

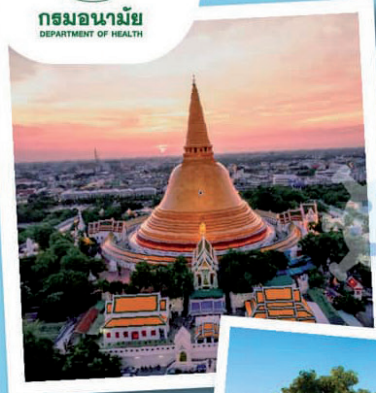




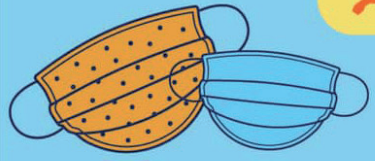
เที่ยวได้ ป้องกันด้วย UP-DMHTA



#อยู่ได้กับโควิด



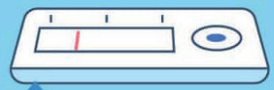
ลดเสี่ยงโควิด-19 ได้ทุกที่



● สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
เมื่ออยู่ในสถานที่ปิด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
หรือต้องทำกิจกรรมที่มีคนร่วมกันจำนวนมาก



● ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง
เมื่อสัมผัสวัตถุ หรือสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน
และให้หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า



● วัดอุณหภูมิร่างกายเมื่อมีอาการ
หรือเมื่อมีความเสี่ยงด้วย ATK



● วัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด



กลุ่มที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ
คือ กลุ่ม 608 ที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

สแกนคิวอาร์โค้ด
รับความรู้เรื่อง COVID-19



จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ

เผยแพร่ : กรกฎาคม 2565



ข้าพเจ้ายินดีที่ได้มาเปิดการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ.๒๕๖๕

สุขอนามัยของสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนควรเอาใจใส่
อย่างจริงจัง สิ่งแวดล้อมกับชีวิตคน ตลอดจนสิ่งมีชีวิตทั้งหลายมีความเกี่ยวพันกัน สิ่งแวดล้อม
ที่ไม่มีสุขอนามัยนับตั้งแต่บ้านเรือนที่อยู่ ไปจนถึงที่สาธารณะที่ทุกคนใช้ร่วมกัน หากทุกคน
มุ่งแต่ใช้ประโยชน์ ไม่ช่วยกันดูแล เช่น ทิ้งขยะสิ่งปฏิกูล จนเป็นเหตุให้เกิดมลภาวะ กลายเป็น
แหล่งเพาะเชื้อโรค ก็ส่งผลร้ายต่อสุขภาพอนามัยของคน หรือน้ำในแม่น้ำลำคลองถ้าเน่า
เสีย ก็ใช้อุปโภคบริโภคไม่ได้ สัตว์หรือพืชน้ำที่เป็นอาหารก็อยู่ไม่ได้ จึงจำเป็นต้องมีการรณรงค์
ให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ความรู้ สร้างความเข้าใจ
ส่งเสริมความมีจิตสาธารณะ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมให้ทุกคนเกิดความเข้าใจว่า ถ้าสิ่งแวดล้อม
ไม่มีสุขอนามัย คุณภาพชีวิตของคนก็จะด้อยลง ในปัจจุบันมีความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยี
ใหม่ๆ เป็นเครื่องมือช่วยจัดการเรื่องสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่ทุกคนก็ควรถือเป็นหน้าที่
ที่ต้องช่วยกันดูแล ทั้งนี้ก็เพื่อสุขภาพอนามัย และความสุขสมบูรณ์ของตนเอง ของลูกหลาน
ของทุกคนในสังคม และเพื่อให้สังคมเป็นที่น่าอยู่อาศัย

ได้เวลาอันควร ข้าพเจ้าขอเปิดการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ขอให้การประชุมบรรลุผลสำเร็จ นำไปสู่การปฏิบัติ
เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั่วกัน

ข้อแนะนำ การให้นมลูก

สำหรับ แม่ที่ติดเชื้อ COVID-19



แม่ที่ติดเชื้อโควิด-19 ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างยิ่ง เพราะน้ำนมแม่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของลูก รวมถึงแม่ที่ฉีดวัคซีนก็สามารถป้องกันลูกจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้ และไม่พบหลักฐานว่าเชื้อ COVID-19 ผ่านทางน้ำนม

แม่ติดเชื้อมีอาการรุนแรง

แนะนำงดให้นมบุตร และอาจบีบน้ำนมทิ้งก่อน เพื่อคงสภาพการมีน้ำนมกลับมาให้นมลูก

หากแม่ไม่สะดวกที่จะให้นมจากเต้า อาจสามารถบีบเก็บน้ำนมไว้ได้

ควรให้พ่อหรือผู้ช่วย เป็นผู้ป้อนนมให้ลูกแทน

โดยผู้ช่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีทักษะในการป้อนนม



แม่ติดเชื้อที่มีอาการไม่มาก

สามารถให้นมจากเต้าได้ปกติและควรปฏิบัติดังนี้



1 สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

2 ล้างมือให้สะอาดก่อนการสัมผัสลูก



3 ทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวที่แม่สัมผัส และทำความสะอาดหน้าอกด้วยน้ำอุ่น เมื่อมีการไอจามรดบริเวณหน้าอก

4 ห้ามสัมผัสบริเวณใบหน้าของลูกขณะที่ให้นม



5 แม่และลูกที่อยู่ด้วยกันควรอยู่ห่างกันอย่างน้อย 2 เมตร หรือมีม่านฉากกัน



แม่หลังคลอดที่ให้นมลูก ควรเข้ารับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ หรือวัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดการเจ็บป่วยรุนแรง โดยภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในแม่ยังสามารถส่งผ่านน้ำนมไปยังลูกได้ด้วย



แม่ติดเชื้อโควิด-19 ให้นมลูกได้

วันที่ 1 - 7 สิงหาคมของทุกปี เป็นสัปดาห์นมแม่โลก แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 แม่หลังคลอดที่เป็นผู้เข้าข่ายสงสัยติดเชื้อ หรือได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ยังคงให้ลูกกินนมแม่ได้ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ในกรณีที่แม่ติดเชื้อแต่มีอาการไม่มาก สามารถให้นมจากเต้าได้ปกติ แต่ต้องมีการป้องกัน และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ดังนี้



- ควรสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่กับลูก
- ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์เข้มข้น 70%

ขึ้นไป ก่อนการสัมผัสตัวลูก

- ทำความสะอาดฆ่าเชื้อบริเวณพื้นผิวต่างๆ ที่คุณแม่สัมผัส รวมทั้งควรล้างทำความสะอาดหน้าอก เมื่อมีการไอหรือจามรดหน้าอก

- ห้ามใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า จมูกหรือปาก รวมถึงการหอมแก้มลูกขณะให้นม

หากแม่ไม่สะดวกที่จะให้นมจากเต้า ยังคงสามารถปั๊มเก็บน้ำนมได้ ควรให้พ่อหรือผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมให้ลูกแทน โดยผู้ช่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีทักษะในการป้อนนม และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้ออย่างเคร่งครัด ในกรณีที่แม่ติดเชื้อมีอาการรุนแรง แนะนำงดให้นมบุตร และอาจปั๊มน้ำนมทิ้งไปก่อน เพื่อให้แม่คงสภาพที่สามารถให้นมลูกได้เมื่ออาการดีขึ้น

ที่สำคัญ แม่หลังคลอดที่ให้นมลูกควรเข้ารับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ หรือวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดการเจ็บป่วยรุนแรง โดยภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในแม่ยังสามารถส่งผ่านน้ำนมไปยังลูกได้ด้วย

(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



กรมอนามัย
MINISTRY OF HEALTH

หน้า
ฝน

ลดเชื้อรา บนเสื้อผ้า

ลดแหล่งสะสมเชื้อโรค

เสื้อผ้าที่มีกลิ่นอับชื้น เนื่องจากเปียกฝน หรือการสวมใส่เสื้อผ้าที่เปียกชื้นเป็นเวลานาน ๆ อาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ ดังนั้น เมื่อกลับถึงบ้าน ควรนำเสื้อผ้าที่เปียกไปแขวนผึ่งให้แห้ง ก่อนใส่ตะกร้า เพื่อรอการซัก หรือซักทันที ไม่ควรทิ้งไว้นาน ๆ เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อราบนเสื้อผ้าได้ หากนำมาสวมใส่ อาจเกิดโรคผิวหนังจากเชื้อรา



โรคผิวหนังจากเชื้อรา



โรคกลาก เกื้อื้อ มีลักษณะ เป็นผื่นแดง มีขุยรอบ เกิดอาการคัน ทำให้เป็นผื่นแพ้ และติดเชื้อได้ ไม่ควรเกาหรือป้อยไ้วอนลูกกลม ควรรีบไปพบแพทย์ผิวหนัง เพื่อรับการรักษาที่ถูกวิธีต่อไป

วิธีกำจัด กลิ่นอับชื้น และเชื้อราบนเสื้อผ้า



วิธีที่ 1

ซักตามปกติ แล้วนำไปต้มในน้ำเดือด นาน 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง



วิธีที่ 2

ซัก และแช่ผ้า ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ น้ำยาซักผ้าขาว 1 ฟา ต่อน้ำ 10 ลิตร นาน 5-15 นาที หรือใช้น้ำส้มสายชู 2-3 ถ้วยตวง ต่อน้ำ 1-2 ลิตร แช่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง แล้วซักตามปกติ



หลังจากทำวิธีที่ 1 หรือ วิธีที่ 2 แล้ว ให้นำไปตากแดดจัด หรือตากในที่ที่มีอากาศถ่ายเทจนแห้ง แล้วนำมารีดหึ่งข้างใน และข้างนอกตัวเสื้อ

กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ

สแกนคิวอาร์โค้ด
รับความรู้เรื่อง COVID-19

เผยแพร่ : พฤษภาคม 65



กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทย สุขภาพดี

THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

HEALTH

วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น และข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre:TCI)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี 2565

ที่ปรึกษา	นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ นายแพทย์สราวุฒิ บุญสุข นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา นายแพทย์มณฑิเรศ คณาสวัสดิ์	อธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมอนามัย
บรรณาธิการ	นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาสนันท์	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นายคัมภีร์ งานดี นายบรรณรัฐ มณฑิสวัสดิ์	กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ดร.อัมพร จันทวิบูลย์ นายธนชีพ พีระธรณิษฐ์ ดร.ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยี่ง แพทย์หญิงนันทา อ่วมกุล นายสุคนธ์ เจียสกุล ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง แพทย์หญิงนิพรพรรณ วรมงคล ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดร.วิระวรรณ ถิ่นยืนยง ดร.พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ รศ.ดร.สลิธร เทพตระการพร แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์ ทันตแพทย์ ดร.แมนสรวง วงศ์อภัย แพทย์หญิงชมพูนุท โตโพธิ์ไทย ดร.สุพิชชา วงศ์จันทร์ ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา นางวิมล โรมา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ) สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปรึกษากรมอนามัย(ด้านทันตสาธารณสุข) นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษากรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สำนักโภชนาการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ
เจ้าของ	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวพิมพ์ภาวดี ศรีจันทร์ นางอรชรา ตะกรุดเงิน	กองคลัง สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
สำนักงาน	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-4153, 4157 โทรสาร 0-2591-8147 http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=jhealth	
กำหนดออก	ปีละ 4 เล่ม (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)	
อัตราค่าสมาชิก	ปีละ 360 บาท ต่างประเทศเพิ่มค่าส่งตามอัตราไปรษณีย์	
ออกแบบและจัดพิมพ์	โรงพิมพ์ ดอกเบญจ โทร 0-2272-1169-72 โทรสาร 0-2272-1173	

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่ควรมีคำย่อ ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด (300 ตัวอักษร) โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ โดยมีคำสำคัญ (keywords) วางไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุคณะกรรมการฯ ชุดใด และเมื่อไร

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำ หรือทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง ถ้าเป็นภาพหรือแผนภูมิต้องมีความคมชัดขนาดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels อาจเป็นภาพขาวดำหรือสี

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดที่ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใช้ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก—หน้าสุดท้าย

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่น่าปาก

ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย : และ ; ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า โดยใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait. J. Med Assoc Thai 1985;68: 43-5.

2. กติกา ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ.

การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า (ครั้งที่พิมพ์ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป).

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 1987.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็ก โดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Wood WG. Hemoglobin analysis. in: Weatheral DJ, ed. The thalassemias. New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 31-53.

2. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน: สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เด็กตายคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์—นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2531. หน้า 1-32.

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [อินเทอร์เน็ต]. ปีพิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล];ปีที่(เล่มที่(ถ้ามี)):จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ. เข้าถึงได้จาก/ Available from: URL address.

1. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug use in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/> doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. วฤตดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา(จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. มติชน. 3 มี.ค. 2554: น. 10.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพที่บันทึกในแผ่นซีดี ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสเตอร์ทดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณาแบบ Double-blind peer review

โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index : TCI)

INSTRUCTION FOR AUTHORS

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health welcomes all kinds of articles related to health promotion and environmental health, i.e. editorials, review articles, letter to editor, or short communications. Each article must not be published elsewhere before, and length of the article should not exceed 8 pages.

Manuscripts should be typed in double space on one side of white A4 papers.

On the first page should appear the author's name, affiliation and a running title. The abstract should be on the second page. The body of the article will begin from the third page. The structure of original article should be in the following order : introduction, objective materials and methods, results, discussion, conclusion, acknowledgment and references.

Each table or figure should be prepared on the separate sheet. Photographic prints must be in black and white, sharp with high contrast, and the size should not be smaller than the postcard size.

Reference should be in order according to the Vancouver System (see the following examples):

1. Muangsapaya W, Winichagoon P, Fucharoen S, Pootrakul P, Wasi P. *Improved Technique for detecting intraerythrocytic inclusion bodies in thalassemic trait*. J. Med Assoc Thai 1985 ; 68 : 43-45.
2. Richard EB, Victon CV. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia : W.B.Saunders ; 1987.
3. Wood WG. *Hemoglobin analysis*. in : Weatherall DJ, ed. *The thalassemias*. New York : Churchill Livingstone ; 1983.p. 31-53.

If a reference has more than one author, all authors' names should be listed. However, if there are more than 7 authors, only three names are required, and the rest of them are to be represented by 'et al'.

Abbreviations should be based on the U.S. National Library of Medicine in Index Medicus.

One copy and a word-processing disk of the manuscript should be sent to the Editor at the following address : **Office of Senior Advisors Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanond Rd, Nonthaburi, 11000. Thailand.**

All submissions will be acknowledged by the Editorial Board. Those unaccepted will also be notified. The editors reserve right to edit all manuscripts for proper publication according to the format of the Journal.

Three copies of the Journal will be supplied to principal author after the publication.

HEALTH

ใบสมัครสมาชิก/สมาชิกอุปถัมภ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH

หมายเลขสมาชิก.....

วัน เดือน ปี.....

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกในนาม

สมาชิกใหม่

ต่ออายุสมาชิก

สมาชิกอุปถัมภ์ จำนวน..... ราย (กรุณาแนบรายชื่อหน่วยงาน พร้อมทั้งอยู่ เพื่อจัดส่งวารสาร)

สมัครเป็นสมาชิกเวลา.....ปี (อัตราปีละ 4 ฉบับ ราคา 360 บาท)

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....ปี.....ถึงฉบับที่.....ปี.....

รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

โดยได้แนบ ธนาคัตติ (สั่งจ่าย ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข) ตัวแลกเงินไปรษณีย์

ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งวารสาร)

เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

สั่งจ่าย ในนาม บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปรษณีย์กระทรวงสาธารณสุข 11000

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-4153, 0-2590-4157 โทรสาร 0-2591-8147



Editor's Desk

ส

ถานการณ์ทั่วไปขณะที่จัดทำบรรณาธิการฉบับนี้ มีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้น ล้วนมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ อาทิ สงครามยูเครน น้ำมันราคาแพง สินค้าอุปโภคบริโภคปรับขึ้นราคา และสถานการณ์ระบาดโควิด 19 อย่างเข้าเดือนกรกฎาคม 2565 สายพันธุ์ BA.4 และ BA.5 ก่อให้เกิดการระบาดระลอกใหม่ขึ้น ขอให้ทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง ให้แข็งแรง ร่วมมือกันปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention และ Universal Vaccination ปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ในสถานที่ต่างๆ และสถานประกอบการทั่วไป



วารสารฉบับนี้ เนื้อหาสาระด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่น่าสนใจ พร้อมให้ทุกท่านติดตามเช่นเคย วันที่ 28 กรกฎาคม 2565 เนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร ข้าพระพุทธเจ้าคณะบรรณาธิการวารสาร ขอโน้มเกล้าถวายพระพร ขอให้พระองค์ทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน ทรงพระเกษมสำราญทุกทีพาราตริกาล ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

นายแพทย์สมพงษ์ ชัยโอภาานนท์

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2565

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

บทความปริทัศน์

แนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์ กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง.....11

บทวิชาการ

ความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

- ศิริพร จริยาจิรวัดมา ภัทรพร บุตรดี พรวิมล นภาศัย.....25

ประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ภายใต้นโยบาย Fee schedule

- สุวรรณ เอื้ออรรถการุณ พัทธวรรณ สุขุมาลินท์.....39

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

- สุพัทธรา บุญเยี่ยม ธิโสภิญ ทองไทย พิรญา มายูร ปิยะ ปุริโส.....50

การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดลำปางและตาก และความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

- สุกานดา พัดพาดิ พงศ์เทพ วิวรรณะเดช พนิดา เจริญสุข วาสนา ลุนสำโรง
เอกรินทร์ วินันท์.....65

การประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 (พ.ศ. 2558 — 2561)

- วราจนา เวชวิธี สุรัตน์ มงคลชัยอริญา.....76

การนำนโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่การปฏิบัติและการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

- สิริรำไพ ภูธรใจ โสพิณ หมอกมาเมิน สิริภา ภาคนะภา ทิพวรรณ บุญกองรัตน์
กฤษณะ จตุรงค์ศรี.....89

ประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โครงการสาวไทยแถมแดง : กรณีศึกษาสถานประกอบการ 6 แห่ง

- สุนิสา ศุภเลิศมงคลชัย สายพิณ โชติวิเชียร กรุณี ขวัญบุญจัน อาพันธ์ชนิด เทพอวยพร
ณัชณิชา พรหมยศ.....107

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

- สิริรัตน์ วีระเดช ละอองดาว วงศ์อำมาตย์.....119

แนวทางการประเมินกลับเข้าทำงาน ในผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์¹
กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีสถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง แรงงานเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ มีโอกาสสัมผัสโรคทั้งจากการเดินทางและการทำงาน ในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะพบอาการและอาการแสดงคล้ายกับไข้หวัดทั่วไป แต่มีระยะฟื้นตัวที่นานกว่า อาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ การประเมินกลับเข้าทำงานจึงมีความสำคัญ ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดให้ประเมินกลับเข้าทำงานในลูกจ้างตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การประเมินกลับเข้าทำงานมีประโยชน์ในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจว่ามีความพร้อมและเหมาะสมต่อลักษณะงานหรือไม่ การประเมินอาศัยความร่วมมือในหลายภาคส่วน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และแพทย์ บทบาทของแพทย์คือการประเมิน และให้คำแนะนำในการกลับเข้าทำงาน ลูกจ้างต้องให้ข้อมูลที่เป็นความจริง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ยึดหลัก “D-M-H-T-T-A” ส่วนนายจ้างมีหน้าที่จัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมกับลูกจ้าง โดยอาศัยคำแนะนำของแพทย์และมาตรการที่กำหนด เช่น มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ของกรมอนามัย รวมถึงติดตามอาการลูกจ้างเป็นระยะขณะทำงาน และส่งต่อลูกจ้างเข้ารับการติดตามหรือรักษาที่แพทย์ในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดเชื้อและส่งผลกระทบต่อได้ทุกกลุ่มประชากร วัยแรงงานไม่ได้หมายถึงเพียงลูกจ้างในระบบเท่านั้น และลักษณะงานไม่ได้มีแต่งานที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การประเมินกลับเข้าทำงานจึงมีความสำคัญในทุกลักษณะงาน แพทย์ควรติดตามอาการโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวัง และให้คำแนะนำในการกลับเข้าทำงาน

คำสำคัญ : การกลับเข้าทำงาน ไวรัสโคโรนา 2019 อาการหลังป่วยด้วยไวรัสโคโรนา 2019

- ¹ แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
- ² นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

Return to work assessment in post COVID-19 patients

Nattanand Chamroonsawadi¹

Kittipong Saejeng²

Abstract

At present, COVID-19 pandemics still continuing spread out. Workers is an important group to drive the country economy. They may have chances to contact the disease through transportation and work. Among COVID-19 patients, symptoms and signs are look like flu but the recovery period may extend longer. The suspected symptoms may affect on work and daily life activities of the patients. Return to work assessment is important. Thailand has announced a law related return to work assessment among formal employees according to the National Act for Labor Protection from Work-related Risk. Return to work assessment is useful in assessment of the readiness to fit for work of the patients' health both physical and mental health. The assessment needs multi-sectoral collaboration among employers, employees, and physicians. Physician's role is emphasized assessment and advice employees how return to work. The employees should give facts and fully comply to the physician's advice. In addition, they should adhere to the "D-M-H-T-T-A" practices. The employers should facilitate work environment fit with the employees by considering both health and safety under the physician's advice and follow the COVID free setting guidelines of the Department of Health. Moreover, follow up the employee's symptoms during work and refer to hospitalize and receive treatment in a hospital should be emphasized. However, COVID-19 can spread and impact among every group of population. The employee is not defining only the formal sector and job type is not concerning only job-related risk, so return to work assessment is crucial for every job type. The physician should monitor symptoms, especially among the risk group and advice prior to return to work.

Keywords : Return to work, COVID-19, Post COVID-19

¹ Occupational Medicine Resident, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

² Medical Physician, Advisory level (Health Promotion), Department of Health, Ministry of Public Health

■ บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันยังคงระบอบอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 ข้อมูลวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2565 สถานการณ์แพร่ระบาดในประเทศไทย ตั้งแต่เริ่มระบาดมีผู้ติดเชื้อสะสม 3,575,398 คน เสียชีวิต 24,958 คน⁽¹⁾ แรงงานเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แรงงานตามนิยามของกระทรวงแรงงานหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องทำงาน มีโอกาสสัมผัสโรคทั้งจากการเดินทางและการทำงาน จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ.2564⁽³⁾ ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57,091,809 คน จำแนกเป็นกำลังแรงงานปัจจุบัน 38,499,565 คน และเป็นผู้มีงานทำ 37,751,297 คน ในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการและอาการแสดงคล้ายกับไข้หวัดทั่วไป แต่มีระยะฟื้นตัวที่นานกว่า จากงานศึกษาของ B. Liu และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่า คำมัธยฐานของระยะเวลาในการฟื้นตัวที่ 16 วัน โดยพบสัดส่วนของการฟื้นตัวจากประชากรทั้งหมดที่ระยะเวลา 10 วันเป็นร้อยละ 20 ที่ 20 วันเป็นร้อยละ 60 ที่ 30 วันเป็นร้อยละ 80 ที่ 60 วันเป็นร้อยละ 91 และที่ 120 วันเป็นร้อยละ 96 ตามลำดับ โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 58) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 44) ความตั้งใจลดลง (ร้อยละ 27) ผม่วง (ร้อยละ 25) และ หอบเหนื่อย (ร้อยละ 24)⁽⁵⁾ ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ การประเมินกลับเข้าทำงานจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยในการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านกายและจิตใจ ว่ามีความพร้อม ความเหมาะสมต่อลักษณะงาน

หรือไม่ ซึ่งการประเมินกลับเข้าทำงานจะช่วยลดระยะเวลาการขาดงาน⁽⁶⁾ รวมถึงทำให้ลูกจ้างสามารถทำงานในองค์กรต่อไปได้นานมากขึ้น⁽⁷⁾ ผู้เขียนจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำเสนอแนวทางในการประเมินกลับเข้าทำงานของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทบทวนสาระวิชาการเรื่องอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อทบทวนสาระวิชาการของการประเมินกลับเข้าทำงานพื้นฐาน และแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นบทความปริทัศน์ โดยรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยในต่างประเทศผ่านทางฐานข้อมูล Pubmed, Science direct Scopus และ Google Scholar ร่วมกับข้อมูลของหน่วยงานราชการในประเทศไทย

■ ผลการศึกษา

เนื้อหาที่คณะผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่ 1-4 เป็นการนำเสนอในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ นิยาม อาการและอาการแสดง และการวินิจฉัย ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อ และผลกระทบของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อต่อวัยแรงงาน ขณะที่เนื้อหาในส่วนที่ 5-8 เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับการประเมินการกลับเข้าทำงานหลังอาการป่วย ประกอบด้วย ความ

สำคัญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน กลับเข้าทำงาน หลักการประเมินกลับเข้าทำงาน หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่างแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงาน และบทบาทของ แพทย์ด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ของการนำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

1. นิยามของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ได้ให้คำจำกัดความของกลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา ดังนี้

- Acute COVID-19 หมายถึง อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่คงอยู่ไม่เกิน 4 สัปดาห์

- Ongoing symptomatic COVID-19 หมายถึง อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่คงอยู่มากกว่า 4 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์

- Post-COVID-19 syndromes หมายถึง อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นขณะติดเชื้อหรือหลังจากอาการหายเป็นปกติ และคงอยู่มากกว่า 12 สัปดาห์ โดยที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ได้กำหนดนิยามของคำว่ากลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Long COVID-19 Syndromes) คือ อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นขณะติดเชื้อหรือหลังจากอาการหายเป็นปกติ และคงอยู่มากกว่า 4 สัปดาห์⁽⁸⁾

2. อาการและอาการแสดง และการวินิจฉัยของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีหลายระบบ

มักพบตั้งแต่ช่วงป่วย ในขณะที่บางกลุ่มอาการเกิดขึ้นภายหลังจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา งานวิจัยของ Lopez และคณะ⁽⁵⁾ ได้รวบรวมงานวิจัยทั้งหมด 15 งานจากทั่วโลก พบว่าอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 58) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 44) ความตั้งใจลดลง (ร้อยละ 27) ผม่วง (ร้อยละ 25) และ หอบเหนื่อย (ร้อยละ 24) อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้พบความแตกต่างระหว่างประชากรสูงมาก ซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ โรคประจำตัว จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจำแนกอาการ อาการแสดง และการวินิจฉัยความผิดปกติของร่างกาย โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีผลให้เกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจุบันปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่เป็นที่แน่ชัดเนื่องจากข้อมูลงานวิจัยที่มีไม่เพียงพอ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ และความหลากหลายของภาษา ลักษณะทางสังคม รวมถึงการขาดความตระหนักในเรื่องกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่มีการนัดติดตามอาการผู้ป่วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานที่ชัดเจน มีเพียงการศึกษาหลายงานในต่างประเทศเท่านั้น และสามารถสรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวโรค และปัจจัยด้านสังคม ดังตารางที่ 2

4. ผลกระทบของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อวัยแรงงาน

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อกลุ่มแรงงานในหลายด้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 อาการ/อาการแสดงและการวินิจฉัยความผิดปกติของร่างกายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(5,9-18)

ความผิดปกติของร่างกาย	อาการ/อาการแสดง และการวินิจฉัย
ความผิดปกติระบบทางเดินหายใจ	ไอ หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม พังผืดครึ่งเนื้อปอดและหลอดลม
ความผิดปกติระบบหัวใจและหลอดเลือด	แน่นหน้าอก ใจสั่น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และหลอดเลือดแดงอุดตันที่ขาเฉียบพลัน
ความผิดปกติระบบผิวหนัง	ผื่นผิวหนังอักเสบ และลมพิษ
ความผิดปกติระบบประสาท	ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ การรับกลิ่นผิดปกติ การรับรสผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคลมชัก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จอประสาทตาอักเสบ เส้นประสาทตาอักเสบ และสมองขาดเลือด
ความผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	ปวดตามข้อ และกล้ามเนื้อ
ความผิดปกติทางจิต	อ่อนเพลีย การนอนหลับที่ผิดปกติ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 2 จำแนกปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^(9,13,15,19-25)

ปัจจัย	ผลการศึกษา
ปัจจัยด้านบุคคล	อายุมากกว่า 40 ปี เพศหญิง คนผิวสี การสูบบุหรี่ การได้รับวัคซีน โรคประจำตัว ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางจิตเวช
ปัจจัยด้านโรค	การมีอาการและอาการแสดงขณะป่วย การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่เริ่มมีอาการ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล
ปัจจัยด้านสังคม	ความมั่งคั่งของประเทศในการจัดสรรวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ

1) **ความล่าช้าในการกลับเข้าทำงาน**
ผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อกลุ่มวัยแรงงานอาจมีการติดเชื้อที่รุนแรงและมียุทธศาสตร์อาการหลังการติดเชื้อในระยะยาวได้ถึง 4-12 สัปดาห์⁽¹¹⁾ ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ต้องถูกเลิกจ้างหรือสูญเสียรายได้⁽²⁶⁻²⁸⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน มีความเสี่ยงสูงที่จะตกงานเนื่องจากไม่มีนายจ้างที่ชัดเจน และเป็นกลุ่มที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมเหมือนแรงงานในระบบจึงเข้าไม่ถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁸⁾

2) **สมรรถภาพในการทำงานลดลง**
พบว่าผู้ป่วยหลายรายมีจำนวนชั่วโมงการทำงานลดลงเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม⁽¹¹⁾ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเครียดเรื้อรัง⁽²⁹⁾ ร่วมกับการถูกจำกัดประเภทของงานโดย

เฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ารู้สึกด้อยค่า⁽³⁰⁾ ผู้ป่วยหลายรายขาดงานบ่อยๆ สูญเสียหน้าที่การทำงานของประสาทสัมผัสที่ต้องใช้ในการทำงาน เช่น การได้กลิ่น หรือรับรสชาติของอาหารในผู้ประกอบอาชีพปรุงอาหาร⁽³¹⁾

3) **เลิกจ้างงานหรือถูกปรับให้ไปทำงานอื่น** ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานลดลงและหน่วยงานพิจารณาแล้วว่าไม่สามารถคงหน้าที่เดิมได้ อาจถูกปรับให้ไปทำหน้าที่อื่น ลดขั้นเงินเดือนลง หรือบางรายถูกเลิกจ้าง ส่งผลต่อความมั่นคงในการทำงานและค่าตอบแทนที่หายไป⁽³²⁾

5. ความสำคัญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินกลับเข้าทำงาน

การประเมินกลับเข้าทำงาน (Return to work) เป็นกระบวนการพิจารณาสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยร่วมกับลักษณะงาน

ว่ามีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ป่วยกลับเข้าทำงานได้หรือไม่ การประเมินกลับเข้าทำงานจะช่วยลดระยะเวลาการขาดงาน⁽⁶⁾ รวมถึงทำให้ลูกจ้างสามารถทำงานในองค์กรต่อไปได้นานมากขึ้น⁽⁷⁾ ในการประเมินต้องอาศัยความร่วมมือในหลายภาคส่วน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และแพทย์ การประเมินกลับเข้าทำงานสามารถทำได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม จึงไม่ได้มีกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน ในประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2563 ได้กำหนดให้ลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น สารเคมีอันตราย จุลชีพที่มีพิษ กัมมันตรังสี ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง ในกรณีหยุดงานตั้งแต่สามวันทำงานติดต่อกันขึ้นไป เนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยไม่ว่ากรณีใด ก่อนให้ลูกจ้างกลับเข้าทำงาน ให้นายจ้างขอความเห็นจากแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ประจำสถานประกอบกิจการ หรือจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างโดยแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ หรือผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้แพทย์ระบุความเห็นที่บ่งบอกถึง สภาวะสุขภาพของลูกจ้างที่มีผลกระทบหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายของลูกจ้าง และในกรณีลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงผู้ใดมีหลักฐานทางการแพทย์ จากสถานพยาบาลของราชการ หรือที่หน่วยงานของรัฐจัดตั้งขึ้น แสดงว่าไม่อาจทำงานในหน้าที่เดิมได้ ให้นายจ้างเปลี่ยนงานให้ลูกจ้างผู้นั้นตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างเป็นสำคัญ⁽³³⁾ อย่างไรก็ตามปัจจุบันเรื่องการประเมินกลับเข้าทำงานถูกบังคับใช้กับลูกจ้างตามนิยามของพระราชบัญญัติอาชีวอนามัย ความปลอดภัย

และสภาพแวดล้อมในการทำงาน⁽³⁴⁾ ที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น

6. หลักการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจน เมื่อพิจารณาหลักการประเมินกลับเข้าทำงานทั่วไปจะมีประเด็นพิจารณาทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเสี่ยง (Risk) ด้านสมรรถภาพ (Capacity) และด้านความอดทน (Tolerance)⁽³⁵⁾ เมื่อนำหลักการดังกล่าวมาใช้ในกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้

1. **ด้านความเสี่ยง (Risk)** หมายถึง โอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง เพื่อนร่วมงาน รวมถึงประชาชนทั่วไป ในบางครั้งลูกจ้างสามารถทำงานได้ด้วยสมรรถภาพทางกายและจิตใจที่มั่นคงเนื่องด้วยปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้การทำงานเกิดความเสี่ยงจึงไม่สามารถให้ทำงานได้ ในกลุ่มลูกจ้างที่มีข้อจำกัดจากความเสี่ยงมีชื่อเรียกว่า “Work restriction”⁽³⁵⁾ สำหรับความเสี่ยงในกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำคัญคือ ความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น ในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง 22 มีนาคม พ.ศ.2565⁽³⁶⁾ ได้กำหนดระยะเวลากักตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มคนทั่วไปที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย ให้แยกกักตัวที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้เป็นระยะเวลา 10 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ

1.2 กลุ่มคนที่มีอาการรุนแรงหรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็ง ผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูกหรือ

ปลูกถ่ายอวัยวะภายใน 1 ปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาร่วมกับมี CD4 count <200 เซลล์/ลบ.มม. ผู้ป่วย combined primary immunodeficiency disorder ผู้ป่วยที่ได้รับ prednisolone >20 มก./วัน เท่ากับหรือมากกว่า 2 สัปดาห์ ผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่นๆ ให้แยกกักตัวที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้เป็นระยะเวลา 20 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ

อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นการพิจารณาด้วยระยะเวลาเท่านั้น ไม่ได้พิจารณาอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคงอยู่ เช่น ในรายที่มีอาการไอเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้เพื่อนร่วมงานกังวลได้ ทางผู้เขียนมีความเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดระยะเวลาการทำงาน และควรปรับเปลี่ยนลักษณะงาน เช่น การรับงานไปทำที่บ้าน งานที่สามารถทำได้คนเดียว มีระยะห่างจากเพื่อนร่วมงานคนอื่น และไม่ควรเป็นลักษณะงานที่มีการพบปะผู้คน

2. ด้านสมรรถภาพ (Capacity)

หมายถึง สมรรถภาพของร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความทนทาน โดยปกติสามารถวัดสมรรถภาพได้ 2 แบบ คือ สมรรถภาพทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะมีวิธีการทดสอบที่แตกต่างกันออกไป ในลูกจ้างที่มีปัญหาสมรรถภาพร่างกายไม่เหมาะสมกับลักษณะงาน กล่าวคือไม่สามารถทำงานดังกล่าวได้เพราะสมรรถภาพไม่ถึงตามเกณฑ์ ในกลุ่มลูกจ้างที่มีข้อจำกัดจากความสมรรถภาพของตนเองมีชื่อเรียกว่า “Work limitation”⁽³⁵⁾ สำหรับประเด็นด้านสมรรถภาพในกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงต้องพิจารณาจากประเด็นปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับประเมินลักษณะงาน โดยสามารถแบ่งได้ ดังนี้

2.1 สมรรถภาพทางระบบกระดูกและ

กล้ามเนื้อ ในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะต้องมี การสอบถาม ร่วมกับสืบค้นประวัติเวชระเบียนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ป่วยที่อาจส่งผลได้ เช่น อาการปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ ในกรณีนี้ต้องพิจารณาถึงลักษณะงาน เช่น ในงานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตราย ได้แก่ งานบนที่สูง งานผจญเพลิง เป็นต้น ซึ่งมีมาตรฐานในการตรวจสอบสุขภาพเพื่อดูความเหมาะสมในการทำงาน (Fit for work)⁽³⁷⁻³⁸⁾ จึงแนะนำให้มีการตรวจสอบตามมาตรฐานดังกล่าว ส่วนงานอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีมาตรฐานชัดเจน ทางผู้เขียนแนะนำให้แพทย์ควรประเมินด้วยการตรวจร่างกาย หรืออาจส่งผู้ป่วยเข้ารับการประเมินสมรรถภาพในการทำงาน (Functional capacity evaluation) เช่น Gibson approach to functional capacity evaluation⁽³⁹⁾

2.2 สมรรถภาพทางหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการที่พบบ่อยทั้งขณะป่วยและหลังป่วยของระบบทางเดินหายใจ หอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เจ็บหน้าอก ซึ่งมีความเชื่อมโยงทั้งระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด แพทย์ควรสอบถามอาการร่วมกับสืบค้นประวัติเวชระเบียนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องและประวัติการรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีนี้ต้องพิจารณาถึงลักษณะงาน สำหรับวิธีการทดสอบมีหลายวิธีขึ้นกับมาตรฐานของแต่ละงานที่กำหนด เช่น การตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test) สำหรับลักษณะงานที่ไม่ได้มีกำหนดชัดเจน ทางผู้เขียนแนะนำให้แพทย์ควรประเมินด้วยการตรวจร่างกาย หรือใช้วิธีตรวจอื่นๆ เช่น 6 minute walk test, Chester step test เป็นต้น ซึ่งสามารถวัดออกมาเป็นอัตราการหายใจออกซิเจนสูงสุดได้ (VO₂ max) และนำไปใช้ประเมินตามลักษณะงานต่อไป ดังสรุปในตารางที่ 3

นอกจากนี้การไต่ถามหรือรับสารที่ผิดปกติ

ทำให้การทำงานบางอย่างไม่ได้ เช่น การประกอบอาหาร หรือการทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมี ดังนั้นจึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่แพทย์ควรคำนึงถึงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากการทำงานเนื่องจากสมรรถภาพที่ผิดปกติ อาจพิจารณาให้เปลี่ยนลักษณะงาน เช่น การทำงานเดิมแต่ลดระยะเวลาลง หรือมีเพื่อนร่วมงานช่วยทำด้วยเพื่อลดความหนักของงานอีกทั้งยังช่วยสังเกตและดูแลผู้ป่วย หรืออาจเปลี่ยนตำแหน่งงาน ให้ทำงานที่ไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น งานสำนักงาน เป็นต้น

3. ด้านความอดทน (Tolerance)

หมายถึง ความสามารถในการอดทนต่อการทำงานที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความรู้สึกรู้สึกหรืออาการ เช่น อาการปวด อาการเมื่อยล้า มักมีปัจจัยนอกเหนือจากความเจ็บป่วยเกี่ยวข้อง เช่น ด้านรายได้ ได้แก่ รายได้ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความขัดแย้งภายในองค์กร การประเมินด้านความอดทนจึงเป็นหน้าที่ของสหวิชาชีพร่วมกัน⁽³⁵⁾ แพทย์ควรประเมินผู้ป่วยด้วยการสอบถามร่วมกับสืบค้นประวัติเวชระเบียนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง อาจสอบถามคนในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับปัญหาครอบครัวและการทำงาน ในรายที่มีอาการสงสัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ควรส่งพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อประเมินและรักษา

7. ตัวอย่างแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงาน

Supporting occupational health and wellbeing professionals⁽⁴²⁾ ได้เสนอแนวทางการจัดการกรณีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลับเข้าทำงานดังนี้

1. ด้านวางแผน ก่อนกลับเข้าทำงาน ควรมีการจัดประชุมระหว่างลูกจ้าง หัวหน้างาน และหน่วยทรัพยากรบุคคลเพื่อสอบถามถึงอาการ ประเด็นปัญหาที่ต้องการช่วยเหลือ

นอกจากนี้หัวหน้างานจะต้องมีช่องทางไว้สื่อสารเพื่อช่วยเหลือและติดตามอาการของลูกจ้าง

2. ด้านสุขภาพ ในลักษณะงานที่มีความเสี่ยง เช่น งานที่ต้องใช้แรง ควรมีการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนกลับเข้าทำงาน นอกจากนี้ในผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งอาจกำเริบหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรทบทวนประวัติข้อจำกัดในการทำงานที่ผ่านมาก่อนทำงาน

3. ด้านการทำงาน หัวหน้างานควรปรับเปลี่ยนลักษณะงานให้เหมาะสมกับสุขภาพของลูกจ้าง โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ของตนเอง หรือขอคำแนะนำจากแพทย์

