

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Regional Health Promotion Center 9 Journal: The Journal for Health Promotion and Environmental Health

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และผลงานวิจัยของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เจ้าของ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ที่อยู่ 177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280
โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506
Website: <http://hpc9.anamai.moph.go.th/>

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นายแพทย์วีรพล กิตติพิบูลย์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

บรรณาธิการ

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
----------------------------	-----------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

เภสัชกรหญิง ดร.ปญุขรัสมิ์ ศิริทรัพย์	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
--------------------------------------	-----------------------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ดร.วิไลพร รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
รัชณี บุญเรืองศรี	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
ชนิษฐา ดีเริ่ม	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ประดับ ศรีหมื่นไวย	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ฝ่ายจัดการ

จิรภา ผ่องแผ้ว นิตยา สาสวน ศิริรัตน์ รัตนสมบุรณ์ แสงจันทร์ จงนอก และกรรณิการ์ จันทร์ส่อง

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

จำนวนตีพิมพ์ 100 เล่ม และฉบับออนไลน์ที่: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal>

สำนักพิมพ์ โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 Fax 0-4434-2238 www.Lertsil.com

ผู้ทรงคุณวุฒิทบพวนบทความ
บทความทุกบทความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
ได้ผ่านการพิจารณา และกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน/เรื่อง

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในหน่วยงาน

นพ.นิธิรัตน์ บุญตานนท์
ทพญ.กัณทิมา เหมพรหมราช
สุวรรณ แซ่มชุกกลิ่น
สมชาย แซ่มชุกกลิ่น
ดร.ยุพิน ไฉ่แปง
เภสัชกรหญิง ดร.ปัญชรัสมิ ศิริทรัพย์
ทพ.วิภาทพงษ์ บำรุงศิริ
ทพญ.ณมน เพ็ชรนิล
ัชฎา ประจตุทะเก
ประดับ ศรีหมื่นไวย
ทรงคุณ ศรีดวงโชติ
ปิยมาภรณ์ โล่ห์ทิมมงคล
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี
บุษรินทร์ พูนนอก
ศินาถ แชนอก
ศมกานต์ ทองเกลี้ยง

รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มทันตสาธารณสุข
กลุ่มทันตสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ภก.ดร.พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์
รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ
ผศ.ดร.ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์
อ.ดร.พัชรี ศรีฤๅตา
อ.ดร.จาวรธรรม ไตรทิพย์สมบัติ
อ.สิริสุดา ฐานะปัดโต
อ.จิตติมา โพธิ์ชัย
ผศ.ธนวัฒน์ จิตินานันท์
ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงาน

รศ.ดร.จันทร์ทิรา เจริญชัย
 ผศ.ดร.วันทนา ถิ่นกาญจน์
 ผศ.ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์
 อ.ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโนบล
 อ.ดร.ณัฐจิตา เพชรประไพ
 อ.ดร.ธนกมล ลีศรี
 ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล
 อ.ดร.กชกร เพี้ยชัย
 อ.ภรณ์ อนุสนธิ
 ผศ.ดร.ประกาย จิโรจน์กุล
 ทพญ.สุปราณี ดาโลดม
 ทพ.แมนสรวง วงศ์อภัย
 ทพญ.วรมน อัครสุด
 ทพญ.จุฑามาศ เทพไชย
 รัชณี บุญเรืองศรี
 ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์
 ดร.สมภาพ อาจชนะศึก
 พญ.ธิดารัตน์ อริยานุชิตกุล
 อ.ดร.มณฑนา เหมชะญาติ
 อ.ดร.กุลธิดา พานิชกุล
 อ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
 อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
 อ.ดร.วิไลพร รังควัต
 อ.ดร.จีรinx สมโชค
 อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
 อ.ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
นักวิชาการอิสระ
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนบรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย คณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง
ตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ปีที่ 13 ฉบับที่ 31 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562
ISSN 2673-088X (Print) ISSN 2697-3871 (Online)

บทความวิจัย

การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา วิภา ศิริสวัสดิ์.....	92
การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9 นภัก นิธิวิจิตร	105
การศึกษาการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัด สุรินทร์ โดยใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ เก่ง สืบบุญการณ	119
การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพติดด้วยยา Varenicline โรงพยาบาล ปทุมธานี สมบัติ วัฒนะ ดรุณี คุณวัฒนา ประเสริฐ พุกขามาลา สุระศักดิ์ กาบเมืองปัก และ เสาวนีย์ พูนเจริญผล.....	141
สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในเขต สุขภาพที่ 9 ปี 2560 ชัชฎา ประจตุททะเก อัญชลี ภูมิจันทิก และ ประดับ ศรีหมื่นไวย	159
สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 อัญชลี ภูมิจันทิก ชัชฎา ประจตุททะเก และ ประดับ ศรีหมื่นไวย	178

ภาคผนวก

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines).....	A-1
การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9	A-4
ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	A-6
หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9	A-7

การศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา

วิภา ศิริสวัสดิ์, ภ.บ.*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 1 มีนาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 21 มิถุนายน 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 27 มิถุนายน 2562

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะ เนื้อหา และความถูกต้องของสื่อโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากโฆษณาที่มาขออนุมัติโฆษณาทุกชิ้นของสถานพยาบาลเอกชน ในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (พฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ใช้ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองโฆษณาสถานพยาบาล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปลักษณะโฆษณาที่ไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2559

ผลการศึกษาพบว่า สถานพยาบาลที่มาขออนุมัติโฆษณา กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีทั้งหมด 82 แห่ง เป็นคลินิกเวชกรรมที่มีบริการเสริมความงามร้อยละ 63.5 รองลงมาคือคลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาล (ร้อยละ 24.4 และ 6.1 ตามลำดับ) จำนวนโฆษณาที่มาขออนุมัติรวมทั้งหมด 129 ชิ้น ช่องทางที่ขออนุมัติโฆษณามากที่สุดคือ สื่ออินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือแผ่นพับ (ร้อยละ 24.8) จำนวนโฆษณาที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 82.9 ลักษณะข้อความที่ไม่ถูกต้องจำแนกได้ 7 กลุ่ม ดังนี้ 1) ใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ อื้อวาดเกินจริง 2) มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ หรือเครื่องสำอาง 3) มีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ 4) มีข้อความให้ "ฟรี" "พิเศษ" หรือ "ให้ส่วนลด" โดยไม่กำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจน 5) แจ้งบริการโรคที่ไม่มีอยู่ในสาขาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพมีหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร 6) แคมเปญ แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัล หรือการเลี้ยงโชค และ 7) ใช้ภาพพรีเซนเตอร์ นักร้อง นักแสดง หรือบุคคลโดยไม่มีใบอนุญาตหรือสัญญาที่ชัดเจน ลักษณะเนื้อหาที่ไม่ถูกต้องที่พบมากที่สุดคือใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ อื้อวาดเกินจริง (ร้อยละ 69.0) รองลงมาคือ มีเนื้อหาการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง (ร้อยละ 17.1) สรุปผลจากการศึกษานี้คือการโฆษณาสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของจังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีเนื้อหาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปจัดทำคู่มือแนวทางการพิจารณาโฆษณาสถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลต่อไป เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านโฆษณาสถานพยาบาล

คำสำคัญ : การโฆษณา, สถานพยาบาลเอกชน, การคุ้มครองผู้บริโภค

* เกษีกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Corresponding author: วิภา ศิริสวัสดิ์ Email: wipa0608@yahoo.com

The Study on Advertisements of Private Sanitariums in Nakhon Ratchasima Province

Wipa Sirisawat, B.Sc. in Pharm.*

Article History

Received: March 1, 2019

Revised: June 21, 2019

Accepted: June 27, 2019

Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive research was to examine the forms, contents and legal correctness of advertisements from private sanitariums in Nakhon Ratchasima province. The data were collected from all private sanitariums' advertisements requested for approval by the private sanitarium advertisement subcommittee of Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office during the 5-month period (May-September 2018). The data used in this study were the advertising contents that did not comply with the Sanatorium Act of B.E. 2559.

The results showed that private sanitarium that request the approval of advertisements were mostly from aesthetic medical clinics (63.5%), followed by dental clinics and hospitals (24.4% and 6.1%, respectively). Among 129 advertisements from private sanitarium, the majority advertising media was through internet (41.9%), followed by brochures (24.8%). The study showed that 82.9 percent of advertisements requested for approvals did not comply with the Act. Inappropriate contents could be classified into seven groups: 1) false statements, disclosing the facts partially and use of misleading statements, 2) advertisements related to medicine, medical devices and cosmetics, 3) incorrect comparison of results between before and after according to professional standards, 4) did not provide clear conditions and details with "free", "special" or "discounted sales" statements in the advertisements, 5) provided services

* Pharmacist, Professional Level, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office
Corresponding author: Wipa Sirisawat Email: wipa0608@yahoo.com

that are not related to the branch that the professional or practitioner received letters of approval or certificates to practice, 6) offered presents, exchanges, privileges, rewards or gambling, and 7) used the presenters' images of singers, actors or persons without clear consent or contract. Most advertisements that did not comply with the Act were using false and/or misleading statements and revealing only partial facts (69.0%) followed by advertisements that included contents on medicine, medical devices and cosmetics (17.1%). In conclusion, the results from the study can be applied to the development of a handbook on the guideline for evaluation of private sanitarium advertisement according to the Sanatorium Act of B.E. 2559 and practitioners provides consumer protection against illegal advertisement.

Keywords: Avertisement; Private sanitarium; Consumer protection

บทนำ

ปัจจุบันกระแสความสวย ความงาม เข้ามามีอิทธิพลต่อสังคมไทยผ่านสื่อหลากหลายแขนง ส่งผลให้เกิดการปลูกฝังค่านิยม ทศนคติในกลุ่มวัยรุ่นว่าคนหล่อ คนสวย ต้องมีรูปร่างผอมเพรียว ดวงตาโต รูปร่างกลมกลายคม โครงหน้าเล็ก ทำให้มีผู้ตัดสินใจเข้ารับบริการศัลยกรรม หรือเสริมความงามจากสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก มีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ตัดสินใจเลือกรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชนเพียงเพราะคำบอกเล่าปากต่อปากว่าดี หรือการรับชมโฆษณาผ่านสื่อแขนงต่างๆ โดยเฉพาะสื่อโซเชียลผ่านเว็บไซต์ เพชบุ๊ก และไลน์ ซึ่งมักจะใช้ข้อความ หรือรูปภาพโฆษณาโอ้อวดเกินจริง อาทิ ดีที่สุด แห่งแรก แห่งเดียวในโลก ราคาถูกที่สุด หายขาด รับรองผล 100 เปอร์เซ็นต์ หรือการใช้ภาพเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังรับบริการ ฯลฯ เข้าข่ายการหลอกลวงหรือปกปิดความจริงหรือทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นจริง ผู้บริโภคเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับบริการดีกว่าหรือได้ผลสูงสุด เกิดความเสี่ยงที่จะได้รับบริการโดยเสียค่าใช้จ่ายราคาสูงที่ไร้คุณภาพมาตรฐาน เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบ หรือทำให้ใบหน้าเสียโฉม ใบหน้าผิดรูป แผลเน่า มีแผลเป็น หรืออาจเสียชีวิตได้ อีกทั้งต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มอีกด้วย การโฆษณาเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ผู้ประกอบการธุรกิจด้านบริการสุขภาพใช้ในการแข่งขันทางการตลาด คำพรรณนาหรือบรรยายสรรพคุณที่โฆษณาสถานพยาบาล หากเป็นเท็จไม่มีมูลความจริงทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน หรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริงหรือทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นจริง เกิดความคาดหวังว่าจะได้รับบริการดีกว่าหรือได้ผลสูงสุด การโฆษณานั้นย่อมมีเจตนาให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและ

เข้าข่ายเป็นการหลอกลวงและก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้บริโภคและสังคมโดยรวม

จากสรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁻³⁾ พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีข้อความโฆษณาที่ขอหารือคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องการโฆษณาสถานพยาบาล จำนวน 112 ข้อความ ไม่ได้รับอนุญาตให้โฆษณาตามข้อความหารือ 85 ข้อความซึ่งเป็นการใช้ข้อความโฆษณาโดยใช้ข้อความโอ้อวดเกินจริง 47 ข้อความ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา ที่มาขออนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559⁽⁴⁾ ซึ่งกำหนดให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องนำสื่อโฆษณามาขออนุมัติก่อนการโฆษณา และต้องปฏิบัติตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 31 มกราคม 2561 ทั้งนี้ การโฆษณา หรือประกาศที่เผยแพร่ก่อนกฎหมายฉบับนี้ มีผลบังคับใช้ จะต้องยื่นเรื่องขออนุมัติภายใน 90 วัน (1 พฤษภาคม 2561) เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการเฝ้าระวังโฆษณาสถานพยาบาล ควบคุม กำกับ ป้องปราม การกระทำผิด ขจัดภัยโฆษณาโอ้อวดเกินจริง ปันต่อเหตุการณ์ คุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการในด้านระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย และจัดทำคู่มือโฆษณาสถานพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาอนุญาตโฆษณาสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล และเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านโฆษณาสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะเนื้อหาและความถูกต้องของสื่อโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยมีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือสื่อโฆษณาของสถานพยาบาลที่มาขออนุมัติโฆษณาในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (พฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561) จำนวนโฆษณา 129 ชิ้น

โฆษณาที่ศึกษา

ขึ้นโฆษณาที่ศึกษา ได้แก่ ข้อความ ภาพ เสียง ที่กระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็นได้ยิน หรือทราบเพื่อประโยชน์ทางการค้า

การประเมินโฆษณา

การประเมินโฆษณาว่าถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ผู้วิจัยนำเสนอสื่อโฆษณาให้คณะกรรมการกลั่นกรองโฆษณาของจังหวัดนครราชสีมาซึ่งประกอบด้วย 1) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2) อัยการจังหวัด 3) ประชาสัมพันธ์จังหวัด 4) หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และ 5) นิติกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาให้ความเห็นต่อลักษณะข้อความ รูปภาพ เสียง โดยใช้แนวทางพิจารณาตามกฎหมาย ดังนี้

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2546) เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการโฆษณาสถานพยาบาล⁽⁵⁾

2. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล⁽⁶⁾

3. ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา⁽⁷⁾

4. ระเบียบแพทยสภา เรื่อง การโฆษณาให้ส่วนลดหรือการให้ผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนของสถานพยาบาล⁽⁸⁾

5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องโรคหรืออาการของโรคที่ห้ามโฆษณา⁽⁹⁾

6. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2553⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณความถี่ ร้อยละ เพื่อสรุปข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปใจความสำคัญ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของสื่อโฆษณาสถานพยาบาลเอกชนที่มาขออนุมัติโฆษณา

จำนวนสถานพยาบาลที่มาขออนุมัติโฆษณาทั้งหมด 82 แห่ง หากจำแนกตามประเภทสถานพยาบาลที่ขออนุมัติโฆษณา คลินิกเวชกรรมที่มีบริการเสริมความงาม ขออนุมัติโฆษณามากที่สุดจำนวน 52 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาคือ คลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาล จำนวน 20 และ 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24.4 และ 6.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและประเภทสถานพยาบาลที่ขออนุมัติโฆษณา

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (n=82)	ร้อยละ
คลินิกเวชกรรมที่มีบริการเสริมความงาม	52	63.5
คลินิกทันตกรรม	20	24.4
โรงพยาบาล	5	6.1
คลินิกการแพทย์แผนไทย	2	2.4
คลินิกเวชกรรม	1	1.2
คลินิกการแพทย์แผนจีน	1	1.2
คลินิกกายภาพบำบัด	1	1.2
รวม	82	100.0

จำนวนสื่อโฆษณาที่ขออนุมัติตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวนทั้งหมด 129 ชิ้น ช่องทางสื่ออินเทอร์เน็ตมีการขอโฆษณา มากที่สุด จำนวน 54 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 41.9

รองลงมาคือแผ่นพับ และแผ่นป้าย จำนวน 32 ชิ้น และ 30 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 24.8 และ 23.2 ตาม ลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่องทางการขอโฆษณา

ช่องทาง	จำนวนโฆษณาที่ขออนุมัติ (n=129)	ร้อยละ
สื่ออินเทอร์เน็ต	54	41.9
แผ่นพับ	32	24.8
แผ่นป้าย	30	23.2
โปสเตอร์	10	7.8
วิทยุกระจายเสียง	3	2.3
รวม	129	100.0

2. ลักษณะเนื้อหาและความถูกต้องของ สื่อโฆษณาสถานพยาบาลเอกชน

สื่อโฆษณาที่ขออนุมัติ จำนวนทั้งหมด 129 ชิ้น มีโฆษณาที่ถูกต้องได้รับอนุมัติให้โฆษณา จำนวนเพียง 12 ชิ้น ดังแสดงตัวอย่างข้อความโฆษณา ในการวิจัยที่อนุญาตให้โฆษณาได้ในตารางที่ 4 ส่วนโฆษณาที่ไม่ถูกต้องจำนวน 107 ชิ้น คิดเป็น ร้อยละ 82.9 โดยพบว่ามีประเด็นการโฆษณาที่ฝ่าฝืน กฎหมาย 7 ลักษณะ (ตารางที่ 3 และ 4) ดังนี้

1) ใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะ เป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความ หรือรูปภาพ โอ้อวดเกินจริง เช่น “ทางลัดหุ่นสวย เสกได้” “แบบเร่งด่วนติด Speed” “ทางลัดความ ผอม สำหรับคนขี้เกียจ” “สลายหมด ไม่ตกค้าง” “ไม่มีรอยต่อ” “ไร้รอยแผลเป็น” “ธรรมชาติ ไม่มีปิ๊ะ” เป็นต้น

2) มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง เช่น “โบท็อกซ์ (BOTOX)” “ฟิลเลอร์ (Filler)”

3) เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น “ก่อน-หลัง ฉีด ลดกรรม + Fat แก้มเหยิง (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)”

4) “ฟรี” “พิเศษ” หรือ “ให้ส่วนลด” โดยไม่กำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจน เช่น “ผู้ประกันตนทำฟันฟรี 900 บาท”

5) แจ้างบริการโรคที่ไม่มีอยู่ในสาขา ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพมีหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร เช่น “บริการด้านความสวยความงาม”

6) แฉมพก แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัล หรือการเลี้ยงโชค เช่น “วันนี้ คุ่มค่าก่อนใคร... พร้อมความเก๋ไก๋” (มีตัวอย่างรูปนาฬิกา)

7) ใช้ภาพพรีเซนเตอร์นักร้องนักแสดง หรือบุคคลโดยไม่มีใบอนุญาตหรือสัญญาที่ชัดเจน เช่น นำภาพผู้มารับบริการมาแสดงโดยไม่มีหนังสือยินยอมให้ใช้รูปภาพ

ตารางที่ 3 ช่องทางโฆษณาที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

ช่องทาง	จำนวนโฆษณา ที่ขออนุมัติ (ชิ้น)	จำนวนโฆษณา ที่ไม่ถูกต้อง (ชิ้น)	ร้อยละของโฆษณา ที่ไม่ถูกต้อง
สื่ออินเทอร์เน็ต	54	46	85.2
แผ่นพับ	32	27	84.9
แผ่นป้าย	30	24	80.0
โปสเตอร์	10	8	80.0
วิทยุกระจายเสียง	3	2	66.7
รวม	129	107	82.9

ตารางที่ 4 ตัวอย่างข้อความโฆษณาในการวิจัยที่อนุญาตให้โฆษณาได้

ข้อความโฆษณา	ความเห็น/มติคณะอนุกรรมการ
รักษาโดยทีมแพทย์มากด้วยประสบการณ์	ข้อความมากด้วยประสบการณ์ เป็นข้อความที่เป็นกลาง ๆ ไม่เข้าข่ายโอ้อวด
ผิวเนียนเรียบขึ้นได้ด้วยการ...ลดรอยดำหิแพ้ล เป็นนูน	การลดรอยดำหิแพ้ลเป็นนูน เป็นเพียงการลดมิใช่ลบและเนียนเรียบขึ้น ซึ่งไม่น่าจะทำให้เข้าใจผิด
ศูนย์ผิวหนังโรงพยาบาล.....	เป็นการแจ้งให้ทราบว่ามีหน่วยบริการทางผิวหนัง ซึ่งต้องมีแพทย์เฉพาะทางไม่น่าจะทำให้เข้าใจผิด
ลดน้ำหนัก (คลินิกเวชกรรมทั่วไปโฆษณา)	เป็นวิธีการรักษาโรคทั่วไป ไม่ใช่โรคเฉพาะทาง จึงสามารถโฆษณาข้อความนี้ได้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างข้อความโฆษณาในการวิจัยที่อนุญาตให้โฆษณาได้ (ต่อ)

ข้อความโฆษณา	ความเห็น/มติคณะอนุกรรมการ
โรคทั่วไป โรคผิวหนัง โรคเล็บ ผมหงอก ผมหงอก อนุญาตโฆษณาข้อความนี้ได้ เพราะถือเป็นการ สิวฝ้า จีกระ ฝ้า รักษาและฟื้นฟูสภาพผิวหน้า และ แจ้างบริการ สิ่ว ฝ้า รื้อรอย จุดด่างดำ จีกระ ฝ้า (ด้วยตัวอักษร สูงเท่ากัน สีเดียวกัน)	
ตรวจรักษาโดยแพทย์เถียรตินิยมอันดับ 1	เป็นการโฆษณาคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถ อนุญาต ให้โฆษณาได้โดยให้มีเอกสารวุฒิบัตรมาแสดง

โดยลักษณะเนื้อหาการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายมากที่สุดคือใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ โอ้อวดเกินจริง จำนวน 93 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 69.0 รองลงมาคือ มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง จำนวน 23 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 17.1 มีการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และการใช้ข้อความ “ฟรี” “พิเศษ” หรือให้ส่วนลด โดยไม่กำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจน จำนวนเท่ากันคือ 8 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 5.9 ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ประเด็นการโฆษณาที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

ลักษณะข้อความที่ฝ่าฝืนกฎหมาย	จำนวนโฆษณาที่ฝ่าฝืน (ชิ้น) n=135	ร้อยละ
ใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ โอ้อวดเกินจริง	93	69.0
มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง	23	17.1
เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ	8	5.9
"ฟรี" "พิเศษ" หรือให้ส่วนลด โดยไม่กำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจน	8	5.9
แจ้างบริการโรคที่ไม่มีอยู่ในสาขาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพ มีหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตร	1	0.7
แถมพก แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัล หรือการเสี่ยงโชค	1	0.7
ใช้ภาพพรีเซนเตอร์ นักร้อง นักแสดง หรือบุคคล โดยไม่มีใบยินยอมหรือสัญญาที่ชัดเจน	1	0.7
รวม	135	100

ตารางที่ 6 ตัวอย่างข้อความโฆษณาในการวิจัยที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

ประเด็นการโฆษณาที่ฝ่าฝืน	ข้อความที่พบ
โดยใช้ข้อความเท็จหรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ โอ้อวดเกินจริง	“นวัตกรรมใหม่” “ไม่เจ็บ” “มั่นใจในความปลอดภัย” “ทันสมัย” “มาตรฐานระดับโลก” “ระดับพรีเมียม” “เวชศาสตร์ชะลอวัย” “เต็มประสิทธิภาพ” “เทคนิคพิเศษ” “ทางลัดหุ่นสวยเสกได้” “แบบเร่งด่วนติด Speed” “เสริมโหงวเฮ้งรับทรัพย์” “ทางลัดความผอม สำหรับคนขี้เกียจ” “สลายหมด ไม่ตกค้าง” “ไม่มีรอยต่อ ไร้รอยแผลเป็น ธรรมชาติไม่มีปี๊ยะ” “ปรับรูปหน้า V เห็นผลหลังทำ ดีเรียดดด”
มีการโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง	“โบท็อกซ์ (BOTOX)” “ฟิลเลอร์ (FILLER)” “อัลเธอรา (Ulthera)”
เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ	“ก่อน-หลัง ฉีด ลดกราม+fat แก้มเหนียง (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)” “ก่อนหลังทำแตกต่างขนาดนี้ (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)” “Botox+Mesofat รีวีวหน้าเรียวหลังทำ 1 เดือน (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)” “ก่อน-หลังทำฉีดลดกราม (แสดงภาพก่อนและหลังทำ)”
“ฟรี” “พิเศษ” หรือให้ส่วนลด โดยไม่กำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจน	“ตรวจฟันฟรี” “ผู้ประกันตนทำฟันฟรี 900 บาท” “ฉลองปีใหม่ ลดสูงสุดถึง 50%”
แถมพก แลกเปลี่ยน ให้สิทธิประโยชน์ รางวัล หรือการเสียโชค	วันนี้ คู่มาก่อนใคร...พร้อมความเก๋ไก๋ (มีตัวอย่างรูปนาฬิกา)
แจ้งบริการที่ไม่มีอยู่ในสาขาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพมีหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร	“ออกซีไบรท์ (OxyBright)” “เมโสแฟต MesoFat” “สเต็มเซลล์” “บริการด้านความสวยความงาม”

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาลักษณะข้อความโฆษณาของสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า สถานพยาบาลที่มาขออนุมัติโฆษณาทั้งหมด 81 แห่ง เป็นคลินิกเวชกรรมที่มีบริการเสริมความงาม ขออนุมัติโฆษณามากที่สุด ร้อยละ 63.5 รองลงมาคือ คลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาล ร้อยละ 24.4 และ 6.1 ตามลำดับ โดยช่องทางสื่ออินเทอร์เน็ต

เป็นช่องทางที่มีการขออนุมัติมากที่สุด (ร้อยละ 41.9) สอดคล้องกับผลการสำรวจของสมาคมโฆษณาดิจิทัล (ประเทศไทย) ที่เผยแพร่ผลการสำรวจมูลค่าเม็ดเงินโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลของปี 2558-2559⁽¹¹⁾ พบว่า งบโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลของปี 2558 มีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ด้วยมูลค่ารวมกว่า 8,084 ล้านบาท เติบโตขึ้นจากปีก่อน ร้อยละ 32 เนื่องจาก

โฆษณาทางสื่ออินเทอร์เน็ต สามารถทำได้ตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว มีราคาไม่แพง แนวโน้มในปัจจุบันและอนาคต ผู้คนจะอยู่กับโลกออนไลน์ทำให้โอกาสได้ลูกค้ามากขึ้นยังสามารถทำสื่อได้หลายรูปแบบ เช่น ข้อความ รูปภาพ หรือวิดีโอ เป็นต้น

