประมาณ 6 เดือน เริ่มรับประทานอาหารเสริมเร็วที่สุด 1 เดือน และช้าที่สุด 10 เดือนพบฟันผุ ร้อยละ 50 โดยมีฟันผุเฉลี่ยประมาณ 3 ซี่ คนที่มีฟันผุมีจำนวนฟันที่ผุน้อยที่สุด 1 ซี่ และมากที่สุด 12 ซี่

3. ข้อมูลภาวะโภชนาการเด็ก 2-5 ปี

ภาวะโภชนาการในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมมีน้ำหนักเฉลี่ย 13.95 กิโลกรัม ต่ำสุด 10.05 กิโลกรัม สูงสุด 17.8 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 97.94 เซนติเมตร ต่ำสุด 80 เซนติเมตร สูงสุด 106.2 เซนติเมตร เมื่อนำมาประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี พบว่า ร้อยละ 80.64 มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 9.68 น้ำหนักค่อนข้างน้อย และร้อยละ 9.68 น้ำหนักตามเกณฑ์ ประเมินส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เตี้ย ร้อยละ 16.14 ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 19.35 และส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.51 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะผอม ร้อยละ 6.45 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 6.45 สมส่วน ร้อยละ 83.87 และ เริ่มอ้วน ร้อยละ 3.23 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า น้ำหนักเฉลี่ย 14.86 กิโลกรัม ต่ำสุด 11.4 กิโลกรัม สูงสุด 18.6 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 100.59 เซนติเมตร ต่ำสุด 87.2 เซนติเมตร สูงสุด 108.5 เซนติเมตร เมื่อนำมาประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี พบว่า มีน้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 16.13 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.87 เตี้ย ร้อยละ 6.45 ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 9.68 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.87 ประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า ผอม ร้อยละ 9.68 และสมส่วน ร้อยละ 87.10

ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยมีน้ำหนักเฉลี่ย 14.10 กิโลกรัม ต่ำสุด 10 กิโลกรัม สูงสุด 23.9 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 93.68 เซนติเมตร ต่ำสุด 80 เซนติเมตร สูงสุด 104.6 เซนติเมตร เมื่อนำมาประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟการเจริญเติบโตสำหรับเด็ก 2 - 5 ปี พบว่า มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 25 น้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 12.50 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 43.75 น้ำหนักค่อนข้างมาก ร้อยละ 3.15 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 21.88 ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 15.63 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 53.13 ค่อนข้างสูง ร้อยละ 6.25 ส่วนสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 3.13 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะผอม ร้อยละ 3.13 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 13.50 สมส่วน ร้อยละ 75 เริ่มอ้วน

ร้อยละ 3.13 และอ้วน ร้อยละ 6.24 หลังเสร็จสิ้นโครงการ พบว่า น้ำหนักเฉลี่ย 14.23 กิโลกรัม ต่ำสุด 10.1 กิโลกรัม สูงสุด 24.8 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 96.23 เซนติเมตร ต่ำสุด 83 เซนติเมตร สูงสุด 106.8 เซนติเมตร เมื่อนำมาประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า มีน้ำหนักน้อย ร้อยละ 28.13 น้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 21.88 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 34.38 น้ำหนักค่อนข้างมาก ร้อยละ 31.15 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 12.5 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เตี้ย ร้อยละ 9.38 ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 21.88 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.50 ค่อนข้างสูง ร้อยละ 3.13 และส่วนสูงเกินเกณฑ์ ร้อยละ 3.13 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า มีภาวะผอม ร้อยละ 15.63 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 34.38 สมส่วน ร้อยละ 34.38 ท้วม ร้อยละ 3.13 เริ่มอ้วน ร้อยละ 6.25 และอ้วน ร้อยละ 6.25

4. ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปี

จากการศึกษา พบว่าความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.84 ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.48 ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 9.68 ตามลำดับ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.32 และในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าระดับความรู้ก่อนเริ่มโครงการวิจัย ส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง ร้อยละ 78.14 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.75 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.13 หลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย พบว่า ความรู้ที่อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 81.25

5. ข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 13.95 กิโลกรัม (Mean 13.95 S.D.±1.76) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีน้ำหนักเฉลี่ย 14.86 กิโลกรัม (Mean 14.86 S.D.±1.67) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value 0.0003 ส่วนสูงเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ 97.94 เซนติเมตร (Mean 97.94 S.D.±6.26) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีส่วนสูงเฉลี่ย 108.5 เซนติเมตร (Mean 108.5 S.D.±5.25) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.0001

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักและส่วนสูง เปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 14.10 กิโลกรัม (Mean 14.10 S.D.±4.18) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีน้ำหนักเฉลี่ย 14.35 กิโลกรัม (Mean 14.35 S.D.±4.20) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสูงเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย 93.68 เซนติเมตร (Mean 93.68 S.D.±7.16) หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยมีส่วนสูงเฉลี่ย 96.23 เซนติเมตร (Mean 96.23 S.D.±6.79) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.0001

6. ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปี เปรียบเทียบก่อน - หลัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปี กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ 77.71 คะแนน (Mean 77.71 S.D.±13.03) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนน 92.08 คะแนน (Mean 92.80 S.D.±10.94) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <0.0001 ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 84.09 คะแนน (Mean 84.09 S.D.±9.79) หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีค่าเฉลี่ยคะแนน 84.37 คะแนน (Mean 84.37 S.D.±9.02) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ส่วนสูง เด็ก 2 - 5 ปี และความรู้ด้านโภชนาการผู้ดูแลเด็ก 2 - 5 ปี เปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบหลังดำเนินโครงการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ย 14.86 กิโลกรัม (Mean 14.86 S.D. $\pm$ 1.67) กลุ่มเปรียบเทียบ มีน้ำหนักเฉลี่ย 14.35 กิโลกรัม (Mean 14.35 S.D. $\pm$ 4.20) เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าน้ำหนักของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยส่วนสูง หลังดำเนินโครงการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีส่วนสูงเฉลี่ย 108.5 เซนติเมตร (Mean 108.5 S.D. $\pm$ 5.25) ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีส่วนสูงเฉลี่ย 96.23 เซนติเมตร (Mean 96.23 S.D. $\pm$ 6.79) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนสูงของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการผู้ปกครอง หลังดำเนินโครงการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 92.08 คะแนน (Mean 92.80 S.D. $\pm$ 10.94) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนน 84.37 คะแนน (Mean 84.37 S.D. $\pm$ 9.02) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0035

