



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี HPC10Journal

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1
เดือนมกราคม-มิถุนายน 2566



Vol. 11 No.1
January-June 2023



ISSN 2774-1362 (Online)



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

VISION: วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล* ระบบ
ส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

* ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง

MISSION: พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม
เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงานสร้างร่วมมือและ
กำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน

วัฒนธรรมองค์กร กรมอนามัย

วัฒนธรรมที่เข้มแข็งหรืออ่อนแอซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับของการเห็นพ้องต้องกัน
(ConsensusหรือAgreement)การยึดเหนี่ยวกัน(Cohesiveness)และการผูกพัน
(Commitment) ของสมาชิกต่อวัฒนธรรมองค์กรนั้น ๆ

H	• Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ
E	• Ethics : มีจริยธรรม
A	• Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์
L	• Learning : เรียนรู้ร่วมกัน
T	• Trust : เคารพและเชื่อมั่น
H	• Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2566

Vol. 11 No.1 January-June 2023

ISSN 2774-1362 (Online)

■ วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

■ กำหนดการออกวารสาร: ออกปีละ 2 ฉบับ ได้แก่

○ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน

○ ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ปณิดา ครองยุทธ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บรรณาธิการ ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางไฉไล ช่างดำ	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางกัญญนัท ธิปันโน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวิชาการ

นางสาวศศิธร บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นายแพทย์ประวี อ่ำพันธุ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.นิธิศ ธานี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ปณิดา ครองยุทธ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ผู้จัดทำ

นางจุฬาร ธานี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวนัชชา รอดเที่ยง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางอุมาพร สังข์ฤกษ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นายศตวรรษ ศรีพรหม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวมนฤดี แสงวงษ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นายบุญเกิด เชื้อธรรม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวรัชดาพร จันทบุตร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นายอนุสรณ์ ส่องแสง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางปนัดดา เหมือนมาตย์ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.ดาริกา เพิ่มพร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.เจนวิทย์ ศรีพรหม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
34190

โทรศัพท์ 045-251267

เว็บไซต์

<https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10>

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม รูปแบบ E-Journal สามารถเข้าถึงได้ที่ Website: <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10>

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีของนักวิชาการ นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทย
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
6. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ไม่ได้มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใดๆ ในทุกขั้นตอน

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความพิเศษ (Special articles)
3. บทความปริทัศน์ (Review article)

การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบทางเดียว (Single blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงวุฒิ

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2 ซม. ล่าง 3 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

2. บทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-15 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย ^{1, 2} ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุหน่วยงานสังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วย นาดอกจันทร์ (*) ไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำแต่ละภาษารวมจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ เรียงลำดับตามอักษร

เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การสุ่มขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล
การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver ทั้งอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ)

รายละเอียดดังนี้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วม ชื่อ นามสกุล (ไม่ใช่คำย่อและคำนำหน้า) และสถาบันที่ทำงานอยู่ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ เขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ผลการศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้า ที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง รูปแบบการวิจัย วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ การพิจารณาจริยธรรม (ถ้ามี)

ผลการวิจัย อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางไม่เกิน 5 ตาราง และรูปภาพไม่เกิน 3 ภาพ โดยเป็นประเภท JPAG ความละเอียดอย่างน้อย 300 DPI)

สรุป และอภิปรายผล ควรเขียนสรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์

หรือข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงบริหาร/เชิงนโยบาย

และข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) ตามระบบแวนคูเวอร์ คือ ใส่ตัวเลขยกกำกับไว้ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึงข้อความในบทความ โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

2.2 บทความพิเศษ (Special articles) ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์ การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

2.3 บทความปริทัศน์ (Review article) ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	16	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	16	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	16	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อย่อย	16	ตัวหนา
e-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	16	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	16	ตัวปกติ

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกในวงเล็บ ต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข (1) ในการอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้ายบทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ ตัวอย่างกรมนามัย⁽¹⁾ กล่าวว้า

3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book). ครั้งที่พิมพ์(Edition). เมืองที่พิมพ์(Place of Publication): สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(Year).

Number. Author(s). Title of the book. Edition. Place of Publication: Publisher; Year.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Chalernvanichakorn T, Sithisarankul P, Hiransuthikul N. Shift work and type 2 diabetic patients' health. J Med Assoc Thai 2008;91:1093-6

3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย อรุณผล บุญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จริญญา เลิศอรธมณีนี, เอมอร รักษมณีนี, อนุพันธ์ ต้นตึงค์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจีพรณี วรวิจิธโกมาตร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็นชื่อผู้แต่ง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

วิทยานิพนธ์ :

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

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75หน้า.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley, University of California; 1995. 156p.

อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่(ฉบับที่): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.เข้าถึงได้จาก: <http://>

1. นวลลอ จุลพัสสาน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
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>

3.2.6 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

- 1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.
- 2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้
- 3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ตำรวจ หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ
- 4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
- 5) ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)
- 6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างอิงถึงระดับกรม และอ้างอิงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.
- 7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจารุมา อชกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

- 4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ขนาด A4 พร้อมไฟล์ผลงาน Microsoft word 1 ชุด
- 4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง
- 4.3 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ พร้อมใบนำส่งหรือหนังสือราชการส่งผลงานตีพิมพ์ ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลัก โดยส่งเอกสารด้วยตนเอง หรือ ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

พร้อมส่งไฟล์ บทความต้นฉบับ ประเภทไฟล์ Microsoft word และไฟล์ภาพประกอบ(ถ้ามี) ผ่านระบบออนไลน์ ที่ <https://forms.gle/iC4WBjWvRCRehofC8> หรือ สแกน QR code ต่อไปนี้



ที่อยู่กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
เลขที่ 45 ถนนสถลมารค หมู่ 4 ตำบลธาตุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251-267
Email: research.hpc10@gmail.com

5.ข้อตกลงการส่งบทความตีพิมพ์ของวารสาร

ผู้นิพนธ์ บุคคลภายในหน่วยงานและบุคคลภายนอกหน่วยงานไม่ต้องชำระค่าดำเนินการพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์วารสาร บทความภาษาไทย

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางกัญญ์ทิพย์ ธิปโน
โทรศัพท์: 045-251-267
2. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์
โทรศัพท์: 045-251-267
3. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศศิธร บุญสุข
โทรศัพท์: 045-251-267

คำนิยม



วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ก้าวสู่ปีที่ 11 นับเป็นเรื่องน่ายินดีอย่างยิ่ง ที่มีแหล่งความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและการจัดการสิ่งแวดล้อม ถือเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่ใช้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้สำหรับแก้ปัญหาของพื้นที่ อีกทั้ง รวมผู้ทรงคุณวุฒิผู้คร่ำหวอดอยู่ในวงการสุขภาพหลายท่านมาร่วมให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่แตกต่าง เต็มด้วยคุณค่าทั้งมุมมองและประสบการณ์

เมื่อได้อ่านบทความที่มีความหลากหลายในวารสารนี้ พบว่าสนใจมากครับ เปิดโอกาสให้เครือข่ายแวดวงสุขภาพในพื้นที่ ได้นำเสนอบทความวิจัยรวมเลยไปถึง การรวบรวมบทความวิชาการที่เป็นประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสูงของเด็กปฐมวัย ตลอดจน ข้อเสนอและแนะนำแนวทางที่ล้วนแล้วแต่น่าสนใจ เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านอย่างมากนำไปสู่แนวทางการต่อยอดการพัฒนางานการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
มิถุนายน 2566

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปีที่ 11 ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นมาโดยตีพิมพ์ในรูปแบบออนไลน์ ตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ มีหมายเลข ISSN 2774-1362 (Online) บทความทางวิชาการที่จะตีพิมพ์ในฉบับนี้มีทั้งหมด 5 เรื่อง โดยทุกบทความได้ผ่านกระบวนการประเมินและพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จึงเป็นการประกันคุณภาพของคุณภาพของบทความและความรู้ที่ได้ในวารสารฉบับนี้ ซึ่งในวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลการใช้ยาหอมเทพจิตรและยาชงในการลดความปวดกล้ามเนื้อของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและบทความอื่นๆที่น่าสนใจอีกหลายบทความ

ในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัยและบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการเผยแพร่ผลงานวิจัยบทความวิจัยและบทความพิเศษในด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลงานตีพิมพ์กับวารสารได้ที่ Website: <https://hpc10.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-10> หรือ Email: research.hpc10@gmail.com

กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นางไฉไล ช่างดำ

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2566

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

สารบัญ

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	7
คำนิยาม	14
บทบรรณาธิการ	15
บทความวิจัย	
• รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษา-โรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี ยุพีพร มีแก้ว	17
• ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากร กลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10 เจนวิทย์ ศรพรหม ธเนศ ศรพรหม	29
• การศึกษาปัจจัยแห่งสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน คลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10 นฤมล เทียมสุวรรณ ทิพย์ธัญญา อุ่นท้าว	47
• การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นใน โรงพยาบาลภาครัฐ นภัทรา สมพงษ์ วารินทร์ แซ่มั่ว	58
• การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร สุทธิดา สืบทรัพย์ นิลิต อินลี ประยุตต์ เดียตระกูล ครินทร์ภัทร์ ยืนยงกิตกุล	77
บทความปริทัศน์	
• ความสูงในมนุษย์ เจนวิทย์ ศรพรหม อุมภาพร สังขฤกษ์ กัญญนันท์ ธิปโน	84

บทความวิจัย

รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

กรณีศึกษา-โรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

COVID-19 Disease Prevention Model in Health Promotion School: Case Study of Muangubon school Ubon Ratchathani Province.

ยุพีพร มีแก้ว^{1*} Yupeeporn Meekeaw^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครู นักเรียน คณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนขยางกูร28 เจ้าหน้าที่เทศบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 17 คน และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-2) เท่ากับ 0.749 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.763 ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า โรงเรียนนำแนวทางการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษามาเป็นรูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียน ประกอบด้วย 1) ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ 2) ด้านการเรียนรู้ 3) ด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส 4) ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง 5) ด้านนโยบาย และ 6) ด้านการบริหารการเงิน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.2 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.2

คำสำคัญ : รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรคโควิด-19

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: tingmarasri2506@gmail.com

Abstract

This research is a Mixed Method Research. The objective was to study the COVID-19 disease prevention model. in health promotion schools. A case study of Muang Ubon School in Ubon Ratchathani Province. The informant group is school director 17 school health teachers, teachers, students and health promotion school committees Community leaders, public health officials, Chayangkun Community Health Center²⁸ municipal officials and public health volunteers were obtained by purposive sampling and the sample group answered the questionnaire on knowledge and behavior of preventing COVID-19. The sample size used in this study was determined at a 95% confidence level using the Krejcie & Morgan sample size calculation formula. A sample of 136 people was selected using a purposive sampling method. The data collection tool was an interview about the COVID-19 prevention model in schools. Data was analyzed by content analysis. and a questionnaire on knowledge and behavior to prevent COVID-19. The knowledge test received a confidence value (KR-2) of 0.749, while the COVID-19 prevention behavior questionnaire (KR-2) was 0.749. Cronbach's alpha coefficient was 0.763. Use ready-made computer programs Analyzed using frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. The results showed that Mueang Ubon School Implementing school practice guidelines as a form of COVID-19 prevention in schools, consisting of: 1) safety from infection reduction, 2) learning, 3) inclusion of underprivileged children, 4) welfare and protection, 5) policy, and 6) financial management. The sample group had knowledge of COVID-19 prevention. 72.6% in good level, 22.2% in moderate level and 5.2% in need of improvement and have behaviors to prevent COVID-19 62.2% in good level, 32.6% in moderate level and 5.2% in need of improvement.

Keywords : COVID-19 disease prevention model, health promotion school, COVID-19

¹ Registered Nurse, Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

* Corresponding Author Email: tingmarasri2506@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาเป็นอย่างมาก ตั้งแต่เชื้อไวรัสเริ่มระบาดในประเทศจีนปลายปี 2563 จนถึงปัจจุบัน UNESCO รายงานว่า รัฐบาล 191 ประเทศทั่วโลก ประกาศปิดสถานศึกษาทั้งประเทศมีผู้เรียนได้รับผลกระทบกว่า 1.5 พันล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้เรียนทั้งหมด มาตรการเร่งด่วนที่รัฐบาลหลายประเทศใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส คือ มาตรการ กึ่งปิดเมือง (Semi-lockdown) และมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) โรงเรียนจึงจำเป็นต้องถูกปิดไปด้วยเพื่อ ลดช่องทางการแพร่เชื้อไวรัส⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามงานวิจัยศึกษาผลของการปิดโรงเรียนใน ประเทศจีน ฮองกง และสิงคโปร์ ประกอบกับบทเรียนในอดีตจากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัส SARs บ่งชี้ว่าการปิดโรงเรียนอย่างเดียวส่งผลน้อยมากต่อการลดจำนวนของผู้ติดเชื้อ เมื่อเทียบกับมาตรการอื่น นอกจากนี้ ธนาคารโลกยังแสดงความเป็นห่วงต่อสถานการณ์ปิดโรงเรียนว่า จะส่งผลให้นักเรียนส่วนใหญ่เสียโอกาสในการเรียนรู้ โดยเฉพาะนักเรียนในครอบครัวที่มีฐานะยากจน เนื่องจากไม่มีรายได้มากพอที่จะนำมาใช้สนับสนุนการเรียนของบุตร หลานเพิ่มเติม ที่ร้ายแรงที่สุดการปิดโรงเรียนอาจผลักดันให้นักเรียนกลุ่มนี้หลุดออกจากระบบการศึกษา ซึ่งจะก่อให้เกิด ผลเสียต่อชีวิตเด็กในระยะยาว ดังนั้น สิ่งที่สำคัญคือการวางแผนเปิดโรงเรียนเพื่อให้เด็กได้ไปโรงเรียนอีกครั้ง โดยให้สอดคล้องกับ ความรุนแรงของสถานการณ์ ควบคู่กับการใช้มาตรการทางด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคมอย่างเคร่งครัดในโรงเรียน

โรงเรียนเมืองอุบล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต1 เป็นโรงเรียนขยายโอกาส ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองในปี พ.ศ. 2560 จัดการศึกษาเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอนุบาล ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2565 มีนักเรียน 191 คน เมื่อคณะรัฐมนตรีประกาศให้เปิดการเรียนการสอนในโรงเรียนได้ตามปกติทางโรงเรียนเมืองอุบลได้เตรียมความพร้อมก่อนเปิดเรียนด้วยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในสถานศึกษา และผ่านการรับรองมาตรฐานสถานศึกษาสะอาดปลอดภัย ป้องกันโรค COVID-19 ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2565 และเมื่อเปิดเรียนในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 โรงเรียนได้ปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด

จากสถานการณ์ของโรคโควิด-19 หลังเปิดการเรียนการสอนในโรงเรียน พบว่าใน 3 เดือนของการเปิดเทอม ตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 มีโรงเรียนหลายแห่งในจังหวัดอุบลราชธานีที่ต้องปิดโรงเรียนหลังจากพบการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน แต่โรงเรียนเมืองอุบล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ไม่พบการติดเชื้อโควิด-19 ในนักเรียนและบุคลากร ซึ่งทำให้โรงเรียนเปิดการเรียนการสอนได้อย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ของโรงเรียนเมืองอุบล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ไปเป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 ในสถานศึกษาต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลวิธีและรูปแบบการดำเนินงานตามแนวทาง 6 มิติมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) เก็บข้อมูลด้วยสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามแบบสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้แบบสอบถาม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรในโรงเรียนเมืองอุบล ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน รวมถึง คณะกรรมการโรงเรียน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนขยางกูร28 เจ้าหน้าที่เทศบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีทั้งหมด 209 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างเพื่อการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครู นักเรียน คณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนขยางกูร28 เจ้าหน้าที่เทศบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงคุณสมบัติที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูประจำวิชา แกนนำนักเรียน คณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล และผู้นำชุมชน รวม 17 คน

2) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ กลุ่มนักเรียน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan ⁽³⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คำนวณจากประชากรทั้งหมด (N) = 209 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 135.58 หรือประมาณ 136 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นแรก เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ นักเรียนโรงเรียนเมืองอุบล เนื่องจากวัตถุประสงค์ต้องการศึกษาความรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียน

ขั้นที่ 2 เลือกชั้นเรียนเพื่อทำการศึกษาโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จับฉลากชั้นเรียน ป.1 – ม.3 ชั้นที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ป.2, ป.3, ป.5, ป.6 ม.1, ม.2 และ ม.3

ขั้นที่ 3 เลือกนักเรียนที่จะตอบแบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ นักเรียนทุกคนในชั้นที่เลือกได้จากชั้นตอนที่ 2 เนื่องจากจำนวนนักเรียนเท่ากับขนาดของกลุ่มตัวอย่างพอดี

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กลวิธีและรูปแบบการดำเนินงานตามแนวทาง 6 มิติมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแนวคำถามแบบสัมภาษณ์ได้มาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแนวคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งโครงสร้างคำถามเป็น

3 ส่วน ได้แก่ 1) โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และ 3) กิจกรรมด้านสุขภาพและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรคและสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว โดยลักษณะคำถามเป็นข้อความแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ บงกช โมระสกุล และ พรศิริ พันธสี จากงานวิจัยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์ (4) ได้มีการปรับคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก = 1 คะแนน สำหรับบ ผิดและไม่ทราบ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom (5) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ดี (16-20 คะแนน) ความรู้ปานกลาง (12-15 คะแนน), ความรู้น้อย (< 12 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ บงกช โมระสกุล และ พรศิริ พันธสี จากงานวิจัยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และไม่เคยปฏิบัติ ตามลำดับ ตามแบบวัดของไลเคิร์ต (Likert's scale) (6) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 เกณฑ์ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (73.6-100 คะแนน) ระดับปานกลาง (46.8-73.5 คะแนน) และระดับไม่ดี (20-46.7 คะแนน)

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งวิธีและรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากกึ่งวิธีและการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกรอบแนวทาง 6 มิติมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของกรมอนามัย (7) ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ 2) ด้านการเรียนรู้ 3) ด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส 4) ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง 5) ด้านนโยบาย และ 6) ด้านการบริหารการเงิน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขมาสร้างประเด็นในการสัมภาษณ์ มากำหนดกรอบคำถาม และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีทั้งหมด 5 ท่าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ บงกช โมระสกุล และ พรศิริ พันธสี จากงานวิจัยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-2) เท่ากับ 0.749 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.763

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยออกหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี และติดต่อนัดหมายผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล นัดวัน เวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ส่วนของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล มาจัดกระทำข้อมูลและสรุปข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทาง 6 มิติมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของกรมอนามัย ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ 2) ด้านการเรียนรู้ 3) ด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส 4) ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง 5) ด้านนโยบาย และ 6) ด้านการบริหารการเงิน

2. ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียน จากแบบสอบถามเพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนโรงเรียนเมืองอุบล ตำบลในเมือง อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติเห็นชอบอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-170.1 รหัสโครงการ SSJ.UB 170.1 วันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2565

5. ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 6 มิติ มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่

1) ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลได้ปฏิบัติตามมาตรการด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ ได้แก่ มีการคัดกรองวัดไข้และอาการเสี่ยงก่อนเข้าสถานศึกษา พร้อมสังเกตอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ ไม่ได้กลิ่น ไม่รู้รส สำหรับนักเรียน บุคลากรของสถานศึกษาและผู้มาติดต่อทุกคน ให้นักเรียน บุคลากร และผู้เข้ามาในสถานศึกษาทุกคนต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในสถานศึกษา มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างเพียงพอในบริเวณต่างๆ เช่น ทางเข้าอาคาร ห้องเรียน โรงอาหาร จัดเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล อย่างน้อย 1-2 เมตร เปิดประตู หน้าต่าง ให้อากาศถ่ายเท ทำความสะอาดห้องเรียนและบริเวณต่างๆ โดยเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสของโต๊ะ เก้าอี้ และวัสดุอุปกรณ์ ก่อนเข้าเรียน พักเที่ยง และหลังเลิกเรียนทุกวัน รวมทั้งจัดให้มีถังขยะมูลฝอยแบบมีฝาปิดและรวบรวมขยะออกจากห้องเรียนเพื่อนำไปกำจัดทุกวัน

2) ด้านการเรียนรู้ พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการ จัดหาสื่อความรู้ในการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด-19 สำหรับใช้ในการเรียนการสอน การเรียนรู้นอกห้องเรียน หรือกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน ในรูปแบบของสื่อออนไลน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ ภาพพลิก คู่มือ แนวปฏิบัติ โดยได้รับการ สนับสนุนจากศูนย์สุขภาพชุมชนขงกร 28 และเทศบาลนครอุบล เตรียมความพร้อมด้านการเรียนรู้ ของเด็กตามวัยและสอดคล้องกับพัฒนาการด้านสังคม อารมณ์ และสติปัญญา สร้างความเข้มแข็งของ ระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมพัฒนานักเรียนด้านทักษะชีวิต และความ เข้มแข็งทางใจเข้าในการเรียนการสอนปกติ เพื่อช่วยให้นักเรียนจัดการความเครียดและรับมือกับการ เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้สถานศึกษาและนักเรียนประเมินตนเองในการเตรียมความพร้อม ก่อนเปิดภาคเรียน รองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงมีการตรวจคัดกรองสุขภาพ นักเรียนอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้นักเรียนใช้สื่อรอบรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบและผ่านช่องทาง หลากหลายที่สามารถเข้าถึงได้ อันจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติตนด้าน สุขภาพที่เหมาะสม สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์โรคและปลอดภัย