ผลการศึกษาพบว่าจากจำนวนโฆษณาที่ยื่นขออนุมัติจำนวนทั้งหมด 129 ชิ้น เป็นโฆษณาที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 82.9 สูงกว่า ข้อมูลรายงานเรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ ที่พบว่าในปี 2558 ได้รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนเกี่ยวกับคลินิกเสริมความงามจำนวน 150 เรื่อง และดำเนินคดีคลินิกที่ฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาสถานพยาบาลจำนวน 95 คดี (คิดเป็นร้อยละ 63.33) โดยประเด็นการโฆษณาที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติสถานพยาบาล มากที่สุดคือ การใช้ข้อความเท็จ หรือมีลักษณะเป็นการหลอกลวงหรือปกปิดความจริง ใช้ข้อความหรือรูปภาพ โอ้อวดเกินจริง จำนวนร้อยละ 69.0 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการโฆษณาสถานพยาบาลที่ไม่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา⁽¹³⁾ ในปี พ.ศ. 2554 ได้รับเรื่องร้องเรียนจากทุกช่องทาง จำนวน 1,241 เรื่อง พบว่าเป็นประเด็นร้องเรียนเรื่องโฆษณาเกินจริงมากที่สุด และได้มีการตรวจสอบผู้กระทำความผิดพร้อมดำเนินการปรับจำนวน 1,153 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.91

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อความโฆษณาของสถานพยาบาลที่ฝ่าฝืน มีการใช้เพื่อโฆษณา ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางจำนวนร้อยละ 17.1 ใกล้เคียงกับผลสำรวจคลินิกเสริมความงามของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2553⁽¹⁴⁾ พบว่า ร้อยละ 20

มีการโฆษณาเครื่องเลเซอร์เสริมความงาม เครื่องอัลตราซาวด์ ไอออนโต อินฟราเรด ใช้คลื่นวิทยุ ความถี่สูง ในการเสริมความงาม เป็นต้น ซึ่งจัดเป็นโฆษณาเครื่องมือแพทย์ ต้องได้รับอนุญาตให้โฆษณาจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก่อน

จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การโฆษณาสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของจังหวัดนครราชสีมา มีเนื้อหาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เข้าข่ายเป็นเท็จ หรือโอ้อวดเกินจริง สร้างความเข้าใจผิดแก่ประชาชน ทำให้ประชาชนอยู่ในภาวะเสี่ยงในการเสียรู้ เสียทรัพย์สิน เสียสุขภาพ ไปจนถึงเสียชีวิต ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องควบคุมกำกับอย่างระมัดระวังในการอนุญาตให้โฆษณาและบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดเพื่อลดปัญหาการโฆษณาที่ไม่ถูกต้องของสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

1. ควรนำผลการศึกษามาจัดทำคู่มือการพิจารณาอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลของจังหวัดนครราชสีมา และเสนอให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำแนวทางปฏิบัติงานการอนุมัติโฆษณาสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
2. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตรวจสอบการโฆษณาสถานพยาบาลว่าถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ และแจ้งเบาะแสมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ดำเนินการตามกฎหมาย
3. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูล เกี่ยวกับโฆษณาสถานพยาบาลที่ทันต่อสถานการณ์ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย และผู้บริโภคสามารถเข้าถึง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรายงาน อันประกอบด้วย ข้อมูลการอนุญาตการโฆษณา ข้อมูลโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ข้อมูลผู้ที่ได้รับ

ผลกระทบจากสื่อโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ข้อมูลโฆษณาและกลยุทธ์หรือรูปแบบการโฆษณาที่ต้องเฝ้าระวังและข้อเท็จจริงเชิงวิชาการของผลิตภัณฑ์และข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น

4. บังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของสถานพยาบาล รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ฯลฯ ดำเนินคดีกับสถานพยาบาลที่โฆษณาผิดกฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อบทลงโทษกับสถานพยาบาลที่มีประวัติการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย เช่น พิจารณาออกคำสั่งทางปกครองในการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รายงานผลการดำเนินคดีและวิธีการจัดการปัญหาสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้บริโภคและสังคมไทยรู้เท่าทัน

5. ให้มีการจัดทำกลไกหรือช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลที่มีการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ทั้งจังหวัด

6. จัดระบบเฝ้าระวังโดยกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน มีแนวทางมาตรฐานที่ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลใช้ปฏิบัติ โดยบูรณาการทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการ โทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) และกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.)

7. พัฒนาระบบให้คำปรึกษาการดำเนินคดีแก่พนักงานเจ้าหน้าที่อย่างรวดเร็วและทันต่อการแก้ปัญหา

8. ประชาสัมพันธ์กำหนดโทษของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย เพื่อให้ผู้ประกอบการรับทราบและปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย

9. ควรมีการเผยแพร่ความรู้เชิงรุกสู่ผู้บริโภค เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค เน้นเผยแพร่ในสื่อออนไลน์ เพื่อให้ข้อมูลความรู้ถึงมือผู้บริโภคให้ได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบของการหลงเชื่อโฆษณาสถานพยาบาลที่เข้าข่ายโฆษณาเกินจริง

2. ควรศึกษามาตรการเพื่อควบคุมกำกับโฆษณาสถานพยาบาลทางสื่ออินเทอร์เน็ต เนื่องจากเป็นช่องทางที่มีการโฆษณามาก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2558). สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี 2557 . นนทบุรี: สำนัก.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2559). สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี 2558 . นนทบุรี: สำนัก.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. (2560). สรุปรายงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพประจำปี 2559 . นนทบุรี: สำนัก.
4. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล. (2559). Retrieved June 2, 2018, from URL:/ http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nla2557/law107-201259-41.pdf
5. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2546 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการโฆษณาสถานพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 120, ตอนพิเศษ 77 ง (ลงวันที่ 16กรกฎาคม 2546).
6. กระทรวงสาธารณสุข.ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 21 ง (ลงวันที่ 30กรกฎาคม 2561).
7. ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่องคำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา. (2549). Retrieved June 2, 2018, from URL:/ https://www.tmc.or.th/download/50_49.pdf
8. ระเบียบแพทยสภา เรื่อง การโฆษณาให้ส่วนลดหรือการให้ผลประโยชน์เป็นคำตอบแทนของสถานพยาบาล. Retrieved June 2, 2018, from URL:/ https://www.tmc.or.th/service_law03_11.php
9. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องโรคหรืออาการของโรคที่ห้ามโฆษณา. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 130, ตอนพิเศษ 37 ง (ลงวันที่ 22 มีนาคม 2556).
10. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 127, ตอนพิเศษ 143ง (ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2553).
11. Money hub. งบโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัล ปี 2558-2559 [ออนไลน์]. 2016 April 18th. Retrieved May 12, 2018 from URL:/ <https://moneyhub.in.th/article/digital-advertising-spend-2015-2016/>

12. กรมสนับสนุนสุขภาพ. กรม สบส. คัดโทษ
ปิดสถานเสริมความงาม หากทำผิดซ้ำซาก
เตรียมเรียกสอบเอาโทษคลินิก กทม. กรณี
โฆษณาเวอร์ จัดโปรต้องห้าม. Retrieved
June 29, 2018 from URL:/http://hss.
moph.go.th/show_topic.php?id=221
13. กรุงเทพมหานคร. ยอดร้องเรียน “โฆษณาเกินจริง”
มากที่สุด ปี 54. [ออนไลน์]. 2554 ธันวาคม 8
(หน้า 12). Retrieved June 2, 2018 from
URL:/https://www.consumerthai.org/
main/index.php?option=com_content
&view=article&id=1661:2011-02-28-04-
57-06&catid=107:2010-07-14-03-30-
38&Itemid=162
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้าง
สุขภาพ. เตือนคลินิกเสริมความงามอย่า
โฆษณาเกินจริง ตรวจเข้มมีน่านี [ออนไลน์].
Retrieved May 11, 2018, from URL:/
http://www.thaihealth.or.th/Content/
4649-เตือนคลินิกเสริมความงามอย่าโฆษณา
เกินจริง%20ตรวจเข้มมีน่านี.html

การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9

นภัค นิธิวิชิตร*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 2 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 6 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม และสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปลัดอำเภอหรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ สุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น โดยเก็บข้อมูลทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยจัดสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ประเมินผลระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ซึ่งประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสำรวจการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงพฤษภาคม 2561

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: นภัค นิธิวิชิตร Email: pannapas.pp@gmail.com

ผลการศึกษา พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท นโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย พื้นที่ที่มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนา โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร แต่ยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ พบว่ามีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะทำงานและการมีส่วนร่วมของภาคีหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน มาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดบริการ การคัดกรอง 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรมค่อนข้างน้อยได้แก่ การนำความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุออกเผยแพร่ทางเสียงตามสาย หรือหอกระจายข่าวค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 48.5 แต่ได้ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 70.3 ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน มีดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 37.0 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ มีข้อมูลปัจจัยนำเข้า ความพร้อมและเหมาะสมด้านอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข การมีทรัพยากร งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ มีกระบวนการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน นำข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุมาแลกเปลี่ยน การเขียนโครงการของงบประมาณด้วยการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ ดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการที่เข้าถึงผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม จะส่งผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผล, ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 9, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Evaluation of Comprehensive System on Health Care for Older Adults in Health Region 9

Napak Nithivajiratorn*

Article History

Received: July 2, 2019

Revised: August 5, 2019

Accepted: August 6, 2019

Abstract

This study utilized both quantitative and qualitative research methods. Its objectives included to evaluate the comprehensive system on health care and to provide suggestions for the improvement of health promotion and care system for older adults in health region 9. The study was conducted in health region 9 which included 4 provinces: Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin provinces. Populations and samples were members from health care for older adult committee at the district level and older adults from all 4 provinces. Instruments used in this study included older adults' health promoting activities among village health volunteer survey, desirable health behaviors among older adult survey, and focus group questions. The data were collected using surveys and focus group discussions during January 2017-May 2018.

Results from the study can be presented in 4 aspects. 1) Contextual Evaluation: There was a continuum in health care policies for older adults at both national and regional levels with focus on both promoting health among healthy independent and dependent older adults. Each area had qualified professionals to care for older adults with health problems. District Health Board played active roles in the development of health programs for older adults as well as collaborated with networks at the district level. 2) Evaluation of Inputs: Each area reported having adequate health personnel but insufficient resources, budgets, materials and locations. 3) Evaluation

* Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima
Corresponding author: Napak Nithivajiratorn Email: pannapas.pp@gmail.com

of Process: Areas reported having plans and implementations according to the plans. The works were done with committees formed at the local levels with collaborative efforts from local authorities, district health promoting hospitals, network hospitals, health volunteers or elderly care volunteers, elderly clubs and communities in discussing, role settings, supporting for services and screenings, etc. 4) Evaluation of Outcomes: According to the evaluations of health promoting activities among health volunteers, distributions of health messages through public services announcements were done least frequently at 48.5 percent while screening for blood pressure and urine glucose were done more frequently at 70.3 percent. Older adults received income from government's monthly allowance and from their children. Only 37 percent reported having regular BMI and only 20 percent reported engaging in 15 to 30-minute exercises for at least 5 days per week. About 34 percent ate fresh fruits and vegetables regularly (3-4 days per week) while 36.2 percent drank at least 8 glasses of water daily (5-7 days per week).

It was suggested from this study that the comprehensive system for health promotion and care for older adults in health region 9 included national and regional policies that focused on older adults of all groups (both independent and dependent older adults). Situations and access to care as well as input factors such as health volunteers needed to be evaluated for their qualifications and readiness. Health professionals should also played a key role in managing and supporting health promotion activities. Essential inputs also included resources, budgets, materials and locations or settings to conduct activities. Planning, implementation and evaluation of the programs were three integral parts of successful programs. It was also suggested that discussions of older adults' health problems among health personnel and volunteers, supports in grant writing in order to secure funding from local agencies, and activities that could reach both independent and dependent older adults in the communities would contribute to the success in health promotion programs in the communities, leading to the desirable health among older adults in the future.

Keywords: Evaluation; Health care system; Older adults; Health region 9; Elderly caregivers

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, [WHO]) คาดว่าประชากรสูงอายุในวันนี้เพิ่มขึ้นกว่าเดิมอย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2593 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกือบสองเท่า จากร้อยละ 12 ถึง 22 และได้กำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและการบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดี ส่งผลทั้งต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง และองค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพปี พ.ศ. 2559-2563 ที่สำคัญไว้ 5 ประการ คือ 1) ประเทศภูมิภาคและสถาบันต่าง ๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เทียบเทียมประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่จำเป็นและการวิจัยเพื่อพัฒนา⁽¹⁾ ประเทศไทยมีบทบาทยุติสิทธิและเสรีภาพและแนวทางแห่งรัฐที่จะให้ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดและฟื้นฟู⁽²⁾ เขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีสัดส่วนต่อประชากรคิดเป็นร้อยละ 13.62 และผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองดัชนีวัดกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living,

ADL) ครอบคลุมร้อยละ 94.20 แบ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 93.34 กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 5.68 และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 0.98⁽³⁾ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ยังต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9
- 2) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research)

ระยะเวลาการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2561

ประชากรศึกษา

ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้ง 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ทำการสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple random Sampling) จังหวัดละ 1 พื้นที่ โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

แต่ละกลุ่ม ดังนี้ 1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอละ 4 คน ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการที่รับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอละ 4 คน กรรมการท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้นจำนวน 4 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอนั้น 1 ตำบล โดยเก็บทุกคนรวมทั้งสิ้นจำนวน 542 คน ผู้สูงอายุในอำเภอที่สุ่มมาได้จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,425 คน

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการจ้างพนักงานเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นอาสาสมัครในพื้นที่ทำการแจกแบบสอบถาม รวบรวมและตรวจสอบก่อนเก็บข้อมูลได้ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถามฝึกซ้อมก่อนจึงดำเนินการลงเก็บจริง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยจัดสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยตัวแทน:- บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหรือดูแลงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ปลัดอำเภอ หรือนักวิชาการองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ ภายในอำเภอนั้น โดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มช่วงเดือนมกราคม 2560- ถึงพฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดำเนินการวิเคราะห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า : ประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุน การปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน และการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน: พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้แก่การประเมินด้านกระบวนการ: การกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน การจัดระบบบริการ การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย ชุมชน

ผลการศึกษา

การประเมินด้านบริบท

ผลการศึกษาพบว่าปี พ.ศ. 2561 ในเขตสุขภาพที่ 9 มีประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 1,062,803 คน คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของประชากรทั้งหมด มีตำบลทั้งหมด 758 ตำบล การพัฒนาได้พัฒนาตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) จำนวน 560 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 73.88 ทั้งหมดมีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่น

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วม ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในระดับอำเภอมีการพัฒนา โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาคีรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้พัฒนาต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในทุกอำเภอ

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

1) การประเมินความพร้อมด้านบุคลากร ความพร้อมการสนับสนุนการปฏิบัติงานจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ พบว่าอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงาน/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 4 จังหวัด เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชายสัดส่วน หญิง:ชาย 6:1 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.5 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ จบศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมต้นร้อยละ 39.5 และ 37.5 ตามลำดับ มีสถานะสมรสร้อยละ 79.3 อาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 70.3 รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมกันระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.9 เห็นว่ารายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายสูงถึง ร้อยละ 75.7 มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เกือบทั้งหมดร้อยละ 99.1 มีระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 และส่วนใหญ่เสนอตนเอง

เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่าง สม่าเสมอร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหา แนวทางแก้ไขอยู่เสมอร้อยละ 74.9 ได้จัดอบรม ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยร้อยละ 75.5 เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้ให้บริการเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 77.7 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้บอกผลการ ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ ร้อยละ 74.0 เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาส ให้ระบายความวิตกกังวลร้อยละ 72.1 และได้ให้ ความใกล้ชิดและสนิทสนมร้อยละ 62.5

2) ประเมินความพร้อมของทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ พบว่า การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานจาก องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนอย่าง เพียงพอร้อยละ 62.4 และชุมชนที่รับผิดชอบได้รับ งบประมาณโครงการดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.5 ส่วนความคิดเห็นต่อความพร้อม ของทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติงานตามที่ต้องการร้อยละ 53.3 นอกจากนี้พบว่าชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนาม ออกกำลังกายเพียงพอร้อยละ 60.1 แต่องค์กร บริหารส่วนตำบล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดให้ สมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำกิจกรรมรวมกัน อย่างเพียงพอร้อยละ 52.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความพร้อมทรัพยากร (ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ในการปฏิบัติงาน)

ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่ได้จัดหาเอกสารและสิ่งของที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติงานตามต้องการ	289 (53.3)	201 (37.1)	52 (9.6)
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีการสนับสนุน งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	338 (62.4)	183 (33.8)	21 (3.9)
องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลได้จัดงานให้สมาชิก อาสาสมัคร สาธารณสุขได้ทำกิจกรรมร่วมกัน	286 (52.8)	166 (30.6)	90 (16.6)
ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัด กิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกัน เช่น สนามออก กำลังกาย	326 (60.1)	136 (25.1)	80 (14.8)
ชุมชนที่รับผิดชอบได้รับงบประมาณโครงการ ดูแล/ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	355 (65.5)	172 (31.7)	15 (2.8)

การประเมินด้านกระบวนการ

1) มีการกำหนดแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีทีมผู้จัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) จะมีหน้าที่ประเมินปัญหาพร้อมจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายด้วย คณะทำงานภาคีเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมชี้แนะทำแผนงาน/กิจกรรม เพื่อให้เกิดการดูแลตามแผนการดูแลที่กำหนด และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือสังคม จะดำเนินการโดยชมรมสูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุบางแห่งจะของบประมาณจากรพ.สต. หรือขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหลัก การกำหนดกิจกรรมจะครอบคลุมทั้งหมดในแต่ละสัปดาห์ ในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยการสอนต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุเข้ามา

เป็นวิทยากร พบว่าบางแห่งมีงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ, สภาเกษตรกรไทย แต่ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะเท่านั้น และยังไม่มีงบประมาณจากเอกชนบริจาค

“ประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นคนเขียนโครงการเอง เค้าเป็นข้าราชการเก่าเกษียณเมื่อก่อนงบประมาณไม่พอ แต่พอติด (ตกลงกัน) กับ สสส. ได้แล้วก็พอ ต้องติด (ตกลงกัน) ปีต่อปีแล้วแต่เราเขียนโครงการไป แต่ทาง รพ.สต. ก็กันเงินกองทุนหลักประกันฯไว้ให้ทุกปี”

“เราก็ประชุมกับคณะกรรมการกองทุนว่าต้องการเงินเท่านั้น ส่วนโครงการอื่นๆ ก็เกลี้ยไปคือว่าให้มันได้ทุกโครงการเพื่อไม่กระทบกับระบบ”

2) มีการจัดการระบบบริการ พบว่ามีการจัดการบริการด้านสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะเน้นการจัดการด้านสาธารณสุขโดยบูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคมมีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนให้เกิดระบบสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การสนับสนุนการเดินทางเพื่อมารับบริการ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ การพัฒนาด้านอาชีพรายได้แก่ทั้งผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านสังคมอื่นๆ

3) มีการประเมินผลรวมโดยนำข้อมูลมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

4) การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่าในพื้นที่จะมีภาคีเครือข่ายที่เป็นสหวิชาชีพ ทำให้องค์การการทำงาน เกิดการแบ่งงาน แต่ละตำบลต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่จะเป็นพื้นฐานในการกำหนดภาคีหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อมาร่วมหารือ กำหนดบทบาท สนับสนุนการจัดการให้เป็นไปตามแผนการดูแล (Care Plan) ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ภาคีหลักที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทในแต่ละพื้นที่

“อาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม สำรวจทุกเดือน เราอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประเมิน ADL แล้ว รพ.สต. ประเมินซ้ำ”

“พมจ. อบต. โรงเรียน จัดกิจกรรมผู้สูงอายุให้ความรู้ ทอดผ้าป่า ทำทุกปี วัด ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมนันทนาการ ภูมิปัญญา พาผู้สูงอายุไปดูงานที่เขาจันทร์งาม หลวงปู่โต มีรถรับส่ง กคน. อบรมทำดอกไม้จันทน์ ทำขนม ทำอาหาร เกษตร ให้ความรู้เศรษฐกิจพอเพียง link กับ อบต. ด้วย”

การประเมินด้านผลผลิต

การประเมินด้านประกอบด้วย

1) ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขได้พูดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ร้อยละ 70.30 ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุขร้อยละ 71.8 ร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในโอกาสที่เหมาะสม เช่น รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ การพบปะสังสรรค์ร้อยละ 69.2 ตรวจวัดความดันโลหิตและตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะแก่ผู้สูงอายุเพื่อดูโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 70.3 ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน หอบหืด และลมชัก ร้อยละ 61.3 ติดตามดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการด้านสาธารณสุขร้อยละ 60.5 จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าสภาพการทำงานในแต่ละตำบลจะมีการทำงานเป็นทีม มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ มีระบบการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมเพื่อคัดกรองสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขทำความเข้าใจแบบสำรวจก่อนทำการเก็บและประเมินภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำ มีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลาหรือแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการพร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้จะมีกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกัน เพิ่มพูนความรู้จากการสอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกวดและคัดเลือกให้รางวัล และจะมีการจัดกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ด้านออกกำลังกาย ด้านความรู้สมุนไพรที่สามารถใช้ในชีวิตรประจำวัน ด้านสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ มีการเรียนภาษาอังกฤษ การทำบุญร่วมกัน ไปวัดส่งเสริมด้านธรรมะ

2) การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ โดยสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,425 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และจากบุตรหลาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.1 เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 80.42 ติดบ้านร้อยละ 12.78 ติดเตียงร้อยละ 6.80 มีดัชนีมวลกายปกติเพียง 37.0 ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่าในกลุ่มที่ 1 ติดสังคมอยู่กับครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 91.53 การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.6 ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 52.3 ในกลุ่มที่ป่วยได้ กินยา

เป็นประจำร้อยละ 46.2 ผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การออกกำลังกายโดยมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์เพียงร้อยละ 20.0 รับประทานผักสดผลไม้สดเป็นประจำ (3 - 4 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 34.0 ดื่มน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 36.2 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 8.0 และ 3.9 ตามลำดับ ในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษและเป็นประจำพบร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

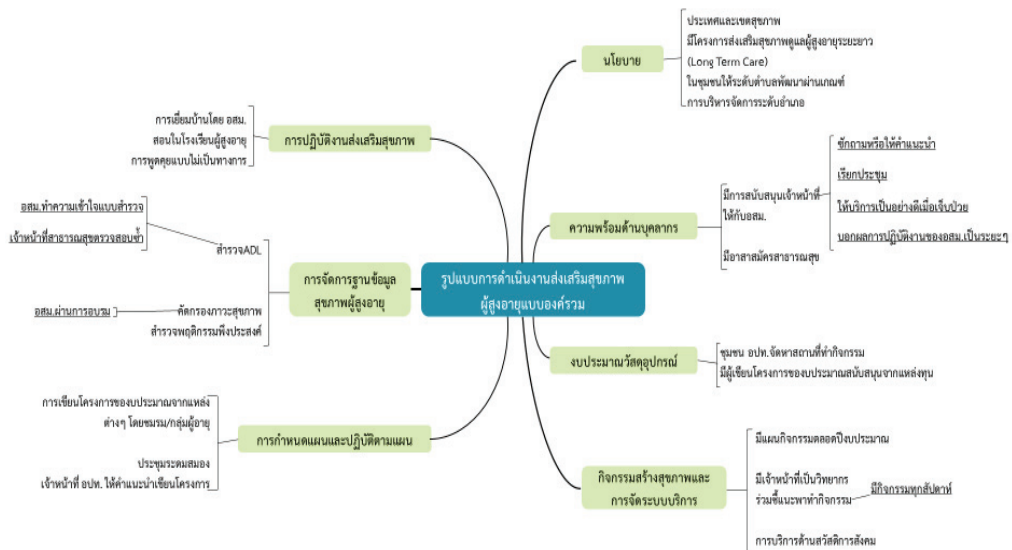
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 15 - 30 นาที	285	20.0
มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 15 - 30 นาทีแต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์	685	48.1
ไม่มีกิจกรรมทางกาย หรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที	455	31.9
รับประทานผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ		
กินทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	485	34.0
กินเป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	874	61.3
ไม่กิน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	66	4.6
ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ดื่มได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (5 - 7 วันต่อสัปดาห์)	516	36.2
ดื่มได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 4 วันต่อสัปดาห์)	825	57.9
ไม่ได้ (0 - 2 วันต่อสัปดาห์)	84	5.9

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	1,255	88.1
เคยสูบ	114	8.0
ยังสูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน	56	3.9
ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า		
ไม่ดื่ม	1,278	89.7
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ	121	8.5
ดื่มเป็นประจำ	26	1.8

3) การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จะต้องมียุทธศาสตร์และเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน และให้ระดับตำบลพัฒนาผ่านเกณฑ์ LTC พร้อมกับการบริหารจัดการระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นส่วนที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความพร้อมด้านบุคลากร โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำเรียกประชุม ให้บริการอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดีเมื่อเจ็บป่วย และมีความเป็นกันเองบอกผลการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นระยะๆ ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเช่นกัน ต้องมีงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอ นอกจากนี้เครือข่ายชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหาสถานที่ทำกิจกรรม ในเรื่องของกระบวนการพบว่า

มีการประชุมระดมสมอง การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ สำรวจ ADL สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบันเสมอ โดยทำความเข้าใจแบบสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง การเขียนโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ โดยชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งทุน แต่ต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแผนกิจกรรมตลอดปีงบประมาณพบว่าพื้นที่ตัวอย่างมีกิจกรรมบริการให้กับผู้สูงอายุ การร่วมกิจกรรมสร้างสุขภาพและการจัดระบบบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่เป็นวิทยากรร่วมชี้แนะพาทำกิจกรรมด้วย มีการบริการด้านสวัสดิการสังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข การสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการของอาสาสมัครสาธารณสุข การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังภาพ



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. การประเมินด้านบริบทพบว่าทุกอำเภอมีนโยบายด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับประเทศและเขตสุขภาพ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ การสร้างความร่วมมือองค์กรภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาชน ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)⁽⁴⁾

2. ปัจจัยนำเข้าด้านความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขสมัครใจเข้ามาถึงร้อยละ 86.7 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ซักถามหรือให้คำแนะนำในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 84.1 ได้เรียกประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไข อยู่เสมอ ร้อยละ 74.9 สอดคล้องกับการศึกษา

ของบุญชิน เสาวภาภรณ์ และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้นำตามธรรมชาติที่เป็นอาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3. การสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานอย่างไม่เพียงพอหรือไม่ถึงร้อยละ 33.8 ชุมชนมีการสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุรวมตัวกันไม่เพียงพอและไม่ถึงร้อยละ 25.5 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า เครือข่ายในพื้นที่ก็แสวงหางบประมาณเพิ่มมากขึ้น โดยในระยะแรก จะใช้วิธีเขียนขอจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในระยะต่อมาเปลี่ยนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สูงอายุ

มีปัดต่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุจับมือกันทำวางแผนงานเพื่อให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุและกันเงินไว้ทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 70 - 89 เชื่อว่ามีการบูรณาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การวางแผนและออกแบบระบบ การประชุมหารือกับครอบครัวและผู้ดูแล การสนับสนุนการจัดบริการต่างๆ การเยี่ยมบ้าน และการกำกับติดตามผลดำเนินการ

4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้า โดยสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันร้อยละ 3.9 และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้าเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ และเป็นประจำร้อยละ 8.5 และ 1.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสำรวจที่ดำเนินการโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับกรมอนามัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ ทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปใน 28 จังหวัด พบว่า ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาต้องเหล้าร้อยละ 78 ที่เหลือสูบบุหรี่หรือดื่มเป็นบางครั้งและสูบบุหรี่หรือดื่มประจำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1. การกำหนดนโยบายระดับเขตและประเทศ ควรจะต้องส่งเสริมพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้มีค่านิยมที่ถูกต้อง และต้องพัฒนาให้ประชาชน

เกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

2. ควรมีนโยบายผลักดันให้ชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเป็นผู้นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง “เพื่อนช่วยเพื่อน”

3. ควรพัฒนาแนวทางการรณรงค์และการเฝ้าระวังตามโครงการคนไทยไร้พุงในกลุ่มวัยทำงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมประชากรวัยทำงานเพื่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4. ระดับอำเภอ ควรมีการประสานความร่วมมือทุกกระทรวงหลักและภาคเอกชน ทำข้อตกลงร่วมให้มีความพร้อมของทรัพยากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ซึ่งพบว่าบางพื้นที่ทรัพยากรในด้านเอกสารและสิ่งของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานยังไม่เพียงพอหรือไม่เลย

5. ในระดับตำบล ควรสร้างต้นแบบผู้สูงอายุ ขยายในชุมชนทุกชุมชน เพื่อให้เกิดการบอกต่อและพูดคุยซักถาม โดยการทำเช่นนั้น ควรอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดมาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นและขับเคลื่อนลงสู่พื้นที่ต่อไป

2. ควรศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. World Report on Ageing and Health [internet]. Luxembourg; 2015 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562:16-19
3. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. รายงานประจำปี 2560 ศูนย์อนามัยที่ 9. [นครราชสีมา]: ศูนย์อนามัย; 2561.
4. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวิสัย; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oppo.opp.go.th>
5. บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ปรีชา ดิลกภูมิพิสิทธิ์, และวรากรณ์ ไตรติลานันท์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนาโลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557:9(1): 47-59.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลการ, และบรรคม สิริระพันธ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.
7. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, วิมลบ้านพวน, ธีระศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ผศ.ดร.ลีลี อิงศรีสว่าง, ดร.นพ.ศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กรุงเทพฯ: วชิรรินทร์ พี.พี.; 2556.

การศึกษาการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์โดยใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ เก่ง สืบบุญการณ์*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 14 มิถุนายน 2562

รับบทความที่แก้ไข: 18 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 19 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ 2) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และ 3) เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ข้อมูลสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 40 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 โรงเรียนศีขรภูมิพิสัย และนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงของวิทยาลัยการอาชีพศีขรภูมิ จำนวน 600 คน โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของประชากร ใช้การเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ประกอบด้วยนักเรียนจากโรงเรียนศีขรภูมิพิสัยจำนวน 202 คน และนักศึกษาจากวิทยาลัยการอาชีพศีขรภูมิจำนวน 398 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ การรวบรวมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องและแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละและการวิเคราะห์เชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดโมเดลความรู้ทางด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นได้ การทราบสาเหตุที่ชัดเจนจะช่วยให้

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดสุรินทร์

Corresponding author: เก่ง สืบบุญการณ์ Email: Keng59261@gmail.com

สามารถกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน แก้ไขปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้สามารถแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นคือการเสริมสร้างทักษะชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น เมื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 64.50 ระดับพอใช้ ร้อยละ 25.17 จึงมีข้อเสนอแนะในแนวทางในการพัฒนาคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตามความสำคัญและจำเป็นในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น, รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Utilizing Health Literacy Model to Prevent Unwanted Pregnancy among Adolescents in Sikhoraphum District, Surin Province

Keng Suebnukarn *

Article History

Received: June 14, 2019

Revised: August 18, 2019

Accepted: August 19, 2019

Abstract

The objectives of this research were to 1) study the model of health literacy about pregnant problems of teenagers Srikhoraphum District, Surin Province, 2) assesses the health literacy about pregnant prevention of the teenagers Srikhoraphum district, Surin province, and 3) provide suggestions for the health literacy development to prevent adolescent pregnancy in Srikhoraphum district, Surin province. The qualitative data regarding adolescence pregnancy issues and suggested solutions were collected from were 40 adolescents and stakeholders in Srikhoraphum district through purposive sampling method. The quantitative data on adolescents' health literacy regarding unintended pregnancy among adolescents were collected from 600 adolescents selected randomly from students of Sikhoraphum Phisai School (202 students) and Sikhoraphum Vocational College (398 students) using the 25 percent of the population for sample size determination. The data were collected using focus group discussions, in-depth interviews, information drawn from workshops, related documents and health literacy assessments. The quantitative data were analyzed using frequencies and percentages while content analyses were used for qualitative data. The results indicated that every components of the health literacy model Literacy were necessary for causal analysis of unintended pregnancy among adolescents. Identification of the

* Medical Physician, Senior Professional Level, Acting Director of His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary
Phanom Dong Rak Hospital, Surin Province
Corresponding author: Keng Suebnukarn Email: Keng59261@gmail.com

specific causes of adolescents' unintended pregnancies could provide appropriate solutions for the problems. Additionally, the most important factors for adolescent pregnancy prevention were the development of adolescents' life skills and health literacy. The study found that the majority of the samples' health literacy regarding adolescent pregnant prevention were at a low level (64.50%) followed by a moderate level (25.17%). It was suggested from this study that the development of adolescents' health literacy concerning unintended pregnancy prevention was essential and needed to be promoted among the adolescents.

Keywords: Unwanted Pregnancy of Teenagers, Model of Health Literacy

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นนั้นนับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะมีผลกระทบที่รุนแรงเป็นภาวะเสี่ยงสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เนื่องจากสภาพของร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมยังไม่สมบูรณ์พอส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและระยะหลังคลอดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่⁽¹⁾ มีรายงานพบว่ามารดาวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยสาเหตุเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดสูงเป็น 2 เท่าของมารดาวัยผู้ใหญ่ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้แก่ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนดทารก มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์โดยที่อาการของภาวะความดันโลหิตสูงจะรุนแรงขึ้นทำให้เกิดอัตราการชักและเสียชีวิตเพิ่มเป็น 3.5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์⁽¹⁾ ในการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย ปัจจุบันใช้ข้อมูลการคลอดมีชีพในกลุ่มประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี โดยข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ฐานทะเบียนราษฎร์) นับว่ามีความถูกต้องแม่นยำมากที่สุด ข้อมูลอัตราการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎร์ปีล่าสุดที่ได้รับจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคืออัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 42.5 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2561

(ไม่เกิน 42 ต่อพัน) ในรายละเอียดมีหญิงคลอดบุตรจำนวนทั้งสิ้น 666,207 ราย เป็นการคลอดจากแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 94,584 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของการคลอดทั้งหมด โดย เป็นแม่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี จำนวน 2,746 ราย เป็นแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 91,838 ราย เท่ากับว่าในแต่ละวันมีแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรจำนวน 259 ราย⁽²⁾

ในส่วนแนวโน้มอัตราการคลอดมีชีพในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดใน พ.ศ. 2554 และ 2555 คือ 53.4 ต่อพัน หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา คือ อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ข้อมูล พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 1.8, 1.7, 1.6, 1.5 และ 1.4 ตามลำดับ โดยอัตราการคลอดในปี 2559 เป็นไปตามเป้าหมาย ของ กรมอนามัย คือไม่เกิน 1.4 ต่อพัน แต่ในส่วนอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ข้อมูล พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 53.4, 51.2, 47.9, 44.8 และ 42.5 ตามลำดับ โดยอัตราการคลอดในปี 2559 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดตามแผนยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย คือ ไม่เกิน 42 ต่อพัน⁽³⁾ นับว่าเป็นอัตราที่สูง

สาเหตุที่สำคัญของการเกิดปัญหาครรภ์ไม่พร้อม เกิดจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น การขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความอยากรู้อยากลอง การขาดความรู้ที่ลึกซึ้งถึงควมมีคุณค่าในตนและที่สำคัญวัยรุ่นจำนวนมากไม่คิดว่าตนเองอยู่ในภาวะ

เสียงบางคนไม่มีความรู้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงวัยรุ่นหญิงจำนวนมากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และเมื่อป้องกันก็เลือกใช้วิธีที่ได้ผลน้อยมาก พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นำมาซึ่งปัญหาสำคัญของวัยรุ่นไทย วัยรุ่นควรมีความรู้ที่มีประสิทธิภาพที่จะเข้าใจความต้องการของตนเองและช่วยตนเองได้ในสถานการณ์วิกฤต⁽⁴⁾ จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่วัยรุ่นจะต้องมีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่สำคัญที่นำมาใช้ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพอันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงต่อสุขภาพ⁽⁵⁾

จากผลการประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ในปี 2557 พบว่ามีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 95.5 ระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 4.5 และไม่พบว่ามีระดับดีมากดีมากไม่พบ⁽⁶⁾ จากผลการประเมินดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการศึกษาตัวชี้วัดความรู้เท่าทันสื่อทางเพศพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพทางเพศคิดเป็นร้อยละ 28.09 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความรู้เท่าทันสื่อทางเพศเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และผลวิจัยของ shrestha⁽⁷⁾ พบว่าอัตราความรอบรู้ (Literacy) ต่ำ มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงซึ่งแสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์

ได้มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด มีการพัฒนาทักษะชีวิตส่วนบุคคล การส่งเสริมการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัว มีการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสถานบริการสาธารณสุข และในสถานศึกษาทุกระดับ จึงเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร⁽⁸⁾ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ขณะนั้นทบทิม (Don Natbeam)⁽⁹⁾ ได้แบ่งความรู้รอบด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้ขั้นพื้นฐาน (Functional literacy) คือ การอ่านออกเขียนได้ระดับความรู้รอบด้านปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy) คือ การมีทักษะทางด้านสังคมในการสื่อสาร และระดับความรู้ด้านวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) คือ การใช้ทักษะในการวิเคราะห์ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของตนเอง ขณะเดียวกัน แมงกานีลโล (Manganello)⁽¹⁰⁾ เพิ่มระดับของความรู้ด้านสุขภาพต่อจากของทบทิมอีก 1 ระดับ คือความรอบรู้ด้านสื่อสารมวลชน (Media Literacy) เพราะวัยรุ่นมีความถนัดในการใช้สื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และการให้บริการทางสุขภาพ จึงเห็นได้ว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญที่จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการเรียนรู้เพื่อให้สามารถก้าวเป็นผู้ใหญ่ที่ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขณะที่มาตรฐานสุขภาพระดับชาติ (The National Health

Education Standards: NHES) ของสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดคุณลักษณะ 8 ประการ ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล ได้แก่

- 1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
 - 2) สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ครอบครัว เพื่อน สังคม วัฒนธรรมและเทคโนโลยีและอื่นๆ
 - 3) สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม
 - 4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความสุขภาพและความเสี่ยง
 - 5) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ
 - 6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ
 - 7) มีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ
 - 8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม
- งานวิจัยของ แอดวาร์ด (Edwards, M. Wood)⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาเส้นทางความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบจาก 8 ด้าน ได้แก่
- 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Knowledge health)
 - 2) การจัดการตนเอง (Self-management skills)
 - 3) กิจกรรมการค้นหาและใช้ข้อมูล (Active information seeking and use)
 - 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางวิชาชีพสุขภาพ (Actively communicating with health profession)
 - 5) การค้นหาและการเจรจาในการปฏิบัติการรักษา (Seeking and negotiating treatment options)

- 6) การตัดสินใจ (Decision making)
- 7) อิทธิพลด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Influences on health Literacy) และ
- 8) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Result on health literacy) นับเป็นโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการพัฒนาความรู้ การปฏิบัติทักษะการกระทำความสามารถในการค้นหาทางเลือกและข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

ในส่วนของพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ก็เช่นเดียวกัน พบว่ามีปัญหาของวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยพบว่ามีอัตราการเกิดขึ้นในหญิงอายุ 15-19 ปี คือ ปี 2558 อัตรา 49.10 ปี 2559 อัตรา 38.46 และปี 2560 อัตรา 31.43 และยังพบว่าหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีการตั้งครรภ์ซ้ำใน คือ ปี 2558 ร้อยละ 18.92 ปี 2559 ร้อยละ 16.95 และปี 2560 ร้อยละ 13.86 และถ้าพิจารณาข้อมูลดังกล่าวในพื้นที่อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีสถานการณ์ที่สอดคล้องในภาพรวมของจังหวัดสุรินทร์ คือหญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการเกิดมีชีพ ในปี 2558 อัตรา 35.86 ปี 2559 อัตรา 31.00 และปี 2560 อัตรา 28.60 เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่า ปี 2558 ร้อยละ 19.58 ปี 2559 ร้อยละ 20.91 และปี 2560 ร้อยละ 12.88⁽¹²⁾ จากข้อมูลที่พบถึงแม้ว่าในแต่ละสถานการณ์จะมีแนวโน้มว่าลดลง แต่อัตราการคลอดมีชีพและการตั้งครรภ์ซ้ำที่พบยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดและพื้นที่ จึงจำเป็นต้องหาแนวทาง และรูปแบบที่เหมาะสม เข้ามาแก้ไข ซึ่งถ้าวิเคราะห์ของสาเหตุของปัญหาที่พบก็ไม่แตกต่างจากภาพรวมของประเทศที่พบว่าวัยรุ่นต่ำกว่า 20 ปี มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับที่ไม่มากพอที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติตัว

เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นให้ความยั่งยืนและ ต่อเนื่อง สามารถลดจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบความรู้ด้าน สุขภาพ (Model of Health Literacy) ในการแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาวางแผนและพัฒนาการเรียนรู้ของวัยรุ่นให้ สามารถนำมาปฏิบัติตัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในแนวทางการ พัฒนาคุณลักษณะความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบของความรู้ ทางด้านสุขภาพ (Model of Health Literacy) มาเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ หลักการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹³⁾ ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning: P) 2) การปฏิบัติการ (Action: A) 3) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection: R) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ

1) ผู้บริหารและครูในโรงเรียนศีขรภูมิพิสัย จำนวน 114 คน

2) ผู้บริหารและครูในวิทยาลัยการอาชีพ ศีขรภูมิ จำนวน 55 คน

3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ในการแก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิจำนวน 10 คน

4) นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3-6 โรงเรียนศีขรภูมิพิสัย จำนวน 830 คน และ นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพและระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยการอาชีพ ศีขรภูมิ จำนวน 1,607 คน รวมทั้งหมดจำนวน 2,437 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ข้อมูลสภาพปัญหาของ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและแนวทางการ แก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น โดย การเลือกแบบเจาะจง (purposive Sampling) จำนวน 40 คน ประกอบด้วย

1) ผู้บริหารและครูที่เกี่ยวข้องในการ แก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นโรงเรียน ศีขรภูมิพิสัย จำนวน 5 คน

2) ผู้บริหารและครูที่เกี่ยวข้องในการ แก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น วิทยาลัย การอาชีพศีขรภูมิ จำนวน 5 คน

3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ในการแก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

ในอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 10 คน

4) นักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ชั้นปีที่ 3-6 โรงเรียนศีขรภูมิพิสัยที่เป็นเครือข่าย
ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น
ในอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 10 คน

5) นักเรียนระดับประกาศนียบัตร
วิชาชีพและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
ที่เป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 10 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการประเมิน
ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 โรงเรียนศีข
รภูมิพิสัยและนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ
และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน
600 คน โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 25 ของประชากร
ใช้การเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random
sampling) ประกอบด้วยโรงเรียนศีขรภูมิพิสัย
จำนวน 202 คน วิทยาลัยการอาชีพศีขรภูมิ
จำนวน 398 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย
ได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิง
ปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสาร
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้เป็น
เครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
ของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัยและรูปแบบ
วิธีการดำเนินการวิจัยซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลบริบทที่เกี่ยวกับ
ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ

สภาพปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นใน
อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ การดำเนินงาน
เพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น
ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยเก็บรวบรวม
ข้อมูลจากเอกสารสรุปผลการดำเนินการแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของโรงพยาบาลศีขรภูมิ
จังหวัดสุรินทร์ ปี 2558-2560⁽¹⁴⁾

1.2 แบบบันทึกและแนวคำถาม
การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)
เป็นแบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม
ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในการสนทนากลุ่มใน
4 ประเด็น คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แนวทางการแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3) การใช้รูปแบบ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
ไม่พร้อมตามแนวทาง 6 ทักษะ คือทักษะ
การเข้าถึงข้อมูล รับรู้ เข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะ
การตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะ
การรู้เท่าทันสื่อ 4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ เช่น มีความ
คิดเห็นอย่างไรกับสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์
ไม่พร้อมในวัยรุ่นในปัจจุบันนี้ ความคิดเห็นต่อ
สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของอำเภอ
ศีขรภูมิเป็นอย่างไรและมีผลกระทบอย่างไรบ้าง เป็นต้น
โดยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

1.3 แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง
เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในแนวทางการแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เชิงปริมาณของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถาม
วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
เป็นเครื่องมือที่สร้างโดยกองสุขศึกษา กระทรวง
สาธารณสุข⁽⁸⁾ ที่ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือแล้ว
โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.89 มีค่าอำนาจ

จำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.403-0.834 ค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.456-0.510 และค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.847-0.928 และได้นำแบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มาทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 ค่าอำนาจจำแนก (r) ระหว่าง 0.75-0.82 ค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.48-0.56 และ ค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.82-0.89

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน การดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหาย จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขออนุญาตผู้บังคับบัญชาของกลุ่มตัวอย่างและประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

โดยการศึกษาและค้นคว้าสถานการณ์และสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นระดับประเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 ของจังหวัดสุรินทร์ และของ อำเภอศีขรภูมิ รวมทั้งข้อมูล นโยบาย แนวทางการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ผ่านมาทั้งของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ เพื่อเป็นข้อมูลนำใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้ง และประสานกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น สถานการณ์และสภาพปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ แนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ นโยบายและกรอบแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมทุกระดับ แล้วสังเคราะห์ข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์ตามสภาพปัญหาที่พบของข้อมูลเพื่อนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เป็นแผนปฏิบัติการในการหารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การหารูปแบบในการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยผู้วิจัยได้สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

(Observing) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการแก้ไขปัญหาการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่กำหนดขึ้น ไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตามกรอบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการแก้ไขปัญหาของการ

ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยที่สร้างขึ้น สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นกิจกรรมการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหการแก้ไขปัญหของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการแก้ไขปัญหการแก้ไขปัญหของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ที่พบ

ระยะที่ 3 การสรุปและประเมินผล โดยการประเมินผลการใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการแก้ไขปัญหของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 4) การจัดการเงื่อนไขทางด้านสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 5) การรู้เท่าทันและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 6) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล

เชิงปริมาณได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentages) ค่าเฉลี่ย (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นการนำข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มมาทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความเพียงพอและความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้นำสรุปและใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1-3 ดังนี้

1.1 การวางแผนพัฒนา โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ และระบุปัญหการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ใน อำเภอศีขรภูมิตั้งแต่ปี 2558 - 2560 เป็นต้นมา คือพบว่ามีอัตราการเกิดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี คือในปี 2558 อัตรา 35.86 ปี 2559 อัตรา 31.00 และปี 2560 อัตรา 28.60 เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่าปี 2558 ร้อยละ 19.58 ปี 2559 ร้อยละ 20.91 และปี 2560 ร้อยละ 12.88 ถึงจะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังพบในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ อัตราการเกิดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 24 ซึ่งสามารถวิเคราะห์สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

ก) พฤติกรรมของเด็กเอง ได้แก่ ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความอยากรู้อยากลอง การขาดความรู้สึกสำนึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง

ข) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สภาพครอบครัวแตกแยก ปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การถูกล่วงละเมิดจากบุคคลในครอบครัว และ

ค) ปัจจัยด้านแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ความเสื่อมของสภาพแวดล้อมในชุมชน อิทธิพลจากเพื่อนที่มีค่านิยมผิด ๆ อิทธิพลจากสื่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นของ อำเภอศีขรภูมิ มีผลต่อการแก้ไขปัญหได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่มากพอที่จะทำให้สถานการณ์ดังกล่าวลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งถ้าวิเคราะห์ถึงสาเหตุจะพบว่ามีส่วนที่เกี่ยวข้องหลายส่วน คือ ในการดำเนินงานพัฒนาส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ที่มีการดำเนินงานในรูปแบบการทำงานที่ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ซึ่งภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่แล้วมีงานที่ต้องรับผิดชอบในหน้าที่ให้มีผลต่อการทำงานที่ได้รับมอบหมายตามโครงการไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ ทำให้การติดตามการปฏิบัติงานของคณะทำงานได้ไม่ต่อเนื่อง และที่สำคัญที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีไม่มากพอ ในการสร้างความเข้าใจและนำมาปฏิบัติได้ มีผลให้ความสามารถและการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่สามารถวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติและจัดการตนเองได้ จึงมีผลต่อสถานการณ์วัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ ที่ยังมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระดับที่สูง

1.2 การปฏิบัติการโดยการดำเนินกิจกรรม

ตามการวางแผนพัฒนา เพื่อการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ ทั้งในส่วน of หน่วยบริการทางด้านสาธารณสุข และสถานศึกษา เพื่อแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการแก้ไขปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ผลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า ทักษะที่มีความสำคัญสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมประกอบไปด้วย ทักษะทางปัญญา ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทักษะทางสังคม คือ การสื่อสารเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การสร้างเงื่อนไขให้ตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบด้วย พฤติกรรมการไม่เที่ยวกลางคืน การไม่ดูสื่อลามก การจัดการปัญหาส่วนตัวเป็นและการให้ความสนิทสนมเพศตรงข้าม จึงควรส่งเสริมและพัฒนาวัยรุ่นให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามองค์ประกอบทั้งองค์ประกอบควรจะได้จัดเป็นโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย ได้มีความรู้ ความเข้าใจในความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการศึกษาทฤษฎี

ที่เกี่ยวข้อง ได้ยกร่างรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างชุดเดิมเพื่อ ช่วยพิจารณาให้ข้อเสนอแนะและประเมินคุณภาพ ของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีข้อสรุปที่ได้จาก กลุ่มตัวอย่าง การพัฒนาวัยรุ่นให้มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบ คือ

- ก) ความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ
- ข) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ
- ค) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ
- ง) การจัดการเงื่อนไขทางด้านสุขภาพ
- จ) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และ
- ฉ) การรู้เท่าทันกับสื่อและสารสนเทศ

องค์ประกอบเหล่านี้จะส่งเสริมการพัฒนาทักษะ ชีวิตของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้เกิดทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคม และ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ ได้นำรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มาประเมินคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องเท่ากับ 1.00 และการประเมินคุณภาพ ของรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$ S.D. = 0.78) แต่ละด้านอยู่ในระดับ ดีมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยลำดับแรกคือ ด้านความเป็นไปได้ ($\bar{X} = 3.76$ S.D. = 0.77) รองลงมาคือด้านความเหมาะสม ด้านความสอดคล้อง และด้านความถูกต้อง ตามลำดับ ($\bar{X} = 3.71$ 3.68 และ 3.66 S.D. = 0.68 0.89 และ 0.76)

1.3 การสังเกต เป็นการนำผลจากขั้นตอน ของการวางแผนและกิจกรรมที่ได้ในการปฏิบัติการ มาจัดกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3-6 ของโรงเรียน

ศิรภูมิพิสัย และนักเรียนระดับประกาศนียบัตร วิชาชีพและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยการอาชีพศิรภูมิ โดยการจัดเป็นโครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของ วัยรุ่นอำเภอศิรภูมิ จังหวัดสุรินทร์จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นอย่างมาก ซึ่งผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ ทั้งใน ส่วนของกิจกรรมการละลายพฤติกรรม กิจกรรม การบรรยายความรู้การอภิปรายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมสาธิตต่างๆ และที่สำคัญที่สุดคือกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันวิเคราะห์ถึงรูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่นถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ของความรอบรู้ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตั้งครรภ์ไม่พร้อมใน วัยรุ่น มี 3 เส้นทาง 1 เริ่มต้นจากการที่บุคคล มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายัง การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไข ทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มายังพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในด้านการดูแลสุขภาพ 2 เริ่มต้นจากการที่ บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายัง การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ และการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ มายังพฤติกรรมการป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในด้านการเฝ้าระวังความเสี่ยง ด้าน การจัดการปัญหาส่วนตัว และด้านการให้ความ กล้าชิดกับเพื่อนต่างเพศ และเส้นทาง 3 เริ่มจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งมายังพฤติกรรมการ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในด้านการดูแลสุขภาพ

1.4 การสะท้อนกลับ เป็นการประเมิน โมเดลความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน การแก้ไข ปัญหาของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอ ศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการวัดความรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในวัยรุ่น สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น แบ่งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

องค์ประกอบที่	ระดับ HL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	ไม่ถูกต้อง	387	64.50
	ถูกต้องบ้าง	150	25.00
	ถูกต้อง	63	50.00
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	ไม่ดีพอ	356	59.34
	พอใช้	244	40.62
	ดีมาก	-	-
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	ไม่ดีพอ	401	66.84
	พอใช้	199	33.16
	ดีมาก	-	-
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	ไม่ดีพอ	338	56.34
	พอใช้	202	33.67
	ดีมาก	60	9.99
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ไม่ดีพอ	351	58.50
	พอใช้	163	27.17
	ดีมาก	86	14.33
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ไม่ดีพอ	212	35.34
	พอใช้	232	38.67
	ดีมาก	156	25.99
7. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม			
7.1 การเที่ยวกลางคืนสถานเริงรมณ์	ไม่ดีพอ	360	60.00
	พอใช้	180	30.00
	ดีมาก	60	10.00
7.2 การดูสื่อลามก	ไม่ดีพอ	194	32.34
	พอใช้	172	29.00
	ดีมาก	236	38.66