สรุปผลและอภิปราย

ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักและส่วนสูงของเด็กในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0003 และ P-value < 0.0001) การเปรียบเทียบโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบส่วนสูงในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) แต่ไม่พบความแตกต่างของน้ำหนักระหว่างกลุ่มทั้งสอง และความรู้ของผู้ดูแลเด็ก 2-5 ปี ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.0001) โดยความรู้ด้านโภชนาการของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0035) นอกจากนี้ผลการศึกษาายังแสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงกันในลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ แต่มีความแตกต่างในด้านรายได้และการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบสนองต่อโปรแกรมการวิจัย ขณะที่โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มทดลองส่งผลดีในด้านน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก โดยน้ำหนักและส่วนสูงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสะท้อนถึงผลสำเร็จในการแก้ไขภาวะโภชนาการของเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ที่ชัดเจน ผลการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก รวมถึงการเพิ่มความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการพัฒนาและขยายโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก 2 - 5 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ไปยังพื้นที่อื่น ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เด็กมีปัญหาทุพโภชนาการ เพื่อให้เข้าถึงโภชนาการที่จำเป็นในการพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กอย่างเต็มที่

2. ควรสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและการศึกษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการ เช่น การร่วมมือระหว่างกรมอนามัยและกระทรวงศึกษาธิการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการฝึกอบรมสำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อประเมินว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นยังคงมีความยั่งยืนหรือไม่

2. ควรขยายการให้ความรู้ด้านโภชนาการไปยังกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสำคัญและส่งเสริมการดูแลเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการให้ทั่วถึง

3. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกด้านของการดูแลเด็ก เช่น การเลือกและการเตรียมอาหาร การเสริมสร้างพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี และการดูแลสุขภาพของเด็กในทุกด้าน

4. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับความต้องการและลักษณะของผู้ดูแลเด็กในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความร่วมมือที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการวิจัยที่ติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูผลกระทบของโปรแกรมในด้านต่างๆ เช่น ผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญา การพัฒนาทางด้านสังคม และความสามารถในการปรับตัวในชีวิตประจำวันของเด็ก

2. ควรศึกษาในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการในรูปแบบอื่น เช่น การขาดธาตุเหล็ก การขาดสารไอโอดีน หรือการขาดสารอาหารประเภทอื่น เพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ในการเสริมสารอาหารที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละกลุ่ม

3. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กและครูที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมนี้นประสบความสำเร็จหรือมีข้อจำกัดในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ออกไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลเพื่อช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในสถานศึกษา

2. การเพิ่มทักษะในการเลือกอาหาร การเตรียมอาหารที่มีโภชนาการครบถ้วน และการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและปรับปรุงภาวะโภชนาการ

3. ควรมีการประเมินผลที่ครอบคลุมในหลายด้าน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา พฤติกรรมทางสังคม และพัฒนาการทางกาย เพื่อให้เห็นภาพรวมของผลกระทบจากโปรแกรมฯ อย่างเต็มที่

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย เลขที่โครงการ 058 รับรอง ณ วันที่ 6 ธ.ค. 2564 เอกสารอ้างอิง
รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2561). *คู่มือการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กและเยาวชน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการประเมินภาวะโภชนาการในเด็ก*. [เว็บไซต์กรมอนามัย](#)
- จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2561; 5(2): 179-193
- ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง, ภัทรภร เจริญบุตร, นพรัตน์ ส่งเสริม. ผลของโปรแกรมการจัดอาหารและโภชนาการแก่เด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลไร่น้อย จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2563; 9(2): 137-146
- ทองนิม, ร., & พัทธานันต์, ป. (2564). สถานการณ์และความจำเป็นของปฏิกิริยาตอบสนองกับการเลี้ยงดูเด็กเล็กในวิถีไทยอีสาน: กรณีศึกษาอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 2564(1), 1-12.
- ประสิทธิ์ เขจรจิตร, นิภาพร ชุตินันต์, บังอร กุมพล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอภูผินารายณ์จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2556: 6(3): 168-175
- ปราณี ทัดศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2557; 32(1): 69-77
- ไพฑูรย์ สีนลรัตน์. (2552). *การจัดการเชิงระบบ: แนวทางพัฒนาการศึกษาและสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรฉัตร กันยะมี, ศรีสุตา รัศมีพงศ์, นฤเนตร จุฬากาญจน์. ผลของโปรแกรมการใช้ครอบครัวเป็นฐานเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์แลวิทยการสุขภาพ*. 2562; 14(4): 170-174
- ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไพบ. (2019). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 1-12.
- ศลิษา โกดีย์, อุษา ใญ่. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดอาหารของผู้ดูแลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2563; 13(2): 191-207
- สำนักโภชนาการ. (2558). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโภชนาการ. (2560). *คู่มือแนวทางพัฒนาลดส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ปี 2560*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักโภชนาการ. (2561). *แนวทางการขับเคลื่อนหัตถการ 1,000 วันแรกของชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: หจก.เอ.วี โปรเกรสซีฟ.

- Baker, J. L., Olsen, L. W., & Sorensen, T. I. (2016). Childhood obesity: A systematic review of the epidemiology and prevention. *Journal of Obesity*, 24(5), 780-787.
<https://doi.org>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575-582.
- Bener, A., & Al-Bastaki, A. (2008). Effects of nutritional supplementation on growth in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(5), 623-628.
- Bhattacharya, A., Banerjee, A., & Mondal, D. (2017). Impact of nutrition education on childhood nutrition: A study on rural population. *Journal of Health Education Research & Development*, 35(3), 256-263.
<https://doi.org/10.1177/2375277X17701832>
- Boulos, R. M., Taha, E. R., & Kharroubi, S. (2011). The effects of parental nutrition education on children's health behaviors and eating habits. *Child Health Care*, 40(2), 158-167. <https://doi.org/10.1080/02739615.2011.554585>
- Bridgman, T., McCoy, R., & Reilly, L. (2009). Nutritional knowledge and its impact on child nutrition in low-income families. *Public Health Nutrition*, 12(7), 1165-1171.
<https://doi.org/10.1017/S1368980009004419>
- Caulfield, L. E., de Onis, M., & Blössner, M. (2006). Undernutrition in children under five years of age: A global overview of the situation. *Journal of Nutrition*, 136(5), 1186-1193. <https://doi.org/10.1093/jn/136.5.1186>
- Checkland, P. (1981). *Systems Thinking, Systems Practice*. Wiley.
- Cherry, K. (2022). What is Social Learning Theory? Retrieved from Verywell Mind
- Contento, I. R. (2010). *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*
- De Onis, M., & Blossner, M. (2004). The impact of nutrition education on childhood growth: A global perspective. *Pediatrics*, 114(4), 940-950.
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-0327>
- FAO/WHO. (2020). *Nutrition and Health in Children: A Global Perspective*. World Health Organization & Food and Agriculture Organization.
- Food and Agriculture Organization (FAO). (2008). *Food and Nutrition Guidelines*. Retrieved from FAO website
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2020). *The State of Food Security and Nutrition in the World*. <http://www.fao.org/publications/sofi>
- Gillespie, S., McKinney, S., & Holmes, M. (2012). The impact of nutritional interventions on growth in children aged 2-5 years. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 1(6), 438-448. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30138-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30138-6)