Health and Safety Executive (HSE)⁽⁴³⁾ ได้เสนอแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. ด้านระยะเวลา ควรนัดผู้ป่วยภายใน 1-2 สัปดาห์นับจากวันที่ขาดงาน เพื่อสอบถามอาการและวางแผนการกลับเข้าทำงาน การพูดคุยควรเป็นกันเองต่อลูกจ้าง ในสถานประกอบการขนาดเล็ก หัวหน้าฝ่ายจะเป็นผู้รับผิดชอบ และวางแผนการกลับเข้าทำงาน ซึ่งแตกต่างจากสถานประกอบการขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ประจำสถานประกอบการจะเป็นผู้รับผิดชอบในด้านนี้

2. ด้านลูกจ้าง ควรสอบถามประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ประเด็นด้านสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่ได้มาตรฐาน เช่น แนวทางการจัดการในผู้ที่มีกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ NICE⁽⁶⁾ และประเด็นด้านการทำงานทาง HSE ได้เสนอข้อคำถาม ได้แก่

2.1 คุณทำอาชีพอะไร ลักษณะงานที่คุณทำส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจหรือไม่

2.2 ลักษณะงานของคุณ เป็นการทำงานคนเดียวหรือมีเพื่อนร่วมงานด้วย

2.3 ระยะเวลาในการทำงานต่อวันเท่าใด

ตารางที่ 3 แสดงรูปแบบการตรวจสมรรถภาพระบบทางเดินหายใจร่วมกับหัวใจและหลอดเลือด⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

วิธีตรวจ	รูปแบบการตรวจ
6-minute walk test	ให้ผู้ป่วยเดินในพื้นที่ที่กำหนดเป็นระยะเวลา 6 นาที วัดระยะทางที่สามารถเดินได้ นำมาคำนวณหาอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO ₂ max)
Chester step test	ให้ผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดที่มีความสูง 30 เซนติเมตร โดยวัดอัตราเร็วในระยะเวลา 2 นาที ร่วมกับประเมินอัตราชีพจร และอาการเหนื่อยของผู้ป่วย เพื่อนำอัตราเร็วในการเดินขึ้นลงบันไดมาคำนวณหาอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO ₂ max)

- 2.4 คุณเดินทางไปทำงานอย่างไร
- 2.5 คุณคิดว่ามีสิ่งใดเป็นอุปสรรคในการกลับเข้าทำงานของคุณ
- 2.6 คุณคิดว่ามีสิ่งใดที่จำเป็นในการช่วยในการกลับเข้าทำงานของคุณ
3. ด้านการทำงาน HSE ได้นำเสนอแนวทางในการจัดการดังนี้
- 3.1 ลดชั่วโมงการทำงานต่อวันลง หรือเพิ่มเวลาพักระหว่างการทำงาน งดการเข้ากะดึก
- 3.2 ปรับเปลี่ยนงานให้ทำงานที่เสี่ยงต่ำ หรืองานที่ไม่เร่งรีบ เพื่อลดการใช้แรงและความเครียด
- 3.3 ให้ทำงานที่มีเพื่อนร่วมงานอยู่ด้วย เพื่อช่วยเหลือและสังเกตอาการที่ผิดปกติ
- 3.4 จัดระบบอบรมหรือฝึกสมรรถภาพร่างกายในการทำงานเดิม หรือเพิ่มสมรรถภาพร่างกายในการทำงานด้านใหม่

8. บทบาทของแพทย์ในด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในสถานการณ์แพร่ระบาดที่มีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สถานประกอบการดำเนินกิจการได้ต่อไป แพทย์ต้องให้คำแนะนำในการจัดการของสถานประกอบการ กรมอนามัยได้ออกมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) สำหรับสถานประกอบการ⁽⁴⁴⁾ ซึ่งมีรายละเอียดที่ครอบคลุมทั้งมาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดพอสังเขปดังสรุปได้ตามตารางที่ 4

การจัดการต้องอาศัยความร่วมมือในหลายภาคส่วน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และแพทย์ บทบาทของแพทย์คือการประเมินและให้คำแนะนำในการกลับเข้าทำงานรวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งอาศัยความรู้ร่วมกับประวัติที่ได้จากลูกจ้าง ดังนั้นลูกจ้างต้องให้ข้อมูลที่เป็นความจริง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ยึดหลัก “D-M-H-T-T-A” อย่างเคร่งครัด ส่วนนายจ้างมีหน้าที่จัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมกับลูกจ้าง ซึ่งต้องคำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัยเป็นหลัก ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และมาตรการที่รัฐได้กำหนดไว้ นอกจากนี้นายจ้างควรติดตามสังเกตอาการลูกจ้างเป็นระยะ และส่งต่อลูกจ้างเพื่อเข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการรักษาที่แพทย์ในโรงพยาบาลในรายที่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

■ วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ทำให้มีข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น ความหลากหลายของเชื้อชาติ เพศ อายุ ภาษา อาชีพ ลักษณะทางสังคม รวมถึงการขาดความตระหนักในเรื่องกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่มีการนัดติดตามอาการผู้ป่วย⁽¹³⁾ สำหรับในประเทศไทย ปัจจัยทำนายรวมถึงอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัส

ตารางที่ 4 แสดงมาตรการความปลอดภัยในองค์กร (COVID Free Setting) และประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาของกรมอนามัย⁽⁴⁴⁾

มาตรการความปลอดภัยในองค์กร	ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา
มาตรการอนามัยสิ่งแวดล้อม	ด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย ด้านการรักษาระยะห่าง ด้านการระบายอากาศ
มาตรการสำหรับสถานประกอบกิจการ/พนักงาน	ด้านการคัดกรองความเสี่ยงพนักงาน ด้านการกำกับ ติดตามมาตรการ DMHTTA ด้านการเสริมภูมิคุ้มกัน
มาตรการสำหรับผู้มาติดต่อสถานประกอบกิจการ	ด้านการคัดกรองความเสี่ยงผู้มาติดต่อ ด้านการกำกับ ติดตามมาตรการ DMHTTA

โคโรนา 2019 ยังไม่มีที่ศึกษาชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อพิจารณาตามข้อกำหนดมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ด้านองค์กร กฎหมายบังคับใช้ในหน่วยงานเอกชนเป็นหลัก ไม่ได้มีการนำไปใช้ในหน่วยงานราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ และด้านลักษณะงาน กฎหมายบังคับใช้ในการทำงานที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สารเคมีอันตราย จุลชีพที่มีพิษ กัมมันตรังสี ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง หรือเสียง ดังนั้นในวัยแรงงานที่ไม่เป็นไปตามลักษณะของข้อกำหนด⁽³³⁻³⁴⁾ จึงไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากไม่มีกฎหมายบังคับใช้

สำหรับแพทย์ผู้มีหน้าที่ประเมินกลับเข้าทำงาน ตามข้อกำหนด⁽³³⁾ ได้แก่

1. กรณีไม่มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างก่อนกลับเข้าทำงาน สามารถทำได้โดยแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ประจำสถานประกอบกิจการ
2. กรณีมีการตรวจสุขภาพลูกจ้างก่อนกลับเข้าทำงาน สามารถทำได้โดยแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิปัตรีหรือหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์ หรือผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง

การให้ความเห็นในใบรับรองแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ ในข้อกำหนดได้กำหนดให้แพทย์ระบุความเห็นที่บ่งบอกถึง สภาวะสุขภาพของลูกจ้างที่มีผลกระทบ หรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย ดังนั้นแพทย์จึงต้องมีความรู้ในเรื่องทางการแพทย์ ร่วมกับลักษณะงานที่ได้จากการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย

สำหรับแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดชัดเจน แนวทางในประเทศไทยที่กำหนดเป็นการคำนึงถึงเรื่องความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้ผู้อื่นเท่านั้น⁽³⁶⁾ ในขณะที่แนวทางของต่างประเทศเองมีการพูดถึงอยู่บ้าง แต่เน้นไปที่บทบาทของนายจ้างและลูกจ้างเป็นหลัก ไม่ได้มีการลงรายละเอียดชัดเจนเกี่ยวกับการประเมินโดยแพทย์⁽⁴²⁻⁴³⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนได้เรียบเรียงแนวทางได้โดยยึดหลักการประเมินพื้นฐานดังสรุปในแผนผังที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้
 - 1.1 ประเด็นที่ใช้ในการประเมินด้านความเสี่ยง คือ โอกาสแพร่เชื้อให้

เพื่อนร่วมงานหรือคนในสังคม ผู้ป่วยจึงต้องกักตัวตามระยะเวลาที่กำหนดซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ด้านสมรรถภาพ ได้แก่ สมรรถภาพด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ, หัวใจและหลอดเลือด ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานแต่ละชนิด

ด้านความอดทน หมายถึง ความสามารถในการอดทนต่อการทำงานที่ต่อเนื่อง มักมีปัจจัยนอกเหนือจากความเจ็บป่วยเกี่ยวข้อง โดยทั่วไปจึงใช้ด้านความเสี่ยงและสมรรถภาพในการประเมินกลับเข้าทำงาน

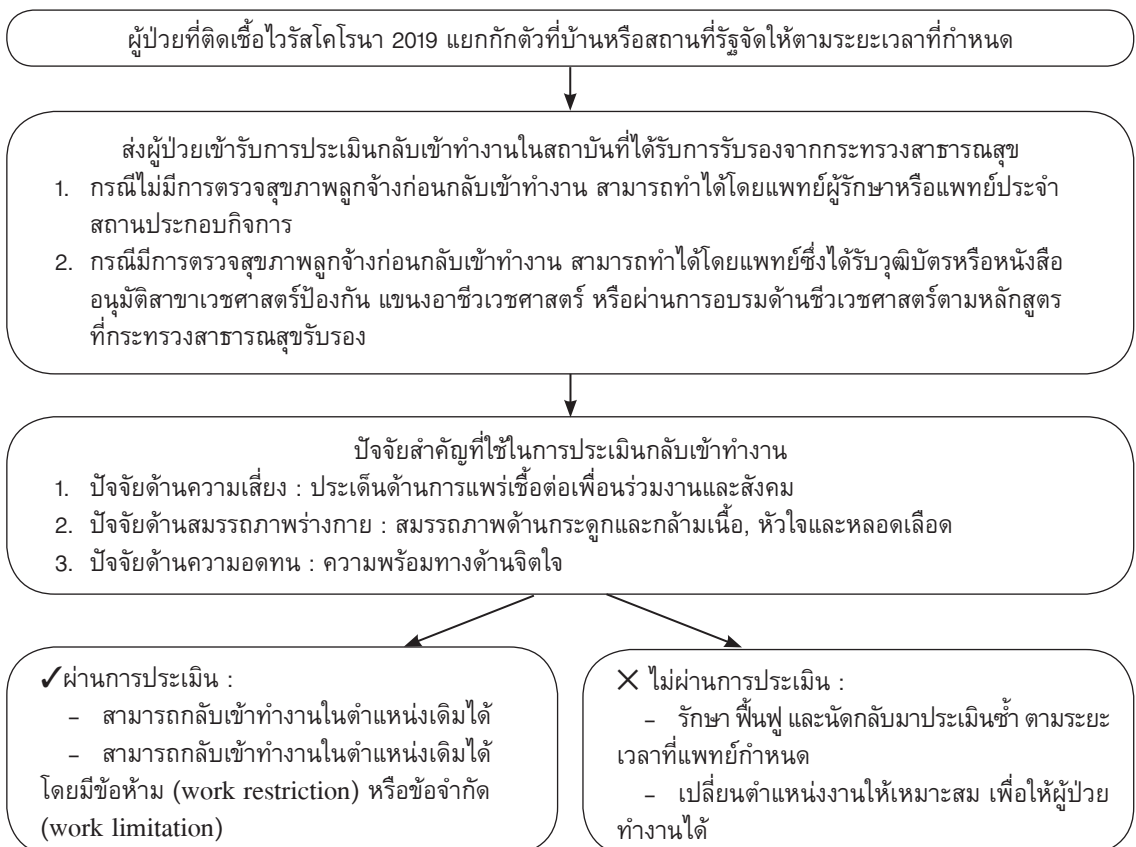
1.2 การประเมินกลับเข้าทำงานจะต้องประเมินโดยสถาบันที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่ไม่มีกรตรวจสุขภาพลูกจ้างก่อนกลับเข้าทำงาน สามารถทำได้

โดยแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์ประจำสถานประกอบกิจการ แต่ในลักษณะงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น งานบนที่สูง งานผจญเพลิง อาจส่งผู้ป่วยเข้าตรวจสุขภาพลูกจ้างก่อนกลับเข้าทำงาน ซึ่งทำได้โดยแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีพเวชศาสตร์ หรือผ่านการอบรมด้านอาชีพเวชศาสตร์ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง

1.3 ถ้าประเมินแล้วไม่มีข้อจำกัดด้านความเสี่ยงหรือด้านสมรรถภาพ สามารถให้ทำงานได้ตามปกติ แต่ถ้ามีข้อจำกัด อาจปรับเปลี่ยนลักษณะงานให้เหมาะสม หรือส่งไปรักษา ฟันฟู แล้วกลับมาประเมินซ้ำในอนาคต

2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายรวมถึงกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อประโยชน์

แผนผังที่ 1 แนวทางการประเมินกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



ในการเฝ้าระวัง คัดเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อติดตามอาการ และนำความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงมาใช้ในการพยากรณ์โรค และการประเมินกลับเข้าทำงาน

3. แพทย์ควรนัดติดตามอาการเพื่อเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประเมินรวมถึงให้คำแนะนำในการกลับ

เข้าทำงาน

4. แพทย์ต้องคำนึงถึงลักษณะงานของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการประเมินกลับเข้าทำงาน เพื่อให้คำแนะนำในการกลับเข้าทำงานได้อย่างเหมาะสม

5. แพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมการทำงาน การปฏิบัติตัวตามหลัก DMHTT ให้แก่ผู้ป่วยและสถานประกอบกิจการ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. สถิติแรงงานประจำปี 2561 กระทรวงแรงงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 13 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2019/11/sthithaerngngaanpracchamaapii_2561-biibad.pdf.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากร จำแนกตามสถานภาพแรงงาน และเพศ เป็นรายจังหวัด พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/02.aspx>.
4. Liu B, Jayasundara D, Pye V, Dobbins T, Dore GJ, Matthews G, et al. Whole of population-based cohort study of recovery time from COVID-19 in New South Wales Australia. *Lancet Reg Health West Pac* 2021;12:100193.
5. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2021;1-22.
6. Dol M, Varatharajan S, Neiterman E, McKnight E, Crouch M, McDonald E, et al. Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. *J Occup Rehabil* 2021;31(4):675-98.
7. Jeong I, Park JB, Kim HR, Yoon JH, Won JU, Roh J. Impacts of Return-to-Work Type and Period on Job Retention in Workers with Occupational Injuries and Diseases. *J Korean Med Sci* 2018;33(1):e2.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) S, RCGP, SIGN. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19; 2022;1.14:1-106.
9. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *Jama* 2020;324(6):603-5.
10. Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, Torocastro M, Panagopoulos D, Sutton R, et al. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clin Med (Lond)* 2021;21(1):e63-e7.
11. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinical Medicine* 2021;38:101019.
12. Di Toro A, Bozzani A, Tavazzi G, Urtis M, Giuliani L, Pizzoccheri R, et al. Long COVID: long-term effects? *Eur Heart J Suppl* 2021;23(Suppl E):E1-E5.

13. Garg M, Maralakunte M, Garg S, Dhooria S, Sehgal I, Bhalla AS, et al. The Conundrum of 'Long-COVID-19': A Narrative Review. *Int J Gen Med* 2021;14:2491-506.
14. Goertz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, Vaes AW, Meys R, Machado FVC, et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res* 2020;6(4):00542-2020.
15. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet* 2021;397(10270):220-32.
16. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020;77(6):683-90.
17. McMahon DE, Gallman AE, Hruza GJ, Rosenbach M, Lipoff JB, Desai SR, et al. Long COVID in the skin: a registry analysis of COVID-19 dermatological duration. *The Lancet Infectious Diseases* 2021;21(3):313-4.
18. Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals. *Arch Med Res* 2021;52(6):575-81.
19. Fernandez-de-Las-Penas C, Martin-Guerrero JD, Pellicer-Valero OJ, Navarro-Pardo E, Gomez-Mayordomo V, Cuadrado ML, et al. Female Sex Is a Risk Factor Associated with Long-Term Post-COVID Related-Symptoms but Not with COVID-19 Symptoms: The LONG-COVID-EXP-CM Multicenter Study. *J Clin Med* 2022;11(2):413.
20. Ayoubkhani D, Khunti K, Nafilyan V, Maddox T, Humberstone B, Diamond I, et al. Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with covid-19: retrospective cohort study. *BMJ* 2021;372:n693.
21. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, Billig Rose E, Shapiro NI, Files DC, et al. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network - United States, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(30):993-8.
22. Whitaker M, Elliott J, Chadeau-Hyam M, Riley S, Darzi A, Cooke G, et al. Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection in a random community sample of 508,707 people. *medRxiv* 2021. doi:10.1101/2021.06.28.21259452.
23. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, Graham MS, Penfold RS, Bowyer RC, et al. Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med* 2021;27(4):626-31.
24. Carvalho-Schneider C, Laurent E, Lemaigen A, Beaufile E, Bourbao-Tournois C, Laribi S, et al. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin Microbiol Infect* 2021;27(2):258-63.
25. Clemens J, Aziz AB, Tadesse BT, Kang S, Marks F, Kim J. Evaluation of protection by COVID-19 vaccines after deployment in low and lower-middle income countries. *EC linical Medicine* 2022;43:101253.
26. International labor Organization. Impact of the COVID-19 crisis on loss of jobs and hours among domestic workers [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 26]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_747961.pdf.
27. Wachter TV. Lost Generations: Long-Term Effects of the COVID-19 Crisis on Job Losers and Labour Market Entrants, and Options for Policy. *Fiscal Studies* 2020;41(3):549-90.
28. Komin W, Thepparp R, Subsing B, Engstrom D. Covid-19 and its impact on informal sector workers: A case study of Thailand. *Asia Pac J Soc Work* 2020;80-8. doi: 10.1080/02185385.2020.1832564.

29. Sykes D, Holdsworth L, Jawad N, Gunasekera P, Morice AH, Crooks MG. Post COVID-19 Symptom Burden: What is Long COVID and How Should We Manage It?. *Lung* 2021;199(2):113-9. doi: 10.1007/s00408-021-00423-z.
30. Rio CD, Collins LF, Malani P. Long-term consequences of Covid-19. *JAMA* 2020;324(17):1723-4.
31. Vaira LA, Gessa C, Deiana G, Salsano G, Maglito F, Lechien JR, et al. The Effects of Persistent Olfactory and Gustatory Dysfunctions on Quality of Life in Long-COVID-19 Patients. *Life* 2022;12(2):141. doi: 10.3390/life12020141.
32. United Nations Thailand. Social impact assessment of Covid-19 in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 26]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/5071/file/SocialImpactAssessmentof COVID-19inThailand.pdf>.
33. กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ.2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/080/T_0030.PDF
34. กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tosh.or.th/images/file/2016/osh-act.b.e.2554.pdf>
35. Talmage JB, Melhorn JM, Hyman MH. *AMA Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work*. 2nd edition. Chicago: American Medical Association; 2011.
36. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง 22 มีนาคม พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650324144250PM_CPG%2022มีนา.pdf
37. มูลนิธิสมาชิมาอาชีวะ. แนวทางการตรวจสุขภาพคนทำงานบนที่สูง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.summacheeva.org/book/height>.
38. Bhojani FA, Castillejo-Picco LA, Cathcart D, Emmett EA, Frangos S, Glencross PM, et al. Fitness-for-Duty Assessments of Industrial Firefighters: Guidance for Occupational Medicine Physicians. *J Occup Environ Med* 2018;60(2):e82-e9.
39. Gibson L. Functional Capacity Evaluation Functional Capacity Evaluation: An Integrated Approach to Assessing Work Activity Limitations. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. London: Springer; 2009. p. 497-505.
40. Burr JF, Bredin SS, Faktor MD, Warburton DE. The 6-minute walk test as a predictor of objectively measured aerobic fitness in healthy working-aged adults. *Phys Sports med* 2011;39(2):133-9.
41. Sykes K. Chester Step Test. *Occup Med* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 27];2018;68(1):70-1. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx180>.
42. Supporting occupational health and wellbeing professionals. COVID-19 return to work guide for recovering workers [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 27]. Available from: https://www.som.org.uk/COVID-19_return_to_work_guide_for_recovering_workers.pdf
43. Health and Safety Executive. Return to work after long COVID: Evidence at 8th March 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://www.hse.gov.uk/coronavirus/assets/docs/return-to-work-after-long-covid.pdf>
44. กรมอนามัย. COVID Free Setting การยกระดับมาตรการกรณีเปิดสถานประกอบการในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด และพื้นที่เปิดประเทศ (สีฟ้า) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/tsctype2.php?group=11>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ศิริพร จริยาจิรวัฒนา
ภัทรพร บุตรดี
พรวิมล นภาศัย
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

วันรับ 19 พฤษภาคม 2564, วันแก้ไข 23 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 29 มีนาคม 2565.

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) งานวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 595 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า 1) ประชาชนไทย อายุ 15 ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.46 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 15.26 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (OR=3.71 95%CI=1.25-11.01) ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้ และเขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนหนังสือได้คล่อง 3.47 และ 2.13 เท่า (OR=3.47, 2.13, 95%CI=1.30-9.24, 1.32-3.45) ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (OR=3.98 95%CI=1.94-8.17) ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊กมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า (OR=4.21 95%CI=2.13-8.33) และผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (OR=1.81 95%CI=1.11-2.95) จากผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้ผู้เกี่ยวข้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่เขียนไม่ได้และผู้ที่ไม่มียบทบาทในชุมชน ในกรณีหน่วยบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้แก่ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

Health Literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health Region 6) Thailand

Siriporn Jasiyajirawattana

Phatthraphorn Burtdee

Pornwimon Napasai

Health Promotion Centre 6 Chonburi.

Received 19 May 2021, Revised 23 March 2022, Accepted 29 March 2022.

Abstract

Health literacy, one of the essential factors that affect health status, is prioritized on the 12th Thai Health National Plan (2017–2021). The survey study is aimed to explore the status of health literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health region 6) Thailand. Five hundred ninety-five participants of this study were Thai people older than 15, selected by systematic random sampling method. Face-to-face interviews collected the data from March to April 2019. The data of this study were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test, as well as the Multiple logistic regression, were used to find the related factors of health literacy. The results of this study were following: 1) The average health literacy score among Thai population older than 15 in Eastern (Health Region 6) Thailand was 89.46 from a total score of 136 or 66 percent. And 15.26 percent of participants has insufficient health literacy levels. 2) The result explained that the population older than 60 had insufficient health literacy levels more than the population age 15–24 3.71 times (OR=3.71 95%CI=1.25–11.01). Similarly, participants who could not write and were unskilled in writing had insufficient levels of health literacy higher than participants who were skilled in writing 3.47 and 2.13 times (OR=3.47, 2.13, 95%CI=1.30–9.24, 1.32–3.45). The result of participants who did not have a role in communities had higher insufficient health literacy levels than those who had a role in communities 3.98 times (OR=3.98 95%CI=1.94–8.17). Accessibility to health information from the internet played an important role when participants who could not reach health data from the internet had higher insufficient levels of health literacy than those who could reach 4.21 times (OR=4.21 95%CI=2.13–8.33). Besides, participants who did not receive health information from healthcare workers had higher insufficient health literacy levels than those who did receive 1.81 times (OR=1.81 95%CI=1.11–2.95). The recommendation of this research is to encourage healthcare workers and staff in the related fields to provide health literacy to vulnerable groups of the population. Especially in the elderly, people who cannot write (low literacy level), and people who did not have a role in communities. Furthermore, healthcare workers at healthcare facilities should speak plain language, which will help patients understand easier.

Keywords : Health literacy, Insufficient level of health literacy, population older than 15

■ บทนำ

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อ 1 ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วย และตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง⁽¹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือเลือกรับบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะปฏิบัติทักษะหรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้นๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด และมีทักษะทางสังคมในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน เขียน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม⁽³⁻⁴⁾ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ⁽⁵⁾ อาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และความสามารของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ปีพ.ศ.2562 พบคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09 ในส่วนมิติระบบสุขภาพคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผลผลิตภักดียาและสุขภาพ รองลงมาคือ การบริการสุขภาพ ส่วนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รองลงมาคือ การทบทวน-ซักถาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านหนังสือไม่ได้ เขียนหนังสือไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน โดยสัดส่วนคนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่มีรายได้ชัดเจน กลุ่มผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชน กลุ่มผู้ที่เคยตรวจและพบโรค และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ⁽⁷⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากข้อมูลจำนวนและอัตราป่วยโรคไม่เรื้อรังของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2559-2562 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 2,008.9 เป็น 2,388.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น

จาก 1,292.8 เป็น 1,528.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเขตสุขภาพที่ 6 จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,806.94 เป็น 1,983.87 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 1,122.98 เป็น 1,261.30 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น จาก 537.99 เป็น 542.18 ต่อแสนประชากร และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 9.71 เป็น 10.68 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 18.66 เป็น 28.29 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จาก 56.13 เป็น 59.29 ต่อแสนประชากร จากสถานการณ์ดังกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศและเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม

การเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง^(๑) หากประชากรส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น^(๕) จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อใช้ในการออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ สำหรับสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

■ นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม^(๒)

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือเลือกรับบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะปฏิบัติทักษะหรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้นๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด และมีทักษะทางสังคมในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน เขียน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม^(๓-๔)

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional household

survey) โดยศึกษาข้อมูลประชากรไทย อายุ 15 ปี ถึง 85 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนอย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2547 ในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคำนวณอ้างอิงงานวิจัย รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามกระบวนการสุ่มจากรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾ โดยสุ่มตัวอย่างในพื้นที่แบบ Stratified Three-stage Sampling ชั้นที่หนึ่ง สุ่มจังหวัดในเขตได้ 3 จังหวัด คือ จังหวัดปราจีนบุรี ตราด และชลบุรี เลือกหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ โดยจัดเรียง EA (Enumeration Area) ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 22 EA เลือกหน่วยตัวอย่างชั้นที่สาม ในแต่ละหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง (EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ซึ่งได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 330 ครัวเรือน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม-ออก จากโครงการ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในครัวเรือนตัวอย่างทุกคน (ไม่นับรวมผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนคนงาน และครัวเรือนสถาบัน เช่น หอพักนักศึกษาในมหาวิทยาลัย นักโทษในเรือนจำ เป็นต้น) ตามฐานข้อมูลรายชื่อหมู่บ้านหรือชุมชน และแนวทางการสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวางจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้ผู้อยู่อาศัยที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้ จะถูกตัดออกจากการศึกษา ยกเว้น มีผู้แทนภายในบ้านเดียวกันสามารถสื่อสารแทนหรือแปลความหมายได้ และหากไม่พบกลุ่มตัวอย่างในครัวเรือน จะทำการนัดหมายเพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลอีกครั้ง รวมกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ 595 คน

● เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของวิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ความเข้าใจ จำนวน 7 ข้อ การซักถาม จำนวน 12 ข้อ การตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ และการเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ โดยมีโครงสร้างของข้อคำถามครบทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.88 การเข้าถึง, 0.86 การเข้าใจ, 0.90 การทบทวน ซักถาม และ 0.79 การตัดสินใจ) ซึ่งแบบสอบถามมีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับ 0.9411

การสำรวจคั้งนี้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามจำนวนข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบทำไม่เป็น ยก หรือยากมาก โดยใช้เกณฑ์ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾

แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ สืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถาม เพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจ บนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่าย มาก โดยพบว่า มีความยากถึงยากมากในบาง บริบท (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำไม่เป็น ยาก หรือยาก น้อยกว่า 17 ข้อ จาก 34 ข้อ)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คือ ไม่สืบค้น หรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจ ทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำ ไม่เป็น ยาก หรือยาก ตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไปจาก 34 ข้อ)

● การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2562 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยนักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา ที่ผ่านการอบรมการเก็บ ข้อมูลภาคสนาม ซึ่งทีมวิจัยได้ดำเนินการจัด อบรม และเก็บข้อมูลตามคู่มือภาคสนามที่จัดทำ โดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ ของข้อมูลแต่ละชุดหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ทันที หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ให้ สัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีมเก็บข้อมูล และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีกครั้ง

● การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติไคสแควร์

(Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้ Multiple logistic regression

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย เลขที่ 229 วันที่ 16 ตุลาคม 2560

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 595 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.7 อยู่ในกลุ่ม อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.4 สถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 61.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.3 ความเพียงพอของรายได้พบว่า พอใช้อยู่ได้ สบายๆ ร้อยละ 44.5

2. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาพรวมประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนน เต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 เมื่อพิจารณามิติ ระบบสุขภาพ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย รายข้อคำถาม 2.71 คะแนน) และน้อยที่สุดด้าน บริการสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 2.14 คะแนน) ในส่วนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า สามารถตัดสินใจได้ง่ายกว่า (คะแนนเฉลี่ย รายข้อคำถาม 3.00 คะแนน) เมื่อเทียบกับการที่ ตนเองต้องเข้าถึง เข้าใจ และชักถามข้อมูล และ พบว่ามีความยากมากที่สุดเมื่อตนเองต้องเข้าถึง หรือค้นหาข้อมูล (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 1.64 คะแนน) ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ กลุ่มอายุ การอ่าน/เขียนหนังสือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้ยินและการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ พบว่า สัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอพบในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 37.75) ผู้ที่อ่านไม่ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่อ่านไม่คล่องและอ่านได้คล่อง (ร้อยละ 58.06) ผู้ที่เขียนไม่ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้และเขียนไม่คล่อง (ร้อยละ 65.22) ผู้ที่ย้ายบ้านหรือย้ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่โสดและสมรสแล้ว (ร้อยละ 36.52) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 52.78) ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอาชีพอื่น (ร้อยละ 35.71) ผู้ที่มีความขัดสนด้านรายได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 38.71) ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 27.48) ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล (ร้อยละ 45.90) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 33.70) ผู้ที่เคยตรวจสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจ และเคยตรวจแต่ไม่พบโรค (ร้อยละ 30.07) ดังตารางที่ 2

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

พอเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้จำกัดภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ การเขียนหนังสือ บทบาทในชุมชน การรับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวคือ คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (95%CI=1.25-11.01) คนที่เขียนไม่คล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 2.13 เท่า (95%CI=1.32-3.45) และคนที่เขียนไม่ได้มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า (95%CI=1.30-9.24) คนที่ไม่มีบทบาทในชุมชน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่มีบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (95%CI=1.94-8.17) คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า (95%CI=2.13-8.33) และยังพบว่า คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (95%CI=1.11-2.95) ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้น นำไปสู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การลดอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และจำเป็นต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดย

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อข้อคำถาม จำแนกตามมิติระบบสุขภาพ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

	\bar{X}	SD
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 136)	89.4	18.27
มิติระบบสุขภาพ		
บริการสุขภาพ	2.14	0.75
ป้องกันโรค	2.58	0.58
ส่งเสริมสุขภาพ	2.71	0.52
ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ	2.30	0.65
ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
เข้าถึง	1.64	1.32
เข้าใจ	2.92	0.66
ชักถาม	2.42	0.61
ตัดสินใจ	3.00	0.51

เฉพาะกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนนเต็มร้อยละ 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 ซึ่งมากกว่าระดับประเทศเล็กน้อย ในส่วนมิติระบบสุขภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริการสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งต่างจากข้อมูลการสำรวจของประเทศ ที่พบ ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด ส่วนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6 สอดคล้องกับประเทศ พบประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูล ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถามน้อยกว่าระดับประเทศ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (95%CI: 1.25-11.1) เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น ต้องการอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร ฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถทางการคิด เช่น อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย อาจกล่าวได้ว่าความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี การสื่อสารใหม่ๆ ก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรม และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา และจากการศึกษาของ Słonska และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น นับได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดเป็นสัดส่วน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร (N=595)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
กลุ่มอายุ					52.51	0.000*
15-24 ปี	45	90.00	5	10.00		
25-45 ปี	101	93.52	7	6.48		
46-59 ปี	148	81.32	34	18.68		
60 ปีขึ้นไป	155	62.25	94	37.75		
การอ่าน					55.63	0.000*
อ่านไม่ได้	13	41.94	18	58.06		
อ่านไม่คล่อง	66	57.39	49	42.61		
อ่านได้คล่อง	370	83.52	73	16.48		
การเขียน					58.74	0.000*
เขียนไม่ได้	8	34.78	15	65.22		
เขียนไม่คล่อง	80	58.82	56	41.18		
เขียนได้คล่อง	361	83.95	69	16.05		
ปัจจัยเชิงสังคม และเศรษฐกิจ						
สถานภาพสมรส					18.72	0.000*
โสด	92	85.19	16	14.81		
สมรส	283	77.96	80	22.04		
หย่าร้างหรือม่าย	74	63.48	44	36.52		
ระดับการศึกษา					47.13	0.000*
ไม่ได้เรียน	17	47.22	19	52.78		
ประถมศึกษา	225	70.09	96	29.91		
มัธยมศึกษาตอนต้น	68	89.47	8	10.53		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	79	85.87	13	14.13		
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	60	95.0	4	5.0		
กลุ่มอาชีพ					21.64	0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	70.79	59	29.21		
เกษตรกรรวม	54	64.29	30	35.71		
ธุรกิจส่วนตัว	112	83.58	22	16.42		
รับจ้างทั่วไป	97	79.51	25	20.49		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	16	100.00	0	0.00		
พนักงานบริษัทเอกชน	8	88.89	1	11.11		
นักเรียน/นักศึกษา	19	86.36	3	13.64		
ความเพียงพอของรายได้					11.92	0.008
ขาดสน	34	61.29	24	38.71		
พอใช้บางเดือน	159	75.36	52	24.64		
พอใช้อยู่ได้สบายๆ	213	81.30	49	18.70		
เหลือเก็บ	39	72.22	15	27.78		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร (N=595)	ความรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การมีบทบาทในชุมชน					18.31	0.000*
ไม่มี	343	72.52	130	27.48		
มี	106	91.38	10	8.62		
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ						
ไม่ได้รับ (เทียบได้รับข้อมูล)	33	54.10	28	45.90	18.44	0.000*
หนังสือพิมพ์/วารสาร (เทียบกับไม่ได้รับ)	86	85.15	149	14.85	5.32	0.001
อินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก/เว็บไซต์ (เทียบกับไม่ได้รับ)	207	94.52	12	5.48	61.33	0.000*
คนในครอบครัว เพื่อน (เทียบกับไม่ได้รับ)	205	77.36	60	22.64	3.71	0.001
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (เทียบกับไม่ได้รับ)	345	79.31	90	20.69	8.72	0.000*
ปัจจัยด้านสุขภาพ						
การได้ยิน					7.29	0.000*
ไม่มีปัญหา	411	77.84	117	22.16		
มีปัญหา	38	62.30	23	37.70		
ผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์					14.01	0.001
ไม่เคยตรวจ	68	81.93	15	18.07		
เคยตรวจแต่ไม่พบ	167	83.50	33	16.50		
เคยตรวจและพบโรค	214	69.93	92	30.07		
โรคความดันโลหิตสูง (เทียบกับไม่เป็น)	98	79.67	25	20.33	9.92	0.001
โรคถุงลมโป่งพอง (เทียบกับไม่เป็น)	213	70.76	88	29.24	9.83	0.001

*p < .01

ที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

การเขียนหนังสือมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่เขียนไม่ได้มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า (95%CI: 1.30-9.24) และผู้ที่เขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้คล่อง 2.13 เท่า (95%CI: 1.32-3.45) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่าทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เป็นระดับพื้นฐานของความรู้ด้านสุขภาพ กล่าวคือเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูล

การดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และจากผลเปรียบเทียบของการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของยุโรป (HLS-EU)⁽¹²⁾ ที่พบว่า การอ่านออกเขียนได้ทำให้บุคคลนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูล ค้นหาหรือแสวงหาข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ วิตจากการอ่านออกเขียนได้จะสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า กรณีที่เป็นโรคไม่ติดต่อจะดูแลตนเองและประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มที่มี

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
กลุ่มอายุ (ref. = 15-24 ปี)			17.27	0.001		
25 - 45 ปี	-0.270	0.648	0.29		0.76	0.21-2.72
46 - 59 ปี	0.765	0.558	1.62		2.14	0.72-6.42
60 ปีขึ้นไป	1.311	0.555	5.51		3.71	1.25-11.01
การเขียน (ref.=เขียนได้คล่อง)			14.58	0.001		
เขียนไม่ได้	1.245	0.500	8.04		3.47	1.30-9.24
เขียนไม่คล่อง	0.758	0.246	9.55		2.13	1.32-3.45
ไม่มีบทบาทในชุมชน (ref.= มีบทบาท)	1.382	0.366	13.73	0.000*	3.98	1.94-8.17
ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก (ref. = ได้รับ)	1.439	0.347	15.91	0.000*	4.21	2.13-8.33
ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ref. = ได้รับ)	0.594	0.250	6.26	0.001	1.81	1.11-2.95
ค่าคงที่	-4.686	0.646		0.001	0.01	

*p < .01

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การไม่มีบทบาทในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่มีบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (95%CI: 1.94-8.17) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Denuwara⁽¹³⁾ ที่พบว่า ครูที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมสุขภาพหรือกลุ่มสวัสดิการในชุมชนในหกเดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาของ ทิววัลย์ ชูประเสริฐ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 ประมาณครั้งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ การใช้แอปพลิเคชัน หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลักดันให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ กองสุขศึกษา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี กล่าวได้ว่าการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือการมีบทบาทในชุมชน จะทำให้บุคคลนั้นได้รับสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และได้รับการพัฒนาทักษะในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

การไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก 4.21 เท่า (95%CI: 2.13-8.33) วิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสามารถทำได้หลายวิธี จากการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง การศึกษาผู้เชี่ยวชาญ การสอบถามจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ในปัจจุบันการหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเป็นอีก

วิธีหนึ่งที่คุณนิยมใช้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neter and Brainin⁽¹⁶⁾ พบว่าบุคคลที่มีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ในระดับสูง มักจะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ การสื่อสารกับเภสัชกร พยาบาล และแพทย์ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรู้วิธีการจัดการสุขภาพตนเองได้และการศึกษาของ Rosenbaum JE และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การใช้สื่อดิจิทัล เช่น เว็บไซต์ และแอปพลิเคชันมาใช้ในการปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพ ลดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ และการใช้สื่อดิจิทัลผ่านเว็บไซต์และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงบวก นับได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก ถือเป็นช่องทางหลักในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพในปัจจุบัน

การไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (95%CI: 1.11-2.95) เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงประชาชนแบบเชิงรุก เช่น งบประมาณในการผลิตสื่อบุคลากรไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลฎาภา ทานาค⁽¹⁸⁾ พบว่า ระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอก ที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความ

สามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มาให้ข้อมูล การดูแลสุขภาพและการรักษาโรคกับผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีประสบการณ์ในการรู้จักหาข้อมูลด้านสุขภาพในแหล่งที่ถูกต้อง และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และความสามารถในด้านความรู้ด้านสุขภาพนั้นแตกต่างกันตามบริบท โดยขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและระบบ ได้แก่ ปัจจัยในเรื่องความสามารถในการสื่อสาร ความรู้ในเรื่องสุขภาพ และลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุข หรือพื้นที่ต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ที่ระบบสาธารณสุขใช้ภาษาที่ยากต่อความเข้าใจของประชาชน จะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน⁽¹²⁾

■ สรุป

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 ในมิติระบบสุขภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด และน้อยที่สุดด้านบริการสุขภาพ ในส่วนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนสามารถตัดสินใจได้ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับการที่ตนเองต้องเข้าถึง เข้าใจ และซักถามข้อมูล และพบว่ามีความยากมากที่สุดเมื่อตนเองต้องเข้าถึงหรือค้นหาข้อมูล ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป การเขียนไม่ได้ การที่ไม่มีบทบาทในชุมชน การไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

■ ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป็น นโยบายสาธารณะ “ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน” และเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาบุคคลให้เป็นบุคคลรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสังคม ให้เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ คนในชุมชนมีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่ม ชมรมในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากการ สสำรวจนี้พบว่า ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มีความ และยังพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

3. ออกแบบและเผยแพร่สื่อ Multimedia หรือ Socialmedia ที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับ คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ทาง อินเทอร์เน็ต พร้อมทั้งพัฒนากลไกและกระบวนการ ตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยสร้างความร่วมมือ แบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อการ เฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ ถูกต้อง และเป็นภัยกับประชาชน

4. บุคลากรสาธารณสุข ต้องสื่อสาร

ให้ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และเป็น หน้าที่ที่จะสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ ให้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งออกแบบการดำเนินการ ประเมินผล เกี่ยวกับการบริการข้อมูลข่าวสารและบริการ ที่จัดให้ ว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและมีความ เข้าใจมากน้อยเพียงไร

5. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษา เจริญคุณภาพและเชิงปริมาณ เกี่ยวกับปัจจัย เกื้อหนุนหรืออุปสรรคต่อการเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม และตัดสินใจ เพื่อยกระดับความรู้ ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ ในกลุ่มประชากรที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ อำนวยการที่ 6 ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชน กรมอนามัย ผู้ประสาน งานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ประสาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ที่ให้ความร่วมมือเพื่อให้ ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
3. Oo W, Khaing W, Mya K, Moh MM. Health Literacy – is it useful in prevention of behavioral risk factors of NCDs?. International Journal of Research in Medical Sciences 2015;3(9):2331-6.
4. Cavanaugh KL. Health Literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. Diabetes Manag(Lond) 2011;1(2):191-9.
5. วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.

6. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12(80):1-13.
7. วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. Mancuso JM. Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nurse Health Sci* 2008;10(3):248-55.
9. ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรหมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2563;14(33):88-106.
10. Słonska Z, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* 2015;78(3):297-307.
11. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
12. Juergen M, Florian R, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht: HLS-EU Consortium;2012.
13. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*2017;17(631): doi: 10.1186/s12889-017-4543-x
14. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทน์มณี. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ.2562. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 สุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: มปท; 2562.
15. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ.2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. Neter E, Brainin E. E-Health literacy: extending the digital divide to the real of health information. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14(1):e19
17. Rosenbaum JE, Johnson BK, Deane AE. Health literacy and digital media use: Assessing the health literacy skills instrument – Short form and its correlates among African American college students. *Digit Health* 2018;(4):2018;4:2055207618770765.
18. ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร, ยุพา จีวพัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562;21(3):140-50.
19. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling* 2010;79(1):36-42.

HEALTH

ประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึง บริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้นโยบาย Fee schedule

สุวรรณา เอื้ออรรรถการุณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
พัชรวรรณ สุขุมาลินท์
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วันรับ 15 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 11 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 18 มีนาคม 2565

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้นโยบาย Fee schedule วิธีการเป็นการศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากแบบสอบถาม หญิงตั้งครรภ์ 2,322 คน ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ให้บริการของของหน่วยบริการ 8 แห่ง พบว่าในปี 2563 มีการพัฒนาระบบ เพื่อกระจายบริการโดยหมุนเวียนทันตบุคลากรไปให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีทันตภิบาล กิจกรรมที่ทำ ประกอบด้วย การติดตามค้นหาหญิงตั้งครรภ์ ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกทักษะการแปรงฟัน การขัดฟัน/ขูดหินปูนและบริการทันตกรรม ครอบคลุมร้อยละ 49.7, 46.7, 20.5 และ 54.2 ตามลำดับ ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจระดับมากกว่าร้อยละ 90.0 ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบาย การจัดสรรค่าตอบแทน ตามปริมาณงาน มี 3 แบบ คือ ให้เต็มจำนวน ให้บางส่วน และให้ตามรายการที่กำหนด ปัญหาที่พบคือ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการนี้ และระบบลงข้อมูลส่งเบิกมีรายละเอียดมาก ข้อเสนอคือประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง ให้บริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของงานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพในระบบปกติ และควรปรับปรุงการลงข้อมูลให้ง่ายไม่ซับซ้อน

คำสำคัญ: ประเมินผล หญิงตั้งครรภ์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึง บริการ

Evaluation of oral health promotion and prevention services focusing on access to dental care in pregnant women under the Fee Schedule policy

Suwanna Eua-atthakaroon

Surin Provincial Public Health Office

Pacharawan Sukhumalind

Bureau of Dental Health, Department of Health

Received 15 October 2021, Revised 11 March 2022, Accepted 18 March 2022.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the coverage of oral care services providing to pregnant women under the Fee schedule policy. The mixed method was used to collect both quantitative and qualitative data. Quantitative data were obtained from a questionnaire of 2,322 pregnant women, as well as retrieved secondary data from the HDC database. Qualitative data were obtained from interviews with hospital and sub-district hospital directors, and service providers of 8 hospitals/service centers. It was found that local service system was improved by rotating of dental personnel to provide services at sub-district health promoting hospitals that do not have dental personnel. The service provided for pregnant women include oral screening (49.7%), oral check-up (46.7%), training for proper brushing (20.5%), oral prophylaxis and dental treatment (54.2%). Most of the pregnant women satisfied all those services of more than 90.0%. The executive level also accepted this policy. There are 3 types of reimbursement including full payment, partial payment, and itemized payment. We found some constraints that most pregnant women did not know about this program, and the data entry system is complicate. We suggest that dental services should be integrated as part of a quality ANC normal system, and the data entry should be simple and more practical.

Keywords : evaluation, pregnant woman, access to oral health promotion and disease prevention services

■ บทนำ

หญิงตั้งครรภ์มักจะมีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเหงือกอักเสบ (gingivitis, gingival hyperplasia, pyrogenic granuloma) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ หากละเลย ไม่ทำความสะอาดช่องปากให้ดี

ก็จะทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ตามมา อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของแม่ และเด็กที่อยู่ในท้องได้

หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับการตั้งครรภ์ มีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่รู้เรื่องดังกล่าว 2-3 เท่า⁽¹⁾ และ 4.8 เท่า⁽²⁾

และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยไปพบทันตแพทย์ ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุเป็น 10.2 เท่าของกลุ่มที่มีการไปพบทันตแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา⁽³⁾ ความชุกการเกิดฟันผุในหญิงตั้งครรภ์ พบได้ถึงร้อยละ 70-90 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 80-90⁽³⁻⁵⁾ การที่มารดามีฟันผุหลายซี่ทำให้มีปริมาณเชื้อแบคทีเรียในช่องปากมาก มีโอกาสที่จะถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกมากขึ้น ทำให้ลูกมีความเสี่ยงสูงขึ้นไปในการเกิดโรคฟันผุ มีการศึกษาพบว่าโรคปริทันต์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้ การได้รับบริการขูดหินปูนและทำความสะอาดช่องปากจะช่วยลดภาวะเหงือกอักเสบ และการอุดฟันช่วยลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียในช่องปากหญิงตั้งครรภ์

แต่ข้อมูลการรับบริการสุขภาพช่องปากในสถานบริการของรัฐปี 2561⁽⁶⁾ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจช่องปาก ร้อยละ 57.7 ฟีกทักษะการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติร้อยละ 54.9 และบริการทันตกรรมร้อยละ 45.9 แสดงให้เห็นว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์อีกมากกว่าร้อยละ 43 ไม่เคยมารับบริการตรวจช่องปาก หรือบริการทันตกรรมในช่วงตั้งครรภ์ ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการทันตกรรม คือ กลัวเกิดผลเสียต่อลูก รู้ว่าขณะตั้งครรภ์สามารถทำฟันได้ในเดือนที่ 4-6 และกรณีฉุกเฉินก็สามารถรับบริการทันตกรรมได้ในเดือนที่ 7-9⁽¹⁾ และช่วงเวลาเปิดให้บริการของทันตบุคลากรมีความเหมาะสม⁽⁴⁾

ปีงบประมาณ 2563 กรมอนามัยร่วมกับกองการบริหารสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกันจัดทำข้อเสนอเพิ่มเติมรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์⁽⁷⁾ เพื่อกระตุ้น ใจหน่วยงานบริการ และคาดหวังว่า

หญิงตั้งครรภ์จะได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้ต้นนโยบาย Fee schedule

1.1 ความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (coverage)

1.2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ

1.3 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการรับบริการทันตกรรม

1.4 การดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง

2. เปรียบเทียบการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังนโยบาย Fee Schedule

■ นิยามศัพท์

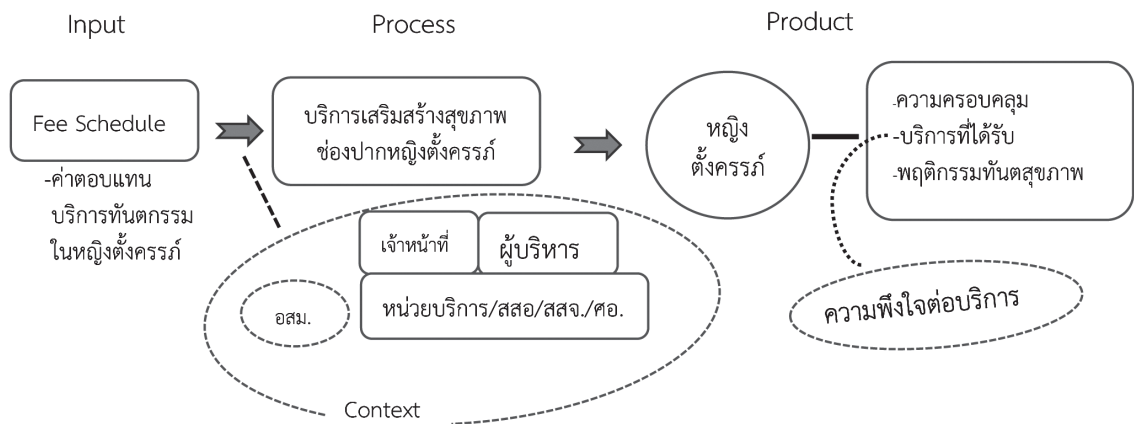
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง บริการทางทันตกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ ได้แก่ 1) ตรวจสุขภาพช่องปาก และวางแผน 2) ขัดทำความสะอาดฟัน (รวมการขูดหินปูน) 3) การฟีกทักษะแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (ย้อมสีฟัน) 4) บริการทันตกรรมตามความจำเป็น

■ วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้ ได้ประยุกต์ใช้ CIPP Model เป็นกรอบในการสังเคราะห์การดำเนินงานใน 4 ประเด็นหลัก คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต

● ประชากรที่ศึกษา

- หญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย (มีเลขบัตร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประชาชน 13 หลัก) ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการของรัฐ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2563 และในชุมชนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ

- ผู้บริหารหน่วยบริการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ทันตบุคลากร (ทันตแพทย์ ทันตภิบาล) และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ในหน่วยบริการ/อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ฐานข้อมูล HDC Big Data (จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากได้ฝึกทักษะการแปรผันแบบลงมือปฏิบัติ ได้รับการบริการทันตกรรม) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562-กันยายน 2563

2. แบบสอบถาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ (HDC Big Data เดือน ต.ค.-ธ.ค. 2562) เลือกจังหวัดที่ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก มากสุดและน้อยสุด ในแต่ละเขตสุขภาพ 12 เขต

รวมได้ 24 จังหวัด (ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ พะเยา ตาก อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี นครนายก ปทุมธานี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ตราด ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู อุตรธานี นครราชสีมา สุรินทร์ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ กระบี่ พังงา พัทลุง และยะลา) ได้ขนาดจำนวน 2,322 คน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยบริการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอจำนวน 7 คน) ผู้ปฏิบัติงาน (ทันตแพทย์จำนวน 7 คน ทันตภิบาลจำนวน 15 คน) และผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์จำนวน 15 คน อสม. จำนวน 18 คนในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยบริการ จำนวน 63 คน โดยเลือกแบบเจาะจงมา 8 จังหวัด จาก 24 จังหวัด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม

1. แบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานการตั้งครรภ์ (4 ข้อ) พฤติกรรมทันตสุขภาพ (4 ข้อ) การรับบริการ (7 ข้อ รวมความพึงพอใจ)

2. แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ในประเด็นข้อมูลทั่วไป

- การรับรู้ เรื่องพบทันตแพทย์ช่วงตั้งครรภ์ นโยบายสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ และขัด/ขูดหินปูน

- บริการที่ได้รับช่วงตั้งครรภ์ มีอะไรบ้างอย่างไร ข้อเสนอแนะ

3. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร (ผอ.รพ./ผอ.รพ.สต./สสอ.) ในประเด็น การจัดบริการ การจัดการข้อมูล การบริหารกำลังคน และงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

4. แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน (ทันตบุคลากร ผู้รับผิดชอบงาน ANC) ในประเด็น การบริการ การจัดการข้อมูล การบริหารจัดการ (คน งบประมาณ) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5. แบบสัมภาษณ์ อสม. ในประเด็นข้อมูลพื้นฐาน การบริการ (งานที่ได้รับมอบหมาย) ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การรับรู้เรื่อง ตรวจสุขภาพช่องปาก ขัด/ขูดหินปูนฟรีในหญิงตั้งครรภ์ และข้อเสนอแนะ

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดยจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พิจารณาประเด็น ความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความเหมาะสมของภาษา ทดลองใช้แบบสอบถามกับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 32 คน ที่มาคลินิกทันตกรรม หรือ คลินิกฝากครรภ์ ในสถานบริการของรัฐ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (ค่าAlpha Coefficient เท่ากับ 0.758 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างได้จริง) ตรวจสอบ และปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กรมอนามัย เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 รหัสโครงการ 371

■ ผลการศึกษา

1. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปาก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้นโยบาย Fee schedule

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังจากมีนโยบาย Fee Schedule ด้านทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการขัดและทำความสะอาดฟัน (รวมขูดหินปูน) เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 13.5 เป็นร้อยละ 20.5 ขณะที่ตรวจสุขภาพช่องปาก และฟีกทักษะแปร่งฟัน ได้รับการบริการใกล้เคียงกัน และมีหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 12.7 ที่ได้รับการครบทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (รวมขูดหินปูน) เมื่อพิจารณาข้อมูลการให้บริการเป็นรายเดือนตามแผนภาพที่ 2 พบว่ามีแนวโน้มที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้ฟีกแปร่งฟันจากหน่วยบริการเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือนแรก (ต.ค.-มี.ค.) ของปีงบประมาณ 2563 และเริ่มลดลงตั้งแต่เดือนมีนาคม จนถึงเดือนกันยายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากที่ได้รับ และพฤติกรรมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

จากแบบสอบถามหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 2,322 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีอายุเฉลี่ย 26.5 ปี อายุมากที่สุด คือ 51 ปี และน้อยที่สุดคือ 14 ปี มีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากสุด (ร้อยละ 52.0) อายุครรภ์เฉลี่ย 26.4 สัปดาห์ อายุครรภ์มากที่สุดคือ 41 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 39) พบร้อยละ 10.3 ที่บอกว่ายังไม่ได้รับการ ในกลุ่มที่ได้รับการ พบว่าได้ตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 96 ได้รับการให้ทันตสุขภาพ ร้อยละ 77.3 ได้รับ

ตารางที่ 1 การรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังนโยบาย Fee Schedule (ปี 2562-2563)

รายการ	2562		2563	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ (สถานบริการรัฐ) *	672,540		685,156	
1. ตรวจสุขภาพช่องปากและวางแผน**	339,243	50.4	340,800	49.7
2. ขัดทำความสะอาดฟัน (รวมขูดหินปูน)	90,899	13.5	140,731	20.5
3. ตรวจ+ขัดทำความสะอาดฟัน (รวมขูดหินปูน)			86,961	12.7
4. การฟีกทักษะแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ (ย้อมสีฟัน)**	319,710	47.5	319,980	46.7
5. บริการทันตกรรม**	NA (ไม่มีใน HDC)		371,626	54.2

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก HDC * รายงานส่งเสริมป้องกัน งานโภชนาการ ** รายงานการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม

การขัดฟัน/ขูดหินปูน ร้อยละ 53 ได้รับการฟีกแปรงฟันและฟีกการใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 57.5 และ 40.2 ตามลำดับ และ ร้อยละ 38.6 ได้รับการนัดหมายทำฟันต่อ นอกจากนี้ยังพบว่าการสอนแปรงฟันส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.7) เป็นสอนแปรงฟันในหุ่นจำลอง รองลงมาคือสอนแบบลงมือปฏิบัติแต่ไม่ย้อมสีฟัน (ร้อยละ 22.2) และย้อมสีฟัน (ร้อยละ 16.4) พบหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการทั้ง 3 อย่าง คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ทันตสุขศึกษาและขัด/ขูดหินปูน เท่ากับร้อยละ 52.4 และมีเพียงร้อยละ 33 ที่ฟีกใช้ไหมขัดฟันร่วมด้วย เหตุผลที่มาคลินิกทันตกรรมเพราะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ANC และทันตแพทย์ ร้อยละ 68.4 และร้อยละ 50.7 ตามลำดับมีเพียงร้อยละ 9.8 ที่มาเนื่องจากมีปัญหาช่องปาก หากมีการนัดหมายเพื่อมารับบริการครั้งต่อไป พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 8 ไม่มา ด้วยเหตุผลคือ ไม่มีปัญหาช่องปาก ท้องโตใกล้คลอด ไม่มีเวลา เดินทางไม่สะดวก ไปทำที่คลินิก ย้ายที่อยู่ และกลัวทำฟัน

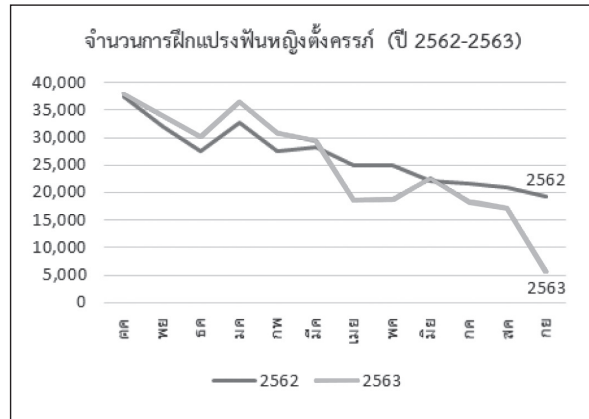
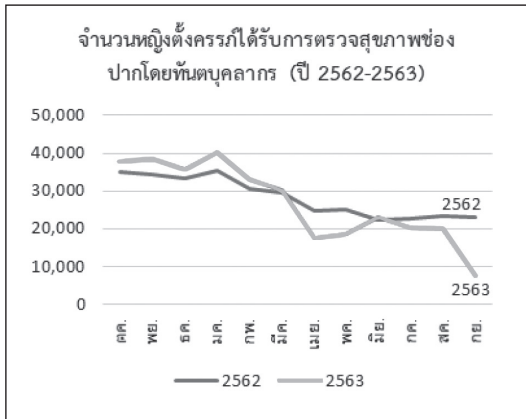
จากตารางที่ 2 พบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกคน (ร้อยละ 99) แปรงฟันทุกวัน ส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 76.7) ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ (ร้อยละ 81.1) และไม่รู้ว่ายาสีฟัน

ที่ซีมีฟลูออไรด์หรือไม่ ร้อยละ 15.2 ยาสีฟันที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยี่ห้อที่มีในท้องตลาด (ร้อยละ 74.3) มีการใช้อุปกรณ์อื่นร่วมด้วยในการทำความสะอาดฟัน คือใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด (ร้อยละ 47.1) รองลงมาคือ ไม้จิ้มฟัน (ร้อยละ 28.1) ไหมขัดฟัน (ร้อยละ 14.3) และแปรงชอกฟัน (ร้อยละ 7.1) ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อบริการทันตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ บริการที่ได้รับ และระยะเวลาารอคอย ที่ระดับค่อนข้างมาก และระดับมาก ร้อยละ 97.8, 97.4 และ 92.8 ตามลำดับ และจากการสัมภาษณ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าจะตั้งครรภ์ควรไปพบหมอฟัน แต่ไม่รู้ว่ามีโครงการตรวจสุขภาพช่องปากและขูดหินปูนฟรีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน

3. ความเห็นต่อนโยบาย และการให้บริการของผู้เกี่ยวข้อง

ผู้บริหาร ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายว่าเป็นนโยบายที่ดี ใช้ผลงานจัดสรรงบประมาณสร้างแรงจูงใจ ทำให้เห็นงานด้านทันตกรรมชัดเจน มีตัวชี้วัดกำกับชัดเจนขึ้น รพสต.มีเงินบำรุงสำหรับค่าสาธารณสุขภาคเพิ่มขึ้น ผู้บริหารบางท่านเห็นว่านโยบายยังไม่ตอบโจทย์ปัญหาโรคช่องปากที่พบหลายอย่างในหญิงตั้งครรภ์ และเป็นการแก้ปัญหา

แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และฝึกแปรงฟัน ปี 2562-2563



ที่ล่าช้า เพราะทำในช่วงตั้งครรภ์

ผู้ให้บริการด้านทันตกรรม ทันตแพทย์ มีความเห็นว่า นโยบายนี้ช่วยให้การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้สะดวกขึ้น มีโอกาสพัฒนาความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น มีการกำกับติดตามจากผู้บริหาร หน่วยงานบางแห่งได้รับการสนับสนุนกำลังคนเพิ่มขึ้น ทันตภิบาลรู้สึกว่าการทำงานที่มีคุณค่า และได้รับการยอมรับมากขึ้น

ผู้รับผิดชอบงาน ANC เห็นด้วยว่า นโยบายนี้มีประโยชน์ สร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการช่วยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาตามนัด และช่วยตรวจสอบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากหรือยัง สำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า บทบาทหลักคือ ประชาสัมพันธ์ ติดตาม ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ แนะนำให้ไปฝากครรภ์ และมาทำฟันตามนัด

4. การให้บริการ และการบริหารจัดการ

การให้บริการด้านทันตกรรม พบว่า ให้บริการปกติเหมือนเดิม แต่เน้นการติดตามหญิงตั้งครรภ์มารับบริการตามนัด บางแห่งมีภาระงานเพิ่มขึ้น คือการลงข้อมูลในโปรแกรม EClaim ของ สปสช. เพื่อเบิกค่าตอบแทน การให้บริการ

ฝากครรภ์ก็เหมือนเดิม คือ ให้บริการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพพบบางแห่งปรับการ Flow ของการให้บริการที่ชัดเจนขึ้นและตรวจสอบความครบถ้วนของบริการที่หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการทำงานร่วมกับคลินิกฝากครรภ์ (ANC) ที่โรงพยาบาล พบ 2 แบบ คือ แบบที่ 1 “ทันตบุคลากรไปให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์” ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุขศึกษา และสอนแปรงฟัน บางแห่งมี unit ทำฟัน สามารถให้บริการถอนฟัน และอุดหินปูนได้ แบบที่ 2 “หญิงตั้งครรภ์ถูกส่งมาที่คลินิกทันตกรรม” ซึ่งมักจะอยู่ใกล้กับคลินิกฝากครรภ์ ส่วนในรพ.สต. จะให้บริการแบบ one stop service มีงานทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของคลินิก ANC

การบริหารจัดการคน พบว่า หน่วยงานใช้กำลังคนเท่าเดิม มีการหมุนเวียนทันตบุคลากรไปให้บริการใน รพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาล แต่พบ รพ.สต.บางแห่ง ได้จัดหาคนมาช่วยงานข้างเก้าอี้หรือจ้างผู้ช่วยข้างเก้าอี้สำหรับงานทันตกรรม

การจัดสรรค่าตอบแทน พบ 3 รูปแบบ คือ

1. รพ. จัดสรรเงินให้ รพ.สต.เต็มจำนวน 500 บาท
2. รพ. จัดสรรให้ตามสัดส่วน เช่น คิดตามต้นทุนวัสดุให้ รพ. (15%) ค่าแรงให้หน่วยบริการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปาก และความพึงพอใจต่อการรับบริการ

พฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แปรงฟันทุกวัน (n=2,322)	2,312	99.6
ความถี่ของการแปรงฟัน (n=2,311)		
วันละ 1 ครั้ง	101	4.3
วันละ 2 ครั้ง	1,781	76.7
วันละ 3 ครั้ง	410	17.7
มากกว่าวันละ 3 ครั้ง	29	1.2
ใช้อุปกรณ์เสริมร่วมการแปรงฟัน (n=2,322)	1,726	74.3
ใช้ไหมขัดฟัน	332	14.3
น้ำยาบ้วนปาก	1,094	47.1
ไม้จิ้มฟัน	653	28.1
แปรงซอกฟัน	165	7.1
การใช้ยาสีฟัน (n=2,322)		
มีฟลูออไรด์	1,900	81.8
ไม่มีฟลูออไรด์	69	3.0
ไม่รู้ว่ามีหรือไม่	353	15.2

ความพึงพอใจต่อ	ระยะเวลารอคอย (ร้อยละ)	บริการที่ได้รับ (ร้อยละ)	ผู้ให้บริการ (ร้อยละ)
ระดับมาก	62.4	69.8	72.2
ระดับค่อนข้างมาก	30.4	27.6	25.6
ระดับค่อนข้างน้อย	4.7	0.7	0.4
ระดับน้อย	0.4	0.1	0.0
ไม่ตอบ	2.1	1.8	1.8

ที่ทันตบุคลากรทำงาน (73%) ค่าเสื่อมราคาให้หน่วยบริการ (12%) “โมเดล 15-73-12” หรือเก็บงบประมาณไว้ที่ รพ. 15% และจัดสรรให้ รพ.สต.ที่ให้บริการตรวจ และชุดหินปูน 85% “โมเดล 15-85” กรณี รพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาล และมีทันตภิบาลข้างเคียงมาช่วย จะแบ่งค่าตอบแทน 50-50

3. จัดสรรตามรายการที่กำหนด เช่น ค่าลงข้อมูล 50 บาท (สำหรับ รพ.) ค่าตรวจสุขภาพช่องปาก 100 บาท และค่าชุดหินปูน 350 บาท ให้หน่วยที่ให้บริการ

การใช้ข้อมูล พบว่าข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ได้มาจาก 1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) 2. ฐานข้อมูล 43 แห่ง (โปรแกรมโรงพยาบาล/โปรแกรม JHsis HosXP) 3. ใบแนบ

การรักษา (เพิ่มเติม) ที่มีการตรวจสุขภาพช่องปากรายซี บอกจำนวนซี่ฟัน อุดฟัน ใส่ฟันปลอม เพื่อใช้ลงข้อมูลในโปรแกรม JHsis ข้อมูลส่วนใหญ่ถูกใช้กำกับ ติดตาม ความครอบคลุมของการให้บริการ และบันทึกลงข้อมูลในโปรแกรม EClaim เพื่อการเบิกค่าตอบแทน การลงข้อมูลในโปรแกรม EClaim พบ 2 แบบ คือ 1. รพ.สต. ส่งข้อมูลให้ รพช. เพื่อลงข้อมูลในโปรแกรม EClaim มีทั้งส่งแบบฟอร์มกระดาษหรือส่งเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลอาจเป็นเจ้าของงานประกันสุขภาพหรือห้องทันตกรรม 2. รพ.สต. ลงโปรแกรม EClaim เอง

5. ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรค ที่พบ คือ 1) การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ข้อมูลมีรายละเอียดมาก ผู้รับผิดชอบงานไม่มั่นใจว่าข้อมูลได้ถูกบันทึกเพราะตรวจสอบไม่ได้ 2) หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์ที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ไม่มาตามนัดหมาย มีอายุครรภ์ใกล้คลอด 3) ทันตบุคลากร รพ.สต.หลายแห่งไม่มีทันตภิบาล และ รพ.สต.ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยช่างเก้าอี้ 4) การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การให้บริการในคลินิกทันตกรรมลดลง

ปัจจัยความสำเร็จโครงการจากมุมมองของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน คือ 1) การให้บริการแบบบูรณาการของคลินิกฝากครรภ์และทันตกรรม 2) การจัดการข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ใช้งานง่าย มีการติดตามประเมินผล และตรวจสอบได้ 3) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการ คือ รพช. และ รพ.สต. ในการวางแผน จัดสรรทรัพยากร กำกับติดตาม รวมถึงการจัดสรรค่าตอบแทนที่เหมาะสม 4) การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์

■ อภิปรายผล

นโยบาย Fee schedule ด้านทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 (ปีงบประมาณ 2563) กระตุ้นความสนใจและสร้างแรงจูงใจในงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ให้กับผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้อง แม้จะมุ่งเน้นเพียงบริการตรวจสุขภาพช่องปากและการขัด/ขูดหินปูนเท่านั้น แต่ก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2563 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟีกแปรงฟัน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ที่การเข้าถึง

บริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์จะสูงขึ้นหากไม่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 (ปี 2563) ในส่วนของการจัดบริการที่คลินิกฝากครรภ์และทันตกรรมยังคงเหมือนเดิม แต่ให้ความสำคัญในการตรวจสอบ และติดตามหญิงตั้งครรภ์มารับบริการทันตกรรม ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มได้รับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลการให้บริการในช่วง 6 เดือนแรก

จากสถานการณ์โควิด 19 หญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความรุนแรงของโรคได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 3 เท่า⁽⁶⁾ และปัญหาโรคในช่องปากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากและการได้รับบริการทันตกรรมในช่วงตั้งครรภ์ซึ่งมีความปลอดภัยและจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการติดเชื้อในช่องปาก สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽⁹⁻¹²⁾ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การให้บริการสร้างสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพนั้น หน่วยบริการควรให้บริการตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ และให้ความสำคัญกับการให้บริการที่หญิงตั้งครรภ์อย่างครบถ้วน ได้แก่ การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากการให้ความรู้ การฟีกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ การขัดฟัน/ขูดหินปูน และบริการทันตกรรมตามความจำเป็นตามแผนการรักษา โดยเน้นการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองขณะตั้งครรภ์ และประยุกต์ใช้การสื่อสาร social network เช่น group line หรือ application ในการให้คำปรึกษา นัดหมาย หรือ ติดตามประเมินสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบในระดับตำบล อำเภอ

■ ข้อเสนอแนะ:

ส่วนกลาง

- ควรปรับปรุง ระบบการส่งข้อมูล เพื่อให้หลงข้อมูล และเบิกจ่าย ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน หน่วยบริการสามารถตรวจสอบได้ง่าย ไม่ผูกเงื่อนไขการเบิกค่าตอบแทนกับข้อมูลการฝากครรภ์คุณภาพ

- ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน และหญิงตั้งครรภ์ ได้รับความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก และสิทธิ์ด้านทันตกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์

ผู้ปฏิบัติงาน

- ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ วิชาการงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในหญิงตั้งครรภ์แก่ทันตบุคลากร และบุคลากรข้างเคียง

การพัฒนาางานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- กำหนดให้เป้าหมายสุขภาพช่องปากดีเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพที่ดีขณะตั้งครรภ์ และบูรณาการทำงานร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

- ควรเน้นทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองขณะตั้งครรภ์ให้กับหญิงตั้งครรภ์

■ กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหาร โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทันตบุคลากร

ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก รพ. สันทราย/รพ.สต.หนองจ่อม อ.สันทราย เชียงใหม่ รพ.สวรรคตประชารักษ์/รพ.สต.ท่าทอง อ.เมือง นครสวรรค์ รพ.กำแพงแสน/รพ.สต.วังน้ำเขียว อ.กำแพงแสน นครปฐม รพ.ทัพทัน/รพ.สต.หนองกระทุ่ม ต.ทัพทัน อุทัยธานี รพ.กันทรลักษณ์/รพ.สต.กุดเสลา อ.กันทรลักษณ์ ศรีสะเกษ รพ.โพนทอง/รพ.สต.บ้านบึงงาม อ.โพนทอง ร้อยเอ็ด รพ.ปลายพระยา/รพ.สต.บ้านทุ่ง ต.เขาคราม อ.เมือง กระบี่ รพ.ยะหา/รพ.สต.บาโงยซิแน ต.ยะหา ยะลา และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่หน่วยบริการของรัฐ 24 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พะเยา ตาก อุตรดิตถ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี นครนายก ปทุมธานี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ ตราด ปราจีนบุรี กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู อุดรธานี นครราชสีมา สุรินทร์ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ กระบี่ พังงา พัทลุง และยะลา ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ประสานงานระดับพื้นที่ 24 จังหวัด จาก ฝ่ายทันตสาธารณสุข สสจ. และ รพ./รพช. ในการเอื้อเพื่อประสานให้การเก็บข้อมูลเป็นไป ด้วยความเรียบร้อย ขอขอบคุณ ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ผอ. สำนักทันตสาธารณสุข ทพญ.กรกมล นิยมศิลป์ ทพญ.สุรัตน์ มงคลชัย อริญญา และ ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา อาจารย์ ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้คำปรึกษา และสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา รัตนะ, จันทรพิมพ์ หินเทาว์ และสุกัญญา เขียววิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรม ในช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. J Dent Assoc Thai 2014;3(64):127-47.
2. Habashneh RA, Guthmiller J, Dawson D, Levy S, Johnson G, Squier C. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. J Clin Periodontal 2005;7(32):815-21.

3. สกาวรัตน์ วชิรจรชัย, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, มุขดา ศิริเทพทวี และรัตนา คำวิสัยศักดิ์. ปัจจัยบ่งชี้ความเสี่ยงโรคฟันผุในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2561;2(13):26-37.
4. ชณัฐดา สืบสิงห์การ และคณะ. สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย. วารสารทันตภิบาล 2560;1(28):60-72.
5. Noochpoung R, Dejpitak A, Yoshitoku Y, Md. Hor, Junichi S. Dental caries and gingivitis among pregnant and non-pregnant women in Chiang Mai, Thailand. J Med Sci 2010;72(1-2):43-50.
6. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ ปีงบประมาณ 2563: กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). นະหญิงตั้งครรภ์ ดูแลสุขภาพ ลดเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/55172-นະหญิงตั้งครรภ์%20ดูแลสุขภาพ%20ลดเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19.html>.
9. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่ออยู่โรงพยาบาลสนาม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/dental-care-in-the-field-hospital/>
10. American Academy of Pediatric Dentistry. American Academy of Pediatric Dentistry [Internet]. 2021 [Cited 2021 Aug 25]. Available From: https://Www.Aapd.Org/Assets/1/7/G_Perinataloralhealthcare1.Pdf.
11. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012.
12. American College of Obstetricians and Gynecologist. Oral health care during pregnancy and through the lifespan. Committee Opinion No 569. Obstetrics & Gynecology; 2013:P. 417-22.
13. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติตามการบริการทันตกรรมวิถีใหม่ เพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640930140805PM_แนวทางปฏิบัติตามการบริการทันตกรรมวิถีใหม่.pdf.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเจียม

ธิโสภิญ ทองไทย

พีรญา มาयर

ปิยะ ปุริโส

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วันรับ 17 กันยายน 2564, วันแก้ไข 21 มกราคม 2565, วันตอบรับ 28 มกราคม 2565.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดู จำนวน 800 คน ใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ตรวจสอบสุขภาพช่องปากของเด็ก และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II จำนวน 800 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดู อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 มี 4 ปัจจัยคือ 1) ช่วงอายุของเด็ก (AOR = 5.5; 95%CI: 3.71 to 8.27; p-value < 0.001) 2) การคลอดก่อนกำหนด (AOR = 1.9; 95%CI: 1.30 to 4.18; p-value 0.032) 3) ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ (AOR = 1.4; 95%CI: 1.18 to 2.09; p-value 0.046) และ 4) การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก (AOR = 1.4; 95%CI: 1.26 to 1.96; p-value 0.012) ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพต้องสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ สร้างมาตรการในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในปัจจัยที่ป้องกันได้ และส่งเสริมการคลอดบุตรเป็นไปตามอายุครรภ์ที่ครบกำหนด เน้นสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็ก หากใช้ให้จำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากตามช่วงวัยของเด็กอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัยคุณภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิต

Factors Associated with Smart Early Childhood in The Area Health Region VII

Supattra Boonjeam

Thisophon Thongthai

Peeraya Mayoorn

Piya Puriso

Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen

Received 17 September 2021, Revised 21 January 2022, Accepted 28 January 2022.

Abstract

The purposes of this Cross-sectional Analytical research were to study situation smart early childhood, early child parenting behavior, caregiver's quality of life in the area health region VII and the association among factors of socio-demographic characteristics, early child parenting behavior and caregiver's quality of life with smart early childhood. Data collection was done by using a questionnaire to collect data from 800 caregivers of children, weighing and measuring height, oral examination and assessment development of early childhood (0-5 years) 800 samples by using Denver Developmental Screening Test II (Denver II). The data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple logistic regressions. The results revealed that situation of smart early childhood showed that 25.8%. Early child parenting behavior of caregiver were in moderate level at 50.4%. Caregiver's quality of life were in good level at 77.1%. Factors associated with smart early childhood in the area health region VII were appeared of 4 factors as: 1) age range of children (AOR = 5.5; 95%CI: 3.71 to 8.27; p-value < 0.001) 2) preterm labor (AOR = 1.9; 95%CI: 1.30 to 4.18; p-value 0.032) 3) anemia in pregnancy (AOR = 1.4; 95%CI: 1.18 to 2.09; p-value 0.046) and 4) using electronic media of children (AOR = 1.4; 95%CI: 1.26 to 1.96; p-value 0.012) Therefore, in order to create smart early childhood must establish measures or encourage pregnant women to visit the antenatal care before the 12 week gestation period (Early ANC) and scheduled antenatal care to receive pregnancy medication for surveillance and treatment of anemia during pregnancy. Establish measures to prevent preterm labor with preventable factors and promote childbirth according to the gestational age. Emphasis is placed on raising awareness of the negative effects of using electronic media on children. Limit the time and take care of it according to age. Surveillance and promoting development, growth and oral health according to the age of the child continuously.