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น แบ่งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ต่อ)

องค์ประกอบที่	ระดับ HL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7.3 การจัดการปัญหาส่วนตัว	ไม่ดีพอ	374	62.34
	พอใช้	160	26.67
	ดีมาก	33	10.99
7.4 การให้ความใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม	ไม่ดีพอ	379	63.17
	พอใช้	123	20.50
	ดีมาก	98	16.33

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่ดีพอ ยกเว้น ด้านการตัดสินใจเลือก มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ ปฏิบัติที่ถูกต้อง ที่อยู่ในระดับพอใช้แต่โน้มเอียง ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เกือบทุกองค์ประกอบ ไปยังในระดับไม่ดีพอ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ แบ่งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่ เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน วัยอันควร	387	64.50
พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนเพื่อการ ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	151	25.17
ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มาก และมีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการ ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างถูกต้อง และยังยืนยันจนเชี่ยวชาญ เป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับเพื่อนได้	62	10.33

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 64.50 ระดับพอใช้ มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการ ร้อยละ 25.17 ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้น้อยและไม่ถูกต้องและไม่สนใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัย ทำตามใจตัวตามสบายไม่คำนึงถึงผลเสียต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม	212	35.34
พอใช้	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้างให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น	312	52.00
ดีมาก	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ปริมาณที่มากและให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด ที่เป็นแบบอย่างให้เพื่อนได้	76	12.66

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ดีพอ ร้อยละ 32.34 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.66 มีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อยู่ใน ระดับพอใช้ร้อยละ 52.00 รองลงมาอยู่ในระดับ

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ 3 ระดับ

องค์ประกอบ	ระดับ HL	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	ไม่ดีพอ	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับต่ำ	376	62.67
	พอใช้	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง	224	37.33
	ดีมาก	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับสูง	-	-
ระดับปฏิสัมพันธ์	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่ำ	354	59.00

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ 3 ระดับ (ต่อ)

องค์ประกอบ	ระดับ HL	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับวิจารณ์ญาณ	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลปานกลาง	246	41.00
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูง	-	-
	ไม่ดีพอ	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญายอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณต่ำ	298	49.67
	พอใช้	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญายอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณปานกลาง	166	27.67
	ดีมาก	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญายอยู่ในระดับการมี วิจารณ์ญาณสูง	136	22.66

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกตามระดับทักษะทางปัญญาและสังคม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานมีทักษะทางปัญญาในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 62.67 ส่วน ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 59.00 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 49.67 ระดับพอใช้ร้อยละ 27.67 และระดับดีมากร้อยละ 22.66

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากข้อมูลสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราการคลอดมีชีพและการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ระหว่าง ปี 2558-2560 มีแนวโน้มลดลงแต่สถานการณ์ที่พบก็ยังคงเป็นปัญหา คือ พบว่ามีอัตราการเกิดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี คือในปี 2558 อัตรา 35.86 ปี 2559 อัตรา 31.00

และปี 2560 อัตรา 28.60 เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่า ปี 2558 ร้อยละ 19.58 ปี 2559 ร้อยละ 20.91 และปี 2560 ร้อยละ 12.88 (เป้าหมาย อัตราการคลอดมีชีพของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตราไม่เกิน 24) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมยังไม่สมบูรณ์พอ ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม และเศรษฐกิจ จากสถานการณ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยที่สถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นมีความซับซ้อนและเกี่ยวโยงกับหลายมิติ สภาพสังคม ปัจจุบันส่งผลให้การดำรงชีพของครอบครัวไทยจำนวนมากต้องดิ้นรน พ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องทำมาหากินเลี้ยงชีพ เป็นผลให้ครอบครัวส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลบุตรหลานให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่น และไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อม

รอบตัวได้ ประกอบกับการพัฒนา ด้านสาธารณสุข และการกินอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้เด็กเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์ ได้เร็วขึ้น การขาดโอกาส เรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตร การเข้าถึงสื่อทุกรูปแบบได้ โดยไร้ขีดจำกัด ส่งผล ให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้นโดยขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการฝึกฝนทักษะชีวิต เพื่อดูแล และรักษาความสัมพันธ์ทางเพศให้ราบรื่นปลอดภัย ไม่เกิดผล กระทบทั้งต่อตนเองและคนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ⁽⁸⁾ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีหลากหลายแนวทาง และเป็นแบบบูรณาการ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละ พื้นที่ ซึ่งแตกต่างกันไปแต่ละพื้นที่ที่มีรูปแบบทาง สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน การป้องกันจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้านและอาศัยความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ซึ่ง ที่ผ่านมา พบว่า ยังขาดการบูรณาการที่จริงจังระหว่าง หน่วยงานที่รับผิดชอบ และกระบวนการยังไม่เอื้อ ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมมือในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง สามารถวิเคราะห์ ถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีหลายสาเหตุที่สำคัญ คือ การที่ นักเรียนหรือวัยรุ่นขาดการสร้างทักษะชีวิตและ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตัวเองไม่ให้ ตั้งครรภ์ ผู้ปกครองขาดทักษะในการดูแลลูกวัยรุ่น มีทัศนคติไม่ดีต่อลูก อิทธิพลของสื่อสารสนเทศ ที่วัยรุ่นมีการเข้าถึงมีการ วัยรุ่นไม่สามารถแยกแยะ ข้อมูลที่ดีและถูกต้องจากสื่อได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผล ต่อวิถีชีวิตของวัยรุ่นที่ไม่สามารถที่จะเลือกตัดสินใจ ให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ จึงได้

เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมของวัยรุ่นใน อำเภอศีขรภูมิโดยการใช้ แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาเป็นรูปแบบในการสร้างทักษะชีวิต เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นเป็นกระบวนการ แก้ปัญหาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และความสามารถในการใช้ข้อมูล ข่าวสาร เพื่อ สุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้นเสมอ จึงสามารถก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ได้⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กองสุกศึกษา⁽⁸⁾ ที่ได้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับ สตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ซึ่งความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ คือ

1.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูล รับรู้ เข้าใจ การอ่านและการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Cognitive Skill) เป็นการนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ ในบริบทของสุขภาพ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อมไปประยุกต์โดยการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบ ด้วยหลักเหตุผลที่น่าเชื่อถือ แล้วนำมาปฏิบัติในการ ป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนไม่พร้อมได้ จึง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำทักษะการเข้าถึง ข้อมูล การรับรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่ถูกต้องมาพัฒนา วัยรุ่นให้สามารถเลือกตัดสินใจในการใช้ข้อมูลให้ ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองเกิดเป็นทักษะ ชีวิตในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมได้ต่อไป

1.2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access Skill) เป็นการใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียนการสืบค้น และ การคำนวณที่มีกระบวนการใคร่ครวญ เชื่อมโยง

ด้วยเหตุผลน่าเชื่อถือมีความถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์มาใช้ในเรื่องสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันนี้การเข้าถึงข้อมูลในระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้าถึงได้ง่ายมีมากมาย ถ้าวัยรุ่นไม่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะทำให้ไม่สามารถแยกแยะข้อมูลจริง ข้อมูลไม่จริงได้ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด นำข้อมูลมาใช้หรือนำมาปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องจะมีผลเสียต่อสุขภาพได้ จึงเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะต้องพัฒนาวัยรุ่นให้รู้เท่าทันสื่อ

1.3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) เป็นความสามารถในการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ตั้งแต่การบอกเล่า ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ โลกออนไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น ถ้าผู้สื่อสารไม่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ มีความชอบธรรม ก็จะมีผลเสียต่อผู้รับสารที่ได้ข้อมูลไม่ถูกต้องนำไปใช้หรือปฏิบัติที่ผิด มีผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในวัยรุ่นมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1.4 ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) เป็นกระบวนการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติตัวต่อสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผลต่างๆ หากมีการตัดสินใจที่ดี มีกระบวนการคิดที่ถี่ถ้วนไตร่ตรอง การตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ก็จะมีข้อผิดพลาดน้อยลง และโดยที่วุฒิภาวะของวัยรุ่น ในเรื่องการตัดสินใจ จะมีการพิจารณาไตร่ตรองน้อย จึงมีความผิดพลาดในการตัดสินใจมาก จึงควรส่งเสริมให้วัยรุ่นได้พัฒนาตนเองให้มีทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่พบ ซึ่งจะสามารถช่วยให้สามารถป้องกันการตั้งครมไม่พร้อมได้

1.5 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skill) เป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจตนเอง ทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการใช้ชีวิต ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติตัว สามารถคิดและตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ มีการฝึกปฏิบัติหรือพัฒนาตนเองด้วยทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีทักษะทางสังคม การประยุกต์ใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาวัยรุ่นให้มีการเรียนรู้ ฝึกฝนตนเองเพื่อการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy Skill) เป็นทักษะที่มีความสำคัญ เนื่องจากสังคมโลกปัจจุบันช่องทางการสื่อสารของโลกอินเทอร์เน็ตมีมาก ถ้าวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ คติวิเคราะห์เนื้อหาสาระที่ได้จากสื่อต่างๆ นำมาตีความให้ถูกต้องก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อบุคคลอื่น จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในการรู้เท่าทันสื่อซึ่งจะมีประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคม วัยรุ่นจึงมีความในการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อเพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลที่ได้พบเห็นอย่างเหมาะสม

ดังนั้นแนวคิดโมเดลความรู้ทางด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาการตั้งครมไม่พร้อมของวัยรุ่นได้ การทราบสาเหตุที่ชัดเจน จะช่วยให้สามารถกำหนดวิธีการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน แก้ไขปัญหาได้ตรงกับสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้สามารถแก้ไขและป้องกันการตั้งครมไม่พร้อมของวัยรุ่นคือการเสริมสร้างทักษะชีวิต

และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น

2. จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 64.50 ระดับพอใช้ ร้อยละ 25.17 เมื่อจำแนกความรอบรู้เป็นรายองค์ประกอบ เกือบทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับไม่ดีพอ ยกเว้น ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ที่อยู่ในระดับพอใช้ แต่โน้มเอียงไปยังในระดับไม่ดีพอ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.00 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 32.34 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.66 และในส่วนของความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับทักษะทางปัญญาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานมีทักษะทางปัญญาในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 62.67 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.00 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 49.67 ระดับพอใช้ ร้อยละ 27.67 และระดับดีมาก ร้อยละ 22.66 จากผลการศึกษาที่พบสอดคล้องกับผลการวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 95.5 และมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ

คิดเป็นร้อยละ 46.7 และอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 1.8 จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอในการที่จะสร้างทักษะชีวิตได้ ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถคิดและตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในวิถีเพศที่ปลอดภัยจึงไม่สามารถป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นในการหาแนวทางในการพัฒนาคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตามความสำคัญและจำเป็นทั้ง 6 ด้านต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการวิจัยที่พบ สมควรกำหนดแนวทางในการแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ในอำเภอศีขรภูมิ โดยใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเหมาะสมเนื่องจากทักษะทางปัญญามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ จึงควรมีการดำเนินการ ดังนี้

1.1 การสื่อสารสาธารณะ โดยการสร้างความเข้าใจ ความรู้ และทัศนคติที่ดีเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ของวัยรุ่นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศ และพัฒนาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ทักษะการตัดสินใจ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศตรงข้ามที่ถูกต้อง แก่กลุ่มวัยรุ่นโดยตรง ทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ วิธีการในจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศที่ถูกต้อง และความรู้ในการเตรียมการป้องกัน เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น รวมทั้งต้องมีการสร้าง

แรงจูงใจในการสร้างความเข้มแข็งและกระตุ้นการทำงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่และท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายให้วัยรุ่นมีทัศนคติที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

1.2 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากวัยรุ่นมี ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และบริการไม่เป็นที่ยอมรับของวัยรุ่น เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย ไม่ทราบว่าที่ไหนมีให้บริการบ้าง แหล่งให้บริการอาจจะอยู่ไกลทำให้เดินทางลำบาก หรือค่าใช้จ่ายที่สูง และมีหลายขั้นตอนกว่าจะรักษาเสร็จสิ้น ทำให้วัยรุ่นมักจะไม่อยากเข้าใช้บริการได้ จึงเป็นบทบาทโดยตรงของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ให้วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่าย เช่น การใช้ระบบออนไลน์ การให้บริการนอกเวลาราชการ การให้บริการนอกสถานที่ เป็นต้น

1.3 ระบบการดูแลช่วยเหลือ ควรมีการจัดระบบการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา การตั้งครรภ์ไม่พร้อมขึ้นมา เช่น เน้นการบริการให้คำปรึกษาแบบมีทางเลือก การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในกรณีที่วัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ซึ่งในอดีตที่ผ่านมาการดำเนินการยังมีจำกัด เนื่องจากทัศนคติทางสังคมที่มองว่าการให้บริการแบบนี้เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นทำแท้งมากขึ้น เมื่อวัยรุ่นเข้าสู่ระบบการให้บริการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง

1.4 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้สามารถแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การสร้างทักษะชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของเด็กและเยาวชนไทยให้สามารถนำไปใช้ในการคิดและตัดสินใจเลือกปฏิบัติในวิถีเพศที่ปลอดภัยเนื่องจากทักษะทางปัญญามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ รวมทั้งการจัดการระบบสนับสนุนและการกำหนดทิศทางที่ชัดเจน ทุกส่วนร่วมกันดำเนินการอย่างเต็มที่ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และการจัดการประสานการดำเนินการในแต่ละส่วนให้สามารถเชื่อมโยงถึงกัน นำไปสู่ระบบบริการที่สามารถให้ความช่วยเหลือและสามารถป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น ซึ่งจะทำให้สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในวัยรุ่นได้มากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษา และพัฒนารูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาองค์ประกอบต่าง ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ในแต่ละองค์ประกอบโดยเฉพาะองค์ประกอบที่มีปัญหา หรือจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้เกิดรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อนาคตจะเห็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุคนธ์ ไขแก้ว. การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การส่งเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2547;22(1): 20-27.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์; 2560.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงมนุษย์. สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2555. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงมนุษย์ [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.msociety.go.th/article_attach/10430/15330.pdf.
4. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์. รายงานประจำปี 2552. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2553.
5. จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์. พยาบาลชุมชนก้าวหน้า สุขภาพชุมชนก้าวหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ปิโนโตพับลิชชิ่ง; 2556.
6. วิทยาลัยพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. มหาสารคาม: วิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
7. Shrestha S. Socio-cultural factors influencing adolescent pregnancy in rural Nepal. International Journal of Adolescent Medicine and Health 2002;14(2):101-9.
8. กองสุศึกษา. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม 3อ 2ส และลดเสี่ยง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
9. Nutbeam D. Health Promotion Glossary [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2019 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
10. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research 2008;23(5):840-847.
11. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health 2012;10(5):12-130.
12. กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.
13. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นจังหวัดสุรินทร์ ปี 2558-2560. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (เอกสารอัดสำเนา); 2561.
15. อังศินันท์ อินทรกำแหง. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.

การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปทุมธานี

สมบัติ วัฒนะ* ดร.ณิ คุณวัฒนา** ประเสริฐ พงกษามาลา** สุระศักดิ์ กาบเมืองปัก**
และเสาวนีย์ พูนเจริญผล***

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 11 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 6 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 7 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปทุมธานีใช้แนวคิดแบบจำลองการประเมินโครงการ CIPP ของ Stufflebeam ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากร ทีมบำบัด 8 คน ผู้เสพยาสูบบำบัดด้วยยา 22 คนและญาติ 3 คน ทบทวนเอกสารและแฟ้มเวชระเบียน 204 ราย การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกต (Observation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ผลการศึกษาพบว่า สถานบริการมีการจัดบริการช่วยเหลือผู้เสพยาสูบอยู่แล้วใน “คลินิกปอดไร้ควัน” จึงเป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ก่อนการดำเนินโครงการมีการประชุมชี้แจงโครงการให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับและบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดำเนินงาน การจัดระบบบริการตามขั้นตอนที่กำหนดมีหลายขั้นตอนทำให้ยุ่งยากไม่สะดวกกับผู้รับบริการ จึงปรับเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว โดยเน้นที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีการคัดกรองการเสพยาสูบทุกรายทำให้ส่งเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น ส่วนการติดตามไม่มีแนวทางชัดเจน หลังรับประทานยา ผู้รับการบำบัดบางส่วนเกิดอาการข้างเคียงของยากระทั่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจึงหยุดยาเอง แต่มีบางรายสามารถหยุดเสพยาสูบต่อเนื่องได้จากความตั้งใจมั่นคง ส่วนบางรายจึงกลับไปเสพยาสูบ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพศชาย ร้อยละ 96.57 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.94 สถานภาพสมรส คู่

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมธานี

*** นักจิตวิทยาปฏิบัติการ โรงพยาบาลปทุมธานี

Corresponding author: ดร.ณิ คุณวัฒนา Email: daruneekwn@gmail.com

ร้อยละ 58.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.35 ช่วงอายุ 11 – 20 ปี เริ่มเสพยามากที่สุด ร้อยละ 91.18 สาเหตุที่เสพยามากที่สุดเนื่องจากอยากลอง / อยากสูบ ร้อยละ 41.18 ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 61.77 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 29.71 สาเหตุที่ต้องการเลิกมากที่สุดเนื่องจากเจ็บป่วย ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 ผู้เข้ารับการบำบัดประเมินภาวะนิโคตินอยู่ระดับการติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 55.88 สามารถหยุดเสพได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสพลง ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสพได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน) ข้อเสนอแนะ ควรคัดกรองผู้เสพยาสูบในคลินิกโรคเรื้อรัง อื่นๆ ทุกราย การให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาสูบ จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว และการติดตามหลังการบำบัดโดยเครือข่ายในพื้นที่ และเสริมทักษะการเสริมแรงจูงใจให้กับทีมติดตาม

คำสำคัญ: การประเมินผลโครงการ, การเลิกบุหรี่, การรักษา, ยา Varenicline

Evaluation of Treatment Project for Tobacco Cessation with Varinnicline in Pakthongchai Hospital

Sombat Wattana* Darunee Khunwattana** Prasert Pruksamala**
Surasak kabmuangpak** and Soawanee Poonchareanpol***

Article History

Received: July 11, 2019

Revised: August 6, 2019

Accepted: August 7, 2019

Abstract

The objective of this research was to evaluate the effectiveness of tobacco cessation program by using Varenicline in Pakthongchai hospital. The study used Stufflebeam's CIPP evaluation model including Contexts, Input, Process and Product. The data were collected from 8 health professionals and 22 smokers and 3 relatives. Researchers also collected information from 204 patients of medical records, in-depth interviews, focus group discussions and observations. The data were analyzed by using descriptive statistics: frequencies and percentages and qualitative analysis using content analysis with triangulation of data. Data from the context evaluation showed that, at the beginning of the program, meetings were held to prepare all related personnel at all levels to clarify their professional roles. The hospital already provided tobacco cessation clinic named "Smokeless Lungs" under Psychiatric and Narcotic Division but service flow and service points were quite complicated for clients. The follow-up guideline was not clear. Some clients who experienced side effects that affect their daily activities decided to discontinue their medications. Some clients experienced relapses. The Results from the program showed that the samples who received the treatment were male (95.57 percent), ages 61 years and above (27.94 percent), married (58.82 percent), completed primary education (48.04 percent),

* Medical Physician, Senior Professional Level, Acting Director of Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

** Registered Nurse, Professional Level, Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

*** Psychologist, Practitioner Level, Pakthongchai Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Corresponding author: Darunee Khunwattana Email: darunekwn@gmail.com

were employee (57.35 percent), started smoking during ages 11-20 years old (91.18 percent), had chronic illness (67.65 percent) with hypertension were found the most (20.10 percent). The samples wanted to quit smoking because of their illness and health issues (76.96 percent). Their nicotine addiction was at a moderate level (55.88 percent). Outcome of the program showed that the samples were able to quit smoking for three months (n = 21, 10.29%), six months (n = 68, 33.33%) and twelve months (n = 42, 20.58%). About one-third of the samples were able to reduce tobacco consumption (n = 59, 28.92%) while a few were unable to stop smoking (n = 14, 6.68). Suggestion: Screening smoker in all other chronic disease clinic should be done in every case. The providing motivational advice on tobacco cessation one-stop service and tracking after therapy by local networks and enhancing motivation skill for the follow-up team.

Keywords: Project evaluation, Tobacco cessation, Treatment, Varenicline

บทนำ

จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั่วโลกคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 4.9 ล้านคนต่อปี ในปี ค.ศ. 2003 เป็น 8 ล้านคนต่อปีใน ค.ศ. 2030 การสูบบุหรี่นั้นเป็นสาเหตุของโรคที่ป้องกันได้ซึ่งอาจทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ในปี 2558 มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 74,884 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของ GDP โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท (ร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ. 2552 - 2554 ผู้สูบประมาณ 6 ล้านคนพบว่าอัตราการจะเลิกยาสูบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาลดลงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 49.8 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 36.7 ในปี 2554)⁽¹⁾ การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการทำให้เลิกสูบได้เร็วเท่าไรยิ่งทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น พบสารประกอบในควันบุหรี่มีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอด ตลอดจนมะเร็งชนิดต่างๆ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในการเกิดโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ยังมีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 25.3, 17.9, 16.6, 14.1 และ 19.9 ตามลำดับ⁽²⁾ ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้จะเกิดอาการของโรคทรุดลงหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายเมื่อยังสูบบุหรี่ต่อเนื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบองค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ได้กำหนดให้ภาคีสมาชิก

จัดระบบบริการเลิกบุหรี่ให้แก่ประชาชน คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนี้ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ได้พิจารณาถึงความเห็นให้ปรับเปลี่ยนชื่อภาษาไทยเป็น โรคเสพติดยาสูบ⁽⁴⁾ ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกกรอบอนุสัญญาดังกล่าว ได้มีการดำเนินการให้ผู้สูบบุหรี่เลิกใช้ยาสูบ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ “ช่วยผู้เสพติดให้เลิกใช้ยาสูบ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 - 2562⁽³⁾ เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเสพติดนิโคตินยาสูบทุกประเภทที่มีใช้กันในประเทศไทยอย่างแท้จริง ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือบุหรี่มีหลายชนิดแต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะเสพติดชนิดใด ๆ ก็ตามต้องได้รับการบำบัดทั้งสิ้น กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ได้พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติดบุหรี่ พ.ศ. 2555 เป็นที่ยอมรับและประกาศให้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพติดยาสูบทุกชนิดทุกรูปแบบ ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 ในการลงมือเลิกเสพติดให้มีบริการเพื่อบำบัดผู้ที่เสพติดยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อเป้าหมายให้ผู้ป่วยเหล่านี้เลิกเสพติดโดยเด็ดขาด⁽⁴⁾

การให้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Tobacco cessation medications) ปัจจุบันมีหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพติดยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้นยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) สารนิโคตินทดแทน

เพื่อทดแทน (nicotine replacement therapy - NRT) สารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคติน หรืออาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง 2) ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropion SR, Varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น ควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีประสงค์จะเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

จากสถานการณ์ ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน ร้อยละ 19.1 อัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ 15-18 ปี เท่ากับร้อยละ 7.8 โดยภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพมหานคร อัตราการบริโภคยาสูบรายจังหวัดกลับพบว่าจังหวัด นครราชสีมา มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2554 พบร้อยละ 21.55 ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.41⁽⁵⁾ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้จัดทำ โครงการศึกษารูปแบบระบบบริการเลิกบุหรี่ในระดับ สถานบริการและชุมชน โดยใช้ยารักษาโรคเสพยาสูบ นำร่องมาดำเนินการในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่ง อำเภอปักธงชัยเป็นหนึ่งในที่ร่วมโครงการดังกล่าว จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการบำบัด รักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาล ปักธงชัย การศึกษาครั้งนี้ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการบำบัดผู้เสพยาสูบ และผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ขอบเขต ด้านการประเมินคณะผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบ

การประเมินโครงการของ Stufflebeam⁽⁶⁾ ที่เรียกว่า แบบจำลอง CIPP ประกอบด้วย บริบท (context: C) ปัจจัยนำเข้า (Input: I) กระบวนการ (Process: P) และผลผลิต (Product: P) ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึง เดือนกรกฎาคม 2562

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ใช้แนวคิดรูปแบบ การประเมินโครงการของ Stufflebeam (2007)⁽⁶⁾ ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP เป็นรูปแบบการวิเคราะห์ สาระสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาโครงการ การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โครงการ และความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ การประเมินบริบท (context: C) เป็นการประเมิน สิ่งแวดล้อม เงื่อนไขหรือปัจจัยที่จำเป็นต่อการ ดำเนินงานโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้า (input: I) ประเมินความเหมาะสมและความพร้อม ของทรัพยากร การประเมินกระบวนการ (process: P) ประเมินการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผน และการประเมินผลของโครงการ (product: P) ซึ่งเน้น การวิเคราะห์ผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบ ด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปักธงชัย ซึ่งใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินโครงการของ Stufflebeam ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP ในด้าน บริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล จำนวน 2 คน และทีมบำบัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก และ เภสัชกร จำนวน 6 คน ผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการทั้งได้รับและไม่ได้รับยา Varenicline และ

ญาติจำนวน 25 คน แพทย์ประจำบ้านผู้เสพยาสูบที่เข้ารับการบำบัดด้วยยา Varenicline จำนวน 204 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสังเกต (Observation) เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวการสัมภาษณ์ทั้งโครงสร้างตามแนวคำถามและบทสนทนาเอกสารที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเลขที่โครงการ NRPH 029 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มเป้าหมายโดยคำนึงความเป็นส่วนตัวปกป้องความลับ ไม่เปิดเผยชื่อไม่ลำเอียงไม่บิดเบือนและซื่อสัตย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

บริบท (Context)

เนื่องจากพบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีผู้เข้ารับบริการเลิกยาสูบเป็นจำนวนมากทำให้สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้นำโครงการบริการเลิกบุหรี่ในสถานบริการและชุมชนมาดำเนินการในพื้นที่ โดยคณะทำงานได้มีการชี้แจงกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา และได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการได้ เนื่องจากเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงการรักษาด้วยยาช่วยเลิกยาสูบด้วยความสมัครใจ

ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกล่าวว่า “โคราชเรามีข้อมูลการรักษาคนไข้เลิกบุหรี่มากเพราะเราทำร่วมกับ สปสช. มานานแล้วทางสำนักฯ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ) ประสานว่าจะนำโครงการใช้ยาช่วยในการเลิกบุหรีมาใช้ในโคราช จึงได้มาชี้แจงกับท่านนายแพทย์ สสจ. และชมรม ผอ.รพช. เห็นชอบก่อน ถึงได้มาชี้แจงกับผู้ปฏิบัติอีกครั้ง”

“คลินิกปอดไร้ควัน” เป็นหนึ่งในงานสุขภาพจิตและยาเสพติดโรงพยาบาลปักธงชัย รับผิดชอบให้บริการช่วยเลิกยาสูบสำหรับผู้สนใจ ซึ่งมีบริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบ ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก โดยมีแพทย์ เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา ได้รับทราบการดำเนินงานโครงการบริการเลิกบุหรี์ในสถานบริการและชุมชนจากการประชุมชี้แจงแล้วจึงนำมาดำเนินการในโรงพยาบาลซึ่งมีการชี้แจงกับองค์กรแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือว่าเป็นโอกาสสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น โดยเริ่มที่จุดคัดกรอง พบแพทย์ ส่งคลินิกปอดไร้ควันให้คำปรึกษา จึงส่งพบเภสัชกรเพื่อไปรับยาและให้อธิบายการรับประทานยา

ปัจจัยนำเข้า (Input)

ทีมบำบัดประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก โดยมีแพทย์ เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ แพทย์และเภสัชกรไปรับการประชุมชี้แจงการดำเนินงานแบ่งตามบทบาทของวิชาชีพ สำหรับยา Varenicline นั้นจะได้รับการสนับสนุนมาจากสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยทางคลินิก

เตรียมเอกสารซักประวัติ ตรวจร่างกาย แบบประเมินต่างๆ อุปกรณ์การตรวจคาร์บอนมอนนอกไซด์ทางลมหายใจ (exhaled CO monitoring) แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้อายุการใช้งานจึงไม่ได้นำมาใช้จึงใช้การซักประวัติ ให้คำปรึกษาและการประเมินจากแบบประเมินแทน ทางเภสัชกรเพิ่มรายการยาในระบบการสั่งจ่ายยา เตรียมขั้นตอนการให้บริการ

การดำเนินการ (Process)

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดพบว่า มีการคัดกรองและประเมินการเสพยาสูบบนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกราย และให้คำแนะนำการเลิกเสพยาสูบบเบื้องต้น เมื่อสนใจหยุดเสพยาสูบ ส่งไปรับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจและตัดสินใจ ส่งข้อมูลให้แพทย์เพื่อแนะนำและจ่ายยา จึงไปรับยาและให้คำแนะนำการรับประทานยาทำให้เกิดความล่าช้าตั้งแต่ระยะเวลารอพบแพทย์และรับยา อีกทั้งหลายขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยไม่มารับยาช่วยเลิกยาสูบ จึงมีการปรับโดยเมื่อคัดกรองประเมินการเสพยาสูบบเมื่อพบแพทย์แล้วแนะนำให้เลิกจึงส่งคลินิกปอดไร้ควันให้บริการจนครบให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ และรับยาทำให้ผู้ป่วยสะดวกรวดเร็วขึ้น สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไปร่วมประชุมชี้แจงเมื่อออกให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาและจ่ายยาเองเบ็ดเสร็จจุดเดียวเช่นกัน โดยเฉพาะอายุรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังให้ความสนใจและส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการเลิกยาสูบบอย่างต่อเนื่องจากความเข้าใจถึงผลกระทบจากการเสพยาสูบ โดยที่คลินิกโรคเรื้อรังจะมีบริการให้ความรู้ผู้ป่วยทุกวันก่อนรับการตรวจรักษาและเชิญชวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเลิกยาสูบบ

อายุรแพทย์กล่าวว่า “จริงๆ ต้องบอกว่า เพราะพยาบาลที่คัดกรองคนสูบบุหรี่ได้มากขึ้นเลย

ทำให้ส่งคนไข้ไปเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น เราก็รู้อยู่แล้วว่า บุหรี่ก็ทำให้ทั้งโรคหัวใจ Stroke ตามมา”

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกล่าวว่า “เวลาที่หมอไปตรวจศูนย์ใกล้บ้าน ๆ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ก็ทำ (แนะนำและจ่ายยา) เองคนเดียว เพราะคนไข้บอกว่ามา รพ.ช้า ชี้แจงจรรยาบรรณกลับเลย”

การติดตามจะให้ผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ. 2 สัปดาห์, 1, 2, 3 และ 6 เดือนหลังได้รับยา ครั้งแรกหลังได้รับยาครั้งแรก พบว่าไม่มีการติดตามทันทีกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุจะต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือญาติในการพามารับยาในแต่ละครั้งซึ่งปกติการรับยาของโรคเรื้อรังจะห่างกัน 1 - 2 เดือน และผู้สูงอายุรู้สึกเกรงใจบุตรหลานหรือญาติมากเมื่อเขาต้องขาดงานเพื่อมาพามาโรงพยาบาล และผู้รับยาส่วนใหญ่จะมารับยาไม่ครบ 3 เดือน เนื่องจากคิดว่าตนเองหยุดเสพได้แล้ว แต่บางส่วนเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เหนื่อย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย ผื่นแปลกๆ ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงหยุดยาเองและไม่มาติดตามต่อเนื่อง บางรายกลับมาพบแพทย์ได้รับคำแนะนำและปรับขนาดยา จึงใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตาม สอบถามอาการและกระตุ้นให้มารับยาต่อกรณีกลับไปเสพซ้ำหรือสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพต่อเนื่อง

ผู้รับการบำบัด “มันก็มายากเนาะ ต้องรอเขา (ลูก) เขาทำงานลา ก็ยาก มาบ่อยๆ คือเกรงใจเขา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ผู้รับการบำบัด “กินยาแล้ว มันผื่นไปทั่ว เหมือนไม่ได้นอนเลย เหนื่อย ไม่มีแรงอะ มันจะเป็นบ้าไหมนี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

แพทย์ผู้สั่งจ่ายยา กล่าวว่า “หมอก็คิดว่า ขนาดที่ให้มานั้นอาจไม่เหมาะกับคนไทยน่าจะต้อง

ปรับขนาดยาลง ถ้ามานาหมอกก็จะบอกแล้วให้
ปรับยาгинลดลงครึ่งนึง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

สำหรับค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาใช้ตาม
สิทธิการรักษาของแต่ละบุคคล เนื่องจากการ
รณรงค์ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบและ
ได้รับการสนับสนุนยา ซึ่งปัจจุบันไม่มียา Varenicline
ในบัญชียาหลักเนื่องจากราคาแพง อีกทั้งการช่วย
เลิกยาสูบเป็นการดำเนินการที่ต้องเสริมจูงใจกับ
ผู้ป่วยให้มาก จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้คิดค่าบริการ
เพิ่มเติมจากผู้ป่วย แต่ลงบันทึกค่าใช้จ่ายการให้
บริการต่างๆ ในระบบเท่านั้น

ส่วนการติดตามโครงการจากสำนัก
ควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นการติดตามผล
การดำเนินงานซึ่งปัญหาที่เกิดจากการลงบันทึก
และการดึงข้อมูลจากระบบไม่ตรงกันจึงมาทำความเข้าใจ
กับผู้ป่วยปฏิบัติทั้งผู้ลงบันทึกและผู้รวบรวม
ข้อมูลโดยตรงที่โรงพยาบาลทำให้เกิดความเข้าใจ
ตรงกัน

ผลการบำบัด (Product)

ผู้เข้ารับการบำบัด 204 ราย เพศหญิง
7 คน ร้อยละ 3.43 เพศชาย 197 คน ร้อยละ
96.57 พบว่า อายุต่ำสุดที่เข้ารับการบำบัด 17 ปี
อายุสูงสุด 86 ปี อายุเฉลี่ย 49.03 ปี กลุ่มที่เข้ารับ

การบำบัดมากที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ
27.94 (57 คน) รองลงมา อายุ 51-60 ปี ร้อยละ
24.20 (49 คน), อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 19.12
(39 คน), อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 16.18 (33 คน),
อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 8.82 (18 คน) และอายุ
ไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 3.92 (8 คน)

สถานภาพสมณะ ร้อยละ 6.37 (13 คน)
โสด ร้อยละ 32.84 (67 คน) คู่ ร้อยละ 58.83
(120 คน) หม้าย / หย่า / แยก ร้อยละ 1.96 (4 คน)

ระดับการศึกษาที่เข้ารับการบำบัด
มากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04
(98 คน) รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น อาชีว
ศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี
ร้อยละ 41.67 (85 คน) 4.41 (9 คน), 3.43
(7 คน) และ 2.45 (5 คน) ตามลำดับ

ผู้เข้ารับการบำบัดมีอาชีพรับจ้าง
มากที่สุด ร้อยละ 57.35 (117 คน) รองลงมา
เกษตรกร ร้อยละ 23.53 (48 คน), สมณะ
ร้อยละ 5.88 (12 คน), นักเรียน/นักศึกษา
ร้อยละ 5.40 (11 คน), รับราชการ ร้อยละ 3.43
(7 คน), แม่บ้าน ร้อยละ 3.43 (7 คน) และ
ค้าขาย ร้อยละ 0.98 (2 คน) ตามลำดับ
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
เพศ	7	3.43
หญิง	197	96.57
ชาย		
อายุ		
ไม่เกิน 20 ปี	8	3.92
21-30 ปี	18	8.82
31-40 ปี	33	16.18

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
41-50 ปี	39	19.12
51-60 ปี	49	24.02
61 ปีขึ้นไป	57	27.94
สถานภาพสมรส		
สมณะ	13	6.37
โสด	67	32.84
คู่	120	58.83
หม้าย / หย่า / แยก	4	1.96
ระดับการศึกษา		
ประถม	98	48.04
มัธยมต้น	85	41.67
มัธยมปลาย	7	3.43
อาชีวะ	9	4.41
ปริญญาตรี	5	2.45
อาชีพ		
สมณะ	12	5.88
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	7	3.43
รับจ้าง	117	57.35
เกษตรกรรวม	48	23.53
นักเรียน/นักศึกษา	11	5.40
รับราชการ	7	3.43
ค้าขาย	2	0.98
รวม	204	1000

ช่วงอายุที่เริ่มเสพมากที่สุดคือ 11 – 20 ปี ร้อยละ 91.18 (186 คน) รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 6.37 (13 คน), ไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 1.47 (3 คน) และ ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.98 (2 คน) อายุที่เริ่มเสพต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 38 ปี อายุที่เริ่มเสพเฉลี่ย 15.76 ปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละช่วงอายุที่เริ่มเสพของผู้เข้ารับการรักษา

ช่วงอายุที่เริ่มเสพ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่เกิน 10 ปี	3	1.47
11 – 20 ปี	186	91.18
21 – 30 ปี	13	6.37
ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป	2	0.98
รวม	204	1000

ระยะเวลาที่ใช้มานานมากที่สุด คือ ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.77 (126 คน) รองลงมา 21 – 30 ปี ร้อยละ 16.18 (33 คน), 16 – 20 ปี ร้อยละ 8.33 (17 คน), 11 – 15 ปี ร้อยละ 6.37 (13 คน), 6 – 10 ปี ร้อยละ 4.90 (10 คน) และ ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 2.45 (5 คน) ระยะเวลาที่ใช้มานานสูงสุด 69 ปี ต่ำสุด 3 ปี เฉลี่ย 34.37 ปี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละช่วงระยะเวลาที่ใช้มาของผู้เข้ารับการรักษา

ช่วงระยะเวลาที่ใช้มา	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่เกิน 5 ปี	5	2.45
6 – 10 ปี	10	4.90
11 – 15 ปี	13	6.37
16 – 20 ปี	17	8.33
21 – 30 ปี	33	16.18
ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป	126	61.77
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการรักษาไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 (138 คน) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.35 (66 คน) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.71 (41 คน) รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.12 (25 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.94 (22 คน) โรคถุงลมโป่งพอง 13.77 (19 คน) สุขภาพจิตและสารเสพติด ร้อยละ 12.32 (17 คน) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและโรคอื่นๆ (โรคหัวใจ, โรคเก๊าท์, โรคถุงลมโป่งพอง) ร้อยละ 9.42 (13 คน) โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.72 (1 คน) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละโรคประจำตัวของผู้เข้ารับการรักษา

ช่วงระยะเวลาที่ใช้มา	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	66	32.35
มีโรคประจำตัว	138	67.65
	(n = 138)	
โรคความดันโลหิตสูง	41	29.71
โรคเบาหวาน	25	18.12
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	22	15.94
โรคถุงลมโป่งพอง	19	13.77
สุขภาพจิตและสารเสพติด	17	12.32
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและโรคอื่นๆ (โรคหัวใจ, โรคเก๊าท์, โรคถุงลมโป่งพอง)	13	9.42
โรคหลอดเลือดสมอง	1	0.72

สาเหตุที่เสพมากที่สุดเนื่องจากอยากลอง/ 4.90 (10 คน), ตามเพื่อน ร้อยละ 5.88 (12 คน)
อยากสูบ ร้อยละ 41.67 (85 คน) รองลงมา เคยชิน และผู้ใหญ่ใช้ให้จุด, ง่วงนอน/ ว่าง, ดื่มสุรา ร้อยละ
ร้อยละ 27.94 (57 คน), เปื้อ ร้อยละ 9.32 (19 คน), 0.98 (2 คน) เท่ากัน ดังตารางที่ 5
เครียด ร้อยละ 7.35 (15 คน), เลี้ยงวัว/ควาย ร้อยละ

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละสาเหตุที่เสพของผู้เข้ารับการรักษา

สถานภาพสมรส	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
อยากลอง / อยากสูบ	85	41.67
เคยชิน	57	27.94
เปื้อ	19	9.32
เครียด	15	7.35
เลี้ยงวัว/ควาย	10	4.90
ตามเพื่อน	12	5.88
ผู้ใหญ่ใช้ให้จุด	2	0.98
ง่วงนอน/ ว่าง	2	0.98
ดื่มสุรา	2	0.98
รวม	204	1000

สาเหตุที่ต้องการเลิกเสพยาสูบมากที่สุด (18 คน) เพื่อบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 1.96 เนื่องจากเจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 (4 คน), ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 0.98 (2 คน) มีพื้นที่ (157 คน) รองลงมา คือ อยากเลิก ร้อยละ 10.30 ให้สูบน้อยลง ร้อยละ 0.98 (2 คน) ดังตารางที่ 6 (21 คน) บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 8.82

ตารางที่ 6 ร้อยละสาเหตุที่ต้องการเลิกเสพยาสูบของผู้เข้ารับการบำบัด

สาเหตุที่เสพยาสูบ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
เจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ	157	76.96
อยากเลิก	21	10.30
บุคลากรสาธารณสุขแนะนำ	18	8.82
เพื่อบุคคลในครอบครัว	4	1.96
ค่าใช้จ่าย	2	0.98
มีพื้นที่ให้สูบน้อยลง	2	0.98
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการบำบัดประเมินภาวะติดยาสูบ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ระดับสูง (5 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 28.92 (59 คน) และ ระดับน้อย (1 – 2 คะแนน) ร้อยละ 15.20 พบว่า ติดยาสูบระดับปานกลาง (3 – 4 คะแนน) (31 คน) ดังตารางที่ 7 มากที่สุด ร้อยละ 55.88 (114 คน) รองลงมา คือ

ตารางที่ 7 ระดับการติดยาสูบ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของผู้เข้ารับการบำบัด

ระดับการติดยาสูบ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1 – 2 คะแนน)	31	15.20
ระดับปานกลาง (3 – 4 คะแนน)	114	55.88
ระดับสูง (5 คะแนนขึ้นไป)	59	28.92
รวม	204	1000

ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถหยุดเสพยาสูบ ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสพยาสูบ ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสพยาสูบได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน) ดังตารางที่ 8 ได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน

ตารางที่ 8 ร้อยละระยะเวลาการหยุดเสพของผู้เข้ารับการบำบัด

ระยะเวลาการหยุดเสพ	จำนวน (n = 204)	ร้อยละ
นาน 3 เดือน	21	10.30
นาน 6 เดือน	68	33.33
นาน 12 เดือน	42	20.59
ลดปริมาณการเสพลง	59	28.92
ไม่สามารถหยุดเสพได้	14	6.86
รวม	204	1000

หลังจากรับประทานยาแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการอยากเสพยาสูบ รู้สึกเบื่อ ทำให้เข้าใจเองว่าสามารถหยุดเสพยาสูบได้แล้วบางรายจึงหยุดรับประทานยาแต่หลังจากนั้นจึงกลับไปเสพยาสูบซ้ำเนื่องจากกลับไปสู่วัสดุสิ่งแวดลอมที่มีตัวกระตุ้นและไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการหยุดเสพของตนเองได้

ผู้รับการบำบัด “กินยาได้แผงเดียวมันไม่หิวไม่อยาก (บุหรี่) เลย ฉันเลยหยุดกิน (ยา) เลย พอไปเจอหมู (เพื่อน) มันยั่วให้ก็เลยหลงไปสูบบอก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

สำหรับบางรายหลังรับประทานยาแล้วเกิดอาการข้างเคียงแต่ด้วยความตั้งใจในการเลิกจึงหยุดเสพยาสูบด้วยตนเองต่อแม้จะหยุดรับประทานยา

ผู้รับการบำบัด “กินยาได้แผงเดียวมันไม่หิวไม่อยาก (บุหรี่) เลย ฉันเลยหยุดกิน (ยา) เลย ก็ไม่เห็นอยากสูบละหนะมอ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

มีบางรายเมื่อมารับยาแล้วเมื่ออ่านคำแนะนำจากฉลากยาแล้วไม่กล้ารับประทานยาจึงมาคินยาแต่มีความตั้งใจในการเลิกก็สามารถหยุดเสพยาสูบได้เช่นกัน

ผู้รับการบำบัด “ผมอ่านเอกสารมาแล้ว ใครจะกล้ากิน มีซึมเศร้า ขาดตัวตายด้วย เลยหยุดเองเลยยังเอายามาคินหมอละ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

ญาติผู้รับการบำบัด “เห็นบอกว่า อ่านเอกสารมาแล้วกลัวไม่ต้องกินดีกว่า ไม่เห็นสูบตั้งแต่ตอนนั้นมาเลย มันดีจริงๆ เลยเนาะอยากให้เลิกตั้งนานก็ไม่เลิกซักที ที่นี้เลิกได้เองเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

ปัจจัยสำเร็จ

การคัดกรองและประเมินการเสพยาสูบผู้ป่วย และส่งพบแพทย์เพื่อแนะนำให้เลิกเสพยาสูบ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การรับคำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาสูบเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการเลิกเสพ และการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่บริการช่วยเลิกได้เพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรค

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มสูงอายุ การมารับบริการแต่ละต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้การต่อเนื่องของการรักษาได้น้อย สำหรับกลุ่มวัยแรงงานให้ความสำคัญกับการทำงานประกอบอาชีพมากกว่าแม้จะทราบว่าเสพยาสูบนั้นเกิดผลกระทบกับสุขภาพร่างกาย การติดตาม

ยังไม่สามารถติดตามได้ทันเวลาเนื่องจากการติดตามที่ดีต่อเนื่องจะเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนและย้ำความตั้งใจของผู้ป่วยได้ดี

สรุปและอภิปรายผล

การช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบเป็นบทบาทสำคัญอีกด้านของสาธารณสุขที่ต้องดูแลสุขภาพทั้งสำหรับกลุ่มเสี่ยงและป่วย โครงการนำร่องศึกษารูปแบบระบบบริการเลิกบุหรี่ในระดับสถานบริการและชุมชน โดยใช้ยารักษาที่ทางสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบมาใช้ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ณ ทางโรงพยาบาลปักธงชัย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา Varenicline โรงพยาบาลปักธงชัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้เกี่ยวข้อง ทีมบำบัด และผู้เสพยาสูบที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ขอบเขตด้านการประเมินคณะผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินโครงการของ Stufflebeam⁽⁶⁾ ที่เรียกว่าแบบจำลอง CIPP ประกอบด้วย บริบท (context: C) ปัจจัยนำเข้า (Input: I) กระบวนการ (Process: P) และผลผลิต (Product: P) พบว่า บริบท (context: C) และปัจจัยนำเข้า (Input: I) สถานบริการเองก็มีการจัดบริการช่วยเลิกเสพยาสูบอยู่แล้วใน “คลินิกปอดไร้ควัน” ซึ่งเป็นหนึ่งในการบริการของงานสุขภาพจิตและยาเสพติด การนำโครงการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา (Varenicline) จึงเป็นการเพิ่มทางเลือกและโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจากการศึกษาของ อีระพงษ์ ศรีศิลป์ พบว่า ยาที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดโรคเสพยาสูบเมื่อเทียบกับยาหลอก ได้แก่ Varenicline (OR=2.88, 95% CI 2.40-3.47), bupropion (OR=1.82, 95% CI 1.60-2.06), nicotine replacement therapy; NRT (OR=1.84, 95%CI 1.71-1.99),

clonidine (RR=1.63, 95% CI 1.22-2.18), Nortriptyline (RR=2.03, 95%CI 1.48-2.78) และ Cytisine (RR 3.29, 95%CI 1.84-5.90)⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่ายา Varenicline มีประสิทธิภาพสูงในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ก่อนการดำเนินโครงการมีการประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการในทุกระดับตั้งแต่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทำให้เกิดความชัดเจนทุกขั้นตอนของการดำเนินโครงการและยังมีการจัดประชุมชี้แจงต่อผู้ปฏิบัติตรงตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ โดยตรงอีกครั้งซึ่งเป็นการอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการและรวมถึงการกำกับและติดตามระหว่างการทำโครงการเมื่อพบปัญหาเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล สระทองปิงและนันทนา เลิศประสพสุข พบว่า ด้านการติดต่อสื่อสาร ระดับการนำนโยบายมาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล (ตำบลละ 5 ล้านบาท) ไปปฏิบัติในเขตตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้สั่งงานกับผู้ปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ⁽⁸⁾ กระบวนการ (Process: P) มีการคัดกรองและประเมินการเสพยาสูบและให้คำปรึกษาเพื่อเสริมแรงจูงใจให้หยุดยาสูบแต่การจัดระบบบริการตามขั้นตอนที่กำหนดมีหลายขั้นตอนทำให้เกิดความยุ่งยากไม่สะดวกกับผู้รับการบำบัด จึงปรับเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชริน เพ็งบุญ พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จของการช่วยเลิกบุหรี่แบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปี 2555 ร้อยละ 44.8 เป็นร้อยละ 63.8 ในปี 2556

เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกอดบุหรี่ในเวลาเดียวกัน คือ ปี 2555-2556 ร้อยละ 33.3 และ 32 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽⁹⁾ โดยเน้นที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งให้ความสำคัญในการคัดกรองและส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเนื่องจากเป็นผลกระทบที่เกี่ยวข้องกันจากสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้และการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นมาตรฐานการดูแลประการหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนการติดตามยังไม่ชัดเจนและทันเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุชริน เพ็งบุญ พบว่า การติดตามให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ครั้ง/ปี และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพและอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่า⁽⁹⁾ หลังรับประทานยาบางส่วนเกิดอาการข้างเคียงของยากระทั่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจึงหยุดยาเองสอดคล้องกับการศึกษาของธีระพงษ์ ศรีศิลป์ พบว่า ยาทุกชนิดไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง และไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (major adverse cardiovascular events; MACE) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยแตกต่างกัน คือ varenicline ทำให้คลื่นไส้ หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาจแก้ไขโดยการรับประทานยาหลังอาหารทันที และหากมีอาการนอนไม่หลับควรรับประทานยาเม็ดที่สองก่อนเวลานอนพอสมควร⁽⁷⁾ แต่มีบางรายสามารถหยุดเสพต่อเนื่องได้ จากความตั้งใจมั่นคง ส่วนบางรายจึงกลับไปเสพซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าการกำเริบของโรคเกิดจากการสูบบุหรี่ร่วมด้วยทำให้มีความตั้งใจและมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างแน่นอน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงมีโอกาสมิที่จะเลิกสูบบุหรี่สำเร็จคิดเป็น 6.17 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ⁽¹⁰⁾ ผลผลิต (Product: P) ผู้เข้ารับการบำบัดเพศชาย ร้อยละ 96.57 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.94 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 58.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.35 ช่วงอายุ 11 - 20 ปี เริ่มเสพมากที่สุด ร้อยละ 91.18 สาเหตุที่เสพมากที่สุดเนื่องจากอยากลอง / อยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 41.18 ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นที่ความอยากรู้ อยากลอง ต้องการมีเอกลักษณ์และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคมรอบ ๆ ตัว ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 61.77 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 29.71 สอดคล้องกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นเพศชาย ระดับประถมศึกษา อายุที่เริ่มเสพ คือ 18.1 ปี⁽¹¹⁾ การศึกษาของฉันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.30) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 52.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.70) มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.60) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 51.30) และผู้สูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.5) อายุเฉลี่ยและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในคลินิกโรคเรื้อรัง 53 - 57 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.65 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 20.10⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของคทา บัณฑิตานุกูล, วิไล บัณฑิตานุกูล และระพีพรรณ ฉลองสุข ให้เภสัชกรชุมชนของร้านยาคุณภาพในกรุงเทพมหานครให้บริการเลิกบุหรี่แก่ผู้ที่มารับบริการที่ร้านยาพบว่า ผู้มารับบริการมีโรคประจำตัว ของผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.1) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.1)⁽¹²⁾ สาเหตุ

ที่ต้องการเลิกมากที่สุดเนื่องจากเจ็บป่วย / ด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.96 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณันทิยา คารมย์และสุนิดา ปรีชาวงษ์⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่แรก แต่การนอนพักรักษาตัวในครั้งนี้นำให้ต้องอดบุหรี่ เพราะนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของโรงพยาบาล ร่วมกับการคิดอยากเลิกสูบบุหรี่เองจากการเจ็บป่วย ระดับการติดนิโคตินปานกลาง ร้อยละ 55.88 สามารถหยุดเสฟได้นาน 3 เดือน ร้อยละ 10.30 (21 คน), นาน 6 เดือน ร้อยละ 33.33 (68 คน), นาน 12 เดือน ร้อยละ 20.58 (42 คน) ลดปริมาณการเสฟลง ร้อยละ 28.92 (59 คน) ไม่สามารถหยุดเสฟได้ ร้อยละ 6.86 (14 คน)⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของสุนิดา ปรีชาวงษ์, พอระติ นุชสังสิน และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ว่าการวัดผลลัพธ์ 2 อย่าง ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ได้นานต่อเนื่องกันตามระยะเวลาที่กำหนด (Continuous Abstinence) เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน เป็นต้น และ 2) การหยุดสูบบุหรี่ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งหรือในช่วงเวลาที่กำหนด (Point Prevalence Abstinence) โดยทั่วไปจะประเมินว่า ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมานั้นหยุดสูบได้ต่อเนื่องกันหรือไม่⁽¹³⁾ และจากการศึกษาของ ธีระพงษ์ ศรีศิลป์พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างยา varenicline มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁷⁾ ในการบำบัดรักษาผู้เสพยาสูบด้วยยา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการสนับสนุนยา Varenicline ให้เข้าสู่ระบบบัญชียาหลักเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพยาสูบ

ข้อเสนอแนะเชิงผู้ปฏิบัติ

1. การประเมินและคัดกรองการเสพยาสูบเพื่อการส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษานั้นให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาสูบทำให้เพิ่มความตระหนักกับผู้ป่วย
2. ควรจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียวเพื่อให้ผู้ป่วยที่ตัดสินใจหยุดเสฟสามารถเริ่มกระทำทันที
3. การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเป็นการได้ให้ผู้ป่วยทบทวนตนเองและตัดสินใจเลิกเสพยาสูบ
4. พัฒนาระบบการติดตามให้ทันเวลาและเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีโดยผ่านทางญาติโดยตรงหรือเครือข่ายสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5. เสริมสร้างทักษะการเสริมแรงจูงใจให้กับบุคลากรในพื้นที่เพื่อช่วยในการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้รับการบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2554.
3. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559 - 2562. กรุงเทพฯ: บริษัทไนซ์เอร์ดีไซน์ จำกัด; 2559.
4. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2556.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>.
6. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory: Models and Applications. [Internet]. San Francisco: Jossey Bass; 2007 [cited 2019 May 1]. Available from: <https://www.amazon.com/Evaluation-Theory-Models-Applications-Stufflebeam/dp/111806318X>.
7. ชีระพงษ์ ศรีศิลป์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาบำบัดโรคเสพยาสูบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557;10(3):256-268.
8. พรพิมล สระทองปิง, นันทนา เลิศประสบสุข. การนำนโยบายมาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล (ตำบลละ 5 ล้านบาท) ไปปฏิบัติในเขตตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2561;10(1):354-366.
9. บุชริน เฟิงบุญ. การช่วยเลิกบุหรี่แบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 2557;63(1):43-47.
10. ณันทยา คารมย์, สุนิดา ปรีชาวงษ์. ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร 2558;42(1):1-11.
11. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปันกระจำง. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
12. คหาบัณฑิตานุกูล, วิไลบัณฑิตานุกูล, ระพีพรรณ ฉลองสุข. ผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. ไทยไลซัชชันพนธ์ 2557;9(2):1-7.
13. สุนิดา ปรีชาวงษ์, พอเรติ นุชสงสิน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;45(3):324-33.

สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560

ชัชฎา ประจูดตะเก, ส.ม.* อัญชลี ภูมิจันทิก, ส.ม.* และ ประดับ ศรีหมื่นไวย, วท.ม.*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 17 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 18 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 19 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ เด็กปฐมวัย อายุ 9 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน และบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 794 คน สุ่มตัวอย่างเป็นชั้นลำดับแบบ Three-Stages Cluster Sampling เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสอบถามสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย และประเมินภาวะโภชนาการโดยที่วัดส่วนสูงและเครื่องชั่งน้ำหนัก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2560 เคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กโดยใช้สถิติ Odds ratio และ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการดีร้อยละ 72.3 โดยเด็กหญิงมีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็กชาย คือร้อยละ 75.4 และ 69.4 ตามลำดับและพบว่าเด็ก อายุ 3-5 ปี มีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็ก 0-2 ปี ร้อยละ 73.3 และ 71.3 ตามลำดับ แยกเป็นเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบเด็กหญิง ร้อยละ 80.8 เด็กชาย ร้อยละ 75.5 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เด็กหญิงมีภาวะสมส่วน ร้อยละ 82.3 เด็กชายสมส่วน ร้อยละ 75.8 และเกณฑ์ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เด็กชายมีความสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป ร้อยละ 88.3 เด็กหญิงความสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป ร้อยละ 88.7 ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าเด็กหญิงมีผลการประเมินดีกว่าเด็กชายทุกเกณฑ์การประเมิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยพิจารณาารายด้านดังนี้ ปัจจัยด้านมารดา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: ชัชฎา ประจูดตะเก Email: chatchada74@hotmail.com

ได้แก่ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน และการมีโรคประจำตัวของมารดา ปัจจัยด้านเด็กปฐมวัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่าง ได้แก่ อายุของผู้ดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัย 1) การจัดการงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 9 เช่น เพิ่มแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และได้รับโภชนาการที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์และควรมีแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้เด็กแรกคลอดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม การส่งเสริมให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรมีแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว และ 2) การกำหนดแนวทางในการติดตามและเฝ้าระวังโภชนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตามระยะเวลา และการบันทึกข้อมูลตามจริงและทันเวลา ทั้งในครัวเรือน ชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, เด็กปฐมวัย

Situation and Factors Associated with Early Childhood Nutritional Status In Health Regional 9

Chatchada Prachuttake, MPH*, Aunchalee Phumjuntuk, MPH*
and Pradub Srimuenwai, M.Sc.*

Article History

Received: July 17, 2019

Revised: August 18, 2019

Accepted: August 19, 2019

Abstract

The purpose of this descriptive study was to assess the situations and factors associated with early childhood nutritional status in health region 9. Subjects in this study were mothers, fathers and caregivers and 794 children resided in health region 9. The samples were selected using three-staged cluster sampling technique. Demographic and medical history data were obtained through the maternal and child health record books and questionnaires and Denver II child development measurement. The data were collected from April to June 2017. The descriptive data analysis included frequencies, percentages, arithmetic means and standard deviations. The analyses of association among various factors were done using odds ratio and chi-square.

The results showed that about 72.9 percent of the sample had appropriate nutritional Status (Boys: 69.4 % and Girls: 79.4 %, child 0-2 years 71.3 percent and child 3-5 years 73.3 percent). Nutritional status was classified by weight by age, weight by height and height by age comparison between girls and boys had appropriate nutritional status of 80.8, 75.5, 82.3, 75.8, 88.7 and 88.7 respectively. It was found that girls had appropriate nutritional status than boys.

* Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima
Corresponding author: Chatchada Prachuttake Email: chatchada74@hotmail.com

Factors that were found associated with early childhood nutritional status included maternal factors such as attending quality antenatal care 5 times, whether they took iodine and whether they have disease during pregnant. Early childhood factors associated with early childhood nutritional status included birth weight. Environment factors associated with early childhood nutritional status included caregiver aged.

It was suggested from this study that: 1) Development at all level mother and child care system such as increase antenatal care for pregnant women 5 times quality for given standard care, promoting nutrition during pregnancy, include guidelines to prevent premature labor prevent birth. Weight less than 2,500 gms. 2) The measures on the track monitoring evaluation and surveillance development in early childhood.

Keywords: Nutritional status, Early childhood

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว หากได้รับโภชนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจะช่วยสร้างเซลล์สมองและระบบต่างๆ ของร่างกายให้สมบูรณ์ส่งผลต่อการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนปัญญาที่ดี มีความสามารถในการเรียนรู้ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่⁽¹⁾ การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ และเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็กและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาเด็ก⁽²⁾ เด็กปฐมวัยทุกคนจำเป็นต้องได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการซึ่งจะไม่เท่ากันอยู่กับอัตราการเจริญเติบโตของเด็กแต่ละคน หากได้รับโภชนาการไม่เพียงพอจะส่งผลให้การเจริญเติบโตและกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดภาวะโลหิตจางได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับมากเกินไปจะทำให้มีน้ำหนักเกินเกิดโรคอ้วน มีผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽³⁾ พบว่าใน ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนเด็กไม่น้อยกว่า 155 ล้านคน ที่เผชิญกับการมีภาวะโรคอ้วน และพบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของเด็กในประเทศกำลังพัฒนามีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และประมาณ 1 ใน 10 ของการเสียชีวิตของเด็กทั่วโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และพบว่าภาวะโภชนาการเกินเด็กปฐมวัยใน พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.3 จาก พ.ศ. 2553⁽⁴⁾ และมีรายงานว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วภาวะโภชนาการของเด็กจะมีแนวโน้มในด้านภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ส่วนสูงของเด็กในประเทศเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้มีการเติบโตเต็มศักยภาพแล้วต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนสูงของเด็กยังเพิ่มได้อีกมากหากได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างดี⁽⁵⁾

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยใน พ.ศ. 2547, 2550, 2553 และ 2557 โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า เด็กปฐมวัยมีรูปร่างพ้อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2553 ถึงปี 2557 กล่าวคือ เด็กพ้อมจากร้อยละ 6.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.8 ส่วนเด็กอ้วนและเตี้ยมีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ เด็กอ้วนจากร้อยละ 11.2 ลดลงเป็นร้อยละ 10.6 และเด็กเตี้ยจากร้อยละ 9.18 เป็นร้อยละ 8.2⁽⁶⁾ และจากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย ในปี 2558 - 2559 พบว่าเด็กปฐมวัยมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 8.2 พบสูงสุดในภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 11.0 และ 8.3 ตามลำดับ ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังร้อยละ 13.1 พบสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 17.6 และรองลงมา เป็นภาคกลาง ร้อยละ 14.0 ส่วนภาวะอ้วนพบร้อยละ 8.2 พบมากที่สุดที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.1 รองลงมา เป็นภาคกลางร้อยละ 8.8 76⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยด้านลูก และปัจจัยแวดล้อมด้านการเลี้ยงดูซึ่งรวมถึงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของเด็ก จากรายงานวิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ได้แก่ อายุปัจจุบันของมารดาและการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน⁽⁸⁾ อายุขณะตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์⁽⁶⁾ ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การเจ็บป่วยของเด็ก การมีฟันผุในเด็ก การมีโรคประจำตัวและภาวะโภชนาการของเด็ก เช่น การกินนมแม่ การได้รับยาล้ำเสริมธาตุเหล็ก และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็ก ล้วนแล้วแต่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็ก และนอกจากนั้นยังพบปัจจัย

ด้านเด็กอีกคือน้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก นอกจากนั้นพบว่าการเจ็บป่วยของเด็ก เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน การเกิดโรคอุจจาระร่วง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย⁽⁹⁾ ปัจจัยแวดล้อม เช่น รายได้ของครอบครัว การศึกษาของพ่อ แม่ และการเลี้ยงดูของผู้ดูแลหลัก พบรายได้ของครอบครัวมีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยด้านการศึกษานี้ พบเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดมีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ 9.7 เท่า⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจนมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ และพบว่าครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรม การบริโภคของเด็ก พฤติกรรมการเลียนแบบของเด็กจะขึ้นกับพ่อแม่และบุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่าง ทักษะคิดในการเลือกอาหารของพ่อแม่จึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการกำหนดความชอบหรือไม่ชอบของเด็ก

จากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นพบว่ามีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยแวดล้อม รวมถึงครอบครัวและพฤติกรรมการเลี้ยงดู จึงทำให้คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรม/โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยของเขตสุขภาพที่ 9 อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9

วิธีดำเนินงาน

1. รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้ชุดข้อมูลทุติยภูมิ วิจัยเรื่อง พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2560 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์มารดาบิดา หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ด้วยเครื่องมือคือแบบสอบถาม สถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย และประเมินภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือเครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง นำมาแปลตามเกณฑ์การเจริญเติบโตของกรมอนามัย ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 130 ลงวันที่ 21 เมษายน 2560

2. ระยะเวลาดำเนินการ เมษายน 2560 - มิถุนายน 2560

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Three-Stages Cluster Sampling โดยมีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นหนึ่งจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ สุรินทร์ ตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวนทั้งหมด 816 คน เมื่อตรวจสอบข้อมูล จัดการข้อมูลสูญหาย และคัดข้อมูลของเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี ออกไป เหลือตัวอย่างจำนวน 794 ราย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่

4.1 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ พัฒนาการและพฤติกรรมความเสี่ยงของเด็กของ ครอบครัวไทยของกรมอนามัย ปี 2560

4.2 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบไปด้วยข้อมูลด้านแม่ และข้อมูลเด็ก กราฟ ประเมินสภาวะการเจริญเติบโต น้ำหนัก ส่วนสูง ตามเกณฑ์การเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของโภชนาการ กรมอนามัย, 2558)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ odds ratio กับ chi square กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

พบเด็กปฐมวัยทั้งหมด 794 รายเป็น เพศชายจำนวน 376 คน (ร้อยละ 47.3) เพศหญิง จำนวน 418 คน (ร้อยละ 52.7) เด็กปฐมวัยโดย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 3-5 ปี จำนวน 426 คน (ร้อยละ 53.6) และอยู่ในช่วงอายุ 0-2 ปี จำนวน 368 คน (ร้อยละ 46.4) โดยเด็กจำนวน 415 คน (ร้อยละ 54.7) ได้รับการดูแลโดยแม่ รองลงมา เป็นการดูแลโดยญาติ ร้อยละ 43.7

สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยเขต สุขภาพที่ 9

ผลจากการประเมินภาวะโภชนาการของ เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 พบว่า ภาวะ โภชนาการรวมของเด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการดี ร้อยละ 69.7 โดยเด็กหญิงมีภาวะโภชนาการดีกว่า

เด็กชาย คือ เด็กผู้หญิง มีภาวะโภชนาการดี ร้อยละ 75.4 ส่วนเด็กชายมีโภชนาการดี ร้อยละ 69.4 และ เด็กอายุ 3-5 ปี มีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็ก 0-2 ปี โดยเด็ก 3-5 ปี มีภาวะโภชนาการดี ร้อยละ 73.3 ในขณะที่เด็ก 0-2 ปี มีโภชนาการดี ร้อยละ 71.3

และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ต่าง ๆ พบว่า ภาวะโภชนาการเด็ก ตามกลุ่มอายุ และเพศ ดังนี้

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า ทั้งเด็ก 0-2 ปี และ 3-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุร้อยละ 79.0 และ 77.3 ตามลำดับ และเด็ก 0-2 ปี มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ น้อยกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ในขณะที่เด็ก 3-5 ปี มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ มากกว่า เด็ก 0-2 ปี หากเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า เด็กหญิงมีน้ำหนักเหมาะสมตามเกณฑ์อายุ มากกว่าเด็กชาย คือร้อยละ 80.8 และร้อยละ 75.5 ตามลำดับ

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า เด็ก 3-5 ปี มีรูปร่างสมส่วน และค่อนข้างผอม มากกว่า เด็ก 0-2 ปี ในขณะที่เด็ก 0-2 ปี จะมีรูปร่างท้วม และอ้วน มากกว่าเด็ก 3-5 ปี ส่วนน้ำหนักเริ่มอ้วน เด็กชายและเด็กหญิงมีสัดส่วนเท่ากัน และเมื่อ พิจารณาตามเพศ พบว่า เด็กหญิงจะสมส่วน และ รูปร่างอ้วนมากกว่าเด็กชาย และเด็กชายจะผอม มากกว่าเด็กหญิง

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี จะมีส่วนสูงตามเกณฑ์และสูง มากกว่าเด็ก 0-2 ปี ในขณะที่เด็ก 0-2 ปี มีรูปร่างเตี้ย มากกว่าเด็ก 3-5 ปี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า เด็กหญิงจะสูงตามเกณฑ์มากกว่าเด็กชายดังแสดง ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการเด็ก แยกตามกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 3-5 ปี

ภาวะโภชนาการของเด็ก	อายุ 0-2 ปี (N=348)		อายุ 3-5 ปี (N=415)		รวม (N=763)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						
ผอม	22	6.3	18	4.4	40	5.3
ค่อนข้างผอม	24	6.9	37	8.9	61	8.0
สมส่วน	270	77.6	333	80.2	603	79.0
ท้วม	11	3.1	6	1.5	17	2.3
เริ่มอ้วน	11	3.1	13	3.1	24	3.1
อ้วน	10	2.9	8	1.9	18	2.3
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ						
น้ำหนักน้อย	23	6.6	23	5.6	46	6.0
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	27	7.8	37	8.9	64	8.4
น้ำหนักตามเกณฑ์	275	79.0	321	77.3	596	78.1
น้ำหนักค่อนข้างมาก	9	2.6	10	2.4	19	2.5
น้ำหนักมาก	14	4.0	24	5.8	38	5.0
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ						
เตี้ย	23	6.6	18	4.3	41	5.4
ค่อนข้างเตี้ย	19	5.5	28	6.7	47	6.1
สูงตามเกณฑ์	291	83.6	344	82.9	635	83.2
ค่อนข้างสูง	9	2.6	10	2.4	19	2.5
สูง	6	1.7	15	3.6	21	2.8
ภาวะโภชนาการ (สูงและสมส่วน)						
ดี	248	71.3	304	73.3	552	72.3
ไม่ดี	100	28.7	111	26.7	211	27.7

ตารางที่ 2 ภาวะโภชนาการเด็ก แยกตามเพศ ชาย/หญิง

ภาวะโภชนาการของเด็ก	เพศชาย (N=359)		เพศหญิง (N=407)		รวม (N=766)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง						
ผอม	24	6.7	16	3.9	40	5.2
ค่อนข้างผอม	33	9.2	28	6.9	61	8.0
สมส่วน	272	75.8	335	82.3	608	79.3
ท้วม	8	2.2	8	2.0	16	2.1
เริ่มอ้วน	14	3.9	10	2.5	24	3.1
อ้วน	8	2.2	10	2.5	18	2.3
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ						
น้ำหนักน้อย	25	7.0	21	5.2	46	6.0
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	33	9.2	31	7.6	64	8.3
น้ำหนักตามเกณฑ์	271	75.5	329	80.8	600	78.3
น้ำหนักค่อนข้างมาก	7	1.9	12	2.9	19	2.4
น้ำหนักมาก	23	6.4	14	3.4	37	4.8
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ						
เตี้ย	16	4.5	25	6.1	41	5.4
ค่อนข้างเตี้ย	26	7.2	21	5.2	47	6.1
สูงตามเกณฑ์	294	81.9	344	84.5	638	83.3
ค่อนข้างสูง	10	2.8	9	2.2	19	2.5
สูง	13	3.6	8	2.0	21	2.7
ภาวะโภชนาการ (สูงและสมส่วน)						
ดี	249	69.4	307	75.4	556	72.6
ไม่ดี	110	30.6	100	24.6	210	27.4

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านแม่

ปัจจัยด้านแม่ประกอบด้วย คุณลักษณะ
ของแม่ อายุแม่ปัจจุบัน การศึกษา อาชีพ อายุแม่
ขณะตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน

โรคประจำตัวระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่าง
ตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ การได้รับยาเสริม
ไอโอดีน และการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์
จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านแม่ที่มีความ
สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย มีดังนี้

- โรคประจำตัวแม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value .047) โดยแม่ที่มีโรคประจำตัวพบเด็กมีภาวะโภชนาการไม่ดี ร้อยละ 37.0 และเมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการไม่ดี พบว่าแม่ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่เด็กจะมีภาวะโภชนาการไม่ดี มากกว่าแม่ที่ไม่มีโรคประจำตัว 1.68 เท่า (95% CI : 1.07 - 2.81)

- การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกของแม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.040$) โดยแม่ที่ไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกพบเด็กมีภาวะโภชนาการไม่ดี ร้อยละ 28.2 และเมื่อพิจารณาโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ โภชนาการไม่ดี พบว่าแม่ที่ไม่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกพบเด็กมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าแม่ที่กินยา ทุกวัน 1.58 เท่า (95% CI ; 1.06 – 1.96) ส่วนปัจจัย ด้านแม่ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็ก ได้แก่ อายุแม่ปัจจุบัน ระดับการศึกษาแม่ อาชีพแม่ อายุแม่ขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนแม่ การติดเชื้อ ของแม่ขณะตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า แม่ที่ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์จะมีลูกที่มีภาวะ โภชนาการไม่ดี ถึงร้อยละ 42.9 มากกว่าแม่ที่ไม่ ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ และพบว่าแม่ที่มีประวัติ ดื่มน้ำดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ขณะ ตั้งครรภ์ เด็กจะมีภาวะโภชนาการไม่ดีถึงร้อยละ 40.0 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแม่กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย

ปัจจัยด้านแม่	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value	OR	Lower	Upper
อายุแม่ปัจจุบัน	754	545	72.3	209	27.7	.467			
น้อยกว่า 20 ปี	41	29	70.7	12	29.3		0.40	0.01	14.16
20-35 ปี ^{ref}	568	409	72.0	159	28.0				
35 ปีขึ้นไป	145	107	73.8	38	26.2		1.5	.08	27.96
ระดับการศึกษาแม่	734	530	72.2	204	26.8	.216			
ปริญญาตรี/สูงกว่า ^{ref}	75	59	78.7	16	21.3				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4	80.0	1	20.0		0.49	0.21	1.12
ประถมศึกษา	120	78	65.0	42	35.0		0.45	0.05	4.40
มัธยมศึกษา/ปวช.	487	358	73.5	129	26.5		0.95	0.46	1.95
อนุปริญญา/ปวส/ปวท	47	31	65.9	16	34.1		0.66	0.35	1.26

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแม่กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย (ต่อ)

ปัจจัยด้านแม่	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi p-value	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		OR	Lower	Upper
อาชีพแม่	722	515	71.3	207	28.7	.719			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ^{ref}	23	18	78.3	5	21.7				
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	225	157	69.8	68	30.2		1.52	0.54	4.27
เกษตรกร	82	56	68.3	26	31.7		1.60	0.53	4.81
รับจ้าง	331	237	71.6	94	29.4		1.44	0.52	4.00
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	61	47	77.0	14	23.0		1.00	0.30	3.26
อายุแม่ขณะตั้งครรภ์	768	558	72.7	210	27.3	.549			
น้อยกว่า 20 ปี	163	114	70.0	49	30.0		1.16	0.79	1.72
20-35 ปี ^{ref}	532	388	72.9	144	27.1				
35 ปีขึ้นไป	73	56	76.7	17	23.3		0.83	0.46	1.48
การฝากครรภ์คุณภาพ	687	472	70.2	210	29.8	0.032			
ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	404	267	66.1	137	33.9		2.14	1.10	5.92
ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ^{ref}	283	205	72.4	73	25.6				
โรคประจำตัวแม่	724	524	72.4	200	27.6	0.047			
ไม่มี ^{ref}	651	478	73.4	173	26.6				
มี	73	46	63.0	27	37.0		1.68	1.07	2.81
ภาวะแทรกซ้อนแม่	708	508	71.8	200	28.2	0.646			
ไม่มี ^{ref}	664	477	71.8	187	28.2				
มี	44	31	70.5	13	29.5		1.17	0.59	2.33
การติดเชื้อแม่	699	500	71.5	199	28.5	0.778			
ไม่มี ^{ref}	692	496	71.7	196	28.3				
มี	7	4	57.1	3	42.9		1.28	0.23	7.14
ได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และ โฟลิก	645	463	71.8	182	28.2	0.040			
ได้รับกินทุกวัน ^{ref}	407	291	71.5	116	28.5				
ได้รับกินบางวัน	43	28	65.1	15	34.9		1.40	0.72	2.74
ได้รับไม่ได้กิน	85	65	76.5	20	23.5		0.83	0.47	1.46
ไม่ได้รับ	110	79	71.8	31	28.2		1.58	1.06	1.96
ดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์	729	526	72.2	203	27.8	0.303			
ไม่ดื่ม ^{ref}	719	520	72.7	199	27.3				
ดื่ม	10	6	60.0	4	40.0		2.01	0.53	7.60

ปัจจัยแวดล้อม

ปัจจัยแวดล้อมประกอบด้วย คุณลักษณะของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ครัวเรือน ช่วงกลางวันเด็กอยู่ที่ใด และผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย มีดังนี้

- **อายุผู้ดูแล** มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.02) โดยพบเด็กที่มีผู้ดูแลที่อายุ

น้อยกว่า 20 ปี จะมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.3 โดยเด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปีจะมีภาวะโภชนาการดี ร้อยละ 74.8 และมีโอกาสที่เด็กที่มีผู้ดูแลอายุ 20 - 39 ปี จะมีโภชนาการไม่ดีเมื่อเทียบกับเด็กที่มีผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 1.36 เท่า (95% CI ; 1.17- 2.06) ดังรายละเอียดแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9

ปัจจัยแวดล้อม	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi p-value	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		OR	Lower	Upper
อายุผู้ดูแล	720	524	72.8	196	27.2	0.026			
น้อยกว่า 20 ปี	21	14	66.7	7	33.3		.47	0.19	1.11
20 – 39 ปี	293	210	71.7	83	28.3		1.36	1.17	2.06
40 – 59 ปี	330	247	74.8	83	25.2		.59	0.32	1.09
60 ปีขึ้นไป ^{ref}	76	53	69.7	23	30.3				
การศึกษาผู้ดูแล	725	521	71.9	204	28.1	0.215			
ปริญญาตรี/สูงกว่า	32	25	78.1	7	21.9		3.1	0.45	21.55
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	19	67.9	9	32.1		2.5	0.48	12.99
ประถมศึกษา ^{ref}	370	256	69.2	114	30.8		1.2	0.24	6.32
มัธยมศึกษา/ปวช.	273	205	75.1	68	24.9				
อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	22	16	72.7	6	27.3				
อาชีพผู้ดูแล	714	513	71.8	201	28.2	0.266			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ^{ref}	14	11	78.6	3	21.4				
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	290	211	72.8	79	27.2		..49	0.72	2.32
เกษตรกร	246	172	70.0	74	30.0		.82	0.15	4.46
รับจ้าง	117	83	71.0	34	29.0		.82	0.15	4.47
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	47	36	76.6	11	23.4		0.82	0.13	4.86
รายได้ครัวเรือน	496	371	74.8	125	25.2	0.516			
น้อยกว่า 10,000 บาท	67	51	76.1	16	23.9		0.91	0.49	1.88
10,00-20,000 บาท	403	298	74.0	105	26.0		0.46	0.12	1.82
มากกว่า 2,0000 บาท ^{ref}	26	22	84.6	4	15.4				