- Gittelsohn, J., & Sharma, S. (2014). Nutrition education and community-based programs to reduce childhood malnutrition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 6498-6507. <https://doi.org/10.3390/ijerph110706498>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass.
- Grusec, J. E. (1992). Social Learning Theory and Developmental Psychology: The Legacies of Robert Sears and Albert Bandura. *Developmental Psychology*, 28(5), 776-786.
- Hromi-Fiedler, A. J., Segura-Millán, S., & Arana, B. (2010). Impact of nutrition training on the dietary behaviors of mothers in low-income communities. *Journal of Nutrition*, 140(1), 71-77. <https://doi.org/10.3945/jn.109.118205>
- Midgley, G. (2000). *Systemic Intervention: Philosophy, Methodology, and Practice*. Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Purbawati, N., Kristanti, A., & Santosa, M. (2017). Nutrition education programs and their impact on caregivers' knowledge and practices in improving child nutrition. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*, 63(2), 54-61. <https://doi.org/10.3177/jnsv.63.54>
- Ratcliffe, M., Parker, J., & Johnson, R. (2018). Nutrition education for parents: How it influences childhood obesity prevention and feeding practices. *Journal of Pediatric Nutrition*, 36(4), 340-350. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.002>
- Ruel, M. T., Menon, P., & Ahuja, R. (2004). The effectiveness of nutritional interventions in improving child growth: A review of evidence. *Journal of Nutrition*, 134(3), 666-674. <https://doi.org/10.1093/jn/134.3.666>
- Shankar, A. H., Bunn, D. A., & Taneja, S. (2016). Effects of micronutrient supplementation on child growth and development. *Food and Nutrition Bulletin*, 37(2), 169-179. <https://doi.org/10.1177/0379572116631085>
- Shroff, M., Haskins, R., & Green, A. (2009). Impact of nutrition education on the food choices of mothers with young children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(3), 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.09.005>
- Su, Y., Zhang, H., & Zhang, Z. (2017). The effects of nutrition education on child feeding behavior and caregiver knowledge. *Journal of Child Nutrition*, 16(3), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.jcnut.2017.01.004>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2019). *The State of the World's Children: Children, Food and Nutrition*. Retrieved from UNICEF website

- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). *The State of the World's Children 2019*.
<https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019>
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, 38(5-6), 216–233.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Malnutrition*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Nutrition for Health and Development*. Retrieved from WHO website

ผลการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการมองเห็น การตัดสินใจ และความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี

นิชา บุตตะหิษฐ์

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการมองเห็น การตัดสินใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ แบบบันทึกการตัดสินใจในลูกตา แบบบันทึกความสามารถในการมองเห็น และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และ 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86, และ 0.90 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

หลังผ่าตัดผู้ป่วยมองเห็นได้ปกติ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 อุบัติการณ์การตัดสินใจหลังผ่าตัดต่อกระเจกพบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีอาการตัดสินใจหลังการผ่าตัดต่อกระเจก และความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.95, SD=0.22)

ดังนั้นสามารถการนำกระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ สามารถไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคตั้งแต่แรกรับ เน้นการให้ความรู้เชิงรุกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล, การเสริมพลังอำนาจ, การผ่าตัดต่อกระเจก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 41110

Email : nichabudtaeung@gmail.com

The effects of using the nursing process in conjunction with empowerment on the vision ability, infection rates, and satisfaction of cataract surgery patients at Kumphawapi Hospital

Nicha Budtaheung

Abstract

Single-group quasi-experimental research measures only after the experiment. To study the effects of using the nursing process together with empowerment on vision ability, infection, and satisfaction of cataract surgery patients. In Kumphawapi Hospital Between 1 August 2024 - 31 October 2024, a total of 45 people. The tools used in the research include: Using the nursing process together with empowerment Visual Ability Record Form Eye infection record form and satisfaction assessment form Data analysis using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The research results found that

Most of the patients after surgery had normal vision, 42 people, accounting for 93.33 percent. The incidence of infection after cataract surgery was found that 100 percent had no symptoms of infection after cataract surgery. and overall satisfaction with the service was at the highest level (Mean = 4.95, SD = 0.22)

Therefore, applying the nursing process together with empowerment to the vision ability, infection, and satisfaction of cataract surgery patients is used. Can be used from the beginning by nursing personnel who are responsible for admitting patients Emphasis is placed on proactive nature of care and patient participation. If you are an elderly patient or unable to communicate Caregivers or relatives should be encouraged to participate in learning. It will help encourage cataract surgery patients to have better self-care habits. Patients gain confidence and are able to take care of themselves effectively after cataract surgery without complications and there was no post-operative infection. Satisfaction in providing services And in the initial history taking and physical examination, there should be a thorough, comprehensive evaluation. If you find a group at risk of infection or a group with a high blood pressure level of more than 180/90 mmHg. and a blood sugar level of more than 180 mg%, report to the doctor for treatment first. To prevent patients from having infection or complications after surgery.

Keyword: Nursing Process, Empowerment, Cataract Surgery

บทนำ

โรคต้อกระจกนับเป็นปัญหาทางสายตาที่พบมากในประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะตาบอดอันดับหนึ่งของโลกคิดเป็นร้อยละ 47.8 ของคนตาบอดทั้งหมด(จักรี หิรัญแพทย์, 2566) โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะเลนส์แก้วตาขุ่นทำให้แสงไม่สามารถทะลุไปในลูกตาได้ทำให้การมองเห็นลดลง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมตามวัยและมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆเช่น ภาวะคลอเรสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง ไข้ยาสเตียรอยด์ หรือการกระทบกระเทือนที่ตา และมักเกิดมากในผู้สูงอายุ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่า ในค.ศ.2021 ทั่วโลกมีประชากรที่มีสายตาเลือนรางหรือตาบอด 1 พันล้านคน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอด อันดับที่ 1 จากโรคต้อกระจกมีจำนวน 94 ล้านคน อันดับที่ 2 สายตาผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขจำนวน 88.4 ล้านคนอันดับที่ 3 โรคต้อหิน 7.7 ล้านคน (World Health Organization, 2021) แสดงให้เห็นว่าโรคต้อกระจกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด ถือได้ว่าเป็นความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เป็นการคุกคามคุณภาพชีวิตของประชาชน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุอันดับที่ 1 ได้แก่โรคต้อกระจกพบร้อยละ 69.7 และยังมีแนวโน้มที่ไม่ลดลงเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ และคณะ, 2557)

จากสถิติการให้บริการโรงพยาบาลกุมภวาปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2567 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลกุมภวาปี, 2567) พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 696, 686, 786 และ 796 รายตามลำดับ มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2567 คิดเป็นร้อยละ 75.63, 44.85, 76.70 และ 90.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการเข้าถึงบริการ การได้รับผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ลดระดับความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจากการรอคอยได้มากขึ้น จากการเก็บรายงานความเสี่ยงหลังผ่าตัด พบผู้ป่วยติดเชื้อที่ตา (Endophthalmitis) หลังผ่าตัดต้อกระจก (Phacoemulsification with Itraocular lens) ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1 ราย และในปี 2566 พบจำนวน 1 ราย จากการทบทวนหาสาเหตุของการติดเชื้อ (Root cause analysis) มีปัจจัยหลายประการที่เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดการติดเชื้อที่ตา (Endophthalmitis) โดยผู้ติดเชื้อทั้งสองราย เป็นผู้สูงอายุ ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และไม่มี ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ไม่มีญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่าในกระบวนการจำหน่ายมีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมถึงความเร่งด่วนในการจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการจำหน่ายพร้อมกันจำนวนมาก ทำให้กระบวนการให้คำแนะนำและการเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจก ไม่ครบถ้วน และไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย

กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์หรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของตนเองและสร้างความพึงพอใจในบริการ(เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) ส่วนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) (Gibson, C. H, 1995) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลได้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นของการ พัฒนาตนเอง การเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะสามารถควบคุมตนเอง หรือสถานการณ์ในชีวิต ซึ่งการเสริมสร้าง พลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1) การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อน คิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (taking action) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ซึ่งเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล สำหรับผลที่เกิดตามมาที่เห็นได้ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม คือ ความสามารถในการจัดการช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสามารถและการปรับตัว ตลอดจนสร้างความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ในผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระเจก

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก จึงเห็นความสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและวิธีปฏิบัติเดียวกัน ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถมองเห็นได้ดีขึ้น เกิดความพึงพอใจและไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการมองเห็น การติดเชื้อและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

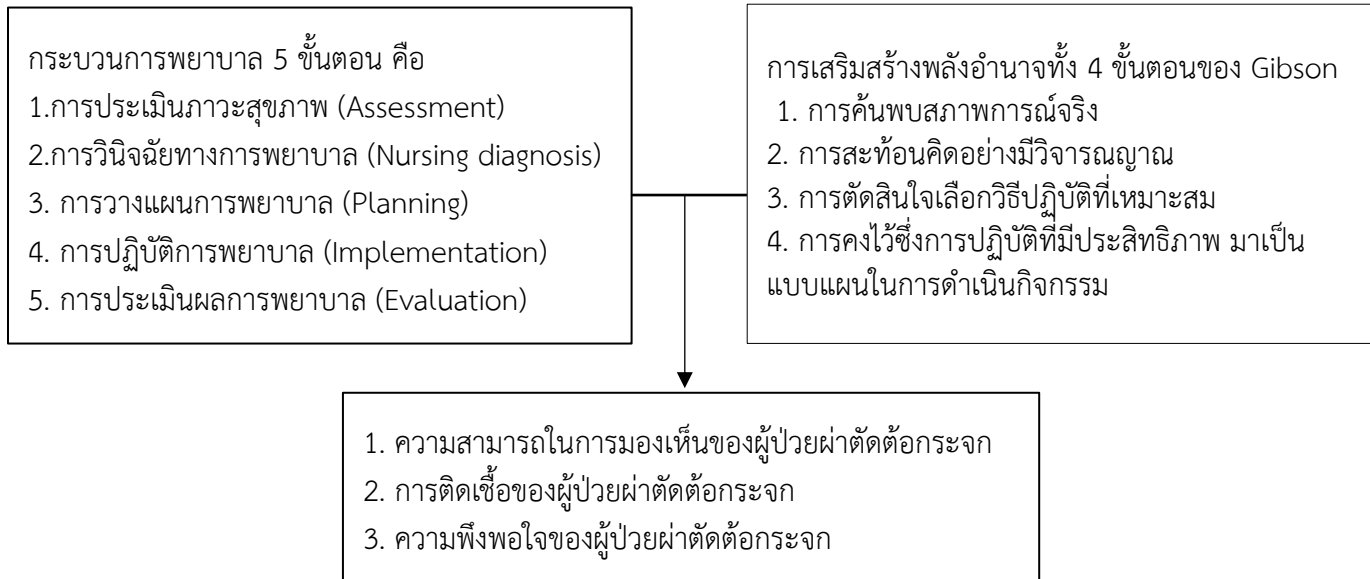
1. เพื่อศึกษาความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีมีความสามารถในการมองเห็นเพิ่มขึ้น
2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีไม่มีการติดเชื้อ
3. หลังการทดลอง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีมีความพึงพอใจระดับมาก

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1.การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2.การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) 5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) ร่วมกับแนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนของ Gibson (Gibson, C. H, 1995) คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มาเป็นแบบแผนในการดำเนินกิจกรรม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังการทดลอง (The one Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระຈกในโรงพยาบาลกุมภวาปี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567 – 31 ตุลาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (BUCHNER, A., ERDFELDER, E., & FAUL, F, 1997) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง(Cohen, J, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มารับการผ่าตัดต่อกระຈกทุกรายในหอผู้ป่วยตา
- 2) ไม่จำกัดช่วงอายุ และผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะครบบริบูรณ์
- 3) ไม่มีข้อจำกัดในโรคที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดต่อกระຈก เช่น มีการติดเชื้อบริเวณใบหน้า เช่น เปลือกตาอักเสบ, ตาอักเสบ, ปวดฟัน, ฟันผุ, orbitalcellulitis, Diarrhea และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) อาสาสมัครไม่สามารถให้ข้อมูลหรือให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 2) ก่อนผ่าตัดมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/90 mmHg. และ ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg%,

3) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องได้ใส่ออกซิเจนขณะรับการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อสังเกตอาการ หรือผู้ป่วยที่ต้องได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ ย้ายเข้า ไอ ซี ยู เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การดูแลด้วยกระบวนการพยาบาลร่วมกับขั้นตอนตามแนวทางการเสริมพลังอำนาจ ได้แก่

1.1 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

1.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ถามรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัด เช่น อายุ อาชีพ เป็นต้น

2.2 แบบบันทึกความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity : VA) เป็นการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน (Snellen Chart) เป็นการวัดระดับสายตาและความคมชัดของสายตา เพื่อเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

2.3 แบบบันทึกการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระดูก โดยใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อของลูกตาหลังผ่าตัดของกลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลกุมภวาปี แล้วนำมาบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในหอผู้ป่วยตา ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับความพึงพอใจดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 1 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพแผนกจักษุ 2 ท่าน แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.9 ความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก, แบบบันทึกความสามารถในการมองเห็น, แบบบันทึกการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระดูก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย ค่า CVI เท่ากับ 1

2. ความเที่ยง (Reliability) ผู้ทดลอง นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วย ได้ค่าเท่ากับ 0.86, และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกุมภวาปี
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการฝึกปฏิบัติให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นตอน

1. ให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพ โดยให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก, กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และ กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก

2. นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกกลุ่มตัวอย่างที่มาผ่าตัดในช่วงเดือน สิงหาคม 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 จนครบตามจำนวน 45 คน