Keywords : Smart Early Childhood, Early Child Parenting Behavior, Quality of Life

■ unna

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตซึ่งให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า⁽¹⁾ สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างรากฐานและคุณภาพชีวิต พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัยที่ล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก ดังนั้นหน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนา (Window of Opportunity) ซึ่งให้เห็นว่าหากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัย⁽²⁾ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.0 ผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่า ด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านภาษา⁽⁴⁾ สถานการณ์เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนจากสรุปรววจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 พบว่า เด็กสูงดีสมส่วน ร้อยละ 48.7 และการสำรวจสุขภาพช่องปากโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 47.1 เด็กอายุ 5 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 24.4 เด็กทั้ง 2 กลุ่มอายุมีคราบจุลินทรีย์เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ มากกว่า ร้อยละ 40 และมีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเรื่องการดื่มนมหวาน ดูดนมขวด ใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้าน⁽⁵⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง การเกิดน้อยลง ภาวะในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุในอัตราวัยแรงงาน 3.8 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน อัตราการพึ่งพิงสูง การพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด⁽⁶⁾ คนไทยมีสัดส่วนการหย่าร้างและแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น ซึ่งให้เห็นถึงความล้มเหลวของการใช้ชีวิตคู่ และอาจมีผลกระทบต่อกรอบเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาครอบครัวและสังคมปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เด็กไทยเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ การลงทุนในเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดเพราะเป็นทั้งการเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลของประเทศ และลดอัตราการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เด็กปฐมวัยที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยจะมีทักษะทางกายภาพ ความฉลาดทางสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์สูงจึงนำไปสู่การมีโอกาสในการเรียนรู้อ การเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้นเป็นแรงงานคุณภาพที่มีรายได้สูง ดังนั้นอัตราการก่อคดีหรือสร้างปัญหาสังคมจึงน้อยลงด้วย⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ตามนโยบายของรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ด้านสตรีและเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำข้อตกลงการทำงานด้านเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นการบูรณาการร่วม 4 กระทรวง โดยสิ่งที่มุ่งเน้นคือ การทำงานในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันคือ เด็กปฐมวัย ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อพัฒนาอนาคตเด็กไทยให้เป็นเด็กไทย 4.0 ตามหลัก 4H คือ Heart เด็กดี มีวินัย Head เด็กเก่ง Hand เด็กใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ และ Health เด็กแข็งแรง จึงดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการสร้างเด็กไทยคุณภาพ (SMART KIDS) ตัวชีวิต

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่ 5 ปี และตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)⁽⁶⁾

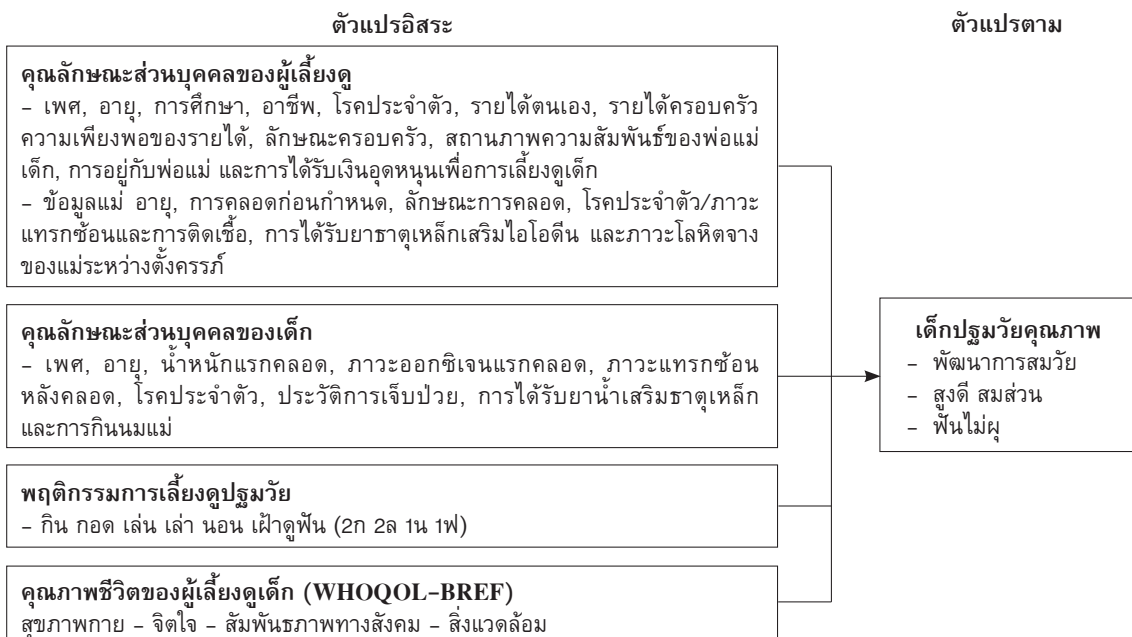
ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพ ส่วนใหญ่ทำวิจัยเรื่องพัฒนาการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย แยกในแต่ละประเด็น ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพที่วัดในคนๆ เดียวกันเรื่อง (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการเด็กมีมากมายหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านมารดา ด้านแวดล้อมและด้านเด็ก แต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพยังมีความไม่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ และปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างให้เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ สร้างมาตรการ โปรแกรมหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมหรือสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ให้เพิ่มขึ้นต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ประเมินสถานการณ์เด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7
2. ประเมินสถานการณ์พฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก และคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กกับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

■ กรอบแนวคิดในการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh FY. และคณะ⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1 - P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1 - B)(P_0 - P_1)^2]}$$

P คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยคำนวณจาก $(1-B) P_0 + B P_1 = (1-0.46) * 0.53 + 0.46 * 0.72 = 0.62$

P₁ คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยและมารดาของเด็กได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ (Y=1 | x=1) ดังนั้น P₁ = 0.72

P₀ คือ สัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยและมารดาของเด็กไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ (Y=1 | x=0) ดังนั้น P₀ = 0.53

B คือ สัดส่วนของมารดาของเด็กได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ในช่วงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ศึกษา การศึกษานี้ B=0.46

α คือ ระดับนัยสำคัญ กำหนดที่ 0.05

Z_{1-α} คือ ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐาน ดังนั้น Z_{1-α} = 1.96

Z_{1-β} คือ ค่าสถิติของการแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 80 ดังนั้น Z_{1-β} = 0.842

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} &= \frac{0.62(1-0.62)(1.96+0.842)^2}{[0.46(1-0.46)(0.53-0.72)^2]} \\ &= 194.18 \end{aligned}$$

เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว เพื่อป้องกันปัญหา Multicollinearity จึงทำการปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า (Variance Inflation Factor: VIF) ปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - P_{1..2..3 \dots p}^2}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับ

n₁ = ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ

Multiple correlation coefficient หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ

ตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวนั้นไม่มีปัญหาเรื่องมีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่า VIF ไม่เกิน 10 (Institute for Digital Research and Education, UCLA, 2015) ผู้วิจัยจึงเลือก P = 0.70 เนื่องจากค่า VIF = 3.33 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เมื่อเปรียบเทียบจากตารางแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 647.26 หรือประมาณ 648 ราย

ในการศึกษานี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคือผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัย เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างอาจตอบแบบสัมภาษณ์ไม่ครบหรือเด็กบางคนอาจไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของอรุณ จีรวัดน์กุล⁽¹⁰⁾ เพื่อปรับค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่างที่กำหนด

n_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างปรับเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างที่ปรับแก้ค่า VIF

p(ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์)	ค่า VIF	np(ขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าที่ n1= 141.90)
0.10	1.11	215.75
0.20	1.25	242.72
0.30	1.43	277.40
0.40	1.67	323.63
0.50	2.00	388.35
0.60	2.50	485.44
0.70	3.33	647.26
0.80	5.00	970.88
0.90	10.00	1941.77

R คือ อัตราการออกจากการศึกษา กำหนดไว้ ร้อยละ 10

$$\text{แทนค่า } n_{\text{adj}} = \frac{648}{(1-0.1)^2} = 800$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 800 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอ 2 อำเภอ จาก 4 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 8 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อหาตำบล 4 ตำบล เป็นตัวแทนของอำเภอ ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบล แต่ละแห่งตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสุ่มเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละ รพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตำบลละ 25-35 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย เกณฑ์การคัดออก

(Exclusion criteria) คือ เด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น Down syndromes ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กที่มีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น เด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ ตรวจสุขภาพช่องปาก ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

● เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็ก

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การอยู่กับพ่อแม่ และการได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก

ผู้เลี้ยงดูเด็กคือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย และใช้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กมากที่สุดที่สุดในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลแม่ ประกอบด้วย อายุ คลอดก่อนกำหนด ลักษณะการคลอด โรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน และภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย

ข้อมูลของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด ภาวะออกซิเจนแรกคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และการกินนมแม่

การประเมินการเจริญเติบโต คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กปฐมวัย แล้วนำค่าที่ได้จัดกราฟการเจริญเติบโตตามเพศของเด็ก กราฟมาตรฐานการเจริญเติบโต องค์การอนามัยโลก กรมอนามัย ปี ค.ศ. 2006 (ในเด็กแรกเกิด-5 ปี) และเด็กอายุมากกว่า 5 ปีเทียบกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต 5-18 ปี หรือใช้โปรแกรม WHO Anthro version 3.2.2

สูงที่สุดส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

3. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การปฏิบัติของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีต่อเด็ก เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การแนะนำสั่งสอน อบรมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นเรื่องกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟันเป็นการตอบคำถามในช่องว่าง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเหมาะสมกับเด็กปฐมวัยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยการแปลผลแบ่งระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก นำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

4. คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF)⁽¹²⁾ 26 ตัวชี้วัด

โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มี 5 ตัวเลือก ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากมากที่สุด การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อ การแปลผลคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี ปานกลาง และดี

5. การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย การมีฟันผุ การมีคราบจุลินทรีย์

6. พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบ Denver Developmental Screening Test (Denver II) การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ 1) ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ ล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ ควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น และ 2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ ควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ ล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

● การแปลผลตัวแปรตามเรื่องเด็กปฐมวัยคุณภาพ เด็กต้องมีพัฒนาการสมวัย เป็นเด็กสูงที่สุดส่วนและฟันไม่ผุ (ในคนเดียวกัน) ครบ 3 องค์ประกอบจึงเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ แต่หากองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งผิดปกติ แสดงว่า เด็กคนนั้นไม่เป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของ

كرونบาค (Cronbach alpha coefficient) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู จำนวน 26 ข้อ ได้ผลเท่ากับ 0.82 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จำนวน 11 ข้อ ด้วยวิธีของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) โดยมีค่าจำแนกความยากง่ายค่า r มากกว่า 0.70 ขึ้นไป ได้ผลเท่ากับ 0.86

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับเด็กปฐมวัยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 7 ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination method ที่ระดับนัยสำคัญ (p-value = 0.05) นำเสนอด้วยค่า odd ratios (OR), adjust odd ratios (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CIs) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 13.1 (Stata Corp, College Station, TX)

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 430 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564-2 กุมภาพันธ์ 2565

■ ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู

ผู้เลี้ยงดู 800 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ประกอบ

อาชีพแม่บ้าน ไม่ทำงาน ร้อยละ 44.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.3 มัชฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 5,000 บาท มัชฐานของรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000 บาท รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 86.2 พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.2 อาศัยอยู่กับพ่อแม่เด็ก ร้อยละ 50.2 ได้รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 82.2 อายุของแม่เด็ก อายุเฉลี่ย 30.1 ปี อายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 49 ปี คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 11.1 คลอดปกติ ร้อยละ 59.7 แม่มีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ ร้อยละ 5.3 ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน ร้อยละ 96.4 และมีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 30.3

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็ก
เด็กปฐมวัย 800 คน พบว่า เด็กเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 34.9 เดือน อายุน้อยที่สุด 9 เดือน อายุมากที่สุด 71 เดือน น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,032.2 กรัม น้อยที่สุด 955 กรัม มากที่สุด 4,570 กรัม น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) ร้อยละ 10.6 มีภาวะพร่องออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ 3.5 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 10.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 10.6 มีประวัติการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 17.3 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 67.5 และกินนมแม่ ร้อยละ 91.1

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 29.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.9 (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 ดังรายละเอียด

ในตารางที่ 2

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 ระดับไม่ดี ร้อยละ 2.4 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3 แต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.9 รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.2 ด้านสุขภาพกาย คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.7 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

เด็กปฐมวัยคุณภาพ

เด็กปฐมวัยคุณภาพ พบว่า เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 เด็กปฐมวัยเป็นเด็ก สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68.9 เด็กปฐมวัยฟันไม่ผุ ร้อยละ 55.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ แบบ bivariate (Simple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 คือ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู อาชีพของผู้เลี้ยงดู การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ช่วงอายุของเด็ก น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW) พฤติกรรมการเลี้ยงดูเรื่องการใช้อิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก การนอนหลับของเด็ก และการแปรงฟันของเด็ก ทั้งหมด 9 ปัจจัย

เป็นปัจจัยรูปแบบตั้งต้น (Initial model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) พบว่า มี 4 ปัจจัยคือ ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้อิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

เด็กที่มีอายุ 9-35 เดือน มีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่มีอายุ 36-71 เดือน 5.5 เท่า (AOR=5.5; 95% CI:3.71 to 8.27; p-value < 0.001)

เด็กที่แม่คลอดครบกำหนดมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่แม่คลอดก่อนกำหนด 1.9 เท่า (AOR=1.9; 95% CI:1.30 to 4.18; p-value 0.032)

เด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ 1.4 เท่า (AOR=1.4; 95% CI:1.18 to 2.09; p-value 0.046)

เด็กที่ไม่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ (ทีวี โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ ไอแพดฯ) ในการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างวันมีโอกาสเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพมากกว่าเด็กที่ใช้อิเล็กทรอนิกส์ 1.4 เท่า (AOR=1.4; 95% CI:1.26 to 1.96; p-value 0.012)

อภิปรายผล

เด็กปฐมวัยคุณภาพ พบว่า เด็กปฐมวัยเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 โดยเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68.9 ฟันไม่ผุ ร้อยละ 55.4 ซึ่งค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564⁽¹³⁾ เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ตารางที่ 2 ระดับของพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัยในภาพรวม (n = 800)

พฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	159	19.8
ปานกลาง	403	50.4
สูง	238	29.8
Mean : SD = 7.9 : 1.4		
Median (Min: Max)	8.0	2: 10.5

ตารางที่ 3 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตในภาพรวม		
ไม่ดี	19	2.4
ปานกลาง	164	20.5
ดี	617	77.1
Mean : SD = 103.5 : 11.3		
Median (Min: Max)	105.0	55: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	288	36.0
ดี	502	62.7
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	1	0.1
ปานกลาง	168	21.0
ดี	631	78.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	306	38.2
ดี	492	61.5
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	212	26.5
ดี	578	72.2

มากกว่าร้อยละ 85 สูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 62 ส่วนเรื่องเด็กปฐมวัยปราศจากพันธุ 2564 ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายที่ชัดเจน ปี 2561⁽⁶⁾ กำหนดค่าเป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 54 แสดงว่า เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 เป็นเด็ก สูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข แต่พัฒนาการสมวัยมีอัตรา ต่ำกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดและสถิติองค์การ

อนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็กปฐมวัย ทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัยไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วง วัย ที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ ร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและ ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัย เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมการเล่นของเด็ก พบว่า

พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 29.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กในภาพรวมถือว่ายังไม่ดีพอ เพราะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.8 ควรส่งเสริมให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแก่ผู้เลี้ยงดูเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กปฐมวัย ส่วนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูรายด้าน กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูพื้น สถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การศึกษาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558⁽¹⁴⁾ เรื่องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 78.0 มีความใกล้เคียงกันกับการศึกษาคั้งนี้ จึงควรสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็กแก่ผู้เลี้ยงดู และหากจำเป็นต้องใช้ควรจำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁵⁾ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) มี 4 ปัจจัย

- ช่วงอายุของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากช่วงอายุที่เด็กปฐมวัยไทย มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดคือเด็กอายุ 3-5 ปี และเป็นช่วงอายุที่เด็กมีปัญหา

เรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเด็กอายุ 0-2 ปี เมื่อพัฒนาการไม่สมวัย สุขภาพช่องปากไม่ดี อาจทำให้การเจริญเติบโตไม่ดีจากการที่รับประทานอาหารไม่ได้เมื่อมีอาการปวดฟัน เด็กจึงเป็นเด็กปฐมวัยที่ไม่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้า ที่พบมากขึ้นในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก การบริโภคอาหารตามสื่อโฆษณา และการปล่อยให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามลำพัง⁽¹⁶⁾ เด็กช่วงอายุ 3-5 ปี จึงมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเด็ก 0-2 ปี ผู้เลี้ยงดูจึงต้องใส่ใจและส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต และใส่ใจเรื่องสุขภาพช่องปากในเด็กช่วงอายุน้อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในอนาคต

- การคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากการที่เด็กคลอดในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เด็กอาจมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์และมีความเสี่ยงต่อชีวิตต้นทุนชีวิตไม่ดี เด็กจะพัฒนาไม่เต็มศักยภาพ ทำให้เติบโตเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพได้ยาก ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย (low birth weight, LBW) บางรายอาจพบความผิดปกติด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับทารกอายุเท่ากัน ทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านการทรงตัว พัฒนาการ ยืน เดิน วิ่งช้ากว่าทารกปกติ บางรายไม่สามารถสื่อสารกับบิดามารดาได้⁽¹⁷⁾ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกอย่างมาก เด็กต้องได้รับการดูแลและการเลี้ยงดูที่ใกล้ชิดมากกว่าเด็กที่คลอดครบกำหนด

- ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากภาวะ ถ้าหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเด็กปฐมวัยคุณภาพ (n = 800)

เด็กปฐมวัยคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เป็น	206	25.8
ไม่เป็น	594	74.2
พัฒนาการ		
สมวัย	454	56.8
สงสัยล่าช้า	346	43.2
สูติสมส่วน		
เป็น	551	68.9
ไม่เป็น	249	31.1
พินิจ		
ผู้	357	44.6
ไม่ผู้	443	55.4

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	% เด็กปฐมวัยคุณภาพ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P -value
1. ช่วงอายุของเด็ก (เดือน)						<0.001
36 - 71	426	9.9	1	1		
9 - 35	374	39.7	5.9	5.5	3.71-8.27	
2. การคลอดก่อนกำหนด						0.032
ก่อนกำหนด	89	15.3	1	1		
ครบกำหนด	711	26.6	2.0	1.9	1.30-4.18	
3. ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์						0.046
มี (Hct< 33% Hb< 11g/dl)	242	21.5	1	1		
ไม่มี	558	27.4	1.3	1.4	1.18-2.09	
4. การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก						0.012
ใช้	557	21.4	1	1		
ไม่ใช้	243	35.8	2.1	1.4	1.26-1.96	

โลหิตจาง เสียเลือดจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด อาจทำให้มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นเลือดปกติ สำหรับผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (LBW) และทารกตายในครรภ์⁽¹⁸⁾ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กในระยะยาวได้ ดังนั้นจึงควรสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early

ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักถึงผลเสียที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อให้ความเข้มข้นเลือดกลับมาอยู่ในระดับปกติ ป้องกันสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในอนาคตได้

- การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ อาจเนื่องจากการดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกฝน เพราะเด็กสนใจเฉพาะภาพแสงสีเสียงที่เปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วบนหน้าจอ ทำให้เด็กไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ และระดับสติปัญญาของเด็กในอนาคต สมาคมกุมารแพทย์อเมริกันให้คำแนะนำการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กเด็กอายุมากกว่า 2 ปีควรใช้เวลากับสื่อผ่านหน้าจอทุกชนิด ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่า BMI การให้เด็กได้ดูสื่อโฆษณาอาหาร และการดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในระหว่างมื้ออาหาร การให้เด็กดูสื่อหน้าจอในช่วงเย็น จะมีผลให้ระยะเวลาของการนอนหลับในช่วงกลางคืนที่สั้นลง ทั้งหมดเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก การเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากของเด็ก⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร⁽²⁰⁾ ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เล่นหรือจัดกิจกรรมกับเด็กจะมีโอกาสเป็นเด็กพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์การดูทีวีของเด็ก พบว่าเด็กที่ดูทีวีวันละไม่เกิน 2 ชั่วโมง จะมีโอกาสเป็นเด็กพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ดูทีวีมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง

■ สรุป

เด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) ร้อยละ 25.8 ยังพบได้น้อย พัฒนาการสมวัยต่ำกว่าค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีพอ คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพ

รวมอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วงอายุของเด็ก การคลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพต้องสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ ส่งเสริมการคลอดบุตรเป็นไปตามอายุครรภ์ที่ครบกำหนด เน้นสร้างความตระหนักถึงผลเสียของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับเด็ก หากใช้ให้จำกัดเวลาและดูแลให้เหมาะสมกับวัย การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการการเจริญเติบโต และสุขภาพช่องปากตามช่วงวัยของเด็กอย่างต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาเรื่องพัฒนาการ สูงดีสมส่วน และสุขภาพช่องปาก ปัญหาจะชัดเจนและพบมากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี มากกว่าเด็ก 0-2 ปี การป้องกันตั้งแต่เด็กอายุน้อยและให้เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็กเป็นสิ่งสำคัญต้องส่งเสริมและปฏิบัติกับเด็กอย่างต่อเนื่องไม่ทิ้งช่วงเพราะเด็ก 3-5 ปี มักถูกละเลยและให้การดูแลน้อยลงเพราะคิดว่าเด็กโตแล้วควรใส่ใจให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) เขตสุขภาพที่ 7 ต้องดำเนินการพัฒนาความรอบรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูเพื่อเป็นครอบครัวคุณภาพ ในการสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ (พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน และฟันไม่ผุ) อย่างแท้จริงเพื่อการส่งมอบเด็กปฐมวัยคุณภาพสู่เด็กวัยเรียนคุณภาพต่อไป

2. การคลอดก่อนกำหนดส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก มีผลต่อการสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้นต้องสร้างมาตรการในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในปัจจัยที่ป้องกันได้ เช่น ภาวะโภชนาการของแม่ การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน การลดความเครียดในการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็ก เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เด็กอายุ 2-5 ปี หากผู้เลี้ยงดูเด็กต้องการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ในการสอน/การเล่นของเด็ก ต้องนั่งดูด้วยกัน ใช้เฉพาะโปรแกรมหรือสื่อที่มีคุณภาพ ไม่ใช่โดยเปิดทิ้งไว้ให้เด็กดูด้วยตนเอง และใช้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีการพักเป็นระยะ และไม่เปิดสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในระหว่างกินอาหารและก่อนนอนให้กับเด็กเพื่อป้องกันผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

4. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก ควรสร้างมาตรการให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) และฝากครรภ์ตามนัด เพื่อได้รับยาบำรุงครรภ์ ได้รับการเฝ้าระวังและรักษาภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตระหนักถึงผลเสียที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางให้ปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษาของแพทย์อย่าง

เคร่งครัด เพื่อให้ความเข้มข้นเลือดกลับมาอยู่ในระดับปกติ ป้องกันสิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและลูกในอนาคตได้

5. ท้องถิ่นควรถูกกำหนดนโยบายสาธารณะและมาตรการพัฒนาเด็กปฐมวัยคุณภาพด้านโภชนาการและด้านการใช้อุปกรณ์สื่อสารของเด็ก

■ ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อมูลของแม่ เรื่องการคลอดก่อนกำหนด ลักษณะการคลอด ภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ การได้รับยาธาตุเหล็กเสริม ไอโอดีน และภาวะโลหิตจางของแม่ระหว่างตั้งครรภ์ หากผู้เลี้ยงดูไม่ใช่แม่ และในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไม่ได้บันทึกไว้ ต้องได้โทรสอบถามข้อมูลจากแม่ แม่บางคนอาจจำข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้ การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งยังไม่สามารถอ้างอิงผลในระดับประเทศได้

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ขอขอบคุณ นายชาติรี เมฆาธาธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ ผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัยทุกคน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011;378(9799):1325-38.
2. นิตยา ชขภักดี. พัฒนาการเด็ก. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.

3. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries 2007;164(2344):145-57.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
6. สำนักสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่วราชอาณาจักรและสำมะโนประชากรและเคหะ. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
7. สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. พัฒนาการเด็กปฐมวัย รากแก้วแห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนแอนด์พับลิชซิ่ง; 2557.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17:1623-34.
10. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนาหาวิทยา; 2547.
11. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.
12. Group W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998;28(3):551-58.
13. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2558. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
15. สุพัตรา บุญเจียม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564;13(1):3-20.
16. American Academy of Pediatrics. Media and children educated health of all children [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 12]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>.
17. ธราธิป โคละหัด และจันทิมา จรัสทอง. บูรณาการระบบส่งเสริมสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด จังหวัดนครศรีธรรมราช. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก ในพระอุปถัมภ์ฯ. นครศรีธรรมราช: ไทม์ พรีนติ้ง; 2559.
18. ยงยส ภัทพรสวรรค์. การศึกษาประสิทธิผลของการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
19. อภิรพี ดันเจริญวงศ์, ศรีรัฐ ภัคศิริณชิต และญาณวุฒิ เศวตชิติกุล. พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0 - 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม 2561;6(2):60-9.
20. จินตนา พัฒนพงษ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ และปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดลำปางและตาก และความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

สุกานดา พัดพาดิ

ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย

พงศ์เทพ วิวรรณะเดช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พณิตา เจริญสุข

วาสนา ลุนสำโรง

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

เอกรินทร์ วินันท์

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย

วันรับ 11 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 25 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับ 30 พฤษภาคม 2565.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินค่าการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ และค่าทางสภาพภูมิอากาศตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย รูปแบบการศึกษาคือ case-control study กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (กลุ่มศึกษา) จำนวน 235 คน และมารดาที่คลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม (กลุ่มควบคุม) จำนวน 263 คน ในจังหวัดลำปางและตาก ทำการประเมินการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรด้วยโปรแกรม AgDRIFT® และประเมินการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและค่าทางอุตุนิยมวิทยาเป็นรายบุคคล โดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยของการรับสัมผัสตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ต่อวันต่อหน้าหนักเฉลี่ยของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม และโปรแกรม AgDRIFT® 2.1.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ chi-square test/Fisher's exact test, t-test และ binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณสารเคมีทางการเกษตรที่ได้รับของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และพบว่าปริมาณการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและค่าทางอุตุนิยมวิทยา ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เมื่อการวิเคราะห์ forward stepwise log likelihood ratio เพื่อทำนายโอกาสของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในจังหวัดลำปาง พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ อายุครรภ์มารดา (OR = 0.813, 95%CI: 0.729, 0.905) การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (OR = 6.682,

95%CI: 2.379, 18.771) และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อความชื้นสัมพัทธ์ (percent/day-kg) (OR = 3.893, 95%CI: 1.156, 13.111) ส่วนในจังหวัดตาก พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดา (OR = 0.705, 95%CI: 0.614, 0.810) การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (OR = 2.408, 95%CI: 1.101, 5.268) การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่ครบทุกวัน (OR = 2.120, 95%CI: 1.183, 3.800) และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่ออุณหภูมิสูงสุด (celsius/day-kg) (OR = 29.785, 95%CI: 1.986, 446.674) จึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปหาแนวทางและมาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย, สารมลพิษทางอากาศ, สารเคมีทางการเกษตร, บั๊จจัยด้านสภาพภูมิอากาศ

Exposure of Pesticide, Air Pollutants and Climate Factors among Pregnant Women in Lampang and Tak Provinces and Its Association with Low Birth Weight

Sukanda Pudpadee

The 4th Regional Health Promotion Center, Saraburi.

Pongtap Vivantanadej

Chiang Mai University

Panita Charoensuk

Wassana Loonsamrong.

Health Impact Assessment Division, Department of Health

Aekkarin Winun

The 1st Regional Health Promotion Center, Chiang Mai.

Received 11 October 2021, Revised 25 May 2022, Accepted 30 May 2022.

Abstract

This study aimed to estimate agricultural chemicals, air pollutants, and climate factors exposure among pregnant women and to examine Its association with low birth weight. A case-control study was carried out in Lampang and Tak provinces. The study sample consisted of 235 mothers with a birth weight of less than 2,500 grams (study group) and 263 mothers with a birth weight of 2,500 grams or higher (control group). A survey questionnaire was used to collect data, exposure to agricultural chemicals was assessed using AgDRIFT® 2.1.1 and exposure assessments

of air pollutants and meteorological data were calculated individually as the mean of exposure during the gestation period per day per average body weight. The statistics used for data analysis were chi-square test/Fisher's exact test, t-test, and binary logistic regression with forward stepwise log likelihood ratio for variable selection. The results found that the average values of agricultural chemicals received by the study group and the control group were not statistically significant difference but the increases of all air pollutants and meteorological parameters were risk factors to low birth weight as a dose-response manner. The likelihood prediction by using forward stepwise log likelihood ratio found that, In Lampang province, variables related to low birth weight were gestational age (OR = 0.813, 95%CI: 0.729, 0.905), premature labor pain (OR = 6.682, 95% CI: 2.379, 18.771), and average exposure during pregnancy to relative humidity (percent/day-kg) (OR = 3.893, 95%CI: 1.156, 13.111). In Tak province, variables related to low birth weight were gestational age (OR = 0.705, 95%CI: 0.614, 0.810), premature labor pain (OR = 2.408, 95%CI: 1.101, 5.268), not taking iron supplement every day (OR = 2.120, 95%CI: 1.183, 3.800) and average exposure during pregnancy to maximum temperature (celsius/day-kg) (OR = 29.785, 95%CI: 1.986, 446.674). Recommendations The health sectors of both provinces take the results from this study to find out how to reduce the incidence of low birth weight or more study be conducted.

Keywords : low birth weight, air pollutants, agricultural chemicals, climate factors

■ บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight : LBW) เป็นตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งอุบัติการณ์ในประเทศไทยยังคงสูงอยู่ จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557-2560 พบร้อยละ 5.08, 5.86, 5.74 และ 6.13 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย⁽¹⁾ ปัจจัยที่ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนั้นมีหลายสาเหตุ เช่น สาเหตุจากมารดา สาเหตุจากรก สาเหตุจากทารก สาเหตุด้านการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ⁽²⁻³⁾ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมแล้ว พบงานวิจัยในต่างประเทศระบุว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มไพริทรีน สามารถก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตประสาท โครโมโซมผิดปกติ และทำให้เด็กทารกในครรภ์เติบโตช้า นอกจากนี้สารเคมีไกลโฟเซตและกลุ่มกลาสิเนท สามารถทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดหรือการแท้งได้⁽⁴⁾ นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศพบว่าสารมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ไนโตรเจนไดออกไซด์

(Nitrogen dioxide; NO₂) คาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbon monoxide; CO) ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และไม่เกิน 10 ไมครอน (Particulate matter หรือ PM₁₀ และ PM_{2.5}) มีผลทำให้น้ำหนักของทารกในครรภ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ และพบว่าการรับสัมผัสซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (Sulfur dioxide; SO₂) ที่เพิ่มขึ้นในเดือนแรกที่ตั้งครรภ์จะเสี่ยงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด⁽⁶⁾

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนั้นเป็น multifactorial ซึ่งปัจจัยเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืชและสารมลพิษทางอากาศยังมีการศึกษาน้อย จึงได้ทำการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดลำปางและตาก รวมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางและมาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ที่อาจเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินค่าการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ และค่าทางสภาวะภูมิอากาศตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดลำปางและตาก

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ ปัจจัยด้านสภาวะภูมิอากาศ และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดลำปางและตาก กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

■ วิธีการศึกษา

● **รูปแบบการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อมใช้การศึกษาแบบ case-control study และมีการประเมินการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร (Exposure assessment) ด้วยโปรแกรม AgDRIFT® 2.1.1 และการประเมินการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศเป็นรายบุคคล

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด น้ำหนักของมารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก น้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ น้ำหนักของมารดาเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนสูงของมารดา ลำดับที่ของครรภ์ อายุครรภ์ที่มีการฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ความต้องการตั้งครรภ์ การได้รับควันบุหรี่หรือยาเส้น การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก จำนวนชั่วโมงของการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน ผลคัดกรองโรคซึ่มเศร่า และความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์

สารเคมีทางการเกษตร หมายความว่าถึงสารเคมีที่ใช้เพื่อการกำจัดศัตรูพืช ซึ่งกลุ่ม

ตัวอย่างทำการฉีดพ่นด้วยตนเอง หรือฉีดพ่นโดยเพื่อนบ้านในรัศมี 100 เมตร ในเวลาที่กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์

สารมลพิษทางอากาศ ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) คาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) โอโซน (O₃) ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) และขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5})

ปัจจัยด้านสภาวะภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิต่ำสุด อุณหภูมิสูงสุด อุณหภูมิเฉลี่ย ความกดอากาศ ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณฝน ปริมาณแสงแดด ความเร็วลม และทัศนวิสัย

● **พื้นที่ศึกษา** คัดเลือกพื้นที่ศึกษา 2 จังหวัด จากพื้นที่จังหวัดที่มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงสุด 20 อันดับแรก ในระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปี (จากเดือนตุลาคม 2559–กันยายน 2560) โดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC ของกระทรวงสาธารณสุข และต้องเป็นจังหวัดที่มีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศ พบว่าจังหวัดที่เข้าเกณฑ์ คือตากและลำปาง จากนั้นทำการเลือกอำเภอที่มีอุบัติการณ์สูงสุดและเป็นอำเภอที่อยู่ใกล้อำเภอที่มีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศ

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรการศึกษาคือ หญิงที่ให้กำเนิดทารกระหว่างเดือนตุลาคม 2559–กันยายน 2560 โดยกลุ่มศึกษา คือแม่ที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อย จังหวัดละ 150 คน กลุ่มควบคุมคือ แม่ที่ให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักปกติ มีอายุใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาและอยู่ในอำเภอเดียวกับกลุ่มศึกษา จังหวัดละ 150 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือเป็นหญิงครรภ์เดียวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ thalassemia โรคหัวใจ และโรคไต 2) ผู้ที่สูบบุหรี่หรือเสพสารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ 3) มารดาที่ให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพันธุกรรม การพร่องฮอร์โมนหรือโรคเมตาบอลิก

● **เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด ส่วนที่ 3 ข้อมูลความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ และส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ประสานงานและจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาและวิธีการเก็บแบบสอบถาม โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์-เมษายน 2561

2) แบบเก็บข้อมูลคุณภาพอากาศและปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ใช้ข้อมูลย้อนหลังระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559-30 กันยายน 2560 ของจังหวัดตากและลำปาง ซึ่งข้อมูลคุณภาพอากาศเป็นค่าเฉลี่ยรายวัน เก็บข้อมูลทุกสถานีจำนวนทั้งหมด 5 สถานี ข้อมูลด้านสภาพภูมิอากาศเป็นข้อมูลอุตุนิยมวิทยาเป็นค่าเฉลี่ยรายวัน เก็บข้อมูลทุกสถานี จำนวนทั้งหมด 8 สถานี โดยประสานกรมควบคุมมลพิษและกรมอุตุนิยมวิทยา เพื่อขอข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูล

● **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) การประเมินค่าการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม AgDRIFT® 2.1.1 โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและสำรวจเป็นข้อมูลนำเข้า ได้แก่ จำนวนไร่ที่ฉีดพ่น (ไร่), ความเข้มข้นที่ผสม (กรัม/น้ำ 1 ลิตร), ปริมาณที่ใช้ (ลิตร) และระยะห่างจากขอบสวน/ไร่/นา ถึงบ้านหญิงตั้งครรภ์ (เมตร) ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดให้วิธีการฉีดพ่นเป็นแบบเป็นพุ่มระดับต่ำ (Low boom) และละอองสารเคมีทางการเกษตรที่ออกมาเป็นแบบละเอียดถึงละเอียดมาก (Very Fine to Fine) โปรแกรมจะทำนายความเข้มข้นของสาร

เคมีทางการเกษตรที่หญิงตั้งครรภ์คนนั้นได้รับแล้วทำการคำนวณค่าการรับสัมผัสต่อน้ำหนักเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ (มีหน่วยเป็นมิลลิกรัม/ไร่-กิโลกรัม (ml/rai-kg))

2) การประเมินค่าการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและค่าทางสภาพภูมิอากาศของกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในอำเภอหรืออยู่ใกล้สถานีตรวจวัด โดยใช้ข้อมูลคุณภาพอากาศเป็นค่าเฉลี่ยรายวันจาก 5 สถานี และข้อมูลอุตุนิยมวิทยาเป็นค่าเฉลี่ยรายวันจาก 8 สถานีแล้วทำการคำนวณค่าการรับสัมผัสเป็นค่าเฉลี่ยรายวันต่อน้ำหนักเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ (กิโลกรัม) ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ เป็นรายบุคคล (มีหน่วยเป็นหน่วยของค่าพารามิเตอร์/วัน-กิโลกรัม (parameter unit/day-kg))

3) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ บันทึกข้อมูลแบบสอบถาม ค่าการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ค่าการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและค่าทางสภาพภูมิอากาศ ลงโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ทางสถิติ วิเคราะห์โดยใช้ chi-square test/Fisher's exact test, t-test และ binary logistic regression

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการที่ 174 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2560

■ **ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ของมารดาที่สัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ในจังหวัดลำปาง มีค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$) เป็น 28.05±7.22 และ 27.87±6.23 ปี และในจังหวัดตากเป็น 26.97±6.97 และ 26.27±6.07 ปี

ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และการใช้ยา ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมของทั้งจังหวัดลำปางและตาก แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนเพศของทารก ในจังหวัดลำปาง ส่วนใหญ่ คือ หญิงในกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 51.8) แต่เป็นชายในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50.9) สำหรับจังหวัดตาก ส่วนใหญ่ คือ ชายในกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 50.4) แต่เป็นหญิงในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.6) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองจังหวัด โดยน้ำหนักทารกในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จังหวัดลำปาง เป็น $2,252.16 \pm 298.63$ และ $3,055.18 \pm 327.40$ กรัม และจังหวัดตาก เป็น $2,258.64 \pm 240.59$ และ $3,105.72 \pm 364.49$ กรัม

ผลการวิเคราะห์รายจังหวัดลำปาง และตาก และรวมข้อมูลสองจังหวัด พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย ได้แก่ อายุครรภ์น้อย น้ำหนักของมารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อย น้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อย น้ำหนักของมารดาเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ที่น้อย ส่วนสูงของมารดาที่น้อย จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่มากขึ้น การรับประทานธาตุเหล็กไม่ครบทุกวัน และความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

2. การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรและความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

หญิงตั้งครรภ์มีการฉีดพ่นเองในระหว่างตั้งครรภ์ 50 ราย โดยเป็นกลุ่มศึกษา 22 ราย (ร้อยละ 9.4) และกลุ่มควบคุม 28 ราย (ร้อยละ

10.7) ฉีดโดยเพื่อนบ้าน 58 ราย โดยเป็นกลุ่มศึกษา 33 ราย (ร้อยละ 14.0) และกลุ่มควบคุม 25 ราย (ร้อยละ 9.5) ซึ่งทั้งสองกรณีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตรโดยเพื่อนบ้านมากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อคำนวณปริมาณการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรรวมของกลุ่มตัวอย่าง (ทั้งฉีดพ่นเองและฉีดพ่นโดยเพื่อนบ้าน) พบว่า จังหวัดลำปาง กลุ่มศึกษา มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรเท่ากับ 1.4898 ± 4.5551 ml/rai-kg กลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 1.4021 ± 3.9921 ml/rai-kg สำหรับจังหวัดตาก กลุ่มศึกษา มีเท่ากับ 2.1057 ± 10.3229 ml/rai-kg กลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 0.3591 ± 0.7762 ml/rai-kg เมื่อรวมข้อมูลสองจังหวัดเข้าด้วยกัน กลุ่มศึกษา มีค่าเท่ากับ 1.9415 ± 9.0974 ml/rai-kg กลุ่มควบคุม มีเท่ากับ 0.5859 ± 1.9609 ml/rai-kg ซึ่งค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองจังหวัด

3. การรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศ และค่าทางอุตุนิยมวิทยา กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบตัวแปรเดียว ด้วย binary logistic regression (ตารางที่ 1) พบว่า

จังหวัดลำปาง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อ SO_2 ความชื้นสัมพัทธ์

ความเร็วลม ปริมาณฝน อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุด และอุณหภูมิสูงสุด โดยที่ขนาดการรับสัมผัสที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบ dose-response จังหวัดตาก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อ PM_{10} $PM_{2.5}$ CO NO_2 O_3 ความชื้นสัมพัทธ์ ความยาวนานของแสงแดด ปริมาณฝน อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุด และอุณหภูมิสูงสุด โดยที่ขนาดการรับสัมผัสที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบ dose-response

4. การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร เมื่อนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทั้งหมดจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว มาทำการวิเคราะห์แบบ forward stepwise log likelihood ratio โดยใช้เกณฑ์การตัดเข้าที่ $p\text{-value} < 0.05$ และเกณฑ์การตัดออกที่ $p\text{-value} > 0.1$ พบว่ามีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกและคงอยู่ในแบบจำลองทำนายโอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่

1) จังหวัดลำปาง เลือกแบบจำลองที่ประกอบด้วยตัวแปร อายุครรภ์มารดา การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อความชื้นสัมพัทธ์ แปลได้ว่า เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น 1 สัปดาห์โอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลง 0.813 เท่า (95% confidence interval (CI): 0.729, 0.905) เมื่อมีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจะเพิ่มขึ้น 6.682 เท่า (95% CI: 2.379, 18.771) และเมื่อขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อความชื้นสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น 1 percent/day-kg โอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น 3.893 เท่า (95% CI: 1.156, 13.111)

2) จังหวัดตาก เลือกแบบจำลองที่ประกอบด้วยตัวแปร อายุครรภ์ของมารดา การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่ออุณหภูมิเฉลี่ย แปลได้ว่า เมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น 1 สัปดาห์โอกาสที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยลดลง 0.702 เท่า (95% CI: 0.612, 0.807) เมื่อมีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โอกาสที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยจะเพิ่มขึ้น 2.243 เท่า (95% CI: 1.032, 4.876) มารดาที่รับประทานธาตุเหล็กไม่ครบทุกวัน จะทำให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสน้ำหนักน้อยเป็น 2.128 เท่า (95% CI: 1.189, 3.807) ของมารดาที่รับประทานธาตุเหล็กครบทุกวัน และเมื่อขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่ออุณหภูมิเฉลี่ย เพิ่มขึ้น 1 celsius/day-kg โอกาสที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น 3.534 เท่า (95% CI: 1.215, 10.283)

■ อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านระบาดวิทยาสิ่งแวดล้อมที่มุ่งจะตอบคำถามวิจัยว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร สารมลพิษทางอากาศ และค่าทางอุตุนิยมวิทยาของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือไม่ ซึ่งการประเมินการรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศและค่าทางอุตุนิยมวิทยาทำการประเมินเป็นรายบุคคลโดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยของการรับสัมผัสตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ต่อวันต่อน้ำหนักเฉลี่ยของร่างกาย

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ของมารดา ที่มีผลต่อภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในการศึกษานี้ เป็นไปตามทฤษฎี ทั้งความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อายุครรภ์น้อย น้ำหนักของมารดาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อย น้ำหนัก

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว ด้วย binary logistic regression แยกรายจังหวัด

ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ย ตลอดการตั้งครรภ์	ลำปาง			ตาก			รวม 2 จังหวัด		
	β	Odds ratio (95% CI)	p-value	β	Odds ratio (95% CI)	p-value	β	Odds ratio (95% CI)	p-value
อัตราการรับสัมผัสสารเคมี ทางการเกษตร (ml/rai-kg)	0.005	1.005 (0.819, 1.234)	0.960	0.065	1.067 (0.868, 1.311)	0.537	0.046	1.047 (0.936, 1.171)	0.418
PM ₁₀ (µg/m ³ -day-kg)	0.522	1.686 (0.419, 6.793)	0.462	0.962	2.617 (1.175, 5.829)	0.019*	0.773	2.165 (1.092, 4.293)	0.027*
PM _{2.5} (µg/m ³ -day-kg)	0.560	1.750 (0.201, 15.229)	0.612	1.939	6.948 (1.379, 35.015)	0.019*	1.599	4.948 (1.387, 17.653)	0.014*
CO (ppm/day-kg)	107.798	6.5x10 ⁴⁶ (0.00, 4.3x10 ¹⁰¹)	0.094	254.455	3.2x10 ¹⁰ (4.5x10 ³¹ , 2.3x10 ¹⁰³)	0.006*	112.241	5.6x10 ⁴⁸ (7.6x10 ¹⁷ , 4.1x10 ⁷⁹)	0.002*
NO ₂ (ppb/day-kg)	5.456	234.1 (0.009, 6.3x10 ⁶)	0.295	10.317	3.0x10 ⁴ (13.0, 7.0x10 ⁷)	0.009*	9.111	9056.576 (20.698, 4.0x10 ⁶)	0.003*
O ₃ (ppb/day-kg)	1.790	5.991 (0.431, 83.312)	0.183	3.943	51.595 (2.992, 889.849)	0.007*	2.507	12.266 (2.543, 59.161)	0.002*
SO ₂ (ppb/day-kg)	58.550	2.7x10 ²⁵ (1.942, 3.7x10 ⁵⁰)	0.047*	-	-	-	-	-	-
ความชื้นสัมพัทธ์ (percent/day-kg)	1.587	4.887 (1.526, 15.648)	0.008*	1.633	5.121 (1.975, 13.282)	0.001*	1.549	4.709 (2.273, 9.752)	<0.001*
ความเร็วลม (knot/day-kg)	9.906	2.0x10 ⁴ (4.3, 9.4x10 ⁷)	0.022*	3.836	46.327 (0.948, 2263.951)	0.053	2.167	8.733 (0.514, 148.414)	0.134
ความยาวนานของแสงแดด (hour/day-kg)	11.496	9.8x10 ⁴ (0.286, 3.4x10 ¹⁰)	0.077	16.414	1.3x10 ⁷ (199.8, 9.1x10 ¹¹)	0.004*	14.812	2.7x10 ⁶ (625.718, 1.2x10 ¹⁰)	0.001*
ปริมาณฝน (mm/day-kg)	21.275	1.7x10 ⁹ (49.6, 6.1x10 ¹⁶)	0.016*	13.900	1.1x10 ⁵ (5.192, 2.3x10 ¹¹)	0.026*	15.687	6.5x10 ⁶ (328.665, 1.3x10 ¹¹)	0.002*
อุณหภูมิเฉลี่ย (celsius/day-kg)	3.957	52.282 (2.109, 1296.111)	0.016*	5.162	174.441 (9.501, 3202.914)	0.001*	4.637	103.204 (11.888, 895.954)	<0.001*
อุณหภูมิต่ำสุด (celsius/day-kg)	4.870	130.321 (2.876, 5905.355)	0.012*	6.150	468.607 (14.464, 15181.952)	0.001*	5.468	236.923 (18.241, 3077.316)	<0.001*
อุณหภูมิสูงสุด (celsius/day-kg)	3.150	23.330 (1.686, 322.929)	0.019*	4.217	67.860 (6.218, 740.550)	0.001*	3.781	43.874 (7.444, 258.600)	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์น้อย และน้ำหนักเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์น้อย ส่วนสูงของมารดาน้อย จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่มากขึ้น การรับประทานธาตุเหล็กไม่ครบทุกวัน เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ทั้งจังหวัดลำปางและตาก มีค่าเฉลี่ยของปริมาณสารเคมีทางการเกษตรที่ได้รับของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sathyanarayana et al.⁽⁷⁾ และ Wang et al.⁽⁸⁾ ที่พบว่า การรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรระหว่างตั้งครรภ์ทำให้มีภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองจังหวัด ดังนั้นการไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจะเกิดจากการอคติของการให้ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ (Recall bias) จำนวนตัวอย่างที่น้อยเกินไป และความผิดพลาดของการวัดขนาดสัมผัสปริมาณสารเคมีทางการเกษตร (Measurement error) เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่ได้วัดโดยตรง แต่ประเมินจากแบบจำลอง AgDRIFT® 2.1.1 นอกจากนี้สารเคมีทางการเกษตรที่กลุ่มตัวอย่างใช้และสัมผัสมีหลากหลายชนิดและประเภท ทำให้เกิดความไม่แน่นอน (Uncertainty) เพิ่มมากขึ้น

การรับสัมผัสสารมลพิษทางอากาศ และค่าทางอุตุนิยมวิทยา ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อ SO₂ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zou et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปีและสัมผัส SO₂ มีความเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น 2.31 เท่า (95% CI:1.01, 5.30) เช่นเดียวกับ

กับการศึกษาของ Lin et al.⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าระดับ SO₂ ในบรรยากาศที่เพิ่มขึ้นทำให้โอกาสของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้นด้วย

ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อ PM₁₀ PM_{2.5} CO NO₂ O₃ และ SO₂ ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงแบบ dose-response ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xu et al.⁽¹¹⁾ ที่พบความสัมพันธ์ของ PM₁₀ การศึกษาของ Harris et al.⁽¹²⁾ ที่พบความสัมพันธ์ของ PM_{2.5} เป็นแบบ dose-response ใน 7 รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษาของ Ritz and Yu⁽¹³⁾ ที่พบความสัมพันธ์ของ CO (Odds ratio = 1.22; 95% CI:1.03, 1.44) และการศึกษาของ Huang et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า NO₂ ที่เพิ่มขึ้น 10 µg/m³ ทำให้น้ำหนักทารกลดลง 13.78 กรัม และการศึกษาของ Nascimento and Moreira⁽¹⁵⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ SO₂ และ O₃ ในบรรยากาศมีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และการศึกษาของ Reis et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การรับสัมผัสทั้ง PM₁₀ และ O₃ ในบรรยากาศ เพิ่มความเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อความชื้นสัมพัทธ์ (percent/day-kg) ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยง แบบ dose-response ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่แสดงให้ถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่ความชื้นสัมพัทธ์มักมีค่าสูงในช่วงหน้าร้อน ซึ่งทั้งสองปัจจัยส่งผลให้ค่าดัชนีความร้อน (Heat index) สูงขึ้นจึงทำให้ความเสี่ยงของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงตามไปด้วย ส่วนขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่ออุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุด และอุณหภูมิสูงสุด (celsius/day-kg) ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงแบบ dose-response สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin and Zhang⁽¹⁷⁾ และ Mathew

et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าอุณหภูมิแบบสุดขั้วมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด

■ สรุปผล

1. ค่าเฉลี่ยของปริมาณสารเคมีทางการเกษตรที่ได้รับของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยของการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองจังหวัด

2. ปัจจัยด้านสารมลพิษทางอากาศ (ได้แก่ SO₂ PM₁₀ PM_{2.5} CO NO₂ O₃) และค่าทางอุตุนิยมวิทยา (ได้แก่ ความชื้นสัมพัทธ์ ความเร็วลม ปริมาณฝน อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุด และอุณหภูมิสูงสุด ความยาวนานของแสงแดด) ที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบ dose-response

3. การนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทั้งหมดจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว มาทำการวิเคราะห์แบบ forward stepwise log likelihood ratio ได้ตัวแปรที่คงอยู่ในแบบจำลองทำนายโอกาสที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของจังหวัดลำปาง ได้แก่ อายุครรภ์มารดา การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่อความชื้นสัมพัทธ์ ส่วนตัวแปรในแบบจำลองของจังหวัดตาก ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดา การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และขนาดการรับสัมผัสเฉลี่ยตลอดการตั้งครรภ์ต่ออุณหภูมิเฉลี่ย ซึ่งสามารถนำไปสู่การหามาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

■ ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขของทั้งสองจังหวัดควรนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปหา

แนวทางและมาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยจังหวัดลำปาง ควรหามาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ด้วยการเพิ่มอายุครรภ์ ลดโอกาสของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และลดการรับสัมผัสความชื้นสัมพัทธ์ในบรรยากาศส่วนจังหวัดตาก ควรหามาตรการในการลดอุบัติการณ์ของภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ด้วยการเพิ่มอายุครรภ์ ลดโอกาสของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การกระตุ้นให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กครบทุกวันและลดการรับสัมผัสอุณหภูมิที่สูงเกินไป

2. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรโดยละเอียด เพื่อลดปัญหาความไม่แน่นอนของการประเมินการรับสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร รวมทั้งขยายการศึกษาไปยังจังหวัด และภาคอื่นๆ เนื่องจากจะมีบริบทด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมอนามัย ผ่านระบบบริหารงานวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตากและลำปางทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้านการประสานงานและข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณกรมควบคุมมลพิษและกรมอุตุนิยมวิทยาที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลคุณภาพอากาศและอุตุนิยมวิทยา และขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th/hdc>
2. มาลี เอื้ออำนวย, สุธิศา ล่ามข้าง, จรัสศรี เย็นบุตร. การพยาบาลเด็ก เล่มที่ 1. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
3. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. การพยาบาลมารดา ทารก ที่มีความเสี่ยงสูงและครอบครัว. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาล แม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
4. CR Alavanja, Jane A, Freya Kamel. Health effect of chronic pesticides exposure: cancer and neuro-toxicology. *Annual Review of Public Health* 2004;25:155–97.
5. Bell ML, Ebisu K, Belanger K. Ambient air pollution and low birth weight in Connecticut and Massachusetts. *Environ Health Perspect* 2007;115:1118–25.
6. Liu S, Krewski D, Shi Y, Chen Y, Burnett RT. Association between gaseous ambient air pollutants and adverse pregnancy outcomes in Vancouver, Canada. *Environ Health Perspect* 2003;111:1773–8.
7. Sathyanarayana S, Basso O, Karr CJ, Lozano P, Alavanja M, Sandler DP, et al. Maternal pesticide use and birth weight in the agricultural health study. *J Agromedicine* 2010;15(2): 127–36. doi: 10.1080/10599241003622699.
8. Wang L, Wu T, Liu X, Anderson JL, Alamian A, Fu M, et al. Pesticide exposure during pregnancy and low birth weight. *WHO South East Asia J Public Health* 2012;1(3):232–8.
9. Xu X, Sharma RK, Talbott EO, Zborowski JV, Rager J, Arena VC, et al. PM10 air pollution exposure during pregnancy and term low birth weight in Allegheny County, PA, 1994–2000. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84(3):251–7.
10. Lin CM, Li CY, Yang GY, Mao IF. Association between maternal exposure to elevated ambient sulfur dioxide during pregnancy and term low birth weight. *Environ Res* 2004;96(1):41–50.
11. Zou B, Zhan FB, Zeng Y. Maternal sulfur dioxide exposure and the risk of low birth-weight babies. *Wei Sheng Yan Jiu* 2011;40(5):638–42.
12. Harris G, Thompson WD, Fitzgerald E, Wartenberg D. The association of PM (2.5) with full term low birth weight at different spatial scales. *Environ Res* 2014;134:427–34.
13. Ritz B, Yu F. The effect of ambient carbon monoxide on low birth weight among children born in southern California between 1989 and 1993. *Environ Health Perspect* 1999;107(1):17–25.
14. Huang C, Nichols C, Liu Y, Zhang Y, Liu X, Gao S, et al. Ambient air pollution and adverse birth outcomes: a natural experiment study. *Popul Health Metr* 2015;18:13:7.
15. Nascimento LF, Moreira DA. Are environmental pollutants risk factors for low birth weight? *Cad Saude Publica* 2009;25(8):1791–6.
16. Reis MMD, Guimarães MT, Braga ALF, Martins LC, Pereira LAA. Air pollution and low birth weight in an industrialized city in Southeastern Brazil, 2003–2006. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20(2):189–99.
17. Lin G, Zhang T. Examining extreme weather effects on birth weight from the individual effect to spatiotemporal aggregation effects. *J Agric Biol Environ Stat* 2012;17(3):490–507.
18. Mathew S, Mathur D, Chang AB, McDonald E, Singh GR, Nur D, et al. Examining the Effects of Ambient Temperature on Pre-Term Birth in Central Australia. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(2).pii:E147. doi: 10.3390/ijerph14020147.

การประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยระยะที่ 1 (พ.ศ. 2558 – 2561)

วารางคณา เวชวิถี

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วันรับ 4 มกราคม 2565, วันแก้ไข 6 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 23 มิถุนายน 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลภาพรวมเชิงระบบ (Comprehensive evaluation) ของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ระยะที่ 1 พ.ศ. 2558-2561 ด้วยวิธี Mixed Method เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและปริมาณ กรอบแนวคิดใช้ CIPP model ในการประเมิน 4 ด้านคือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตและผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยและผู้บริหารระดับต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ การรับบริการทันตกรรมและสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) และจากรายงานผลการประชุมคณะกรรมการแผนงานฯ ผลการศึกษาพบว่า บริบทของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย สอดคล้องกับนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศ ปัจจัยนำเข้ามีการถ่ายทอดแผนงานทันตสุขภาพฯ ผ่านกลไกระดับประเทศและระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข แม้ไม่ทั่วถึง แต่ผู้ทำงานในระดับพื้นที่ส่วนใหญ่เข้าใจและปฏิบัติได้ การกำกับติดตามระดับเขตและจังหวัดใช้การบูรณาการไปกับงานสุขภาพอื่น การสนับสนุนด้านงบประมาณพบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้งบของหน่วยงานร่วมกับงบจากแผนบูรณาการฯ และส่วนใหญ่ใช้งบบูรณาการกับกิจกรรมสุขภาพอื่น ด้านกระบวนการ คณะกรรมการบริหารแผนงานฯ มีบทบาทหลักด้านประสานสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย กำกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด และพบว่าแต่ละยุทธศาสตร์ สามารถดำเนินงานกิจกรรมเป็นไปตามแผนงานฯ ด้านผลผลิตพบว่าส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การเข้าถึงบริการ 3.5 ล้านคน นั่นคือเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 1.2 ล้านคน ในปี 2558 เป็น 3.4 ล้านคน ในปี 2561 และบริการรักษาทางทันตกรรมจาก 7 แสนคน ในปี 2558 เป็น 3.6 ล้านคน ในปี 2561 การจัดกิจกรรมดูแลอนามัยช่องปากผ่านชมรมผู้สูงอายุเป้าหมาย 7,000 ชมรม พบว่าในปี 2561 มีชมรมที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากสะสมรวม 7,620 ชมรม ผลลัพธ์เชิงสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่หรือมีฟันหลัง 4 คู่สบ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 66.6 ในปี 2561 ข้อเสนอแนะ การบริหารแผนงานฯควรจัดตั้งทีมหรือคณะทำงานผู้รับผิดชอบและประสานงานของหน่วยงานในยุทธศาสตร์ มีการวางแผนการเก็บและรายงานผลแต่ละยุทธศาสตร์

คำสำคัญ : แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเมินผล สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประเทศไทย

The comprehensive evaluation of Thailand Oral Health Plan for the Elderly Phase 1 (2015 – 2018)

Warangkana Vejvithee

Surat Mongkolchaiarunya

Bureau of Dental Health, Department of Health.

Received 4 January 2022, Revised 6 June 2022, Accepted 23 June 2022.

Abstract

The aim of this study was to conduct a comprehensive evaluation for Thailand Oral Health Plan for the Elderly Phase 1 (2015 – 2018). The mixed methods used with qualitative and quantitative studies. The evaluation framework of CIPP model consisted of 4 aspects: context, input, process, and product (output and outcome). Qualitative data was obtained from interview with Board of Committee and executives at several levels, using content analysis according to the assessment conceptual framework. Quantitative data was obtained from Health Data Centers of the Ministry of Public Health (MOPH) and minutes of Committee meetings. Results found that the context of Thailand Oral Health Plan for the Elderly was consistent with the national health policy and system. The input revealed the oral health plan was cascade via the national and areas mechanism of MOPH. About half of respondents told they got financial support for the plan's activities but mostly it was the health related budget. The process aspect, executives' role of coordinating and building networks cooperation following specified strategy was essential. Most activities stated in the plan were executed. Outputs of the plan showed Thai elderly utilized oral health promotion and prevention services increased from 1.2 million in 2015 to 3.4 million in 2018. One of the accomplishments of the plan was dental services utilization of the elderly increased from 700,000 persons in 2015 to 3.5 million in 2018. The target of Elderly clubs with oral health promotion and dental hygiene practice activities was 7000 clubs and in 2018 the accumulated numbers of 7,620 clubs. Another accomplishment of this plan resulted in rate of Elderly having 20 permanent teeth or 4 occlusal posterior pairs from 60.9 % in 2015 to 66.6 % in 2018. It was suggested that to improve management process, the coordination team or group should be formed and set up data collection of each strategy.

Keywords : Thailand Oral Health Plan for the Elderly, Evaluation, Oral Health and Elderly, Thailand

■ บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “สุขภาพ” หมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือภาวะ

ทุพพลภาพเท่านั้น⁽¹⁾ รวมถึงการตระหนักรู้ในสิทธิและความรับผิดชอบของตนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน⁽²⁾ สำหรับสุขภาพช่องปาก ให้คำจำกัดความว่าเป็น “สภาวะที่ปราศจากความเจ็บปวดเรื้อรังของ

ช่องปากและใบหน้า มะเร็งบริเวณช่องปากและคอ การติดเชื้อและแผลในช่องปาก โรคปริทันต์ โรคฟันผุ การสูญเสียฟัน และโรคหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ทำให้จำกัดความสามารถในการกัด เคี้ยว ยิ้ม พูดออกเสียง รวมถึงสุขภาวะทางจิตใจและสังคม”(3-4) ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ(5) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทยควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี(6) ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุขัยยืนยาวและสุขภาพดี คือ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีฟันใช้งานได้เหมาะสม ดังนั้นเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นส่วนสำคัญ กรมอนามัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 เป็นแผนบูรณาการระดับประเทศ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2558(7) เป้าหมายเมื่อสิ้นสุดแผนงาน คือ 1) ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานเหมาะสมอย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบฟันหลัง 2) มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟันและปัญหาเกี่ยวกับการใส่ฟัน ฟันผุ/รากฟันผุ โรคปริทันต์ มะเร็งช่องปาก สภาวะน้ำลายแห้ง ฟันสึก และปัญหาช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ(8)

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

ศึกษาการดำเนินงานตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย (แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ) ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตและผลลัพธ์ ตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย

■ วิธีการศึกษา

ใช้วิธี Mixed methods เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย และผู้บริหารระดับต่างๆ และข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบ Health data center และรายงานผลการประชุม การวิเคราะห์ผล เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมเชิงระบบ โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model ของ Daniel L. Stufflebeam(9)

ประชากรที่ศึกษาเชิงคุณภาพเป็น ผู้บริหารที่มีบทบาทในการวางแผน การดำเนินงาน ติดตามและกำกับ แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้บริหารหน่วยบริการหรือหน่วยบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม พื้นที่ เป็นผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหรือผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีแบ่งเป็นชั้นภูมิ สุ่มจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการนำร่อง พัฒนางานสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ 35 จังหวัด จำนวน 5 จังหวัด และจังหวัดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนำร่องจำนวน 5 จังหวัด แต่ละจังหวัดสุ่มโดยวิธี systematic sampling เลือกหมู่บ้านหรือชุมชน รวม 30 จุด

● เครื่องมือเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และคำถาม 3 ด้าน คือ 1) บริบท ได้แก่ นโยบายและระบบสุขภาพของ

ประเทศ ภารกิจและระบบการทำงานของหน่วยงาน 2) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การสื่อสารหรือการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และการสนับสนุนงบประมาณ 3) กระบวนการ ได้แก่ การบริหารจัดการ และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมผลผลิตของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ จากรายงานการประชุมของคณะกรรมการแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดกิจกรรมการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองผ่านชมรมผู้สูงอายุ นวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และจากระบบข้อมูลสุขภาพกลาง Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือมีฟันหลัง 4 คู่สบ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ใช้สถิติร้อยละ

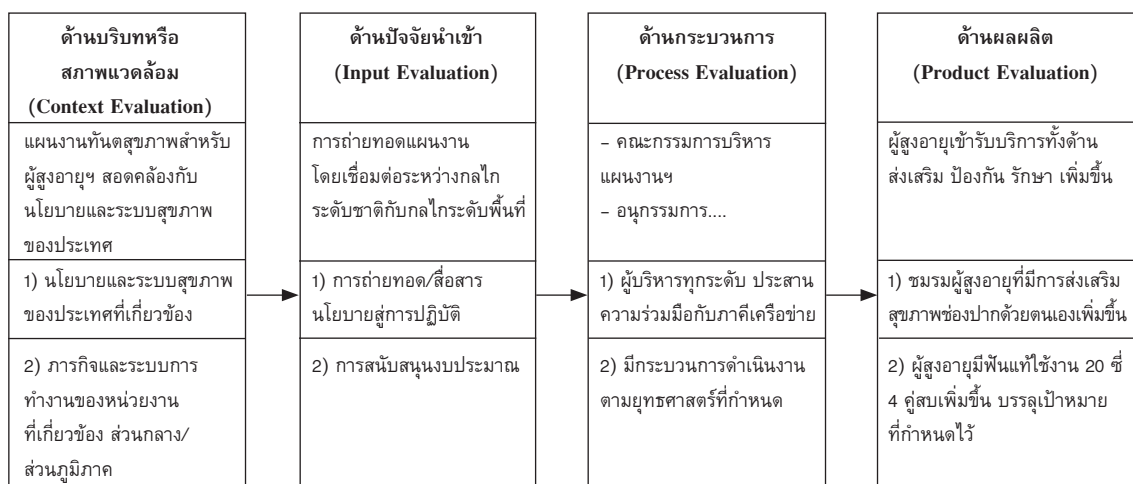
● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยรณานามัย รหัสโครงการวิจัย 325 วันที่ 24 มิถุนายน 2562

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารจำนวน 95 คน ซึ่งในส่วนคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับจังหวัดที่ไม่ครบตามจำนวนเนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลผู้บริหารหลายท่านติดภารกิจเร่งด่วนหรือเดินทางไปต่างประเทศ (ตารางที่ 1)

2. บริบทภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (Context Evaluation)

2.1 นโยบายและระบบสุขภาพของประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 เรื่อง ได้แก่ นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS)⁽¹⁰⁾ เน้นการจัดการแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นโยบายระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)⁽¹¹⁾ มีหมอบริการครอบครัวเพิ่มบุคลากรดูแลประชาชนในเครือข่าย ได้แก่ ทันตแพทย์ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด และ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารที่สัมภาษณ์ (n = 95)

จำแนกตามระดับหน่วยงาน	จำนวน (คน)
คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ (20คน)	13
ผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด (10 จังหวัด)	8
ผู้บริหารหน่วยงานระดับอำเภอ (34 อำเภอ)	34
ผู้บริหารหน่วยงานระดับตำบล (40 ตำบล)	40
จำแนกตามสังกัด	
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	68
สังกัดหน่วยงานอื่น	27

ทันตภิบาล จัดตั้งคลินิกหมอมอครบครัว 6,500 ทีม เพื่อให้ดูแลประชากรไทย 65 ล้านคน นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)⁽¹²⁾ เป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการพัฒนาระบบบริการในแต่ละสาขา รวมทั้งสาขาสุขภาพช่องปาก (service plan) นโยบายการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Cares หรือ LTC) ในชุมชน⁽¹³⁾ เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 การดูแลสุขภาพช่องปากเกี่ยวข้อในองค์ประกอบที่ 5 คือ มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากโดยตรง ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ เป็นแผนงานระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2564

2.2 บทบาทและภารกิจของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ รับผิดชอบหลักโดยกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อน ในรูปคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ และอนุกรรมการ 4 ยุทธศาสตร์ โดยมี 3 หน่วยงานส่วนกลางที่เป็นหลัก ได้แก่ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ และมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์

พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเชื่อมต่อกับระดับนโยบายได้ดี แผนมีความสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ

“แผนงานเป็นการเชื่อมต่อนโยบายอยู่แล้ว....”

“.....(หน่วยงาน).. เน้นการบูรณาการสุขภาพองค์รวม ร่วมกับหน่วยงานส่วนกลางอื่นๆ ในแนวราบ (cluster) การสื่อสารกับผู้รับผิดชอบงานสูงอายุภาพรวมในพื้นที่ จะผ่าน cluster เป็นหลักทั้งเรื่องตัวชี้วัด แผนงบประมาณ...”

“...สอดคล้อง วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งของสถาบันและแผนปฏิรูปทั้ง 4 ด้านของสถาบัน...”

แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดคือ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการกำหนดโดยนักวิชาการอาจจะไม่สามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายเพราะปฏิบัติได้ยาก

“ผลผลิตและผลลัพธ์ถูกกำหนดโดยผู้เขียนแผน ซึ่งปฏิบัติได้ยากจึงต้องกำหนดร่วมกับผู้ปฏิบัติบนฐานข้อมูลจริงและคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้จากการดำเนินงาน รวมทั้ง Feed back ของ Customer และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย”

นอกจากนี้บางแผนงานย่อยและกิจกรรมหลักไม่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนา

บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับการจัดบริการรักษา ฟันฟู เนื่องมาจากมุมมองของผู้ให้บริการและกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

“...แผนงาน(ย่อย)ยังไม่ตอบสนอง ยุทธศาสตร์เท่าที่ควร จากหลายสาเหตุ ทั้ง Mind set ของบุคลากร และระบบบริการที่เน้นการรักษา ผู้สูงอายุอาจไม่เห็นประโยชน์และหรือเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้ไม่ตอบสนองด้านนี้มากนัก...”

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับกฎระเบียบ การเปลี่ยนผู้บริหารทำให้เกิดปัญหาในความต่อเนื่องของนโยบายในหน่วยงาน

“ การเปลี่ยนผ่านผู้บริหาร กระบวนการภายในถูกเปลี่ยนตาม...การยกเลิกทุนจากผู้ได้รับทุน ทำให้กระบวนการขอทุนคืนยากขึ้น ...การบริหารจัดการภายใน มหาวิทยาลัย ในกำกับ กฎ/ระเบียบที่มีความขัดแย้ง”

การสื่อสารและประสานงานมีน้อยทำให้ขาดความเชื่อมโยงการทำงานระดับแผนย่อย กำลังคนไม่เพียงพอให้บริการตามตัวชี้วัด หรือการกำกับตัวชี้วัดและบริหารงบประมาณ ต้องผ่านศูนย์อนามัยและผู้บริหารหลายระดับ เป็นต้น

“กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดแผนให้ชัดเจน กำลังคนเพียงพอแล้วหรือไม่ โครงสร้างพื้นฐานของทันตแพทย์อาจต้องมากขึ้นหรือไม่ บทบาทต่อ PCC ยังน้อย ทันตแพทย์ทั่วไปยังต้องมีการอบรมเพิ่ม เพราะหลักสูตรยังเน้นการรักษา...การปรับหลักสูตรต้องเริ่มจากแนวทางแผนงาน/โครงสร้าง ที่ชัดเจน สถาบันการศึกษาจึงจะสามารถปรับหลักสูตรได้”

“การบูรณาการของหน่วยงานในทุกภาคส่วน ยังขาดความเชื่อมโยง การตัดสินใจ

อำนาจของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับผู้บังคับบัญชาขององค์กร ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน การ Implement ในระดับหน่วยงานยังไม่ประสบความสำเร็จ”

บทบาทและภารกิจของหน่วยงานส่วนภูมิภาค ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการทำงานแบบบูรณาการ มีความสอดคล้องกับภารกิจและบทบาทของหน่วยงานอยู่แล้ว หน่วยงานสามารถบูรณาการได้ทั้งนโยบาย LTC, PCC และ พชอ. เช่น หน่วยงานในสังกัดกรมวิชาการระดับเขต เห็นว่างานทันตสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับแผนงานทันตฯ ที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริมป้องกัน และการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน หน่วยบริหารงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด อำเภอ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นว่าหน่วยงานมีบทบาทที่สามารถช่วยขับเคลื่อนและสนับสนุน ทั้งในด้านการวางแผน กำหนดทิศทาง สนับสนุนงบประมาณ การบูรณาการติดตามกำกับ รวมทั้งประเมินผล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นว่า ทิศทางงานสาธารณสุขของท้องถิ่นสอดคล้องกับแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถเชื่อมโยงการทำงาน LTC กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ได้ และหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่า ยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทิศทางการทำงานในพื้นที่ สามารถบูรณาการได้ทั้งนโยบาย LTC PCC พชอ. แต่รูปแบบอาจไม่เหมาะกับบางบริบทในพื้นที่

3. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ผลการศึกษาพบว่า

3.1 การถ่ายทอด/สื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ ระดับส่วนกลางผ่านการประชุม คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 3 ครั้ง ในปี 2560 และ 1 ครั้งในปี 2561 ในระดับยุทธศาสตร์ มีการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารทั้ง 4 ยุทธศาสตร์แต่ไม่สม่ำเสมอ การประสานงานระหว่างยุทธศาสตร์ไม่ต่อเนื่อง กรรมการและอนุกรรมการส่วนใหญ่เป็นผู้บริหาร หน่วยงานมีภารกิจมากจึงมักส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม การสื่อสารจากกรรมการที่เข้าร่วมประชุมไปสู่หน่วยงานจึงอาจไม่เพียงพอในการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ หน่วยงานเลขานุการของแผนงานคือกรมอนามัย และกรมการแพทย์ มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานภายใน ในปี 2559-2561 ในลักษณะบูรณาการแนวราบตามกลุ่มอายุ (cluster) และปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ซึ่งมีผลต่อการกำกับนโยบายสู่การปฏิบัติ ระดับพื้นที่หน่วยบริหารจัดการระดับเขตและจังหวัดส่วนใหญ่ตอบว่า มีการถ่ายทอดแผนงานจากส่วนกลาง ร้อยละ 84 และหน่วยงานจังหวัดถ่ายทอดต่อไปยังผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 63.2 ผู้บริหารร้อยละ 81.2 เห็นด้วยกับรูปแบบการถ่ายทอดว่ามีความเหมาะสม ทำให้เข้าใจวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินงาน และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

3.2 การสนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากสำนักงานงบประมาณใช้วิธีจัดสรรเป็นแผนงานบูรณาการตามประเด็นยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยโครงการที่สนับสนุนแผนระดับ 3 (เช่น แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ) จะได้รับการจัดสรรก่อน ในปี 2560 และ 2561 กรมอนามัย และหน่วยงานตามยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดทำโครงการของงบประมาณจากแผนงานบูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งนี้หน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคใช้งบประมาณตามภารกิจของหน่วยงาน และแผนงานบูรณาการภายใต้แผนงานทันต

สุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ ระดับจังหวัด สสจ.ร้อยละ 57.9 ใช้งบประมาณจากแผนงานบูรณาการ ร้อยละ 75.8 เข้าใจและสามารถใช้งบประมาณได้ตรงตามวัตถุประสงค์ กลุ่มที่ใช้งบประมาณนี้ ร้อยละ 45.5 ใช้งบประมาณร่วมกับกลุ่มงานสุขภาพอื่น ซึ่งร้อยละ 54.5 ไม่เห็นด้วยกับวิธีการบริหารงบประมาณ และร้อยละ 63.6 ไม่แน่ใจว่าจะเพียงพอต่อการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้คือใช้งบที่ได้จากการจัดทำโครงการขอจากแหล่งอื่น เช่น งบของจังหวัด เขตสุขภาพ หน่วยงานส่วนกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการใช้งบประมาณในแต่ละปีไม่แน่นอน ระดับอำเภอ ส่วนใหญ่เข้าใจวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ได้รับ สามารถใช้ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับวิธีบริหารงบประมาณและจำนวนงบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานในระดับตำบลได้ใช้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลเป็นหลักและเห็นด้วยกับรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณ

4. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

4.1 การบริหารจัดการ พบว่าผู้บริหารมีบทบาทในการบูรณาการเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาเป็นการกำกับติดตาม (ตารางที่ 3) การกำกับติดตามแผนงานภาพรวมผ่านการประชุม คณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเกือบทุกเขตติดตามโดยบูรณาการกับงานสุขภาพอื่น และระดับจังหวัดติดตามโดยบูรณาการกับงานสุขภาพอื่น

4.2 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย⁽¹⁵⁾ ดังตารางที่ 4

5. การประเมินผลผลิต (Product

ตารางที่ 2 การสนับสนุนงบประมาณสำหรับแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2560 และ 2561

หน่วยงาน	แหล่งงบประมาณและภารกิจตามยุทธศาสตร์ของแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ
กรมอนามัย	ใช้งบประมาณตามภารกิจ และงบจากแผนงานบูรณาการฯ เพื่อภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 4 ในการพัฒนาและอภิบาลระบบบริการทันตสุขภาพและการบริหารจัดการ โดยทำแผนร่วมกับศูนย์อนามัยเขต 13 เขต
กรมการแพทย์	ใช้งบประมาณตามภารกิจและงบจากแผนงานบูรณาการฯ เพื่อภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ในการขับเคลื่อนบริการใส่รากเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากแล้ว แต่ไม่สามารถใช้ขัดเคี้ยวได้ โดยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ องค์กรความรู้ ให้กับหน่วยบริการพื้นที่
สถาบันพระบรมราชชนก สง.ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ได้รับงบประมาณจากแผนงานบูรณาการฯ เพื่อขับเคลื่อนภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ในการพัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุและหลักสูตรเกี่ยวข้องสำหรับทันตภิบาลโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) 3 แห่ง และสนับสนุนงบประมาณสำหรับทันตบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข ในการอบรมระยะสั้น การศึกษาต่อเนื่อง ระดับปริญญาตรี ระดับปริญญาโท
คณะทันตแพทยศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยรัฐ	ได้รับงบประมาณภายใต้แผนงานบูรณาการฯ เพื่อภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุและหลักสูตรเกี่ยวข้องสำหรับทันตแพทย์และพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม การเรียนการสอน ให้เป็นลักษณะ e-learning
มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์	ใช้งบประมาณขององค์กร เพื่อภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนานวัตกรรมบริการ และนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการบริการและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์อนามัยที่ 1-13	ใช้งบประมาณของหน่วยงาน เพื่อภารกิจตามยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเข้มแข็งในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ ได้รับงบประมาณจากแผนงานบูรณาการฯ ของกรมอนามัย การบริหารจัดการ 9 ใน 13 เขต บริหารจัดการงบประมาณแบบบูรณาการกับกลุ่มงานสุขภาพอื่นมากกว่าครึ่งมีความเห็นว่างบที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

ตารางที่ 3 บทบาทของผู้บริหารในแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (n = 95)

บทบาทของผู้บริหาร	n (%)
1. วางแผนและสั่งการ	34 (35.8)
2. สนับสนุนการดำเนินงาน เช่น งบประมาณ	29 (30.5)
3. มอบหมายงาน	34 (35.8)
4. บูรณาการและประสานภาคีเครือข่าย	45 (47.4)
5. กำกับติดตาม	44 (46.3)
6. ประเมินผล	33 (34.7)

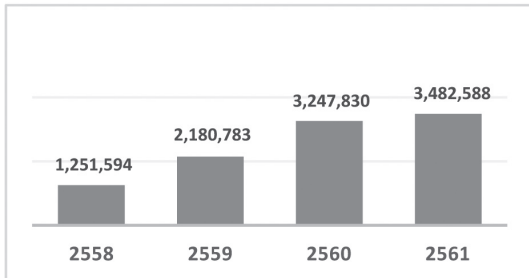
evaluation) ผลผลิตด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภาคประชาชน คือ ชมรมผู้สูงอายุ มีกิจกรรมดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเอง 7,000 ชมรม ผลการดำเนินงาน พบว่าจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 376 ชมรม ในปี 2558 เป็น 4,410 ชมรม ในปี 2561 เมื่อรวมกับยอดสะสมระหว่างปี 2553-2557 จำนวน 3,210 ชมรม

รวมเป็น 7,620 ชมรม ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของแผนที่กำหนดไว้⁽¹⁵⁾

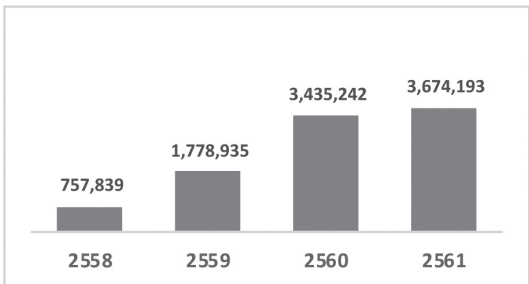
ผลผลิตด้านการเพิ่มการเข้าถึงบริการพบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเพิ่มมากขึ้นจาก 1.2 ล้านคน ในปี 2558 เป็น 3.4 ล้านคน ในปี 2561 และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุได้รับบริการรักษาทางทันตกรรมเพิ่มขึ้น จาก 7 แสนคน

ในปี 2558 เป็น 3.6 ล้านคน ในปี 2561 ซึ่งบรรลุเป้าหมายของแผนงานที่กำหนดไว้ จำนวน 3.5 ล้านคน⁽¹⁵⁾ รายละเอียดดังภาพที่ 2 และ 3

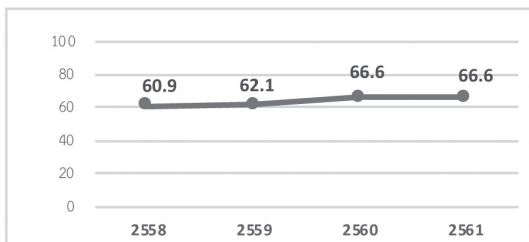
ด้านผลลัพธ์เชิงสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ หรือมีฟันหลัง 4 คู่สับเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 66.6 ในปี 2561 ซึ่งบรรลุเป้าหมายของแผนงานที่กำหนดเมื่อสิ้นสุดปี 2561 ที่ร้อยละ 60⁽¹⁵⁾ รายละเอียด ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก



ภาพที่ 3 จำนวนผู้สูงอายุได้รับบริการรักษาทางทันตกรรม (คน)



ภาพที่ 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่หรือมีฟันหลัง 4 คู่สับ

■ อภิปรายผล

การประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2558–2561) ในส่วนของบริบทประเมินเฉพาะนโยบายและภารกิจของหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ พบว่าการทำแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดขึ้นในช่วงที่มีนโยบายผู้สูงอายุทั้งด้านสังคมและด้านสุขภาพ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศ การกระจายบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน ทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดี อย่างไรก็ตามยังมีบริบทอื่นซึ่งการศึกษานี้ไม่ครอบคลุมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ระบบกำลังคนทางทันตสุขภาพ การทำแผนของหน่วยงานภาคี หรืองบประมาณของหน่วยงานภาคีที่สนับสนุนงานผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากความเห็นของผู้บริหารที่ว่า แผนยุทธศาสตร์จัดทำโดยนักวิชาการส่วนกลางเป็นหลัก ไม่สอดคล้องกับสภาพจริง และข้อจำกัดด้านกำลังคนทันตแพทย์และทันตภิบาลซึ่งต้องให้บริการตั้งแต่ปฐมวัยจนถึงสูงอายุ ทำให้การนำแผนไปปฏิบัติยาก ซึ่งจะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนต่อไป ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติใช้วิธีการประชุมชี้แจงถ่ายระดับจากเขต จังหวัด พื้นที่ ตามกลไกปกติพบว่าถ่ายไปที่พื้นที่ปฏิบัติการระดับอำเภอได้ร้อยละ 63 ควรเพิ่มช่องทางในการสื่อสารแผนไปยังพื้นที่ให้มากขึ้น

ด้านกระบวนการ การบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการซึ่งหลายหน่วยงานส่งผู้แทนเข้าประชุมทำให้งานไม่ต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานแยกตามยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นหน่วยงานต่างกระทรวงทำให้การติดตามกำกับทำได้ยาก ในส่วนของงบประมาณได้รับจากแผนงานบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ไม่ใช่ในชื่อแผนงานทันตสุขภาพ

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2558-2561

ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ผลการดำเนินการ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบ ระบบ และคุณภาพ บริการด้าน ทันตสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย	แผนงานที่ 1 พัฒนาหลักประกัน ด้านทันตสุขภาพ การบริการและการ เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ	จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามความจำเป็น ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟันฟู ฟันเทียม รากฟันเทียม ในหน่วยบริการ ของกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร และพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในสถานบริการของ กระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดน่าน
	แผนงานที่ 2 พัฒนางานด้านส่งเสริม สุขภาพช่องปากและการดูแลตนเอง เบื้องต้น โดยการมีส่วนร่วมของภาค ประชาชน	พัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนสื่อและ การจัดกิจกรรมในชมรมสูงอายุ และจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ขยายเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ พัฒนานวัตกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น
	แผนงานที่ 3 พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี รูปแบบ แนวทางเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพช่องปาก	จัดทำแนวทาง/คู่มือ แนวทางเฝ้าระวังสภาวะช่องปาก ผู้สูงอายุรายปี ทดลองใน 12 จว. แนวทางการตรวจคัดกรอง รอยโรคและมะเร็งช่องปาก ดำเนินการในจังหวัดน่าน บูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในหลักสูตรอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (Care Manager และ Care Giver) ของกรมอนามัย และเกณฑ์ตำบลเพื่อการดูแล ระยะยาว (Long term care) นำร่องการทำงานร่วมกับ สหวิชาชีพผ่านการเยี่ยมบ้าน
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรม เพื่อสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ	แผนงานที่ 1 ศึกษาความเป็นไปได้ใน การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยี ที่เหมาะสมต่องานทันตกรรมผู้สูงอายุ	ศึกษาวิจัย เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ใน 5 ประเด็น การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ ฟันผุ มะเร็ง ช่องปาก ภาวะน้ำลายแห้ง ผู้ป่วยติดเตียง
	แผนงานที่ 2 การผลิตนวัตกรรม เพื่อการรักษา ฟันฟูและป้องกันโรค และความผิดปกติ	พัฒนานวัตกรรมจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) พัฒนาเทคนิค การใส่ฟันเทียมทั้งปากในเวลา 3 ครั้ง 2) ฟลูออไรด์วาร์นิช ป้องกันฟันผุ 3) เจลลิโชนาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 4) น้ำลายเทียมหรือวุ้นชุ่มปากสำหรับผู้มีภาวะน้ำลายแห้ง 5) แปรงฟองน้ำ Polyurethane ชนิด food grade ทำความ สะอาดช่องปากผู้ป่วยติดเตียง
	แผนงานที่ 3 พัฒนาเทคโนโลยีเพื่องาน บริการทันตกรรมผู้สูงอายุ	พัฒนาศูนย์ต้นแบบการรักษาฟันฟูสภาพทางทันตกรรม สูงอายุ, พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ผู้สูงอายุแบบครบวงจรโดยพัฒนา Application คัดกรอง มะเร็งช่องปากสำหรับให้ประชาชน
	แผนงานที่ 4 ถ่ายทอดและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ทางทันตสุขภาพ	ถ่ายทอดเทคโนโลยีนวัตกรรมแก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล บุคลากรสาธารณสุข เพื่อการนำไปใช้อย่างเหมาะสม ผ่านทางจังหวัดน่านและการประชุมการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย
	แผนงานที่ 5 นำเทคโนโลยีและ นวัตกรรมไปจัดบริการน่าน	เผยแพร่และสนับสนุนผลิตภัณฑ์นวัตกรรมอาหารสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และน้ำลายเทียมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็น สนับสนุนองค์ความรู้และการจัดบริการ โครงการฟันเทียมและรากฟันเทียมในจังหวัดน่าน