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยแวดล้อม	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value	OR	Lower	Upper
ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน	758	551	72.7	207	27.3	0.831			
แม่ ^{ref}	415	298	71.8	117	28.2				
พ่อ	9	6	66.7	3	33.3		1.4	0.33	6.11
ญาติ	331	245	74.0	86	26.0		.91	0.63	1.31
ผู้รับจ้างดูแลเด็ก	3	2	66.7	1	33.3		.2.2	0.14	6.79

ปัจจัยด้านเด็ก

ปัจจัยด้านเด็กประกอบด้วย น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัวของเด็ก เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคท้องร่วงภายใน 1 ปี เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวมใน 1 ปี มีปัญหาช่องปาก การรับประทานอาหารมื้อหลักและอาหารว่าง จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย มี 2 ปัจจัย ดังนี้

- น้ำหนักแรกคลอด มีความสัมพันธ์

กับภาวะโภชนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-Value = 0.041) โดยเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะโภชนาการไม่ดีถึงร้อยละ 38.0 และมีโอกาสมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 ถึง 1.4 เท่า (95% CI; 1.14-2.15) ดังรายละเอียดแสดงตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	p-value	OR	Lower	Upper
น้ำหนักแรกคลอด	757	544	71.8	213	28.2	0.041			
น้อยกว่า 2,500 กรัม	79	49	62.0	30	38.0		1.4	1.16	2.16
2,500 กรัมขึ้นไป ^{ref}	678	495	73.0	183	27.0				
กินนมแม่อย่างเดียว	728	529	72.7	199	27.3	0.804			
น้อยกว่า 6 เดือน	644	463	71.9	181	28.1		1.0	0.60	1.89
6 เดือนขึ้นไป ^{ref}	84	66	78.6	18	21.4				

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน ตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ							
		ดี		ไม่ดี		chi p-value	95% CI for OR		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		OR	Lower	Upper
ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	764	553	69.8	211	30.2	0.473			
ได้รับกินประจำ ^{ref}	104	79	76.0	25	24.0				
ได้รับกินบางครั้ง	38	25	65.8	13	34.2		1.6	0.73	3.68
ไม่ได้รับ	622	449	72.2	173	27.8		1.2	0.75	1.97
ภาวะแทรกซ้อน	725	525	72.4	200	27.6	0.784			
ไม่มี ^{ref}	544	399	73.3	145	26.7				
มี	181	126	69.6	55	30.4		1.05	0.70	1.59
โรคประจำตัวเด็ก	747	543	72.7	204	27.3	0.281			
ไม่มี ^{ref}	695	511	73.5	184	27.5				
มี	52	32	61.5	20	38.5		1.4	0.73	2.84
เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรค ท้องร่วง	739	531	71.9	208	29.1	0.120			
ไม่เคย ^{ref}	678	490	72.3	188	27.7				
เคย	61	44	72.1	17	27.9		1.4	0.84	2.15
เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรค ปอดบวม	740	533	72.0	207	28.0	0.195			
ไม่เคย ^{ref}	705	504	71.5	201	28.5				
เคย	35	29	82.9	6	21.1		.52	0.19	1.39
ปัญหาช่องปาก	721	509	70.5	222	29.5	0.088			
ไม่มี ^{ref}	464	341	73.5	123	26.5				
มี	257	168	45.6	89	34.6		1.3	0.49	1.51
รับประทานอาหารมือหลัก	762	552	72.4	210	27.6	0.657			
ครบ ^{ref}	760	550	72.4	210	27.6				
ไม่ครบ	2	2	100	0	0		1.08	0.77	1.57
รับประทานอาหารว่าง	779	550	70.6	207	29.4	0.811			
รับประทาน ^{ref}	725	523	72.1	202	27.9				
ไม่รับประทาน	34	27	79.4	7	21.6		.89	0.37	2.17

อภิปรายผลการวิจัย

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว หากได้รับโภชนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจะช่วยสร้างเซลล์สมองและระบบต่างๆ ของร่างกายให้สมบูรณ์ส่งผลต่อการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพคือมีภาวะสูงตีสมส่วน โดยจะมีความสัมพันธ์กับระดับเขาวนปัญญาดี มีความสามารถในการเรียนรู้ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่¹ ดังนั้นส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กปฐมวัยจึงเป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมของสุขภาพและคุณภาพชีวิตในวัยผู้ใหญ่การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ และเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็กและเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีเขาวนปัญญาที่พร้อมจะเรียนรู้พัฒนาทักษะเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพเด็กจำเป็นต้องได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งในช่วงนี้จะไม่เท่ากันอยู่กับอัตราการเจริญเติบโตของเด็กแต่ละคน หากได้รับโภชนาการไม่เพียงพอจะส่งผลให้การเจริญเติบโตและกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันต่ำเกิดภาวะโลหิตจางได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับมากเกินไปก็จะทำให้มีน้ำหนักเกินเกิดโรคอ้วนมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากผลการวิจัย พบว่า เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9 มีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วนดีขึ้น จากร้อยละ 63.7 ใน พ.ศ. 2557 (ข้อมูลรายงาน rapid survey) เป็นร้อยละ 72.3 ในปี พ.ศ. 2560 และเด็กมีรูปร่างสูงมากขึ้น กล่าวคือ เด็กที่สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์ในปี 2557 รวมร้อยละ 84.8 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 86.8 ในปี 2560 ในขณะที่เดียวกันพบเด็กเตี้ย ร้อยละ 13.2 เด็กอ้วนร้อยละ 7.5 ซึ่งดีขึ้นจากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศ

ไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย ในปี 2558 -2559 พบว่าเด็กปฐมวัยมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 8.2 พบสูงสุดในภาคใต้ รองลงมาคือภาคเหนือ ร้อยละ 11.0 และ 8.3 ตามลำดับ ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังร้อยละ 13.1 พบสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 17.6 และรองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 14.0 ส่วนภาวะอ้วนพบร้อยละ 8.2 พบมากที่สุดที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.1 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 8.8

จากการวิจัย พบว่า เด็กผู้หญิงมีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็กผู้ชาย ซึ่งอาจเกิดจากเด็กผู้หญิงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีกว่าเด็กผู้ชาย จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพปี 2551-2552 พบว่าในเด็ก 2-5 ปี เด็กผู้หญิงมีการบริโภคผักและผลไม้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตของร่างกายมากกว่าเด็กผู้ชาย โดยเด็กผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยการบริโภคผัก ร้อยละ 1.2 ในขณะที่เด็กผู้ชายมีค่าเฉลี่ยการบริโภคผัก ร้อยละ 1.1 ส่วนการบริโภคผลไม้พบว่าเด็กผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยการบริโภคผลไม้มากกว่า 2 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 20.6 ส่วนเด็กผู้ชายร้อยละ 18.4 นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะรับประทานอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้โดยพบว่า เด็กผู้ชายมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะรับประทานอาหาร ร้อยละ 83.2 ในขณะที่เด็กผู้หญิง ร้อยละ 76.8 ที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะรับประทานอาหาร และสอดคล้องไปจนถึงประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ปี 2557-2558 มีผลสำรวจการกินผัก ผลไม้ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไปเป็นชายร้อยละ 24.1 และหญิงร้อยละ 27.6

เด็กอายุ 3-5 ปีมีภาวะโภชนาการดีกว่าเด็ก 0-2 ปี ทั้งในปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 77.48 และ

64.14 จากข้อมูลการสำรวจศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ และ HDC และ ปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 73.3 และ 71.3 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพ ปี 2551-2552 พบว่า ปัญหาของการกินอาหาร มือหลัก พบว่า เด็ก 1 ปี - 1 ปี 11 เดือน มีปัญหา ร้อยละ 44 เด็ก 2 ปี 11 เดือน มีปัญหา ร้อยละ 43.3 ซึ่งในเด็กเล็กบางคน กินยาก เลือกกิน คายอาหารทิ้ง เพราะวัยนี้เป็นช่วงที่ชอบเล่นสนุก และเริ่มมีความคิดเป็นของตัวเอง การเลือกกินและกินน้อยหรือ ในระหว่างมื้ออาหารเด็กกินขนมหรือน้ำจืด อิ่ม อีกสาเหตุคือเด็กมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือมีปัญหาความเครียดทำให้บางครั้งได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กได้

ปัจจัยด้านแม่ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ โรคประจำตัวแม่ และการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก โดยพบว่า การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ (ครั้งที่ $1 \leq 12$ สัปดาห์ ครั้งที่ $2 \geq 18 + 2$ สัปดาห์ ครั้งที่ $3 \geq 26 + 2$ สัปดาห์ ครั้งที่ $4 \geq 32 + 2$ สัปดาห์ ครั้งที่ $5 \geq 38 + 2$ สัปดาห์) มีความสำคัญแสดงถึงแม่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพเด็กตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ ซึ่งการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ แม่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยง ได้รับวัคซีนและยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและกรดโฟลิกตามมาตรฐาน ได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และการเฝ้าระวังและความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม ย่อมส่งผลไปถึงการดูแลสุขภาพที่คลอດออกมาให้มีภาวะโภชนาการที่ดีต่อไป จากการวิจัยนี้ พบข้อมูลแม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ พบว่า มีลูกที่มีภาวะโภชนาการดีร้อยละ 72.4 พบว่า แม่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพมีลูกที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีถึงร้อยละ 33.9 และเด็กที่คลอดจาก

แม่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพจะมีโอกาสมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าเด็กที่คลอดจากแม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ 2.14 เท่า

โรคประจำตัวแม่ หากแม่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ เช่น การเสี่ยงต่อการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด หรือมีภาวะน้ำหนักตัวเด็กมากหรือน้อยกว่าปกติได้ หรือเด็กบางคนอาจพิการแต่กำเนิดได้ การวิจัยนี้ แม่ที่มีโรคประจำตัว จะมีเด็กภาวะโภชนาการไม่ดี ร้อยละ 37.0 และเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการไม่ดี 1.68 เท่าของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ยังพบว่า แม่ที่มีโรคประจำตัว มีเด็กคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 14.2 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.4 ในขณะที่ แม่ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีเด็กคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9.3 เด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.2 ส่วนการได้รับยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ซึ่งในภาพรวมพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็ก ในทางวิชาการ ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกที่แม่ได้รับขณะตั้งครรภ์นั้น จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และสมองทารกในครรภ์ แต่ทว่าจากการวิจัยชี้แจงว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก มีเด็กที่ภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าแม่ที่ไม่ได้รับยาบำรุงเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ซึ่งอาจจะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่มีผลการวิจัยชัดเจนว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทั้งร่างกายและสมอง ซึ่งสอดคล้องกับชัยพร พรหมสิงห์และคณะ⁽⁶⁾

ปัจจัยด้านแวดล้อม พบว่า มีอายุผู้ดูแล เป็นปัจจัยเดียวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

โภชนาการของเด็ก ซึ่งพบในทางตรงกันข้ามกับอายุของแม่ ที่พบว่าแม่อายุมากขึ้น จะมีเด็กภาวะโภชนาการไม่ดีมากขึ้น แต่สำหรับอายุของผู้ดูแลจากการวิจัยพบว่ายิ่งอายุมากเด็กจะมีภาวะโภชนาการดีมากขึ้น เป็นเพราะผู้ดูแลที่อายุมาก จะไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงร้อยละ 39.0 จึงสามารถทำหน้าที่ในการดูแลเด็กได้อย่างใกล้ชิด ประกอบกับผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นย่า ยายซึ่งมีความรัก ใส่ใจหลานมากอยู่แล้ว จึงให้การดูแลเป็นอย่างดีโดยผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าผู้ดูแลที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป 1.36 เท่า

ปัจจัยด้านเด็ก ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอดของเด็กเพียงปัจจัยเดียวโดยพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม คือ ร้อยละ 38.0 และ 27.0 ตามลำดับ โดยเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่คลอดก่อนกำหนด เพราะช่วง 3 เดือนสุดท้ายในครรภ์ เป็นช่วงที่ทารกมีการเจริญเติบโตและสะสมอาหารสูง จากการวิจัยนี้พบว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 50 ในขณะที่เด็กคลอดครบกำหนดมีน้ำหนักแรกคลอด น้อยกว่า 2,500 กรัม เพียง ร้อยละ 5.5 สอดคล้องกับงานวิจัยของชัยพร พรหมสิงห์และคณะ จากการศึกษาระยะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีภาวะโภชนาการไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การจัดการงานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่

1.1 กระบวนการส่งเสริมการฝากครรภ์ให้ครบ 5 ครั้งคุณภาพก่อนคลอดมีความสำคัญมาก ร่วมกับการสร้างความตระหนักให้กับหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว ชุมชน มารดาจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานและได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง สามารถตรวจพบความผิดปกติบางอย่างของมารดาและทารกในครรภ์และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที นอกจากนั้นควรปฏิบัติดังนี้

1.2 ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และมีรายงานจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงแยกระดับตามความรุนแรง การคัดกรอง การดูแล และการส่งต่อที่เหมาะสม เป็นรายไตรมาส เพื่อนำผลที่ได้ไปจัดการดูแลในภาพรวมของพื้นที่ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และระหว่างสาขาสูติกรรมและสาขาอายุรกรรม

1.3 การเลี้ยงดูเล็ก การส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็ก ตั้งแต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้อาหารเสริมตามวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตตามวัย

1.4 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตามระยะเวลา และการบันทึกข้อมูลตามจริงและทันเวลา ทั้งในครัวเรือน ชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน

2. การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างเพียงพอในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดกรณีมารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสำคัญ จะช่วยส่งผลต่อการพัฒนาสมองและการเจริญเติบโตของทารกตั้งแต่ในระหว่างตั้งครรภ์ เขตสุขภาพควรมีนโยบายและสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุม

3. การมีทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นปัญหาสำคัญด้านงานอนามัยแม่และเด็กและเป็นสาเหตุในการเพิ่มอัตราตายและอัตราป่วยของทารก และส่งผลถึงพัฒนาการสมวัยและสูงดี สมส่วนตามมา นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ ควรมีนโยบายการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังนี้

3.1 การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้โปรเจสเทอโรน

3.2 การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 9 มีการดำเนินการโครงการหัตถ์จรรยา 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และมีกิจกรรมนม 90 วัน 90 กล้อง ซึ่งได้รับสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนตำบล ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหลังจากนั้นได้สนับสนุน

3.3 วางระบบการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ทั้งในสถานบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน

4. ควรมีการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ทั้งการรับบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีข้อมูลการฝากครรภ์ของมารดาและเด็กอย่างต่อเนื่องกัน

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีกระบวนการเพื่อส่งเสริมและป้องกัน ติดตามการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการเกิดภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และจำข้อมูลไม่ได้ เช่น ข้อมูลการกินยา

บำรุงครรภ์ ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อมูลของเด็ก ควรมีการวางแผนการเก็บข้อมูลบางรายการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องคิดย้อน หลังนานว่าควรเก็บรายการใดจากแหล่งข้อมูลใด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับปัญหาเด็กปฐมวัยที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ และให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ เช่น การขาดสารไอโอดีน ภาวะโลหิตจาง เด็กผอม เด็กอ้วน เด็กเตี้ย และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยรับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก นพ.วีรพล กิตติพิบูลย์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา แพทย์หญิง วิณามงคลพร รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ คุณกมลรัตน์ เกตุบรรลุ รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ และที่ปรึกษากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ขอบขอบคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรีและ ดร.ศรีชมา กาญจนสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ที่เป็นผู้รับผิดชอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในภาพรวมของประเทศ ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์และชัยภูมิ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ และที่สำคัญขอขอบคุณบุคลากรกลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก บุคลากรกลุ่มการพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่เก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายและเป็นที่ปรึกษางานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด - 5 ปี พ.ศ. 2556; 2558.
2. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. คู่มือเครื่องชี้วัดทางโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
3. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่สำหรับเผยแพร่ ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอนวัยเด็กเล็ก 0 - 3 ปี. กรุงเทพฯ: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2560.
4. World Health Organization. Levels and Trends in Child Malnutrition [Internet]. [cited 2019 Jan 24], Available from: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/>.
5. วิชัย เอกพลากร. ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พศ 2551-2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report6_9.pdf.
6. ชัยพร พรหมสิงห์ วรรณภา กางกั้น และพนิต โล่เสถียรกิจ (2557). ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2557.ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์; 2559.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สปสช และยูนิเซฟ ประเทศไทย. ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 มกราคม 2562] เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/2558/unicef%20MICS%2014%20Provinces_TH-Hi%20res.pdf.
8. พรณิ ไพบูลย์ และคณะ. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ 2561; 4(2) พ.ศ.-ส.ค.:27-42.
9. Khejonchit P, Chutiman N, Kumphon B. Factor Associated with Under-Nutrition of Preschool Children in Kuchinarai District, Kalasin Province. Khon Kaen University Journal for Public Health Research 2013;6(3):168-175.
10. Sharghi A, Kamran A, Faridan M. Evaluating Risk for Protein - Energy Malnutrition in Under the Age of Six Years: a Case - Control Study from Iran. International Journal of General Medicine 2011;4:607-611.
11. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. บริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2562] เข้าถึงได้จาก: www.healthdata.moph.go.th/kpi/2555/KpiDetail.php?topic.

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 อัญชลี ภูมิจันทิก, ส.ม.* ชัชฎา ประจูดทะเล, ส.ม.* และ ประดับ ศรีหมื่นไวย, วท.ม.*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 13 กรกฎาคม 2562

รับบทความที่แก้ไข: 17 สิงหาคม 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 18 สิงหาคม 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กแรกเกิดถึงเด็กอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวนทั้งสิ้น 663 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Three - Stratified sampling เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และประเมินภาวะซีดโดยวัดค่า Hemoglobin จากเครื่องมือ HemoCue® วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ข้อมูลของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลด้านสุขภาพเด็ก และภาวะซีดของเด็กปฐมวัย ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย ใช้สถิติ Multiple Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 663 คน มีภาวะซีดรวมร้อยละ 29.2 และเมื่อแยกตามรายกลุ่มอายุ พบว่าเด็กช่วงอายุ 0 – 2 ปี มีภาวะซีดร้อยละ 49.1 และเด็กโตอายุ 3 – 5 ปี มีภาวะซีดร้อยละ 21.3 พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย ได้แก่ BMI มารดาน้อยในระหว่างการตั้งครรภ์ (OR 2.79 95% CI 1.06 - 8.22) การไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กปฐมวัยมีผลต่อภาวะซีด (OR 3.69 95% CI 1.18 - 11.58) การไม่ดื่มนมสูตรสัจดีมีผลต่อภาวะซีด (OR 4.05 95 % CI 1.18 - 13.88) การกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันมีผลต่อภาวะซีด (OR 2.7 95% CI 1.53 - 4.99) และการไม่ส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีผลต่อภาวะซีด (OR 2.2 95% CI 1.19 - 4.25)

ข้อเสนอแนะ 1) ควรมีการพัฒนากระบวนการแม่และเด็กให้มีคุณภาพ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และของเด็กปฐมวัย การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนกลุ่มแม่และเด็ก และการส่งเสริมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน 2) ควรมีการกำหนดแนวทางในการติดตามและเฝ้าระวังภาวะซีดของเด็กปฐมวัยในผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในเขตสุขภาพ

คำสำคัญ : ภาวะซีด, เด็กปฐมวัย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: อัญชลี ภูมิจันทิก Email: unja1_phum@hotmail.com

Situations and Factors Associated with Anemia in Early Childhood in Health Region 9

Aunchalee Phumjuntuk, MPH* Chatchada Prachuttake, MPH*
and Pradub Srimuenwai, M.Sc.*

Article History

Received: July 13, 2019

Revised: August 17, 2019

Accepted: August 18, 2019

Abstract

The objective of this descriptive research was to examine the situations and factors associated with anemia among children in early childhood from newborn up to 5 years 11 months and 29 days. The samples were comprised of 663 children drawn to the study using the Three-Stratified Sampling technique. Instruments consisted of questionnaire that determine essential factors affecting growth and patterns promoting full capacity growth among early childhood, mothers' and children's health recording booklets, and hemoglobin measurement to determine anemic status using HemoCue®. The data were analyzed using descriptive statistics to explain general information, parent and caregiver data, children's health data as well as anemia in early childhood. Analysis of factors associated with anemia among early childhood was done using multiple logistic regression at 0.05 significant level.

The results showed that, among 663 early childhood samples, there were 29.2 percent had anemia. Age groups which had higher percentages of anemia were as follows: 0 – 2 years old (49.1 percent) and 3 – 5 years old (21.3 percent). Factors associated with anemia in early childhood included mothers having low body mass index (BMI) during pregnancy (OR 2.79 95% CI 1.06-8.22), not receiving iron supplements during early childhood (OR 3.69 95% CI 1.18-11.58), not drinking unsweetened whole milk among children (OR 2.70 95% CI 1.53-4.99), and not sending children to early child care centers (OR 2.20 95% CI 1.19 - 4.25).

According to the study, it is recommended that 1) maternal and child's health services should be improved especially in the areas regarding nutritional promotion among pregnant women and early childhood, breastfeeding promotion, access to benefit packages among mothers and children and improving quality in day care centers; 2) anemia detection guidelines in monitoring and a surveillance system in early childhood should be included at all levels in the health region.

Keywords: Anemia, Early childhood

* Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Aunchalee Phumjuntuk Email: unja1_phum@hotmail.com

บทนำ

การขาดธาตุเหล็ก (Iron Deficiency) เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซีดหรือภาวะโลหิตจาง (Anemia) ที่ปัจจุบันถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ซึ่งพบทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา^(1,2,3) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1993-2005 คาดว่าประชากร 1.62 พันล้านคนมีภาวะซีด คิดเป็นร้อยละ 24.8 ของประชากรทั่วโลก พบความชุกสูงสุดในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุแรกเกิด-4.99 ปี) ร้อยละ 47.4 คิดเป็นประชากรทั้งหมด 293.1 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบภาวะซีดในกลุ่มเด็กเล็กในภาพรวมสูงถึงร้อยละ 65.5 คิดเป็น 115.3 ล้านคน⁽⁴⁾ และจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย พบความชุกภาวะซีดกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 25.9, อายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.7, อายุ 9-11 ปี ร้อยละ 25.4, อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กของไทย อายุ 6 เดือน - 12 ปี พ.ศ. 2553 - 2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SENETS) เด็กไทยกลุ่มเด็กปฐมวัย (6 เดือน - 3 ปี) พบความชุกภาวะซีดสูงในเขตชนบท ร้อยละ 41.7 ในเขตเมือง ร้อยละ 26 โดยภาพรวมสถานการณ์ปัญหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของประเทศไทยในเด็กไทยยังมีแนวโน้มไม่ลดลง

ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) มีผลกระทบต่อสุขภาพและความแข็งแรงทางกายภาพของผู้ที่มีภาวะดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่พบภาวะนี้ได้บ่อย ได้แก่ เด็กเล็ก (ตั้งแต่ทารกจนถึงอายุ 5 ขวบ) หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนทำให้

อัตราการตายของมารดาและเด็ก (Maternal and child mortality) เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเลือดต่ำกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากร่างกายมีธาตุเหล็กไม่เพียงพอที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดโดยหากปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายของเด็กกลุ่มปฐมวัยมีน้อยเกินไปก็จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางด้านการเจริญเติบโตสติปัญญา และพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว ทำให้เด็กมีความผิดปกติของพัฒนาการ ซึ่งบางส่วนไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ นอกจากนี้ยังเจ็บป่วยบ่อย เชื่องช้า เฉื่อยชา อ่อนเพลียง่าย และเกิดการติดเชื้อง่ายอีกด้วย⁽⁶⁾ จากการศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับการรักษาระดับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในช่วงอายุก่อน 2 ปี พบว่าเมื่อรักษากลับมาเป็นปกติ พบว่ายังคงมีระดับสติปัญญาและผลการเรียนด้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยมีภาวะซีดที่อายุ 5-10 ปี⁽⁷⁾ ฉะนั้นการให้ความสำคัญในการคัดกรองและให้การรักษาระดับภาวะซีดก่อน 2 ปี จึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ในประเทศไทย กรมอนามัยได้ดำเนินการแก้ปัญหาการขาดธาตุเหล็กและวิตามิน โดยการสนับสนุนการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปีทุกคน ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมในแนวทางปฏิบัติของการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่ามีเด็กที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 55.2 ในปีงบประมาณ 2552 และร้อยละ 57.1 ในปีงบประมาณ 2553⁽⁸⁾

สถานการณ์ปัญหาภาวะซีดของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ในเด็กเล็ก ยังไม่มีรายงานในภาพรวมระดับเขต มีเพียงข้อมูลจากคลินิกเด็กดีศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ในเด็ก 6-12 เดือน พบภาวะซีด ร้อยละ 35.9⁽⁹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า

ในเขตสุขภาพที่ 9 ยังพบเด็กที่มีภาวะซีดค่อนข้างมาก กรมอนามัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการของประเทศไทย ได้มีการกำหนดมาตรฐานงานในการป้องกันการขาดธาตุเหล็ก โดยแนะนำให้จ่ายยาเสริมธาตุเหล็กในขนาด 12.5 มิลลิกรัม/สัปดาห์ แก่เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี และขนาด 25 มิลลิกรัม/สัปดาห์ทุกคนในเด็ก 3 - 5 ปี ร่วมกับแนะนำให้เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ พร้อมทั้งแนะนำให้มีการตรวจคัดกรอง Hematocrit ที่อายุ 6 - 12 เดือน ทุกรายตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะซีดของสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย^(10,11) แม้ว่ากำหนดเป็นแนวปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ แต่ในทางปฏิบัติการคัดกรองภาวะโลหิตจางเพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาตามมาตรฐาน ยังมีปัญหาเรื่องต้นทุนในการรักษาของยาเสริมธาตุเหล็กที่มีราคาสูง ทำให้ขาดการเฝ้าระวังและตระหนักในปัญหาสำคัญดังกล่าว จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะซีดยังเป็นปัญหาของเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเด็กปฐมวัยควรได้รับการดูแลจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก รวมถึงการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพการศึกษานี้ จึงต้องการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีดเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปบริการสาธารณสุขให้เด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็กต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์มารดา บิดา หรือผู้เลี้ยงดู ด้วยเครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู แยกเป็น 2 ชุด ตามกลุ่มอายุเด็ก คือ เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี และเด็กอายุ 2 - 5 ปี ประกอบด้วยข้อมูลการเจริญเติบโตของเด็ก ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) ข้อมูลการได้รับบริการ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก และบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และการเจาะเลือด ซึ่งผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขตามรหัสโครงการวิจัยที่ 187 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2560 ระยะเวลาดำเนินการ 27 พฤศจิกายน 2560 - 30 กันยายน 2561 ประชากรและขนาดตัวอย่าง (Sample size) สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Three-staged cluster sampling โดยมีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นหนึ่งจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ สุรินทร์ ตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สองและเด็กอายุ 0 - 5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สามกลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัย อายุ 0 - 5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวนทั้งหมด 663 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู แยกเป็น 2 ชุด ตามกลุ่มอายุเด็ก คือ เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี และเด็กอายุ 2 - 5 ปี
2. ผลการเจาะเลือด ด้วยเครื่อง HemiCue Hb 301 Analyzer®
3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (กราฟประเมินสภาวะการเจริญเติบโต น้ำหนัก ส่วนสูง ตามเกณฑ์การเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูง) เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัยทั้งหมด 663 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.49 และเพศหญิง ร้อยละ