3) ด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการจัดหาวัสดุ สิ่งของ เครื่องใช้และอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ เจลแอลกอฮอล์ หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยอย่าง เพียงพอสำหรับนักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษา ควรมีสำรองโดยเฉพาะเด็กเล็กที่เปื้อนง่าย เพราะถ้า ความชื้นและจะไม่สามารถป้องกันเชื้อได้ มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับบริบทการ เข้าถึงการเรียนรู้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีมาตรการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง มีมาตรการการทำความสะอาดและจัดสภาพแวดล้อมของที่พักและเรือน นอนของเด็กกอนุบาลให้ถูกสุขลักษณะ และมีมาตรการดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการการ เรียนรู้ หรือด้านพฤติกรรม อารมณ์ ที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้แก่นักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทาง สติปัญญา บกพร่องทางการเรียนรู้ บกพร่องด้านพฤติกรรมอารมณ์ รวมถึงภาวะสมาธิสั้นและเด็กออทิสติก นอกจากนี้โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการเสริมด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส โดยการประสานและ แสวงหาการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การป้องกันโรคโควิด-19 จากหน่วยงานของจังหวัดและผู้เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนขงกร 28 เทศบาลนครอุบล บริษัท ห้างร้าน และสมาคมผู้ประกอบการ เป็นต้น และ ใช้ สื่อสร้างความเข้าใจเรื่องโรคโควิด-19 และแนวทางการดูแลตัวเอง โดยคำนึงถึงข้อจำกัดทางภาษาและ สังคม กลุ่มนักเรียนพิการเรียนร่วม เลือกใช้สื่อที่เป็นรูปภาพหรือเสียงที่เข้าใจง่ายมากกว่าใช้ตัวอักษรเพียง อย่างเดียว

4) ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการจัดเตรียมแผน รองรับด้านการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนป่วย กักตัว หรือกรณีปิดสถานศึกษาชั่วคราว จัดเตรียมแนว ปฏิบัติเพื่อลดการรังเกียจและการตีตราทางสังคม (Social stigma) จัดเตรียมแนวปฏิบัติด้านการจัดการ ความเครียดของครูและบุคลากร ตรวจสอบประวัติเสี่ยงของบุคลากรและนักเรียน ตรวจสอบเรื่องการ กักตัวให้ครบ 14 วัน ก่อนมาทำการเรียนการสอนตามปกติและทุกวันเปิดเรียน กำหนดแนวทางปฏิบัติตาม ระเบียบสำหรับบุคลากรและนักเรียนที่สงสัยติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคโควิด-19 โดยไม่ถือเป็นวันลาหรือ วันหยุดเรียน สื่อสารทำความเข้าใจกับบุคคลทุกฝ่าย ให้ข้อมูลที่ให้ความเชื่อมั่นในมาตรการป้องกันและการ ดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือในสถานศึกษา โดยเฉพาะการระมัดระวัง การสื่อสารและคำพูดที่มีผลต่อ ทศนคติ เพื่อลดการรังเกียจ การตีตราทางสังคม (Social stigma) กรณีที่อาจพบบุคลากรในสถานศึกษา นักเรียน ผู้ปกครองติดโควิด-19 และกรณีที่นักเรียนหรือบุคลากรป่วยจริงต้องให้หยุดรักษาจนกว่าจะหาย

เป็นปกติ โดยนำหลักฐานไปรับรองแพทย์มายืนยัน เพื่อกลับเข้าเรียนตามปกติ โดยไม่ถือว่าขาดเรียนหรือขาดงาน 8. กักตัวผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตามเกณฑ์ควบคุมโรคและดำเนินการช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วย

5) ด้านนโยบาย พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการสื่อสารประชาสัมพันธ์แก่ครูและบุคลากรในสถานศึกษาให้มีความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทักษะการล้างมือ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สุขลักษณะส่วนบุคคลที่ดี รวมทั้งการทำความสะอาดอย่างถูกวิธี ประชุมชี้แจงคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานแบบออนไลน์หรือกลุ่มย่อยตามความจำเป็น มีแผนงาน โครงการ กิจกรรมรองรับนโยบายและแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ของสถานศึกษา แต่งตั้งคณะกรรมการทำงานรับผิดชอบเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในสถานศึกษา ประกอบด้วยครู บุคลากรสถานศึกษา นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทหน้าที่ โดยมอบหมายครู ครูอนามัย หรือบุคลากรสถานศึกษา ทำหน้าที่คัดกรองวัดไข้นักเรียน สังเกต สอบถามอาการเสี่ยงและประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้บริการในโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลทำความสะอาดในบริเวณสถานศึกษาและบริเวณจุดเสี่ยง สื่อสารทำความเข้าใจผู้ปกครองและนักเรียน โดยเตรียมการก่อนเปิดภาคเรียนหรือวันแรกของการเปิดเรียนของการเปิดเรียนหรือวันแรกของการเปิดเรียนเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 และมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร สถานศึกษามีการประเมินตนเองเพื่อเตรียมก่อนเปิดเรียนผ่านระบบออนไลน์ของกระทรวงศึกษาธิการ/ Thai STOP COVID กรมอนามัยหรือตามแบบประเมินตนเองสำหรับสถานศึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนเปิดภาคเรียนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการกำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด

6) ด้านการบริหารการเงิน พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการพิจารณาการใช้งบประมาณของสถานศึกษาสำหรับกิจกรรมการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ตามความจำเป็นและเหมาะสม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับนักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษา เช่น หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ สบู่ เป็นต้น ประสานงานและแสวงหาแหล่งทุนและกาสสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนขยางกูร28 เทศบาลนครอุบล บริษัทห้างร้านในชุมชน เป็นต้น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันการระบาดของโรคในสถานศึกษา

2. ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนโรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.6 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.2 โดยมีคะแนนน้อยที่สุด เท่ากับ 8 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 20 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.72 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	เกณฑ์คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มาก	16-20 คะแนน	98	72.6
ปานกลาง	12-15 คะแนน	30	22.2
ปรับปรุง	น้อยกว่า 12 คะแนน	7	5.2
รวม		135	100.0
$X_{\min} = 8$, $X_{\max} = 20$, $\bar{X} = 16.72$, S.D. = 2.362			

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 และต้องปรับปรุง ร้อยละ 5.2 โดยมีคะแนนพฤติกรรมน้อยที่สุด เท่ากับ 36 คะแนน คะแนนมากที่สุดเท่ากับ 96 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.14 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรม	เกณฑ์คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	73.5-100 คะแนน	84	62.2
ปานกลาง	46.8-73.5 คะแนน	44	32.6
ปรับปรุง	20-46.7 คะแนน	7	5.2
รวม		135	100.0

$X_{\min} = 36$, $X_{\max} = 96$, $\bar{X} = 68.14$, $S.D. = 14.31$

6.สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัย ดังนี้

1. โรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตามมาตรการกำหนัดป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกรมอนามัย ประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ 1) ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ โดยยึดหลักมาตรการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การป้องกันการติดเชื้อ ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และหลีกเลี่ยงความแออัดเพื่อลดการสัมผัสระหว่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ศิริเลิศและคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงเรียนพื้นที่สูงในถิ่นทุรกันดารสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต1 ด้านความปลอดภัยจากการลดการแพร่เชื้อ พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษาควรมีการประชุมชี้แจงคณะครูและคณะกรรมการสถานศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาในขณะที่มาติดต่อราชการ โดยยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เนื่องจากการสวมใส่หน้ากากอนามัยจะเพิ่มความปลอดภัยและลดการแพร่เชื้อโควิด-19 ในสถานศึกษาถือว่าการควบคุมการแพร่เชื้อโควิด-19 ไม่ให้กระจายสู่บุคคลอื่น สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ที่ได้กล่าวว่าการใช้หน้ากากเป็นหนึ่งในชุดมาตรการป้องกันและควบคุมที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้อยู่ในวงจำกัด การใช้หน้ากากมีประโยชน์เพื่อป้องกันตนเองเมื่อสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ หรือควบคุมแหล่งแพร่เชื้อคือการที่ผู้ติดเชื้อสวมหน้ากากเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไม่ให้กระจายออกไปสู่คนอื่น 2) ด้านการเรียนรู้ พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลได้นำมาตรการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในมิติของการเรียนมาดำเนินการควบคู่กับองค์ประกอบ กระบวนการเรียนรู้สู่เด็กไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีมาตรการหลักในการจัดหาสื่อความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 สำหรับใช้ในการเรียนการสอน โดยบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพในสาระการเรียนรู้ต่าง สร้างการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในโรงเรียน ด้วยการจัดป้ายนิเทศให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หน้าห้องเรียน หรือป้ายนิเทศบริเวณอาคารเรียน เพื่อให้ นักเรียนสามารถเรียนรู้และเข้าถึงข้อมูลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lister-Sharp and other⁽¹⁰⁾ ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเทศอังกฤษ พบว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมของนักเรียน โดยนักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น แต่การปลูกฝังทัศนคติและการปลูกฝังพฤติกรรมต้องใช้ระยะเวลานานและต้องใช้โปรแกรมที่ผสมผสานหลายๆ ด้านเข้าด้วยกัน การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบางอย่างสามารถบูรณาการหรือสอดแทรกในกิจกรรมการ

จัดการเรียนรู้ของกลุ่มสาระต่างๆ ได้ เช่น กลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์ เป็นต้น และบูรณาการในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา วาโย และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาการเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน พบว่า การออกแบบสื่อการเรียนการสอนที่มีความทันสมัยหลากหลายและเข้าใจง่าย เพื่อกระตุ้นความสนใจ ควรมีการเชื่อมโยงกับเนื้อหาเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น โดยเฉพาะอาจเลือกใช้สื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้เรียนได้ 3) ด้านการครอบคลุมถึงเด็กด้อยโอกาส โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการ จัดหาวัสดุ สิ่งของ เครื่องใช้และอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเพียงพอสำหรับนักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษา มีมาตรการส่งเสริมให้นักเรียนได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึง และดูแลนักเรียนที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการการเรียนรู้ หรือด้านพฤติกรรม อารมณ์ ที่สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้แก่นักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา บกพร่องทางการเรียนรู้ บกพร่องด้านพฤติกรรมอารมณ์ รวมถึงภาวะสมาธิสั้นและเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา จักรแก้ว และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่องการเพิ่มโอกาสและการเข้าถึงการศึกษาระดับอุดมศึกษาของเด็กด้อยโอกาสภาคเหนือตอนบน พบว่า ควรมีการสร้างเครือข่ายโดยประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางที่เป็นบริบทของแต่ละสถานศึกษา เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาของนักเรียนที่ด้อยโอกาสทางการศึกษาให้มีโอกาสและเข้าถึงการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น 4) ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง พบว่า โรงเรียนเมืองอุบลมีมาตรการ จัดเตรียมแผนรองรับด้านการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนป่วย กักตัว หรือกรณีปิดสถานศึกษาชั่วคราว จัดเตรียม แนวปฏิบัติเพื่อลดการรังเกียจและการตีตราทางสังคม (Social stigma) จัดเตรียมแนวปฏิบัติด้านการจัดการความเครียดของครูและบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ศิริเลิศและคณะ ศึกษาแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงเรียนพื้นที่สูงในถิ่นทุรกันดาร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต1 ด้านสวัสดิภาพและการคุ้มครอง พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษาควรส่งเสริมให้ครูมีการวางแผนจัดเตรียมแผนการเรียนรู้ของนักเรียนให้เหมาะสมกับบริบทของสถานศึกษาตามแนวทางการจัดการเรียนรู้ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 5) ด้านนโยบาย พบว่า โรงเรียนเมืองอุบล ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้วยการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์นโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ปัญหาของโรงเรียนในการขาดแคลนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 มีการร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันวางแผนการดำเนินงานและร่วมมือกันทำงานแก้ไขปัญหาต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา เมืองนาโพธิ์⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประถมศึกษา (ระยะที่1) พบว่าการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดองค์กร ประกอบด้วย ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้แทนองค์กรชุมชน มีการจัดประชุมร่วมกันในการพิจารณาแผนงานโครงการและการติดตามประเมินผล นอกจากนี้จะมีครูรับผิดชอบโดยตรงรวมถึงมีคณะกรรมการนักเรียนที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โดยมีการแบ่งหน้าที่ในการทำงานอย่างชัดเจน และ 6) ด้านการบริหารการเงิน โรงเรียนเมืองอุบลมีการพิจารณาการใช้งบประมาณของสถานศึกษาสำหรับกิจกรรมการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ตามความจำเป็นและเหมาะสม จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับนักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษา เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในสถานศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ศิริเลิศและคณะ ศึกษาแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ของโรงเรียนพื้นที่สูงในถิ่นทุรกันดาร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต1 ด้านการบริหารการเงิน พบว่า ผู้บริหารการศึกษาควรมีการประชุมชี้แจงและมีแผนการใช้งบประมาณโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับตลอดจนมาตรการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและสามารถรองรับการจัดการศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จะสามารถช่วยให้การจัดการศึกษามีประสิทธิภาพและเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการเรียนให้กับผู้ปกครอง ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการเรียนของผู้เรียนส่วนหนึ่งมาจากฐานะของครอบครัวของเด็กบางคนไม่พร้อมต่อการเรียนและนักเรียนยังขาดแคลนอุปกรณ์การเรียนที่มีประสิทธิภาพ

จากการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี ศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยอภิปรายได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เพิ่งพบครั้งแรกดังนั้นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารซึ่งมีอยู่มากมายอาจแตกต่างกันไปจึงอาจทำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงษ์ (14) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.60

7. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

- 1) หน่วยงานต้นสังกัดควรให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ควรให้การสนับสนุนโดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) สถานศึกษาสามารถนำผลการศึกษานี้เป็นแนวทางในการกำหนดเชิงนโยบายเพื่อให้มีการสอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร ส่วนในเชิงปฏิบัติควรจัดอบรม หรือจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับนักเรียนทุกระดับชั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงเรียนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
- 2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงเรียนภาครัฐและเอกชน

8. เอกสารอ้างอิง

1. Pongtat Vanichanan, P. Basic Education in Covid-19 Crisis Reopening School After Lockdown. [Internet].2023 [cited 2023 Januaryr 4]. Available from: <https://tdri.or.th/2020/05/basic-education-in-covid-19-crisis-reopeningschool-after-lockdown/>

2. โรงเรียนเมืองอุบล จังหวัดอุบลราชธานี. สรุปสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในโรงเรียนปีการศึกษา 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565). เอกสารสำเนา.
3. Krejcie,R.V., & D.W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement.1970; 3: 607-610.
4. บงกช โมระสกุล และ พรศิริ พันธสี. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564; 15:179-193.
5. Bloom BS. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1(2) Los Angeles. University of Californai at Los Angeles; 1968.
6. เสรี ลาขโรจน์. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร การจัดการและการประเมินผลการศึกษา (หน่วยที่ 1-7) พิมพ์ครั้งที่ 22. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2559.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2565.
8. ศิริกัญญา ศิริเลิศ, สติพร เขาวนชัย และ วิทยา จันทร์ศิลา. แนวทางปฏิบัติสำหรับ สถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนบนพื้นที่สูงใน ถิ่นทุรกันดาร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต1. Journal of Roi Kaensarn Academi 2565; 7 : 224-235.
9. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance [Internet].2023 [cited 2023 Januaryr 4]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/331693>.
10. Lister-Sharp P.; et al. Health Promoting School and Health Promotion in school: Two Systemmatic Review. Health technology assessment 1999; 22.
11. วิทยา วาโย และคณะ. การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ ไวรัส COVID-19 : แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน.วารสารศูนย์อนามัย 2563; 34:285-298.
12. วาสนา จักรแก้ว และคณะ. การเพิ่มโอกาสและการเข้าถึงการศึกษาระดับอุดมศึกษาของ เด็กด้อยโอกาส ภาคเหนือตอนบน. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2561; 3: 1765-1785.
13. สุธีรา เมืองนาโพธิ์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับประถมศึกษา (ระยะที่ 1). วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ 2560;11: 209-218.
14. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

บทความวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10 Health Literacy on NCDs among working age Population in Health Region 10

เจนวิทย์ ศรพรหม^{1*} Jenwit Sornpom^{1*}

ธเนศ ศรพรหม² Tanet Sornpom²

บทคัดย่อ

ความสำคัญและปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ การป้องกันด้วยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีหลักฐานที่สนับสนุนเพื่อช่วยลดโรค แต่อย่างไรก็ตาม เขตสุขภาพที่ 10 ยังขาดข้อมูลขนาดของปัญหาที่ทันสมัยและการประเมินความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย

วัตถุประสงค์ เพื่อประมาณการความชุกและประเมินความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ของประชากรกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากสมุดสุขภาพประชาชน กรมอนามัย รวบรวมข้อมูลระหว่าง ม.ค.-ก.ค. 2565 ขนาดตัวอย่าง 25,092 คน ประมาณการความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษา พบความชุกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 7.79 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.92 และมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 31 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเป็นปัจจัยป้องกัน ร้อยละ 13 (AOR = 0.87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$) และความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเป็นปัจจัยป้องกัน ร้อยละ 15 (AOR = 0.85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

สรุปผลการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะช่วยเพิ่มการป้องกันการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย แต่ทั้งนี้ค่าความเสี่ยง (Adjusted OR) ความรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษามีค่าไม่สูงมากนัก แสดงให้เห็นว่าเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการเป็นโรคได้แต่ยังส่งผลไม่มากนัก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: boyddd.19@gmail.com

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases (NCDs) such as the most common types of type 2 diabetes and hypertension, were the major public health problem. However, in Health region 10 Thailand, the data up to date on the magnitude of NCDs were lacking and not applying to evaluation Health Literacy (HL) on NCDs.

Objective: This study aimed to estimate the most common type of NCDs and assessed the relationship between Health Literacy and NCDs.

Methods: Participants answered questionnaires via the Health for you (H4U) application in health region 10, 2022. The relationship between these factors and the most common type of NCDs was evaluated by using adjusted odd ratios (AOR) and 95% confidence intervals (CI) from logistic regressions.

Results: The prevalence of type 2 diabetes is 7.79% and hypertension is 9.92%. The level of Low HL is considered as 31%. Results showed that 25,092 participants who had a very height level of HL could protect type 2 diabetes were 13% (AOR = 87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$), Participants who had a very height level of HL could protect hypertension were 15% (AOR = 85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$), compared to the low HL in working age population.

Conclusion: Our study found that working age population with a very height HL can reduce the chances of developing non-communicable diseases. However, the magnitude of chance in the study was low significant. Therefore, the efficiency of health literacy building must be optimized to achieve better results.

Keywords: health literacy, non-communicable diseases, type 2 diabetes, hypertension, working age population

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Assistant Professor, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding Author Email: boyddd.19@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus: T2DM) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) แม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหามาเป็นระยะเวลานานแต่ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ โดยที่ สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง อุบัติการณ์ทั่วโลกยังสูงขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ใหม่ว่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทยที่มีรายได้ปานกลางมีสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับสถานการณ์โลก โดยพบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2564⁽²⁾ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน ที่ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือดสมอง^(3, 4) เป็นสาเหตุทำให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2562⁽⁵⁾ การเกิดโรคเบาหวานรวมถึงเบาหวานชนิดที่ 2 ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมประเทศชาติที่จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เกิดขึ้นได้รวมไปถึงค่าใช้จ่ายจากการขาดงาน และการสูญเสียรายได้⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) พบในประชากรโลกกว่า 113 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี โดยที่สัดส่วน 2 ใน 3 ของคนที่เป็นโรคนี้อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ มากกว่าร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้วินิจฉัยและได้รับการรักษาตามกระบวนการ⁽⁷⁾ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2562⁽⁷⁾ พบว่าความชุกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยทั่วไปโรคนี้มักไม่สังเกตพบอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคถ้าหากเป็นแล้วปล่อยไว้โดยไม่รักษา โรคความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันเนื่องจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อนได้

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร สถานการณ์ความชุกปี 2561 และผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563⁽⁸⁾ พบโรคเบาหวานร้อยละ 24.75 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 415.61 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิต ร้อยละ 8.93 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1130.05 ต่อประชากรแสนคน ทำให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ

จากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคส่วนใหญ่ที่มีความคล้ายคลึงกัน⁽⁹⁾ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁰⁻¹²⁾ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง⁽¹³⁾ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁴⁾ ความอ้วน ความเครียด⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ เป็นต้น 2) ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และฝุ่น PM10⁽¹⁸⁾ 3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น เชื้อชาติ เพศ การศึกษา⁽¹⁴⁾ ถิ่นที่อยู่อาศัย สถานะสมรส⁽¹⁹⁾ อาชีพ เศรษฐฐานะ⁽²⁰⁾ และการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ประวัติทางการแพทย์และการใช้ยาบางชนิด^(21, 22)