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2558-2561 (ต่อ)

ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ผลการดำเนินการ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากร และหลักสูตรด้าน ทันตกรรมผู้สูงอายุ	แผนงานที่ 1 พัฒนาหลักสูตรทันตกรรม ผู้สูงอายุระดับปริญญาบัณฑิต บัณฑิต ศึกษา และหลักสูตรระยะสั้นในสาขาที่ เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับทันตแพทย์ ได้แก่ หลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุระดับบัณฑิตศึกษาและหลักสูตรการอบรมระยะสั้น 4 เดือน ได้แก่ ทันตกรรมผู้สูงอายุ เวชศาสตร์ช่องปาก ปรีทันตวิทยา ทันตกรรมประดิษฐ์ ศัลยกรรมกระดูกใบหน้าและขากรรไกร เป็นต้น ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยของรัฐ 8 แห่ง - พัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุสำหรับทันตภิบาล หลักสูตรต่อเนื่อง 2 ปี ดำเนินการโดย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร หลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือนดำเนินการโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (วสส.) 3 แห่ง - ปรับหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต ในการผลิตทันตแพทย์ และทันตภิบาล
	แผนงานที่ 2 พัฒนาศักยภาพทันต- บุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข โดยการประชุม สัมมนา อบรม จัดมหกรรมวิชาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1) อบรมทันตแพทย์ ด้านเทคนิคบริการ ได้แก่ เทคนิคการทำฟันเทียมทั้งปาก เทคนิคการฝังรากฟันเทียม 2) อบรมทันตบุคลากร/บุคลากรสาธารณสุข เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค/มะเร็งช่องปาก 3) อบรมการใช้สถิติ 4) จัดมหกรรมวิชาการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ระดับประเทศปีละ 1 ครั้ง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบ ฐานข้อมูล การสนับสนุน และการติดตาม ประเมินผล	แผนงานที่ 1 บริหารจัดการเชิงกลยุทธ์	แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการ 4 ยุทธศาสตร์ และงบประมาณจัดประชุมกรรมการ การบริหารจัดการจากส่วนกลางผ่านคณะกรรมการ การบริหารจัดการพื้นที่ทั่วประเทศตามกลไกของกระทรวงสาธารณสุข เป็นระดับเขตและจังหวัด
	แผนงานที่ 2 พัฒนาระบบข้อมูล ติดตาม ประเมินผล และการรายงาน	พัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมกับฐานข้อมูลกลาง HDC และการรายงานผ่านทางเว็บไซต์ สภาวะช่องปากผู้สูงอายุ และการให้บริการ พัฒนาเครื่องมือการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาระบบการนิเทศติดตาม รายงานผลการดำเนินงานเป็นรายปีและเมื่อสิ้นสุดแผน
	แผนงานที่ 3 รณรงค์สร้างกระแส เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ โครงการ	รณรงค์สร้างกระแส โดยเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะ ทั้งในและต่างประเทศและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประกาศเกียรติคุณหน่วยงาน/บุคคลต้นแบบ ได้แก่ ต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี “10 ยอดฟันดี วัย 80 และ 90 ปี” ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ชุมชนต้นแบบแหล่งเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง หน่วยงานดีเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเขต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนที่สนับสนุน ผลิตและสนับสนุน คู่มือ สื่อ สิ่งพิมพ์ด้านวิชาการ เพื่อการปฏิบัติงาน ผลิตและสนับสนุนสื่อเพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ผู้สูงอายุ โดยตรง หลายหน่วยงานจึงไม่ได้รายงานให้กับคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ไม่เห็นภาพรวมของงบประมาณ ผลการดำเนินงานและการรวบรวมผลผลิตอาจไม่ครบถ้วน ซึ่งทำให้ไม่สามารถแสดงสัดส่วนการใช้งบประมาณของหน่วยงานกับงบประมาณภายใต้แผนงานบูรณาการฯ ให้เห็นชัดเจนได้

การดำเนินงานของแต่ละยุทธศาสตร์จัดกิจกรรมได้ตามเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ แต่ในเชิงคุณภาพของผลผลิตยังมีส่วนต้องปรับปรุงอยู่บ้าง เนื่องจากการดำเนินงานยังไม่สามารถเชื่อมต่อกันระหว่างยุทธศาสตร์ได้ดีนักและต้องปรับการดำเนินงานไปตามสถานการณ์ เช่น การพัฒนาบุคลากรไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะจังหวัดนำร่องที่สมัครใจเพราะแผนงานต้องขับเคลื่อนให้ดำเนินการได้ทั่วประเทศ ในภาพรวมพบว่าผลผลิตและผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น มีนวัตกรรมแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์เชิงสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าผลงานรวมที่เกิดขึ้นได้จากบทบาทและทักษะเดิมของภาคียุทธศาสตร์ร่วมกับงบประมาณจากแผนบูรณาการฯ ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือไม่สามารถแสดงผลได้ว่าแผนงานฯก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร แต่อย่างไรก็ตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยที่ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีนี้ (แผนระดับ 3) มีส่วนสำคัญต่อการได้รับงบประมาณสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ ซึ่งทำให้เกิดการขับเคลื่อนและดำเนินงานจัดบริการทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ

■ สรุป

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย เป็นแผนระดับ 3 ฉบับแรกของงานทันตสาธารณสุข สอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุระดับประเทศ มีความร่วมมือและการบูรณาการเพื่อพัฒนางานทันตสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจังและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผลโดยรวมของการดำเนินงานระยะที่ 1 (พ.ศ. 2558–2561) สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายของแผน คือ ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ 4 คู่ ผลงานดังกล่าวเป็นภาพรวมที่เกิดจากบทบาทและทักษะเดิมของทำงานและภาคี ซึ่งได้รับงบประมาณจากการจัดทำโครงการสนับสนุนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของแผนระดับ 3 ผ่านทางแผนบูรณาการฯ

■ ข้อเสนอแนะ

การบริหารแผนงานฯ ควรจัดตั้งทีมหรือคณะทำงานผู้รับผิดชอบและประสานงานของหน่วยงานในยุทธศาสตร์ วางแผนการเก็บและรายงานผลแต่ละยุทธศาสตร์ ในการประเมินแผนงานระยะต่อไป ควรมีการประเมินเพิ่มเติมในด้านงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายเพื่อสะท้อนผลตอบแทนทางสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารจากหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าตอบแบบสัมภาษณ์ในศึกษาคั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 8]. Available form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567708/pdf/12571728.pdf>
2. World Health Organization. Community involvement in health development: Challenging health services [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 8]. Available form: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40624>
3. World Health Organization. The World Oral Health Report 2003 [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 8]; Available form: URL <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68506>
4. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. JADA 2016;147(12):915-7.
5. Office of the National Economic and Social Development Council. Report of the Population Projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public; 2019. (in Thai)
6. Strategy and Planning Division. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036). Bangkok: Office of the Permanent Secretary; 2018. (in Thai)
7. Bureau of Dental Health. The 8th national oral health survey 2017 of Thailand. Samchareon Phanich (Bangkok); 2018. (in Thai)
8. Department of Health. Thailand Oral Health Plan for the Elderly (2015 – 2022). The Agricultural Co-operation of Thailand. Ltd: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
9. Stufflebeam DL. The CIPP Model for evaluation [Internet]. 2003 [cited 2019 Feb 9]. Available form: URL: <https://www.scribd.com/document/58435354/The-Cipp-Model-for-Evaluation-by-Daniel-I-Stufflebeam>. 2019
10. Bureau of Health Administration. District Health System (DHS). N.P: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
11. Bureau of Health Administration. Primary Care Cluster Guideline. The Agricultural Co-operation of Thailand. Ltd: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
12. Bureau of Health Administration. Oral Health Service Plan. The Agricultural Co-operation of Thailand. Ltd: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
13. National Health Security Office. Long Term Care. Bangkok: N.P; 2016. (in Thai)
14. The National Committee on the Elderly. The 2nd National Plan on the Elderly (2002 – 2021). Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2010. (in Thai)
15. Bureau of Dental Health. The report of Thailand Oral Health Plan for the Elderly : The 1st Phase (B.E. 2558-2561). Samchareon Phanich (Bangkok); 2020. (in Thai)

HEALTH

การนำนโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สู่การปฏิบัติและการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สิริรำไพ ภูธรใจ

โสพิณ หมอกมาเมิน

สิริภา ภาคนะภา

ทิพวรรณ บุญกองรัตน์

กฤษณะ จตุรงค์ศรีศรี

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันรับ 3 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 14 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 24 มิถุนายน 2565

บทคัดย่อ

โรคขาดสารไอโอดีนส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ หากขาดสารไอโอดีนลูกที่คลอดออกมามีโอกาสเสี่ยงที่จะมีความพิการหรือปัญญาอ่อนได้ การให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน การวิจัยนี้ใช้รูปแบบผสมผสาน วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการนำนโยบายควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การปฏิบัติตนและความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติตน รวมทั้งศึกษาผลของการให้ความรู้ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2564 ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติของตำบลม่อนปิ่น จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 5 วัน ในเดือนสิงหาคม 2564 ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ในปี 2561 องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่นได้บรรจุโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี ในปี 2562 ได้สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานแก่หมู่บ้านจำนวน 1 แห่ง และในปี 2563-2564 ไม่พบการสนับสนุนงบประมาณ แต่พบมีการขับเคลื่อนนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เผื่อระวังโรคขาดสารไอโอดีนโดยการสุ่มตรวจเกลือบริโภคในครัวเรือน ร้านอาหาร ร้านค้า โรงเรียน และให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคน ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการให้ความรู้ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 63 คน ระหว่างเดือนกันยายนถึงธันวาคม 2564 เครื่องมือ ได้แก่ แผนการสอนและคลิปเสียงให้ความรู้ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิตินอนพาราเมตริก พบว่าในภาพรวมความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการให้ความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ($r_s=0.471$) ภายหลังการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ รวมถึงเลือกใช้เกลือบริโภคที่มีปริมาณไอโอดีน สูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ในระดับพื้นที่ ยังขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงและการปฏิบัติตน ที่ถูกต้องในระดับน้อย รับรู้เฉพาะความรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสื่อคลิปเสียงตามสายภาษาท้องถิ่นจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้านทุกแห่ง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเท่านั้น ข้อเสนอแนะ 1. องค์การบริหารส่วนตำบลในระดับพื้นที่ต้องให้ความสำคัญต่อการนำนโยบายป้องกัน และควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างจริงจัง 2. ควรส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยให้ความรู้ผ่านสื่อภาษาท้องถิ่นผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้

คำสำคัญ : นโยบายควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการปฏิบัติตน หญิงตั้งครรภ์

Implementing Iodine deficiency control policy and prevention to achieve the effective practices and risk opportunities perceiving for Iodine deficiency prevention in pregnant women Mon Pin Subdistrict, Fang District, Chiang Mai Province

Sirirumpai Puthornjai

Sopin Mokmamurn

Siripa Paknapa

Tippawan Bunkongrat

Kidsana Jaturongratsamee

Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

Received 3 February 2022, Revised 14 June 2022, Accepted 24 June 2020.

Abstract

Iodine deficiency disease directly affects pregnant women. Without iodine, babies who are born are at risk of developing disabilities or mental retardation. Educate pregnant women about the risks of iodine deficiency disease and have the right behavior Therefore, it is very important to solve the problem of iodine deficiency disease. This research uses a mixed model. Objectives are to study

the implementation of policy on controlling and solving the problem of iodine deficiency disease into practice at the local level. Study the perception of risk opportunities. Behavior and relationship of perceived risk of disease and behavior as well as to study the effect of educating on prevention of iodine deficiency disease for pregnant women who came for antenatal care at MonPin Subdistrict Health Promoting Hospital, Fang District, Chiang Mai Province Data collected during August - December 2021. Phase 1 is a qualitative research. The informants were 25 people who were involved in the implementation of the policy in MonPin Sub-district. Data were collected via an in-depth 5 day interview in August 2021 with the researcher generated interview form. The results of the content analysis revealed that in 2018, MonPin Subdistrict Administrative Organization included the Iden Deficiency Disease Control Project in the 4 year local development plan. In 2019, it supported the operating budget for 1 village, and in 2020 - 2021 No budget support found But found that there was a policy driven by the Fang District Public Health Office. All sub-district health promotion hospitals Surveillance for iodine deficiency disease by randomly testing salt intake in households, restaurants, shops, schools, and giving iodized tablets to all pregnant women attending first antenatal care. Phase 2 was a quantitative and quasi-experimental research before and after 12 weeks of educating, the sample consisted of 63 pregnant women who came for antenatal care at sub-district health promoting hospitals between September and December 2021. The instruments were lesson plans and audio clips to educate. Data were collected by interviewing based on questionnaires created by the researcher and passed the validation and reliability checks coefficient Cronbach alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics , Spearman Correlation , Coefficient Statistics and non-parametric statistics It was found that in the overall picture, the relationship of perception of risk of disease with iodine deficiency prevention practices of pregnant women before education. It was at a moderate level ($r_s=.471$) after educating pregnant women about the risks and actions to prevent iodine deficiency. The amount of iodine in the urine Including choosing edible salt that contains iodine content. higher than before knowledge statistically significant at the .05 level. The results of this research revealed the problem of implementing policies into practice at the local level. There is still a lack of participation from all sectors. Consequently, pregnant women perceived risks and correct behavior at a low level. Recognize only the knowledge gained from the public health officers in the antenatal clinics of the sub-district health promoting hospitals. and audio clips in local languages from every village broadcasting tower Only prepared by the researcher. Recommendations 1) Sub-district administrative organizations at the area level. Emphasis must be placed on the implementation of the iodine deficiency disease prevention and control policy into practice with the participation of the community in earnest. 2) should be promotint pregnant women to get enough Iodine for needs of bodies by providing knowledge through local language media through easy-to-access channels in order to have knowledge, understanding, and correct perception As a result, they can act in the prevention of iodine deficiency disease.

Keywords : Iodine Deficiency Prevention and Control Policy, perception of risk opportunities and behavior, pregnant women

■ บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับสติปัญญาของมนุษย์ ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก

ไทยที่จะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประชาชาติในอนาคต⁽¹⁾ ไอโอดีนเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบประสาทของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จึงควรได้รับสารไอโอดีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาเซลล์ประสาทและสมองในปริมาณที่เพียงพอ หากหญิงตั้งครรภ์

ได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ จะส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดสารไอโอดีนไปด้วย เนื่องจากไอโอดีนเป็นสารที่ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้ ในทารกจะต้องได้รับจากมารดาเท่านั้น ส่วนมารดาหรือหญิงตั้งครรภ์จะสามารถรับสารไอโอดีนได้จากการรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยสารไอโอดีนหรือได้รับจากยาเสริมธาตุไอโอดีน⁽²⁾ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ได้เริ่มโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติเมื่อ พ.ศ.2532 และได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติขึ้น โดยได้ทูลเชิญสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จมาเป็นองค์ประธาน ต่อมาในปี พ.ศ.2534 ได้จัดตั้งคณะกรรมการจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อขจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยอย่างยั่งยืน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนทุกกลุ่มวัย ได้ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ปี 2560–2564 โดย 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) ขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่ความยั่งยืน 2) การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน 3) การประชาสัมพันธ์และการตลาดเชิงสังคม และ 4) การศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา

จากการศึกษาสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่า มีภาวะการขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบมีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (<150 ไมโครกรัมต่อลิตร) โดยในปี 2559 เท่ากับ 108.2 ไมโครกรัมต่อลิตร และในปี 2562 เท่ากับ 137.2 ไมโครกรัมต่อลิตร ส่วนในปี 2563 เท่ากับ 152.7 ไมโครกรัมต่อลิตร

ทั้งนี้มาตรการหลักในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนคือการส่งเสริมให้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนและการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย จากการติดตามมาตรการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยสถานบริการสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่จากระบบรายงาน Health Data Center⁽⁴⁾ พบว่าในปี 2561–2563 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 69.1, 71.9 และ 73.7 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 100) เมื่อติดตามเจาะลึกในระดับอำเภอก็พบว่า อำเภอฝางมีอัตราการครอบคลุมที่ต่ำมากเป็นลำดับที่ 2 ของจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 37.7, 39.3 และ 47.6 ตามลำดับ ส่วนความครอบคลุมของการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่ได้คุณภาพในระดับครัวเรือน (ปริมาณไอโอดีน 20–40 พีพีเอ็ม) เป้าหมายคือมากกว่าร้อยละ 90 อำเภอฝางก็ต่ำกว่าเป้าหมายเช่นกัน โดยในปี 2561 ครอบคลุมร้อยละ 51.6 ส่วนในปี 2562 และ 2563 นั้น เนื่องจากมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านค้า อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ มีผลทำให้ความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 และ 83.3 ตามลำดับ ขณะที่การประเมินสถานการณ์การได้รับสารไอโอดีนในระดับพื้นที่ของอำเภอฝาง โดยการสุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ปี 2562–2564 พบว่าต่ำกว่ามาตรฐานคือเท่ากับ 146.3, 132.4 และ 101.6 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ (เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดว่าถ้าพื้นที่ใดมีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ถือเป็นพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีน)

จากข้อมูลสถานการณ์ในระดับพื้นที่อำเภอฝางที่เป็นพื้นที่ต่อปัญหาการขาดสาร

ไอโอดีน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเชิงลึกลงไปในระดับตำบล จึงได้คัดเลือกตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง ซึ่งเป็นตำบลเดียวของอำเภอฝางที่ตั้งอยู่บนตะเข็บชายแดนไทย-เมียนมาร์ มีพื้นที่ตั้งตลอดแนวด้านทิศตะวันตกติดกับประเทศเมียนมาร์ ภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงและภูเขาสูง การคมนาคมลำบาก รวมทั้งมีประชากรหลากหลายชาติพันธุ์ เพื่อทำการศึกษาว่าในพื้นที่ดังกล่าวนี้ จะมีการดำเนินงานด้านนโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการดูแลกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์อย่างไร มีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยหรือไม่ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่ตะเข็บชายแดนของเขตสุขภาพที่ 1 ต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาการนำนโยบายควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ภายหลังมาฝากครรภ์ที่ รพ.สต. และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังมาฝากที่ รพ.สต. และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน
4. ศึกษาผลของการให้ความรู้ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ต่อการรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะและเกลือบริโภคในครัวเรือนของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังมาฝากครรภ์ที่ รพ.สต. และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ก่อนและหลังให้ความรู้

■ นิยามศัพท์เฉพาะ

นโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง แนวทางหรือวิธีการดำเนินงานในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมี 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1. การดำเนินการตามแผนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 2. การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนโดยการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์การเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพเกลือที่จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร ครัวเรือน และโรงเรียน 3. การดำเนินมาตรการทางสังคมของท้องถิ่น 4. การจัดกิจกรรมรณรงค์ 5. การขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง การรับรู้สุขภาพ 5 ด้านต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน

การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน หมายถึง การกระทำ เช่น การประกอบอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่มีไอโอดีน การใช้ การเก็บเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน การได้รับและรับประทานยาเม็ด

เสริมไอโอดีน

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 1 (1-14 สัปดาห์) หรือ ไตรมาสที่ 2 (15-28 สัปดาห์) ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนปิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงชุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างขาง และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน

■ วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการนำนโยบายควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประชากรคือ เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของงานไอโอดีน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ด้วยวิธีคัดเลือกตามคุณสมบัติ (Criteria sampling) คือเป็นผู้มีตำแหน่งและปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ต.ม่อนปิ่น จำนวน 25 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ สาธารณสุขอำเภอฝางและนักวิชาการ ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนจำนวน 2 คน กลุ่มที่ 2 คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนขององค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 3 คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนของ รพ.สต.บ้านม่อนปิ่น รพ.สต.บ้านม่วงชุม รพ.สต.อ่างขาง จำนวน 6 คน กลุ่มที่ 4 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลม่อนปิ่น

15 หมู่บ้านๆ ละ 1 คน จำนวน 15 คน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ และการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลัง (quasi-experimental research one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ในการป้องกันโรค ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ และปริมาณไอโอดีนของเกลือบริโภคในครัวเรือนของหญิงตั้งครรภ์ ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์ ใน ต.ม่อนปิ่น อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีของ Taro Yamane (1967) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 100 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria ประกอบด้วย 1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 1 (1-14 สัปดาห์) และหรือ ไตรมาสที่ 2 (15-28 สัปดาห์) ผ่าครรภ์ที่ รพ.สต.บ้านม่อนปิ่น รพ.สต.บ้านม่วงชุม และ รพ.สต.อ่างขาง 2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ได้เข้าใจ 3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และ 4.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1. เป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางสมอง 2. มีการแท้งเกิดขึ้นและยุติการตั้งครรภ์ 3. มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ 4. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์

การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria) ประกอบด้วย 1. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยแจ้งความประสงค์ขอยุติหรือถอนตัวออกจากการวิจัย 2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่อยู่ในพื้นที่การศึกษาในระหว่างการทำวิจัย

● **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ซึ่งมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและนำไปทดสอบความถูกต้องเหมาะสมแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมถอดบทเรียนและใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 20 นาที

ระยะที่ 2

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา และผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.98 และเท่ากับ 0.71 ทั้งนี้มีเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้และคะแนนเฉลี่ยรวมการปฏิบัติตนโดยใช้มาตราวัดของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง มาก 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 1.00-1.80

หมายถึง น้อยที่สุด

2. การเก็บปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง โดยทุกคนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ทำการเก็บปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานข้อกำหนดของสำนักโภชนาการกรมอนามัย และใช้วิธีการตรวจหาปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะโดยใช้ไมโครเพลท (Microplate Method for Determination of Urinary Iodine) ซึ่งดำเนินการโดยห้องปฏิบัติการของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย การแปลผล ใช้ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ (MUI คือ Median Urine Iodine) ตามเกณฑ์พื้นที่ขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) ขาด (Deficiency) <150 ไมโครกรัมต่อลิตร 2) เพียงพอ (Adequate) 150-249 ไมโครกรัมต่อลิตร 3) เกินพอ (More than) 250-499 ไมโครกรัมต่อลิตร และ 4) เกินขนาด (Excessive) ≥ 500 ไมโครกรัมต่อลิตร⁽¹⁾

3. การตรวจหาปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโอดจากครีวเร็นของหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการโดยนักโภชนาการที่มีความรู้และที่ได้รับการฝึกทักษะในการเก็บและใช้วิธีการตรวจด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย (I-Kit) จากสำนักโภชนาการกรมอนามัย โดยชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือบริโอดเสริมไอโอดีน (I-Kit) หมายถึงชุดสำหรับวัดปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโอดที่เสริมด้วยโปแตสเซียมไอโอดีนเท่านั้น ซึ่งผลิตโดยสถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. แผนการให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาความรู้ ประกอบด้วย ความหมายของไอโอดีน ทำไมหญิงตั้งครรภ์จึงต้องการสารไอโอดีน และต้องการในปริมาณเท่าไร ทำอย่างไรหญิงตั้งครรภ์จึงจะได้รับไอโอดีนเพียงพอ แหล่งอาหารที่มีไอโอดีน สาเหตุของการขาดไอโอดีน ผลของการขาดสารไอโอดีนในหญิง

ตั้งครรภ์และวิธีการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันการขาดสารไอโอดีน กำชับให้ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ทุกวัน แจ้งให้ทราบว่าจะช่วยให้ลูกในท้องสมองดี มีสุขภาพแข็งแรง

แผนการให้ความรู้ มีความถี่ของการ ดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มพยาบาล : ผู้รับผิดชอบตรวจครรภ์ ในคลินิกตรวจครรภ์ของ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง : ผู้วิจัย ทำการอบรมและสาธิตการใช้แผนการให้ความรู้ จากนั้นให้ฝึกปฏิบัติตามแผนการให้ความรู้ จนมั่นใจว่ามีความเข้าใจตรงกันและสามารถ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นระยะเวลา 1 วัน

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ : พยาบาลผู้รับผิดชอบ งานตรวจครรภ์ของ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง ให้ความรู้ ตามแผนการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แก่หญิง ตั้งครรภ์ทุกคน ทุกครั้ง ที่มาฝากครรภ์ครั้งละ 5-10 นาที เป็นระยะเวลานาน 12 สัปดาห์

5. สื่อความรู้เรื่องการป้องกันโรคขาด สารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ เป็นคลิปเสียง จัดทำเป็นภาษาชนเผ่ารวม 4 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทใหญ่ ภาษาลาหู่ ภาษาจีนยูนนาน ภาษาदारอั้ง มีความยาว 4 นาที ทั้งนี้คลิปเสียง ดังกล่าวผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่สามารถพูดภาษาชนเผ่าได้ และได้รับการ ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ เป็นผู้อัดคลิป เสียง และได้สอบถามความถูกต้องของเนื้อหา ในคลิป โดยให้เขียนแปลกลับมาเป็นภาษาไทย ซึ่งสามารถทำได้อย่างถูกต้องตรงตามต้นฉบับ

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ ประชุมถอดบทเรียนและใช้วิธีการสัมภาษณ์ เชิงลึกรายบุคคล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวม ข้อมูล 5 วัน ในเดือนสิงหาคม 2564

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูล 12 สัปดาห์

ตั้งแต่ เดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2564 ตามขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง นัดหมายหญิง ตั้งครรภ์ที่เคยมาฝากครรภ์ที่ รพ.สต. และได้รับ ยาเม็ดเสริมไอโอดีนไปแล้ว ให้มาในวันที่นัด หมายกำหนดเก็บข้อมูล โดยกำชับให้นำเกลือ บริโภคที่ใช้ในครัวเรือนมาด้วย ผู้วิจัยได้อธิบาย รายละเอียดในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ให้หญิง ตั้งครรภ์ทราบ ได้กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 63 คน ผู้วิจัย ได้ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น พร้อมทั้งขอเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหา ค่าปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะ และตรวจ ปริมาณหาปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภคจาก ครัวเรือน ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 63 คน

2. ขอความร่วมมือพยาบาลผู้รับผิดชอบ งานตรวจครรภ์ของ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง ทำการสอน ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ครั้งละ 5-10 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

3. ขอความร่วมมือผู้นำชุมชนเปิดคลีป เสียงตามสายในหมู่บ้าน/ชุมชน สัปดาห์ละ 1-2 วัน ในตอนเช้า เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

4. หลังจากครบระยะเวลา 12 สัปดาห์ (ซึ่งในช่วง 12 สัปดาห์นี้ กลุ่มเป้าหมายจะได้รับ ยาเม็ดเสริมไอโอดีนด้วย) สัมภาษณ์การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน เก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาค่าไอโอดีนใน ปัสสาวะและตรวจปริมาณไอโอดีนในเกลือ บริโภคจากครัวเรือนของกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำ ผลที่ได้ไปวิเคราะห์

● การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นเนื้อหา

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะและปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโอก จากคร้วเรือน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และ ค่าต่ำสุด-สูงสุด

3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) มีการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (rs) ระหว่างตัวแปร โดยใช้เกณฑ์คือ ค่า rs=0.81-1.00 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก, ค่า rs=0.61-0.80 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง, ค่า rs=0.41-0.60 หมายถึงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง, ค่า rs=0.21-0.40 หมายถึงมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ และ ค่า rs=0.01-0.20 หมายถึงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้ว โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริกทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Wilcoxon matched pairs signed rank test) และวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโอกจากคร้วเรือน เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยใช้

การแจกแจงความถี่และร้อยละ

● การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย รหัส 20/2564 วันที่ 19 สิงหาคม 2564

■ ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การนำนโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่การปฏิบัติในตำบลม่อนปิ่น

ประเด็นที่ 1 การดำเนินการตามแผนการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่นได้มีการออกข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติท้องถิ่นบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี และในปี 2562 ได้สนับสนุนงบประมาณโครงการพระราชดำริช ประจำปีให้แก่คณะกรรมการหมู่บ้านจัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของบ้านขอบตงนาแล หมู่ 14 เพียงหมู่บ้านเดียวจากทั้งหมด 15 หมู่บ้าน ส่วนปี 2563 และปี 2564 ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากไม่มีโครงการจากหมู่บ้านเสนอขอมา

ประเด็นที่ 2 สถานการณ์งานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่ามีการจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ แต่ไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ประเด็นที่ 3 มาตรการทางสังคมของท้องถิ่น พบว่าในปี 2562 มีมาตรการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ขอความร่วมมือให้ร้านค้าในหมู่บ้าน/ชุมชน จำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งให้ชุมชนช่วยกันสอดส่องและสกัดกั้นที่เข้ามาขายของในพื้นที่ที่มักนำเกลือที่ไม่ได้มาตรฐานเข้ามาจำหน่าย

ประเด็นที่ 4 การจัดกิจกรรมรณรงค์จากการศึกษาไม่พบการจัดกิจกรรมรณรงค์

ประชาสัมพันธุ์ ทั้งระดับชุมชนและตำบล ไม่มีการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นเสียงตามสาย แผ่นป้ายประชาสัมพันธุ์ หรือวิทยุชุมชน ในเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนให้แก่ประชาชน

ประเด็นที่ 5 การขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน จากการศึกษาพบว่า รพ.สต. ในพื้นที่ตำบลม่อนปิ่น ไม่มีมาตรการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยเฉพาะการให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ ในภาพรวมเรื่องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์เท่านั้น ไม่มีมาตรการกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน ตลอดการตั้งครรภ์ รวมทั้งหญิงหลังคลอดให้นมบุตรที่จะต้องรับประทานต่อเนื่องทุกวันจนกว่าจะครบ 6 เดือน ประกอบกับมีปัญหาเรื่องการสื่อสารภาษาชนเผ่า กับหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าที่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้วอีกด้วย

ระยะที่ 2 ภายหลังจากที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สต. และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล หญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 24.76 ปี (S.D.=5.9) ทุกคนนับถือพุทธ ส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าดาราอั้งและมุเซอ (ร้อยละ 58.73) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 39.68) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 49.21) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียน (ร้อยละ 55.56) รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 53.97) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย (ร้อยละ 66.67) ด้านลำดับที่ของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 44.44) และมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 1-14 สัปดาห์ (ร้อยละ 65.08) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 15-28 สัปดาห์ (ร้อยละ 34.92) โดยทุกรายฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ รพ.สต.

2.2 การรับรู้สุขภาพ 5 ด้านต่อการ

เกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการให้ความรู้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (1.82 คะแนน) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรู้แรงของโรคขาดสารไอโอดีน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับน้อยที่สุด (1.78 คะแนน และ 1.66 คะแนน ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

2.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนการให้ความรู้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (2.35 คะแนน) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า พฤติกรรมการอ่านฉลากเครื่องปรุงรสและเลือกที่มีการเติมหรือเสริมไอโอดีน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.80 คะแนน) ส่วนพฤติกรรมการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนจาก รพ.สต.มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.44 คะแนน) ดังตารางที่ 2

2.4 ความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้ความรู้แรงของโรคขาดสารไอโอดีน ($r_s=.392$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ($r_s=.399$) มีความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังตารางที่ 3

2.5 การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมพบว่าหลังการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการให้ความรู้ จำแนกรายด้าน (n=63)

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	1.85	0.95	น้อย
การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน	1.78	1.01	น้อยที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	1.95	1.10	น้อย
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	1.94	0.79	น้อย
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	1.66	0.81	น้อยที่สุด
การรับรู้สุขภาพ ในภาพรวม	1.82	0.85	น้อย

ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการให้ความรู้จำแนกรายพฤติกรรม (n=63)

พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค	Mean	SD	ระดับ
ซื้ออาหารปรุงสำเร็จที่ขายจากร้านค้ามารับประทาน	1.86	0.96	น้อย
รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยเกลือหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่บ้าน	2.98	1.25	ปานกลาง
อ่านฉลากเครื่องปรุงรสและเลือกที่มีการเติมหรือเสริมไอโอดีน	1.80	1.05	น้อยที่สุด
รับประทานอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน	2.29	1.05	น้อย
รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ด เป็นประจำทุกวัน	2.67	1.07	ปานกลาง
ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.44	1.42	มาก
ไม่ได้รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน เนื่องจากมีอาการข้างเคียง	1.90	0.97	น้อย
สามีหรือคนในครอบครัวดูแลให้รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน	2.59	1.26	น้อย
รับประทานผักกะหล่ำปลีดิบ ดอกกะหล่ำ ผักคะน้าสดๆ เป็นประจำ	2.06	1.09	น้อย
เก็บเกลือเสริมไอโอดีนไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด และห่างไกลจากความร้อน	2.17	1.21	น้อย
พฤติกรรมการปฏิบัติตน ในภาพรวม	2.35	0.58	น้อย

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนการให้ความรู้ (n=63)

การรับรู้	<i>r_s</i>	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	.468	.000	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน	.392	.002	ค่อนข้างต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	.399	.001	ค่อนข้างต่ำ
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	.488	.000	ปานกลาง
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	.475	.000	ปานกลาง
ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	.471	.000	ปานกลาง

* *p* < .01

สูงกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -6.90, p < .05$) ดังตารางที่ 4

2.6 การเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการ

ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังการได้รับความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -6.85, p < .05$) ยกเว้นการอ่านฉลากเครื่องปรุงรสและเลือกที่มีการเติมหรือเสริมไอโอดีนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการให้ความรู้ (n=63)

การรับรู้	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	1.85	0.95	4.16	0.54	-6.90	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน	1.78	1.01	4.18	0.63	-6.90	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	1.95	1.10	4.62	0.40	-6.90	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	1.94	0.79	3.40	0.81	-6.30	.000
การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	1.66	0.81	3.29	0.72	-6.64	.000
ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน	1.82	0.85	3.93	0.39	-6.90	.000

p<.05

ทางสถิติ (p>.05) ดังตารางที่ 5

2.7 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะพบว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหลังการให้ความรู้ (155.50 ไมโครกรัมต่อลิตร) สูงกว่า ก่อนให้ความรู้ (135.65 ไมโครกรัมต่อลิตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-1.96, p<.05) ดังตารางที่ 6

2.8 ผลการทดสอบคุณภาพเกลือบริโภคในครัวเรือนของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ชุดทดสอบ I-Kit ก่อนและหลังให้ความรู้ พบว่า ก่อนให้ความรู้ มีเกลือบริโภคในครัวเรือนที่มีปริมาณไอโอดีนได้มาตรฐาน 20-40 ppm จำนวน 27 ตัวอย่าง ร้อยละ 42.86 หลังให้ความรู้ มีเกลือบริโภคในครัวเรือนที่มีปริมาณไอโอดีนได้มาตรฐาน 20-40 ppm เพิ่มมากขึ้น จำนวน 50 ตัวอย่าง ร้อยละ 79.37

■ อภิปรายผล

ระยะที่ 1 การนำนโยบายควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่การปฏิบัติในตำบลม่อนปิ่น

ประเด็นที่ 1 การดำเนินงานตามแผน

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนพบว่าในปี 2561 อบต.ม่อนปิ่น เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานโดยได้รับหนังสือจากสำนักงานจังหวัดเชียงใหม่ขอความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ได้พิจารณาออกข้อบัญญัติและบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี และในปี 2562 ได้สนับสนุนงบประมาณโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ประจำปีให้แก่หมู่บ้านขอบตังนาแล ซึ่งคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้จัดทำโครงการฯ เสนอขอรับงบประมาณไปที่ อบต. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต.อ่างขางเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความสำคัญในการสนองงานตามพระราชดำริด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แต่มีปัญหาในปี 2563-2564 เกิดการหยุดชะงัก เนื่องจากไม่มีคณะกรรมการหมู่บ้านใด เสนอขอรับงบประมาณดำเนินการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่ยังไม่เห็นถึงความสำคัญเท่าที่ควร ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ประเด็นที่ 2 สถานการณ์งานควบคุม

และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่า รพ.สต. มีการจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์แต่ไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนเฝ้าและเป็นคนต่างด้าวมักจะไม่สะดวกมาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ล่าช้า สาเหตุจากติดงานทำไร่และเพาะปลูกพืชขนานภูเขาสูงรวมทั้งการเข้าไปทำงานในพื้นที่ประเทศเมียนมาร์ นอกจากนี้ในการเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพเกลือที่จำหน่ายในร้านค้า คริวเรือนและโรงเรียน โดยใช้ชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือบริโภคไอคิท (I-Kit) ก็พบปัญหาพฤติกรรม ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มชนเฝ้าที่นิยมบริโภคเกลือเม็ดที่ไม่มีสารไอโอดีน

ประเด็นที่ 3 มาตรการทางสังคมของท้องถิ่น พบว่าในปี 2562 มีมาตรการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ขอความร่วมมือให้ร้านค้าในหมู่บ้าน/ชุมชน จำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นไปตามการขับเคลื่อนนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝางที่กำหนดให้ รพ.สต.ทุกแห่ง เฝ้าระวังโดยการสุ่มตรวจเกลือบริโภคในครัวเรือน ร้านอาหาร ร้านค้า โรงเรียน

ประเด็นที่ 4 การจัดกิจกรรมรณรงค์ในตำบลม่อนปิ่น ภายหลังปี 2562 ไม่พบการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชนและตำบล ในการส่งเสริมและสนับสนุนการให้ความรู้เรื่องไอโอดีนและการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแก่ประชาชน จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าเนื่องจากคณะกรรมการหมู่บ้านไม่ได้จัดทำโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนเสนอขอรับงบประมาณจาก อบต. จึงไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อการดำเนินงาน

ประเด็น 5 การขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีน ในปี 2563-2564 อบต.ม่อนปิ่น

ยังไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควรไม่มีการตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดนโยบายและการสื่อสารนโยบายรวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนและแกนนำ พบเฉพาะในส่วนของ รพ.สต. ที่ให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ แต่ให้ในภาพรวมเรื่องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนและการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ทำได้เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.สต.เท่านั้น รวมทั้งการอบรมให้ความรู้เรื่องเกลือเสริมไอโอดีน ก็ทำได้เฉพาะในวงแคบคือเฉพาะรายที่เจ้าหน้าที่/อสม. ไปติดตามเยี่ยมบ้านและทำการสุ่มตรวจเกลือบริโภคในครัวเรือนนั้นๆ พบข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลคือ เสนอแนะเรื่องการให้ความรู้ควรเป็นการเปิดเสียงตามสายที่เป็นภาษาถิ่น โดยให้ผู้ใหญ่บ้านเปิดตามป๊อกร้านต่างๆ เพราะป๊อกร้านส่วนใหญ่อยู่บนดอยและอยู่ห่างไกลกัน การกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ให้ทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนควรให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เน้นย้ำทุกครั้งที่มาฝากครรภ์และควรให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศเสียงตามสายให้รู้ทุกป๊อกร้าน และควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้มาตรฐานแก่ชาวบ้านด้วย ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽⁵⁾ ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์โดยการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เน้นการมีส่วนร่วมและส่งเสริมศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเองตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับจุดมุ่งหมายและความต้องการของแนวทางการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเพื่อขจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทยอย่างยั่งยืน สมองต่อความสำคัญกับการแก้ปัญหาแบบองค์รวม เน้นความร่วมมือ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการให้ความรู้เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (n=63)