47.51 ส่วนใหญ่เป็นเด็กกลุ่มอายุ 0 - 2 ปี ร้อยละ 57.32 และกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี ร้อยละ 42.68 จากการศึกษาพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 96.98 รองลงมาน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม ขึ้นไปร้อยละ 1.66 และน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.36 ด้านโรคประจำตัวพบว่าร้อยละ 78.1 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20 โรคประจำตัวที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรค G6PD มากที่สุด รองลงมาคือโรคหอบหืด และภูมิแพ้ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย	จำนวน (n=663 คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	315	47.51
ชาย	348	52.49
อายุ (ปี)		
0-2	380	57.32
3-5	283	42.68
น้ำหนักแรกคลอด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม < 2,500 กรัม	9	1.36
มากกว่า 2,500 กรัม 2,500 – 4,000 กรัม	643	96.98
มากกว่า 4,000 กรัม > 4,000 กรัม	11	1.66

2. คุณลักษณะทั่วไปของบิดา และมารดาของเด็กปฐมวัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พ่อ แม่พบว่าส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.5 และ ร้อยละ 99.3 ระดับการศึกษาของพ่อ ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28.9 ระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา

ตอนปลาย ร้อยละ 45.4 ส่วนอาชีพของพ่อพบว่าประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ร้อยละ 42.5 แม่ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 40.5 และโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่พ่อและแม่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.7 และ 94.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของบิดา มารดาและผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้านของเด็กปฐมวัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พ่อ		แม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	660	99.5	659	99.39
อิสลาม	2	0.30	3	0.45
คริสต์	1	0.2	1	0.16
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	3	0.4	5	0.7
ประถมศึกษา	154	23.2	67	10.1
มัธยมศึกษาต้น	192	28.9	193	29.1
มัธยมต้นปลาย/ปวช.	118	17.8	301	45.4
อนุปริญญา/ปวส.	147	22.1	36	5.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	42	6.3	59	8.8
อื่นๆ	7	1.1	2	0.3
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	89	13.4	268	40.5
รับจ้างรายวัน	282	42.5	149	22.4
เกษตรกรกรรม	120	18.1	107	16.1
ค้าขาย	51	7.7	79	11.9
บริษัท/เอกชน	52	7.9	22	3.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25	3.7	27	4.1
อื่นๆ	44	6.7	11	1.7
โรคประจำตัว				
มี	628	94.7	624	94.1
ไม่มี	23	3.5	28	4.22
ไม่ทราบ	12	1.8	11	1.7

ส่วนที่ 3 ภาวะชีดในเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9

ภาวะชีดโดยรวมในเด็กปฐมวัย พบว่า ส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยไม่มีภาวะชีดร้อยละ 70 มีภาวะชีด ร้อยละ 30 เมื่อแยกเป็นกลุ่มอายุพบว่าเด็กอายุ 0-2 ปี

มีภาวะชีดมากที่สุดถึงร้อยละ 38.15 และเด็กอายุ 3-5 ปี มีภาวะชีดร้อยละ 19.08 และจากการศึกษา ยังพบว่าเด็กเพศชายมีภาวะชีดร้อยละ 31.97 เพศหญิง ร้อยละ 28.10 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ผลการตรวจ Hemoglobin แยกตามกลุ่มอายุ

ผลการตรวจ Hemoglobin	รวม		อายุ 0-2 ปี		อายุ 3-5 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ซีด (Hb น้อยกว่า 11 mg%)	199	30.02	145	38.15	54	19.08
ปกติ (Hb มากกว่า หรือเท่ากับ 11 mg%)	464	69.98	235	61.85	229	80.92

ตารางที่ 4 ผลการตรวจ Hemoglobin แยกตามเพศ

ผลการตรวจ Hemoglobin	รวม		อายุ 0-2 ปี		อายุ 3-5 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ซีด (Hb น้อยกว่า 11 mg%)	196	30.15	110	31.97	86	28.10
ปกติ (Hb มากกว่า หรือเท่ากับ 11 mg%)	454	69.85	234	68.03	220	71.19

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีด เด็กปฐมวัย

สามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย โดยใช้ multiple logistic regression ได้ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และข้อมูลเด็กปัจจุบัน

พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย 1 ปัจจัย คือ ภาวะโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ โดยพบว่ามารดาที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (ระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสมีลูก Hb ปกติมากกว่ามารดาที่มี BMI อยู่ในเกณฑ์ผอม เกณฑ์น้ำหนักเกินและเกณฑ์อ้วน 1.95 เท่า (95% CI 1.06 – 2.32) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และข้อมูลเด็กปัจจุบันมีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	B	S.E.	sig	(B)	95% CI for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
1. ภาวะโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ BMI (ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร)	0.51	0.52	0.038*	1.65	1.06	2.32
2. น้ำหนักเด็กล่าสุด	-0.57	0.51	0.264	0.56	0.20	1.54

*P < 0.05

4.2 ปัจจัยด้านการได้รับบริการสาธารณสุข พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย 1 ปัจจัย คือ เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยพบว่า เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จะมีโอกาสมี Hb ปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 2.69 เท่า (95% CI 1.18 - 5.58) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยด้านการได้รับบริการสาธารณสุขมีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	B	S.E.	sig	(B)	95% CI for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
1. เด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (ได้รับ)	0.92	0.58	0.025*	2.69	1.10	5.58
2. ความถี่ในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (กินทุกวัน)	0.88	0.60	0.146	2.42	0.73	7.97
3. เด็กได้รับการตรวจช่องปาก (ได้รับ)	-0.06	0.57	0.912	0.93	0.30	2.89

*P <0.05

4.3 ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารของเด็กในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารของเด็กในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด ได้แก่ การกินนมสดรสจืด โดยพบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้กินนมสดรสจืด จะมีโอกาสมี Hb ปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมสดรสจืด 2.05 เท่า (95% C.I. 1.18 - 2.28) ส่วนการกินไข่ไก่ การไม่กินนมเปรี้ยว การกินอาหารมื้อเช้า การไม่กินขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารของเด็กในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	B	S.E.	sig	(B)	95% CI for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
1. ไข่ (กิน)	-1.12	1.04	0.280	0.32	0.04	2.49
2. นมสดรสจืด (กิน)	0.70	0.62	0.026*	2.05	1.18	2.28
3. นมเปรี้ยว (ไม่กิน)	-0.08	0.74	0.907	0.91	0.21	3.93
4. อาหารมื้อเช้า (กิน)	0.40	0.99	0.681	1.50	0.21	10.53
5. ขนมกรุบกรอบ (ไม่กิน)	0.49	0.75	0.509	1.64	0.37	7.24
6. น้ำอัดลม (ไม่กิน)	1.15	0.75	0.127	3.17	0.72	13.96

*P <0.05

4.4 ปัจจัยด้านการรับประทานนมแม่และอาหารประเภทอื่นๆ พบว่าปัจจัยด้านการรับประทานนมแม่และอาหารประเภทอื่นๆ พบ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด ได้แก่ การกินนมสดรสจืด โดยพบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จะมีโอกาสมี Hb ปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ 1.77 เท่า (95% C.I. 1.23 - 2.99) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ปัจจัยด้านการรับประทานนมแม่หรือนมผง และอาหารประเภทอื่นๆ มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	B	S.E.	sig	(B)	95% CI for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
1. กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (ref : กิน)	0.32	0.30	0.001*	1.77	1.23	2.99
2. มีการห้ามไม่ให้เด็กกินไข่ (ไม่ห้าม)	-0.49	0.43	0.256	0.60	0.25	1.43

*P <0.01

4.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก (95% CI 1.19 - 4.25) ส่วนการที่คนในครอบครัวใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็ก มีผลต่อภาวะซีด

ด้านปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ของเด็กปฐมวัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด 1 ปัจจัย คือปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่า การส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก เด็กจะมีโอกาสมี Hb ปกติมากกว่าการไม่ส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก 2.25 เท่า

ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นกับเด็ก มีผลต่อภาวะซีดของลูกหลานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กสามารถพยากรณ์ภาวะซีดของเด็กปฐมวัยได้ร้อยละ 3.78 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กมีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย

ตัวแปร	B	S.E.	sig	(B)	95% CI for Exp(B)	
					ต่ำสุด	สูงสุด
1. ส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก (ส่ง)	0.59	0.32	0.012*	2.25	1.19	4.25
2. คนในครอบครัวใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เล่นกับเด็ก (ไม่ใช้)	0.43	0.30	0.155	1.54	0.84	2.82

*P <0.05

อภิปรายผลการศึกษา

ภาวะซีดในเด็กมีสาเหตุหลักจากการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอในขณะที่ร่างกายเด็กกำลังเจริญเติบโตจึงต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น หากพ่อแม่และผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กและได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ทดแทนเพื่อป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กโดยให้อาหารเสริมและยาเสริม

ธาตุเหล็กในขนาด 1 mg/kg/day ตั้งแต่อายุ 4 - 12 เดือน⁽¹²⁾ ก็จะช่วยลดปัญหาภาวะซีดได้จากการวิจัยพบว่าภาวะซีดของเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 663 ราย พบภาวะซีด จำนวน 199 ราย เมื่อแยกเป็นกลุ่มอายุพบว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปี มีภาวะซีดจำนวน 145 ราย เด็กอายุ 3 - 5 ปี จำนวน 54 ราย เมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัย

ด้านการได้รับบริการสาธารณสุขมีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย คือ ภาวะโภชนาการของมารดาตั้งครรภ์ โดยพบว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่าง 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสมีฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ปกติ มากกว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม เกณฑ์น้ำหนักเกินและเกณฑ์อ้วน สอดคล้องกับ Koletzko⁽¹³⁾ ภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีส่วนสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์ ทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา ซึ่งการได้รับอาหารบางอย่างไม่เพียงพออาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และพรศิริ พันธศรี⁽¹⁴⁾ พบว่า ดัชนีมวลกายเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ได้ทั้งภาวะโภชนาการเกินและภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งทั้งสองภาวะนี้มีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ และจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์

ปัจจัยด้านการได้รับบริการสาธารณสุข พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดของเด็กปฐมวัย โดยพบว่าเด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จะมีโอกาสมีฮีโมโกลบินปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวรส พงษ์พิพัฒน์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การให้ธาตุเหล็กเสริมในเด็กวัย 6 - 12 เดือน ที่มีภาวะซีดนั้น มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารของเด็ก ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารของเด็กในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด ได้แก่ การทานนมสดรสจืด โดยพบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้ทานนมสดรสจืด

จะมีโอกาสมีฮีโมโกลบินปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้ทานนมสดรสจืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บางสมบุญ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าไม่พบว่ามีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กที่รับนมแม่และนมผสมร่วมกับการรับประทานอาหารเสริม

ปัจจัยด้านการรับประทานนมแม่และอาหารประเภทอื่นๆ พบว่าปัจจัยด้านการรับประทานนมแม่และอาหารประเภทอื่นๆ พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด ได้แก่ การทานนมสดรสจืด โดยพบว่าเด็กปฐมวัยที่ได้ทานนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จะมีโอกาสมีฮีโมโกลบินปกติ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้ทานนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิณามงคลพร⁽⁹⁾ ที่พบว่าเด็กที่ทานนมผสมในช่วง 6 เดือน มีโอกาสพบภาวะโลหิตจาง 3.08 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ทานนมแม่อย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของ โรงพยาบาลเด็กที่ศึกษาภาวะซีดในเด็กอายุ 6 เดือน พบว่าเด็กที่ทานนมแม่อย่างเดียวมีภาวะซีด 4.2 % ขณะที่ไม่ได้ทานนมแม่อย่างเดียวมีภาวะซีดร้อยละ 12.8⁽¹⁷⁾

ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กด้าน ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก พบมีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีด คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่า การส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก เด็กจะมีโอกาสมีฮีโมโกลบินปกติ มากกว่าการไม่ส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ⁽¹⁸⁾ ให้ครู/ผู้ดูแลเด็กดูแลจัดเมนูอาหารให้กับเด็กครบ 5 กลุ่มอาหารในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะสมกับวัย มีเมนูอาหารที่หลากหลาย มีคุณค่าทางโภชนาการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดเป็นนโยบายให้เด็กทุกกลุ่มวัยในทุกพื้นที่ได้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เพื่อการป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

และควรมีการพัฒนาาระบบบริการแม่และเด็กให้มีคุณภาพ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และของเด็กปฐมวัย การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนกลุ่มแม่และเด็ก และการส่งเสริมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน

2. ควรมีการกำหนดแนวทางในการติดตามและเฝ้าระวังภาวะชืดของเด็กปฐมวัยในผู้เกี่ยวข้องทุกระดับในเขตสุขภาพ

3. ข้อมูลในการศึกษานี้ พบสถานการณ์ภาวะชืดในเด็กเล็กยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงเนื่องจากข้อมูลในระดับประเทศและพื้นที่ยังมีไม่เพียงพอในการบอกระดับของปัญหาจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเขตตรวจราชการที่ 9 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะชืดในพื้นที่โดยเฉพาะในเด็กเล็ก

4. การให้ความสำคัญของภาวะชืดในเด็กเล็ก นำไปสู่การจัดทำแนวทางการป้องกันตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกเด็กดี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

5. การดำเนินการส่งเสริมและป้องกันแก้ไขภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กควรได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบทั้งภาครัฐและเอกชน ในการค้นหาคัดกรองศึกษาวิจัย มาตรการ การวางแผนและพัฒนา เช่น การคัดกรองเด็กเล็ก วัยรุ่น และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและหาการรักษา การตรวจวัดและเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการเฝ้าระวังในเบื้องต้นและต่อเนื่อง การส่งเสริมให้กลุ่มวัยที่เสี่ยง

เห็นความสำคัญและตระหนักต่อการขาดธาตุเหล็กเพื่อตัดวงจรการขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ทารกในครรภ์ การศึกษาความชุกภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กในทารกที่กินนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน และ 6 เดือน และเพิ่มการสนับสนุนการใช้ยาเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกันในชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มหญิงให้นมบุตรและในกลุ่มหญิงเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและขณะตั้งครรภ์ ในหญิงมีครรภ์และทารกที่เกิดมา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยรับการสนับสนุนอย่างดีจาก น.พ.วีรพล กิตติพิบูลย์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา พ.ญ.วิณา มงคลพร รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ บุคลากรกลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่สนับสนุนการดำเนินงานและทีมงานในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ที่เป็นผู้รับผิดชอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ในภาพรวมของประเทศ และเป็นที่ปรึกษาการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์และชัยภูมิ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood* 2014;123:615-24.
2. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001.
3. WHO/UNICEF. (2004). Focusing on anemia: towards an integrated approach for effective anemia control. World Health Organization.
4. UNICEF/UNU/WHO. (2001). Iron deficiency anemia – assessment, prevention and control – a guide for programme manager. Geneva: World Health Organization.
5. Lopez A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron deficiency anemia. *Lancet* 2015; Aug 24 (published online). สืบค้น 10 ธันวาคม 2561.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
7. Grantham-McGregor S, Ani C. A review of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. *J Nutr*. 2001;131 (2S-2):649S– 666S.
8. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในประเทศไทย. กุมภาพันธ์ 2555.
9. วิณา มงคลพร. สถานการณ์และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1432796515.pdf. สืบค้น 10 เมษายน 2562.
10. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr*. 2000 May; 71(5 Suppl): 1280S-4S.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Iron deficiency. In: Kleinman R, ed. *Pediatric nutrition handbook*. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2004: 299–312.
12. มาตรฐานการการทำงาน การป้องกันภาวะโลหิตจาง (HITAB). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/QS-anemia.pdf>. สืบค้น 10 เมษายน 2562.
13. Koletzko, B., Brands, B., Poston, L., Godfrey, K., Demmelmair, H.; Early Nutrition Project. (2012). Early Nutrition Programming of long term health. *Proceedings of Nutrition Society*. 71(3):371-8.
14. กาญจนา ศรีสวัสดิ์ พรศิริ พันธสี. ดัชนีมวลกายและโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/128893-Article%20Text-338461-1-10-20180616.pdf>. สืบค้น 10 เมษายน 2562.

15. เสาวรส พงษ์พิพัฒน์. ผลการติดตามภาวะโลหิตจางในเด็กไทยอายุ 6 - 12 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเมื่อ พ.ศ. 2558 ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งมหิดลราชินี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.childrenhospital.go.th/elib/multim/km/1075.pdf>. สืบค้น 10 เมษายน 2562.
16. สุจิตรา บางสมบุญ. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในทารกอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_1/HEALTH_Vol41No1_10.pdf. สืบค้น 10 เมษายน 2562.
17. Sawasdisorn S MD, Taewiriyakul S MD. Are infants exclusively breastfed up to 6 months of age at risk of anemia? J Med Assoc Thai. 2011;94(3):S178-182.
18. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2019/2/2229_6020.pdf. สืบค้น 10 เมษายน 2562.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นวารสารที่เผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย ดังนั้น จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ท่านส่งบทความที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน ลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือบทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวน (Review Article) เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการสาธารณสุข ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาที่แสดงถึงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 10 หน้า

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อ

หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความนำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป รวมทั้งเรื่องแปลจากบทความวิชาการที่น่าสนใจในภาษาต่างประเทศ โดยต้องมีการขอลิขสิทธิ์ก่อน บทความควรมีความยาวไม่เกิน 5 หน้า

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) เป็นงานเขียนบทความที่วิพากษ์วิจารณ์เนื้อหาสาระ คุณค่า และคุณภาพของหนังสือ รายงาน หรือบทความ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้และต่อยอด บทความควรมีความยาวไม่เกิน 3 หน้า

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (แบบฟอร์มในหน้า A-7)

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point ตลอดทั้งบทความ จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors' Names) ชื่อและนามสกุลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุสถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดงรายละเอียดด้านล่าง

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียงเลยก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง และไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

3.4 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ สมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว

3.6 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัย และอภิปรายผลโดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม **การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา**

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ด้วย” ตัวอย่างเช่น ⁽¹⁾
2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย
3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

¹ จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>.

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกำกับ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น ⁽¹⁻³⁾ แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น ^(4,6,10)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างอิงในเนื้อหาของปริิณญาณินพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

บทความวารสาร

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พิเชฐ สัมปทานกุล,/นิพนธ์ อุดมสันติสุข,/รสสุคนธ์ ศรีพัฒนาวัฒน์./วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน./จุฬาลงกรณ์เวชสาร/2539;40(5):383-91.
2. Liou GI,/Wang M, Matragoon S./Precocious IRBP gene expression during mouse development./Invest Ophthalmol Vis Sci/1994;35:1083-8.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Norman IJ,/Redfern SJ,/editors./Mental health care for elderly people./New York:/Churchill Livingstone;/1996.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่

ตัวอย่าง

4. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์.//การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว/[ปริญญาานิพนธ์วท.ม./สาขาเคมีชีวภาพ].//กรุงเทพฯ:/บัณฑิตวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;/2542.
5. Kaplan SJ.//Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization/[Dissertation Ph.D.Medicine].//St. Louis (MO):/Washington Univ.:/1995.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

6. Morse SS.//Factors in the emergence of infectious diseases.//Emerg Infect Dis/[serial online]/1995 Jan-Mar//[cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens].//Retrieved December 25,/1999,/ from/URL:/http://www.cdc.gov /ncidod/EID/eid.htm
7. LaPorte RE,/Marler E,/Akazawa S,/Sauer F.//The death of biomedical journals. BMJ/[serial online] 1995;310:1387-90.//Retrieved September 26, 1996,/from/URL:http://www.bmj.com/ bmj/archive/6991 ed2.html

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

1. ส่งต้นฉบับที่เป็นไฟล์ Word โดยแนบไฟล์ (Attachment) ส่งมาที่ RHPC9Journal@gmail.com โดยตั้งชื่อเรื่องอีเมลเป็นชื่อต้นฉบับ พร้อมระบุชื่อผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อมสถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขมือถือ และอีเมลที่ใช้ในการติดต่อประสานงานในเนื้อหาอีเมล
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่ส่งมากับวัตถุประสงค์ของวารสารในเบื้องต้น รวมถึงความครบถ้วนของบทความ แล้วตอบกลับทางอีเมล
3. บทความทุกฉบับที่ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้น จะได้รับการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ในระบบ Double-blinded system ในลำดับต่อไป
4. ผลการประเมินคุณภาพจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ก) รับลงตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข ข) รับลงตีพิมพ์โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไข และ ค) ไม่รับลงตีพิมพ์ หากต้องการแก้ไข กองบรรณาธิการจะติดต่อเจ้าของบทความ เพื่อดำเนินการแก้ไขให้เรียบร้อยตามคำแนะนำของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิก่อนจึงจะสามารถลงตีพิมพ์ได้

5. เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและวารสารตอบรับแล้ว ทางวารสารจะออกหนังสือรับรองการลงตีพิมพ์บทความในวารสารให้ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อต้องโอนเงินค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ (เฉพาะบทความวิจัยและบทความทบทวน) จำนวนบทความละ 2,500 บาท มาที่บัญชี **ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1** และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินมาทาง Email ที่ RHP9Journal@gmail.com หรือทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ของวารสาร

6. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนคนแรก/ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ จะได้รับวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับที่บทความได้รับการลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ฉบับ

7. บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ และผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นที่สุด

ติดต่อวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์:

RHP9Journal@gmail.com

และที่บรรณาธิการวารสาร

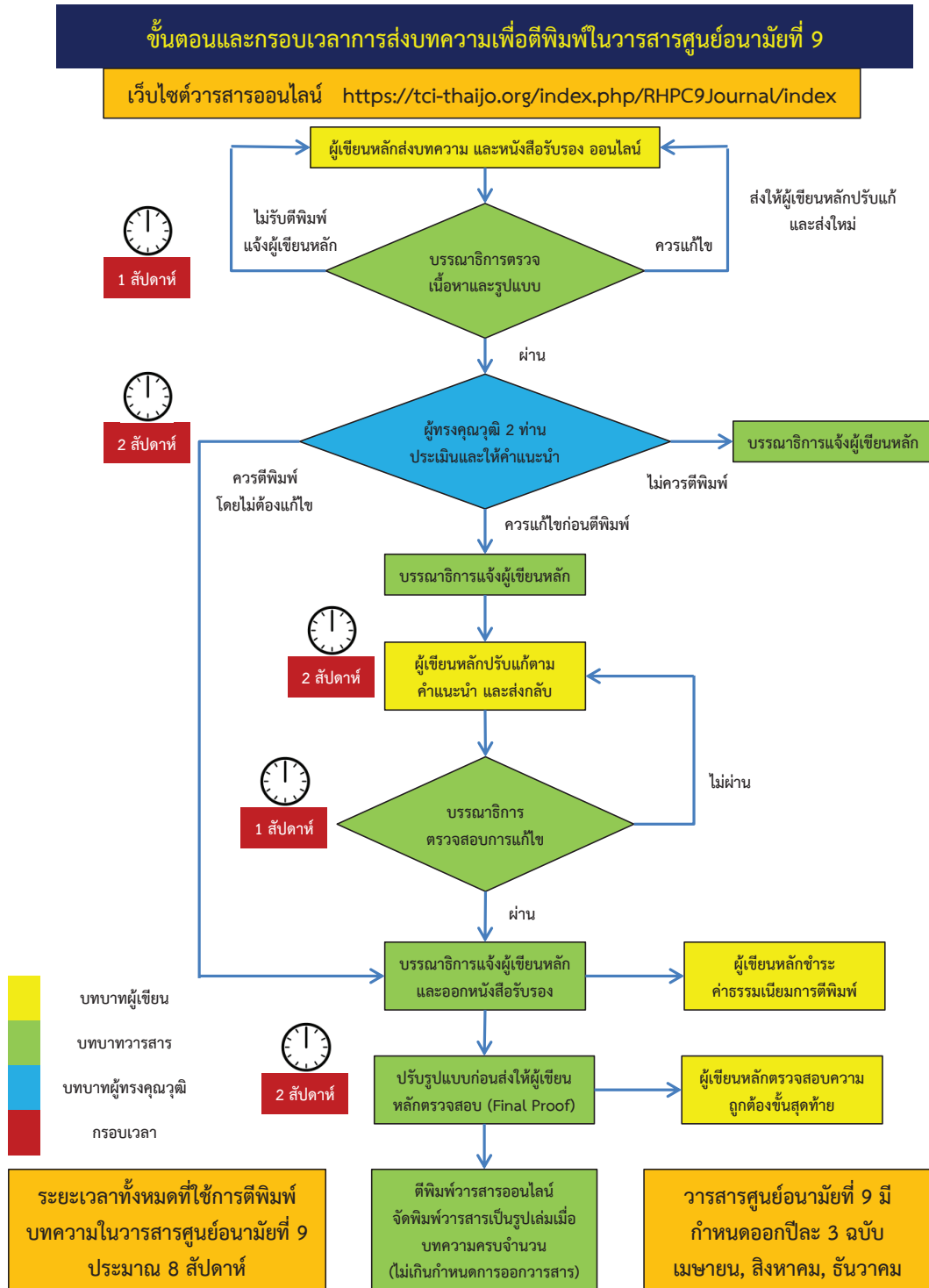
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

DoctorSinsakchon@gmail.com

ติดตามวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ฉบับปัจจุบัน และฉบับย้อนหลัง
อ่านบทความเต็มฉบับ ส่งบทความ รับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบทความ

ผ่านระบบออนไลน์ ทาง Thai Journal Online (ThaiJO)

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/RHP9Journal/index>





กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 นั้น ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่าบทความที่เสนอมานี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วมยอมรับหลักเกณฑ์การพิจารณาต้นฉบับ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือ ข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 กองบรรณาธิการฯ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจากวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้า (ผู้นิพนธ์หลัก) ขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (ชื่อที่ 1)

.....

(.....)

...../...../.....