Day (วันที่)	กระบวนการพยาบาล	การสร้างเสริมพลังอำนาจ	บทบาทพยาบาล	กิจกรรม
1	Assessment การประเมินภาวะสุขภาพ	ขั้นตอนที่ 1 ค้นพบสภาพการณ์จริง	วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์	- ประเมินความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก - ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน - บันทึกในใบซักประวัติ
	Diagnosis วินิจฉัยทางการพยาบาล			- กำหนดปัญหาหรือภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วย ลงในบันทึกทางการพยาบาล
	Planning การวางแผนการพยาบาล			- จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล - การกำหนดกิจกรรมพยาบาลรายบุคคล - เกณฑ์การประเมินผล
2	Implementation การปฏิบัติการพยาบาล	ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	การวิเคราะห์ทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระดูก	- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แจกแผ่นพับ เข้ากลุ่มดูวิดีโอการปฏิบัติตัว - ดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้สอบถาม ซักถาม และบอกถึงความกังวลใจ
		ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม	ทบทวนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	- ทบทวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูก - พยาบาลส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก - พยาบาลร่วมวางแผนกับผู้ป่วยเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย - พยาบาลสอบถามและประเมินการปฏิบัติที่ถูกต้อง
3	Evaluation การประเมินผล การพยาบาล	ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ วันที่ 3 หลังการผ่าตัด	การประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยเพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง บทบาทพยาบาล - ประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยที่ปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม - ชมเชยและส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง - ประเมินความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด - สรุปบทเรียนจากการปฏิบัติ

ภาพที่ 2 แสดงตารางโปรแกรมกระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลัง

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก, ความสามารถในการมองเห็น, การติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระเจก และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความพึงพอใจ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของการปฏิบัติถูกต้อง
3. วิเคราะห์ความสามารถในการมองเห็นและการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลองโดยใช้ความถี่และร้อยละ
4. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลกุมภวาปี เลขที่ KPEC 23/2567 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.56 เป็นเพศชายร้อยละ 44.44 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมาเป็นช่วงอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.11 ไม่พบในอายุน้อยกว่า 51 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 13.33 สถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาสถานภาพ หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย ร้อยละ 35.56 และสถานภาพโสด ร้อยละ 4.44 การประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 รองลงมาไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 37.78 และมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 2.22 ประสบการณ์ในการผ่าตัดต่อกระเจก ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดต่อกระเจก คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาเคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่เคยมีประสบการณ์เลยคิดเป็นร้อยละ 24.44 ผู้ดูแลหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นภรรยา/สามี คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 28.89 และไม่มีหรือต้องดูแลตนเอง คิดเป็นร้อยละ 17.78 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	20	44.44
- หญิง	25	55.56
อายุ		
- 51 - 60 ปี	5	11.11
- มากกว่า 60 ปี	40	88.89
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษาปีที่ 6	6	13.33
- ประถมศึกษาปีที่ 4	39	86.67
สถานภาพสมรส		
- โสด	2	4.44
- หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	16	35.56
- สมรส	27	60.00
การประกอบอาชีพ		
- รับจ้าง	1	2.22
- ไม่ได้ทำงาน	17	37.78
- เกษตรกร	27	60.00
ประสบการณ์ในการผ่าตัดต้อกระจก		
- เคย	15	33.33
- ไม่เคย	30	66.67
ผู้ดูแลหลังผ่าตัด		
- หลาน	2	4.44
- เขย/สะใภ้	7	15.56
- ไม่มี/ดูแลตนเอง	8	17.78
- บุตร	13	28.89
- ภรรยา/สามี	15	33.33

การวินิจฉัยโรคต้อกระจก พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย Senile incipient cataract (SIC) คิดเป็น ร้อยละ 84.44 รองลงมาคือ Senile mature cataract (SMC), posterior subcapsular cataract (PSC) และ Phacomorphic glaucoma คิดเป็นร้อยละ 8.89, 4.44 และ 2.22 ตามลำดับ โรคประจำตัวของผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจกที่ได้รับยาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาเป็นผู้ป่วยไขมัน ในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46.67 และเป็นผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 37.78 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกจำแนกตามการวินิจฉัยโรคต้อกระจกและโรคประจำตัวของผู้ป่วย (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคต้อกระจก		
- Phacomorphic glaucoma	1	2.22
- Posterior subcapsular cataract (PSC)	2	4.44
- Senile mature cataract (SMC)	4	8.89
- Senile incipient cataract (SIC)	38	84.44
โรคประจำตัว (1 คน อาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค)		
- ไม่มี	6	13.33
- โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	17	37.78
- โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)	27	60.00
- โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)	21	46.67
- ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation)	5	11.11
- โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease)	2	4.44
- โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)	5	11.11
- มีประวัติเคยเป็นวัณโรค (Old Tuberculosis)	1	2.22
- โรคมะเร็งเต้านม (CA breast)	1	2.22
- โรคเก๊าท์ (Gout)	1	2.22
- โรคมะเร็งลำไส้ (CA Colon)	2	4.44
- โรคตับแข็ง (Cirrhosis)	1	2.22
- โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia)	1	2.22

จากข้อมูลความสามารถในการมองเห็นและการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่หลังผ่าตัดผู้ป่วยมองเห็นได้ปกติ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอาการแสบ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 และอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกพบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีอาการติดเชื้อหลังการผ่าตัดต้อกระจก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity : VA) หลังผ่าตัด 1 เดือน และการการติดเชืของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก (n= 45 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการมองเห็นหลังผ่าตัด 1 เดือน		
- เท่าเดิม	0	0.00
- ตามัวเพิ่มขึ้น	3	6.67
- ดีขึ้น	42	93.33
การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก		
- จำนวนผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อ	0	0.00
- จำนวนผู้ป่วยที่ไม่พบการติดเชื้อ	45	100.00

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลกุมภาวปี จังหวัดอุดรธานี หลังการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.56 รองลงมาเป็นระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 2.44 รายการประเมินที่มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 100 ได้แก่ การต้อนรับของพยาบาลมีความเป็นมิตรและเป็นกันเอง และ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.95, SD=0.22) ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลกุมภาวปี หลังการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ (จำนวนทั้งหมด 45 คน)

รายการประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ		
	Mean	SD	แปลผล
1.การต้อนรับของพยาบาลมีความเป็นมิตร และเป็นกันเอง	4.84	0.47	มากที่สุด
2.การให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อแรกรับ	4.93	0.33	มากที่สุด
3.ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	4.93	0.25	มากที่สุด
4.ข้อมูลจากแผ่นพับอ่านเข้าใจง่าย	4.98	0.15	มากที่สุด
5.ข้อมูลจากวีดิทัศน์มีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย เหมาะสม	4.93	0.33	มากที่สุด
6.การตอบข้อซักถามของพยาบาลเข้าใจง่าย เหมาะสม	4.98	0.15	มากที่สุด
7.ระยะเวลาของการให้ข้อมูล การสอน และการดูวีดิทัศน์มีความเหมาะสม	4.96	0.21	มากที่สุด
8.การดูแลก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีความเอาใจใส่ และดูแลอย่างเหมาะสม	4.96	0.21	มากที่สุด
9.สถานที่สะอาด และรู้สึกปลอดภัยในการพักรักษาตัว	4.98	0.15	มากที่สุด
10.ความพึงพอใจเกี่ยวกับการให้บริการโดยรวม	5.00	0.00	มากที่สุด
รวม	4.95	0.22	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. หลังการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจก พบว่าความสามารถในการมองเห็นและการติดเชื้อของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่หลังผ่าตัดผู้ป่วยมองเห็นได้ปกติ จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีอาการตามัวมากขึ้น 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 จากข้อมูลเชิงลึก ผู้ป่วยที่มีอาการตามัวเพิ่มขึ้นในช่วงแรก หลังการผ่าตัด มักเกิดจากกระจกต่ายังบวมอยู่ยังไม่หายสนิท โดยภายหลังการผ่าตัด 1 เดือน กระจกต่ายังใสและมองเห็นชัดขึ้น และอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระเจกพบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีอาการติดเชื้อหลังการผ่าตัดต่อกระเจก แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระเจกได้ที่บ้านโดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นหรือเกิดการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเนตรนิภา จันตระกุลชัย(2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา บุชบกแก้ว(2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดเพชรบุรีในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี หลังการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.95 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.22 สอดคล้องกับ พรฐิตา และคณะ(2556) กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจให้ทีมงานจะทำให้ทีมงานรู้สึกเป็นเจ้าของและรับผิดชอบร่วมกันในผลงานที่เกิดขึ้น มีการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานของทีมงานอย่างต่อเนื่องและผลสัมฤทธิ์ในการทำงานเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้พนักงานตระหนักในคุณค่าของตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เมื่อพนักงานรับรู้ในความสามารถของตนเองนั้นย่อมส่งผลดีต่อตัวพนักงาน และองค์กร และสอดคล้องกับ ดวงกมล (2557) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแล้ว จะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพ ความรู้ ความสามารถ การบริหารตนเอง มนุษยสัมพันธ์ สุขภาพ ตลอดจนคุณธรรมจริยธรรมของบุคคลนั้นได้ดี เพราะเมื่อบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแล้วก็จะมีความเชื่อ มีกำลังใจที่คิดว่าตนสามารถที่จะพัฒนาได้ในทุก ๆ ด้าน

ผลการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีการติดเชื้อที่ตา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดเรื่องผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และได้รับการผ่าตัดที่ลูกตา ซึ่งการดูแลผู้ป่วยหรือการปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงคนเดียว ต้องอาศัยผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยช่วยในการปฏิบัติกิจกรรม และการอ่านใบคำแนะนำหรือการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยที่มีภาวะต่อกระเจกที่ตา จะมีอาการตามัวมองไม่ชัด จึงต้องให้ผู้ดูแลหรือญาติช่วยในการอ่านคำแนะนำการปฏิบัติตัว และจดจำขั้นตอนปฏิบัติตัวควบคู่ไปกับผู้ป่วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการมองเห็น การติดเชื้อและความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก สามารถไปใช้ได้ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยตามโปรแกรมโปรแกรมกระบวนการพยาบาลร่วมกับการเสริมพลังอำนาจโดยบุคลากรพยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับผู้ป่วย เน้นการดูแลลักษณะเชิงรุก และหากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ หรือไม่สามารถสื่อสารได้ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล หรือญาติ มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อ

กระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด เกิดความพึงพอใจในการให้บริการ

2. การซักประวัติและตรวจร่างกาย ในการประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบริเวณใบหน้า, เปลือกตาอักเสบ, ตาอักเสบ, ปวดฟัน, ฟันผุ, orbital cellulitis, Diarrhea และ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ควรมีการประเมินอย่างละเอียด ครอบคลุม และหากพบ ให้มีการรายงานแพทย์เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อก่อน จึงเข้าสู่กระบวนการเตรียมผ่าตัดต่อกระจก

3. กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/90 mmHg. และ ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg%, ควรมีการรักษาหรือการควบคุมตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ระดับความดันโลหิต ไม่เกิน 180/90 mmHg. และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 180 mg% เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups, Pre-test, Post-test Design) และควรมีการประเมินความรู้ผู้ดูแลของผู้ป่วยร่วมด้วย

2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ดังนั้นอาจจะนำไปศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- BUCHNER, A., ERDFELDER, E., & FAUL, F. (1997). How to use G*Power [Computer manual]. Available at www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how_to_use_gpower.html.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rim TH, Kim MH, Kim WC, Kim TI, Kim EK. (2014). Cataract subtype risk factors identified from the Korea National Health and Nutrition Examination survey 2008-2010. BMC Ophthalmol, 14, 4.
- Richter GM, Torres M, Choudhury F, Azen SP, Varma R; Los Angeles Latino Eye Study Group. (2012). Risk factors for cortical, nuclear, posterior subcapsular, and mixed lens opacities: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology, 119(3), 547-554.
- World Health Organization. (2021). Blindness and vision impairment. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1201-1210.
- จักรี หิรัญแพทย์. (2566). Lens and Cataract [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/document/22143465/Lens-and-Cataract>
- จิรัชยา เจียวกัก, สุภาวี หมดอะตัม, เขมริฐศา เข้มมะลวน. (2558). ความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก ณ หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารหาดใหญ่วิชาการ, 13(1), 35-45.
- ตึกพิเศษตา. (2567). ทะเบียนรายงานผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. (เอกสารไม่ตีพิมพ์). งานเวชระเบียนโรงพยาบาลกุมภวาปี.
- ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ และคณะ. (2565). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลัง: กรณีศึกษา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(1), 168-178.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). ตำราจักษุวิทยา: สำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรนิภา จันตระกูลชัย. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พรจิตา ฤทธิ์รอด และคณะ. (2556). รูปแบบการบริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานแบบเสริมพลังอำนาจ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 15(1), 60-69.
- ดวงกมล ทองอยู่. (2557). แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. วารสารไผ่ยอดกรณปริทัศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏไผ่ยอดกรณ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี, 4(2), 179-190.

คำแนะนำสำหรับการเตรียมผลงานเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี เป็นวารสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งบทความ ดังนี้