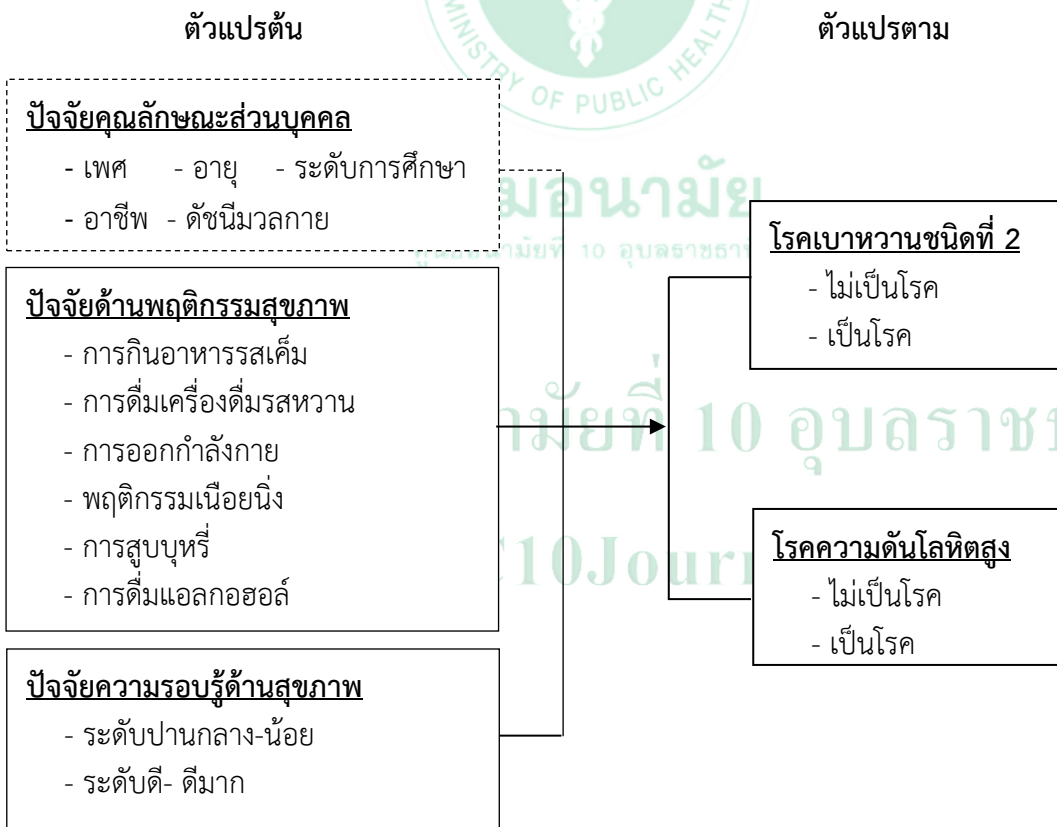
จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ประเทศไทยได้ให้ความสนใจกับการลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง⁽²³⁾ ซึ่ง เขตสุขภาพที่ 10 ได้ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน มาตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2560⁽²³⁾ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 10 ยังไม่เคยประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานมาก่อน นักวิจัยจึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานอย่างเหมาะสม ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ป่วยไม่ตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10
- 2) ศึกษาาระดับความรู้ด้านสุขภาพป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10

3. กรอบแนวคิด



4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน มกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ประชาชนวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร จำนวน 1,772,167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) จำนวน 33,389 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีภูมิลำเนาในเขตสุขภาพที่ 10 อายุระหว่าง 35 ถึง 59 ปี เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวอื่นที่ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ โดยจากเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก ที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25,092 คน มีอำนาจทดสอบ (Power of test) ประมาณร้อยละ 98-100 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพียงพอต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง เมื่อคุมตัวแปรอื่น

4.4 เครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่จัดทำขึ้นร่วมกันเพื่อสนับสนุนการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสำหรับประชาชน ในรูปแบบดิจิทัลที่ประชาชนดาวน์โหลดและลงบันทึกด้วยตนเอง ซึ่งสามารถจำแนกเป็นแบบข้อมูลตาม Google Form โดยผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการศึกษาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้ทั้งหมด 3 แบบฟอร์มมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) แบบฟอร์ม ข้อมูลคุณลักษณะ ได้แก่ จังหวัด ที่อยู่ (รหัสตำบล อำเภอ และจังหวัด) เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานะสุขภาพและโรคประจำตัว 2) แบบฟอร์ม พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) แบบฟอร์ม ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี เขตสุขภาพที่ 10

4.5 การรวบรวมและประมวลผลข้อมูล

ดำเนินการระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 1) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 2) ตรวจสอบความถูกต้องในการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ (Distribution) ตามข้อกำหนดทางสถิติวิเคราะห์ (Assumption) 4) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15 Texas USA 2007 (ลิขสิทธิ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) โดยใช้เทคนิคทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.6.1 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การบรรยายคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และวิธีการทางสถิติที่ใช้เพื่อตอบวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความชุกการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ด้วยสูตร (จำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่/ประชากรทั้งหมดในพื้นที่) × ค่าคงที่จุดเวลาหนึ่ง

4.6.2 สถิติเชิงอนุมานที่ใช้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

สถิติเชิงอนุมานในการใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) เพื่อระบุความสัมพันธ์โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ 1) การวิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) จะแสดงค่า Odd Ratio อย่างหยาบ (Crude OR) และ 95%CI ของ Crude OR 2) การวิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression) เริ่มจากนำตัวแปรต้นทุกตัวจากการวิเคราะห์อย่างหยาบ (crude analysis) ก่อนหน้า เข้าสู่โมเดล จากนั้นพิจารณาขจัดตัวแปรที่ไม่มีผลต่อโมเดลออก ด้วยวิธี Backward elimination จนได้โมเดลสุดท้าย (final model) ที่รวมเฉพาะตัวแปรที่มีผลต่อโมเดล นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์เป็นค่า Adjusted OR (AOR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 25,092 คน ในเขตสุขภาพที่ 10 (ตารางที่ 1 และ 2) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ เพศ ช่วงอายุการ ประกอบอาชีพ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง และด้านพฤติกรรม พบว่ามีเพียงการกินอาหารรสเค็ม ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=25,092)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคเบาหวาน	เป็นโรคเบาหวาน	p-value
	ชนิดที่ 2 (n=2,2137)	ชนิดที่ 2 (n=1,955)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ			<0.001*
เพียงพอ	7,053 (30.48)	677 (34.63)	
ไม่เพียงพอ	16,084 (69.59)	1,278 (65.37)	
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ			<0.001*
ชาย	6,992 (30.22)	412 (21.07)	
หญิง	16,145 (69.78)	1,543 (78.93)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=2,2137) จำนวน (ร้อยละ)	เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=1,955) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี)			<0.001*
35-44	6,981 (30.17)	250 (12.79)	
45-59	16,156 (69.83)	1,705 (87.21)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.98 (6.35)		
อาชีพ			<0.001*
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างรัฐ	2,123 (9.18)	95 (4.86)	
พนักงานเอกชน/ ธุรกิจส่วนตัว	2,879 (12.44)	261 (13.35)	
เกษตรกร/ รับจ้าง	18,135 (78.73)	1,599 (81.79)	
ดัชนีมวลกาย			<0.001*
เกณฑ์ปกติ (<= 25)	16,028 (69.27)	1,128 (57.70)	
เกินเกณฑ์ (> 25)	7,109 (30.73)	827 (42.30)	
พฤติกรรมสุขภาพ			
การกินอาหารรสเค็ม			0.653
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	5,898 (25.49)	502 (25.68)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	14,593 (63.07)	1,217 (62.25)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	2,646 (11.44)	236 (12.07)	
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน			<0.001*
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	6,180 (26.71)	398 (20.36)	
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	16,957 (73.29)	1,557 (79.64)	
การออกกำลังกาย			<0.001*
>= 150 นาที/ สัปดาห์	15,232 (65.83)	1,139 (58.26)	
< 150 นาที/ สัปดาห์	7,905 (34.17)	816 (41.74)	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง			<0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	8,516 (36.81)	613 (31.36)	
3-5 วัน/ สัปดาห์	10,416 (45.02)	950 (48.59)	
6-7 วันต่อสัปดาห์	4,205 (18.17)	392 (20.05)	
การสูบบุหรี่			<0.001*
ไม่สูบ	20,568 (88.90)	1,837 (93.96)	
สูบ/ เคยสูบ	2,569 (11.10)	118 (6.04)	
การดื่มแอลกอฮอล์			<0.001*
ไม่ดื่ม	14,243 (61.56)	1,391 (71.15)	
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	7,732 (33.42)	501 (25.63)	
ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน	1,162 (5.02)	63 (3.22)	

Note * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และ ของกลุ่มตัวอย่าง โรคความดันโลหิตสูง (n=25,092)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=22,604)	เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=2,488)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ			<0.001*
เพียงพอ	6,879 (30.43)	851 (34.20)	
ไม่เพียงพอ	15,725 (69.57)	1,637 (65.80)	
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ			<0.001*
ชาย	6,797 (30.07)	607 (24.40)	
หญิง	15,807 (69.93)	1,881 (75.60)	
อายุ (ปี)			<0.001*
35-44	6,944 (30.72)	287 (11.54)	
45-59	15,660 (69.28)	2,201 (88.46)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.98 (6.35)		
อาชีพ			0.001*
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างรัฐ	2,047 (9.06)	171 (6.87)	
พนักงานเอกชน/ ธุรกิจส่วนตัว	2,802 (12.40)	338 (13.59)	
เกษตรกร/ รับจ้าง	17,755 (78.55)	1,979 (79.54)	
ดัชนีมวลกาย			<0.001*
เกณฑ์ปกติ (<= 25)	15,914 (70.40)	1,242 (49.92)	
เกินเกณฑ์ (> 25)	6,690 (29.60)	1,246 (50.08)	
พฤติกรรมสุขภาพ			
การกินอาหารรสเค็ม			0.756
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	5,585 (11.44)	297 (11.94)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	14,252 (63.05)	1,558 (62.62)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	5,767 (25.51)	633 (25.44)	
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน			<0.001*
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	6,024 (26.65)	554 (22.27)	
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	16,580 (73.35)	1,934 (77.73)	
การออกกำลังกาย			
>= 150 นาที/ สัปดาห์	14,864 (65.76)	1,507 (60.57)	<0.001*
< 150 นาที/ สัปดาห์	7,740 (34.24)	981 (39.43)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=22,604)	เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=2,488)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง			<0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	4,098 (18.13)	499 (20.06)	
3-5 วัน/ สัปดาห์	10,193 (45.09)	1,173 (47.15)	
6-7 วันต่อสัปดาห์	8,313 (36.78)	816 (32.80)	
การสูบบุหรี่			<0.001*
ไม่สูบ	20,088 (88.87)	2,317 (93.13)	
สูบ/ เคยสูบ	2,516 (11.13)	171 (6.87)	
การดื่มแอลกอฮอล์			<0.001*
ไม่ดื่ม	13,953 (61.73)	1,681 (67.56)	
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	7,523 (33.28)	710 (28.54)	
ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน	1,128 (4.99)	97 (3.90)	

Note * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

การประมาณค่าความชุกการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย (ตารางที่ 3) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,955 คน ร้อยละ 7.79 (95%CI: 7.46 to 8.13) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2,488 คน ร้อยละ 9.92 (95%CI: 9.96 to 10.29) และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูง 670 คน ร้อยละ 2.67 (95%CI: 2.47 to 2.88)

ตารางที่ 3 ค่าความชุกการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=25,092)	ค่าความชุก		
	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
โรคเบาหวานชนิดที่ 2	1,955	7.79	7.46 to 8.13
โรคความดันโลหิตสูง	2,488	9.92	9.96 to 10.29
เบาหวาน+ความดันโลหิต	670	2.67	2.47 to 2.88

ผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ร้อยละ 30.81 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ถึง น้อย และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 13 (AOR =0.87; 95%CI: 0.79 to 0.97; P=<0.001) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย 2) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ

อายุ ดัชนีมวลกาย การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับ ดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 (AOR = 0.85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย 3 แสดงดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ครวละหลายปัจจัยในคราวเดียวกันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	จำนวน	% DM	COR	AOR	95%CI	<i>p-value</i>
โรคเบาหวานชนิดที่ 2	1,955	7.79	N/A	N/A	N/A	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						0.010*
ปานกลาง-น้อย	677	8.76	1	1		
ดี-ดีมาก	1,278	7.36	0.83	0.87	0.79 to 0.97	
เพศ						< 0.001*
ชาย	412	5.56	1	1		
หญิง	1,543	8.72	1.62	1.30	1.15 to 1.48	
อายุ (ปี)						< 0.001*
35-44	319	3.81	1	1		
45-59	1,636	7.79	2.73	2.60	2.30 to 2.94	
ดัชนีมวลกาย						< 0.001*
เกณฑ์มาตรฐาน	1,128	6.57	1	1		
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	827	10.42	1.65	1.54	1.40 to 1.70	< 0.001*
เครื่องดื่มรสหวาน						
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	398	6.05	1	1		
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1,557	8.41	1.43	1.36		
การออกกำลังกาย						< 0.001*
>= 150 นาที/ สัปดาห์	1,139	6.96	1	1		
< 150 นาที/ สัปดาห์	816	9.36	1.38	1.32	1.20 to 1.46	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง						< 0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	613	6.71	1	1		
3-5 วัน/ สัปดาห์	950	8.36	1.27	1.22	1.10 to 1.36	
6-7 วันต่อสัปดาห์	392	8.53	1.30	1.42	1.24 to 1.63	
การสูบบุหรี่						< 0.001*
ไม่สูบ	1,837	8.20	1	1		
สูบ/เคยสูบ	118	4.39	0.51	0.75	0.60 to 0.93	

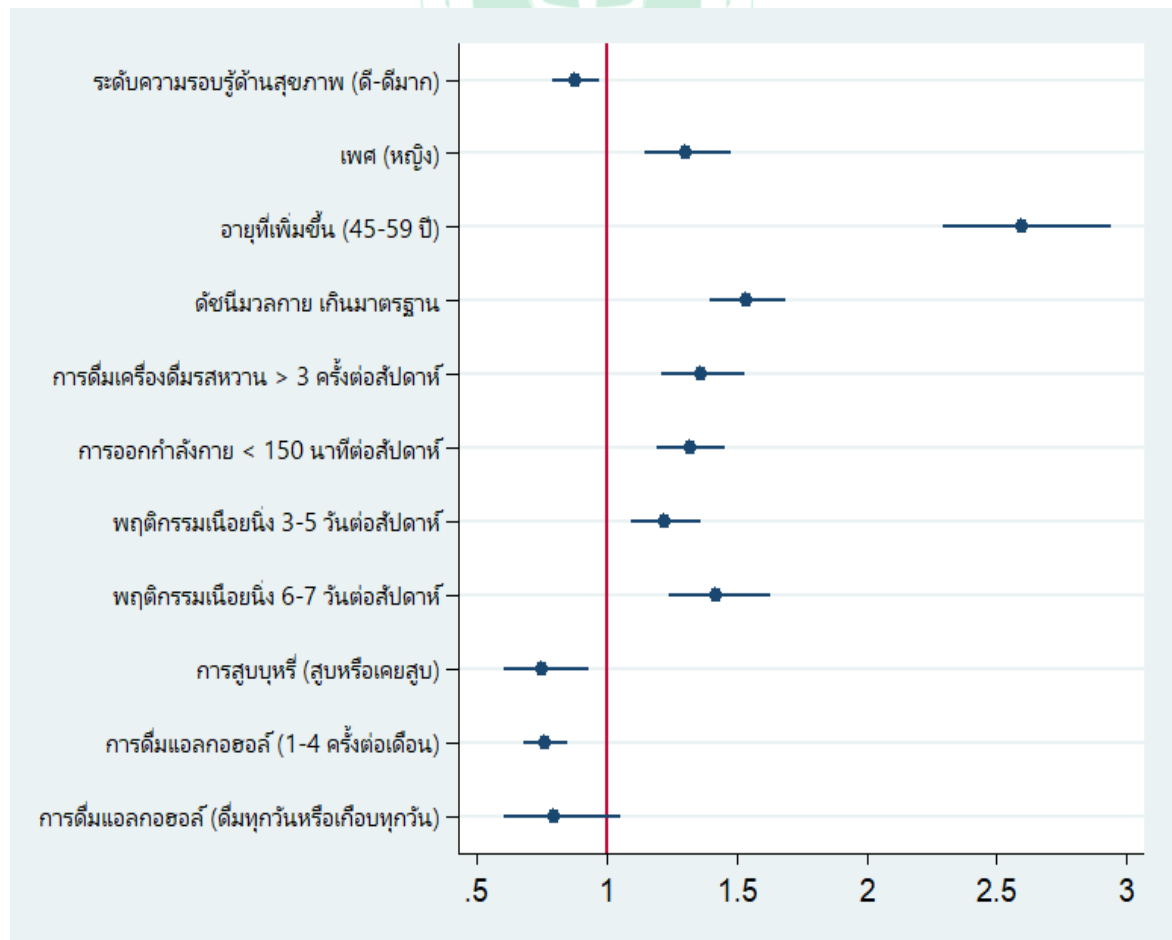
ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	% DM	COR	AOR	95%CI	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	1,391	8.90	1	1		< 0.001*
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	501	6.09	0.66	0.76	0.68 to 0.85	
ดื่มทุกวันหรือ เกือบทุกวัน	63	5.14	0.55	0.80	0.61 to 1.05	

N/A = Not applicable

Note: * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินความสัมพันธ์ด้วย Multivariable analysis

ภาพที่ 1 แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายงานด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (AOR)



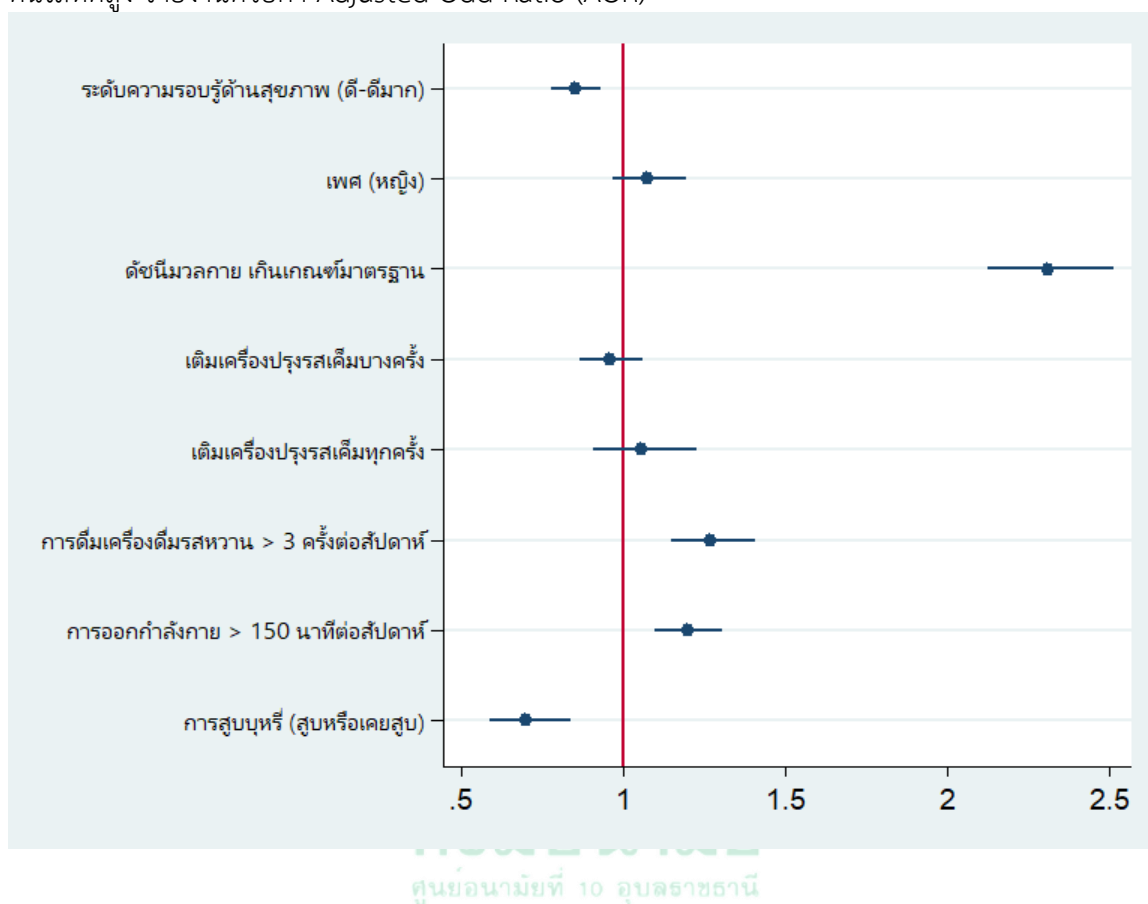
ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ครวละหลายปัจจัยในคราวเดียวกันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	จำนวน	% HT	COR	AOR	95%CI	p-value
โรคความดันโลหิตสูง	2,488	9.92	N/A		N/A	N/A
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ						0.001*
ปานกลาง-น้อย	851	11.01	1	1		
ดี-ดีมาก	1,637	9.43	0.84	0.85	0.78 to 0.93	
เพศ						0.181
ชาย	607	8.20	1	1		
หญิง	1,881	10.63	1.33	1.07	0.97 to 1.97	
ดัชนีมวลกาย						<0.001*
เกณฑ์มาตรฐาน	1,242	7.24	1	1		
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	1,246	15.70	2.39	2.31		
การกินอาหารรสเค็ม						0.320
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	633	9.89	1			
เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	1,558	9.85	0.96	0.96	0.87 to 1.06	
บางครั้ง						
เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	297	10.31	1.05	1.05	0.90 to 1.23	
ทุกครั้ง						
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน						<0.001*
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	554	8.42	1	1		
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1,934	10.45	1.27	1.27	1.15 to 1.41	
การออกกำลังกาย						<0.001*
>= 150 นาที/ สัปดาห์	1,507	9.21	1	1		
< 150 นาที/ สัปดาห์	981	11.25	1.25	1.20	1.10 to 1.31	
การสูบบุหรี่						<0.001*
ไม่สูบ	2,317	10.34	1	1	0.59 to 0.84	
สูบ/เคยสูบ	171	6.36	0.60	0.70		

N/A = Not applicable

Note: * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินความสัมพันธ์ด้วย Multivariable analysis

ภาพที่ 2 แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รายงานด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (AOR)



6. อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกร้อยละ 7.79 เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาอื่นรวมถึงรายงานการสำรวจที่ผ่านมามีค่าความชุกที่น้อยกว่าการสำรวจในเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2561 พบโรคเบาหวานร้อยละ 24.75 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 415.61 ต่อแสนประชากร⁽⁸⁾ และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2564 ที่พบความชุกร้อยละ 11.6⁽¹⁾ มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ แต่ที่สำคัญคือมีคนเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่รู้ว่าเป็นถึงร้อยละ 50 ส่วนอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกยังพบเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 2563 และ 2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ยังมีแนวโน้มคงที่คือ 349,756 คน 311,807 คน และ 349,542 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการดำเนินงานในระยะ 5 ปีจนถึงปัจจุบัน ยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่⁽²⁵⁾ 2) โรคความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ พบความชุกร้อยละ 9.92 ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2561 พบ ร้อยละ 8.93 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1130.05 ต่อประชากรแสนคน ทำให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ แต่ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบมีค่าความชุกน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้โดยในปี พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 15 และปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 24.7⁽²⁶⁾ โดยกว่าร้อยละ 46 ผู้ที่เป็นจะไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้วินิจฉัยและได้รับการรักษาตามกระบวนการ⁽⁷⁾

จากผลการศึกษานี้ ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเหล่านี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ ได้ค่าความชุกที่ต่ำกว่าทุกการศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้

ได้ใช้ข้อมูลทฤษฎี ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามออนไลน์ในการประเมินผลลัพธ์การเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ใช้วิธีการตรวจร่างกาย หรือการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรค ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ค่าความชุกจะต่ำกว่าความเป็นจริง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค หรือผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ข้อมูล ดังนั้นขนาดปัญหาแท้จริงจึงน่าจะมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยมากกว่า ผลการศึกษาของเรา สูงเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 40-50 และหากเป็นเช่นนั้น ความรุนแรงและขนาดของปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 10 จะถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับแก้ไขลำดับต้น ๆ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคในพื้นที่ เพราะหากยังไม่มีวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่ โดยเฉพาะนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้เหล่านี้ ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกันด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรังและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความรอบรู้ไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ถึง ต่ำ ร้อยละ 30.81 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจก่อนหน้านี้ ในปี พ.ศ. 2558 ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ด้าน 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ไม่ดื่มสุรา) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า ผู้มีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 และในปี 2562 โดยกรมอนามัย⁽²⁶⁾ พบว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09 โดยเฉพาะผู้ที่มิ Line/Facebook และมีปัญหาทางการได้ยิน นอกจากนี้ คนไทยยังมีข้อจำกัดในการสืบค้นและค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เมื่อแยกรายเขต เขตสุขภาพที่ 10 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุดถึงร้อยละ 24.05 จะเห็นได้ว่าในเขตสุขภาพที่ 10 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษานี้ไม่เพียงพอมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ด้วยหลักฐานทางการศึกษาที่สนับสนุนว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²³⁾ และยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁷⁾ ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ในแผนงานที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/ หรือเบาหวานรายใหม่ รวมถึงจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีแผนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วมที่เกี่ยวข้องกับ NCDs เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การควบคุมยาสูบ นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การลดโซเดียมในประเทศไทย แผนหัวใจและหลอดเลือด และ แผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกาย ดังนั้น ภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีการวางแผนร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้เพียงพอต่อการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 13 (AOR = 87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย จากผลดังกล่าวปัจจัยที่สนใจ คือความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นกลยุทธ์การป้องกันที่เป็นไปได้ แต่จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis^(28, 29) จาก 115 การศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559 พบว่า คนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ยังมีความ

ไม่ชัดเจนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ ดังนี้ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ความแตกต่างทางเพศ 4) ประสิทธิภาพของมาตรการเพื่อปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) ความคุ้มค่าของการของมาตรการเพื่อปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 6) อิทธิพลขององค์กรสภาพแวดล้อมที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และถึงแม้จะยังไม่มีคำตอบชัดเจนแต่ทั้งนี้ก็ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่น่าสนใจในปีหลัง ๆ และที่มีผลการศึกษาว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การศึกษาภาคตัดขวางตามประชากรในเยอรมนี⁽²²⁾ พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปร อาสาสมัครที่มี “ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ” ได้คะแนน German Diabetes Risk Score (GDRS) สูงกว่า 2.38 คะแนน (95% CI 0.378 ถึง 4.336; $P = 0.020$) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการประเมินการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น 2.04 เท่า (95% CI 1.33 ถึง 3.14; $P = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มี “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ” 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับ ดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 (AOR = 85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย แต่จากการทบทวนจากอดีตจนถึงปี 2017 จำนวน 20 รายงานการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ไม่เพียงพอ มีหลักฐานไม่สอดคล้องกันของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของความดันซิสโตลิก (systolic and diastolic) และไดแอสโตลิก (systolic and diastolic)⁽³⁰⁾ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยเพิ่มเติม พบว่ามีรายงานที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศญี่ปุ่น⁽³¹⁾ พบว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าคะแนน functional HL มีแนวโน้มที่จะมีประวัติความดันโลหิตสูง ($P=0.003$) และโรคเบาหวาน ($P=0.02$)

จึงพอสรุปผลการศึกษาได้ว่า คนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ในระดับดี ถึง ดีมาก จะช่วยเพิ่มโอกาสการป้องกันการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ค่าความเสี่ยง (AOR) จากการศึกษาไม่สูงมากนัก แสดงให้เห็นว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยได้ แต่ส่งผลยังไม่มากนัก ผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและดียิ่งขึ้น

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) ควรส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพื่อนำไปเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบาย แผนงาน และมาตรการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้เข้มข้นขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยในเขตสุขภาพที่ 10

2) ควรประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพกับแนวคิดและทฤษฎีอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกัน และปรับปรุงมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพ ด้วยนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติหรือ ชะลอ ยุติ ในบางประเด็นที่ไม่คุ้มค่า
- 2) ควรมีการศึกษาจากทัศน ในประเด็นนโยบาย แผนงานการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อคาดการณ์และประเมินผลในอนาคต
- 3) ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลนโยบาย แผนงาน มาตรการและผลลัพธ์ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ดำเนินการในพื้นที่ ในประชากรวัยทำงาน และกลุ่มอายุที่น้อยลงเนื่องจากการมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในช่วงวัยอื่น ๆ

8. เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562 พฤษภาคม 2563.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ ดีไซน์; รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.
3. WHO. Diabetes 2022 [cited 2023 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
4. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, สัญชัย ชาสสมบัติ. การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ของประเทศไทย: กองโรคไม่ติดต่อ 2560 2560 [cited 2023 31 June]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019. Results. 2020 [cited 2023 26]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
6. ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกียรติอด, ภัทร อภิวัฒน์กุล, ขวัญกมล ถนัด คำ. รายงานการศึกษาเรื่อง: ประเมินการค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2561.
7. WHO. Hypertension 2022 [cited 2023 1 Feb]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_2.
8. จินทภา อันพิมพ์, จตุพร ผลเกิด. การสร้างทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน "ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs" (CBI NCDs). สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี กรมควบคุมโรค; 2564.
9. WHO. Noncommunicable diseases 2022 [cited 2023 26 Jan]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
10. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2

- diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*. 2020;63(1):21-33.
11. Guariguata L, Brown C, Sobers N, Hambleton I, Samuels TA, Unwin N. An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e171.
 12. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194127.
 13. Coughlin SS. Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Open Cardiovasc Med J*. 2011;5:164-70.
 14. Pappan N, Rehman A. Dyslipidemia. *StatPearls [Internet]*. 2022.
 15. Tesfa E, Demeke D. Prevalence of and risk factors for hypertension in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Health Sci Rep*. 2021;4(3):e372.
 16. Okui T, Park J. Difference in the prevalence of hypertension and its risk factors depending on area-level deprivation in Japan. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):37.
 17. Del Rio AI, Moreno Velasquez I, Roa R, Montenegro Mendoza R, Motta J, Quintana HK. Prevalence of hypertension and possible risk factors of hypertension unawareness among individuals aged 30-75 years from two Panamanian provinces: Results from population-based cross-sectional studies, 2010 and 2019. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276222.
 18. American Diabetes Association.(ADA). (2012). Standards of Medical Care in Diabetes 2012. care.diabetesjournals.org, 35(SUPPLEMENT 1), s11-s63.
 19. Gau GT, Wright RS. Pathophysiology, diagnosis, and management of dyslipidemia. *Curr Probl Cardiol*. 2006;31(7):445-86.
 20. Mamdouh H, Alnakhi WK, Hussain HY, Ibrahim GM, Hussein A, Mahmoud I, et al. Prevalence and associated risk factors of hypertension and pre-hypertension among the adult population: findings from the Dubai Household Survey, 2019. *BMC Cardiovasc Disord*. 2022;22(1):18.
 21. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *circulation*. 2016;133(4):e38-e360.
 22. Tajdar D, Lühmann D, Fertmann R, Steinberg T, van den Bussche H, Scherer M, et al. Low health literacy is associated with higher risk of type 2 diabetes: a cross-sectional study in Germany. *BMC public health*. 2021;21(1):1-12.
 23. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มรุรส ทิพยมงคลกุล. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). กรมอนามัย 2560.

24. WHO. Health literacy development for the prevention and control of NCDs 2022 [cited 2023 4 May]. Available from: <https://www.who.int/groups/gcm/health-literacy-development-for-ncd-prevention-and-control>.
25. Health Data Center (HDC). อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่ 2566 [cited 2023 27 June]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=418ae93a872547ebe2fbf0ff4f73e65e.
26. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป. บริษัทห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี้พับบลิชซิง; 2562.
27. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). 2565.
28. Abdullah A, Liew SM, Salim H, Ng CJ, Chinna K. Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *PloS one*. 2019;14(5):e0216402.
29. Caruso R, Magon A, Baroni I, Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, et al. Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. *Acta diabetologica*. 2018;55:1-12.
30. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: an integrative review. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(3):301-9.
31. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, Takeda Y, Teshima T, Imai Y, et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood pressure monitoring*. 2011;16(5):224-30.

HPC10Journal

บทความวิจัย

การศึกษาปัจจัยแห่งสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิก ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10

A study of the success factors of the implementation of operation youth friendly health services (YFHS), Fiscal year 2022 in Health Region 10th

นฤมล เทียมสุวรรณ^{1*} Naruemon Theamsuwan^{1*}

ทิพย์ัญญา อุ้นท้าว² Tiptanya Untao²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาผลการประเมินรับรอง ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานการให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 72 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย ผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 72 แห่ง ผ่านการประเมิน 20 แห่ง ร้อยละ 27.28 ระดับการผ่านการประเมิน อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 70 เมื่อจำแนกประเภทของโรงพยาบาลก็ระดับคุณภาพการผ่านประเมินมาตรฐานฯ พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง (F2) 15 แห่ง ร้อยละ 75 ผลการประเมิน อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.67 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M2) 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 1 แห่ง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100 เมื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน มีนโยบายในการดำเนินงาน การตั้งคณะทำงาน และการมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และการดำเนินงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุก สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ พบว่าปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือกิจกรรมหรือโครงการที่ทำร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ ส่วนกระบวนการดำเนินงานคือการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลปัญหาสถานการณ์ในพื้นที่ ถ่ายทอดสู่ผู้บริหาร และเครือข่ายให้เห็นความสำคัญผลักดันเป็นนโยบาย และแผนการดำเนินงาน รวมทั้งการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน คือบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ผู้รับผิดชอบงานมีการย้ายงานใหม่ โปรแกรมไม่สามารถใช้งานได้อย่างราบรื่น และความซับซ้อนในการแนบเอกสารหลักฐานในเกณฑ์ประเมินแต่ละข้อ

คำสำคัญ : งานพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน สถานบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 10

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: creamrio.c@gmail.com

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study aimed at examining the outcomes of certification assessment, success factors, problems, and obstacles in providing friendly healthcare services to adolescents and youth. The study employed purposive sampling, selecting 72 healthcare facilities in Health Region 10th that had passed of Youth Friendly Services for the Fiscal Year 2022. Data was collected using a Friendly health services standards assessment report form based on the 2020 and in-depth interviews. The data was analyzed using descriptive statistics for quantitative data and analyzed qualitative data from in-depth interviews, consisting of performance success factors, problems and obstacles in operations.

The study's findings revealed that out of the 72 healthcare facilities in Health Area 10, 20 (27.28%) had successfully passed the assessment at a very high level (70%). When categorized by hospital type and quality level of assessment, most of the passing hospitals were medium-sized hospitals (F2) with 15 facilities (75%), achieving a passing rate of 66.67%. There were 2 small general hospitals (M2), 1 large community hospital (F1), and 1 small community hospital (F3), all of which achieved a very high level of passing rate (100%) when analyzed for quality.

In terms of qualitative analysis, hospitals that passed the assessment were found to have clear operational policies, established working committees, and designated responsible personnel. Collaborative work with networks and proactive engagement were also observed. Success factors included collaborative activities or projects with local networks, while operational processes involved studying and analyzing local issues, conveying them to management and networks, translating them into policies and action plans, and continuous monitoring and evaluation. Challenges and obstacles in the implementation included inadequate staffing, personnel turnover, difficulties with program implementation, and complexities in providing necessary documentation for assessment criteria.

Keywords: Standard Quality Development, health facility, 10th Public health region

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Sisaket provincial public health office

* Corresponding Author Email: creamrio.c@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี พ.ศ. 2558-2562 เท่ากับ 1.5, 1.4, 1.3, 1.2 และ 1.1 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครองในปี 2561⁽¹⁾ จากการติดตามสถานการณ์การคลอดมีชีพในวัยรุ่น ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราคลอดในวัยรุ่นสูงที่สุดในปี 2558 และมีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร) และจากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นและวัยรุ่นเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2560 - 2564 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.23, 0.9, 0.93, 1.01 และ 1.01 ต่อพันประชากร ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 32.73, 30.51, 32.47, 32.7, และ 26.93 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เท่ากับ 15.49, 13.45, 14.41, 13.43, 12.24, และ 11.51 ต่อพันประชากร ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นว่ายังพบการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 สูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐดำเนินการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมอนามัย ในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น และมีนโยบายเร่งดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ภายในปี 2559 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงได้วางแผน และจัดทำมาตรฐาน YFHS เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงการบริการสุขภาพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นลดลงในอนาคต แม้ว่าปัจจุบันจะมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย แต่เนื่องจากทางสถานบริการยังมียานบริการอื่นๆ อีกจำนวนหลายด้านที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการ อีกทั้งการประเมินมาตรฐาน YFHS ได้มีการปรับปรุงระบบการประเมินออนไลน์ใหม่ จึงอาจจะส่งผลทำให้การประเมินตนเองด้านการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ไม่ได้รับการให้ความสำคัญเร่งด่วนเป็นลำดับแรก และส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการขอประเมินรับรองหรือรับการประเมินซ้ำ ซึ่งในมาตรฐาน YFHS มีการระบุอายุของการประเมินรับรองไว้ 3 ปี กรมอนามัยได้ดำเนินการภายใต้กฎกระทรวงการกำหนดประเภทและการดำเนินการของสถานบริการ และยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร แม้ว่าจะมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแล้วก็ตาม พบว่าในปี 2560 - 2563 มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 875 แห่ง ผ่านมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ จำนวน 798 แห่ง ร้อยละ 91.2 ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในส่วนของเขตสุขภาพที่ 10 โรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ มีเพียง 23 แห่งเท่านั้น จากทั้งหมด 72 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.38 การประเมินรับรองคลินิกให้ผ่านมาตรฐานจึงเป็นประเด็นที่ต้องผลักดัน และพัฒนาต่อไป เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และผลักดันให้วัยรุ่นมีการแสวงหาบริการส่งเสริมและดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ในบทบาทของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ และแนวทางการปฏิบัติที่ส่งผลให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน เข้ารับการประเมินและยกระดับมาตรฐานคลินิกให้ผ่านมาตรฐานเพื่อรองรับบริการของวัยรุ่นในพื้นที่

จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของสถาน

บริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10 และเพื่อศึกษาผลการประเมินรับรองการให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการประเมินรับรองการให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10

3.วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study)

3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 20 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 20 แห่ง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 10 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลวังหิน (2) โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง (3) โรงพยาบาลราษีไศล (4) โรงพยาบาลพยุห์ (5) โรงพยาบาลยางชุมน้อย (6) โรงพยาบาลศรีสะเกษ (7) โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ (8) โรงพยาบาลปรังค์ภู (9) โรงพยาบาลศรีรัตนะ (10) โรงพยาบาลศิลาลาด

จังหวัดยโสธร จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลยโสธร (2) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา (3) โรงพยาบาลทรายมูล (4) โรงพยาบาลกุดชุม (5) โรงพยาบาลมหาชนะชัย (6) โรงพยาบาลป่าดัว (7) โรงพยาบาลค้อวัง (8) โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว (9) โรงพยาบาลไทยเจริญ

จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ (1) โรงพยาบาลขามมวน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 ตามประเด็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายและการบริหารจัดการ

องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการ

องค์ประกอบที่ 3 ชุมชนและภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบที่ 4 ระบบข้อมูลสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์

โดยเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลที่มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับ วัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ตามข้อเสนอของ Bangkok Charter⁽³⁾ ที่นำมาประยุกต์เป็นกลยุทธ์ใช้ในการดำเนินงานโดยมีทีมผู้เยี่ยมประเมินจากภายนอก และมีมุมมองเพื่อการเรียนรู้แลกเปลี่ยน ประสพการณ์ สร้างโอกาสในการยกย่องเชิดชู เพื่อให้เป็นแนวทางการ

ทำงานและประเมินผล การดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยกรมอนามัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) มีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 หลังจากนั้นกรมอนามัยได้พัฒนา ศักยภาพ “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน” และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน โดยการสรุปผลคะแนนตามระดับคุณภาพการดำเนินงานคะแนนตามระดับคุณภาพการดำเนินงานตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 มีแนวทางการให้คะแนนตามมาตรฐานฯ และระดับคุณภาพการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็นระดับตามลักษณะการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระดับคุณภาพ ดังนี้

- ระดับดีเด่น เท่ากับ 90 – 100 คะแนน
- ระดับดีมาก เท่ากับ 80 – 89 คะแนน
- ระดับดี เท่ากับ 70 – 79 คะแนน
- ระดับพื้นฐาน เท่ากับ 60 – 69 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยเลือกกลุ่มโรงพยาบาลที่มีผลการประเมินต่ำที่สุด และสูงที่สุด 1-3 อันดับแรกเพื่อนำมาศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาการดำเนินงานที่จะนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

4.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 กรมอนามัยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ และผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ โดยมีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 หลังจากนั้นกรมอนามัยได้พัฒนา ศักยภาพ “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน” และสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบัน

2. การตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามแบบสัมภาษณ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ภาษาและโครงสร้างของเครื่องมือก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ผ่านระบบ YFHS Application ตามแบบรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 โดยโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 สนับสนุนการประเมินโดยประสานผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์เขตเพื่อรับการประเมิน โดยคณะผู้ประเมินระดับเขต คือศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี หรือคณะกรรมการส่วนกลาง คือคณะกรรมการระดับกรมอนามัย (ที่ผ่านการอบรมผู้ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและแนบหลักฐาน โปรแกรม YFHS Application
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาคะแนน และหลักฐานหน่วยงานของโรงพยาบาล และประเมินให้คะแนนโรงพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นยืนยันข้อมูล ในโปรแกรม YFHS Application

3. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประเมินรับรองคะแนน ให้ข้อเสนอแนะ และยืนยันข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลที่ประเมินตนเองเข้ามาในโปรแกรม (กรณีระดับดีเด่น ให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่คณะกรรมการระดับกรมอนามัย)

4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พิจารณาคะแนนและหลักฐานโรงพยาบาลในโปรแกรม รับรองผลการประเมิน และส่งหนังสือแจ้งผลอย่างเป็นทางการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่งเกียรติบัตรรับรองให้ศูนย์อนามัยที่ต่างๆ (รายไตรมาส) /มอบโล่โรงพยาบาลดีเด่น

5. ผู้วิจัยดึงข้อมูลผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 ทั้งหมด จากโปรแกรม YFHS Application

ขั้นตอนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ชี้แจงแนวทางการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพแก่วัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 แก่สถานบริการในเขตสุขภาพที่ 10

ระยะที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งข้อมูลและหลักฐานในการประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนงานอนามัยวัยเจริญพันธุ์ เพื่อยกระดับการบริการส่งเสริม ป้องกัน และลดความเสี่ยงด้านสุขอนามัยวัยเจริญพันธุ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และสนับสนุนคู่มือการประเมินฯ ไปยังสถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผล เป็นการประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานการ จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปรายงานการเยี่ยมประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชนของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์เป็นจำนวนร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินฯ ข้อมูลประเภทโรงพยาบาล ระดับคุณภาพที่ผ่าน การประเมินฯ ปัจจัยที่ทำให้ผ่านและไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชนฉบับ พ.ศ. 2563 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในข้อมูลผลการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระดับพื้นฐาน ดี ดีมาก ดีเด่น ว่ามีความต่างกันในแต่ละประเด็นใดบ้าง โดยการแบ่งกลุ่ม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-01-65-02-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2566

6.ผลการวิจัย

ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 72 แห่ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ 27.28 และไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.22 โดยจังหวัดที่ผ่านการ

ประเมินมากที่สุดได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 45.45 และจังหวัดที่ไม่ผ่านการประเมินมากที่สุดได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ 85.72 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (N=72)

จังหวัด	ผลการประเมินตามเกณฑ์			
	ผ่าน		ไม่ผ่าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบลราชธานี	0	0	27	100
ศรีสะเกษ	10	45.45	12	54.54
ยโสธร	9	100	0	0
อำนาจเจริญ	1	14.28	6	85.72
มุกดาหาร	0	0	7	0
ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10	20	27.28	52	72.22

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผลระดับคุณภาพการผ่านการประเมินฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 (N=20)