การปฏิบัติ	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ซื้ออาหารปรุงสำเร็จที่ขายจากร้านค้ามารับประทานเป็นส่วนใหญ่	1.86	0.96	4.24	0.81	-6.55	.000
รับประทานอาหาร ที่ปรุงด้วยเกลือหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่บ้านเป็นประจำ	2.98	1.25	4.37	0.95	-5.18	.000
ซื้อเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ๊วขาว มักจะอ่านฉลากและเลือกที่มีการเติมหรือเสริมไอโอดีน	1.83	1.05	2.10	1.35	-1.75	.079
รับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก ปลาทูปลาทะเล ฯลฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน	2.29	1.05	3.33	1.23	-4.85	.000
รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ด เป็นประจำทุกวันตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	2.67	1.07	4.51	0.87	-6.19	.000
ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนจาก รพ.สต.	3.44	1.42	4.81	0.43	-5.62	.000
ไม่ได้รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน เนื่องจากมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนหลังรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน	1.90	0.97	4.43	0.91	-6.67	.000
สามีหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านเอาใจใส่ดูแลให้ท่านรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวัน	2.59	1.26	4.43	0.73	-6.00	.000
รับประทานผักกะหล่ำปลีดิบ ดอกกะหล่ำ ผักคะน้า โดยรับประทานสดๆ เป็นประจำ	2.06	1.09	4.30	0.97	-6.55	.000
เก็บเกลือเสริมไอโอดีนไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด และห่างไกลจากความร้อน	2.17	1.21	4.60	0.49	-6.57	.000
ภาพรวมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	2.35	0.58	4.11	0.36	-6.85	.000

p<.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบปริมาณไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการให้ความรู้เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ (n=63)

การตรวจวัดระดับไอโอดีน	Median	Z	p-value
การตรวจวัดระดับไอโอดีนในปัสสาวะ (ไมโครกรัมต่อลิตร)			
ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับความรู้	135.65	-1.96	.049
ครั้งที่ 2 หลังได้รับความรู้ (เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์)	155.50		

p<.05

และระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนโดยอาศัย 4 ยุทธศาสตร์คือ การขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ การประชาสัมพันธ์ และการตลาดเชิงสังคม และการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อศึกษาสถานการณ์

การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการศึกษาถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ เฝ้าระวังติดตามปริมาณไอโอดีน ร่วมกับการนำกิจกรรมของแต่ละยุทธศาสตร์มาเป็นแนวทางและกรอบในการส่งเสริมความรู้ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ตาม

บริบทของชุมชน โดยเป็นการพัฒนานวัตกรรม สำหรับการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตน บุรณาการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันเข้ากับองค์ความรู้หรือวิธีการดูแลสุขภาพของแต่ละชนเผ่า โดยคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงการบริการของกลุ่มชาติพันธุ์

ระยะที่ 2 การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ครบตามเวลาที่กำหนด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

1. การรับรู้สุขภาพ 5 ด้านต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (1.82 คะแนน) จากการสอบถามหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคและไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในปี 2563-2564 องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่คือรพ.สต.ขับเคลื่อนการนำนโยบายป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนเฉพาะการสุ่มตรวจเกลือบริโภคในครัวเรือน ร้านค้า ร้านอาหาร และโรงเรียนเท่านั้น ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาการขาดสารไอโอดีนและไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะของตำบล รวมทั้งไม่มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องไอโอดีนผ่านสื่อต่างๆ และไม่มีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้แก่ชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หญิงตั้งครรภ์ และประชาชน

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (2.35 คะแนน) โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการเลือกซื้อ

เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ้วขาว มักจะอ่านฉลากและเลือกที่มีการเติมหรือเสริมไอโอดีน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 39.68) จึงไม่สามารถอ่านฉลากและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่เสริมไอโอดีนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์นิษฐ์ ชวีญเงิน และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ที่จังหวัดเชียงใหม่ในปี 2563 ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย เช่น การรับประทานอาหารทะเลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เป็นภูเขาและที่ราบสูง ห่างไกลทะเลและฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจนมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 53.97 จึงทำให้อาหารที่จะรับประทานอาหารทะเลมีน้อย ส่วนเรื่องการเก็บเกลือเสริมไอโอดีนไว้ในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและห่างไกลความร้อน อาจเนื่องจากการที่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเกลือเสริมไอโอดีนจึงทำให้การเก็บเกลือเสริมไอโอดีนไม่ถูกวิธี ส่วนพฤติกรรมรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละ 1 เม็ด เป็นประจำทุกวันมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางนั้น กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าลิ้มรับประทาน อีกทั้งเจ้าหน้าที่บอกว่าเป็นยาบำรุง จึงไม่ทราบว่าเป็นยาเสริมไอโอดีนและไม่ทราบว่ามิใช่ประโยชน์อย่างไร ทำให้ไม่เห็นความสำคัญในการรับประทานยาทุกวัน ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมโดยเน้นให้เห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

3. ความสัมพันธ์ของการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พบว่าในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการรับรู้

ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค อุปสรรคของการปฏิบัติตน สามารถนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้⁽⁷⁾ รวมทั้งแนวคิดของ เพนเดอร์⁽⁸⁾ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา บัวบาน และคณะ⁽⁹⁾ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี 2561 ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการขาดสารไอโอดีน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด

4. ผลการศึกษาภายหลังการให้ความรู้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้สุขภาพ 5 ด้าน และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับความรู้ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาที่ครอบคลุมเรื่องไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้ทราบ ใช้คำพูดที่ไม่ยาก เป็นภาษาพื้นเมือง ฟังเข้าใจง่าย โดยแผนการสอนดังกล่าวพยาบาลผู้รับผิดชอบงานตรวจครรภ์ของ รพ.สต.จะนำมาเป็นเครื่องมือสอนทุกครั้งที่ยังตั้งครรภ์มารับการตรวจครรภ์ตามนัด เน้นให้หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน 1 เม็ดทุกวันเป็นประจำและแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่า เป็นยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่จะช่วยให้ลูกในท้องมีสมองดี สุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะได้รับความรู้จากสื่อคลิปเสียงที่จัดทำขึ้นภาษาชนเผ่าที่ผู้นำชุมชนจะเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมและเป็นช่องทางการสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายเพราะหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น

ชนเผ่าส่วนใหญ่อาศัยและตั้งบ้านเรือนอยู่บนดอยพื้นที่สูง แต่ละหมู่บ้านอยู่ห่างไกลกัน รวมทั้งเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าและไม่ได้เรียนหนังสือสื่อที่เหมาะสมจึงเป็นการสื่อสารด้วยเสียงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลรัตน์ โมทนา และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลการให้สุขศึกษาในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่จังหวัดเชียงรายในปี 2557 พบว่าภายหลังการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการให้ความรู้พบว่าสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับความรู้ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนจากการสอนของพยาบาลที่ รพ.สต.และได้รับฟังคลิปเสียงตามสาย ซึ่งประเมินได้จากข้อมูลการรับรู้และการปฏิบัติตนที่เพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับความรู้ โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนวันละเม็ดเป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽¹¹⁾ ที่รายงานว่าภาวะโภชนาการไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์หลังจากกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนแล้วพบว่าหญิงตั้งครรภ์ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภักดิ์ สิงห์เสนา⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นปี 2556 ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนน้อย และขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับไอโอดีน สำหรับ

ปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภคจากครัวเรือน ภายหลังให้ความรู้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณ ไอโอดีนในเกลือบริโภคจากครัวเรือนที่ได้ คุณภาพ 20-40 ppm เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.86 เป็นร้อยละ 79.37 แสดงให้เห็นว่าการได้รับความรู้ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนทำให้ หญิงตั้งครรภ์เลือกบริโภคและมีการเก็บรักษา เกลือเสริมไอโอดีนที่ถูกวิธีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

■ สรุป

การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติของพื้นที่ ตำบลม่อนปิ่น ยังขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาค ส่วนทั้งภาครัฐซึ่งประกอบด้วยองค์การบริหาร ส่วนตำบล หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และ ภาคประชาชน ผู้นำชุมชนและประชาชน รวมทั้ง ข้อจำกัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความหลากหลาย ของชาติพันธุ์ ภาษา ความเชื่อ และลักษณะของ พื้นที่ๆ อยู่อาศัย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับน้อย การให้ความรู้ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ รพ.สต.โดยมีเนื้อหาครอบคลุม เรื่องไอโอดีนที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้ทราบ ใช้คำพูดที่ไม่ยากเป็นภาษาพื้นเมือง ฟังเข้าใจง่าย โดยเน้นการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเป็น ประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ใช้สื่อที่เป็นภาษา ชนเผ่าต่างๆ รวมทั้งการใช้ช่องทางสื่อสาร ที่เหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย เช่น เสียงตามสายในหมู่บ้าน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ ชาวพื้นเมืองและชนเผ่ามีการรับรู้และมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขับเคลื่อนการนำนโยบาย ป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนลงสู่ การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนอย่าง จริงจัง และการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน
2. ควรสนับสนุนให้มีการอบรมเสริม สร้างความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนแก่หญิง ตั้งครรภ์ทุกคน ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ กระตุ้นให้ หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญและตระหนักถึง ความจำเป็นในการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน อย่างสม่ำเสมอและเน้นการรับประทานยาเม็ด เสริมไอโอดีนเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ
3. การอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่องโรค ขาดสารไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ควรใช้สื่อที่เป็น ภาษาพื้นเมืองและภาษาชนเผ่าต่างๆ รวมทั้ง การเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมและ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย เช่น เสียงตามสาย ในหมู่บ้าน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ชาวพื้นเมือง และชนเผ่ามีการรับรู้และมีพฤติกรรมปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างถูก ด้วและต่อเนื่อง

■ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารและปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิง ตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ตะเข็บ ชายแดน
2. การศึกษารูปแบบการป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่ม ชาติพันธุ์ในพื้นที่ตะเข็บชายแดนโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2563. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2562.
2. พัญู พันธุ์บูรณะ. หญิงตั้งครรภ์ต้องการไอโอดีนมากกว่าคนธรรมดาเพราะเหตุใด [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/obgyn/th/article/03112020-0902-th>.
3. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดำเนินงานโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน (ตุลาคม 2559-เมษายน 2561). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2561.
4. กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=422edc9d4d81d5c943a8ca9029f20e78.
5. ประเมธี วิมลศิริ. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อนาคตประเทศไทยเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: shorturl.at/psLVW
6. พงษ์ณี ขวัญเงิน, เกศรา ศรีพิชญากา, อัญชลี เล่าวงศ์ และจันทร์ฉาย สิงห์นนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2563;21(1):29-40.
7. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
8. สุรีย์ ธรรมิกบวร. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knownledgedetail/PD.pdf>.
9. กัลยา บัวบาน, วรณี เดียววิเศษ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27(3):1-9.
10. นวลรัตน์ โมทนา, ทศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย และสัณหเวช ไชยวงศ์. ผลการให้สุศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. วารสารนเรศวรพะเยา 2557;(2):178-84.
11. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ); 2559.
12. สุภาภัก สิงห์เสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

ประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โครงการสาวไทยแถมแถม : กรณีศึกษาสถานประกอบการ 6 แห่ง

สุนิสา ศุภเลิศมงคลชัย

สายพิณ โชติวิเชียร

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

กรรณิ ขวัญบุญจันทร์

อาพันธ์ชนิด เทพอวยพร

ณัชณิชา พรหมยศ

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 15 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไข 30 มิถุนายน 2565, วันตอบรับ 1 กรกฎาคม 2565.

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกผลักดันให้ประเทศสมาชิกมีนโยบายป้องกันภาวะโลหิตจางและการป้องกันความพิการแต่กำเนิดโดยมีคำแนะนำให้วิตามินธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้งแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศที่มีความชุกโลหิตจางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยได้มีนโยบายดังกล่าว ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการระดับโฟเลตและภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี โดยทำการศึกษาในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ในสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการสาวไทยแถมแถม จำนวน 229 คน ได้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจวิเคราะห์ RBC folate, Serum folate, CBC ในสัปดาห์ที่เริ่มต้น และสัปดาห์ที่ 12 โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์กินวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก ยา 1 เม็ดมีธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 20 และใช้ Paired-t-test statistic ผลการศึกษาหญิงวัยเจริญพันธุ์มีอายุเฉลี่ย 33.57 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 57.87 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.91 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.18 กิโลกรัม/เมตร² ภาวะโภชนาการตามระดับ BMI (kg/m²) น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.9 น้ำหนักสมส่วน ร้อยละ 52.4 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 12.3 อ้วน ร้อยละ 28.4 ความชุกโลหิตจางในกลุ่มก่อนกินวิตามิน ร้อยละ 21.8 และกลุ่มหลังกินวิตามิน ร้อยละ 24.0 สำหรับภาวะขาดโฟเลต ในกลุ่มหลังกินวิตามินมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัมคือ 18.01±5.06 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร สูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัม คือ 9.85±4.48 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดงในกลุ่มหลังกินวิตามิน คือ 892.45±484.35 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งมีปริมาณโฟเลตเพียงพอในการป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (Neural Tube Defect) คือ มากกว่า 400 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรหรือมากกว่า 906 นาโนโมลต่อลิตร และสูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงคือ 474.94±443.16 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ความพิการแต่กำเนิด โฟเลต ภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง

Effect of iron and folic acid supplementation in Thai reproductive age women : study in 6 factories of Thai girl red cheek project, 2019

Sunisa Supalertmongkonchai

Saipin Chotvichien

Bureau of Nutrition, Department of Health

Karunee Kwanbunjan

Apanchanid Thepouyporn

Natnicha Promyos

Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University.

Received 15 February 2022, Revised 30 June 2022, Accepted 1 July 2022.

Abstract

WHO had collaborated with member states initiated the national prevention of anemia and birth defects programs and recommends weekly iron-folic acid supplementation containing 60 mg iron and 2.8 mg folic acid for reproductive age women in areas where the prevalence of anemia is higher than 20%. Thailand has national prevention of anemia and birth defects programs because of study "Effect of iron and folic acid supplementation in Thai reproductive age women :study in 6 factories of Thai girl red cheek project, 2019" Objective: the study aims to determine prevalence of anemia and folate status in reproductive age women (15-49 years). Methods: We conducted experimental within subject design in reproductive age women in factories of Thai girl red cheek project (n=229) were estimated nutritional status and blood collection for Red blood cell folate, Serum folate and Complete blood count at baseline and at weeks 12. Moreover, women were received 60 mg iron and 2.8 mg folic acid once weekly for 12 weeks. Statistical analyses were performed using Version 20 of SPSS and used Paired-t-test. Results: The average age of sample was 33.57 years, mean body weight was 57.87 Kg, mean height was 157.91 cm, mean body mass index was 23.18 kg/m², nutritional status: normal was 52.4% ,underweight was 6.9% ,overweight was 12.3% and obesity was 28.4%. The prevalence of anemia at baseline was 21.8%, at weeks 12 was 24.0%. Mean plasma folate concentration at weeks 12 (18.01±5.06 ng/ml.) was higher than baseline (9.85±4.48 ng/ml.) was significant. Mean Red blood cell folate concentration at weeks 12 (892.45±484.35 ng/ml.) for preventing neural tube defects-affected pregnancies in women of reproductive age at the population level (>400 ng/mL or >906 nmol/l.) and higher than at baseline (474.94±443.16 ng/ml.) was significantly.

Keywords : Birth defects, folate, nutritional status, anemia

■ บทนำ

จากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2556-2557 พบความชุกโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ร้อยละ 22.7⁽¹⁾ และรายงานประจำปี พ.ศ.2559 ความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย โครงการจดทะเบียนความพิการแต่กำเนิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวม 49 โรงพยาบาลในพื้นที่ 41 จังหวัด ในระยะเวลา 1 ปีพบว่า มีเด็กเกิดมีชีพทั้งสิ้น 171,401 ราย พบเด็กพิการแต่กำเนิด จำนวน 4,679 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.73 ของเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยพบโรคหัวใจ แขนขาผิดปกติ ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ และภาวะน้ำคั่งในสมองแต่กำเนิด ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งปัญหาความพิการแต่กำเนิด มีสาเหตุสำคัญมาจากปัญหาภาวะทุพโภชนาการในมารดาที่ขาดโฟเลต ซึ่งโฟเลตเป็นสารอาหารซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวิตามินละลายในน้ำ ทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ในปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการคือนิวคลีอิกและกรดอะมิโน ทำหน้าที่สังเคราะห์ purine และ pyrimidine nucleotide ซึ่งจำเป็นสำหรับการลอกแบบ (replication) และการซ่อมแซม DNA ในเซลล์ รวมไปถึงการสังเคราะห์⁽³⁾ RNA ด้วย เมื่อร่างกายขาดโฟเลตจะทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ นอกจากนี้โฟเลตยังจำเป็นในการสังเคราะห์ S-adenosylmethionine (SAM) ซึ่งเป็นตัวให้ methyl group ในปฏิกิริยา methylation ต่างๆ เช่น methylation ของ DNA base คือ cytosine ไปได้เป็น thymine เมื่อเกิดภาวะโฟเลตต่ำ ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์ชะงัก เช่น เซลล์สร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติและเกิดภาวะโลหิตจางชนิดที่เรียกว่า megaloblastic anemia⁽⁴⁻⁵⁾ และมีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโฟเลตต่ำในหญิง

ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค neural tube defects (NTDs) และอาการปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft palate) ในทารกแรกเกิด⁽¹⁻⁴⁾ โดยที่หญิงตั้งครรภ์ควรมีระดับโฟเลตในเลือดเท่ากับ 906 นาโนโมลต่อลิตร ที่จะป้องกันการเกิดโรค neural tube defects⁽⁶⁾ และจากรายงานปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 ได้กำหนดปริมาณโฟเลตที่แนะนำให้บริโภคสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี เท่ากับวันละ 300 ไมโครกรัม ดังนั้นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการตั้งครรภ์เมื่อร่างกายขาดโฟเลต นอกจากจะมีภาวะโลหิตจางแล้วยังมีความเสี่ยงต่อทารกพิการแต่กำเนิด การวิเคราะห์ปริมาณโฟเลตใช้วิธีทางจุลชีววิทยาด้วย *Lactobacillus casei* (ATCC No.7469) ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่ต้องการโฟเลตในการเจริญเติบโต การประเมินภาวะโภชนาการของโฟเลตวัดจากปริมาณโฟเลตในซีรัมและโฟเลตในเม็ดเลือดแดง ปริมาณโฟเลตในซีรัมของคนปกติอยู่ในช่วง 6-20 นาโนกรัม/มิลลิลิตร⁽⁷⁾ องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าปริมาณโฟเลตในซีรัมต่ำกว่า 3 นาโนกรัม/มิลลิลิตร เป็นดัชนีชี้วัดภาวะการขาดโฟเลต ปริมาณโฟเลตในซีรัมแสดงถึงความสมดุลของโฟเลตที่ร่างกายได้รับจากอาหารและเกิดการเคลื่อนย้ายไปยังส่วนต่างๆ ของอวัยวะในร่างกาย จึงเป็นค่าที่ประเมินปริมาณโฟเลตที่ได้รับจากอาหารในช่วง 1-3 สัปดาห์ และปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงของคนปกติอยู่ในช่วง 160-640 นาโนกรัม/มิลลิลิตร องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่า ปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร เป็นดัชนีชี้วัดภาวะขาดโฟเลต ปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงแสดงถึงปริมาณโฟเลตที่สะสมในร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงชีวิตของเม็ดเลือดแดงที่ต้องอาศัยโฟเลตตั้งแต่เริ่มสร้างและเก็บสะสมไว้เท่าที่เซลล์นั้นมีชีวิตอยู่

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการระดับโฟเลตในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี
2. เพื่อศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี

■ วิธีการศึกษา

● **การคำนวณขนาดตัวอย่าง**

1. การออกแบบ Experimental within subject design study
2. ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ในสถานประกอบการ
3. การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มดังนี้

$$n = \frac{[DEFF \cdot Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2)_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p)]}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = ตัวเลขที่กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% จะมีค่าเท่ากับ 1.96

DEFF = design effect (for cluster surveys) มีค่าเท่ากับ 1

N = population size จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการ 6 แห่ง จำนวน 2,771 คน

P = the estimated proportion จากการศึกษา Food Behavior and folate status of hill-tribe schoolchildren and women of childbearing age on the northern border of Thailand ปี 2008⁽⁶⁾ พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี มีภาวะขาดโฟเลต (RBC folate < 140 ng/ml เท่ากับ 25% หรือ 0.25)

1-p = 0.75

d = desired absolute precision or absolute level of precision เท่ากับ 5% หรือ 0.05

ดังนั้น $n = \frac{[1 \times 2,771 \times 0.25 (1-0.25)]}{[0.05^2 \times (2,771-1) + 0.25 \times (1-0.25)]}$
 1.96^2

= 280.92 คน

คาดการณ์ประมาณหญิงวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 15 ของตัวแทนที่ไม่ยินยอมตรวจเลือดคือ 42 คน

ดังนั้น ขนาดหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการตรวจเลือด = 281 + 42 = 323 คน หรือประมาณ 325 คน

● **การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น 2 ขั้นตอน (Two-stage non-probability sampling) ดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างโรงงานใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถานประกอบการที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมีสถานประกอบการสมัครเข้าร่วมโครงการสาวไทยแถมแดง จำนวน 27 แห่ง

2. สุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากสถานประกอบการ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ บจก. ไทยอุตสาหกรรมน้ำตาล บจก.ซี.บี.แพค (ประเทศไทย) บจก.ซีไนเตอร์ (ไทยแลนด์) บมจ.ซีพี ออลล์ และ บจก.นครินทร์พัฒนาเวชกิจ ใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ขอนแก่น จำนวน 325 คน และทำการสำรวจภาวะโภชนาการภาวะโลหิตจาง ปริมาณโฟเลตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในสถานประกอบการ

เกณฑ์คัดออก 1) อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2) อยู่ระหว่างการให้นมบุตร

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงโดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ซึ่งชั่งได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม เครื่องมือที่ใช้

วัดส่วนสูงภาคสนาม วัดค่าเป็นเซนติเมตร ได้ละเอียด 0.1 เซนติเมตร

2. เก็บตัวอย่างเลือด โดยผู้เจาะเลือดจะเป็นนักเทคนิคการแพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี ซึ่งหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ในสถานประกอบการนั่งตอาหารนาน 8-10 ชั่วโมง พยาบาลเจาะเลือด ประมาณ 8 มล. นำเลือดใส่ clotted blood tube ขนาด 4 มล. ไปปั่นแยกที่ 2500 rpm นาน 10 นาที ดูดเฉพาะซีรัมใส่ microtube ขนาด 1.5 มล. เพื่อส่งตรวจวัดปริมาณโฟเลตในซีรัม และเลือดที่เหลือ 4 มล. ใส่ EDTA tube ขนาด 2 มล. จำนวน 2 tube เพื่อวัดปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดง และตรวจความสมบูรณ์ของเลือด แล้วนำ microtube (serum folate) และ EDTA tube (RBC folate, CBC) บรรจุกับน้ำแข็ง วิทยาศาสตร์โดยใส่ในกล่องโฟม แล้วนำส่งเพื่อมาวิเคราะห์ค่าโฟเลตในซีรัมและค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดงด้วยวิธี microbiological assay ที่ภาควิชาโภชนศาสตร์เขตร้อนและวิทยาศาสตร์อาหาร คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาสาสมัครจะกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก โดยผลิตภัณฑ์ชื่อเฟอร์โรโฟลิก ยา 1 เม็ด ประกอบด้วย เฟอร์รัส ฟูมาเรต (ferrous fumarate) 182.5 มิลลิกรัม เทียบเท่ากับธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์

4. หลังจากกินวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกครบ 12 สัปดาห์จะเก็บตัวอย่างเลือดจากอาสาสมัครครั้งที่ 2 เพื่อนำมาวิเคราะห์หาค่า RBC folate Serum folate และ CBC

5. แจ้งผลการวิเคราะห์เลือดแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาหากตรวจพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะโลหิตจางหรือขาดโฟเลต

ก็จะแจ้งผลแก่สถานประกอบการ สจจ. และ รพ.สต. เพื่อติดตามการดูแลรักษาต่อไป

6. ติดตามการกินวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกทางโทรศัพท์กับผู้ประสานงานหลักในสถานประกอบการทั้ง 6 แห่ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง และอาสาสมัครตอบแบบสอบถามซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการกินวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิก

● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 20 หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05

2. วิเคราะห์ทางสถิติใช้ Paired-t-test statistic โดยเปรียบเทียบกับค่า RBC folate และ Serum folate ระหว่างค่า baseline กับหลังกินวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกนานครบ 12 สัปดาห์

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง⁽¹²⁾

องค์การอนามัยโลกปี 2011 กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ >15 ปี คือค่าฮีโมโกลบิน <12 กรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าฮีมาโตคริต <36%

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะขาดโฟเลต⁽⁶⁾

องค์การอนามัยโลกปี 2015 กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยขาดโฟเลตคือ ปริมาณโฟเลตในซีรัม <3 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร หรือปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดง <100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร โอกาสขาดโฟเลต คือปริมาณโฟเลตในซีรัม 3-5.9 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ร่างกายมีระดับโฟเลตปกติ คือปริมาณโฟเลตในซีรัม 6-20 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และร่างกายมีระดับโฟเลตเกิน คือปริมาณโฟเลตในซีรัม > 20 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

เกณฑ์การวินิจฉัยปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงที่สามารถป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (Neural Tube Defect)⁽⁶⁾

องค์การอนามัยโลกปี 2015 กำหนดเกณฑ์ การวินิจฉัยปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดง ที่เพียงพอสามารถป้องกันภาวะหลอดประสาท ไม่ปิด (Neural Tube Defect) คือ >906 นาโน โมลต่อลิตร หรือ >400 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโภชนาการ⁽¹³⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโภชนาการตาม ระดับดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (Kg/m²) มีดังนี้ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ มีดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index <18.5 Kg/m² สมส่วนมีดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index 18.5-22.9 Kg/m² น้ำหนักเกินมีดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index 23-24.9 Kg/m² อ้วนมีดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index > 24.9 Kg/m²

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการ 311 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563

■ ผลการศึกษา

จากการศึกษาประสิทธิภาพการเสริม วิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โครงการสาวไทยแถมแดง : กรณีศึกษาสถาน ประกอบการ 6 แห่ง พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งหมดจำนวน 229 คนหลังจากเสริมวิตามิน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกนาน 12 สัปดาห์ มีอายุ เฉลี่ย 33.57 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 57.87 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.91 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 23.18 กิโลกรัม/เมตร²

ภาวะโภชนาการตามระดับ BMI (kg/m²) หญิงวัยเจริญพันธุ์มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5 kg/m²) จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.9 น้ำหนักสมส่วน (BMI 18.5-22.9 kg/m²) จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 น้ำหนัก เกิน (BMI 23-24.9 kg/m²) จำนวน 28 คน

คิดเป็นร้อยละ 12.3 อ้วน (BMI >24.9 kg/m²) จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 28.4

ระดับการศึกษา หญิงวัยเจริญพันธุ์ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ระดับ ปวช หรือ ปวส จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ระดับปริญญา ตรีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ระดับสูง กว่าปริญญาตรี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5

การรับประทานวิตามินธาตุเหล็กและ กรดโฟลิก หลังได้รับวิตามินหญิงวัยเจริญพันธุ์ ไม่ได้รับประทานเลย จำนวน 46 คน คิดเป็น ร้อยละ 20.1 รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 62.4 รับประทานทุกวัน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.8 รับประทาน สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 รับประทานวิตามินยาก เช่น กลิ่นยาลำบาก ยามีกลิ่น จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 รับประทานอย่างง่าย เช่น กลิ่นอย่างง่าย จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รับประทานวิตามินมีอาการข้างเคียง เช่น ถ่ายอุจจาระดำ หรือคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 17

มีความรู้เกี่ยวกับธาตุเหล็กและกรดโฟลิก หลังได้รับวิตามินหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ เกี่ยวกับธาตุเหล็กและโฟเลต รู้ว่าตับ เลือด เครื่องใน เนื้อสัตว์ มีปริมาณ ธาตุเหล็กสูง จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 รู้ว่าผัก ผลไม้ มีปริมาณโฟเลตสูงจำนวน 166 คน คิดเป็น ร้อยละ 72.5 รู้ว่าต้องกินผักผลไม้ให้ได้ 400 กรัม ต่อวัน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 รู้ว่า วิตามินซีช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 รู้ว่าชา กาแฟ นม ไปยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

การเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรด

โฟลิกกินสัปดาห์ละ 1 ครั้งนาน 12 สัปดาห์ ในหญิงวัยเจริญพันธุ์เมื่อเปรียบเทียบความชุกโลหิตจางในกลุ่มก่อนกินวิตามิน (ร้อยละ 21.8) และกลุ่มหลังกินวิตามินมีความชุกโลหิตจางสูงขึ้น (ร้อยละ 24.0) สำหรับภาวะขาดโฟเลตในกลุ่มหลังกินวิตามินมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัมคือ 18.01 ± 5.06 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร สูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามิน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัม คือ 9.85 ± 4.48 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดงในกลุ่มหลังกินวิตามินมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดง คือ 892.45 ± 484.35 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร สูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดง คือ 474.94 ± 443.16 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ดังแสดงในตารางที่ 2

หลังการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกกินสัปดาห์ละ 1 ครั้งนาน 12 สัปดาห์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุของหญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่า กลุ่มอายุ 30-49 ปีมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ร้อยละ 45.1) สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 32.2) เช่นเดียวกับความชุกโลหิตจางในกลุ่มอายุ 30-49 ปี (ร้อยละ 28.9) สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปี (ร้อยละ 22.1) ในขณะที่กลุ่มอายุ 30-49 ปีมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัม (18.44 ± 5.55 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) สูงกว่าในกลุ่มอายุ 15-29 ปี (16.35 ± 4.49 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) สำหรับค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงในกลุ่มอายุ 30-49 ปี (946.92 ± 540.97 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) และสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปี (832.78 ± 364.62 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) ดังแสดงในตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

องค์การอนามัยโลกผลักดันให้ประเทศสมาชิกมีนโยบายป้องกันภาวะโลหิตจางและการ

ขาดโฟเลตในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยมีคำแนะนำให้วิตามินธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้งแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศที่มีความชุกโลหิตจางมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20⁽⁹⁻¹⁰⁾ สำหรับประเทศไทยได้เริ่มมีนโยบายดังกล่าวตั้งแต่ปี 2560 ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการสาวไทยแถมแดง โดยที่การศึกษานี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ 325 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 2,771 คน จากสถานประกอบการทั้งหมด 6 แห่ง แต่เก็บข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์ได้เพียงจำนวน 229 คน มีสาเหตุเนื่องมาจากการเป็นนักศึกษาที่มีการเก็บตัวอย่างเลือดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งก่อนและหลังกินวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกนานครบ 12 สัปดาห์ จึงทำให้มีหญิงวัยเจริญพันธุ์บางคนไม่สามารถเก็บตัวอย่างเลือดครบทั้งในช่วงก่อนและหลังกินวิตามิน สาเหตุมาจากที่มิวิจัยไปเก็บข้อมูลไม่ตรงกับตารางเวลาทำงานของหญิงวัยเจริญพันธุ์ซึ่งได้ประสานก่อนลงไปเก็บข้อมูล บางคนย้ายที่ทำงานหรือลาออก บางคนมีการตั้งครุฑ ทำให้เก็บข้อมูลได้น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ เมื่อทำการตรวจสอบข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์เพียงจำนวน 229 คน จากผลการศึกษาพบว่า การเสริมวิตามินธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมและกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครบ 12 สัปดาห์นั้นสามารถเพิ่มปริมาณโฟเลตในร่างกายคนปกติได้ทั้งปริมาณโฟเลตในซีรัมและปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงในกลุ่มหลังกินวิตามิน คือ 892.45 ± 484.35 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร มีปริมาณโฟเลตเพียงพอในการป้องกันภาวะ

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการ การรับประทานวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิก และมีความรู้เกี่ยวกับธาตุเหล็กและโฟเลตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามก่อนกินวิตามินและหลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์ (N=229 คน)

ลักษณะทั่วไป	ก่อนกินวิตามิน		หลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	32.59±7.55		33.57±7.2		0.000
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	57.08±11.59		57.87±11.63		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	158.06±5.52		157.91±5.56		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	22.84±4.42		23.18±4.53		
ภาวะโภชนาการตามระดับ BMI (kg/m ²)	N=229		N=229		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.5 kg/m ²)	28	12.1	16	6.9	
สมส่วน (BMI18.5-22.9 kg/m ²)	110	48.1	120	52.4	
น้ำหนักเกิน (BM 23-24.9 kg/m ²)	30	12.9	28	12.3	
อ้วน (BMI>24.9 kg/m ²)	61	26.9	65	28.4	
ระดับการศึกษา	N=229		N=229		
ประถมศึกษา	21	9.2	27	11.6	
มัธยมศึกษา	85	36.9	80	35	
ปวช/ปวส	46	20.1	42	18.4	
ปริญญาตรี	74	32.3	79	34.5	
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.5	1	0.5	
การรับประทานวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก	N=229		N=229		
ไม่ได้รับประทาน	204	89.1	46	20.1	
รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	42	18.3	143	62.4	
รับประทานทุกวัน	19	8.3	11	4.8	
รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องครบ 3 เดือน	26	11.4	68	29.7	
รับประทานยาก	8	3.5	14	6.1	
รับประทานง่าย	48	21	128	55.9	
อาการข้างเคียง	11	4.8	39	17	
มีความรู้เกี่ยวกับธาตุเหล็กและโฟเลต	N=229		N=229		
รู้ว่าตับ เลือด เครื่องใน เนื้อสัตว์ มีปริมาณธาตุเหล็กสูง	195	85.2	210	91.7	
รู้ว่าผัก ผลไม้ มีปริมาณโฟเลตสูง	212	92.6	166	72.5	
รู้ว่าต้องกินผักผลไม้ 400 กรัมต่อวัน	47	20.5	61	26.6	
รู้ว่าวิตามินซีช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก	182	79.5	163	71.2	
รู้ว่าชา กาแฟ นม ไปยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก	98	42.8	118	51.5	

หลอดประสาทไม่ปิด (Neural Tube Defect) คือ มากกว่า 400 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรหรือมากกว่า 906 นาโนโมลต่อลิตร และสูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงคือ 474.94±443.16 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงและปริมาณ

โฟเลตในซีรัม พิจารณาตามความแตกต่างระหว่างอายุของหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่ากลุ่มอายุ 30-49 ปี มีปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงและปริมาณโฟเลตในซีรัมสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-29 ปี ได้ทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเสริมกรดโฟลิก 0.4 มิลลิกรัมกินทุกวัน กับเสริมกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม

ตารางที่ 2 ค่าฮีมาโตคริต โฟเลตในซีรัม และโฟเลตในเม็ดเลือดแดงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามก่อนกินวิตามินและหลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์ (N=229 คน)

ภาวะโลหิตจาง และระดับโฟเลต	ก่อนกินวิตามิน			หลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์			p-value
	Mean±SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean±SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ฮีมาโตคริต (%)	38.01±3.6	N=229		37.89±3.58	N=229		0.410
ซีด (ฮีมาโตคริต < 36 %)		50	21.8		55	24.0	
ปกติ (ฮีมาโตคริต ≥ 36 %)		179	78.2		174	76.0	
โฟเลตในซีรัม (นาโนกรัม/มิลลิลิตร)	9.85±4.48	N=229		18.01±5.06	N=229		0.000
ขาดโฟเลต <3		10	4.4		0	0	
ปกติ ≥3		219	95.6		229	100.0	
โฟเลตในเม็ดเลือดแดง (นาโนกรัม/มิลลิลิตร)	474.94±443.16	N=229		892.45±484.35	N=229		0.000
ขาดโฟเลต < 140		4	1.7		0	0	
ปกติ ≥ 140		225	98.3		229	100.0	

กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อดูปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประเทศนิวซีแลนด์⁽⁷⁾ ผลการศึกษาดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดงที่ระดับพื้นฐาน กับสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 การเสริมกรดโฟลิกทั้งแบบกินทุกวันและสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพิ่มโฟเลตในเม็ดเลือดแดง ในสัปดาห์ที่ 12 มากกว่า สัปดาห์ที่ 6 และปริมาณโฟเลตในเม็ดเลือดแดงมีเพียงพอป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (มากกว่า 906 นาโนโมลต่อลิตร) และกลุ่มที่ได้รับการเสริมกรดโฟลิกขนาด 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถเพิ่มระดับโฟเลตในเม็ดเลือดแดง (900 นาโนโมลต่อลิตร) ซึ่งสัมพันธ์กับการป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด แม้ว่าจะมีผลไม่เท่ากับการเสริมกรดโฟลิก 0.4 มิลลิกรัมกินทุกวัน (โฟเลตในเม็ดเลือดแดง = 1053 นาโนโมลต่อลิตร)

นอกจากนี้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกจำนวน 3 รูปแบบคือการเสริมด้วยธาตุเหล็กขนาดเดียว คือ

60 มิลลิกรัม แต่เสริมกรดโฟลิก ด้วยขนาดแตกต่างกันคือ 0, 0.4, 2.8 มิลลิกรัม และให้กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นานครบ 16 สัปดาห์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศมาเลเซีย พบว่าการเสริมด้วยกรดโฟลิกขนาด 2.8 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ จะมีค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดง (851±208 นาโนโมลต่อลิตร) มีปริมาณเพียงพอป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิดและสูงกว่าการเสริมด้วยกรดโฟลิกขนาด 0.4 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ (554±148 นาโนโมลต่อลิตร) และกรดโฟลิก 0 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ (466±158 นาโนโมลต่อลิตร) ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความชุกโลหิตจางในกลุ่มก่อนกินวิตามินและกลุ่มหลังกินวิตามิน พบว่ามีความชุกโลหิตจางสูงขึ้นคือร้อยละ 21.8 และร้อยละ 24.0 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้จากการที่กลุ่มหลังกินวิตามินได้รับการเสริมด้วยธาตุเหล็กเพียง 60 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นปริมาณเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการธาตุเหล็กที่ควรได้รับประจำวัน ร่วมกับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง และระดับโฟลเลตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในช่วงอายุ 15-29 ปีและอายุ 30-49 ปี จำนวนตามก่อนกินวิตามินและหลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์ (N=299)

ภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจางและระดับโฟลเลต	อายุ 15-29 ปี						อายุ 30-49 ปี					
	ก่อนกินวิตามิน			หลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์			ก่อนกินวิตามิน			หลังกินวิตามินนาน 12 สัปดาห์		
	Mean±SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean±SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean±SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean±SD	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการตามระดับ BMI (kg/m ²)	22.00±4.43	n=87		22.47±4.42	n=87		23.26±4.43	n=142		23.58±4.65	n=142	
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5 kg/m ²)	16	18.4		8	9.2		12	8.5		8	5.6	
สมส่วน (BMI 18.5-22.9 kg/m ²)	46	52.9		51	58.6		66	46.5		70	49.3	
น้ำหนักเกิน (BMI 23-24.9 kg/m ²)	5	5.7		7	8.0		23	16.2		20	14.1	
อ้วน (BMI >24.9kg/m ²)	20	23		21	24.2		41	28.8		44	31.0	
ซีมาโตคริต (%)	38.76±3.51	n=77		38.43±3.15	n=77		37.56±3.69	n=152		37.55±3.85	n=152	
ซีด (ซีมาโตคริต < 36 %)	19	24.7		17	22.1		41	27		44	28.9	
ปกติ (ซีมาโตคริต ≥ 36 %)	58	75.3		60	77.9		111	73		108	71.1	
โฟลเลตในซีรัม (นาโนกรัม/มิลลิลิตร)	8.84±3.90	n=80		16.35±4.49	n=80		10.27±4.66	n=149		18.44±5.55	n=149	
ขาดโฟลเลต <3	9	11.3		0	0		8	5.4		0	0	
ปกติ ≥3	71	88.7		80	100		141	94.6		149	100	
โฟลเลตในเม็ดเลือดแดง (นาโนกรัม/มิลลิลิตร)	391.56±256.54	n=87		832.78±364.62	n=87		391.56±256.54	n=142		946.92±540.97	n=142	
ขาดโฟลเลต < 140	4	4.6		0	0		1	0.7		0	0	
ปกติ ≥ 140	83	95.4		87	100		141	99.3		142	100	

เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีประจำเดือนจะมีการสูญเสียธาตุเหล็กทางประจำเดือนในปริมาณที่แตกต่างกันอาจเสียเลือด 6-179 มิลลิลิตรต่อครั้ง และการสูญเสียเลือดในประจำเดือนน้อยหรือมาก ขึ้นกับแต่ละบุคคลและอาจมีปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมด้วย จึงต้องการธาตุเหล็กเพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียจากร่างกายประจำวัน รวมถึงการเสียเลือดทางประจำเดือนเป็นความต้องการธาตุเหล็กในแต่ละวัน ด้วยเหตุดังกล่าวหญิงวัยเจริญพันธุ์จึงมีความต้องการธาตุเหล็กสูงและมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจาง

■ สรุป

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการระดับโฟเลตและภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปีในสถานประกอบการที่ร่วมโครงการสาวไทยแถมแดง โดยใช้เป็นข้อมูลที่บอกปัญหาและกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการเสริมวิตามินธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมและกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้งในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งพบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความชุกโลหิตจางก่อนกินวิตามินร้อยละ 21.8 และหลังกินวิตามินร้อยละ 24.0 สำหรับภาวะขาดโฟเลตในกลุ่มหลังกินวิตามินมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัมคือ 18.01 ± 5.06 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรสูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในซีรัมคือ 9.85 ± 4.48 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าโฟเลตในเม็ดเลือดแดงในกลุ่มหลังกินวิตามินมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงคือ 892.45 ± 484.35 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรซึ่งมีปริมาณโฟเลตเพียงพอในการป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (Neural Tube Defects) คือมากกว่า 400 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรหรือ

มากกว่า 906 นาโนโมลต่อลิตร และสูงกว่ากลุ่มก่อนกินวิตามินซึ่งมีค่าเฉลี่ยโฟเลตในเม็ดเลือดแดงคือ 474.94 ± 443.16 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อนำไปใช้สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีภาวะโภชนาการที่ดี และสุขภาพแข็งแรงเพื่อเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ในอนาคต อันจะนำไปสู่การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

1. ประเทศไทยยังขาดข้อมูลโฟเลตของคนไทย จึงเสนอควรมีการสำรวจสถานการณ์ระดับโฟเลตในเลือดของคนไทยในกลุ่มเป้าหมายหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเสริมวิตามิน กรดโฟลิกขนาด 0.4 มิลลิกรัม กินทุกวัน เปรียบเทียบกับการเสริมวิตามินรวมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนและมีความปลอดภัยในการเสริมวิตามินกรดโฟลิกแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณภาควิชาโภชนศาสตร์ เขตร้อยและวิทยาศาสตร์อาหาร คณะเวชศาสตร์เขตร้อย มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมศึกษาวิจัยและสถานประกอบการทั้ง 6 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ บจก.ไทยอุตสาหกรรมน้ำตาล บจก.ซี.บี.แทค (ประเทศไทย) บจก.ซี.เอ็น.เดอร์ (ไทยแลนด์) บมจ.ซีพี ออลล์ ขอนแก่น บมจ. ซีพี ออลล์ สุราษฎร์ธานี บจก.นครินทร์พัฒนาเวชกิจ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2557
2. โครงการจัดทะเบียนความพิการแต่กำเนิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559 ความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วงศ์สว่างพับลิชชิ่งแอนด์พริ้นติ้ง; 2559.
3. คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563 Dietary Reference intake for Thai 2020. นนทบุรี: เอ.วี.โปรเกรสซีฟ; 2563.
4. European Food Safety authority. Dietary Reference Value for Folate. EFSA Journal 2014;12(11):3893
5. Food and Nutrition Board Institute of Medicine. Folate. Dietary Reference Intake for Thiamine, Riboflavin, Niacine, Vitamin B 6 ,Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline. Washington DC United states of America: the Natonal Academy of Sciences; 1998.
6. World Health Organization. Serum and red blood cell folate concentrations for assessing folate status in populaions.Vitamin and mineral Nutrition Information System. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. ประภาพรพรรณ เตชชนัง, อรอนงค์ กังสดาลอำไพ, ชิตริตน์ ปานม่วง, จีระรัตน์ จีระมะการ. ปริมาณโฟเลตในเลือดและน้ำนมแม่ของสตรีให้นมบุตร. Journal of Nutrition Association of Thailand 2009;44(4):128-38.
8. Kwanbunjan K, Thepouyporn A, Songmuaeng K, Nakosiri W, Cheeramakara C, Chusongsang Y. Food Behavior and Folate status of hill-tribe schoolchildren and women of childbearing age on the northern border of Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2008;39:353-61.
9. Samson KLI, Loh SP, Lee SS, Sulistyoningrum DC, Khor GL, Shariff ZBM. Weekly iron-folic acid supplements containing 2.8 mg folic acid are associated with low risk of neural tube defects than the current practice of 0.4 mg: a randomized controlled trial in Malaysia. BMJ Global Health 2020;5(12):1-9.
10. Cavalli-Sforza T. Effectiveness of Weekly Iron-Folic Acid Supplementation to Prevent and control Anemia among Women of Reproductive Age in Three Asian Countries : Development of the Master protocol and Implementation Plan. Nutrition Reviews 2005;63:s77-s80.
11. Norsworthy B, Skeaff CM, Adank C and Green TJ. Effect of once-a-week or daily folic acid supplementation on red blood cell folate concentration in women. European Journal of Clinical Nutrition; 2004;58(3):548-54.
12. World Health Organization1. Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control.1. USA; 2001.
13. ธีรवारณ เขาวนลิติกุล, กานต์ณัชชา สร้อยเพชร. โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ลดความอ้วนใน 12 สัปดาห์. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สิริวิรัตน์ วีระเดช*

ละอองดาว วงศ์อำมาตย์

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วันรับ 29 เมษายน 2565, วันแก้ไข 3 สิงหาคม 2565, วันตอบรับ 24 สิงหาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรเป้าหมายคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 25 คน และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม 2564-มกราคม 2565 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ 1) จัดสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข และการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2) ศึกษาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้แบบเก็บข้อมูลกิจกรรม และ 3) ประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และตรวจสอบภาวะปริทันต์และคราบจุลินทรีย์ผู้สูงอายุในโรงเรียน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนาหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และจัดทำแผนดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุ และแผนการบริการสุขภาพช่องปาก ระยะที่ 3 ปฏิบัติการ และระยะที่ 4 การประเมินผลโดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และตรวจสอบภาวะปริทันต์และคราบจุลินทรีย์ผู้สูงอายุ และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการปรับปรุงแผนงานและการดำเนินงาน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม (ด้านนโยบายและการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข และการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ) แบบบันทึกกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และแบบตรวจสอบภาวะปริทันต์และคราบจุลินทรีย์ผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติ paired t-test ส่วนข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่ม รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) หลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 6 เรื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฟัน อนามัยช่องปาก อาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก การตรวจฟันและเหงือก การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง 2) กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการชมรม การดำเนินกิจกรรมของชมรม การจัดสวัสดิการและเกื้อกูลสมาชิกชมรม และการระดมทุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การบริการสุขภาพช่องปากโดยเครือข่ายบริการในตำบลแสนสุขและอำเภอ มีประธานชมรมโรงเรียนผู้สูงอายุและผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นแกนประสานงานและขับเคลื่อน 4) การติดตามประเมินผลโดยศูนย์อนามัย และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน หลังจากดำเนินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 84.0 มีความพึงพอใจในระดับมาก ด้านอนามัยช่องปาก ผู้มีฟันสะอาดเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็นร้อยละ 6.0 และมีสัดส่วนของผู้มีคราบจุลินทรีย์ระดับน้อยมาก (ติดสีย้อมเป็นจุดๆ) เพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้ที่มีร่องปริทันต์ปกติเพิ่มขึ้น และผู้มีหินปูนร่วมด้วยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 48.0 เป็นร้อยละ 38.0 รูปแบบ

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนี้เป็นการแก้ปัญหาตรงความต้องการของผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่ เกิดการจัดบริการระดับตำบลที่ครอบคลุมด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล และเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุสามารถทำความสะอาดฟันดีขึ้นและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้มีอนามัยช่องปากดีขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก หลักสูตร การบริการสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ

* ผู้เขียนหลัก, Email: Aor16weeradet@gmail.com

Development of oral health care model for elderly school in Sansook sub-district, Warinchamrab district, Ubon Ratchathani Province

Sirirat Weeradet*

Laongdao Wongammat

Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

Received 29 April 2022, Revised 3 August 2022, Accepted 24 August 2022.

Abstract

This action research aimed to develop a model of oral health care for social bound elderly group attending the Sansook Elderly school, Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province. The target population is 25 stakeholders and 50 elderlies in elderly school, implemented during May 2021-January 2022 divided into 4 phases as follows: Phase 1 studies the context and basic information, consisting of 3 activities: 1) organized a group discussion about the policies and operations of Sansook Subdistrict Municipality Elderly School and oral health care for the elderly. 2) to study the curriculum for elderly schools using the activity data collection; and 3) to assess knowledge and behavior of oral health care. and check periodontal and plaque conditions in elderly school. Phase 2 Develop a model for oral health care. by organizing a workshop for stakeholders To develop a curriculum for oral health care for the elderly and to formulate an action plan in elderly school and an oral health service plan. Phase 3 is an operation and stage 4 is assessed and returned by evaluating knowledge and behavior of oral health care. and examine the condition of periodontitis and plaque in the elderly and return information to stakeholders for improvement of plans and operations. Research tools include group discussion guidelines. (Policy and operation of the school for the elderly in Sansook Subdistrict Municipality and oral health care for the elderly). School activities for the elderly survey of knowledge and behavior of oral health in the elderly and the periodontal and plaque condition examination form for the elderly Quantitative data were analyzed by descriptive statistics; number, percentage, mean, and compared average scores of knowledge, behavior and participation before and after the oral health care model were performed with paired t-test statistics, the qualitative data section uses content analysis and grouping. The model of oral health care for the elderly in the Elderly School consists of 1) Oral health care courses for the elderly. There are 6 essential knowledge content for the elderly, including tooth changes, oral hygiene, food and behavior at risk of oral disease examination of teeth and gums promoting oral health and preventing disease and taking care of your own oral health. 2 Activities for the elderly in 4 areas: club management Implementation of club activities Welfare and support for club members and fundraising and community involvement. 3) Oral health services by service networks in Sansook Subdistrict and District There is a chairman of the School Club and the Director of the Department of Public Health and Environment as the coordinating and driving axis. After implementing the oral health care model in the school for the elderly, it was found that the elderly had average scores

on knowledge and behavior, statistically significant increase ($p < 0.001$). Participation increased but was not statistically significant, with 84.0% having a high level of satisfaction. oral hygiene Those with clean teeth increased from 0 to 6.0% and the proportion of those with a very low level of plaque was increased. (spot dye) increased. This model of oral health care with stakeholder participation is a solution to the needs of the elderly according to the local context, established sub-district-level services that cover knowledge access to information and access to services. The elderly can clean their teeth better and receive oral health services. improve oral hygiene.

Keywords : oral health care model, course, oral health service, elderly, elderly school

*Main author, Email: Aor16weeradet@gmail.com

■ บทนำ

เทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.42 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรประเทศไทย⁽²⁾ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 3.11⁽¹⁾ ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของปัญหาที่ทำให้พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ไม่ผ่านตามเกณฑ์

โรคปริทันต์เป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันทำให้มีปัญหาการบดเคี้ยวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽³⁾ จำเป็นต้องได้รับการสุขภาพช่องปาก แต่ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและมีแผนการดูแลเพียงร้อยละ 33.7 ในจำนวนนี้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคเพียงร้อยละ 6.7 ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไม่เหมาะสม อาจเกิดจากช่องว่างของการรับรู้ข้อมูลในการรับบริการและความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง⁽⁴⁾

สภาพสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแล ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั่วถึง เกิดแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการจัดการดูแลรูปแบบหนึ่งโดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เป็นการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินชีวิต กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในโรงเรียน

ผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจ พึ่งพาตัวเองได้ ปรับตัวและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง⁽⁶⁾

รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามกรอบหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชาคือ วิชาชีวิต (ร้อยละ 50) เป็นความรู้และทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน วิชาชีพ (ร้อยละ 30) เป็นการส่งเสริมความรู้ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และวิชาการ (ร้อยละ 20) เป็นการสร้างความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

เทศบาลตำบลแสนสุขจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุโดยจัดเวียงตามชมรมผู้สูงอายุรายหมู่บ้านของตำบลจากหมู่ที่ 1 ถึง 20 และรับสมัครผู้สูงอายุปีละ 1 รุ่น รุ่นละ 50 คน โดยนำกรอบหลักสูตรการเรียนรู้ของกรมกิจการผู้สูงอายุมาจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 84 ชั่วโมง 5 หมวด แต่ไม่พบว่ามีเนื้อหาการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการยอมรับและเกิดนำไปปฏิบัติ⁽⁷⁾ โดยบูรณาการเข้าไปในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุด้วยแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง⁽⁶⁾

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ความสะอาดของฟัน และสภาวะปริทันต์ ก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ

■ วิธีการศึกษา

เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลแสนสุข ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทันตบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ) ศูนย์อนามัยที่ 10 (กลุ่มผู้สูงอายุ) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน

● การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐาน โดย 1) จัดสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนโยบายและการบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2) ศึกษาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้แบบเก็บข้อมูลกิจกรรม 3) วัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และตรวจร่ายจลินทรีย์และสภาวะปริทันต์ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 50 คน ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล

สุขภาพช่องปาก จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการสุขภาพชุมชนเพื่อพัฒนาหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ และจัดทำแผนดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุและการบริการสุขภาพช่องปากโดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ประกอบการพิจารณา ดำเนินการในเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ. 2564

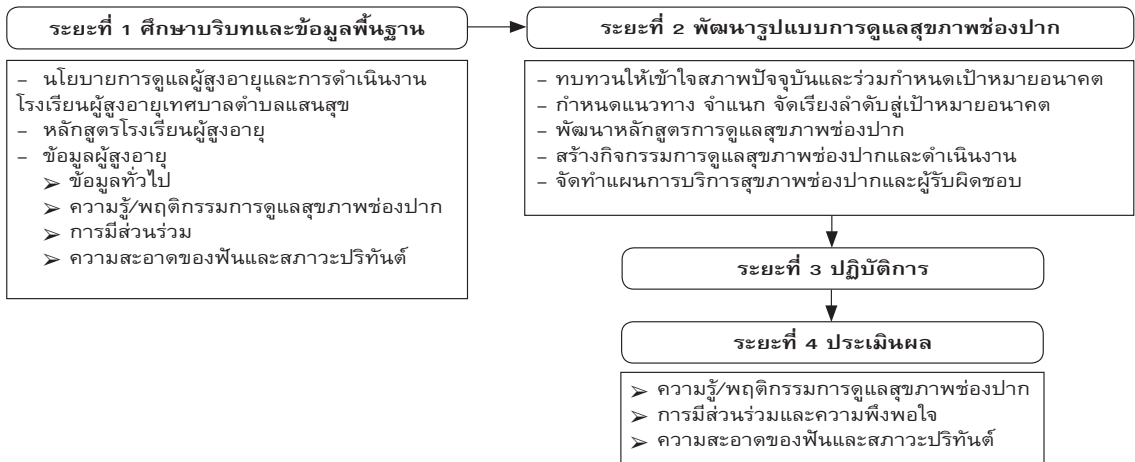
ระยะที่ 3 ปฏิบัติการ ดำเนินการตามหลักสูตรและแผนงานที่จัดทำขึ้น ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2564

ระยะที่ 4 การประเมินผล โดยวัดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ และตรวจร่ายจลินทรีย์และสภาวะปริทันต์ผู้สูงอายุจำนวน 50 คน และคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อการปรับปรุงแผนงานและการดำเนินงาน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้เครื่องมือของณัฐวุฒิ พูลทอง⁽⁸⁾ ประกอบด้วย

1. แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (นโยบายและการบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ) แบบเก็บข้อมูลกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการรับรู้สุขภาพช่องปากของตน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพการได้รับบริการ จำนวน 12 ข้อ 2) แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความสำคัญของฟันแท้ สาเหตุและอาการของการเกิดโรคในช่องปาก อาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ การเลือกอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดฟัน ควรพบทันตแพทย์กี่ครั้งต่อปี 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ มีการปฏิบัติกิจวันต่อสัปดาห์ในการแปรงฟันหลังอาหาร การใช้อุปกรณ์หรืออุปกรณ์เสริมในการแปรงฟัน การ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อฟัน การเคี้ยวหมาก การตรวจความผิดปกติในช่องปากด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 และ 3 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

3. แบบตรวจครบจุลินทรีย์และสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุ โดยตรวจฟันซี่หลัก ได้แก่ ซี่ 16, 21, 26, 46, 41, และ 36 และใช้ดัชนีครบจุลินทรีย์ รหัส 0 เท่ากับไม่มีครบจุลินทรีย์ 1 เท่ากับมีเล็กน้อยเป็นจุดๆ 2 เท่ากับมีไม่เกิน 1 ใน 3 ของตัวฟัน และ 3 เท่ากับมากกว่า 1 ใน 3 ของตัวฟัน

4. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำนวนอย่างละ 10 ข้อ มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ด้านการวางแผน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การกำหนดกิจกรรม โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินการตามแผน ได้แก่ การมีส่วนร่วมบทบาทในกิจกรรม และด้านการตรวจสอบประเมินผล ได้แก่ มีส่วนในการกำกับ ติดตาม

ประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมเสนอแนวทางวิธีแก้ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** นำเครื่องมือของณัฐวุฒิ พูลทอง⁽⁹⁾ มาใช้โดยการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ตรวจสอบเนื้อหาทั้งหมดโดย ผศ.ดร. อารี บุตรสอน วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

● **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่ม

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานีรับรองให้ดำเนินการวิจัยนี้ เลขที่ SSJ. UB 2564-052.1 ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

■ พลการศึกษา

บริบทและข้อมูลพื้นฐาน

การเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลแสนสุขเป็นการเข้าเรียนตามความสมัครใจ โดยเทศบาลกำหนดจำนวนรับสมัครรุ่นละ 50 คน เมื่อจบแล้วจะไม่ให้สมัครเรียนซ้ำอีก

ด้านบริการสุขภาพช่องปาก ยังไม่มีการคัดกรอง การบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรค รวมทั้งการแนะนำและส่งต่อไปไปรับการรักษาตามความจำเป็น

ผู้สูงอายุในโรงเรียนนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ครึ่งหนึ่งมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป สัดส่วนของผู้มีสถานภาพสมรสและหม้ายหย่าร้างเท่ากัน มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษียณกรรม และรับจ้างทั่วไป 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มากกว่าครึ่งจบระดับประถมศึกษา และครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัว ลูกหลาน และญาติ มีความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง และ 2 ใน 3 ได้รับการตรวจช่องปากปีละครั้ง

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

1) **หลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก** มีเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 6 เรื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฟัน สภาวะและอนามัยช่องปาก อาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคช่องปาก การตรวจสุขภาพฟัน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยบูรณาการเข้ากับเนื้อหาหลักสูตรเดิมร่วมกับการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

ทันตบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดำเนินการอบรม จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ช่องปาก และตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ กรณีเป็นโรคหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะช่วยทำแผนการดูแล ให้คำแนะนำ การดูแลด้วยตนเอง ส่งต่อรับการรักษา และติดตามผล

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ตรวจสุขภาพประจำเดือนและตรวจสุขภาพเบื้องต้น จากชุดตรวจคัดกรองโรค ส่วนศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย และจิตและทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายประจำปี

เทศบาลตำบลแสนสุขได้จัดหาเครื่องออกกำลังกายหลายประเภทบริเวณสนามโรงเรียนเทศบาลแสนสุข และสามารถใช้งานภายในหมู่บ้านหรือสนามโรงเรียนเป็นที่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้หลายรูปแบบ เช่น เดิน วิ่ง ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิค เปดอง ใช้ตาราง 9 ช่อง ตามอรรถยาตั้ยเหมาะสมกับวัย

วัดแสนสุขเป็นศูนย์กลางกิจกรรมทางสังคม เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพสมาชิกซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุนำบุตรหลานเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ทำบุญตักบาตรหน้าบ้าน ปฏิบัติธรรมฟังเทศน์ที่วัด ศึกษาดูงานทั้งในภาครัฐและเอกชน จัดผู้แทนชมรมเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานภาครัฐ

2) **กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 4 ด้าน** ได้แก่

การบริหารจัดการ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติของชมรมและประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชมรม มอบหมายบทบาทหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร และจัดทำแผนปฏิบัติงาน

การดำเนินกิจกรรมชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการจัดระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินกิจกรรมชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

การจัดสวัสดิการและเกื้อกูลสมาชิกชมรม

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ตัดสินใจ	ดำเนินกิจกรรม	ประเมินผล
ผู้สูงอายุ	√	√	√
เจ้าหน้าที่	√	√	√
ชุมชนและเครือข่าย		√	√

ได้แก่ การจัดชุดเยี่ยมสมาชิก การออมทรัพย์ เพื่อการส่งเสริมการเก็บออม การจัดทำแนวทาง การเกื้อกูลสมาชิก และการสร้างรายได้เสริมให้ กับสมาชิก

การระดมทุนและการมีส่วนร่วมของ ชุมชน เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เทศบาลตำบลแสนสุข และหน่วยงานอื่นที่ดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมและ บรรลุวัตถุประสงค์

3) การบริการสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ด้วยเครือข่ายบริการระดับตำบล (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ ทันตภิบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แสนสุข) กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์หรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีประธานชมรมโรงเรียนผู้สูงอายุและ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นแกนประสานงานและขับเคลื่อน

4) การติดตามประเมินผล โดยศูนย์ อำนวยการ และคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน

การประเมินผลหลังจากดำเนินการ ตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการมีส่วนร่วมมีคะแนน เพิ่มขึ้นแต่ไม่พบนัยสำคัญ (ตารางที่ 2) โดย ร้อยละ 84.0 มีความพึงพอใจในระดับมาก

ผู้สูงอายุมีสัดส่วนฟันสะอาดไม่มีคราบ จุลินทรีย์เพิ่มขึ้นจาก 0 เป็นร้อยละ 6.0 และผู้มี คราบจุลินทรีย์ไม่เกิน 1/3 ถึงมากกว่า 1/3 ของ

ตัวฟันมีสัดส่วนลดลงเป็นระดับติดสียอมเป็น จุด ๆ (ตารางที่ 3) สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีร่อง ปริทันต์ปกติเพิ่มขึ้น และผู้มีหินปูนร่วมด้วย มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 48.0 เป็นร้อยละ 38.0 (ตารางที่ 4)

■ อภิปรายผล

หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมการเรียนรู้ ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความสุขในการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากต้นแบบ ผู้สูงอายุเกิดการเผยแพร่และกระจายความรู้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับ การศึกษาของ เกศกาญจน์ ทันประภัสสร และวาริรัตน์ แก้วอุไร⁽¹⁰⁾

ด้านความรู้และพฤติกรรม หลักสูตร การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโดยนำ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการ จัดการเรียนการสอน โดยเริ่มตั้งแต่การแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพ ช่องปากและชี้ให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุ เช่น คราบจุลินทรีย์ สภาวะปริทันต์ ตลอดจนการชี้ให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก ที่อาจเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและ เหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากใน เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการเลือกอาหาร อาจส่งผลเสียต่อฟันมากขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรม การแปรงฟันก่อนนอนที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ หลักสูตรที่เน้นประสบการณ์ของ Tumthong⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวถึง หลักสูตรที่เน้นประสบการณ์มุ่งส่งเสริม การเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้หลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก

รายการ		ก่อน	หลัง	95% CI	p-value
ความรู้	mean	9.84	12.26	1.88 – 2.97	< 0.001
	SD	2.35	1.68	-	-
พฤติกรรม	mean	1.94	2.31	0.28 – 0.45	< 0.001
	SD	0.43	0.43	-	-
การมีส่วนร่วม	mean	3.30	3.90	10.44 – 0.76	<0.001
	SD	0.71	0.53		

ตารางที่ 3 คราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้หลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก

คราบจุลินทรีย์ (n = 50)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีคราบจุลินทรีย์	0	0.0	3	6.0
มีคราบจุลินทรีย์เห็นเล็กน้อย เห็นติดสีเข้มเป็นจุดๆ	4	8.0	19	38.0
มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟันมีปริมาณไม่เกิน 1/3	26	52.0	15	30.0
มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบคลุมมากกว่า 1/3	20	40.0	13	26.0

ตารางที่ 4 สภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังมีหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก

สภาวะปริทันต์ (n = 50)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความลึกร่องเหงือก <3.5 มม เหงือกปกติ	2	4.0	4	8.0
ความลึกร่องเหงือก <3.5 มม มีเลือดออก	14	28.0	19	38.0
ความลึกร่องเหงือก <3.5 มม มีหินปูน	24	48.0	17	34.0
3.5 ≤ ความลึกร่องเหงือก ≤ 5.5 มม	3	6.0	3	6.0
ความลึกร่องเหงือก > 5.5 มม	2	4.0	2	4.0
ตรวจไม่ได้	5	10.0	5	10.0

นอกจากนี้ แนวทางในการสนับสนุนและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องจัดการด้านการศึกษาเป็นอันดับแรก เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและสามารถพึ่งตนเองเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น หลักสูตรการมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้เทคนิค (A-I-C) ที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ วิไลวรรณ เวียงดินดำ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เริ่มต้นจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C ในการคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา

ร่วมดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผล พบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และมีค่าฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานโดยใช้กลยุทธ์ในการดำเนินงาน เป็น 3 กลุ่ม คือ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยกลุ่มวิชาชีพชุมชน และครอบครัว เพื่อลดและควบคุมปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย และสอดคล้องกับ Naidu A และคณะ⁽¹²⁾ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับท้องถิ่น

เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการวางแผน อย่างเป็นระบบ และจากการศึกษา ของ ชนัญฐวีร์ จิตวัฒนานนท์⁽¹³⁾ พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองมีส่วนร่วม ในกิจกรรมมากถึงมากที่สุด โดยก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และความรู้เพิ่มขึ้นเช่นกัน ที่เป็น เช่นนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการจัดการเรียนรู้ ดังกล่าวเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัยผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ผ่านมา ผู้ที่เคยประสบความสำเร็จก็นำประสบการณ์ มาแลกเปลี่ยนด้วยความภาคภูมิใจ

ด้านการมีส่วนร่วม การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนเป็นหลัก โดยเน้นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุก ร่วมกับทีมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับ และเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสม สอดคล้อง กับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ที่เน้น การเรียนรู้แบบสนุกสนาน ได้รับการยอมรับ เสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และสามารถนำ ความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้จริง เช่นเดียวกับ ผลการวิจัยของ Sukanun T, et al.⁽¹⁴⁾ พบว่า การจัดการเรียนรู้ตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ พัฒนาการดูแลสุขภาพในระหว่างเรียนให้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องมาจากหลักสูตร เสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นหลัก สูตร เน้นประสบการณ์ตามแนวคิด “คนจะเรียนรู้ ในสิ่งที่เขาประสบ การเรียนที่สัมพันธ์กับ จุดมุ่งหมายจนกลายเป็นประสบการณ์จะช่วยให้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้” รวมทั้งการมี ส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบ บริการอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีผลการประเมิน หลักสูตรที่มีความเหมาะสม คล้ายกับการศึกษา ของ Boonphueak P, et al.⁽¹⁵⁾ หลักสูตรที่ได้รับการ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการพัฒนา

หลักสูตรที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้บริหาร บุคลากรที่ เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุที่ใช้หลักสูตรเกิดการยอมรับ และเห็นว่าหลักสูตรเชิงระบบทุกองค์ประกอบ มีความเหมาะสม สามารถนำสู่การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตให้ดีขึ้นได้ และผลจากการใช้รูปแบบของ การมีส่วนร่วมด้านมิติดผลลัพธ์ทางทันตสุขภาพ ภายหลังการใช้รูปแบบพบว่า มีปริมาณแผ่น คราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 สอดคล้องกับ วันเพ็ญ สมหอม และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมมีผลทำให้ระดับ แผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลง

■ สรุป

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยบูรณา การเข้าไปในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการแก้ปัญหาที่ตรงความต้องการของผู้สูงอายุ ตามบริบทพื้นที่ เกิดการจัดบริการระดับตำบล ที่ครอบคลุมด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล และเข้าถึง บริการ จนผู้สูงอายุสามารถทำความสะอาดฟัน ได้ถูกต้อง รวมทั้งได้รับการสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้มีอนามัยช่องปากดีขึ้น

■ ข้อเสนอแนะปฏิบัติการ

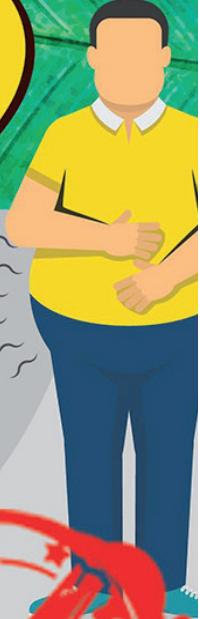
ควรขยายผลไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุที่ยัง ไม่มีเนื้อหาหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก และควรมีการพัฒนากระบวนการจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดแนวคิดและรูปแบบ การพัฒนาและดำเนินการที่หลากหลาย

■ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการสำรวจโรงเรียนผู้สูงอายุที่ยัง ไม่มีเนื้อหาหลักสูตรการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อจะได้เพิ่มเนื้อหาความรู้ที่จำเป็น รวมทั้ง การวิจัยพัฒนานวัตกรรมการตรวจคัดกรอง สุขภาพช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่มี ข้อจำกัดด้านสายตาและกล้ามเนื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเทศบาลตำบลแสนสุข. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2563. อุบลราชธานี: สำนักงานเทศบาลตำบลแสนสุข; 2563.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ: ประชากรกลุ่มเฉพาะ (จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย จำแนกตามเพศ ภาค จังหวัด และเขตการปกครอง พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dent.chula.ac.th>
4. สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dental.anamai.moph.go.th>
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th>
6. วิลาสินี โยธिका. กิจกรรมเสริมคุณค่าและความสุขให้ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารสังคมภิวัตน์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2563;9(2):38-53.
7. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development* 1980;8(3):213-35.
8. ณัฐวุฒิ พูลทอง. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลชางอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตภิบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2559;27(2):53-67.
9. เกศกาญจน์ ทันประภัสสร และวารินทร์ แก้วอุไร. การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2563;22(2):74-82.
10. Tumthong B. Curriculum development. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. [in Thai]
11. วิไลวรรณ เวียงดินดำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2564;3(1):17-30.
12. Naidu A, Macdonald ME, Carnevale FA, Nottaway W, Thivierge C, Vignola S. Exploring oral health and hygiene practices in the Algonquin community of Rapid Lake, Quebec. *Rural Remote Health* [Internet]. 2022 [cite 2022 Apr 30]. Available from: <https://doi.org/10.22605/RRH2975>
13. ชนัญชวีร์ จิตวัฒนานนท์. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC : กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
14. Sukanun T, Jariyasin S, Thummanon T, Jitpakdee P. Quality of life of the elderly in Bansuan Municipality, Chonburi Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2011;41(3):240-49. [in Thai]
15. Boonphueak P, Kaewurai W, Wattanatorn A, Prachanban P. Development of course curriculum on school study for create school identity based on process of mixed methods research: A case study of Chalermkwansatree School. *Journal of Education Naresuan University* 2014;16(1):98-107. [in Thai]
16. วันเพ็ญ สมหอม, อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล และกฤษณา วุฒิสินธุ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารทันตภิบาล 2560;28(2):113-22.



รับประทานกล้วยตอนท้องว่าง อันตราย จริงหรือ?

กระเพาะอาหาร

คือกล้ามเนื้อชนิดหนึ่ง
ซึ่งเป็นโปรตีน



ขณะท้องว่าง
น้ำย่อยบางส่วนจะหลั่งออกมา
กระเพาะมีสภาวะกรด



กล้วย

ประกอบไปด้วยใยอาหาร และคาร์โบไฮเดรต
ไม่มีเอนไซม์ย่อยโปรตีน
สามารถรับประทานตอนท้องว่างได้

กล้วยดิบ



ใช้กับโรคกระเพาะอาหาร

กล้วยสุก



ใช้บรรเทาอาการท้องผูก

สรุป

ตอนท้องว่างไม่ควรรับประทานอาหารที่เป็นกรด หรือ ผลไม้ที่มีเอนไซม์ย่อยโปรตีน
เพราะทำให้การระคายเคือง และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

LINE@ /FDATHAI

5๑ วัยเรียน ต้องสวมหน้ากาก



1
นั่งรถประจำทาง
หรือรถรับ-ส่งนักเรียน



2
เรียงแถวเคารพธงชาติ
หรือรับอาหาร



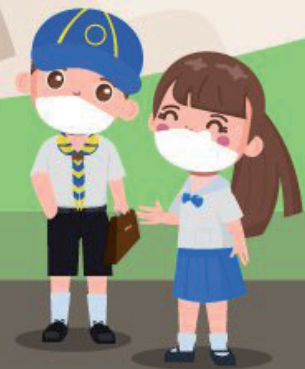
3
รวมกลุ่ม
ทำกิจกรรมร่วมกัน



4
อยู่ร่วมกับคนจำนวนมาก
หรืออยู่ในที่แออัด



5
นั่งเรียนในห้องเรียน
หรือห้องปรับอากาศ



คุมกำเนิดสำคัญ

ลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

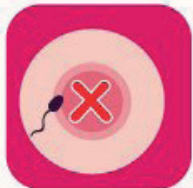
ยาฝังคุมกำเนิดดียังไง

ยาฝังคุมกำเนิดเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลา 3 ปี และ 5 ปี ตลอดจนกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วภายหลังการหยุดใช้ และไม่มีผลรบกวนต่อการมีเพศสัมพันธ์

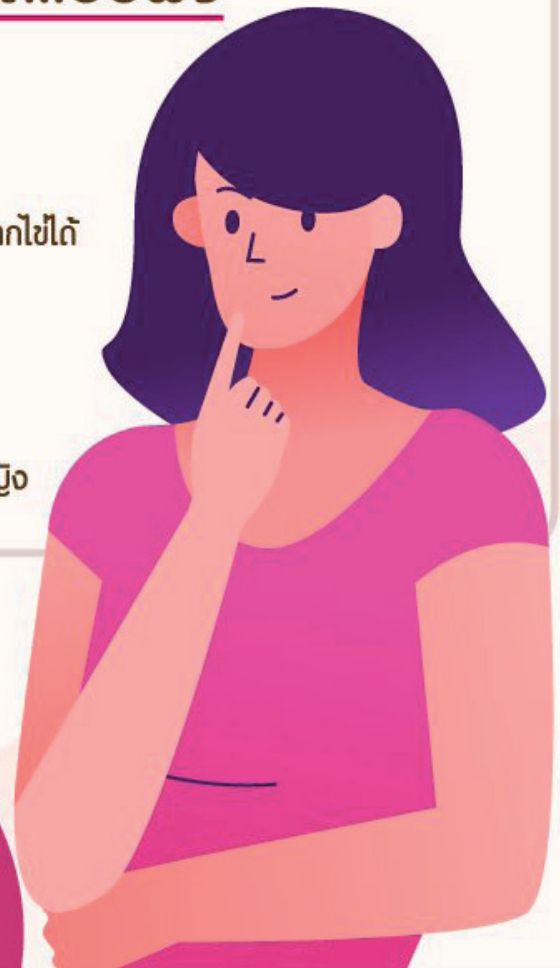
กลไกการป้องกันการคุมกำเนิดแบบฝัง



ฮอร์โมนที่ปล่อยออกมาจากแท่งยา
ที่ฝังอยู่ใต้ผิวหนัง ใต้ท้องแขน
มีผลทำให้ฟองไข่ไม่สามารถโตต่อไปจนตกไข่ได้



ทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวขึ้น
ทำให้เชื้อสpermว่ายผ่านเข้าไปได้ยาก
ช่วยลดโอกาสการผสมกับไข่ของเพศหญิง



สตรีที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดจะมีโอกาส
ตั้งครรภ์น้อยกว่า 1 ใน 2,000
จึงเป็นการช่วยลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
หรือการตั้งครรภ์ซ้ำได้



อาหารกลางวัน มีคุณภาพ

กระตุ้นพัฒนาการเด็กวัยเรียน

ปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน



ประเภท ข้าว – แป้ง

เด็กระดับอนุบาล
(อายุ 3-5 ปี)



1.5 ถ้วย

ระดับประถมศึกษาปีที่ 1-3
(อายุ 6-8 ปี)



2 ถ้วย

ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6
(อายุ 9-12 ปี)



3 ถ้วย



ประเภท เนื้อสัตว์

เด็กระดับอนุบาล
(อายุ 3-5 ปี)



1.5 ช้อนกินข้าว

ระดับประถมศึกษาปีที่ 1-3
(อายุ 6-8 ปี)



2 ช้อนกินข้าว

ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6
(อายุ 9-12 ปี)



2 ช้อนกินข้าว

เด็กวัยเรียนควรได้รับผัก 1 ถ้วย ผลไม้ 1 ส่วน และนมจืด 1 แก้ว เพื่อให้เด็กวัยเรียนเติบโตสมวัย

จัดอาหารกลางวัน แบบหมุนเวียน จันท์ – สุกร์



ข้าวและกับข้าว
ไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์
และให้ใช้ผักหลากหลาย หลากสี



อาหารจานเดียวไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์
มีผลไม้ทุกวัน และไม่ควรมีขนมหวาน
มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์



กินปลา หรือผลิตภัณฑ์จากปลา
อย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์



ไข่ 2-3 ฟอง/สัปดาห์/คน



เต้าหู้ เต้าหู้
ปลาเล็กปลาน้อย ถั่วเมล็ดแห้ง
เห็ดอก มัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง



ควรใช้เกลือ
หรือน้ำปลาเสริมไอโอดีน
ในการปรุงอาหาร



ควรมีอาหารที่ใช้ไขมันหรือกะทิ
อย่างน้อย 1 อย่าง ในแต่ละมื้อ และมีเมนู
ที่ใช้กะทิไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์



ความจริงที่การตลาดและโฆษณาไม่ได้บอก!

ทำไมเด็กถึงเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น?

แนวโน้มโรคอ้วนของเด็กไทย



27% ของเด็กไทย
อายุ 2-17 ปี มีภาวะเริ่มอ้วน
และโรคอ้วนในปี 2020



67.5% ของเด็กไทย
อาจมีภาวะเริ่มอ้วน
และโรคอ้วนในปี 2030



50% ของเด็กที่เป็น
โรคอ้วนจะกลายเป็น
ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน

“ขนมถุงและเครื่องดื่มรสหวาน สาเหตุสำคัญโรคอ้วนในเด็ก”

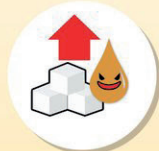


50% ของเด็กไทย
อายุ 12 ปี ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน
และน้ำอัดลมมากกว่า 2 ครั้ง/วัน

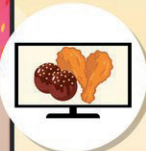


1/3 ของเด็กไทย
กินขนมถุงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน
เป็นประจำทุกวัน

การตลาดและโฆษณา ภัยเงียบก่อโรคอ้วนให้เด็ก



เกือบ 90% ของเด็กไทยเห็นโฆษณา
อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล
ไขมัน และโซเดียมสูง



โฆษณาซ้ำๆ 4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง
กระตุ้นการกินของเด็ก ทำให้
อยากได้ อยากกินแบบโฆษณา



มากกว่า 3 ใน 4 ของเด็กไทย
ไม่เห็นข้อความเตือนในโฆษณา
อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล
ไขมัน และโซเดียมสูง



การใช้ตัวการ์ตูนและพรีเซ็นเตอร์
ศิลปิน ดารา ผู้มีชื่อเสียง ยิ่งทำให้เด็ก
จดจำและชื่นชอบแบรนด์มากขึ้น



สแกนรับข้อมูลเพิ่มเติม



“ลดเด็กไทยอ้วน ลดเสี่ยง NCDs ไม่ตกเป็นเหยื่อการตลาดและโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ”

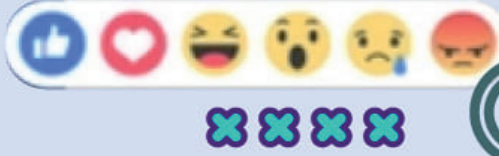
ที่มา: โครงการพัฒนานางนวิชัยนโยบาย เพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



ไทยรัฐ
สู้โควิด

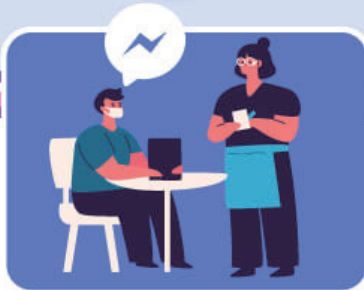
แนะนำ ทีม หรือ ร้องเรียน
สถานประกอบการในพื้นที่ COVID Free Area/Zone
ที่รักษามาตรฐานได้ดี หรืออาจละเลย

000



Facebook

“ผู้พิทักษ์อนามัย
COVID WATCH”



ร่วมเป็นส่วนหนึ่ง
ในการพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข
เพื่อทำให้พวกเราเดินหน้าต่อไปได้
ในสถานการณ์โรคโควิด-19

ดูแลกกันและกันในวันที่เปิดเมือง

หรือโทร .0 2590 4333 , 08 1137 1633



กรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี

จัดทำโดย : กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