การเตรียมผลงานลงตีพิมพ์

1. ชื่อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษร ตัวหนา ขนาด 18 นิ้ว
2. ชื่อผู้วิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้านาย/นางสาว) ใส่เฉพาะยศ (ถ้ามี) ใช้อักษร ขนาด 16 นิ้ว
3. หน่วยงานของผู้เขียน ระบุชื่อหน่วยงาน จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 350 คำ และระบุคำสำคัญ จำนวนไม่เกิน 3 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทนำ แสดงถึงความสำคัญและปัญหาของงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยหรือเอกสารเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
6. วิธีการศึกษา เรียบเรียงโดยแสดงวิธีการศึกษาตามขั้นตอน อธิบายวิธีการทดลองและแผนการทดลองที่ใช้ แสดงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และระบุสถานที่ศึกษาหรือสถานที่เก็บข้อมูล (สถานที่ทดลองหรือเก็บ ตัวอย่าง)
7. ผลการศึกษา แสดงผลการศึกษาพร้อมอธิบาย โดยแสดงภาพหรือตารางผลการศึกษา และเขียนหมายเลขกำกับภาพหรือตารางให้ชัดเจน
8. ภาพประกอบ ควรแนบไฟล์ต้นฉบับพร้อมเขียนคำอธิบายภาพ และควรเขียนหมายเลขกำกับภาพเพื่อความถูกต้องและง่ายต่อการเรียงข้อมูล
9. กิตติกรรมประกาศ (มีหรือไม่มีก็ได้) เรียบเรียงย่อหน้าเดียวแบบกระชับ ระบุแหล่งทุนวิจัย บุคคลและหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์หรือมีส่วนร่วมในงานวิจัย
10. เอกสารอ้างอิง เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามตัวอักษรของนามสกุลผู้แต่งคนแรก ทั้งนี้ ผู้แต่งต้องตรวจสอบจำนวนเอกสารอ้างอิงให้ตรงกับในเนื้อหา (ใช้รูปแบบการอ้างอิงของ APA (American Psychological Association))
11. เนื้อหาบทความทั้งหมด ใช้รูปแบบตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว มาตรฐานกระดาษขนาด A 4 มีความยาวไม่เกิน 8-15 หน้า

Template
บทความวิจัย

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาไทย) (ขนาด 18) *

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 18)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ชื่อผู้แต่ง - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) **

ชื่อผู้ร่วมบทความภาษาไทย (ชื่อผู้ร่วมบทความ - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) ***

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

คำสำคัญ : คำที่ 1, คำที่ 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....

Abstract (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

Keywords: *Word 1, Word 2,(ไม่เกิน 5 คำ)....*

รูปแบบการพิมพ์บทความ

- ขนาดกระดาษ A4
- แบบอักษร TH SarabunPSK
- ความยาวไม่เกิน 15 หน้า (รวมภาพประกอบ)

บทนำ

(ขนาด 16).....

.....

** ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาอังกฤษ

*** ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

(ขนาด 16).....

.....

.....

วิธีการศึกษา

(ขนาด 16).....

.....

.....

ผลการศึกษา

(ขนาด 16).....

.....

.....

อภิปรายผล

(ขนาด 16).....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

(ขนาด 16).....

.....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

.....

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

(ขนาด 16).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16)

.....

.....

.....

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

(รูปแบบการอ้างอิงที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในวารสาร ให้ใช้รูปแบบ APA (American Psychological Association) โดยประกอบด้วยการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา :

ให้อ้างอิงชื่อสกุลผู้แต่ง หรือชื่อเรื่องในกรณีที่ไม่มีปรากฏชื่อผู้แต่งโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น และต่อด้วยปี ค.ศ.ที่พิมพ์ ทั้งเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยมีรูปแบบดังนี้

(นามสกุลผู้เขียน, ปีพิมพ์: เลขหน้าที่ปรากฏ)

ตัวอย่างเช่น

- โสเกรตีสย้ำว่าการอ่านสามารถจุดประกายได้จากสิ่งที่นักอ่านรู้อยู่แล้วเท่านั้นและความรู้ที่ได้รับมาไม่ได้มาจากตัวหนังสือ (Manguel, 2003: 127)

- สุมาลี วีระวงศ์ (Weerawong, 2009: 37) กล่าวว่า การที่ผู้หญิงจะไปซื้อชักผู้ขายมาบ้านเรือนของตัวเองทุกๆ ที่เขายังไม่ได้มาสู่ขอนั้น เป็นเรื่องผิดขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี

* เอกสารที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ในการอ้างอิงครั้งแรก ให้ระบุนามสกุลของผู้เขียนทุกคน และเมื่อมีการอ้างอิงในครั้งต่อไป ให้ระบุเพียงนามสกุลของผู้แต่งคนแรก ตามด้วย et al. เช่น

-ในขณะที่ Alraimi, Zo, & Ciganek (2015) ได้อธิบายว่า MOOC มีความสำคัญกับความเปิดกว้างเช่นเดียวกับ Alraimi et al. (2015) ได้อธิบายว่า ชื่อเสียงของสถาบันอุดมศึกษาจะเป็นภาพที่สะท้อนต่อคุณภาพ.....

2. การอ้างอิงท้ายบทความ :

การเขียนรายการอ้างอิงท้ายบทความเป็นการระบุข้อมูลบรรณานุกรมของเอกสารที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา (ยกเว้นการสื่อสารส่วนบุคคล เช่น การสื่อสารผ่านอีเมล ข้อความส่วนตัว หรือการสัมภาษณ์ เนื่องจากไม่อาจสืบค้นย้อนหลังได้และเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) โดยรูปแบบของรายการอ้างอิงจำแนกตามประเภทของทรัพยากรสารสนเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การระบุผู้แต่ง ให้ใช้นามสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นสำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ส่วนเอกสารภาษาไทยที่เขียนโดยคนไทยให้ระบุนามสกุล และตามด้วยชื่อเต็ม

- เอกสารที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้วงเล็บชื่อเรื่องภาษาไทยต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาอังกฤษเสมอ

- ใช้เครื่องหมาย & แทนคำว่า and ในการอ้างอิงเสมอ ทั้งในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทยและเอกสารภาษาต่างประเทศ

- ทุกรายการที่ยาวเกิน 1 บรรทัด เมื่อขึ้นบรรทัดต่อไปให้เยื้องเข้าไปอีก 8 อักขระ โดยเริ่มที่ตำแหน่งที่ 9

3. หนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปีพิมพ์).\ชื่อหนังสือ\(\ครั้งที่พิมพ์).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Weerawong, Sumalee. (2009). **The Thai Way of Life in Lilit Phra Lor (วิถีชีวิตไทยในลิลิตพระลอ)** (3rd ed.). Bangkok: Sataporn Books.

Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). **Managing Innovation** (2nd ed.). Chichester: John Wiley and Sons.

4. บทความหรือบทในหนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปี).\ชื่อบทความ\ชื่อบรรณาธิการ,\ชื่อหนังสือ,\ครั้งที่พิมพ์.\(จำนวนหน้า).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Pakdeekham, Santi. (2005). Sri Ramadeba Nagara (ศรีรามเทพนคร : สร้อยนามหรือชื่อเมือง). **Damrong Journal**, 4(2): 156-171.

Shani, A., Sena, J., & Olin, T. (2003). Knowledge Management and New Product Development: A Study of Two Companies. **European Journal of Innovation Management**, 6(3): 137-149.

5. วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีการศึกษา). \ ชื่อวิทยานิพนธ์. \ ระดับปริญญา, มหาวิทยาลัย, เมือง, ประเทศ. ตัวอย่างเช่น

Saisingha, Sakchai. (1989). **The Payao School Sandstone Buddha Image (พระพุทธรูปหินทราย สกุลช่างพะเยา)**. Master's dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

Chuvichean, Praphat. (2009). **Wat Worachet Thepbamrung : A Model of Ayutthaya Art in 17th Century A.D (วัดวรเชษฐเทพบำรุง : แบบอย่างงานช่างของอยุธยาในพุทธศตวรรษที่ 22)**. Doctoral dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

หนังสือออนไลน์ (online / e-Book)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อเดือน\วัน\ปี\จาก\ แหล่งข้อมูลหรือ URL
ตัวอย่างเช่น

De Huff, E. W. (2009). **Taytay's Tales: Traditional Pueblo Indian Tales**. [Online]. Retrieved January 8, 2010 from <https://digital.library.upenn.edu/women/dehuff/taytay/taytay.html>

Fine Arts Department. (2016). **The Buddha Images: Auspicious Treasures of the Front Palace Pay Homeage to The Holy Icons that are Associated with Our Gracious Kings (พระพุทธรูป ณ วังหน้า พระปฏิมาแห่งแผ่นดิน กราบบูชาพระพุทธรูปปฏิมา ในพระมหารัชมงคลมหาจักรีราชเจ้า)**. [Online]. Retrieved July 5, 2019 from www.finearts.go.th/parameters/search/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์/book/148.html?page=3

7. บทความจากวารสารออนไลน์ (online / e-journal)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปี). \ ชื่อบทความ. \ ชื่อวารสาร, \ ปีที่(ฉบับที่): \ หน้าที่ปรากฏบทความ. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อเดือน\วัน\ปี\จาก\แหล่งข้อมูลหรือ URL
ตัวอย่างเช่น

Kenneth, I. A. (2000). A Buddhist Response to The Nature of Human Rights. **Journal of Buddhist Ethics**, 8(3): 13-15. [Online]. Retrieved March 2, 2009 from <https://www.cac.psu.edu/jbe/twocont.html>

Webb, S. L. (1998). Dealing with Sexual Harassment. **Small Business Reports**, 17(5): 11-14. [Online]. Retrieved January 15, 2005 from BRS, File:ABI/INFORM Item:00591201

8. ฐานข้อมูล

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \ สืบค้นเมื่อ \ เดือน \ วัน \ ปี \ จาก \ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

Beckenbach, F., & Daskalakis, M. (2009). **Invention and Innovation as Creative Problem Solving Activities: A Contribution to Evolutionary Microeconomics**. [Online]. Retrieved September 12, 2009 from https://www.wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach_neupdf

9. การสัมภาษณ์

นามสกุลผู้ถูกสัมภาษณ์, \ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์., \ตำแหน่งหน้าที่. \ สัมภาษณ์, \ เดือน \ วัน \ ปี \ ที่สัมภาษณ์. ตัวอย่างเช่น

Boonmak, Ubon., ThaiPBS citizen journalist in Ubon Ratchathani. Interview, December 26, 2011.

*** ตารางและภาพประกอบ** ตารางและภาพประกอบควรจัดให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ตาราง : ให้ระบุตารางที่ตามลำดับที่ปรากฏในเนื้อหา

รายละเอียดเพิ่มเติมติดต่อที่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี โทร. 085-669-8896

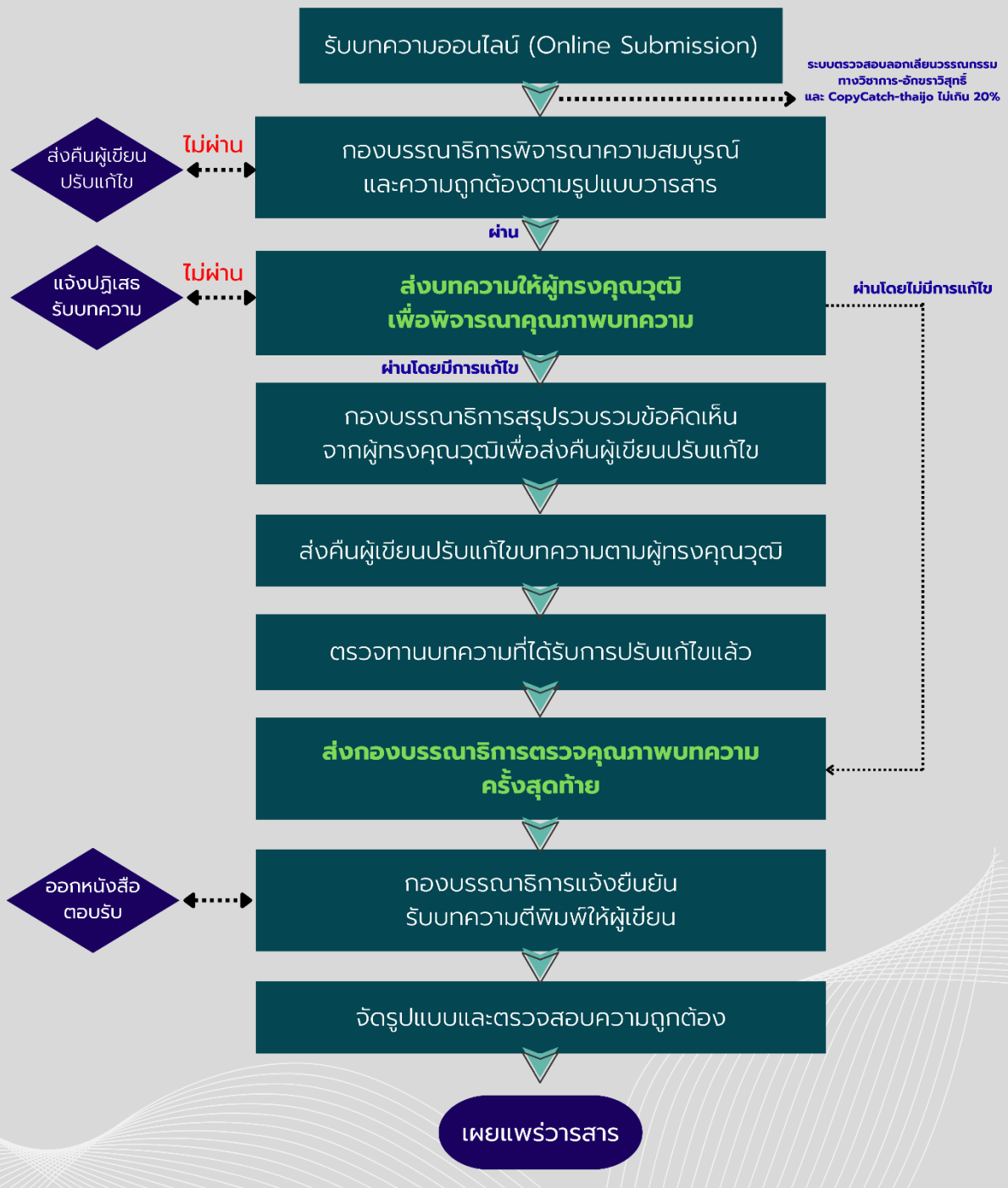
คุณอิวิวัฒน์ กุลวงษ์



วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์
Journal of Health Promotion and Environmental Health Research
Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ขั้นตอนการดำเนินงานวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
(Journal of Health Promotion and Environmental Health Research)





Facebook



Website

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ถ.สามพร้าว

อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587

โทรสาร : 0-4212-9588

อีเมล : hpc08@anamai.mail.go.th

Facebook : <https://www.facebook.com/hpc8.anamai>