จังหวัด	ผลการประเมินตามเกณฑ์							
	ระดับพื้นฐาน		ระดับดี		ระดับดีมาก		ระดับดีเด่น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบลราชธานี	0	0	0	0	0	0	0	0
ศรีสะเกษ	0	0	0	0	10	100	0	0
ยโสธร	0	0	5	55.56	4	44.44	0	0
อำนาจเจริญ	0	0	1	100	0	0	0	0
มุกดาหาร	0	0	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมเขต	0	0	6	30	14	70	0	0

ผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2565 ในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับดี และดีมาก จะเห็นว่านโยบายในการดำเนินงาน การตั้งคณะทำงาน และการมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนเป็นหลักในการดำเนินงานขั้นพื้นฐานที่สำคัญ ของทั้ง 2 ระดับ รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การดำเนินงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุกเป็นประเด็นที่ทั้ง 2 ระดับมีการดำเนินงาน ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จจะเห็นว่า การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนามิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนที่ชัดเจน รวมทั้งความร่วมมือของภาคีและเครือข่าย การมีแผนปฏิบัติงาน และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และผู้รับผิดชอบงาน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทั้ง 2 ระดับ ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานของทั้ง 2 ระดับ คือเรื่องของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และบุคลากรมีการย้ายงานใหม่ ทำให้ต้องเรียนรู้วิธีการใช้โปรแกรมและการลงข้อมูลในระบบใหม่ และอีกปัญหาที่พบคือเรื่องของโปรแกรมที่ไม่เสถียร และความซับซ้อนในการแนบเอกสารหลักฐาน ในเกณฑ์ประเมินแต่ละข้อ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2565 ในระดับ และดีมาก จากข้อมูล 3 ส่วน คือปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และความสำเร็จหรือผลงานที่เกิดขึ้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเชิงคุณภาพปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ในการการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ 2565

ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสำเร็จ	ผลการประเมินตามเกณฑ์	
	ระดับดี	ระดับดีมาก
Input	- สร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ - สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง - รมรงค์ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา - จัดอบรมเรื่องเพศคุยได้ในวัยรุ่นร่วมกับภาคีเครือข่าย	- สร้างเครือข่ายการทำงานในวัยรุ่นและเยาวชน ทั้งภาครัฐและเอกชน - กิจกรรมประชาสัมพันธ์การเข้าถึงคลินิกวัยรุ่นในช่องทางออนไลน์ - การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา - เชื่อมโยงบริการของคลินิกวัยรุ่นกับสถานศึกษา
Process	- ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ และแนวโน้ม สุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ เสนอผู้บริหารเพื่อขอรับการสนับสนุนเชิงนโยบาย - กำหนดผู้รับผิดชอบ คณะทำงาน หรือคณะกรรมการร่วมกันกับภาคีเครือข่าย - มีการประชุมคณะทำงาน หรือคณะกรรมการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพัฒนาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ - สำรวจและประเมินความต้องการของวัยรุ่นในพื้นที่ ศึกษาประเมินทรัพยากรเดิมที่มีอยู่ เพื่อวางแผนพัฒนาต่อไป - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการคลินิกวัยรุ่นและเยาวชนในช่องทางต่างๆ - จัดทำแผนงานและโครงการพัฒนาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนฯ - ดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ - สรุปการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการ	- ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนในเขตพื้นที่ - นำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารเพื่อให้เห็นความสำคัญและขอรับการสนับสนุน - ดำเนินการจัดตั้งนโยบายพัฒนาการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นฯ และคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารเผยแพร่ นโยบายทั้งภายในและภายนอกองค์กร - จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และเป้าหมายในการในการดำเนินงานแก้ปัญหา - อนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นร่วมกับภาคีเครือข่าย - ออกแบบระบบบริการใหม่เป็นไปตามเกณฑ์ YFHS - จัดทำรายชื่อเครือข่ายบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและเยาวชน - จัดทำแผนงานและโครงการร่วมกับเครือข่าย - สรุปการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ	ผลการประเมินตามเกณฑ์	
	ระดับดี	ระดับดีมาก
		- ส่งต่อ/คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน และการให้บริการในคลินิกถึงผู้บริหาร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
Output	- โครงการพัฒนาสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนฯ บรรลุผลสำเร็จตามแผน - ได้เครือข่ายในการทำงานวัยรุ่นเพิ่มขึ้น - ชุมชนและแกนนาเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการพัฒนา - ผ่านประเมินมาตรฐานคลินิก ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในระดับดี	- ความก้าวหน้าของโครงการ และประสบความสำเร็จตามที่วางไว้ - ได้รับการยอมรับจากสถานศึกษาและชุมชน ในการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ - เครือข่ายและชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี - ผ่านประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในระดับดีมาก - ได้รับความไว้วางใจจากผู้มารับบริการ

7.สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ของสถานบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาผลการประเมินรับรองการให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พบว่าโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 72 แห่ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ 27.28 และไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.22 ผลระดับคุณภาพของสถานบริการสุขภาพที่ผ่านการประเมินฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 20 แห่ง อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 30

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับดี และดีมาก มีนโยบายในการดำเนินงาน การตั้งคณะทำงาน และการมีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนเป็นหลักในการดำเนินงานขั้นพื้นฐานที่สำคัญ ของทั้ง 2 ระดับ รวมทั้งการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การดำเนินงานทั้งในเชิงรับและเชิงรุกเป็นประเด็นที่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินทั้ง 2 ระดับมีการดำเนินงานที่เหมือนกัน โดยพบว่าเป็นทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ประกายดาว พรหมประพัฒน์ (2561)⁽⁴⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนจากผู้บริหารการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล แม้จะเป็นการสั่งการในระดับนโยบาย แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ระดับบริหาร หรือผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนการทำงานย่อมมีผลต่อระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น นับว่าเป็นสิ่งท้าทายอย่างยิ่ง ในการจะสื่อสารอย่างไรที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานต่อไปงานต่อไป ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จจะเห็นว่าการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนามิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ที่ชัดเจน รวมทั้งความร่วมมือของภาคีและเครือข่าย การมีแผนปฏิบัติงาน และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่

และผู้รับผิดชอบงาน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ทั้ง 2 ระดับ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา ผ่องแผ้ว (2557)⁽⁵⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดำเนินงานอนามัย การเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 9 ให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนพบว่า ปัจจัยที่เป็นจุดคานงัดแห่ง ความสำเร็จ คือผู้นำและนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมและเครือข่ายในลักษณะ แนวนราบ (Horizontal networks) และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรินทร์ กลิบุตร (2558)⁽⁶⁾ พบว่าผู้บริหารสนับสนุน และส่งเสริมการดำเนินงาน การสนับสนุนและความ ร่วมมือของภาคีเครือข่าย การขยายเครือข่ายบริการสู่ชุมชน และ รพ.สต. การประชาสัมพันธ์บริการที่ตรง ความต้องการของวัยรุ่น และการจัดบริการเชิงรับเชิงรุก โดยให้บริการปรึกษาและสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน ปีงบประมาณ 2565 จากข้อมูล 3 ส่วน คือปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และความสำเร็จ หรือผลงานที่เกิดขึ้น จะเห็นว่าปัจจัยนำเข้าหรือกิจกรรมต่างๆ จะเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่ทำร่วมกับ เครือข่ายในพื้นที่ ส่วนกระบวนการดำเนินงานจะเห็นว่าได้มีการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ เพื่อเป็นข้อมูล นำเข้าและวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ในพื้นที่นำข้อมูลที่ได้ถ่ายทอดสู่ผู้บริหาร และเครือข่ายให้เห็น ความสำคัญของปัญหา จนเกิดเป็นนโยบาย และแผนการดำเนินงานขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสรุปการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยและกระบวนการดำเนินงานดังกล่าว นำไปสู่ผลสำเร็จ ในการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่ ตลอดจนผลการการ ประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในระดับดี และระดับดีมาก ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานของทั้ง 2 ระดับ คือเรื่องของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ผู้รับผิดชอบงาน บุคลากรมีการย้ายงานใหม่ ทำให้ต้องเรียนรู้วิธีการใช้โปรแกรมและการลงข้อมูลในระบบใหม่ และอีกปัญหา ที่พบคือเรื่องของโปรแกรมที่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างราบรื่น และความซับซ้อนในการแนบเอกสาร หลักฐานในเกณฑ์ประเมินแต่ละข้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายสุทธิ รมเย็น (2560)⁽⁷⁾ ที่ศึกษา เรื่องผลการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2556- 2558 เขตสุขภาพที่ 1 และพบปัญหาในเรื่องของสถานที่ไม่พร้อมการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง ขาดข้อมูล และการติดตามงาน ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก บุคลากรน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ กลิบุตร (2558)⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีข้อจำกัดเรื่องภาระงานมาก บุคลากรน้อย รวมทั้งมีการ เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

HPC10Journal

8.ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี เพื่อจัดทำแผนพัฒนาในการจัดบริการสุขภาพที่เป็น มิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ทั้งระดับดี และดีมาก เพื่อให้เกิดความ ยั่งยืนโรงพยาบาลควรปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
2. โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับดีมาก ควรมีการศึกษารูปแบบเพื่อพัฒนาคลินิกบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เลื่อนเป็นระดับดีต่อไป
3. โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับดี ควรมีการศึกษารูปแบบเพื่อพัฒนาคลินิกบริการ สุขภาพ ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเป็นระดับดีมาก และระดับดีต่อไป
4. ระดับจังหวัดควรมีการกำหนดกลยุทธ์ในการขยายผลจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชนให้ครอบคลุมสถานบริการต่างๆ เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และสะดวก ในการเข้ารับบริการในพื้นที่ควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานบริการทุกระดับ

5.ระดับจังหวัดควรมีการนิเทศงานเพื่อกระตุ้นให้สถานบริการเห็นความสำคัญของการพัฒนาคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้ารับการประเมินฯ ให้เข้าประเมินรับรองตามมาตรฐาน

9.เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
2. Hdcservice กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. แบบรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก<https://rh.anamai.moph.go.th/th/yfhs>
4. ประกายดาว พรหมประพัฒน์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองตาม มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/muhed/article/download/161709/116629/>
5. นางจิรภา ผ่องแผ้ว. การพัฒนาการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 9 ให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 28 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1596443034.pdf
6. พชรินทร์ กสิบุตร. การประเมินการจัดบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1578630593.pdf
7. สายสุทธิ ร่มเย็น. ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2556-2558 เขตสุขภาพที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/24413>

บทความวิจัย

การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ Service access and satisfaction with contraceptive services among adolescents in public hospitals

นภัทธา สมพงษ์^{1*} Naphatcha Somphong^{1*}

วารินทร์ แชมมฉ่ำ² Warin Chaemchum²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการ การเข้าถึงบริการคุณภาพและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุรินทร์ จันทบุรี นครศรีธรรมราช และเชียงราย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 36 คน และครู เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง จำนวน 32 คน และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพและการใช้บริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาล ในกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 226 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบาย ความถี่ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลภาครัฐ มีการกำหนดนโยบายบริการคุมกำเนิดในวัยรุ่น มีเวชภัณฑ์คุมกำเนิดทั้งชนิดชั่วคราวและกึ่งถาวร จัดบริการคุมกำเนิดในวันและเวลาราชการ จัดบริการให้คำปรึกษานอกเวลาในช่องทางโทรศัพท์ โลกออนไลน์ เฟซบุ๊ก จัดบริการเชิงรุกให้ความรู้ในสถานศึกษา 2) การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ด้านความรู้ส่วนใหญ่วัยรุ่นค้นหาความรู้ด้วยตนเองผ่านช่องทางเว็บไซต์ และสื่อออนไลน์ บางส่วนได้รับข้อมูลความรู้จากเจ้าหน้าที่ ครู อสม. พ่อแม่ 3) คุณภาพและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล ด้านการรับบริการในโรงพยาบาล โดยระยะเวลาที่ให้บริการมีความเหมาะสมและสะดวก ร้อยละ 96.6 ได้รับการตามความต้องการ ร้อยละ 99.5 ด้านการรับบริการกับเจ้าหน้าที่ การบริการแบบส่วนตัว ร้อยละ 100 การชี้แจงอธิบายข้อมูล ร้อยละ 100 การบริการอย่างเป็นมิตรไม่ตีตรา ร้อยละ 97.6 ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับความสะอาดของโรงพยาบาล ร้อยละ 55.8 ความพึงพอใจต่อการรับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.5

ข้อเสนอแนะ หากต้องการให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้มากขึ้น ผู้บริหารควรพัฒนาการจัดบริการให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เช่น การจัดบริการนอกเวลาราชการ เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษาที่มีการเรียนการสอนในวันและเวลาราชการ และการจัดบริการนอกพื้นที่เน้นวัยรุ่นและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สร้างความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น

คำสำคัญ : การคุมกำเนิด การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจต่อการจัดบริการของโรงพยาบาล

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email : naphatcha.s@anamai.mail.go.th

Abstract

Descriptive Research aims to study the provision of services. Access to quality services and satisfaction toward contraceptive service of adolescents in public hospitals. Data were collected from the samples in 4 provinces, Those were Surin, Chanthaburi, Nakhon Si Thammarat and Chiang Rai. The research tools were used by the interview of 32 executives and practitioners in public hospitals and The focus group discussion with related person as teachers, officers from local administrative organizations, village health volunteers, 32 parents and the satisfaction survey on the quality and contraceptive service by 226 adolescents in the clinics of public hospitals. Data were analyzed with a computer program, method through descriptive statistics to describe frequency, percentage, average and Content analyze.

The findings of the study revealed that 1) Contraceptive Services of Public Hospitals Adolescent contraceptive policy is available, There are both temporary and Long acting reversible contraception (LARC). Contraceptive services are provided during working days and hours. Provide part-time consultation services on telephone, Line, Facebook Provide proactive services to educate in educational institutions. 2) Adolescent access to contraceptive services: In terms of knowledge, most adolescents search for knowledge on their own through websites and social media. Some of them received information and knowledge from the officials. Teachers, village Health Volunteer (VHV), parents, and contraceptive services are accessed from parents and guardians. officers and friends, respectively 3) The quality and satisfaction toward contraceptive services of adolescents in public hospitals found as followings : In terms of use services in the hospital, The duration of the service was appropriate and convenient 96.6%, received services as needed 99.5%, hospital provider explained the information 100%, service room were private 100% and friendly service without stigma 97.6%, In terms of environment, Level of cleanliness of the hospital 55.8%. Satisfaction with the overall service was at a high level, 51.5%

Suggestion : If adolescents want to have more access to contraceptive services. Executives should develop services to provide convenient access to services for teenagers, such as out-of-office services, as most teenagers are students. Students with classes during office hours and out-of-the-box services centered on teenagers and families. Build knowledge, understanding, and attitudes in contraception for adolescents.

Keywords : Contraception, Access to services, Satisfaction with service arrangements

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Public Health Technical Officer, Professional Level of Bureau of Reproductive Health

* Corresponding Author Email : naphatcha.s@anamai.mail.go.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงด้านการวางแผนครอบครัว นับตั้งแต่ประกาศนโยบายประชากรครั้งแรก เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 รัฐบาลได้สนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยความสมัครใจ โดยจัดบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ และสามารถรับบริการได้ง่าย สะดวก ส่งผลต่อการคุมกำเนิดที่สูงขึ้นและการสมรสล่าช้า อัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2513 เพิ่มสูงกว่าร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2530 และคงที่ประมาณ ร้อยละ 80⁽¹⁾ ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรที่เพิ่มขึ้นรวมถึงการทำงานของผู้หญิงที่เพิ่มขึ้น เป็นตัวขับเคลื่อนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวเล็กลง คนอยู่เป็นโสดเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2513 มาอยู่ที่ร้อยละ 0.2 ในปี 2562 ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี มีบุตรเฉลี่ยเพียง 1.54 คน ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน และอัตราการเกิดมีเพียง 10.5 ต่อประชากรพันคน⁽²⁾ ถึงแม้การคุมกำเนิดจะประสบความสำเร็จทำให้การเกิดลดลง แต่ก็ยังพบปัญหาการเกิดที่ไม่พร้อมและด้อยคุณภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2562 มีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอดบุตร เฉลี่ยวันละ 169 คน เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 6 คน และในปีเดียวกันยังมีหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มากถึง 63,831 ราย อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 61,651 ราย และอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,180 ราย และหญิงคลอดซ้ำอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 5,222 ราย⁽³⁾ โดยช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 การคุมกำเนิด ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่ถึงเป้าหมาย มีการรับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่หลังคลอดหรือหลังแท้ง เพียงร้อยละ 30.03, 35.34, 39.83⁽⁴⁾ ตามลำดับ และการรับบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 66.39, 65.86, 68.62⁽⁵⁾ ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 44.2 และผู้ป่วยทำแท้ง ร้อยละ 55.8 เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 16.7 มีทั้งคนที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ โดยในกลุ่มที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 41.0⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันมากขึ้น การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เชื่อถือได้ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด มีแนวโน้มลดลงในเพศหญิง ทำให้อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 80.8 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 175.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562⁽⁷⁾

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ผลักดันให้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อให้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่วัยรุ่นในเรื่องการตัดสินใจ ด้วยตนเอง ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและ ความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการได้รับสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ โดยมีกลไก ในการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการควบคุม ป้องกันการตั้งครรภ์⁽⁸⁾ กับที่องค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าวิธีคุมกำเนิดที่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพสูงที่สุดคือการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ออกฤทธิ์ได้ในระยะยาวและสามารถกลับมามีบุตรได้ง่าย ได้แก่ การใช้ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด⁽⁹⁾ ดังนั้นคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้ให้การสนับสนุนทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้ห่วงอนามัยและ ยาฝังคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น⁽¹⁰⁾ และร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 สนับสนุนให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร

(ห้วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ฟรี แก่หญิงไทยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษา ที่อยู่ในภาวะหลังคลอด หรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิด และในเดือนตุลาคม 2561 สนับสนุนให้หญิงไทยทุกกลุ่มอายุที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยฟรี รวมทั้งในหญิงอายุมากกว่า 20 ปีหลังยุติการตั้งครรภ์สามารถรับบริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ห้วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด) ตามสิทธิฟรีเช่นเดียวกัน โดยรับบริการได้ที่หน่วยบริการในเครือข่ายของ สปสช. ทั่วประเทศ ซึ่งสถานบริการจะได้รับค่าตอบแทน การให้บริการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยการใส่ห้วงอนามัย จ่ายในอัตรา 800 บาทต่อราย การฝังยาคุมกำเนิด จ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อราย และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จ่ายในอัตรา 3,000 บาทต่อราย⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการใส่ห้วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิด ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน ตั้งแต่ในปี 2558-2559 ตลอดจนผลักดันให้เกิดเครือข่ายอาสาสมัครบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในประเทศไทย เพื่อให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้และปลอดภัย ลดอัตราการแท้งที่ไม่ปลอดภัย อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยการดำเนินการเพื่อลดการป้องกันตั้งในวัยรุ่นนั้น นอกเหนือจากการป้องกันด้วยการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศเพื่อให้วัยรุ่นชะลอการมีเพศสัมพันธ์ออกไปแล้ว การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะการจัดบริการตามมาตรการหลักเพื่อปรับปรุงสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น โดยการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ซึ่งเป็นมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากในปัจจุบันถึงแม้จะมีความพยายามดำเนินงานจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ของวัยรุ่นยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในวัยรุ่นกลุ่มที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้วนี้ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อันจะนำไปสู่ปัญหาการทำแท้งเถื่อน หรือเมื่อคลอดบุตรแล้วกลายเป็นแม่วัยรุ่น ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาและการมีหน้าที่ การงานที่ดีในอนาคตได้ ในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านการวางแผนครอบครัวจึงศึกษา เรื่อง การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลภาครัฐเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาแนวทาง/รูปแบบการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นของโรงพยาบาล ผู้จัดบริการหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับความต้องการของวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

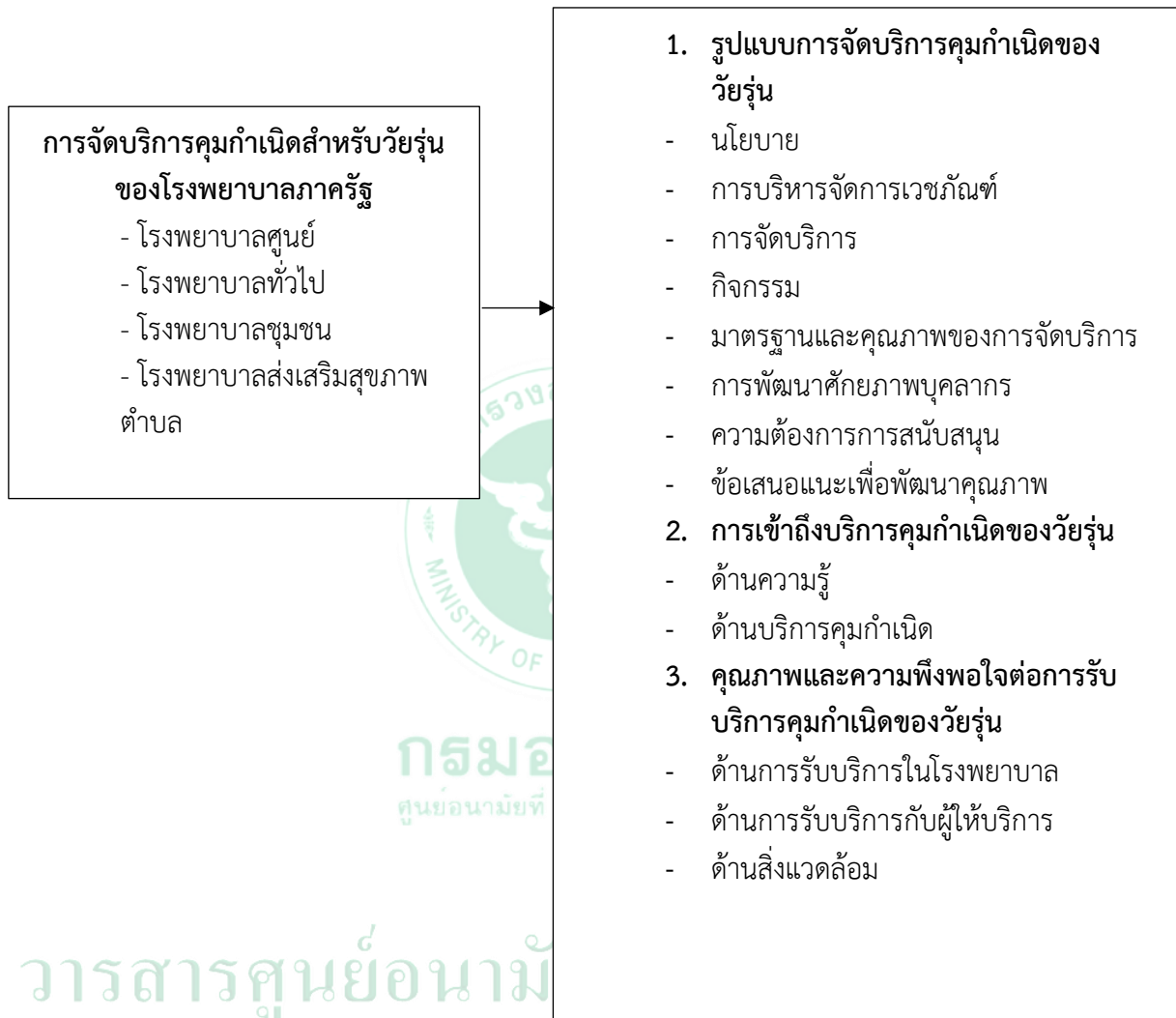
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดบริการ การเข้าถึงบริการคุณภาพและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ

3. คำถามการวิจัย

- 1) โรงพยาบาลภาครัฐมีระบบการจัดบริการคุมกำเนิด เพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไร
- 2) วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้หรือไม่และเป็นอย่างไร
- 3) วัยรุ่นมีความพึงพอใจคุณภาพและบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลภาครัฐระดับใด

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



HPC10Journal

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการจัดบริการคุมกำเนิดโรงพยาบาลภาครัฐ และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลของวัยรุ่น ในจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2563-มกราคม 2564

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรและประชาชนผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการและใช้บริการการคุมกำเนิดในโรงพยาบาลภาครัฐ และในโรงพยาบาลของวัยรุ่น ในจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่มีหญิงอายุน้อยกว่าที่มีร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้งน้อยกว่าร้อยละ 80 เลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคในประเทศไทยภูมิภาคๆ ละ 1 จังหวัด คือ จังหวัดสุรินทร์ จันทบุรี นครราชสีมา และเชียงราย

5.3 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

- 1) เลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคในประเทศไทย ภูมิภาคๆ ละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ 1 จังหวัด ภาคกลาง 1 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 จังหวัด และภาคใต้ 1 จังหวัด
- 2) ในแต่ละจังหวัด เลือกหน่วยบริการเพื่อเป็นตัวแทนของหน่วยบริการแต่ละระดับ ดังนี้
 - เลือกโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเป็นตัวแทนของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลางขึ้นไปหรือตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง รวม 4 แห่ง
 - เลือกโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นตัวแทนของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น จำนวน 1 แห่ง รวม 4 แห่ง
 - เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นตัวแทนของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 แห่ง รวม 4 แห่ง
- 3) ในแต่ละหน่วยบริการ เลือกผู้ให้สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ดังนี้
 - เลือกตัวแทนผู้ให้บริการคุมกำเนิดหรือผู้รับผิดชอบงานวางแผนครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ อย่างน้อย 1 คน และพยาบาล อย่างน้อย 1 คน
 - เลือกตัวแทนเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ เกสเซอร์ อย่างน้อยตำแหน่งละ 1 คน
 - เลือกผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
- 4) ในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไป เลือกวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี ที่มาใช้บริการคุมกำเนิด ณ แผนก/ส่วนต่างๆ ของหน่วยบริการ เช่น คลินิกวัยรุ่น แผนกสูติรีเวช แผนกหลังคลอด เป็นต้น รวมจำนวน 20-25 คน เพื่อเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการบริการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นได้รับ
- 5) ในแต่ละจังหวัด เลือกผู้ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดหรืองานวางแผนครอบครัว ในชุมชน ตำแหน่งละอย่างน้อย 1 คน เพื่อให้สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ครู/อาจารย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 6) ในแต่ละจังหวัด เลือก พ่อ/แม่ และผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและเยาวชน อายุ 10-24 ปี และวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี ในชุมชน กลุ่มละอย่างน้อย 5 คน เพื่อให้สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ปฏิบัติงาน/อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก
- สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ

- ไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา

- สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

5.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนและดัดแปลงมาจากแบบสำรวจการเข้าถึงบริการและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก⁽¹²⁾ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการหรือวัยรุ่น และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงาน ประกอบด้วย ข้อมูลระยะเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมด ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหาร วันและเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวนเจ้าหน้าที่ ค่าบริการ นโยบาย รูปแบบการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น จำนวน 29 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ และคำถามแบบตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 14 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับนโยบายของผู้บริหาร ลักษณะงานที่รับผิดชอบ รูปแบบ ขั้นตอน และปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น จำนวน 25 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ และคำถามแบบตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” จำนวน 15 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ประกอบด้วย ข้อมูลสัดส่วนการรับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นชายและหญิง วัยรุ่นมารับบริการกับใคร บทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยความสะดวก แนวทางการจัดการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นในการเข้าถึงบริการให้บริการคุมกำเนิดวัยรุ่น เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

4. แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล เป็นคำถามรายการตรวจสอบ แบบตัวเลือก “ใช่” “ไม่ใช่” ประกอบด้วย ข้อมูลด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 24 ข้อ ด้านความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ จำนวน 7 ข้อ ด้านบริการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น จำนวน 16 ข้อ ด้านคลังยา วัสดุอุปกรณ์ และผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ ด้านระบบส่งต่อ จำนวน 5 ข้อ

5. แบบสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลบทบาทหน้าที่การฝึกอบรม ปัญหาอุปสรรคปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และคุณภาพของบริการสำหรับวัยรุ่นหญิงและชาย เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ

6. แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กวัยรุ่นในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ความต้องการเรื่องการคุมกำเนิด/การวางแผนครอบครัว/อนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น การรับรู้ข้อมูลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

7. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี หลังรับบริการ (Google form) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลการใช้บริการ

ข้อมูลการรับบริการกับผู้ให้บริการตามคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ข้อมูลสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล จำนวน 45 ข้อ ใช้เกณฑ์คะแนนดังนี้

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน
พึงพอใจมากที่สุด	5
พึงพอใจมาก	4
พึงพอใจปานกลาง	3
พึงพอใจน้อย	2
พึงพอใจน้อยที่สุด	1

การแปลความหมายจากค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.50-5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	พึงพอใจมาก
2.50-3.49	พึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	พึงพอใจน้อย
1.00-1.49	พึงพอใจน้อยที่สุด

5.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือนำเครื่องมือที่การวิจัยที่ได้จากการดัดแปลงมาจากแบบสำรวจการเข้าถึงบริการและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก⁽¹²⁾ ตรวจสอบหาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา การวางแผนครอบครัวและ การคุมกำเนิด และด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษา หลังจากได้รับคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ Try Out กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าคะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.68

5.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยการเจริญพันธุ์หรืองานวัยรุ่นระดับจังหวัด และศูนย์อนามัยเพื่อประสานกลุ่มเป้าหมายในการเตรียมพื้นที่ เตรียมกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดแผนเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และศูนย์อนามัยเพื่อขอความร่วมมือให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลในวัยรุ่นหลังรับบริการคุมกำเนิด
3. ผู้วิจัยจัดเตรียมทีมเก็บข้อมูล จำนวน 3 ทีมๆ ละ 1-2 คน โดยประชุมชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การอธิบายวัตถุประสงค์งานวิจัย การขอความยินยอมให้เก็บข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยจัดทำแบบสำรวจออนไลน์ (Google Form) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในวัยรุ่นหลังรับบริการ ณ โรงพยาบาล โดยประสานขอความร่วมมือจากคลินิก/แผนกที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล

ดำเนินการให้วัยรุ่นตอบแบบสอบถามผ่าน QR Code ทั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การปกปิดเป็นความลับ และการนำเสนอในภาพรวม เพื่อยืนยันการวิจัยนี้จะไม่ทำลายชื่อเสียงของผู้ร่วมวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมศึกษาวิจัย และผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้แก่พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลของผู้ร่วมวิจัย โดยลงนามในหนังสือยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

5.ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563-มกราคม 2564

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) อธิบาย ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลคุณภาพและความพึงพอใจต่อใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้วิธี Content Analysis ข้อมูลการจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลภาครัฐ และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ

6. ผลการวิจัย

6.1 การจัดบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า มีความแตกต่างกันตามประเภทและศักยภาพ คือ (1) ด้านนโยบาย ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีนโยบายประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องการจัดบริการคุมกำเนิดตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีนโยบายสนับสนุนให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิดโดยการให้คำปรึกษาและส่งต่อบริการฝังยาคุมกำเนิดไปที่โรงพยาบาลชุมชน (2) ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีระบบครบถ้วน ตั้งแต่การดูแลเวชภัณฑ์ ระบบสำรองและการบันทึกเวชภัณฑ์โดยเภสัชกร มีเวชภัณฑ์ทั้งชนิดชั่วคราวและกึ่งถาวร ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการขอเบิกผ่านระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลแม่ข่าย มีเพียงการจัดบริการคุมกำเนิดบางชนิด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย (3) ด้านรูปแบบการจัดบริการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีขั้นตอนการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นโดยต้องเข้ารับบริการตามระบบเช่นเดียวกับการรับบริการอื่น เริ่มตั้งแต่ทำบัตร ชักประวัติ แล้วจึงไปรับบริการที่คลินิก/หน่วยบริการสำหรับวัยรุ่น แต่เพียงบางแห่งที่มีการจัดบริการในลักษณะจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการแบบวางแผนคุมกำเนิด ไม่มีบริการเฉพาะวัยรุ่น (4) ด้านกิจกรรมการจัดบริการ มีการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นในรูปแบบคลินิกวัยรุ่นให้บริการตามวันและเวลาราชการ ให้บริการทั้งให้คำปรึกษาและการจัดบริการคุมกำเนิด ส่วนนอกเวลาราชการปรึกษาผ่านโทรศัพท์ โลกออนไลน์ หรือเฟสบุ๊ก ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการให้ข้อมูลคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการคุมกำเนิดเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย โดยมีการส่งต่อการฝังยาคุมกำเนิด ใส่ห่วงอนามัย ไปยังโรงพยาบาลในเครือข่าย โรงพยาบาลจังหวัด หรือหน่วยบริการที่สามารถให้บริการได้ สำหรับกิจกรรมเชิงรุกดำเนินการบูรณาการร่วมกับสถานศึกษา และชุมชน โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมทักษะการให้คำปรึกษา ให้แก่ วัยรุ่น/เยาวชน พ่อ/แม่ ผู้ปกครอง ครู อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) (1.5) มาตรฐานและคุณภาพของการจัดบริการ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการตามมาตรฐานการ YFHS มีการจัดห้องบริการที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ สื่ออุปกรณ์มีความพร้อมในการจัดบริการมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากไม่มีห้องบริการเฉพาะ แต่จะให้บริการร่วมกับบริการด้านอื่นๆ (6) ด้านการพัฒนาศักยภาพ

บุคลากร ผู้ให้บริการได้รับการอบรมหลักสูตรการให้บริการยาฝังคุมกำเนิด เพศชายได้ในครอบครัว การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ดูแล ช่วยเหลือและส่งต่อบริการของวัยรุ่นเรื่องเพศวิถีศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพจิต (7) ความต้องการสนับสนุนถุงยางอนามัย เวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร สีสื่อที่ทันสมัย และพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสำหรับการจัดบริการแก่วัยรุ่น เทคนิคทักษะการโน้มน้าวจิตใจ การให้คำปรึกษากับวัยรุ่นที่ถูกต้อง (8) ข้อเสนอแนะพัฒนาคุณภาพ ให้โรงพยาบาลทุกแห่งกำหนดนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมสามารถให้บริการฝังยาคุมกำเนิดได้ มีหน่วยงานสนับสนุน ถุงยางอนามัย อย่างเพียงพอต่อการจัดบริการ พัฒนาระบบการให้บริการสำหรับวัยรุ่นทั้งเชิงรับและเชิงรุกให้ครอบคลุมทั้ง การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ แบบบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาครอบครัว และบ้านพักเด็กและครอบครัว

การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า (1) ด้านช่องทางการเข้าถึงความรู้และบริการ คือวัยรุ่นรู้มีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลความรู้ด้วยตนเองผ่านทางช่องทางต่างๆ ได้แก่ ช่องทางออนไลน์ สอบถามเพื่อน สอบถามผู้ปกครอง มีส่วนน้อยที่ได้รับข้อมูลจากการบอกต่อหรือการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการ และช่องทางที่รู้จักโรงพยาบาลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ รู้จากพ่อแม่ ผู้ปกครอง ร้อยละ 68.8 รู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 38 และรู้จากเพื่อน ร้อยละ 28.3 ตามลำดับ บริการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นรับรู้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 60.5 ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 54.1 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 53.7 (2) ตามลำดับ ด้านความรู้ คือวัยรุ่นมีปัญหาตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในวัยเรียน เนื่องจากขาดความรู้วิธีการป้องกันและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง มีการพูดคุยเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นและผู้ปกครองน้อย เพราะเขินอาย กลัวถูกตำหนิ/ดูต่ำ (3) ด้านการรับบริการ คือวัยรุ่นชายจะมารับบริการถุงยางอนามัย ส่วนผู้หญิงมารับบริการฝัง-ถอดยาคุมกำเนิด และข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล พบว่า วัยรุ่นมาใช้บริการที่โรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 54.9 คนที่พามารับบริการคือ แม่/สามี/ภรรยา ร้อยละ 33.5 พ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 29.6 มาคนเดียว ร้อยละ 26.2 ตามลำดับ มีจุดประสงค์มารับบริการ คือ รับคำปรึกษา ร้อยละ 32 รับบริการคุมกำเนิด ร้อยละ 14.8 รับบริการอื่นๆ (ยุติการตั้งครรภ์, ฝากครรภ์, คลอด, ดูแลหลังคลอด/ยุติการตั้งครรภ์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,ฉีดวัคซีน, ถอดยาฝังคุมกำเนิด, รับประทานยา, ไข้, ตรวจสุขภาพ) ร้อยละ 53.2 ได้รับบริการตรวจตามความต้องการ ร้อยละ 99.5 ผู้รับบริการมีความเห็นว่าการรอรับบริการมีความเหมาะสมแล้ว ร้อยละ 86.9 และระยะเวลาที่ให้บริการมีความสะดวกและเหมาะสมร้อยละ 96.6

จากการสัมภาษณ์การเข้าถึงความรู้ และบริการคุมกำเนิด โดยการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่น และระหว่างวัยรุ่นกับผู้ปกครอง พบว่า มีการสื่อสารเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนความคิดเห็นว่า “ไม่ค่อยกล้าจะพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศและการคุมกำเนิดกับลูกๆ ไม่รู้จะเริ่มยังไง แต่ถ้าเขามาถามถึงจะบอกเขา” “ทำตัวเป็นเพื่อนเขา...พูดได้ไม่อายอะไร จะบอกเกี่ยวกับการคบเพื่อน ป้องกันตัวไม่ให้ตั้งท้อง” ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครู/อาจารย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเด็นสิ่งท้าทายที่ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของบริการคุมกำเนิด พบว่า โรงพยาบาลเปิดบริการเฉพาะในเวลาราชการ วัยรุ่นอายและกลัวผู้ปฏิบัติงานไม่รักษาความลับ ไม่ทราบว่ามีการบริการคลินิกวัยรุ่นและคุมกำเนิดได้ฟรี โรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้ให้พยาบาลฝังยาคุมกำเนิด ขาดการประชาสัมพันธ์การจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการสื่อสารกับผู้รับบริการที่เป็นชนเผ่าต่างๆ ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการเดินทางไปเยี่ยมบ้านวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ใน

พื้นที่เสี่ยง และชุมชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ได้แก่ การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกในระดับผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติที่จัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น โดยเฉพาะในเรื่องการคุมกำเนิด โดยวิธีการใส่ห่วงอนามัย การฝังยาคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ รวมทั้งการสร้างทัศนคติที่ดีของผู้บริหารโรงเรียนและครูในเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การผลักดันนโยบายการฝังยาคุมกำเนิดฟรี ให้ครอบคลุมในกลุ่มหญิงอายุมากกว่า 20 ปี สนับสนุนให้มีเวชภัณฑ์ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น สำหรับให้บริการในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลความรู้แก่วัยรุ่นให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ตามสิทธิ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจในกาให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องเพศวิถีและการคุมกำเนิด และการจัดอบรมผู้ปกครองพัฒนาทักษะการใช้สื่อดิจิทัลขั้นพื้นฐานในปัจจุบัน ตลอดจนสร้างเครือข่ายโรงเรียนที่พร้อมสำหรับการช่วยเหลือส่งต่อช่วยเหลือวัยรุ่นที่ต้องการคุมกำเนิดถึงถาวร (ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด) และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

คุณภาพและความพึงพอใจต่อการรับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	26	12.6
หญิง	180	87.4
2. อายุ		
10-19 ปี	101	49.0
10-14 ปี	2	1.0
15-17 ปี	51	24.8
18-19 ปี	48	23.3
20-24 ปี	105	51.0
3. ศาสนา		
พุทธ	192	93.7
คริสต์	10	4.9
อิสลาม	3	1.4
4. การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	87	42.2
กำลังศึกษา	119	57.8
-ประถมศึกษา	1	0.8
-มัธยมศึกษา	51	42.9
-อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	16	13.4
-ปริญญาตรี	51	42.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	97	47.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	2.4
ธุรกิจส่วนตัว	12	5.8
รับจ้างทั่วไป	42	20.4
นักเรียน/นักศึกษา	49	23.8
อื่นๆ (เกษตรกร)	1	0.5
6. สถานภาพสมรส		
โสด	126	61.2
คู่/สมรส	73	35.4
แยกกันอยู่	5	2.4
หย่า	2	1.0
7. การแต่งงาน		
ไม่ได้แต่งงาน	157	77.0
แต่งงาน	47	23.0
-แต่งงานอายุ 10-14 ปี	1	2.1
-แต่งงานอายุ 15-17 ปี	10	21.3
-แต่งงานอายุ 18-19 ปี	13	27.7
-แต่งงานอายุ 20 ปีขึ้นไป	23	48.9
8. จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	125	60.7
มีบุตร (1-3 คน)	81	39.3

จากตารางที่ 1 ผลการสำรวจข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น อายุ 10-24 ปี หลังรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563-มกราคม 2564 จำนวน 206 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.4) มากกว่าครึ่ง อายุระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 51.0) และกำลังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน (ร้อยละ 57.8) โดยเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา จำนวนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 42.9) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 61.2) ไม่ได้แต่งงาน (ร้อยละ 77.0) และไม่มีบุตร (ร้อยละ 60.7) มีอาชีพพนักงาน/นักศึกษา ร้อยละ 23.8 รับจ้าง ร้อยละ 20.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.1

2. ด้านการรับบริการในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามการรับบริการในโรงพยาบาล

การรับบริการในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
1. ครั้งที่มารับบริการ		
-ไม่ใช่ครั้งแรก	93	45.1
-ครั้งแรก	113	54.9

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การรับบริการในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
2. ช่องทางที่รู้จักโรงพยาบาล		
-รู้จักจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง	141	68.8
-รู้จักจากเพื่อน	58	28.3
-รู้จักจาก อสม.	24	11.7
-รู้จักจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	78	38.0
-รู้จักจากหนังสือพิมพ์	8	3.9
-รู้จักจากทีวี/วิทยุ	10	4.9
-รู้จักจากสื่อออนไลน์	34	16.6
-รู้จักจากครู	34	16.6
-รู้จักจากช่องทางอื่นๆ (สายด่วน 1663)	2	1.0
3. เห็นป้ายระบุเวลาการให้บริการของโรงพยาบาล		
-ไม่เห็น	26	12.6
-เห็น	180	87.4
4. คนที่สามารถรับบริการด้วย		
-มาคนเดียว	54	26.2
-มากับพ่อแม่/ผู้ปกครอง	61	29.6
-มากับพี่/น้อง	17	8.3
-มากับแฟน/สามี/ภรรยา	69	33.5
-มากับเพื่อน	51	24.8
-มากับคนอื่นๆ (ลูก, น้า, ครู/อาจารย์)	5	2.4
5. รับทราบว่าโรงพยาบาลมีบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ดังรายการต่อไปนี้		
-ยาเม็ดคุมกำเนิด	111	54.1
-ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	92	44.9
-ถุงยางอนามัย	110	53.7
-ยาฉีดคุมกำเนิด	85	41.5
-ห่วงอนามัย	80	39.0
-ยาฝังคุมกำเนิด	124	60.5
6. ความเหมาะสมและความสะดวกของระยะเวลาที่ให้บริการ		
-ไม่เหมาะสม	7	3.4
-เหมาะสม	199	96.6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การรับบริการในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
7. ระยะเวลาการรับบริการ		
-0-10 นาที	76	36.9
-มากกว่า 10-20 นาที	45	21.8
-มากกว่า 20-30 นาที	46	22.3
-มากกว่า 30-60 นาที	31	15.0
-มากกว่า 60-120 นาที	5	2.4
-มากกว่า 120-240 นาที	3	1.5
8. ความเหมาะสมของระยะเวลาการรับบริการ		
-นานเกินไป	27	13.1
-เหมาะสมแล้ว	179	86.9
9. พื้นที่รับบริการสำหรับวัยรุ่น		
-ไม่มี	41	19.9
-มี	165	80.1
10. จุดประสงค์ที่มาใช้บริการ		
-ขอรับคำปรึกษา	65	32.0
-ขอรับบริการคุมกำเนิด	30	14.8
-อื่นๆ (ยุติการตั้งครรภ์, ฝากครรภ์, คลอด, ดูแลหลังคลอด/ยุติการตั้งครรภ์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ฉีดวัคซีน, ถอดยาฝังคุมกำเนิด, รับประทานยา, ไข้, ตรวจสุขภาพ)	108	53.2
11. การได้รับบริการตามความต้องการ		
-ไม่ได้รับ (เป็นนักเรียน/นักศึกษา)	1	0.5
-ได้รับ	205	99.5

จากตารางที่ 2 การรับบริการในโรงพยาบาลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 54.9) โดยช่องทางที่รู้จักโรงพยาบาลมากที่สุด คือ รู้จากพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ร้อยละ 68.8) รองลงมาคือ รู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 38.0) และรู้จากเพื่อน (ร้อยละ 28.3) ตามลำดับ บุคคลที่วัยรุ่นพามาด้วยเมื่อมารับบริการ ได้แก่ แฟน/สามี/ภรรยา (ร้อยละ 33.5) บริการที่วัยรุ่นทราบว่าโรงพยาบาลมีการให้บริการคุมกำเนิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริการฝังยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 60.5) รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 56.4) และถุงยางอนามัย (ร้อยละ 53.7) วัยรุ่นส่วนใหญ่คิดว่าความสะดวกและระยะเวลาที่ให้บริการมีความเหมาะสม (ร้อยละ 96.6) เช่นเดียวกับระยะเวลาในการรอรับบริการ (ร้อยละ 86.9) และโรงพยาบาลจัดให้มีพื้นที่สำหรับวัยรุ่นในการรอรับบริการ ร้อยละ 80.1 ส่วนจุดประสงค์ที่วัยรุ่นมาขอรับบริการ ได้แก่ ขอรับคำปรึกษา (ร้อยละ 32.0) ขอรับบริการคุมกำเนิด (ร้อยละ 14.8) โดยวัยรุ่นเกือบทั้งหมดได้รับบริการที่ตนเองต้องการ (ร้อยละ 99.5)

3. ด้านการรับบริการกับผู้ให้บริการ
 ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามการรับบริการกับผู้ให้บริการ

การรับบริการกับผู้ให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเป็นส่วนตัว		
-ได้รับบริการกับเจ้าหน้าที่แบบเป็นส่วนตัว	206	100.0
2. ได้รับแจ้งจากผู้ให้บริการตั้งแต่แรกว่าข้อมูลส่วนตัวจะไม่ถูกแบ่งปันให้บุคคลอื่น หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการ		
-ไม่ใช่	7	3.4
-ใช่	199	96.6
3. มีสถานที่ประตูและหน้าต่างเพื่อไม่ให้บุคคลภายนอกมองเห็นระหว่างตรวจ		
-ไม่ใช่	5	2.4
-ใช่	201	97.6
4. ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างเป็นมิตรและไม่ตีตรา		
-ไม่ใช่	6	2.9
-ใช่	200	97.1
5. ผู้ให้บริการรับฟังปัญหาอย่างสนใจและใส่ใจอย่างแท้จริง		
-ไม่ใช่	2	1.0
-ใช่	204	99.0
6. ผู้ให้บริการอธิบายสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย		
-ไม่ใช่	1	0.5
-ใช่	205	99.5
7. ผู้รับบริการสามารถสอบถามปัญหา/ข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ได้		
-ไม่ใช่	2	1.0
-ใช่	204	99.0
8. ผู้ให้บริการอธิบายว่ากำลังให้บริการเกี่ยวกับเรื่องใด		
-ใช่	206	100.0
9. ผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการใดๆ		
-ไม่ใช่	197	95.6
-ใช่	9	4.4
10. ผู้ให้บริการแนะนำ/ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น/ผู้ให้บริการอื่นสำหรับบริการใดๆ		
-ไม่ใช่	139	67.5
-ใช่	67	32.5
11. การแนะนำข้อมูลการส่งต่อ		
-มีเอกสารการส่งต่อ	48	71.6
-แนะนำด้วยวาจา	18	26.9
-อื่นๆ	1	1.5

จากตารางที่ 3 การรับบริการกับผู้ให้บริการ พบว่า วิทยุร่นทุกคนได้รับบริการแบบเป็นส่วนตัวกับเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 100.0) ส่วนใหญ่ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ตั้งแต่แรกว่าข้อมูลส่วนตัวจะไม่ถูกแบ่งปันให้บุคคลอื่น หากไม่ได้รับความยินยอมจากตัววิทยุร่น (ร้อยละ 96.6) ห้องตรวจมีม่านที่ประตูหรือหน้าต่างเพื่อไม่ให้บุคคลภายนอกมองเห็น (ร้อยละ 97.6) ผู้ให้บริการส่วนใหญ่รับฟังปัญหาอย่างสนใจและใส่ใจอย่างแท้จริง (ร้อยละ 99.0) มีการอธิบายสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย (ร้อยละ 99.5) เช่น กำลังให้บริการอะไรกับวิทยุร่น (ร้อยละ 100.0) รวมทั้งวิทยุร่นส่วนใหญ่สามารถสอบถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่ได้ (ร้อยละ 99.0) อย่างไรก็ตาม มีวิทยุร่นที่ถูกปฏิเสธการให้บริการด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยและเป็นบริการที่เกินความจำเป็น ร้อยละ 4.4 เช่น บริการฝังยาคุมกำเนิดในกลุ่มเสี่ยง บริการซีทีสแกนสมอง เป็นต้น ส่วนกรณีที่โรงพยาบาลไม่มีการจัดบริการจะมีการส่งต่อวิทยุร่นไปยังหน่วยบริการหรือผู้ให้บริการอื่น (ร้อยละ 32.5) เช่น บริการฝังยาคุมกำเนิด โดยร้อยละ 71.6 ผู้ให้บริการมีเอกสารส่งต่อบริการให้แก่วิทยุร่นและอีกร้อยละ 26.9 ผู้ให้บริการแนะนำส่งต่อด้วยวาจา

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
1. การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนกับวิทยุร่นที่มารับบริการ		
-ให้ความช่วยเหลือ	116	56.6
-ใจดี	63	30.7
-ทำให้เราสบายใจ	24	11.7
-ไม่สุภาพ	1	0.5
-อื่นๆ (เฉยๆ)	1	0.5
2. ระดับความสะอาดของโรงพยาบาล		
-สะอาดมาก	57	27.7
-สะอาด	115	55.8
-สะอาดปานกลาง	34	16.5
4. ความต้องการกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลอีก		
-ไม่มา	3	1.5
-มา	203	98.5
5. จะแนะนำโรงพยาบาลนี้ให้กับญาติ/เพื่อน		
-ไม่แนะนำ	2	1.0
-แนะนำ	203	99.0
6. ความพึงพอใจโดยภาพรวมในการรับบริการ		
-มากที่สุด	74	35.8
-มาก	106	51.5
-ปานกลาง	24	11.7
-น้อย	1	0.5
-น้อยที่สุด	1	0.5

จากตารางที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นเมื่อมารับบริการ (ร้อยละ 56.6) ความสะอาดของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสะอาด (ร้อยละ 55.0) ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อบริการที่วัยรุ่นได้รับ คือ พึงพอใจมาก (ร้อยละ 51.5) โดยวัยรุ่นร้อยละ 98.5 จะกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้อีก และร้อยละ 99.0 จะแนะนำให้เพื่อน/ญาติมารับบริการที่โรงพยาบาล

7. สรุปและอภิปรายผล

การจัดการบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า มีนโยบายที่ดี แต่มีความแตกต่างกันตามประเภทของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละระดับมีศักยภาพ ความพร้อมในการให้บริการ จำนวนเจ้าหน้าที่ เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ด้านนโยบายเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการทุกสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเป็นนโยบายที่ดี สามารถช่วยให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และครอบคลุมสิทธิทุกประเภท

การเข้าถึงการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่น พบว่า ผู้ปกครองบางคนมีความเขินอายเมื่อคุยเรื่องเพศกับลูก ไม่ได้เป็นคนชวนลูกคุยหรือคุยกับลูกก่อน แต่จะให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อลูกมาขอปรึกษาหรือเป็นคนเปิดประเด็นคุยเรื่องเพศและการคุมกำเนิดกับผู้ปกครองก่อนเท่านั้น ซึ่งผู้ปกครองจะให้คำปรึกษาตามที่เห็นสมควร แต่ไม่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างละเอียดหรือตรงไปตรงมา ในขณะที่ผู้ปกครองบางส่วนที่อายุน้อย/เป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน (อสม.) สามารถใช้หรือเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสาร จะมีทักษะในการสื่อสารกับลูกได้ดีกว่า สามารถชวนลูกคุยและสื่อสารกับลูกตั้งเด็กจนลูกโตเป็นวัยรุ่น ได้อย่างตรงไปตรงมา รู้ทัน เข้าใจ จนลูกไว้วางใจและกล้าสื่อสารเหมือนคุยกับเพื่อนได้ในทุกๆ เรื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย⁽¹⁴⁾ พบว่า การสื่อสารในเรื่องเพศนั้น บุตรที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาเพศชายยอมรับว่า ที่ผ่านมามีการสื่อสารในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย และมักได้รับการสอนเรื่องเพศจากมารดา มากกว่าบิดา ในเรื่องของการคบเพื่อนต่างเพศ การปฏิบัติตัวการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รองลงมาเป็นเรื่องพัฒนาการทางด้านร่างกายและการทำความสะอาดร่างกายโดยบิดามารดามักจะบอกให้บุตรที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาเพศชายตั้งใจเรียนก่อนเรียนให้จบ โตขึ้นแล้วค่อยมีแฟนหรือแต่งงาน เพื่อป้องกันไม่ให้บุตรที่ศึกษาในระดับประถมศึกษาเพศชายกระทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ

การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า วัยรุ่นยังมีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในวัยเรียน เนื่องจากขาดความรู้เรื่องวิธีการป้องกันและการคุมกำเนิดที่ต้องทำให้วัยรุ่นต้องออกจากระบบการศึกษา วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เลือกการตั้งครรภ์ต่อ แต่ไปฝากครรภ์ซ้ำเนื่องจากต้องการปกปิดให้เป็นความลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มักได้รับความรู้เรื่องเพศและการคุมกำเนิดจากเพื่อน ซึ่งเพื่อนก็มีความรู้ที่ไม่ดีพอนอกจากนั้นร้านขายยาก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่วัยรุ่นหญิงขอความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิดซึ่งก็อาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องสมบูรณ์ได้

ความพึงพอใจต่อการรับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า โดยภาพรวมวัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อการรับบริการคุมกำเนิด ด้านการรับบริการในโรงพยาบาล ด้านการรับบริการกับผู้ให้บริการและด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล พึงพอใจอยู่ในระดับมาก

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. การเข้าถึงบริการ

- 1) การให้ข้อมูลและความรู้วิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลายตามความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการให้ความรู้ตามนโยบาย หรือวิธีการที่รัฐกำหนด
- 2) การจัดบริการนอกสถานที่ที่เป็นแหล่งนิยมของวัยรุ่น เช่น จัดบูธในห้างสรรพสินค้า มุมความรู้ในร้านกาแฟ
- 3) เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์สำหรับผู้บริการให้มากขึ้น ผ่านช่องทางที่ทันสมัย และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มวัยรุ่น เช่น Facebook Line You Tube TikTok Twitter Instagram

2. ระบบการจัดบริการ

- 1) พัฒนามาตรฐานการให้บริการในประเด็นของผู้ให้บริการ เรื่องการตีตรา และการรักษาความลับ
- 2) การพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ เช่น ระบบการส่งต่อแบบรวดเร็ว (Fast track) และระบบส่งต่อแบบออนไลน์

3. ระบบการติดตามข้อมูล

พัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อข้อมูลการบริการของวัยรุ่นได้ทุกราย

- 1) Group Line สำหรับการส่งต่อข้อมูลและรายงานผลการให้บริการคืนกลับให้หน่วยบริการต้นทางทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเขต
- 2) Google form การติดตาม/ส่งต่อข้อมูลบริการ

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนาแบบการจัดการบริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

9. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (รายงานฉบับสมบูรณ์). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://mics-surveysprod.s3.amazonaws.com/MICS6/East%20Asia%20and%20the%20Pacific/Thailand/2019/Survey%20findings/Thailand%202019%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_National%20%28Thai%29.pdf
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2019TH.pdf>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. สถานการณ์และนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, กรมอนามัย; 2563.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=96e32d575103002017729beef422b5e3.

5. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563 เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51aa8cd21b297.
6. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานแผนการวางแผนการแห่งประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงาน; 2562.
7. กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15 -24 ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/rh/n86_0559234e9637e6dbb75f01b6e1e1a1aa_%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8CRH_2562_Website.pdf
8. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 133 ตอนที่ 30ก, น.2). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2069129.pdf>
9. World Health Organization (WHO). Adolescent health 2012. [อินเทอร์เน็ต]. Geneva: Office; 2012 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
10. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัยชูนโยบายคุมกำเนิดฟรีเสริมทักษะป้องกันท้องไม่พร้อม. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2559 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://web.facebook.com/bluechipthai/photos/a.103395617841634/212107653637096/?type=3&_rdc=1&_rdr
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราค่าบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2561.
12. WHO-SEARO. An Assessment Toolkit, Access and Utilisation of Sexual Reproductive Health Services among Adolescents. 2019.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทย พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักงาน; 2558.
14. อลัญญ์ สมุห์เสนีโต และนัจพร ต่างสี. การสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นในครอบครัวมุสลิมในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานการทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/82>

บทความวิจัย

การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร

Surveillance of health impacts on particulate matter with diameter of less than 2.5 micron among the people in Mukdahan province

สุทธิดา สืบทรัพย์^{1*} Sutthida Suebsap^{1*}

นิสิต อินลี² Nisit Inlee²

ประยูร เตียตระกูล³ Prayut Tiatrakul³

ศรินภัสร์ ยืนยงกิติกุล⁴ Sarinphat Yuenyongkitikun⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร โดยใช้แบบสอบถามของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สุ่มข้อมูลจากประชาชน 310 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมาแล้ว 20 ปี ร้อยละ 10.00 และได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เป็นระยะเวลา 10 ปี ร้อยละ 10.40 อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 38.50 สูบบุหรี่ ร้อยละ 26.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.90 ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด เป็นต้น ในช่วงที่ผ่านมาพบว่าประชาชนมีอาการป่วยเนื่องจากการได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ร้อยละ 19.50 โดยพบว่ามีอาการไอ ร้อยละ 65.47 ซึ่งผู้ที่มีอาการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 45.20 สำหรับข้อมูลการสัมผัสฝุ่นละออง ควัน เขม่าและเถ้าที่ปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้าน ในระยะเวลา 48 ชั่วโมง พบว่า แหล่งกำเนิดที่พบมากที่สุดคือฝุ่นควันจากโรงงานน้ำตาล ร้อยละ 58.90 รองลงมา คือควันจากการประกอบอาหาร ร้อยละ 55.60 และฝุ่นควันจากยานพาหนะ ร้อยละ 53.70

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าในพื้นที่ที่มีแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ควัน เขม่าและเถ้า และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดทำแผนชุมชนในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน สร้างระบบสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากสัมผัสฝุ่นละอองแก่ประชาชนในพื้นที่

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน จังหวัดมุกดาหาร

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านกุดโง้ง

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: sutthida4672@gmail.com

Abstract

This survey research aims to monitor the health effects of exposure to Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron among the people in Mukdahan Province. It uses a questionnaire from the Health Impact Assessment Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Data were surveyed from 310 people. The data analysis using descriptive statistics including numbers, frequencies, and percentages.

The results revealed that most are female, 54.10 percent, had lived in the village for 20 years, 10.00 percent, and had been exposed to Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron for 10 years, 10.40 percent. Most of their main occupations are farming/gardening/making. Rai, 38.50 percent smoke, 26.70 percent have congenital diseases, 25.90 percent include diabetes, high blood pressure, and asthma, etc. In the past, it was found that 19.50 percent of people were sick due to exposure to small dust particles. It was found that 65.47 percent had a cough, of which 45.20 percent of those with symptoms did not receive treatment. For dust exposure information, Soot and ash that were blown into the house or around the house in a 48-hour period, found that the most common source was dust and smoke from sugar factories at 58.90 percent, followed by smoke from cooking at 55.60 percent and Dust and smoke from vehicles 53.70 percent.

The results of this study show that in the area there are sources of dust, smoke, soot and ash. That have an impact on people's health. Therefore, Local Administrative Organization should prepare community plans to monitor the health effects of Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron. Create a system for communicating risk information and disseminating public relations continuously. To prevent health effects from dust exposure to people in the area.

Keywords: Surveillance of health impacts, Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron, Mukdahan province

¹ Public Health Technical Officer of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Public Health Technical Officer, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

³ Public Health Technical Officer, Professional Level of Mukdahan Provincial Public Health Office

⁴ Public Health Technical Officer, Professional Level of Ban Kut Ngong Health Center

* Corresponding Author Email: sutthida4672@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมลพิษทางอากาศนับเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นของประเทศไทยโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างเศรษฐกิจ การอพยพย้ายถิ่นการเพิ่มของการคมนาคมขนส่ง การจราจร การก่อสร้างถนน เพื่อรองรับการขยายตัวของเมือง ซึ่งปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นในเมืองใหญ่แต่ละแห่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านลักษณะภูมิประเทศและแหล่งกำเนิดมลพิษ เช่น การก่อสร้าง อาคาร ที่พักอาศัย สำนักงาน การปรับปรุงระบบการคมนาคมขนส่งและระบบสาธารณูปโภค การขุดวางท่อระบบประปา ไฟฟ้า เป็นต้น ⁽¹⁾ จากรายงานของกรมควบคุมมลพิษได้กล่าวถึงสาเหตุที่ส่งผลให้ค่าปริมาณฝุ่นละอองเฉลี่ย 24 ชั่วโมงเกินมาตรฐานนั้นมาจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงเพื่อนำพลังงานมาใช้ประโยชน์ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศทั้งฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์และก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ โดยแหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศในเขตเมืองที่สำคัญมาจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงจากยานพาหนะในภาคการขนส่งทางบก ซึ่งสารมลพิษทางอากาศประเภทฝุ่นละอองหากมีมากเกินมาตรฐานที่กำหนดแล้ว สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM₁₀) ซึ่งเป็นสารมลพิษทางอากาศที่ประเทศไทยให้ความสำคัญ เนื่องจากผลการวิจัยองค์ประกอบของ ฝุ่นละอองพบสารเคมีประเภทซัลเฟต ไนเตรท สารประกอบคาร์บอน เชื้อโรค โลหะหนักและฝุ่นหินแร่ ซึ่งสามารถปลิวฟุ้งในบรรยากาศได้ง่าย จึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยผ่านเข้าไปในระบบทางเดินหายใจส่วนกลางและถุงลมปอด ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจและโรคปอด หากเนื้อเยื่อปอดเกิดพังผืด หรือแผลเป็น จะทำให้การทำงานของปอดเสื่อมสมรรถภาพลง หลอดลมอักเสบ มีอาการหอบหืด ถุงลมโป่งพองและมีโอกาสเกิดโรคทางเดินหายใจ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง ⁽²⁾

สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่า ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงเกินค่ามาตรฐานของประเทศไทยและเกินคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในหลายพื้นที่ ซึ่งปีที่ผ่านมาค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุดเท่ากับ 146 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานประเทศไทยถึง 3 เท่า และคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก 6 เท่า แต่ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน ได้มีการขับเคลื่อนการปฏิบัติการสอดรับกับแผนปฏิบัติการวาระแห่งชาติ และได้มีการทบทวนมาตรการเป็นระยะ ทั้งนี้ ในปีที่ผ่านมาจากการถอดบทเรียน พบปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือการให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองของรัฐบาล ซึ่งกำหนดให้การแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองเป็นวาระแห่งชาติส่งผลให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ในบูรณาการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ร่วมแก้ไขและดูแลป้องกันสุขภาพประชาชนในพื้นที่ รวมถึงการสร้างนวัตกรรม ในการป้องกันตนเองแก่ประชาชน

ในพื้นที่จังหวัดมุกดาหารสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน พบว่า มีค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 4 – 82 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร มีจำนวนวันที่มีค่าสูงเกินมาตรฐาน (สูงเกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) จำนวน 7 วัน จากการตรวจวัดทั้งหมด 319 วัน โดยพบว่าค่าสูงเกินมาตรฐานในเดือนมีนาคมและเมษายน ซึ่งมีแหล่งกำเนิดที่สำคัญจากการเผาในพื้นที่เกษตรกรรมและโรงงานอุตสาหกรรม โดยในพื้นที่จังหวัดมุกดาหารมีโรงงานที่เกี่ยวข้องกับฝุ่นหินและโรงงานผลิตน้ำตาลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่มีหมอกควันปกคลุมเกิดจากเกษตรกรมีการเผาไร่นา ไร่อ้อยเพื่อกำจัด

เศษวัชพืชหรือเศษซากพืชที่เหลืออยู่ภายหลังการเก็บเกี่ยวเพื่อเตรียมพื้นที่เพาะปลูกในรอบต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่า มีชาวบ้านเผาศพ ใบไม้ใบหญ้าอย่างต่อเนื่องจนส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชน⁽³⁾ โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2558 -2560 จากการรายงานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจ (ICD 10 J00-J18.9) เป็นเพศชาย จำนวน 292 คน เพศหญิง จำนวน 346 คน อายุ 5-9 ปีมากที่สุด กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 421 คน และกลุ่มโรคตาอักเสบพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 2,163 คน

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชน จังหวัดมุกดาหาร

3.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการสัมผัสฝุ่น มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของประชาชนจังหวัดมุกดาหาร

4.วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่บ้านดงคำ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 1,384 คน

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางทาร์ยามาเน⁽⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน

5.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ซึ่งพัฒนาโดยกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน อาชีพหลัก การสูบบุหรี่ ลักษณะที่อยู่ โรคประจำตัว การรักษา อาการป่วยในระยะเวลา 48 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมผัสฝุ่น เป็นการสัมผัส ฝุ่นละออง/ควัน/เขม่า/เถ้า ปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้านของท่าน ในระยะเวลา 48 ชั่วโมง (2 วัน) จากแหล่งกำเนิด โดยมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามให้ตอบ “มี” และ “ไม่มี”

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ และร้อยละ

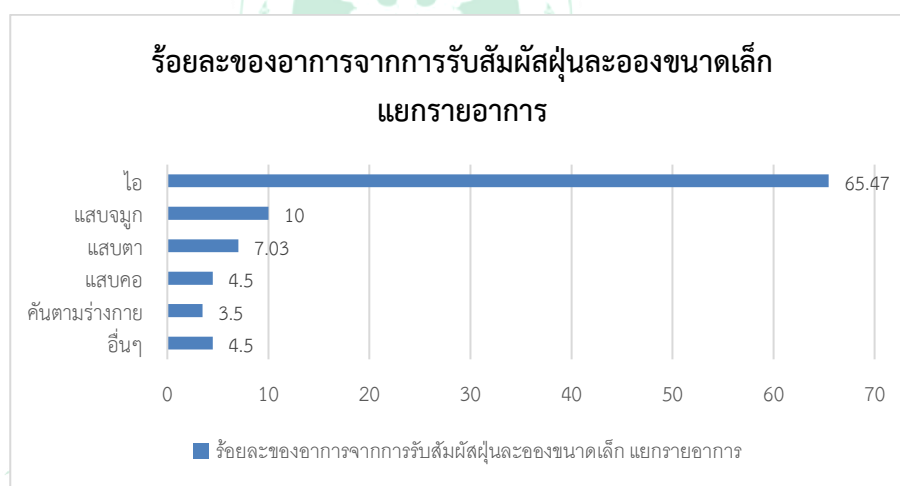
5.ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.10 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมาแล้ว 20 ปี ร้อยละ 10.00 และได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน เป็นระยะเวลา 10 ปี ร้อยละ 10.40 อาชีพหลักส่วนใหญ่ คือ ทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 38.50 สูบบุหรี่ ร้อยละ 26.70

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.90 ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด เป็นต้น ในช่วงที่ผ่านมาพบว่าประชาชนมีอาการป่วยเนื่องจากการได้รับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก ร้อยละ 19.50 โดยพบว่ามีอาการไอ ร้อยละ 65.47 ซึ่งผู้ที่มีอาการส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 45.20 ดังกราฟที่ 1 และกราฟที่ 2



กราฟที่ 1 แสดงร้อยละของอาการจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก



กราฟที่ 2 ร้อยละของอาการจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก แยกรายอาการ

5.2 ข้อมูลการสัมผัสฝุ่นละออง ควัน เขม่า เถ้า ที่ปลิวเข้ามาในบ้านหรือบริเวณบ้าน ในระยะเวลา 48 ชั่วโมง (2 วัน) พบว่าแหล่งกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ ฝุ่น/ควันจากโรงงานน้ำตาล ร้อยละ 58.90 รองลงมา คือควันจากการประกอบอาหาร ร้อยละ 55.60 และฝุ่น/ควันรถ จากยานพาหนะ เช่น ฝุ่นจากถนน/รถบรรทุก คิดเป็นร้อยละ 53.70

6.สรุปและอภิปรายผล

จากผลการสำรวจเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนของประชาชนในหมู่ที่ 6 บ้านดำนาคำ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร พบว่าแหล่งกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ โรงงานน้ำตาล ร้อยละ 58.90 รองลงมา คือ ควันจากการประกอบอาหาร ร้อยละ 55.60 และยานพาหนะ ร้อยละ 53.70 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁽⁵⁾ แหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM 2.5 อันดับแรกมาจากการเผาในที่โล่ง รองลงมาเกิดขึ้นจากไอเสียรถโดยเฉพาะดีเซล ซึ่งฝุ่นละออง PM 2.5 เป็นฝุ่นละเอียด ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ทั้งแบบเฉียบพลัน(นับเป็นชั่วโมงหรือวัน) และผลเรื้อรัง(นับเป็นเดือนหรือปี) ในทุกเพศ ทุกวัย และสามารถ เห็นผลทันทีในเด็กและคนชราที่มีความ

ด้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติอาการที่พบเห็นในระยะเฉียบพลัน คือ การระคายเคืองจมูก คอ และดวงตา นอกจากนี้ยังมีการไอ จาม น้ำมูกไหล การ หายใจติดขัด ส่วนอาการที่พบเห็นในระยะยาวหรือผลเรื้อรังจะเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเนื่องจาก ฝุ่นพิษนี้สามารถเข้าไปถึงกระแสเลือด ทำให้เลือดข้นขึ้น และยังสามารถเข้าไปที่ระบบทางเดินหายใจ ส่วนล่างและถุงลมปอด และยังส่งผลต่อการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดผ่านปอดและหัวใจ ส่งผลให้ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงและหัวใจทำงานหนักขึ้นซึ่งนำไปสู่โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ที่อยู่ในที่ๆ มีฝุ่นละออง PM 2.5 สูงในระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดโรคสมองเสื่อมได้อีกด้วยซึ่ง จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าผู้ที่หายใจรับฝุ่นพิษฝุ่นละออง PM 2.5 เข้าไปจะลดอายุขัยเฉลี่ยได้จึงเกิดคำว่า“ผู้ที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร”จากการศึกษาวิจัย⁽⁶⁾ นอกจากนี้เด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับฝุ่นละออง PM 2.5 ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จะส่งผลต่อการทำงานของปอด ระบบหายใจ และทำให้คนที่เปราะบางหรือมีโรคอยู่แล้วมีอาการที่แย่ลง สำหรับหญิงมีครรภ์เมื่อได้รับ ฝุ่นละออง PM 2.5 จะส่งผลต่อเด็กอาจคลอดก่อนกำหนด และเมื่อคลอดออกมาจะมีน้ำหนักน้อย ตัวเล็ก และส่งผลต่อระบบประสาทและโรคเบาหวานในเด็ก

7.ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลได้แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเฝ้าระวังและช่วงปกติ ซึ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวในช่วงปกติ เนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โควิด-19 และสภาพอากาศในการลงพื้นที่เป็นช่วงฤดูฝน จึงส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานครั้งนี้

8.ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดทำแผนชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพต่อฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำโครงการ/กิจกรรมป้องกันเฝ้าระวังและลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

2.ควรสร้างระบบสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงและแนวทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปัญหาสาเหตุของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และแนวทางในการลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

8.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อควบคุมป้องกันปัญหาการเกิดฝุ่นละอองขนาดเล็กในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

2. ควรศึกษาวิธีการหรือเทคโนโลยีที่สามารถใช้ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของฝุ่นละอองขนาดเล็กจากแหล่งกำเนิด

9.เอกสารอ้างอิง

1. ภัคพงศ์ พจนารถ. สถานการณ์ของปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดในเมืองใหญ่ของประเทศไทย: กรณีศึกษากรุงเทพมหานครเชียงใหม่และระยอง. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]; 12(1):114-133. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JEM/article/view/47808>
2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://sbo.moph.go.th/sbo/file/pm/คู่มือการดำเนินงานฝุ่น%20PM2.5%202564.pdf>.
3. วิชัย ศรีผา. การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM_{2.5}) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 ธ.ค. 2565]; 14(1):29-39. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/251255/172321>
4. Taro Yamane. Statistics: an introductory analysis. 3rd Edition. New York: Harper and Row; 1973.
5. ขนิษฐา ชัยรัตนาวรรณ, ณัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินศิริ. แหล่งกำเนิด ผลกระทบและแนวทางจัดการฝุ่นละออง PM 2.5 บริเวณภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย. 2563;25(1), 461-471.
6. อรสา ทองทศ. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันมลพิษทางอากาศของประชากรในกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214155551.pdf>

กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

บทความปริทัศน์

ความสูงในมนุษย์ (Human Height)

เจนวิทย์ ศรีพรหม^{1*} Jenwit Sornpom^{1*}

อุมาพร สังข์ฤกษ์² Umaporn Sangkarerk²

กัญญนัท ริปันโน³ Kanyanut ripanno³

ความสูงของมนุษย์มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพ ความสูงที่เพิ่มขึ้นนั้นมีหลักฐานที่ชัดเจนจากการศึกษาว่าทำให้การตายของทารกลดลง อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น รายได้เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น¹⁻² เนื่องจากความสูงของมนุษย์ที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ดี การเพิ่มความสูงของมนุษย์ยังมีหลักฐานและยืนยันว่าสามารถเพิ่มขึ้นได้ จากปัจจัย 2 ประการ คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม³ ดังนั้น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจึงจำเป็นในการกำหนดมาตรการเพิ่มความสูงของมนุษย์เพราะพันธุกรรมไม่สามารถกำหนดได้

จากการศึกษาประชากรชาวเอเชีย พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะส่งผลต่อความสูงมากกว่าประเทศตะวันตกถึงร้อยละ 40 เนื่องจากพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะด้านโภชนาการจากสารอาหารที่จำเป็นในการเพิ่มความสูงของชาวตะวันตกมีความเพียงพอจึงส่งผลให้ความสูงเพิ่มขึ้นน้อยกว่าชาวเอเชีย⁴ จะเห็นได้ว่าในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา คนเกาหลี ญี่ปุ่น และจีนสามารถเพิ่มความสูงเฉลี่ยได้ 10-20 เซนติเมตร¹ แต่ไม่พบการแสดงผลหลักฐานหรือมาตรการจากประเทศเหล่านั้น แต่ในประเทศไทยนั้นพบว่าส่วนสูงเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียง 3 เซนติเมตรเท่านั้น⁵ ข้อมูลการสำรวจฐานข้อมูลรูปร่างและสรีระประชากรไทย (SizeThailand) ในปี 2551 โดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) พบว่าความสูงเฉลี่ยของชายไทยอยู่ที่ 169.46 ซม. หญิง 157 ซม. โดยกลุ่มอายุ 16-25 ปี พบว่าชายมีความสูงเฉลี่ย 171.36 ซม. และหญิงสูง 159.32 ซม. ในแผนยุทธศาสตร์ไทย 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2561-2580)⁶ ตั้งเป้าหมายชายไทยสูง 180 ซม. และหญิงไทย 167 ซม. และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีมาตรการที่เหมาะสมในการพัฒนาความสูงของมนุษย์ในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรการปัจจุบันและสถานการณ์การเพิ่มความสูงในประเทศไทย ผู้รับผิดชอบหลักโดยกรมอนามัยมีมาตรการสำคัญให้เด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-Base) แต่พบข้อจำกัด ทั้งด้านความครอบคลุมของการยอมรับนโยบายและนำแผนงานด้านสุขภาพลงสู่การบูรณาการในโรงเรียน ข้อจำกัดด้านงบประมาณที่จะช่วยส่งเสริมโภชนาการให้นักเรียนได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาความสูงที่เพียงพอ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่ทราบข้อมูลเรื่องแหล่งเงินสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน หรือทราบแต่ไม่มีผู้รับผิดชอบในการเขียนโครงการของบประมาณ และข้อจำกัดของข้อมูลสารสนเทศ ที่อ้างอิงตามความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพื่อการสร้างความรอบรู้เพื่อพัฒนาความสูงของคนไทย ที่ระบุให้ ดื่มนมรสจืดวันละ 2 แก้ว นอนหลับพักผ่อนวันละ 9-11 ชั่วโมง กินไข่ วันละ 1 ฟอง กระโดดโลดเต้น 60 นาที ทุกวัน โดยมีจุดมุ่งหมาย 2 ประการคือประการที่ 1 การดื่มนม กินไข่ เป็นการเพิ่มปริมาณสารอาหาร

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: boyddd.19@gmail.com

ที่จำเป็นและแร่ธาตุกระดูก (BMC) ในช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์ ประการที่ 2 นอนหลับพักผ่อนวันละ 9-11 ชั่วโมง กระโดดโลดเต้น 60 นาที เป็นการปรับฮอร์โมนเพื่อเพิ่มระดับ IGF-1 นั้นยังไม่ส่งผลต่อการเพิ่มมวล

กระดูกและส่วนสูงของมนุษย์ได้ เพราะจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าการยืดของกระดูกที่ส่งผลต่อความสูงของมนุษย์ด้วยปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีหลักฐานหลายฉบับยืนยันและแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่องระหว่างปริมาณสารอาหาร นอกจากการเพิ่มปริมาณแคลเซียม ไม่ว่าจะด้วยนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมก่อนวัยเจริญพันธุ์ ในเพศหญิง 8-9 ปี และเพศชาย 9-10 ปี ให้มีปริมาณที่เพียงพอ โดยใช้นมผลิตภัณฑ์จากนม หรืออาหารที่อุดมด้วยแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง อาหารทะเล งา ถั่วเมล็ดแห้ง ผักและผลไม้หลายชนิด โดยสถาบันแพทยศาสตร์ระบุปริมาณการบริโภคอาหารอ้างอิงสำหรับแคลเซียมสำหรับวัยรุ่นเป็นค่าที่เพื่ออาหารอื่นๆ ที่แนะนำคือ > 1300 มก./วัน (Ross et al., 2011) แต่จากการศึกษาเด็กไทยได้รับแคลเซียมโดยเฉลี่ยเพียง 350-400 มก./วันเท่านั้น (Yamborisut et al., 2558) จากหลักฐานดังกล่าว ยืนยันได้ว่าคำแนะนำการดื่มนมเพียงวันละ 2 แก้ว ที่มีปริมาณแคลเซียมประมาณ 480 มก. ที่เพื่ออาหารอื่นๆ ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์เพื่อเพิ่มความสูง อีกทั้งจากการศึกษาในมาตรการเพิ่มความสูงยังต้องเสริมด้วยสารอาหารประเภท โปรตีน ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม สังกะสี วิตามินดี วิตามินเอและไรโบฟลาวินที่เพียงพออีกด้วย (Baker et al., 1999; Harvey et al., 2012; Wiley, 2009) จึงจะส่งผลต่อการเพิ่มมวลกระดูก ส่วนสูง น้ำหนัก และอัตราส่วนไขมันในร่างกายก่อนวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการปรับฮอร์โมนเพื่อเพิ่มระดับ IGF-1 โดยคำแนะนำได้จากการออกกำลังกาย 60 นาทีต่อวันที่ช่วยพัฒนาคาร์ดิโอและยืดข้อต่อและการนอนหลับ 10-11 ชั่วโมง/วัน เป็นมาตรการที่สำคัญเช่นกัน แต่จากการสำรวจพบว่า ร้อยละของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่มีการเคลื่อนไหว ออกแรง/ กิจกรรมทางกาย ตามเกณฑ์ (PA) คือ มีกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาที/ สัปดาห์ เพศชายร้อยละ 27 เพศหญิงร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) ส่วนการนอนหลับของเด็กไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พบเด็กไทย เด็กอายุ 6-9 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.9 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-14 ปีนอนเฉลี่ยวันละ 9.6 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2551) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าคำแนะนำเพื่อปรับฮอร์โมนในการเพิ่มความสูงด้วยการนอนหลับภาพรวมไม่พบปัญหา แต่การออกกำลังกายยังไม่สามารถขับเคลื่อนมาตรการให้เด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์เห็นความสำคัญว่าการออกกำลังกายในวัยนี้จะมีผลต่อสุขภาพและเพิ่มความสูงได้ในอนาคต โดยสรุปการเพิ่มประสิทธิภาพที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีหลักฐานที่ชัดเจนในการสนับสนุนปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการนอนหลับที่เพียงพอเพื่อกำหนดระดับของปัจจัยให้เหมาะสมที่สุดในการเพิ่มปริมาณแร่ธาตุกระดูก (BMC) และระดับ IGF-1 ในช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยความสูงในอนาคตของคนไทยได้

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงเล็งเห็นปัญหา ความสำคัญและเป็นการท้าทายในการเพิ่มความสูงของคนไทย เมื่อได้ทบทวนหลักฐานรวมถึงการศึกษาวิจัย พบว่า ประเด็นดังกล่าว มีความยากและข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์สุดท้าย แต่สามารถปรับปรุงมาตรการเพื่อวัตถุประสงค์ตัวกลาง เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม การเพิ่มปริมาณแร่ธาตุกระดูก (BMC) และระดับ IGF-1 ในช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์ที่ส่งผลต่อความสูง ดังนั้นผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดย นพ. ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ร่วมกับทีมนักวิชาการและผู้รับผิดชอบงาน จึงได้จัดทำข้อเสนอแนะ แผนการดำเนินงานเร่งรัดในการเพิ่มความสูงของคนไทย ให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและต้องบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

- 1) จัดทำแผนงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การเพิ่มความสูงของคนไทย โดยเพิ่มความครอบคลุมในโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 10 (School Base) ร่วมกับการขยายแผนงานสร้างความรู้ด้านสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน (Family and Community Base)
- 2) การผลักดันนโยบาย ส่งเสริมผลิตภัณฑ์อาหารเพิ่มแคลเซียม นมและผลิตภัณฑ์จากนมเพื่อเพิ่มความสูง
- 3) ความสูง และสื่อสารสร้างความเชื่อ ค่านิยม และการแข่งขันทางสังคม ให้ตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์
- 4) จัดทำแผนงานด้านนโยบายเพิ่มความสูงเด็กไทย เขตสุขภาพที่ 10: จัดวาระบูรณาการเพื่อเพิ่มความสูง
- 5) ความสูงในการประชุม อบรม ร่วมกับผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงานในระดับจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10
- 6) สร้างกระแสทางสังคมและจัดทำสื่อเพื่อสื่อสารหลายช่องทาง และทำความร่วมมือด้านนโยบาย
- 7) บูรณาการงานโภชนาการเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมอาหารเพิ่มแคลเซียม ธาตุเหล็ก และไอโอดีนในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะประเด็นการวิจัย

- 1) การวิจัยประเมินผล (การขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การเพิ่มความสูงของคนไทย/ การบูรณาการงานโภชนาการเพื่อส่งเสริมอาหารเพิ่มแคลเซียม ธาตุเหล็ก และไอโอดีน ในโรงเรียน)
- 2) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ การเพิ่มความสูงของคนไทย บูรณาการ บ้าน ชุมชน โรงเรียน
- 3) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การเพิ่มความสูง ในเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์และผู้ปกครอง
- 4) ประสิทธิภาพของมาตรการเพิ่มความสูง (ผลลัพธ์ระยะกลาง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง วัดปริมาณแร่ธาตุกระดูก (BMC) และระดับ IGF-1 และระยะยาววัดผลลัพธ์สุดท้าย ความสูงของเพศหญิงและเพศชาย 16 ปี และ 18 ปีตามลำดับ)

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

1. Cole, T. J., & Mori, H. Fifty years of child height and weight in Japan and South Korea: Contrasting secular trend patterns analyzed by SITAR. Am J Hum Biol, 2018;30(1).
2. Stulp, G., & Barrett, L. Evolutionary perspectives on human height variation. Biological Reviews, 2016; 91(1):206-234.
3. Roser, M., Appel, C., & Ritchie, H. Human height. Our world in data, 2013.
4. Li, L., A.P. Ingersoll, A.R. Vasavada, C.C. Porco, A.D. Del Genio, and S.P. Ewald, 2004: Life cycles of spots on Jupiter from Cassini images. Icarus, 2004;172: 9-23.
5. NSTDA, N. T. SizeThailand. [Internet].2000 [cited 2022 June 7]. Available from: http://www.sizethailand.org/region_all.html
6. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2559. ตั้งเป้าอีก 20 ปี ชายไทยสูง 180 ซม.ส่วนผู้หญิง 167 ซม. . [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 07 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/05/12144>

7. Ross, A. C., Manson, J. E., Abrams, S. A., Aloia, J. F., Brannon, P. M., Clinton, S. K., . . . Shapses, S. A. The 2011 Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D: what dietetics practitioners need to know. J Am Diet Assoc, 2011;111(4):524-527.
8. Yamborisut, U., Wimonpeerapattana, W., Rojroongwasinkul, N., Boonpraderm, A., Senaprom, S., Thasanasuwan, W., . . . Deurenberg, P. Calcium intake in relation to body mass index and fatness in Thai school-aged children. Open Journal of Pediatrics, 2015;5(02):104.
9. Baker, S. S., Cochran, W., Flores, C., Georgieff, M., Jacobson, M., Jaksic, T., & Krebs, N. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Calcium requirements of infants, children, and adolescents. Pediatrics, 1999;104(5 Pt 1):1152-1157.
10. Harvey, N. C., Cole, Z. A., Crozier, S. R., Kim, M., Ntani, G., Goodfellow, L., . . . Group, S. W. S. S. Physical activity, calcium intake and childhood bone mineral: a population-based cross-sectional study. Osteoporos Int, 2012;23(1):121-130.
11. Wiley, A. S. Consumption of milk, but not other dairy products, is associated with height among US preschool children in NHANES 1999–2002. Annals of Human Biology, 2009;36(2):125-138.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 07 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก https://data.go.th/dataset/os_05_00004
13. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal