



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



ปีที่ 12 ฉบับที่ 1  
เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567

Vol. 12 No.1  
January-June 2024

ISSN 2774-1362 (Online)





กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal

## VISION: วิสัยทัศน์

“องค์กรนำสมรรถนะสูงที่เป็นเลิศในการสร้างสรรค์ความรู้ และนวัตกรรม  
รวมพลังภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยตนเองอย่างยั่งยืน”

“The high-performance organization that excellence in the creation of knowledge  
and innovation. Join forces with network partners to promote health promotion and  
anviromental health. So that people have good health with themselves and sustainably”

## MISSION: พันธกิจ

“ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และคุณภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบ  
ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและ  
กำกับดูแลให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน”

## วัฒนธรรมองค์กร กรมอนามัย

วัฒนธรรมที่เข้มแข็งหรืออ่อนแอซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับของการเห็นพ้องต้องกัน (Consensus หรือ Agreement)  
การยึดเหนี่ยวกัน(Cohesiveness) และการผูกพัน (Commitment) ของสมาชิกต่อวัฒนธรรมนั้น 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 12 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567

Vol. 12 No.1 January-June 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 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

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567

Vol. 12 No.1 January-June 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### คณะผู้จัดทำ

#### ที่ปรึกษา

#### ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นายแพทย์พีระยุทธ สานุกุล

นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์

ดร.นิธิศ ธานี

ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์

ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน

ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ

ผศ.ดร.นิยม จันทน์นวล

ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา

ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา

ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์

ดร.กชพงศ์ สารการ

ดร.ทิวากร พระไชยบุญ

นายจินดา คำแก้ว

#### ผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

นายศตวรรษ ศรีพรหม

นางจุฬาร ธานี

นางสาวนภัชชล รอดเที่ยง

นางอุมพร สังข์ฤกษ์

นางสุพัตรา เสนาใหญ่

นายนิสิต อินลี

นางสาวปิยนุช พันธุ์ศิริ

นางสาวไพลดา วิรค์มี

ดร.เจนวิทย์ ศรีพรหม

ดร.ดาริกา เพิ่มพร

นางสาวไกรวัลย์ มัฐผา

ดร.สุพัตรา บุญเจียม

นางสาวมนฤดี แสงวงษ์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567

Vol. 12 No.1 January-June 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### คณะผู้จัดทำ

|                      |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| บรรณาธิการ           | นางศุภลักษณ์ ธรรมสถิต                                                                                                                  | รักษาการรองผู้อำนวยการ<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ผู้ช่วยบรรณาธิการ    | นางกัญญนัท ธิปโน<br>นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์<br>นางสาวศศิธร บุญสุข                                                                | ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| กองบรรณาธิการวิชาการ | นายแพทย์ประวิทย์ อัมพันธ์<br>ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์<br>ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล<br>ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน<br>ดร.นิธิศ ธาณี                 | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี<br>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร<br>จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| ผู้จัดทำ             | ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา<br>ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา<br>ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์<br>ดร.กชพงศ์ สารการ                                      | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ผู้จัดทำ             | นางสาวเดือนิดา ศรีเสมอ<br>นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง<br>นางสาวนพพรชัย พลสวัสดิ์<br>นางสาวชนิสรา เครือไชย<br>นางสาวศิริลักษณ์ บุคดีพันธ์ | ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี<br>ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี                                                                                                                                                                                                    |

สำนักงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190  
โทรศัพท์ 045-251267

เว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal>

## 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://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/index>

### 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) หรือ บทความวิชาการ
3. บทความปริทัศน์ (Review article)

## การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบทางเดียว (Single blinded)

### 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 2 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

### 2. บทความที่จะตีพิมพ์

**2.1 บทความวิจัย (Research article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-20 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย <sup>1, 2</sup> ตามลำดับใส่ดอกจัน (\*) หลังชื่อผู้รับผิดชอบหลักบทความ พร้อมทั้ง ส่วนท้ายกระดาษให้ระบุตำแหน่ง หน่วยงานสังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วยดอกจัน (\*)

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

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำภาษาไทย ภาษาอังกฤษ แต่ละภาษาจำนวนไม่ควรเกิน 5 คำ โดยเรียงลำดับตามอักษร

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

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

รายละเอียดดังนี้

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วม** ชื่อ นามสกุล (ไม่ใช่คำย่อและคำนำหน้า) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ส่วนท้ายกระดาษ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด และ อีเมล 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 JPG ความละเอียดอย่างน้อย 300 DPI)

**สรุป และอภิปรายผล** ควรเขียนสรุปให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

**จุดแข็ง จุดอ่อน (ถ้ามี)**

**ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)**

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์

หรือข้อเสนอที่นำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงบริหาร/เชิงนโยบาย

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

## 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 เภสัชกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ 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 | หัวข้อรอง     | 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 ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกในวงเล็บต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 ในการอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้ายบทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ

### ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

กรมอนามัย เป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาล ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี<sup>(1)</sup>

### 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 เลิศธรรมยณีนี, เอมอร รักขมณีนี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒฑีพรธรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย 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. แพทย์สภาสาร 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 จุลพิ์ปาสาน. 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 และอ้างอิงถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจารุมา อึ้งกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

HPC10Journal

#### 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 ด้วยตนเอง โดยส่งไฟล์ ดังนี้

1. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย (ถ้ามี) เลือกเป็น Other->เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
2. ไฟล์ภาพประกอบ หรือไฟล์อื่นๆ (ถ้ามี) เลือกเป็น Other->ไฟล์อื่นๆ
3. บทความต้นฉบับ ประเภไฟล์ Microsoft word เท่านั้น โดยเลือกเป็น ไฟล์บทความ โดยเข้าใช้ระบบวารสารออนไลน์ ThaiJo พร้อมสมัครสมาชิกวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และเลือกเมนู การส่งบทความ --> เริ่มการส่งบทความเรื่องใหม่ ที่

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal/about/submissions>

ขั้นตอนและตัวอย่างแบบฟอร์มการส่งบทความ สามารถดาวน์โหลดได้ที่

[https://drive.google.com/drive/folders/1fFXSDLa4ve\\_FetKczO\\_IkAPafulSc5sc?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1fFXSDLa4ve_FetKczO_IkAPafulSc5sc?usp=sharing)

สามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

#### การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางกัญญ์ณัฐ ธิปินโน  
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 063-313-5363
2. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์  
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 082-992-2896
3. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางสาวศิริลักษณ์ บุคดีพันธ์  
โทรศัพท์: 045-251-267 โทรศัพท์มือถือ 095-943-9711



ผมรู้สึกยินดีกับทางวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่เข้าสู่ปีที่ 12 การตีพิมพ์วารสารถือเป็นเวทีที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน โดยเฉพาะวารสารฉบับนี้เป็นการนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพัฒนาและต่อยอดการทำงาน เป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้ในสาขาที่เกี่ยวข้องซึ่งทำประโยชน์ต่อวงการวิชาการ เกิดความรู้ใหม่ๆ และขยายผลงานวิจัยขึ้นใหม่

ปัจจุบันคนไทยพบปัญหาการเกิดน้อยลงทุกวัน ถือเป็นปัญหาเร่งด่วนและสำคัญอย่างมากของสังคมไทย เราสามารถช่วยกันส่งเสริมให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ เด็กมีพัฒนาการสมวัย สามารถเข้ารับบริการ เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน จึงเป็นหน้าที่ของเราทุกคน ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน

นายแพทย์พีระยุทธ สานุกุล  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เป็นฉบับแรกของปีที่ 12 ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้น โดยมีการตีพิมพ์ในรูปแบบออนไลน์ ปีละ 2 ฉบับ บทความทางวิชาการที่จะตีพิมพ์ในฉบับนี้มีทั้งหมด 5 เรื่อง โดยทุกบทความได้ผ่านกระบวนการประเมินและพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จึงเป็นการการันตีคุณภาพของคุณภาพของบทความและความรู้ที่ได้ในวารสารฉบับนี้

วารสารฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่ประเทศหรือพื้นที่กำลังประสบ คือ เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ ดังนั้น บทความในวารสารนี้ มีบทความวิชาการที่น่าสนใจในการนำไปใช้ต่อยอดพัฒนางานและแก้ไขปัญหาด้านเด็กเกิดน้อย เป็นการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพได้ อาทิ เรื่องการพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth เขตสุขภาพที่ 10 ต้นแบบการดำเนินงานในพื้นที่ เรื่อง รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร บทความพิเศษ เรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) เป็นต้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารนี้จะมีประโยชน์ในการนำไปต่อยอดพัฒนางานและขยายผลด้านวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ภาควิชาที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจได้ไปใช้ประโยชน์มากก็น้อย

โอกาสนี้ ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัยและบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจในการเผยแพร่ ผลงานวิจัย บทความวิจัยและบทความพิเศษในด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลงานตีพิมพ์กับวารสารได้ที่วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal> หรือ Email: [research.hpc10@gmail.com](mailto:research.hpc10@gmail.com)



วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางศุภลักษณ์ ชันธรรมสถิต  
บรรณาธิการ

HPC10Journal

## สารบัญ

|                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์                                                                                                                                                                                                       | จ     |
| คำนิยม                                                                                                                                                                                                                                  | ฉ     |
| บทบรรณาธิการ                                                                                                                                                                                                                            | ฐ     |
| บทความวิจัย                                                                                                                                                                                                                             |       |
| ● ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย<br>จุฬามาศ แก้วจันดี, ฤกษ์วรรณ์ ลิขิตสูง, วาริ นันทสิงห์                                                                                                           | 1-15  |
| ● การพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริม<br>สุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth<br>เขตสุขภาพที่ 10<br>กัญญนัท ธิปโน, นกัซล รอดเที่ยง                                 | 16-31 |
| ● รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว<br>จังหวัดยโสธร<br>เกษแก้ว เกตุพันธ์, ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, นกัซล รอดเที่ยง, ไผดา วิรัมย์,<br>สิรินทร์ฉัตร มีแวง , สุกานดา ฟองเมือง                            | 32-47 |
| ● การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองของ<br>เทศบาลตำบลบ้านกอก อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานีกับ องค์การบริหาร<br>ส่วนตำบลพังเคน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี<br>สุรทิน หมั่นอินทร์, วัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์ | 48-62 |
| ● ผลการให้บริการและความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับ<br>วัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567<br>นฤมล เทียมสุวรรณ, ปิยนุช พันธุ์ศิริ, ฤชฎา บุญสถิต                                                   | 63-72 |
| บทความพิเศษ (บทความวิชาการ)                                                                                                                                                                                                             |       |
| ● การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)<br>ศิริพร พรแสน, วัฒนรัตน์ คุณาพันธ์                                                                                                                                         | 73-84 |

## บทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

จุฑามาศ แก้วจันดี<sup>1</sup>

กฤษฎารัตน์ สีหาสูง<sup>2\*</sup>

วาริ นันทสิงห์<sup>3</sup>

(วันรับบทความ 18 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 18 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ 24 เมษายน 2567)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองจากแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ใช้ Paired t-Test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$  และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$  ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มนักเรียนหรือวัยรุ่นกลุ่มอื่นในพื้นที่อื่นๆ

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิต นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

<sup>2</sup> อาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

<sup>3</sup> อาจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: l.krissadarut@gmail.com

## Research article

### The Effects of Mental Health Promotion Model among Senior High School Students

Chuthamat Keawchandee<sup>1</sup>

Krissadarut Leekhaosoong<sup>2\*</sup>

Waree Nantasing<sup>3</sup>

(Received: March 18 2024; Revised: April 18 2024; Accepted: April 24 2024)

#### Abstract

The quasi-experimental research aimed to study effectiveness of the mental health promotion model among senior high school students. The sample group is high school students studying in Secondary 5 (S5), academic year 2023, Semester 2, Mueang District, Sisaket Province. There were 80 people, divided into an experimental group of 40 people and a control group of 40 people. The tools used in this implementation were the mental health promotion model among senior high school students. The study spanned 12 weeks between October to December 2023. Data were collected before and after the experiment from the questionnaire gathering information on demographic characteristics, assessment form, screening form for depression in teenagers form, and mental health literacy assessment form. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-tests. Prior to the educational intervention program, no significant differences were observed between the experimental and control groups. After the experiment, the experimental group had depression values in teenagers, significantly lower than the control group at statistical significance at  $p\text{-value} < 0.05$ . And mental health literacy higher than the control group at statistical significance at  $p\text{-value} < 0.05$ . Therefore, the mental health promotion model among senior high school students this can be applied in organizing activities with other groups of students or teenagers in other areas.

**Keywords:** the mental health promotion model, senior high school students, depression in teenagers

<sup>1</sup> Assistant Professor in Department of Community Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

<sup>2</sup> Lecturer in Department of Sports Science, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

<sup>3</sup> Lecturer in Department of Community Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Sisaket Rajabhat University

\* Corresponding Author Email: l.krissadarut@gmail.com

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของคนที่เผชิญความท้าทายในการทำความเข้าใจปรับตัว แก้ไขปัญหาในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจและมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลกเพราะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสภาวะอารมณ์ที่หดหู่และปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่มีอายุ ระหว่าง 10-18 ปี นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับสองของโลก<sup>1</sup> สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นทั่วโลก และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา รวมถึงนำไปสู่การฆ่าตัวตาย<sup>2</sup>

องค์การอนามัยโลกพบว่าหนึ่งในสี่ของคนทั่วโลกเคยประสบกับความผิดปกติทางจิต ช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ในปัจจุบันคนไทยเป็นโรคทางจิตเวชสูงถึง 2.6 ล้านคน<sup>3</sup> โดยมีเด็กและเยาวชนไทยเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตอันดับที่ 3 ตามหลังกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม เด็กและวัยรุ่นก็เป็นกลุ่มที่เราจะต้องให้ความสำคัญให้ตั้งหลักได้ เพราะนอกจากพวกเขาจะต้องจัดการอารมณ์ความรู้สึกเมื่อเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วแล้ว วัยรุ่นยังเป็นที่เติบโตมาเป็นกำลังสำคัญของสังคมที่มาแก้ไขและพัฒนาสังคมอีกด้วย ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 2,692 ราย พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 50.2 รู้สึกหดหู่ เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ ร้อยละ 70.0 รู้สึกเบื่อหรือทำอะไรไม่สนุก ไม่เพลิดเพลิน และ 1 ใน 4 เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย<sup>4</sup> ข้อมูลนี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี 2564 ที่ระบุว่า 5 อันดับปัญหาที่พบบ่อย คือ ความเครียด หรือความวิตกกังวล ปัญหาจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว และยังพบอัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย (อายุ 10-19 ปี) สูงถึง ร้อยละ 18.0 คิดเป็นจำนวนประมาณ 1 ล้านคน โดยปัญหานี้มีต้นตอที่ทำให้วัยรุ่นแบกรับความเครียด กดดัน วิตกกังวล จนถึงป่วยเป็นโรคซึมเศร่านั้น เกี่ยวข้องกับปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัวและความรัก ปัญหาจิตเภท ซึ่งปัญหาทั้งหมดมีผลกระทบต่อตัวตนและคุณค่าที่วัยรุ่นให้ตัวเองทั้งสิ้น และกระตุ้นความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตาย ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกวัน<sup>5</sup> ทั้งนี้ยังพบอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างปี 2559 – 2560 ในไทยนั้นมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร่าร้อยละ 50 คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์กว่า 400 ล้านบาท โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 5.33 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2561<sup>6</sup> จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำในเด็กวัยเรียนและเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ในรูปแบบของการบำบัดเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังขาดกิจกรรมในส่วนการป้องกัน เช่น การให้ความรู้และ/หรือการส่งเสริมกิจกรรมตามความสนใจเป็นต้น การสนับสนุนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมสำหรับเด็กยังมีน้อย ความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียน เนื่องจากความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ นักวิชาการในโรงเรียนหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านการพัฒนาคุณภาพนักเรียนอาจใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพจิตนี้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการจัดหลักสูตรอบรมการจัดกิจกรรมหรือชั้นเรียนสำหรับการส่งเสริมทักษะความรอบรู้สุขภาพจิตให้กับนักเรียนเพราะความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง เมื่อนักเรียนมีความรอบรู้สุขภาพจิตก็จะมี ความตระหนักรู้ ความเจ็บป่วย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อาการเบื้องต้นที่ต้องแสวงหาหนทางสำหรับ

ขอรับความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมป้องกันและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับความผิดปกติทางจิตใจด้วยตนเองภายใต้กระบวนการทางสุขภาพจิตที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความแข็งแรงและภูมิคุ้มกันในจิตใจของวัยรุ่นให้สามารถรับมือกับภาวะสุขภาพจิตในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

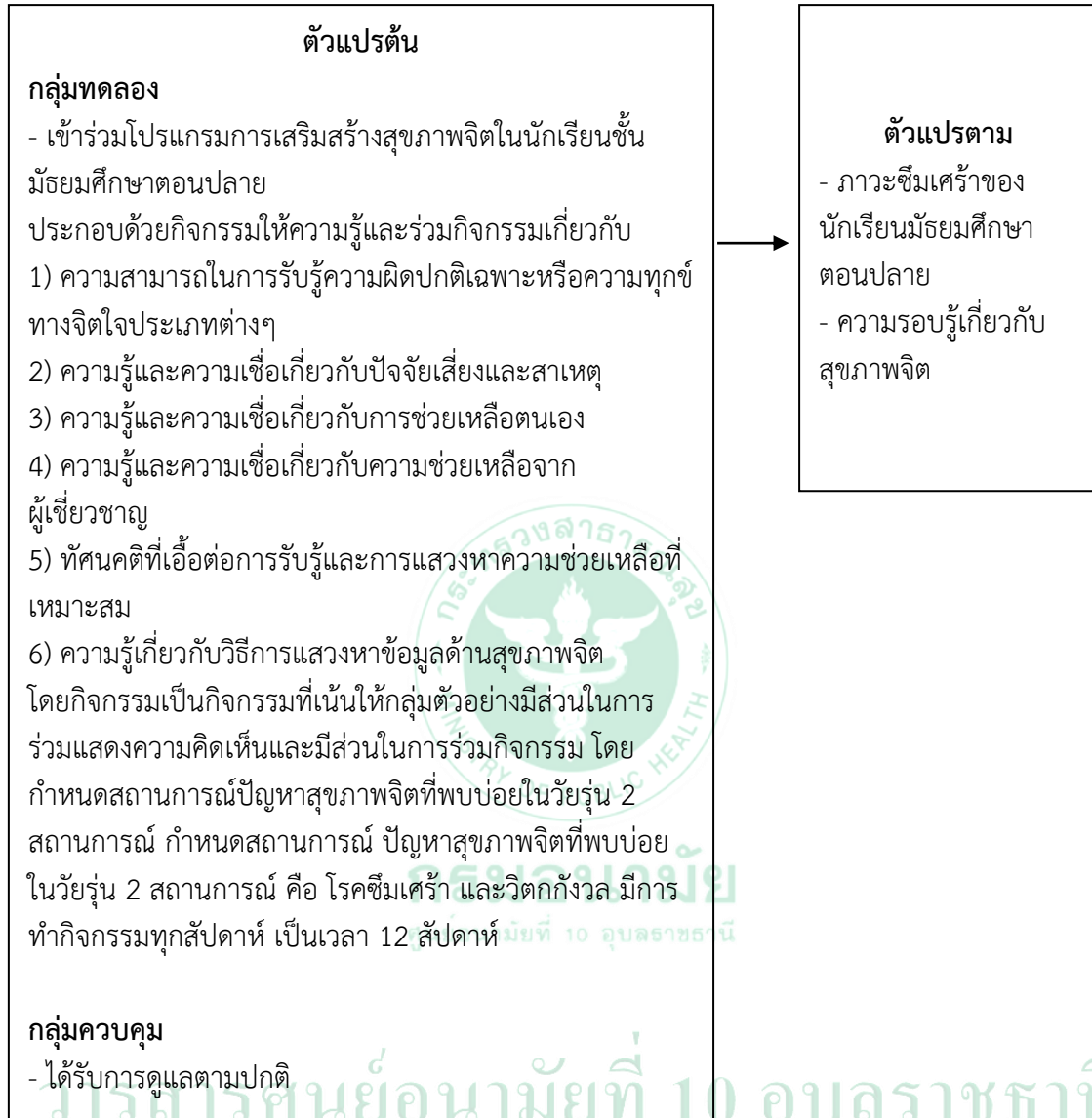
## 3. สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

3. ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### 4.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีแบบแผนการทดลอง โดยใช้แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre-Test-Post Test Statistic Group Comparison Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566

##### 5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักเรียนเพศชายและหญิงอายุ 16-18 ปีที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 606 คน<sup>7</sup>

กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random

Sampling) โดยการจับฉลาก จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน

### 5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit and Beck (2008) <sup>8</sup> อาศัยอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอิทธิพล (d) เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางสำเร็จรูป จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 32 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจึงเท่ากับ 40 คน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการวิจัย ไม่มีภาวะทางจิตที่ต้องรับยา และไม่ย้ายสถานศึกษาระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

### 5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อเลือกระดับชั้นเรียน โดยได้เป็นนักเรียนเพศชายและหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2566 ภาคการศึกษา 2 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อเลือกระดับชั้นเรียนได้แล้ว จากนั้นทำการจับฉลากเพื่อเลือกห้องเรียน เมื่อได้ห้องเรียนแล้ว ทำการจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวอย่าง จากนั้นแจกแบบสอบถามจนได้กลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยรอรับและตรวจสอบความครบถ้วน

### 5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ผลการเรียน สถานภาพผู้ปกครอง และการพักอาศัยของนักเรียน

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for epidemiologic studies-depression scale: CES-D) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์วิจัยด้านความระบาดวิทยา (Center for epidemiologic studies) ประเทศสหรัฐอเมริกาแปลเป็นฉบับภาษาไทย <sup>9</sup> เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติ ดังนี้

คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า สมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพจิต <sup>10</sup> โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล ในส่วนท้ายของสถานการณ์จะเป็นการสอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็น ต่อไปนี้

การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต (2 ข้อ)

การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต (10 ข้อ)

การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ)

ทัศนคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (11 ข้อ)

การรู้จักแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (9 ข้อ)

ใช้วิธีการตอบแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” กำหนดการให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งฉบับเท่ากับ 42 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับต่ำ  
คะแนนร้อยละ 60-79 (25-33 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับปานกลาง  
คะแนนร้อยละ 80-100 (34-42 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy)<sup>10</sup> เพื่อใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโดยมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ
- 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ
- 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง
- 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
- 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม
- 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

โดยบุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยกระบวนการ อยู่ 4 กระบวนการ ได้แก่ 1. การเข้าถึง (Access) 2. เข้าใจ (Understand) 3. ประเมินผล (Appraise) และ 4. นำไปใช้ (Apply)<sup>11</sup> โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมกิจกรรม โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566 คิดเป็นเวลา 18 ชั่วโมง และมีใบงานให้ผู้ร่วมวิจัยทำที่บ้านวันละ 30 นาที คิดเป็น 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมจำนวนใบงานการบ้าน 11 สัปดาห์ คิดเป็น 33 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 51 ชั่วโมง

## 5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.94 แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ไป ทดลองใช้ (Try-Out) และไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย และแบบสอบถามทั้งฉบับ หากหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

## 5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.7.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่มีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดเพื่อขออนุญาตทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอน กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการวิจัย

5.7.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนศรีสะเกษวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยและลงพื้นที่เก็บข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ หลักการขั้นตอน กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนประสานขอความร่วมมือในการวิจัย

5.7.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แจกอาจารย์ประจำชั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สร้างกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นขอไลน์ไอดี (Line ID) ของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองเพื่อจะสามารถเข้าถึงการประชุมออนไลน์ที่จะดำเนินการผ่านห้องเรียน และมีการสร้างห้องเรียนออนไลน์ (Line group) ได้ โดยมีการกำหนดหนึ่งคนต่อหนึ่งไอดีไลน์

5.7.4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียน และพบผู้ปกครองผ่านช่องทางออนไลน์ (Line group) เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้กลุ่มตัวอย่างตอบรับในการเข้าร่วมโครงการ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google from”

5.7.5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างทางห้องเรียนออนไลน์ ออนไลน์ (Line group) เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม ขอความร่วมมืออนุญาตให้บุตรหลานในการทำวิจัย และชี้แจงแนะนำตนเอง ชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทั้งนี้ได้มีการแจ้งเพิ่มเติมสำหรับการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการสมัครใจด้วยตนเอง และหากระหว่างดำเนินการกิจกรรมได้มีการถอนตัวจากวิจัยในครั้งนี้อะไรก็ตาม ผลใดๆ ต่อการเรียนรู้ คณะสอน หรือการดูแลของทางโรงเรียน และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ถอนตัวไปแล้วหากต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ ทีมผู้วิจัยยินดีให้บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ จากนั้นให้ผู้ปกครองตอบรับ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Assent form) แบบออนไลน์ผ่านการเชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ (Link) “google from”

1) กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) และได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีจำนวน 12 ครั้งๆ ละ 90 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการร่วมแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรม โดยกำหนดสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ กำหนดสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่น 2 สถานการณ์ คือ

โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการกำหนดทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ คิดเป็นเวลา 18 ชั่วโมง และมีใบงานให้ผู้ร่วมวิจัยทำที่บ้านวันละ 30 นาที คิดเป็น 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวมจำนวนใบงาน การบ้าน 11 สัปดาห์ คิดเป็น 33 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 51 ชั่วโมง ผู้วิจัยกำกับติดตามโดยการ สนทนาผ่านการโทรศัพท์ (Call) ติดตามการส่งการบ้าน (Assignments) ทางห้องเรียนออนไลน์ (Line group) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง (Post-test)

2) กลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ได้รับการศึกษาและดำเนินชีวิตตามปกติ ลงบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล ในการทำกิจกรรมครั้งแรกจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) และครั้งที่ 2 ใน สัปดาห์ที่ 12 จะมีการประเมิน ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้นจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้กระบวนการความรู้ด้านสุขภาพตามความสนใจ

### 5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Ver.22 โดย

5.8.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และตรวจสอบการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

5.8.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-Test

5.8.3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน ปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการ เสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t – test

## 6.การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ได้รับการพิจารณารับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.2566-011 วันที่รับรอง 2 มีนาคม 2566

## 7. ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ โดยแบ่งการนำเสนอแต่ละตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ผลการเรียน สถานภาพผู้ปกครอง การพักอาศัยของ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

| ข้อมูลทั่วไป                  | กลุ่มทดลอง (n=40) |        | กลุ่มควบคุม (n=40) |        |
|-------------------------------|-------------------|--------|--------------------|--------|
|                               | จำนวน             | ร้อยละ | จำนวน              | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                    |                   |        |                    |        |
| ชาย                           | 16                | 40.0   | 16                 | 40.0   |
| หญิง                          | 24                | 60.0   | 24                 | 60.0   |
| <b>ผลการเรียน</b>             |                   |        |                    |        |
| <2.51                         | 10                | 25.0   | 10                 | 25.0   |
| 2.51-3.00                     | 8                 | 20.0   | 7                  | 17.5   |
| 3.01-3.50                     | 12                | 30.0   | 13                 | 32.5   |
| 3.51 ขึ้นไป                   | 10                | 25.0   | 10                 | 25.0   |
| Mean; S.D.                    | 3.28; 0.33        |        | 3.34; 0.32         |        |
| <b>สถานภาพผู้ปกครอง</b>       |                   |        |                    |        |
| สมรส                          | 23                | 57.5   | 24                 | 60.0   |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยก            | 17                | 42.5   | 16                 | 40.0   |
| <b>การพักอาศัยของนักเรียน</b> |                   |        |                    |        |
| พักอาศัยกับพ่อแม่             | 11                | 27.5   | 11                 | 27.5   |
| พักอาศัยกับพ่อหรือแม่         | 9                 | 22.5   | 9                  | 22.5   |
| พักอาศัยกับปู่ย่าหรือตายาย    | 7                 | 17.5   | 6                  | 15.0   |
| พักอาศัยกับญาติ               | 5                 | 12.5   | 6                  | 15.0   |
| พักอาศัยกับเพื่อน             | 3                 | 7.5    | 3                  | 7.5    |
| พักอาศัยกับพี่น้อง            | 3                 | 7.5    | 3                  | 7.5    |
| พักอาศัยคนเดียว               | 2                 | 5.0    | 2                  | 5.0    |

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 48 คน ร้อยละ 60.0 โดยในกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ผลการเรียนเฉลี่ย 3.28 ปี (S.D. = 0.33) ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.5 นักเรียนพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 27.5 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 ผลการเรียนเฉลี่ย 3.34 ปี (S.D. = 0.32) ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 นักเรียนพักอาศัยกับพ่อแม่ ร้อยละ 27.5

**ส่วนที่ 2** เสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=80 คน)

| ตัวแปร                       | ก่อนได้รับโปรแกรม |      |         | หลังได้รับโปรแกรม |      |         | t    | P-value | 95%CI     |
|------------------------------|-------------------|------|---------|-------------------|------|---------|------|---------|-----------|
|                              | Mean              | S.D. | ระดับ   | Mean              | S.D. | ระดับ   |      |         |           |
| คะแนนภาวะซึมเศร้า            |                   |      |         |                   |      |         |      |         |           |
| กลุ่มทดลอง                   | 40.36             | 7.71 | สูง     | 36.49             | 5.52 | สูง     | 2.03 | .031*   | 1.15-4.01 |
| กลุ่มควบคุม                  | 40.40             | 7.52 | สูง     | 39.53             | 6.95 | สูง     | 1.09 | .915    | 0.57-3.61 |
| คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต |                   |      |         |                   |      |         |      |         |           |
| กลุ่มทดลอง                   | 26.55             | 5.62 | ปานกลาง | 37.12             | 3.22 | สูง     | 4.32 | .003*   | 2.89-5.67 |
| กลุ่มควบคุม                  | 26.75             | 5.55 | ปานกลาง | 27.75             | 3.67 | ปานกลาง | 0.11 | .823    | 0.68-3.32 |

\*หมายถึง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ P-value <0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=40.36; S.D.=7.71) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 26.56; S.D.=5.62) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=36.49; S.D.=5.52) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง (Mean= 37.32; S.D.=3.22) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.031, .003 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

**ส่วนที่ 3** เสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=80)

| ตัวแปร                       | กลุ่มทดลอง (n=40) |      |         | กลุ่มควบคุม (n=40) |      |         | $\bar{d}$ | t     | P-value | 95%CI     |
|------------------------------|-------------------|------|---------|--------------------|------|---------|-----------|-------|---------|-----------|
|                              | Mean              | S.D. | ระดับ   | Mean               | S.D. | ระดับ   |           |       |         |           |
| คะแนนภาวะซึมเศร้า            |                   |      |         |                    |      |         |           |       |         |           |
| ก่อนทดลอง                    | 40.36             | 7.71 | สูง     | 40.40              | 7.52 | สูง     | -0.04     | -0.98 | .881    | 0.62-3.88 |
| หลังทดลอง                    | 36.49             | 5.52 | สูง     | 39.53              | 6.95 | สูง     | -3.04     | -2.45 | .025*   | 1.24-4.23 |
| คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต |                   |      |         |                    |      |         |           |       |         |           |
| ก่อนทดลอง                    | 26.55             | 5.62 | ปานกลาง | 26.75              | 5.55 | ปานกลาง | -0.20     | -0.81 | .843    | 0.55-3.63 |
| หลังทดลอง                    | 37.12             | 3.22 | สูง     | 27.75              | 3.67 | ปานกลาง | 9.37      | 4.32  | .004*   | 1.98-4.86 |

\*หมายถึง กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ P-value <0.05

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วม

โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในระดับสูง (Mean=36.49; S.D.=5.52) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 (P-value =.025) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง (Mean= 37.32; S.D.=3.22) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.004)

## 8. สรุปและอภิปรายผล

### 8.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สรุปผล พบว่า

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.031, .003 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 (P-value =.025, .004 ตามลำดับ)

### 8.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

จากผลการทดลองจะเห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เนื้อหาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 12 ครั้ง กิจกรรมเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของจอมและคณะ<sup>10</sup> โดยใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ เข้าถึง เข้าใจ ประเมินตนเอง และปรับใช้บอกต่อ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ 1 และ 2 สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ตอนปลายมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มพูนความรู้ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น ทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิม<sup>12</sup> ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (Mean=36.49; S.D.=5.52) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean=40.36; S.D.=7.71) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mean= 37.32; S.D.=3.22) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean= 26.56; S.D.=5.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 จะเห็นได้ว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต จะทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิมซึ่งทำให้นักเรียนสามารถจัดการภาวะซึมเศร้าของตัวเองได้เบื้องต้น

และจากผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ก่อนกับหลังทดลองการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <.05 แสดงให้เห็นว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ 3 สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษา การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ และส่งเสริมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการขอความช่วยเหลือ จะเพิ่มกระบวนการรับรู้และอารมณ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของวัยรุ่น ทำให้ได้รับการทบทวนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ก่อนจะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปมากกว่าเดิม<sup>12</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ของกลุ่มทดลอง (1 = -3.87, SD = 10.41) กับกลุ่มควบคุม (2= 1.13, SD = 8.73) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -2.02, P-value <.05)<sup>13</sup> จากการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพทำให้ภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงได้มากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสามารถเข้าไปลดภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียน

ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน

## 9. ข้อเสนอแนะ

### 9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1) การนำโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอนของกิจกรรมคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมให้กับ บุคลากรที่มสุขภาพหรือครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง

2) สามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการพัฒนาต่อยอดในการศึกษาด้านวิจัยในนักเรียนระดับชั้นอื่นๆ โดยสามารถใช้เป็นตัวอย่างในการดูแลด้านอารมณ์ โดยมุ่งเน้นให้ป้องกันภาวะซึมเศร้า อันจะนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวัย

### 9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงคุณภาพในบริบทเชิงสังคมเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

## 10. เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Population and Social Research, Mahidol University. Thai general health 2020. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2020.
2. World Health Organization. Fact sheet: depression [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. พชร บอนคำ. วิจัยชี้จิตเวชยังพบช่องว่างของการเข้าถึงบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/38395>
4. พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรารณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสิน, สาวิตรี อัมมวาท์กรชัย และ คณะทำงานสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง; 2559.
5. กรมสุขภาพจิต. 5 อันดับปัญหาเด็กไทย. ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29898>
6. กรมสุขภาพจิต. ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ. ข่าวกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560
7. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 28. ข้อมูลจำนวนนักเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://skw.ac.th/school-list>
8. Polit, D.F., & Beck, C.T. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 796; 2008.
9. สุทธิดา พลพิพัฒน์พงศ์ ส, นุจรี ไชยมงคล และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(1) : 40-49.

10. Jorm, A.F. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*; 2012; 67(3): 231–243.
11. World Health Organization. Orientation programme on adolescent health-care providers: Handout for module an introduction [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 18]. Available from: [http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269\\_Handout\\_eng.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42868/9241591269_Handout_eng.pdf)
12. Sarah, E., Newcomb, A., Erin, T., & Andrea, L. A person-centered analysis of risk factors that compromise wellbeing in emerging adulthood. *Journal of youth and adolescence*; 2017; 40(4): 867-883.
13. วรลักษณ์ อินทร์เดช, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพุทธจิตวิทยา* 2566; 6(3): 480-490.



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal

## บทความวิจัย

### การพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth เขตสุขภาพที่ 10

กัญญนันท์ ธิปโน<sup>1\*</sup>

นภัชชล รอดเที่ยง<sup>2</sup>

(วันรับบทความ 14 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ 28 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ 30 มิถุนายน 2567)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยผสมผสาน มีวัตถุประสงค์ (1) ศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 (2) พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการ และ (3) ศึกษาทัศนคติและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth ระหว่างเดือนมีนาคม – พฤศจิกายน 2566 ดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัญหาและรับรู้สิทธิผู้แทนกลุ่มวัยตามจำนวน 33 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลผู้แทนทุกกลุ่มวัยจำนวน 86 คน นำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เนื้อหา และเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างรู้จักสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 63.6 รู้จักบริการภายใต้ประกันสุขภาพ ร้อยละ 69.7 เคยใช้บริการตามสิทธิ ร้อยละ 84.8 เข้าถึงบริการครบทุกสิทธิในกลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มเด็ก กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น ร้อยละ 70.0, 50.0, 28.6, 25.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่รู้จักชุดสิทธิประโยชน์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข มีการพัฒนารูปแบบ 3 ขั้นตอน คือ 1) ประชุมทีมแกนหลัก 2) ลงพื้นที่จริง ออกแบบ Telehealth ได้เป็น แอปพลิเคชันไลน์หมอออนไลน์ ประกอบด้วย บริการชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มวัย การนัดตรวจและการตรวจโรคออนไลน์ 3) ทดลองใช้และประเมินผล หลังใช้ Telehealth พบว่า รู้จักสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80.2 รู้จักสิทธิและบริการ ร้อยละ 90.3 ระดับรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 57.0 ทัศนคติต่อการใช้อยู่ระดับดี ร้อยละ 53.5 และด้านความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ร้อยละ 55.8 ผลจากการศึกษาระบบ Telehealth สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพทำให้ประชาชนรู้จักและทราบบริการด้านส่งเสริมสุขภาพได้

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเกิดอย่างมีคุณภาพ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Kripanno.ripa@gmail.com

## Research article

# Developing a model to increase access to health promotion and disease prevention benefit packages that promote quality birth through Telehealth, Regional Health 10<sup>th</sup>

Kanyanat Ripanno<sup>1\*</sup>

Napatchon Rodtiang<sup>2</sup>

(Received: June 14 2024; Revised: June 28 2024; Accepted: June 30 2024)

## Abstract

This research is a mixed method study with the objectives (1) To study the perception and access to benefit package services of people in Health Region 10. (2) Develop a model for accessing health promotion benefit package services and disease prevention. (3) Study is attitudes and satisfaction with the form of access to health promotion and disease prevention benefit packages that promote quality birth through Telehealth between March - November 2023 in 3 phases: Phase 1 Study problems of awareness and access to benefits, Phase 2 Design and develop a model, Phase 3 Experiment and evaluate . Qualitative data were collected from a sample group to study problems randomly of all age groups 33 people and quantitative data were collected to evaluate results randomly of all age groups 86 people. Qualitative data was content analyzed and analyzed with descriptive statistics including percentage, mean and mean deviation.

Results of the study is 63.6% perception about health promotion and prevention and health promotion benefits, Services under health insurance 69.7%, Used services according to their rights 84.8%, Access to all services according to their rights among adults, children, pregnant women and teenagers is 70.0%, 50.0%, 28.6%, 25.0% respectively. Most of them perception the benefits package from hospital staff and public health volunteers. There are 3 steps in developing the format: 1) Meeting with the core team 2) Go into the field and design Telehealth to be an online doctor application consisting of a service package of benefits according to age groups. Online appointments and examinations 3) Trial and evaluation After using Telehealth, it was found that knowledge of benefits for health promotion and disease prevention increased by 80.2%. Know about rights and services by 90.3%. Moderate awareness level by 57.0%. Attitude towards Usage is at a good level, 53.5%, and satisfaction is at a high level, 55.8%. Results from this study: Telehealth system can increase the rate of access to benefit packages, health promotion and disease prevention that promote quality birth. People know and know about health promotion services.

**Keywords:** Model development, Health promotion and disease prevention, Quality birth

<sup>1</sup> Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>2</sup> Registered Nurse, Senior Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

\* Corresponding Author Email: Kripanno.ripa@gmail.com

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่พ.ศ. 2544 เป็นการบริการด้านสุขภาพของรัฐที่ให้ความสำคัญกับประชาชนทุกส่วนทุกคนในสังคมให้ได้รับการประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยเฉพาะการให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ยึดมั่นในหลัก“สร้างนำซ่อม”<sup>(1)</sup> การจัดให้มีบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการส่งเสริมให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลตั้งแต่การรักษาโรคทั่วไป จนถึงการรักษาโรคเรื้อรัง รวมถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การคลอดบุตร การบริการทันตกรรม ค่ายา และเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ การจัดการส่งต่อและการบริการการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนแต่ยังคงพบจุดอ่อน ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจและอัตราความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังต่ำ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม โดยชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ตรวจอัลตราซาวด์ ประเมินความเครียด คัดกรองซึมเศร้า ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ป้องกันโดยการฉีดวัคซีน การรับยาวิตามิน เป็นต้น กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ประเมินสุขภาพ ประเมินพัฒนาการ การคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและโรคฟีนิลคีโตนูเรีย การคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์หรือตรวจวัดระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง คัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติ การประเมินการเจริญเติบโต การตรวจสุขภาพช่องปากและทาลูออไรต์ การฉีดวัคซีนป้องกันตามเกณฑ์ เป็นต้น กลุ่มวัยรุ่น คัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตเด็กของประเทศ เป็นต้น กลุ่มผู้ใหญ่ 25 - 59 ปี บริการวัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก (dT) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ บริการวางแผนครอบครัว รับประทานเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น จากรายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(2)</sup> พบอัตราการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2561-2564 พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ เข้าถึงบริการ ร้อยละ 52.83, 54.60, 60.65 และ 61.14 ตามลำดับ จากข้อมูลการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนยังน้อยมาก<sup>(3)</sup> ดังนั้นการหาทริคในการเพิ่มกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้ Telehealth อาจเป็นรูปแบบและเครื่องมือที่น่าสนใจและให้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งองค์การสหประชาชาติ<sup>(4)</sup> ในปี 2015 ได้นโยบายการใช้ Telehealth มาดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า ช่วยลดอัตราการป่วยอัตราการตายของมารดาการเพิ่มขึ้นและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในประเทศไทยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการจำเป็นต้องอาศัยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย เช่น แพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชันเข้ามาช่วยสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น

การดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนประชาชนให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพและเกิดความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสาธารณสุขกับกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการนั้น จำเป็นต้องอาศัยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัย เช่น การสร้างแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชัน โดยอาศัยเทคโนโลยีทางด้านการสาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ช่วยสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจด้าน

สุขภาพเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth ในพื้นที่เขตรับผิดชอบเพื่อการประเมินการรับรู้และเข้าถึงเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth และศึกษาทัศนคติความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จะนำไปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับพื้นที่และวางแผนการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาการรับรู้และการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10
- 2) พัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth
- 3) ศึกษาทัศนคติและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth

## 3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

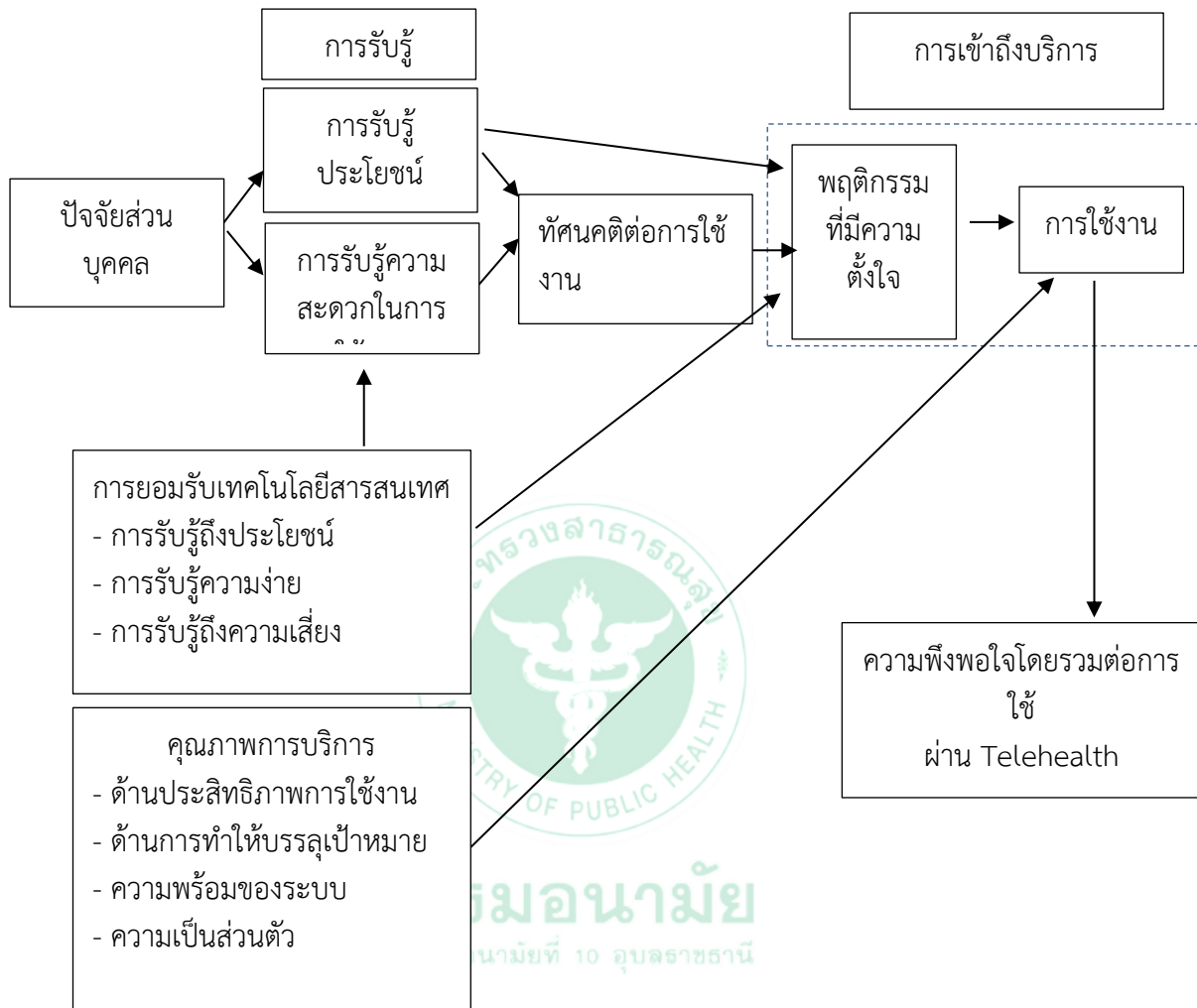
**คำถามการวิจัย** ระบบ Telehealth ให้บริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ เป็นช่องทางที่ทำให้กลุ่มผู้รับบริการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มการรับรู้และเข้าถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพหรือไม่

### สมมติฐานในการวิจัย

- 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ ความต้องการของประชาชน การเดินทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสะดวกสบาย การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ของประชาชนเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย รวมถึงค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสต่าง ๆ และด้านทัศนคติของประชาชนต่อผู้ให้บริการและสถานพยาบาล ส่งผลต่อความตั้งใจเลือกใช้บริการ
- 2) การรับรู้ประโยชน์ในการใช้งาน ความง่ายในการใช้งานและทัศนคติต่อการใช้งาน ด้านบริการและเทคโนโลยี ส่งผลต่อความตั้งใจเลือกใช้บริการ

## 4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ได้นำกรอบแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas (1981)<sup>(5)</sup> ครอบคลุม 5 มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) Availability ความสัมพันธ์ระหว่างบริการทางด้านสุขภาพกับความต้องการของประชาชน 2) Accessibility ความสัมพันธ์ระหว่างการเดินทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) Accommodation ความสัมพันธ์ของความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) Affordability ความสัมพันธ์ด้านการรับรู้ของประชาชนเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสต่าง ๆ 5) Acceptability ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติของประชาชนต่อผู้ให้บริการและสถานพยาบาล ร่วมกับโมเดลการยอมรับด้านเทคโนโลยีให้บริการในรูปแบบ Telehealth ใช้ The Technology Acceptance Model (TAM) ซึ่งคิดค้นขึ้นโดย Davis Bagozzi และ Warshaw (1989)<sup>(6)</sup> ประกอบด้วยปัจจัยภายนอก การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้งาน ทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ที่มีความตั้งใจใช้ และการใช้งานโดยดัดแปลงกรอบแนวคิดตามทฤษฎี จนได้แนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ** หมายถึง การส่งเสริมการเกิดที่มีการวางแผน มีความตั้งใจ โดยวัดได้จากการเตรียมความพร้อม ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดีเด็กที่เกิดมาควรได้รับ การเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ ภายใต้ชุดสิทธิสุขภาพดีป้องกันโรคที่ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) และผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี)

**รูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth** หมายถึง การพัฒนาเทคโนโลยีออนไลน์ที่สามารถให้ความรู้และส่งเสริมการเข้าถึงชุดสิทธิสุขภาพดีป้องกันโรคที่ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) และผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) ในการศึกษาครั้งนี้ Telehealth คือ แอปพลิเคชันที่ให้บริการผ่าน Line application ชื่อหมอออนไลน์

**การรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ**  
หมายถึง การรู้จักสิทธิประโยชน์ รู้จักบริการและเคยใช้บริการตามสิทธิสุขภาพดีป้องกันโรคที่ครอบคลุมประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก (0 - 5 ปี) (ใช้การสอบถามจากผู้ปกครอง) เด็กโตและวัยรุ่น (6 - 24 ปี) และผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี)

**ทัศนคติและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ** หมายถึง ระดับความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ใช้งาน Telehealth คือ แอปพลิเคชันที่ให้บริการผ่าน Line application ชื่อ หมอออนไลน์ เพื่อบอกระดับความพอใจของผู้ใช้งาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการ (Availability) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility) ความสะดวกสบายและอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accommodation) ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย ค่าเดินทางและค่าเสียโอกาสต่าง ๆ (Affordability) ความรู้สึกของประชาชนต่อผู้ให้บริการและสถานพยาบาล (Acceptability) ยังรวมถึงการเข้าใช้งานง่ายได้งานของเทคโนโลยีที่นำมาใช้

## 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

### 5.1 รูปแบบการวิจัย

เป็น Pilot study โดยศึกษาตามเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ใช้รูปแบบวิจัยผสมผสาน (Mix Method study) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม – พฤศจิกายน 2566 เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความจำเป็นและปัญหาการรับรู้สิทธิ (Assessment) ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา (Designs & Development) ระยะที่ 3 ทดลองใช้ (Implementation) และประเมินผล (Evaluation & Summarization)

### 5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ 4 กลุ่มแบบเจาะจง คือ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี เด็ก 6-24 ปี และผู้ใหญ่ 25-59 ปี โดยระยะที่ 1 จำนวน 33 คนและระยะที่ 3 จำนวน 86 คน

### 5.3 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากระดับจังหวัดและระดับอำเภอได้พื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัญหาและรับรู้สิทธิ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเป็นตัวแทนในแต่ละกลุ่มวัยจำนวน 33 คน จำแนกเป็นหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 7 คน ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี จำนวน 8 คน เด็ก 6-24 ปี จำนวน 8 คน และผู้ใหญ่ 25-59 ปี จำนวน 10 คน และระยะที่ 3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลโดยสุ่มตัวแทนกลุ่มวัยอย่างง่ายจำนวน 86 คน จำแนกเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 20 คน ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี จำนวน 21 คน เด็ก 6-24 ปี จำนวน 22 คน และผู้ใหญ่ 25-59 ปี จำนวน 23 คน ซึ่งกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอขุนหาญที่เดินทางมารับบริการในโรงพยาบาลขุนหาญในช่วงเวลาที่ลงเก็บข้อมูล อ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน ใช้สิทธิการรักษาของโรงพยาบาลขุนหาญ มีชื่อในทะเบียนบ้านอำเภอขุนหาญ ยินยอมและให้ความร่วมมือวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ เป็นคนต่างด้าว ไม่มีสิทธิการรักษาในหลักประกันสุขภาพ สื่อสารและเขียนภาษาไทยไม่ได้

### 5.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือสำหรับการได้มาซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1) แบบสอบถามการรับรู้สิทธิแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ช่วงกลุ่มวัย โดยกลุ่มเด็กจะสอบถามผู้ปกครองให้ระบุความสัมพันธ์ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ การใช้สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 การรับรู้บริการสิทธิประโยชน์ มี 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ทราบมีสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทราบสิทธิของท่านจากแหล่งใด มีสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอะไรบ้าง สนใจในการใช้บริการด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ ส่วนที่ 3 ความรู้ และการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มอายุ สอบถามทราบการใช้บริการได้ฟรีตามสิทธิประกันสุขภาพและใช้บริการ แบ่งระดับความรู้และความรู้ แบ่ง 3 ระดับ คือ ระดับดี (มีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

1.2) แบบสอบถามประเมินทัศนคติและความพึงพอใจ 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ช่วงกลุ่มวัย โดยกลุ่มเด็กจะสอบถามผู้ปกครองให้ระบุความสัมพันธ์ อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ การใช้สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 การรับรู้บริการสิทธิประโยชน์จากการใช้ LINE-Telehealth มี 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ทราบมีสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทราบสิทธิของท่านจากแหล่งใด มีสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอะไรบ้าง สนใจในการใช้บริการด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ วัด 5 ระดับ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมากและ เห็นด้วยมากที่สุด ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการใช้บริการสิทธิประโยชน์ผ่าน LINE-Telehealth จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ทัศนคติและความพึงพอใจต่อการใช้บริการระบบ LINE-Telehealth วัดความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ด้านความง่ายต่อการใช้งาน จำนวน 7 ข้อ ด้านความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ ด้านความเสถียรของระบบ จำนวน 4 ข้อ ด้านความพึงพอใจ จำนวน 8 ข้อ วัด 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ส่วนที่ 5 ความรู้และการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามกลุ่มอายุ สอบถามทราบการใช้บริการได้ฟรีตามสิทธิประกันสุขภาพและใช้บริการดังต่อไปนี้ผ่าน LINE-Telehealth แบ่งระดับความพึงพอใจและทัศนคติ 3 ระดับ คือ ระดับดี (มีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79) และระดับน้อย (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

2) เครื่องมือสำหรับการได้มาซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง มีคำถาม คือ ประสิทธิภาพในการเข้าใช้แอปพลิเคชันหรือค้นหาข้อมูลออนไลน์ด้านสุขภาพ เคยเข้าเรื่องใดบ้าง ประโยชน์ที่ได้จากการมีแอปสุขภาพออนไลน์ ข้อเสียหรือข้อจำกัดใน การใช้แอปที่ผ่านมาหรือที่เคยใช้ ข้อเสนอหรือที่ต้องการได้จากแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ หมอออนไลน์สิ่งที่ต้องการได้จากหมอออนไลน์

## 5.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมอนามัยและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามประเมินทัศนคติและความพึงพอใจ ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

## 5.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาการรับรู้สิทธิ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 7 คน ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี จำนวน 8 คน เด็ก 6-24 ปี จำนวน 8 คน และผู้ใหญ่ 25-59 ปี จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 33 คน ดำเนินการในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 โดยใช้แบบสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างและแบบสอบถามการรับรู้สิทธิ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนา ประกอบด้วย นักวิชาการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และเจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 ศูนย์ละ 2 ท่าน รวมทั้งหมด 40 คน ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล

เพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการและยอมรับด้านเทคโนโลยีเข้ามาใช้เป็นรูปแบบการให้บริการในรูปแบบ Telehealth พื้นที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงราย โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์และความต้องการใช้ระบบ Telehealth

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ Telehealth ในพื้นที่ศรีสะเกษโดยนักกลุ่มวัย 4 กลุ่ม มาทดลองใช้งานและประเมินผลการใช้งานด้านความรู้ชุดสิทธิประโยชน์ การรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์ และความพึงพอใจของเข้าใช้งานผ่านระบบ Telehealth และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้ประโยชน์จากระบบรูปแบบ Telehealth โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 20 คน ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี จำนวน 21 คน เด็ก 6-24 ปี จำนวน 22 คน และผู้ใหญ่ 25-59 ปี จำนวน 23 คน รวมทั้งหมด 86 คน ดำเนินการในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ช่วงวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 โดยแบบสอบถามการรับรู้สิทธิเก็บข้อมูลเพื่อประเมินทัศนคติและความพึงพอใจ

### 5.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### 6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของกรมอนามัย ใบอนุมัติจากคณะกรรมการฯ รหัสโครงการ 639/2566 ณ วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

### 7. ผลการวิจัย

#### 7.1 ผลศึกษาปัญหา การรับรู้และการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ 7 คน ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี 8 คน เด็ก 6-24 ปี 8 คน และผู้ใหญ่ 25-59 ปี 10 คน ทั้งหมด 33 คน พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีอายุเฉลี่ย 34.33 (S.D.=16.02) มีอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 45.5 อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 84.8 จบประถมศึกษา ร้อยละ 30.3 ปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 24.2 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 45.5 และสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 42.4 ประเมินระดับสุขภาพตนเองอยู่ระดับดี ร้อยละ 63.6 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 การรับรู้สิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันส่งเสริมสุขภาพ พบว่าได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิภายใต้ประกันสุขภาพ ร้อยละ 69.7 เคยใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิ ร้อยละ 84.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ การรับรู้สิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันส่งเสริมสุขภาพ

| ข้อมูล (n= 33 คน)                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|
| รู้จักสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |       |        |
| - รู้จัก                                            | 21    | 63.6   |
| - ไม่รู้จัก                                         | 12    | 36.4   |
| ทราบสิทธิได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  |       |        |
| - ทราบ                                              | 23    | 69.7   |
| - ไม่ทราบ                                           | 10    | 30.3   |
| เคยใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิ   |       |        |
| - เคย                                               | 28    | 84.8   |
| - ไม่เคย                                            | 5     | 15.2   |

เมื่อจำแนกการรับรู้และเข้าถึงสิทธิตามกลุ่ม พบว่า

1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีสิทธิทั้งหมด 18 รายการ ทราบสิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 28.6 และเคยใช้บริการครบทุกสิทธิเพียงร้อยละ 33.3

2) กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี (ผู้ปกครอง) ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นบิดา/มารดา/ปู่ย่าตายายชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 71.2 มีสิทธิทั้งหมด 12 รายการ ทราบสิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 50.0 และเคยไปใช้สิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 12.5

3) กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี มีสิทธิทั้งหมด 16 รายการ ทราบสิทธิครบ 15 รายการ ร้อยละ 25.0 โดยรายการที่ไม่ทราบว่าไม่มีสิทธิ คือ สามารถยืมเครื่องวัดความดันโลหิตนำกลับไปวัดความดันโลหิตที่บ้านเป็นเวลา 7 วัน และเคยเข้ารับบริการตามสิทธิตนเองครบเพียง ร้อยละ 14.3

4) กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี มีสิทธิทั้งหมด 11 รายการ ทราบสิทธิทุกรายการ ร้อยละ 70.0 และเคยเข้าใช้สิทธิครบ ร้อยละ 50

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิชุดสิทธิประโยชน์ตามช่วงกลุ่มอายุ พบว่า ทราบชุดสิทธิประโยชน์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้บอกข้อมูลว่าตนเองใช้สิทธิอะไรบ้าง และใช้บริการด้านสุขภาพที่ไม่ต้องชำระเงินอะไรบ้าง การเข้ารับบริการใช้สิทธิด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่และอสม.จะเป็นผู้จัดบริการในชุมชนหรือโรงเรียน ในรูปแบบการรณรงค์จัดกิจกรรม เช่น การฉีดวัคซีนโควิด19 การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในหมู่บ้าน การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในส่วนการเข้าไปขอรับบริการจากสถานบริการเองจะเป็นกลุ่มข้าราชการที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี และฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 25 - 59 ปี ทราบและเคยเข้าใช้สิทธิของตนเองมากกว่ากลุ่มเด็ก 0-5 ปีและกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี และบริการที่ได้รับส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นคนจัดกิจกรรมให้และแนะนำเป็นเรื่อง ๆ ว่าต้องไปรับบริการอะไรที่ไหนและอย่างไร อยากให้มีการประชาสัมพันธ์และสื่อสาร เช่น ติดป้ายแจ้งว่าจะต้องได้รับการอะไรบ้างจะดีมาก

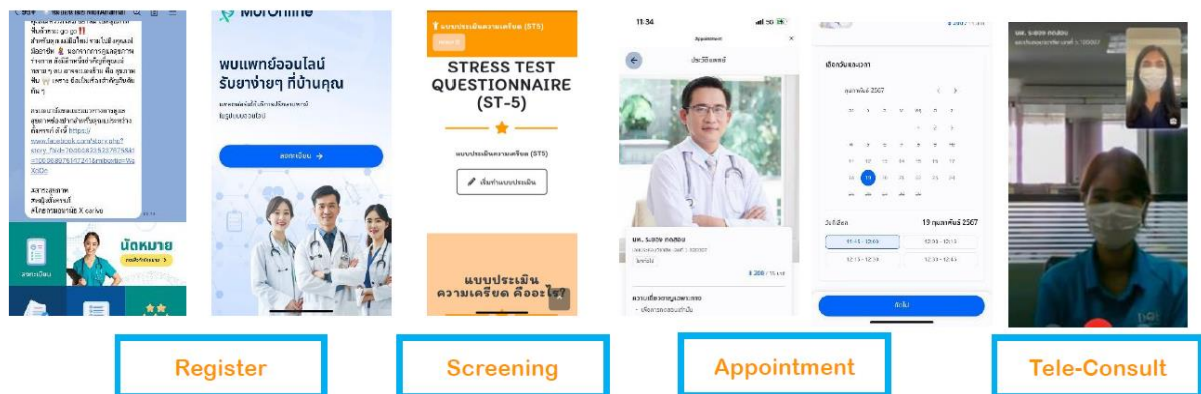
## 7.2. พัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ โดยประชุมทีมแกนหลักประกอบด้วย นักวิชาการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และเจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัยที่ 1-12 ศูนย์ละ 2 ท่าน รวมทั้งหมด 40 คน เข้าประชุมหารือเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อวางแผนการดำเนินงานและกำหนดรายละเอียดเนื้อหาตลอดจนเอกสารต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน นำผลการประชุมทีมแกนหลักมากำหนดรายละเอียดด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินการ ปรับแก้ไขแบบสอบถามและเอกสารชี้แจงโครงการและแบบแสดงคำยินยอมของอาสาสมัคร และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนำข้อมูลมาพัฒนาระบบเก็บข้อมูลและระบบติดตามการเก็บข้อมูลแบบ online

ขั้นตอนที่ 2 ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์และระบบ Telehealth สอบถามกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่มวัยในพื้นที่ดังกล่าว สอบถามความคิดเห็นและความต้องการจนได้เนื้อหา ดังนี้ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านชุดสิทธิประโยชน์ ระบบการเข้าถึง การใช้งาน การจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูลนำมาออกแบบรูปแบบ Telehealth ประกอบด้วย การลงทะเบียนเข้าใช้งาน การลงนัดพบแพทย์ ความรู้เรื่องชุดสิทธิประโยชน์ตามสิทธิของช่วงกลุ่มอายุ และการบันทึกข้อมูลประวัติการได้รับบริการและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้ Telehealth ซึ่งรูปแบบบริการ Telehealth ที่ได้คือ แอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ หมอออนไลน์ ที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพิ่มผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดบริการ ได้แก่ ให้ความรู้ คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็นเครื่องมือสนับสนุนการจัดโปรแกรมด้านสุขภาพ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นัดหมายเข้ารับบริการ โดยองค์ประกอบ Telehealth ประกอบด้วย การลงทะเบียนเข้าใช้ (Register) การคัดกรองสุขภาพ (Screening) ประสานสถานที่นัดหมายดูแลและการให้บริการทางคลินิก (Appointment) และการให้คำปรึกษาออนไลน์ (Tele-Consult) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบ LINE-Telehealth คือ แอปพลิเคชัน ชื่อ หมอออนไลน์

### 7.3 ผลการรับรู้ ทศนคติและความพึงพอใจต่อการใช้งาน Telehealth เขตสุขภาพที่ 10

กลุ่มตัวอย่าง 86 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 86 เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.3 กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี (ผู้ปกครอง) ร้อยละ 22.4 กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี และกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 29.1 รองลงมาอาชีพเกษตรกร และแม่บ้าน ร้อยละ 22.1 และ 20.9 ตามลำดับ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ 53.5 และข้าราชการ (มาตรา/บุตร) ร้อยละ 33.7 หลังใช้งาน Telehealth รู้จักสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ร้อยละ 80.2 ทราบสิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 90.3 รู้สิทธิการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 62.8 รู้จักบริการแพลตฟอร์มออนไลน์การดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ร้อยละ 55.8 จากสื่อโซเชียล ร้อยละ 31.4 รับรู้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 45.3 สนใจใช้บริการด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ ร้อยละ 89.5 โดยใช้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 82.6 ค้นหาแพทย์เข้ารับการรักษา ร้อยละ 76.7 จ้องคว้นนัดหมายการเข้ารับบริการสุขภาพ ร้อยละ 75.6 ประเมินสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 73.3 ใช้ส่งเสริมให้สุขภาพป้องกันโรค ร้อยละ 60.5 และใช้ตรวจสอบสิทธิ ร้อยละ 48.8 ตามลำดับ และแนะนำให้เพื่อนญาติ คนรู้จักใช้ Telehealth ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนา จำแนกการรับรู้และรับบริการ

| ข้อมูล (n= 86 คน)                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------|-------|--------|
| รู้จักสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |       |        |
| - ไม่รู้จัก                                         | 17    | 19.8   |
| - รู้จัก                                            | 69    | 80.2   |
| ทราบสิทธิได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค     |       |        |
| - ทราบ                                              | 80    | 93.0   |
| - ไม่ทราบ                                           | 6     | 7.0    |

| ข้อมูล (n= 86 คน)                                                                          | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| นอกจากสิทธิการรักษายังมีสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้สิทธิประกันสุขภาพ |       |        |
| - ทราบ                                                                                     | 54    | 62.8   |
| - ไม่ทราบ                                                                                  | 32    | 37.2   |
| จากแหล่งใด                                                                                 |       |        |
| - การเช็คสิทธิผ่าน Line Telehealth                                                         | 40    | 46.5   |
| - เจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ทางโรงพยาบาล                                               | 20    | 23.3   |
| - อสม.                                                                                     | 12    | 13.9   |
| - ผู้ปกครอง โรงเรียน                                                                       | 8     | 9.3    |
| - สื่อทีวีและโซเชียล                                                                       | 6     | 7.0    |
| ทราบสิทธิรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอะไรบ้าง                                    |       |        |
| - ทราบ                                                                                     | 77    | 89.5   |
| - ไม่ทราบ                                                                                  | 9     | 10.5   |
| ความสนใจในการใช้บริการด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์                                         |       |        |
| - ใช้ค้นหาแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา                                                        | 66    | 76.7   |
| - ใช้เปรียบเทียบราคาในการรักษา                                                             | 16    | 18.6   |
| - ใช้ค้นหาส่วนลดหรือโปรโมชั่นในการรักษา                                                    | 19    | 22.1   |
| - ใช้เพื่อรับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ                                                       | 71    | 82.6   |
| - ใช้เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพป้องกันการเกิดโรค                                               | 52    | 60.5   |
| - ใช้เพื่อประเมินสุขภาพของตนเองว่าปกติ เสี่ยง ป่วย                                         | 63    | 73.3   |
| - ใช้เพื่อจองคิวนัดหมายการเข้ารับบริการสุขภาพ                                              | 65    | 75.6   |
| - ใช้เพื่อตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพ                                                           | 44    | 51.2   |
| รู้จักบริการแพลตฟอร์มออนไลน์จากแหล่งข้อมูล                                                 |       |        |
| - บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ                                                                  | 48    | 55.8   |
| - เพื่อนและครอบครัวแนะนำ                                                                   | 11    | 12.8   |
| - สื่อโซเชียล                                                                              | 27    | 31.4   |
| จะแนะนำให้เพื่อน ญาติ คนรู้จัก ใช้ Line Telehealth)                                        | 86    | 100.0  |

ด้านการรับรู้การเข้าถึงบริการตามการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่านระบบ Telehealth หลังเข้าใช้งานมีการรับรู้อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 รองลงมาอยู่ระดับดี ร้อยละ 38.4 มีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 37.84 (S.D.= 4.68) ด้านทัศนคติต่อการใช้งานส่วนใหญ่มีทัศนคติในการใช้ Telehealth ระดับดี ร้อยละ 53.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.5 มีคะแนนทัศนคติต่อการใช้งานเฉลี่ย 27.5 (S.D.=4.51) ทัศนคติต่อความปลอดภัย ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 และระดับดี ร้อยละ 34.9 มีคะแนนเฉลี่ย 14.44 (S.D.=3.06) ทัศนคติต่อด้านระบบใช้งาน ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 และระดับดี ร้อยละ 29.8 มีคะแนนเฉลี่ย 10.40 (S.D.=2.06) และด้านความพึงพอใจ ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก ร้อยละ 55.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 38.4 มีคะแนนเฉลี่ย 23.89 (S.D.=23.89) ภาพรวมด้านทัศนคติอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 ระดับมากร้อยละ 25.5 คะแนนเฉลี่ย 72.63 (S.D.=10.19) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้และใช้บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

| ระดับการรับรู้ ทศนคติ และความพึงพอใจ                                | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| ระดับการรับรู้เฉลี่ย 37.84 (S.D.= 4.68, Min-Max: 27- 48)            | N=86  |        |
| รับรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน)                                  | 4     | 4.7    |
| รับรู้ปานกลาง (คะแนน 30-39 คะแนน)                                   | 49    | 57.0   |
| รับรู้ดี (คะแนน 40 - 50 คะแนน)                                      | 33    | 38.4   |
| ระดับการใช้งาน เฉลี่ย 27.5 (S.D.=4.51, Min-Max: 17-35)              | N=86  |        |
| ใช้นาน้อย(คะแนนน้อยกว่า 21 คะแนน)                                   | 6     | 7.0    |
| ใช้งานปานกลาง (คะแนน 21-27 คะแนน)                                   | 34    | 39.5   |
| ใช้งานดี (คะแนน 28-35 คะแนน)                                        | 46    | 53.5   |
| ระดับทัศนคติต่อความปลอดภัย เฉลี่ย 14.44 (S.D.=3.06, Min-Max: 4-20)  | N=86  |        |
| ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)                                  | 10    | 11.6   |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 12- 15 คะแนน)                                   | 46    | 53.5   |
| ระดับมาก (คะแนน 16-20 คะแนน)                                        | 30    | 34.9   |
| ระดับทัศนคติต่อระบบใช้งาน เฉลี่ย 10.40 (S.D.=2.06, Min-Max: 7-15)   | N=39  |        |
| ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน)                                   | 6     | 12.8   |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 9-11 คะแนน)                                     | 27    | 57.4   |
| ระดับมาก (คะแนน 12-15 คะแนน)                                        | 17    | 29.8   |
| ภาพรวมระดับทัศนคติ เฉลี่ย 72.63 (S.D.=10.19, Min-Max: 54-92)        | N=39  |        |
| ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 1-59 คะแนน)                                | 5     | 10.6   |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 60-79 คะแนน)                                    | 30    | 63.8   |
| ระดับมาก (คะแนน 80-100 คะแนน)                                       | 12    | 25.5   |
| ระดับความพึงพอใจการใช้งาน เฉลี่ย 23.89 (S.D.=23.89, Min-Max: 14-30) | N=86  |        |
| ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน)                                  | 5     | 5.8    |
| ระดับปานกลาง (คะแนน 18-23 คะแนน)                                    | 33    | 38.4   |
| ระดับมาก (คะแนน 24-30 คะแนน)                                        | 48    | 55.8   |

การสนทนากลุ่มหลังพัฒนา พบว่า มีประสบการณ์ในการเข้าใช้ผ่านแอปพลิเคชันหรือค้นหาข้อมูลออนไลน์ด้านสุขภาพโดยการค้นหาข้อมูลสุขภาพผ่าน google เกี่ยวกับการรักษาสิ่ว อาการป่วย และข้อมูลสุขภาพเพื่อทำรายงานครู ใช้เลือกออก โรคอาการป่วยและการรักษาเรื้อรยางา ดู Tiktok และ Intragram (IG) ที่ให้ความรู้เรื่องการดูแลผิวและการลดความอ้วน ส่วนแอปพลิเคชันที่เคยใช้ ได้แก่ แอปพลิเคชันก้าวทำใจเน้นการนับสะสมแต้ม สะสมแครอรี่ การนับก้าว แอปพลิเคชันหมอพร้อมในเรื่องข้อมูลการฉีควัคซีน ลงบันทึกและข้อมูลการฉีควัคซีน แอปพลิเคชันหมออนามัยสำหรับอสม. ติดตามข้อมูลการป้องกันโรคตามฤดูกาลในชุมชน เช่น ใช้เลือกออก การป้องกันลูกน้ำยุงลาย และแอปพลิเคชันกระเป๋าเป้าตั้งค์เกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการของสปสข.มีบางรายกาย เป็นต้น ประโยชน์ที่ได้จากการมีแอปสุขภาพออนไลน์ คือ มีความสะดวกรวดเร็วประหยัดเวลา ลดค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่ต้องไปแออัดที่โรงพยาบาลเสี่ยงต่อการติดโรค ทำให้รู้ทันที่ว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ต้องไปพบหมอทันเวลาเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดที่ต้องการ และข้อเสียหรือข้อจำกัดในการใช้แอปที่ผ่านมาหรือที่เคยใช้ การค้นหาข้อมูลออนไลน์ผ่าน Google เป็นการค้นหาข้อมูลจากความเข้าใจตนเอง บางครั้งไม่ทราบว่าอาการที่เราเป็นคือโรคอะไร ทำให้ได้ข้อมูลที่ผิดพลาดได้ ไม่ทราบว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้องหรือเชื่อถือได้หรือไม่ ไม่สามารถสอบถามหรือปรึกษาได้ เป็นการสื่อสารทางเดียว อุปกรณ์ที่ใช้ใน

การค้นหา เช่น มือถือไม่รองรับ เครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรเข้าหาข้อมูลไม่ได้หรือลำบากมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้ใช้งาน เช่น ผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ไม่มีมือถือและเด็ก ข้อเสนอที่ต้องการได้จากระบบ Telehealth หมอออนไลน์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อเสนอที่ต้องการได้จากระบบ Telehealth หมอออนไลน์

| ประเด็น       | ข้อเสนอ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| การเข้าใช้งาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การลงทะเบียน ควรลงทะเบียนแบบครอบครัว เข้าใช้งานไม่ใช่ 1 คนต่อ 1 เครื่อง สามารถเข้าใช้งานได้หลายคน เช่น ครอบครัวใช้แอปเดียวกันได้ หรือครูสามารถเข้าใช้งานได้เพื่อดูแลเด็กนักเรียน เช่น สมาชิก การปรึกษาเรื่องเพศ การคุมกำเนิด ความเครียดและสุขภาพจิต เป็นต้น</li> <li>- การพบหมอผู้ปกครองหรือคนดูแลสามารถมีสิทธิร่วมฟังการตรวจออนไลน์ได้</li> <li>- การลงบันทึกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ เช่น ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีนทุกชนิดที่เคยได้รับ เช่น HPV เป็นต้น</li> <li>- การกรอกอาการที่ป่วยสามารถส่งไปที่แพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ทันที ไม่รู้ว่าอาการนี้ต้องไปหาเลือกหมอท่านไหน</li> <li>- ควรสามารถจำแนกความรุนแรงการป่วยได้และส่งค่าเตือนไปพบแพทย์ทันที เช่น ลื่นล้ม แขนขาอ่อนแรง จะขึ้นว่าเสี่ยงสูงเป็นสมองขาดเลือดหาหมอเดี๋ยวนี้</li> <li>- การแจ้งเตือนนัดก่อนล่วงหน้าวันถึงนัด และอีกครั้งก่อนถึงนัด 1 ชม. เพื่อจะได้เตรียมตัว ควรมีการส่งข้อความเตือนหรือแนะนำสุขภาพหรือแนะนำการเข้าใช้งานเป็นระยะ เหมือนการแจ้งเตือนของไลน์ เช่น เสียงดังว่า หมอไลน์ๆ</li> </ul> |
| ด้านความรู้   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ความรู้ควรเป็นคลิปสั้นๆ ที่ใช้เวลาดูไม่นานแต่ชัดเจน</li> <li>- สิทธิประโยชน์ตนเองมีอะไรบ้าง และบันทึกให้ทราบว่าใช้สิทธิอะไรไปบ้างแล้ว</li> <li>- ความรู้ ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ความรู้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในแต่ละกลุ่มวัย การคัดกรองสุขภาพทั้งทางกายและจิตของกลุ่มวัยด้วยตนเอง เช่น แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดัน ความเครียด วัคซีน</li> <li>- การแจ้งเตือนเพื่อเข้าใช้สิทธิตามกลุ่มอายุที่ยังไม่ได้ใช้หรือครบกำหนดต้องตรวจ เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี การมีแพทย์เฉพาะด้านที่นอกเหนือจากพื้นที่มี เช่น เฉพาะทางหู ตา คอ จมูก หัวใจ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 8. สรุปและอภิปรายผล

1) การรับรู้และการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้รับบริการรับรู้ชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้บอกข้อมูลสิทธิประโยชน์ และการเข้าใช้บริการตามสิทธิด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เจ้าหน้าที่และอสม.จะเป็นผู้จัดบริการในชุมชนหรือโรงเรียนในรูปแบบการณรงค์จัดกิจกรรม เช่น การฉีดวัคซีนโควิด19 การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในด้านของชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันที่ส่งเสริมการเกิดจะเป็นการเข้าไปขอรับบริการจากสถานบริการโดยตรงเท่าที่หน่วยงานจัดบริการ เช่น การฝากครรภ์ การคลอด ฉีดวัคซีนในเด็ก เป็นต้น สอดคล้องกับข้อมูลจากแบบประเมินการรับรู้และเข้าใช้บริการ การศึกษานี้พบกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีสิทธิทั้งหมด 18 รายการ ทราบสิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 28.6 เคยใช้บริการครบทุกสิทธิเพียงร้อยละ 33.3 และกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี มีสิทธิทั้งหมด 12 รายการ ทราบสิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 50.0 เคยไปใช้สิทธิครบทุกรายการ ร้อยละ 12.5 ซึ่งในกลุ่ม

เด็กโดยเฉพาะเด็กแรกเกิดที่มีรายการบางรายการเจ้าหน้าที่ให้บริการแต่ไม่มีการสื่อสารให้ผู้ปกครองทราบ ได้แก่ บริการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและโรคฟีนิลคีโตนูเรียการเจาะเลือดทารกแรกเกิดหลังคลอด จึงส่งผลให้เคยใช้สิทธิครบทุกรายการน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตนเองยังน้อย สอดคล้องกับรายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(2)</sup> ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2561- 2564 การเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนยังน้อยมากพบกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทุกสิทธิได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ เข้าถึงบริการ ร้อยละ 52.83, 54.60, 60.65 และ 61.14 ตามลำดับ

2) พัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth รูปแบบที่ได้ คือ แอปพลิเคชันไลน์ชื่อหมอออนไลน์ มีการจัดบริการให้ความรู้ คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประสานสถานที่นัดหมายดูแลให้บริการทางคลินิก และการให้คำปรึกษาออนไลน์ ที่ให้บริการตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ พร้อมทั้ง นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง การนำเอาความก้าวหน้าทางด้านการสื่อสารโทรคมนาคมมาประยุกต์ใช้กับบริการทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลแต่สามารถได้พบเจอกับแพทย์เพื่อตรวจรักษาและให้คำปรึกษาได้ สอดคล้องกับธนพร ทองจุต<sup>(8)</sup> การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐหันมาใช้ในการตรวจรักษาทางไกลหรือโทรเวชกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกต่อวันประมาณ 5,000 ราย และมีผู้รับการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมต่อวันประมาณ 400 ราย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้การให้บริการเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยแบ่งเบาภาระในการรองรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล

3) ศึกษาทัศนคติและความพึงพอใจต่อรูปแบบการการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth การศึกษาครั้งนี้ หลังเข้าใช้งานมีมากกว่าครึ่งทั้งการรับรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.0) ด้านทัศนคติระดับดี (ร้อยละ 53.5) และด้านความพึงพอใจอยู่ระดับมาก (ร้อยละ 55.8) แสดงให้เห็นว่า ระบบที่มีความรวดเร็ว ความสะดวกสบายเข้าถึงบริการสุขภาพและเข้าใช้งานง่าย ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนรู้รับบริการได้ เกิดทัศนคติที่ดีและมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas (1981)<sup>(5)</sup> การรับรู้ถึงประโยชน์การรับรู้ถึงความสะดวกในการใช้งานจะส่งผลต่อการเข้าใช้งานทัศนคติต่อการใช้งานและผลตอบรับระดับดี ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้งานช่วยให้ผู้รับบริการสนใจใช้บริการด้านสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับชีวรรัตน์ ชัยสำโรง (2561)<sup>(8)</sup> การรับรู้และการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจ เมื่อรับรู้ความง่ายในการใช้ส่งผลต่อความตั้งใจในการใช้งานของผู้ใช้งาน ส่งผลต่อการใช้งานแอปพลิเคชันบนมือถือ ซึ่งตัวแปรสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้งาน คือ ความตั้งใจในการใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tumer et al. (2010)<sup>(9)</sup> ซึ่งความตั้งใจในการใช้เทคโนโลยี มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการใช้งานจริง โดยมีอิทธิพลสูงกว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน สรุปว่า การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (PEOU) และการรับรู้ประโยชน์ (PU) คือ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อทัศนคติของผู้ใช้ที่มีต่อการใช้เทคโนโลยี (Attitude Toward Using) จนเกิดความตั้งใจในการใช้ (Behavioral Intention to use) และการใช้งานจริง (Actual System Use)

## 9.ข้อจำกัดในการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่เดียวไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้ ต้องมีการพัฒนาอย่างน้อย 2-3 ครั้ง และนำไปใช้ในพื้นที่อื่นเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 10. ข้อเสนอแนะ

### 10.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การวิจัยเรื่องนี้ การยอมรับเทคโนโลยีและคุณภาพการบริการแอปพลิเคชันทำให้ได้องค์ความรู้ การรับรู้ประโยชน์การใช้งาน การรับรู้ความง่าย การรับรู้ความเสี่ยงของโรคและการเข้าถึงบริการได้ทันที ช่วยให้ผู้ใช้บริการต้องการเข้าใช้งานง่ายขึ้น ดังนั้น แอปพลิเคชันหมอออนไลน์นี้ สามารถนำไปขยายผลในการไป พัฒนางานด้านบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในแต่ละด้านให้เกิดประโยชน์สูงสุดและ ผู้บริหาร ควรผลักดันแอปพลิเคชันหมอออนไลน์ไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่ ให้บริการด้านสุขภาพของพื้นที่ต่อไป โดยเสนอผ่านเขตตรวจสุขภาพ และหน่วยงานองค์กรบริหารส่วน จังหวัดที่เป็นหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### 10.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

การพัฒนาแอปพลิเคชันหมอออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพในการช่วยติดตามผู้ป่วย ควรสามารถแจ้งเตือนการรับบริการตามนัด ประมวลผลและผู้ใช้สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มี ขั้นตอนในการใช้งานง่ายและสร้างความมั่นใจกับผู้ใช้งานให้มีความรู้สึกปลอดภัยเมื่อใช้งานในแอปพลิเคชัน เป็นระบบที่พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เข้าใช้งานได้ทุกที่ทุกเวลา

### 10.3 ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิไม่เฉพาะกลุ่มคนที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มมารดาและเด็กและกลุ่มที่ต้องการตั้งครรภ์เท่านั้น

### 10.4 การนำไปใช้ประโยชน์

1. มีรูปแบบการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth ที่สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่าย
2. ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพในอัตราที่เพิ่มขึ้น
3. มีนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีเพื่อสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนได้รู้จักและเข้าถึงการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ

## 11. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารงบประมาณการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2555.
2. กลุ่มภารกิจกำกับติดตามประเมินผลสปสช. รายงานผลงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (H0401) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://hss.moph.go.th>.
4. Anjali Raj Westwood. Telehealth and Maternity. British Journal of Midwifery [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 5]; 29(6). Available from: <https://www.britishjournalofmidwifery.com>
5. Penchansky, R., & W.J. Thomas. The Concepts of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction, Medical Care; 1981;21(2):127–140.

6. Davis, F. D. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS quarterly; 1989:319-340.
7. ธนพร ทองจุต. การศึกษาปัจจัยของการตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการโทรเวชกรรมของผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาริบัติ. [สารนิพนธ์] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
8. ชีวรัตน์ ชัยสำโรง. การยอมรับเทคโนโลยีการเรียนภาษาผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [วิทยานิพนธ์] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
9. Turner, M., Kitchenham, B., Brereton, P., Charters, S., & Budgen, D. Does the technology acceptance model predict actual use? A systematic literature review. Information and software technology; 2010;52(5):463-479.



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal

บทความวิจัย  
รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต  
กรณีศึกษาอำเภอป่าตั่ว จังหวัดยโสธร

เกษแก้ว เกตุพันธ์<sup>1\*</sup>  
ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต<sup>2</sup>  
นภัชพล รอดเที่ยง<sup>3</sup>  
ไพบูลย์ วัชรวิทย์<sup>4</sup>  
สิรินทร์ฉัตร มีแนว<sup>5</sup>  
สุกานดา พองเมือง<sup>6</sup>

(วันรับบทความ 26 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ 5 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับบทความ 10 กรกฎาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ณ อำเภอป่าตั่ว จังหวัดยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก(ศพด.) ในพื้นที่อำเภอป่าตั่ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตได้รับรางวัลดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เทคนิค 4ช ประกอบด้วย 1) ช.ชวน สาธารณสุขสะท้อนปัญหาผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน 2) ช.เชื่อม การกิจ ด้วยการประสานส่วนตัวเพื่อให้เกิดความสมัครใจ ดำเนินงานร่วมกัน 3) ช.แซร์ แซร์ทรัพยากร คน ของ 4) ช.ชื่นชม เยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่ายไตรมาสละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน กระบวนการขับเคลื่อนงานเน้นการสร้างภาคีเครือข่าย มีการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน กำหนดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี พบว่า ผู้ปกครองมีการรับรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 10.81 คะแนน (S.D.=1.95) และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 8.07 คะแนน (S.D.=1.8)

**คำสำคัญ :** รูปแบบการดำเนินงาน มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต อนามัยแม่และเด็ก

<sup>1,4</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี,

<sup>2</sup> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

<sup>6</sup> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าตั่ว

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: ketkaew4280@hotmail.com

## Research article

# The miracle operating model First 1,000 Day Of Life; Case study of Pa Tio District, Yasothon Province

Ketkaew Ketphan<sup>1\*</sup>  
Supaluck Tanatamsatit<sup>2</sup>  
Napatchon Rodtiang<sup>3</sup>  
Paiyada Wirutsamee<sup>4</sup>  
Sirinthachat Meewaeo<sup>5</sup>  
Sukanda Fongmaung<sup>6</sup>

(Received: June 26 2024; Revised: July 5 2024; Accepted: July 10 2024)

## Abstract

This mixed-method research aims to study the model and process of driving the First 1,000 Days of Life project, as well as the awareness and health-promoting behaviors of parents of children aged 2-5 years in Pa Tio District, Yasothon Province. Qualitative data were collected from the District Quality of Life Development Committee and those involved in the project implementation. Quantitative data were collected using questionnaires on the awareness and health-promoting behaviors of parents of children aged 2-5 years who are studying in the Child Development Center (CDC) in Pa Tio District. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, means, standard deviations, and content analysis.

The results showed that the implementation of the First 1,000 Days of Life project led to the district receiving an outstanding award in Health region 10th. The project utilized the 4C technique, which includes : 1) C : Convince – Public health officials reflect problems through the District Health Board to set common operational goals, 2) C : Connect – Tasks are coordinated personally to encourage voluntary collaboration, 3) C : Share – Resources, both human and material, are shared, 4) C: Commend – Partners are visited and empowered quarterly to monitor and evaluate the implementation. The driving process emphasized building a network of partners and operating within the framework of the District Health Board. Joint agreements were made, and clear lead agencies were designated for implementing the strategic plan. Regarding the awareness and health-promoting behaviors of parents of children aged 2-5 years, it was found that parents had a moderate level of awareness, with an average score of 10.81 (S.D.=1.95), and exhibited good health-promoting behaviors, with an average score of 8.07. (S.D.=1.8)

**Keywords:** Operational model, First 1,000 Days of Life, Maternal and Child health

<sup>1,4</sup>Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>2</sup>Policy and Planning Analyst , Senior Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>3</sup>Registered Nurse, Senior Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>5</sup>Registered Nurse, Professional Level of Yasothon Provincial Public Health Office

<sup>6</sup>Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Pa Tio district Public Health Office

\* Corresponding Author Email: ketkaew4280@hotmail.com

## 1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้กำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาประเทศในระยะยาว ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่ประเทศที่มีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แต่ประเทศไทยมีข้อจำกัดด้านปัจจัยพื้นฐานหลายประการที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ อาทิปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ประชากรวัยแรงงานที่มีคุณภาพมีจำนวนลดลง จากการที่เด็กเกิดน้อยด้วยคุณภาพและระดับเขาวัยปัญญาต่ำกว่ามาตรฐานสากล<sup>(1)</sup> ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาประเทศบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีศักยภาพและสุขภาวะที่สมบูรณ์ โดยเริ่มตั้งแต่ในช่วง 1,000 วันแรก คือ เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิถึง 2 ขวบ (270 วันในครรภ์มารดา และ 2 ปี หลังคลอด) เพราะเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและสมองเปิดรับการเรียนรู้ได้ดีที่สุด โดยกระบวนการสร้างและการพัฒนาของสมองของมนุษย์ต้องอาศัยทั้งกระบวนการสร้างโครงสร้างพื้นฐานในครรภ์มารดา และการเจริญเติบโตให้มีขนาดใหญ่ขึ้นซึ่งต้องเกิดขึ้นภายนอกครรภ์มารดา ภายใน 3 ปีแรกของชีวิต น้ำหนักของสมองจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2.5-3 เท่าของน้ำหนักสมองเมื่อแรกเกิด ปัจจัยด้านโภชนาการและการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ สมวัยทั้งทางร่างกายและสติปัญญาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญาอยู่ร่วมในสังคมอย่างปกติสุข<sup>(2)</sup>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จึงได้ประกาศนโยบายสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพและศักยภาพที่ดีในอนาคต และเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัยในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเชื่อมประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยดำเนินงานในรูปแบบของประชารัฐซึ่งบูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โภชนาการ พัฒนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ผ่านกิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดู ฟันร่วมกับมาตรการทางสังคมในพื้นที่ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมลงทุน มุ่งเน้นผลลัพธ์และค่าเป้าหมายร่วมกัน คือ เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน มีพัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ และสนับสนุนให้มีพื้นที่ต้นแบบด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยที่เป็นเลิศอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง<sup>(3)</sup>

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ภายใต้กิจกรรมสำคัญในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561 จนถึงปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน พบว่า ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 ที่ยังเป็นปัญหา คือ อัตราการตายต่อแสนการเกิดมีชีพ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีจากปี 2561-2564 คิดเป็น 13.20, 5.41, 20.09 และ 20.28 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 10 มีภาวะโลหิตจางเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี 2561-2564 คิดเป็นร้อยละ 14.14, 14.55, 13.86 และ 15.30 นอกจากนี้ยังพบว่ามีตัวชี้วัดที่มีแนวโน้มดีขึ้นหลายประเด็น อาทิเช่น ร้อยละเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 61.46 ในปี 2563 เป็น 64.81 ในปี 2564 เด็ก อายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย มีแนวโน้มลดลง จาก ร้อยละ 89.28 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 85.58 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ แต่ยังคงสูงกว่าระดับประเทศ ทางด้านร้อยละเด็ก 0-3 ปี ปราศจากฟันผุ มีแนวโน้มดีขึ้น จากร้อยละ 76.82 ในปี 2563

เป็น 79.93 ในปี 2564 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบว่า มีแนวโน้มไม่คงที่ โดยในปี 2562 ลดลงจากปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 6.81 และ 6.33 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 6.84, 7.01 และ 7.12 อัตราเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2561-2564 คิดเป็นร้อยละ 50.93, 53.47, 58.48 และ 60.75 ตามลำดับ<sup>(4)</sup>

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จัดประกวดอำเภอที่มีการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตดีเด่นระดับเขต เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ผลการประกวด พบว่า อำเภอที่มีการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร<sup>(4)</sup>

คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต กรณีศึกษา อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร” เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการขับเคลื่อนงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานให้ยั่งยืนและเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นต่อไป

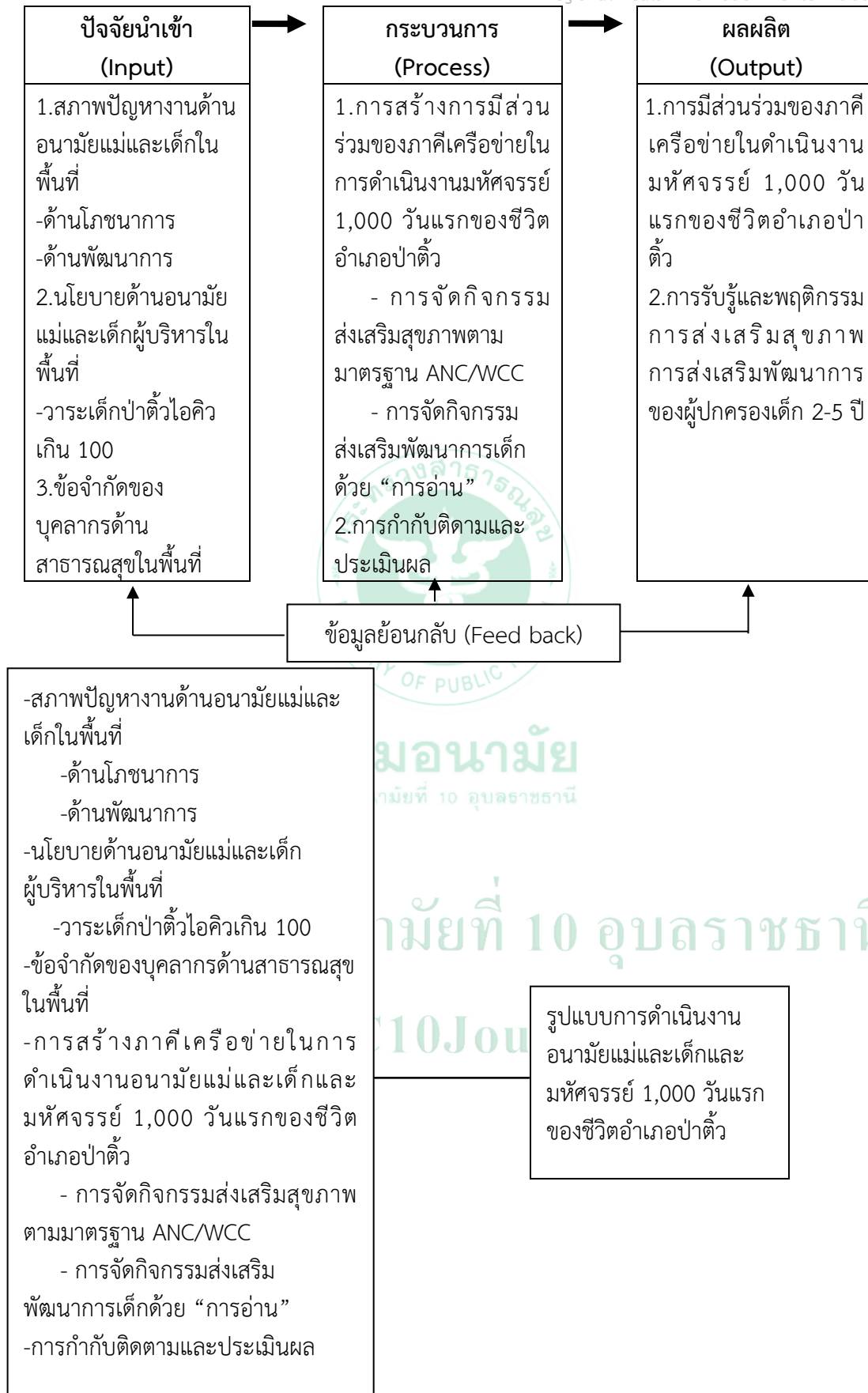
## 2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนงานและการสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
3. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

## 3.กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ ทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory)<sup>(5)</sup> ดังนี้

HPC10Journal



#### 4.วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method) เก็บรวบรวมข้อมูล ณ อำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25-29 มีนาคม 2567

##### 4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

###### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการขับเคลื่อนงาน มหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย

4.2.1 ผู้ที่มีบทบาทในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานฯ ระดับนโยบาย ในพื้นที่ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็น “เด็กป่าดัวไอคิวเกิน 100” จำนวน 21 คน ประกอบด้วยนายอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาการอำเภอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษา ตามอัธยาศัยอำเภอ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธร

4.2.2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในอำเภอป่าดัว จังหวัดยโสธรได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ครูปฐมวัย ครู กศน. จำนวน 23 คน

4.2.3 ผู้รับผลประโยชน์จากโครงการ คือ พ่อแม่เด็ก 2-5 ปี ที่กำลังศึกษาใน ศพด.ในพื้นที่ อำเภอป่าดัว จำนวน 175 คน

###### กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกันตามแต่ละบริบทและ เป็นตัวแทนสำคัญของกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานแต่ละหน้าที่ (Typical case) จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ แบ่งตามประเภทการเก็บข้อมูลเป็น ช่วงชั้น (Stratified purposeful) ดังนี้

ผู้กำกับ ติดตาม ระดับนโยบายในพื้นที่ เลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติ ดังนี้

- |                                                                       |      |
|-----------------------------------------------------------------------|------|
| 1. ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย | 1 คน |
| 2. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ                      | 1 คน |
| 3. พัฒนาการอำเภอ                                                      | 1 คน |
| 4. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ         | 1 คน |
| 5. ผู้บริหาร ระดับตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล                      | 1 คน |

ผู้ปฏิบัติงาน เลือกแบบเจาะจงมีคุณสมบัติ ดังนี้

- |                                                                                                                      |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ (ANC) หรือ คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ใน รพ.สต.ทุกแห่งในอำเภอป่าดัว | แต่ละ 1 คน รวม 5 คน |
| 2. ครู กศน.ตำบล ในพื้นที่อำเภอป่าดัว                                                                                 | 5 คน                |

###### กลุ่มผู้รับประโยชน์

กลุ่มพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงเด็กปฐมวัยในโครงการทุกคนจำนวนทั้งสิ้น 126 คน โดยเลือกแบบเจาะจง มีคุณสมบัติ ดังนี้

- อาศัยอยู่ในอำเภอป่าดัวอย่างน้อย 1 ปี
- เคยเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กและมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ครบ ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะฝากครรภ์ และกำลังศึกษา ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมรับการประเมินโครงการตำบลมหัทศจรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต

3. พ่อหรือแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก เพื่อสามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงในระยะก่อนตั้งครรภ์และระยะตั้งครรภ์

#### 4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

##### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครอบคลุมประเด็นแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ประกอบด้วย จุดเริ่มต้นของการพัฒนางาน กระบวนการสร้างภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานและการวางแผนการดำเนินงานให้ยั่งยืน ความประทับใจต่อการมีส่วนร่วม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ครอบคลุมประเด็น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐาน ANC/WCC และการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้วยการอ่าน

##### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงจากพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามกรอบแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต (กิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดูฟัน ) เพื่อสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก 2-5 ปี มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวนทั้งหมด 2 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด สอบถามเกี่ยวกับสถานที่เรียน และอายุของเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ ปฏิบัติไม่ปฏิบัติ และคำถามปลายเปิดเพื่อถามสาเหตุของการไม่ปฏิบัติ มีทั้งหมด 10 ข้อละ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

|         |     |   |       |
|---------|-----|---|-------|
| ปฏิบัติ | ให้ | 1 | คะแนน |
|---------|-----|---|-------|

|            |     |   |       |
|------------|-----|---|-------|
| ไม่ปฏิบัติ | ให้ | 0 | คะแนน |
|------------|-----|---|-------|

แบ่งระดับการปฏิบัติแบบอิงเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 6 คะแนน) | ระดับน้อย |
|-------------------------------------------|-----------|

|                                          |              |
|------------------------------------------|--------------|
| คะแนนร้อยละ 60 -79 (ระหว่าง 6 – 7 คะแนน) | ระดับปานกลาง |
|------------------------------------------|--------------|

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| คะแนนร้อยละ 80 (8 คะแนนขึ้นไป) | ระดับดี |
|--------------------------------|---------|

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต มีลักษณะเป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ มีทั้งหมด 15 ข้อละ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก (ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14)

|     |   |       |
|-----|---|-------|
| ใช่ | 3 | คะแนน |
|-----|---|-------|

|         |   |       |
|---------|---|-------|
| ไม่ทราบ | 2 | คะแนน |
|---------|---|-------|

|        |   |       |
|--------|---|-------|
| ไม่ใช่ | 1 | คะแนน |
|--------|---|-------|

ข้อคำถามเชิงลบ (ข้อที่ 5, 6, 7, 9, 15 )

|     |   |       |
|-----|---|-------|
| ใช่ | 1 | คะแนน |
|-----|---|-------|

|         |   |       |
|---------|---|-------|
| ไม่ทราบ | 2 | คะแนน |
|---------|---|-------|

|        |   |       |
|--------|---|-------|
| ไม่ใช่ | 3 | คะแนน |
|--------|---|-------|

แบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ของบลูม ดังนี้

|                                           |              |
|-------------------------------------------|--------------|
| คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 9 คะแนน) | ระดับน้อย    |
| คะแนนร้อยละ 60-79 (ระหว่าง 9-11 คะแนน)    | ระดับปานกลาง |
| คะแนนร้อยละ 80 (12 คะแนนขึ้นไป)           | ระดับดี      |

#### 4.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย จำนวน 2 คน 2) ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหา ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.63

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้กับ (Try out) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยใน ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงตรงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรม 0.78 และการรับรู้ 0.76

#### 4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยติดต่อประสานงานกับนายอำเภอป่าติ้ว เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

##### การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองเนื่องจากต้องการได้ข้อมูลที่แท้จริงจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มต้นจากการประสานกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสนใจในการให้ข้อมูล และขออนุญาตให้ข้อมูล เมื่อได้เวลาตามนัดหมาย คณะผู้วิจัยแบ่งหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ คนที่ 1 เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม คนที่ 2 ทำหน้าที่ในการจดบันทึก คนที่ 3 ทำหน้าที่ในการบันทึกเสียง และคนที่ 4 ทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกตลอดการสนทนาโดยมีกระบวนการดังต่อไปนี้

- 1) การสนทนากลุ่มเป็นการสนทนาระหว่างนักวิจัย ในเรื่องรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 ที่ทำให้สามารถได้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่เป็นความคิดเห็น ความรู้สึกตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากประเด็นต่างๆไม่ชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยจะมีการซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 2) ในการสนทนากลุ่มจะทำให้เกิดข้อมูลที่ผ่านการถกเถียงโต้ตอบซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้นักวิจัยมั่นใจในความถูกต้องแม่นยำ มีความน่าเชื่อถือ และมีความหลากหลายของข้อมูล ซึ่งจะเกิดประสิทธิภาพที่จะช่วยในการตรวจสอบข้อมูลของผู้เข้าร่วมการสนทนาด้วยตนเอง
- 3) เป็นปฏิกิริยาของผู้ร่วมสนทนากลุ่มต่อประเด็นสนทนา และต่อกันและกัน ทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนที่สะท้อนภาพ ของรูปแบบฯให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- 4) การสนทนากลุ่มได้ดำเนินการภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยทำให้การสนทนากลุ่มไม่ตึงเครียด ลดทวนการฉ้อโกง สมาชิกในกลุ่มกล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจึงทำให้ได้คำตอบที่เป็นความคิดเห็นที่แท้จริงตามความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม
- 5) นักวิจัยได้ทำการจัดเตรียมประเด็นในการสนทนากลุ่มไว้อย่างชัดเจน ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ จุดเริ่มต้นของการพัฒนางาน กระบวนการสร้างภาคีเครือข่าย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานและการวางแผนการดำเนินงานให้ยั่งยืน ความประทับใจต่อการมีส่วนร่วม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถมีกรอบการสนทนาที่ชัดเจน ไม่ออกนอกกรอบของประเด็นที่สำคัญที่นักวิจัยต้องการคำตอบ
- 6) การสนทนากลุ่มนักวิจัยได้จัดกลุ่มในการสนทนา 1 กลุ่มๆละ 4 คน โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มไม่เกิน 2 ชั่วโมง 30 นาที โดยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอจดบันทึก และขอบันทึกเทป การสัมภาษณ์พูดคุยเพื่อไม่ให้สาระสำคัญที่จะนำมาทำวิจัยพลาดไป ซึ่งได้รับความยินยอมด้วยดีจากกลุ่มเป้าหมาย ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้รับผิดชอบหลักงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง/คน เริ่มต้นการสัมภาษณ์จากการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์จุดมุ่งหมายของการมาสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่ผู้วิจัยวางโครงสร้างไว้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ในพื้นที่ใต้เด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 ผู้วิจัยนำกลุ่มเป้าหมายรวมกัน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 126 คน โดยคณะผู้วิจัยแบ่งหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

| ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล   | ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก        | จำนวนกลุ่มเป้าหมาย |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------|
| ผู้วิจัยคนที่ 1       | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านนิคม    | 16                 |
| ผู้วิจัยคนที่ 2       | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองบาก | 25                 |
| ผู้วิจัยคนที่ 3       | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระเจาย | 25                 |
| ผู้วิจัยคนที่ 4 และ 5 | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านศรีฐาน  | 60                 |

#### 4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาจัดทำให้เป็นระบบ แยกแยะองค์ประกอบ รวมทั้งความสอดคล้องของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบความเรียงตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล แล้วใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 5.การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID -01-67-04-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

## 6.ผลการวิจัย

### 1. รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 อำเภอบำลือ จังหวัดยโสธร ใช้เทคนิค 4 ข. ดังนี้

1) ข.ชวน ชวนมาทำงาน โดยสาธารณสุขวิเคราะห้และสะท้อนปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แก่ภาคีเครือข่ายผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้บริหารระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนรับรู้ปัญหา นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นวาระของอำเภอ คือ เด็กป่าดื้อ ไอคิวเกิน100 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง

จากสถานการณ์ปัญหาเด็กปฐมวัยของอำเภอบำลือเอง เด็กปฐมวัยเรานี้เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นเตี้ย อ้วน ผอม ไม่ผ่านสักตัว ส่วนของพัฒนาการเด็กเรื่องไอคิวเด็ก คงไม่ต่างจากจังหวัดอื่นๆในเขต เพราะฉะนั้นเรามองว่า เด็กบ้านเราต้องได้รับการพัฒนา เรามีความเชื่อมั่นว่าถ้าเราร่วมมือกันทุกภาคส่วนเราจะทำให้ลูกหลานเรามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งไอคิวเป็นตัวชี้วัด ที่ทางส่วนกลางกำหนด แต่สิ่งนอกเหนือจากนั้นลูกหลานเราทำได้จะทำให้ลูกหลานเรามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงต้อง “ชวนเพื่อนหรือภาคีเครือข่ายมาทำงาน” โดยสาธารณสุขเราวิเคราะห์และนำข้อมูลคืนสู่ พชอ.เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับรู้ปัญหา และมาวางแผนร่วมกัน หลังจากนั้นจึงได้ทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันของ พชอ. กำหนดให้พัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอเกิดวาระ “เด็กป่าดื้อ ไอคิวเกิน100”

2) ข.เชื่อม เชื่อมประสานภารกิจ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม โดยเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ สาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการศึกษาภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงานที่ร่วมเป็นคณะกรรมการในประเด็น “เด็กป่าดื้อ ไอคิวเกิน 100” แล้วติดต่อประสานส่วนตัว เพื่อให้เกิดความสนใจในการร่วมดำเนินงาน ดังคำกล่าว ของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “หลังจากทำ MOU เสร็จ แต่ละส่วนยังไม่มีมีการบูรณาการการทำงานเท่าที่ควร สาธารณสุขเราในฐานะเจ้าภาพหลักซึ่งเป็นเลขาจึงคิดว่าเราจะทำอย่างไรให้เกิดการบูรณาการกันจริงๆ โดยมีเด็กเป็นศูนย์กลาง จึงศึกษาไปดูภารกิจของแต่ละหน่วย แล้วเข้าไปพูดคุยเป็นการส่วนตัว เพื่อดูว่ามีภารกิจอะไรบ้างที่เราจะมาเชื่อม มาแชร์กัน หน่วยงานแรก คนแรกที่เรเข้าไปหา เข้าไปจีบ คือ ผอ.กศน. เพราะว่าสิ่งที่ไม่มีคำถามสำหรับพวกเรา คือ การอ่าน การเล่น การทำงาน เป็นเครื่องมือที่สร้าง EF ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ สูงสุดคือ ไอคิว ซึ่งเรื่องการพัฒนาการอ่าน การเล่น การทำงาน เป็นสิ่งที่ท่านถนัดอยู่แล้ว เพราะเป็นวิชาชีพครู สามารถทำกิจกรรมการอ่าน การเล่น การทำงานได้ เหตุผลที่เราเลือก กศน.เพราะ กศน.มีการศึกษาตามอัธยาศัย มีการทำงานในชุมชน ถ้าเป็นเรื่องระบบการศึกษาจะอยู่ที่สถานศึกษา แต่ กศน.จะอยู่ทุกที่ในชุมชน เป็นภารกิจเดียวกัน สามารถเชื่อมการทำงานร่วมกันได้”.

“ผมถาม กศน.ตำบลว่า ในชุมชน 0-2 ปี ใครดูแล พบว่า รพ.สต.เป็นคนดูแล ผู้ปกครองจะพาเด็กมาฉีดวัคซีน ทุกวันที่ 10 ของเดือนจึงไปจีบ รพ.สต. ก่อน ใช้หลัก Win win จึงเอางานประจำไปเชื่อมกัน เหตุผลที่เอางานประจำเพราะว่าถ้าเอาตามนโยบาย ถ้า ผู้บริหารเปลี่ยน นโยบายเปลี่ยน ซึ่งจะไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จึง Routine Join Routine รพ.สต.แรกที่เข้าไป join คือ รพ.สต.บ้านนิคม เริ่มจากการเออบ้านหนังสือไปไว้ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีหนังสือ รักการอ่าน ซึ่ง รพ.สต.บ้านนิคม ยังไม่มีมุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงมอบบ้านหนังสือชุมชนให้ รพ.สต. เป็น Routine Join Routine ตัวแรก ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเข้ามาหาเราเลย จึงเอากิจกรรมการอ่านเชิงรุกไปเติม ไปเสริมทุกวันที่ 10 ซึ่งใช้หลักการ ส่งเสริม EF การอ่าน การอ่าน ทำงาน มาทำกิจกรรม ให้ ผปค.ได้เห็นว่าการส่งเสริมการเล่น การอ่าน ทำอย่างไร ซึ่งเป็นจุดประสงค์หลักของเราคือการสร้างการรับรู้เรื่องการส่งเสริมการอ่านให้ ผปค.”

3) ข.แชร์ แชร์ทรัพยากร คน ของ เพื่อลดปัญหาอัตรากำลังและงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “ทุกวันที่ 10 อำเภอบำลือจะมี WCC จะมีกิจกรรมการประเมิน

และส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งพยาบาลไม่สามารถทำได้ งานล้นมือ ดังนั้นทุกวันที่ 10 อำเภอปาดัว จะมีครู กศน.ไปช่วยที่คลินิก WCC” และ“เรามีภารกิจที่ต้องทำมากกว่า 1 งาน ในวันที่มีบริการฉีดวัคซีน เราทำ หน้าที่ฉีดอย่างเดียว การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กหรือทำงานคุณภาพอะไรไม่ต้องพูดถึง โชคดีที่มี กศน.ช่วยจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ พาพ่อแม่ ผู้ปกครองทำกิจกรรมส่งเสริมการอ่าน พาเล่น และเรายังได้ มุมหนังสือมาอีก”

4) ข.ชื่นชม เยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่ายไตรมาสละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ภาคี เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ด้วยกระบวนการสรุปบทเรียน ผลการ ดำเนินงานเป็นผลงานของทีม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “เวลาไปไหน เราจะไปเป็นทีม ไปในนาม ของ พขอ.ทั้งการนำเสนอผลงาน การเยี่ยมชื่นชมให้กำลังใจกับน้องๆ เราจะได้รับรู้ไปพร้อมกัน เวลา มี ปัญหาจะได้แก้ถูก”

## 2.กระบวนการขับเคลื่อนงานและการสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10

1) การกำหนดนโยบายและวิสัยทัศน์ ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต คือ “ปาดัวเมืองสะอาด สุขภาพดี ปลอดภัย” ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัย แม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต คือ ประเด็นสุขภาพดี มุ่งเน้นผลลัพธ์ “การเกิดปลอดภัย และโตอย่างมีคุณภาพ” และกำหนดการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นวาระของอำเภอ คือ เด็กปาดัว ไอคิวเกิน100

2) ขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน หัวหน้าส่วนราชการ ต่างๆเป็นคณะกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือดูแลพี่น้องชาวปาดัว เราร่วมกันดำเนินงาน และขับเคลื่อนนโยบาย ต่างๆที่ได้รับการส่งต่อจากยุทธศาสตร์ของจังหวัดยโสธร ในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ หรือ พขอ.โดยการนำของท่านนายอำเภอ และมีหัวหน้าส่วนราชการ ร่วมเป็นคณะกรรมการ สาธารณสุขอำเภอเราเป็นเลขา เรามีแผนยุทธศาสตร์คือ ปาดัวเมืองสะอาด สุขภาพดี มีความปลอดภัย เรา มีการประชุมกัน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ในแต่ละประเด็นและกำหนด เจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อน คือ ประเด็นปาดัวเมืองสะอาด มีเจ้าภาพหลักคือ ท้องถิ่นอำเภอ ดูเรื่อง ส่งเสริมการลดปริมาณขยะ บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ประเด็นสุขภาพดี สาธารณสุขเราเป็นเจ้าภาพหลัก ซึ่งต้อง พิจารณาว่าจะขับเคลื่อนยังไงให้เด็กปาดัว ไอคิวเกิน 100 และประเด็นสุดท้ายก็เป็นเรื่องปลอดภัย อันนี้ ก็จะมีปกครองเป็นเจ้าภาพ”

3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ เป็น ลายลักษณ์อักษร มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการชัดเจน มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน และมีการกำหนด เจ้าภาพหลักในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างชัดเจน ในรูปแบบของคณะกรรมการในแต่ละ ประเด็น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “ประเด็นสุขภาพดี (เด็กปาดัว ไอคิวเกิน100) ภาคีเครือข่ายเข้า มามีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานด้วยความสมัครใจ มีการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดบทบาทของ แต่ละภาคีเครือข่ายดังนี้

|                    |                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| ระยะตั้งครรภ์-3 ปี | สาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก                                    |
|                    | ท้องถิ่น สนับสนุนนมจืด ไข่                                                       |
|                    | กศน. จัดกิจกรรมเลี้ยงลูกด้วยหนังสือ                                              |
| ระยะ 3-5 ปี        | สาธารณสุข ร่วมพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐาน 4 D /EF                          |
|                    | ท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพครู อาหารกลางวันเด็ก แปรงสีฟัน และอื่นๆ |
|                    | กศน. จัดกิจกรรม อ่าน เล่น ทำงาน”                                                 |

4) การจัดอัตรากำลังและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอป่าติ้ว มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า 1 งาน มากที่สุด 4 งาน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มากที่สุด 6 ปี และมี 1 คน ที่มีประสบการณ์ เพียง 6 เดือน ซึ่งเป็นข้าราชการที่บรรจุใหม่ ทุกคนได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ พชอ. ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่ง “เพิ่งมาทำงาน แรกๆเหมือนจะไม้อะไรเท่าไรหรอก แต่พอ สสจ.จัดอบรม Triple P” “สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะมีการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกปี”

“เป็นคนที่นี่ จึงย้ายกลับมาทำงานที่บ้าน เพิ่งไปอบรมเรื่องพัฒนาการเด็กที่เขต 10 มาค่ะ” “เมื่อต้นปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดอบรม เจ้าหน้าที่และครูในเรื่อง มาตรฐาน 4D และปีที่แล้วก็อบรมเรื่องการพัฒนา EF ด้วยกิจกรรม อ่าน เล่น และทำงาน”

5) ระบบติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน มีการจัดทำทะเบียนจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เช่น ทะเบียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เด็ก 0-5 ปี ประจำหมู่บ้าน ส่งรายงาน รพ.สต.เดือนละ 1 ครั้ง ระบบการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เดือนละ 1 ครั้ง การรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านระบบรายงานกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มไลน์, ระบบรายงานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอป่าติ้ว มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงาน และขั้นตอนการส่งต่อส่งต่อข้อมูล เป็นลายลักษณ์อักษร มีการเยี่ยมเสริมพลัง ในรูปแบบของคณะอนุกรรมการ ไตรมาสละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน และมีการประเมินผลการดำเนินงานด้วยวิธีการวิจัย การสรุปและถอดบทเรียน

### 3.การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10

#### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 30.71 รองลงมา อายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี ร้อยละ 22.05 อายุน้อยที่สุดคือ ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 1.57 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83

#### ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครอง

ผลการศึกษา พบว่า จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ปกครองมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 8.07 คะแนน S.D.=1.8 แสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี โดยมีผู้ปกครองเพียงร้อยละ 10.3 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองจำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ

| ระดับพฤติกรรม            | ช่วงคะแนน       | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------|-----------------|-------|--------|
| ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)    | 8 คะแนนขึ้นไป   | 79    | 62.7   |
| ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)   | 6-7 คะแนน       | 34    | 27.0   |
| น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) | ต่ำกว่า 6 คะแนน | 13    | 10.3   |
| รวม                      |                 | 126   | 100    |

คะแนนเต็ม 10 คะแนน ต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน เฉลี่ย 8.07 คะแนน และ S.D.=1.8

#### ระดับการรับรู้ของผู้ปกครองของผู้ปกครอง

ผลการศึกษา พบว่า จากคะแนนการรับรู้เต็ม 15 คะแนน ผู้ปกครองมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 10.81 คะแนน S.D.1.95 แสดงว่ามีการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยมีผู้ปกครองเพียงร้อยละ 26.2 เท่านั้นที่มีการรับรู้ในระดับน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองจำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ

| ระดับการรับรู้           | ช่วงคะแนน       | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------|-----------------|-------|--------|
| ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)    | 12 คะแนนขึ้นไป  | 41    | 32.5   |
| ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)   | 9-11 คะแนน      | 52    | 41.3   |
| น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) | ต่ำกว่า 9 คะแนน | 33    | 26.2   |
| รวม                      |                 | 126   | 100    |

คะแนนเต็ม 15 คะแนน ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน เฉลี่ย 10.81 คะแนน และ S.D.=1.95

#### 7.สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เทคนิค 4 ช. ชวน เชื่อม แพร่ ชื่นชม เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ขับเคลื่อนงานหรือนำนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปแบบของคณะกรรมการ มีคำสั่งชัดเจน มีการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน มีการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงาน สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน มีการดำเนินงานแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมทั้งทรัพยากร บุคลากร และรับผลงานร่วมกัน ทั้งนี้การที่ภาคีเครือข่ายหรือชุมชนจะเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างจริงจังหรือระดับใดนั้น ชุมชนหรือภาคีเครือข่ายต้องรับรู้และเข้าถึงข้อมูลต่างๆในทุกขั้นตอนหรือทุกกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระดับการมีส่วนร่วมของ ธเรศ ศรีสถิต ที่นำเสนอระดับของการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ 2) การให้คำปรึกษาหารือ หรือการรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ 3) การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน 4) ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอน 5) การมอบอำนาจการตัดสินใจหรือการให้อำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสุดท้าย<sup>(6)</sup> และสอดคล้องกับผลการวิจัยของชูศักดิ์ ยืนนาน และคณะ ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กรณีศึกษาการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเหนือ พบว่า การดำเนินงานต้นแบบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโต และการดูแลสุขภาพช่องปาก 1) ด้านบริบท พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือมีการดำเนินงานตามนโยบายความร่วมมือในพื้นที่ การจัดการด้านสถานที่และบุคลากรให้เหมาะสม ระบบบริการมีความ

ชัดเจน การประยุกต์ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า การใช้งบประมาณภายในและภายนอกความร่วมมือของหน่วยงานชุมชน ประสพการณ์ของบุคลากรมีประสบการณ์เพียงพอ ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็น และร่วมทำแผนฝ่ายการพัฒนาภาวะสุขภาพสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) ด้านกระบวนการ พบว่า มีคณะกรรมการ การดำเนินกิจกรรมเชิงรุก 4) ด้านผลผลิต พบว่ามีการดำเนินการตามแผน และมีการถอดบทเรียน ตามขั้นตอน และเด็กมีการดูแลตามมาตรฐาน<sup>(7)</sup>

กระบวนการขับเคลื่อนงานและการสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่น ระดับเขตสุขภาพที่ 10 จากผลการวิจัย สรุปกระบวนการขับเคลื่อนงานได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การกำหนดนโยบายและวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ มีลักษณะเป็นเชิงมาตรการ ซึ่งกำหนดเป้าหมายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติมีความเข้าใจสามารถนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับนโยบายและบรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ได้ สอดคล้องกับแนวคิดการกำหนดนโยบาย ของสมการ สิโล ที่กล่าวว่านโยบายของผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานสำเร็จหรือบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ โดยเฉพาะนโยบายที่เกิดจากสภาพปัญหาในพื้นที่ มีลักษณะเป็นเชิงมาตรการและนโยบายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน เนื่องจากทีมหรือภาคีเครือข่ายมีความตระหนัก รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ผู้บริหารให้ความสำคัญ ผู้ปฏิบัติหรือทีมทราบทิศทางในการดำเนินงาน จะส่งผลให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จหรือบรรลุวัตถุประสงค์<sup>(8)</sup>

2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในรูปแบบคณะกรรมการ การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมจากทีม ซึ่งประธานและเลขา มีบทบาทสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหรือกรรมการ ประธานมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติ เลขาการคือผู้บริหารจัดการหรือประสานการดำเนินงานกับคณะกรรมการ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หากการประสานงานดีมีความชัดเจน การดำเนินงานต่างๆก็มีโอกาสจะบรรลุวัตถุประสงค์

3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จากผลการศึกษาที่พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่โดยยึดภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงาน กำหนดเจ้าภาพหลักเจ้าภาพรอง จัดทำเป็นคำสั่งและลงนามโดยนายอำเภอ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดในระดับพื้นที่และทำหน้าที่ประธาน มีเลขาการคือ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีความรู้ความชำนาญด้านการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง เป็นผู้เชื่อมประสานงาน ทำให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์ของสมบัติ นามบุรี พบว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด การสื่อสารสองทางระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือองค์กร ในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือ หลายกิจกรรมทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันของกลุ่ม และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคี ความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย<sup>(9)</sup>

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถพร้อมปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาพรวมของจังหวัด โดยขอบเขตเนื้อหาสอดคล้องกับปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก นอกจากนี้บุคลากรส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ ทำให้การจัดกิจกรรมและวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก วางแผนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้ตรงจุด สอดคล้องกับการศึกษาของมุลี แสนใจ และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบ

การดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง พบว่า การจัดอัตรากำลัง การกำหนดสมรรถนะ การประเมินและพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความรู้ความชำนาญ เป็นปัจจัยความสำเร็จซึ่งนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง<sup>(10)</sup>

5) ระบบติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน การกำกับติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังร่วมกันของภาคีเครือข่าย ในรูปแบบของคณะกรรมการ ทำให้ภาคีเครือข่ายมีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติร่วมดำเนินงาน บรรลุตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์ของสมบัติ นามบุรี พบว่า การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดการรับฟังความคิดเห็น การเกี่ยวข้องและร่วมดำเนินการกิจกรรมต่างๆอย่างยั่งยืน<sup>(11)</sup>

การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี ในพื้นที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร กระบวนการสร้างการรับรู้ประกอบด้วยการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติทันที และนำไปปฏิบัติต่อบ้าน มีการติดตามผ่านกลุ่มไลน์ ผู้ปกครองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก 2-5 ปี อยู่ในระดับดี (เฉลี่ย 8.07 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) และการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 10.07 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) อภิปรายได้ว่าผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูบางส่วนเป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งมีการกิจที่บ้านหลายภารกิจ จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติชัย บุชรากัม ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัย (0-5ปี) โดยใช้ FAN for baby พบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้ปกครองที่ร่วมกิจกรรมส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) โดยใช้ FAN for baby Model แสดงความเห็นมากที่สุดคือ ผู้ปกครองไม่มีเวลา (ร้อยละ 44) รองลงมาคือเด็กอยากเล่นมากกว่านั่งฟัง ไม่อยู่เฉย (ร้อยละ 19) และเด็กสนใจในระยะเวลาสั้น ๆ (ร้อยละ 16)<sup>(11)</sup>

## 8.ข้อเสนอแนะ

### 8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

การพัฒนาหรือส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้เจริญเติบโตดี มีพัฒนาการสมวัย ตามรูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในพื้นที่ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เทคนิค 4 ช. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ทุกกลุ่มวัย เนื่องจากเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและใช้ครอบครัวชุมชนเป็นฐาน ทำให้สามารถส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาได้สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีโอกาสที่การดำเนินงานจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้การดำเนินงานจะมีความเข้มแข็งและยั่งยืนหรือไม่ ขึ้นกับบุคคลที่ทำหน้าที่เลขาทีม ต้องมีทักษะในการประสานงาน ทักษะการบริหารจัดการ มีจิตบริการและมีมนุษยสัมพันธ์สามารถสื่อสารหรือสร้างแรงจูงใจให้ภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงานอย่างสมัครใจ

### 8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลรูปแบบดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตโดยใช้เทคนิค 4 ช. สู่พื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ 10

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

## 9.เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ฉบับข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nscr.nesdc.go.th/ns/>
2. วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์. สมอของเด็กรุ่นวัย และความจำเป็นในการพัฒนาทักษะสมอ EF 2021 [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rlg-ef.com/>

3. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2565]; 20-23. เข้าถึงได้จาก: <https://planning.anamai.moph.go.th/>
4. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. รายงานสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก 5 ปีย้อนหลัง. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี; 2565.
5. พิชิต ฤทธิ์จรูญ. การประเมินโครงการ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ : บริษัท แฮาส์ ออฟ เคอร์มิส จำกัด; 2562.
6. ธเรศ ศรีสถิต. เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 12 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://phichit.labour.go.th/attachments/article.PDF>
7. ชุศักดิ์ ยืนนาน, ศรีสุตา งามขำ, อรุณศรี มงคลชาติ. การศึกษาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กรณีศึกษาการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเหนือ. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2565]; ปีที่5(ฉบับที่1):168-183. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/168-183/176275>
8. สมภาร ศีโล. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ.วารสารวิชาการศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 13 ม.ค. 2566]; ปีที่10(ฉบับที่2):1-9. เข้าถึงได้จาก: [https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JAS\\_CPRU/issue/view/17165](https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JAS_CPRU/issue/view/17165)
9. สมบัติ นามบุรี. ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. วารสารวิจัยวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2566]; ปีที่2(ฉบับที่ 1):183-197. เข้าถึงได้จาก: <http://so06.tci-thaijo.org/index.php/jra/article/view/179213/128700>
10. มลลื แสนใจ, วิภาวดี พิพัฒน์กุล, นกชชล รอดเที่ยง, อุมพร สังข์ฤกษ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดาในเขตภาคอีสานตอนล่าง; 2561.
11. กิตติชัย บุษราคัม. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการอ่านในเด็กปฐมวัย (0-5ปี) โดยใช้ FAN for baby; 2564.

## บทความวิจัย

### การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระบบบำบัดสิ่งปนเปื้อนแบบลานทรายกรองของ เทศบาลตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีกับ องค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

สุรทิน หมั่นอินทร์<sup>1\*</sup>

วัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์<sup>2</sup>

(วันรับบทความ 18 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ 20 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 2567)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อเปรียบเทียบการจัดการสิ่งปนเปื้อนด้วยระบบบำบัดแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่างให้เทศบาลดำเนินการกับมอบเอกชนดำเนินการ ศึกษาช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2567 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) สุ่มตัวอย่างตรวจจำนวนไข่นอนพยาธิ และแบคทีเรียอีโคไลจากระบบบำบัดสิ่งปนเปื้อนในน้ำทิ้งสุ่มให้ได้ 3 ลิตร เก็บส่งตรวจไข่นอนพยาธิ 1 ลิตร ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 มิลลิตรในกากตะกอนสุ่ม 10 จุดๆละ 100 กรัม มาคลุกรวมเป็น 1 กอง เก็บส่งตรวจไข่นอนพยาธิ 400 กรัม ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 กรัม 2) ประเมินการรับรู้และความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปนเปื้อนโดยเลือกเจาะกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนที่อยู่บริเวณรอบบ่อบำบัดสิ่งปนเปื้อนกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ละ 123 คน 2 แห่ง รวม 246 คน เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบน เปรียบเทียบการรับรู้และความพึงพอใจระหว่างเทศบาลกับเอกชนดำเนินการด้วยสถิติ t-test independent

ผลการศึกษา พบว่า พื้นที่เทศบาลตำบลบ้านกอกและองค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน มีสิ่งส่งตรวจในน้ำทิ้งไม่พบไข่นอนพยาธิ และปริมาณแบคทีเรียอีโคไลน้อยกว่าเกณฑ์กำหนด ( $< 0.1$ , 780 MPN ต่อ 100 มิลลิตร) ในกากตะกอนไม่พบไข่นอนพยาธิทั้งสองพื้นที่ และการส่งตรวจปริมาณแบคทีเรียอีโคไลพบว่า บ่อบำบัดของเทศบาลตำบลบ้านกอกมีค่า  $< 0.1$  MPN ต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง) ผ่านตามเกณฑ์กำหนด แต่บ่อบำบัดในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลพังเคนที่เป็นดำเนินการของเอกชน พบปริมาณแบคทีเรียอีโคไล เท่ากับ 3,300 MPN ต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง) เกินค่ากำหนด ( $< 1,000$  MPNต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง)) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้และความพึงพอใจระหว่างเทศบาลดำเนินการกับให้เอกชนดำเนินการ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ประชาชนมีการรับรู้และความพึงพอใจในพื้นที่เอกชนดำเนินการมากกว่าการดำเนินการของเทศบาล

**คำสำคัญ:** ระบบบำบัดสิ่งปนเปื้อน ระบบบำบัดแบบลานทรายกรอง การกำจัดสิ่งปนเปื้อน

<sup>1,2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: surathin.ubon@gmail.com

## Research article

# A comparative study of the effectiveness of the sand filter yard sewage treatment system of Ban Kok Subdistrict Municipality, Khueang Nai District and Phang Ken Subdistrict Administrative Organization, Natan District, Ubon Ratchathani Province.

Suratin Muenindra<sup>1\*</sup>

Watcharin Gruaysawat<sup>2</sup>

(Received: June 18 2024; Revised: June 20 2024; Accepted: June 21 2024)

## Abstract

This research is a cross-sectional survey research aimed at compared the management of wastewater treatment using sand filter between two areas: one managed by the municipality and by a private entity. The study was conducted from 2023 December 1 to 2024 April 30, and consisted of two parts: 1) Random sampling and testing for parasite eggs and E. coli bacteria from the wastewater treatment system: Sampling 3 liters of wastewater samples were randomly collected for parasite egg testing (1 liter) and E. coli testing (100 milliliters) from sedimentation tanks at 10 points, each point with 100 grams of sediment, aggregated into one sample. A composite sample of 400 grams was collected for parasite egg testing and 100 grams for E. coli testing. 2) Assessing perception and satisfaction regarding waste management: Selecting a targeted sample from households living near the treatment facilities, A targeted sample group of 123 individuals per area (246 individuals total) from households near the wastewater treatment ponds. Data collected via interviews and questionnaires, analyzed statistically using methods including percentage, mean, standard deviation, and t-test to compare perception and satisfaction between municipal and private entity management.

The study found that in the municipal area of Subdistrict Municipality and Pangken Subdistrict Administrative Organization, no parasite eggs were detected, and E. coli levels were below the standard ( $< 0.1$ , 780 MPN per 100 milliliters). Sediment samples did not reveal any parasite eggs in both areas. However, E. coli testing showed that the municipal wastewater treatment in Ban Kok had levels below 0.1 MPN per gram (dry weight), meeting the standards. In contrast, the privately managed treatment in Ob T. Pang Ken exceeded the standard with 3,300 MPN per gram (dry weight), exceeding the 1,000 MPN per gram (dry weight) limit. When comparing perception and satisfaction between municipal management and private entity management, statistically significant ( $P < 0.001$ ). The public perceives and expresses greater satisfaction with privately managed areas compared to municipal operations.

**Keywords:** sewage treatment system, sand filter yard sewage treatment system, sewage disposal

<sup>1,2</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level, Provincial Public Health Office of Ubon Ratchathani.

\* Corresponding Author Email: surathin.ubon@gmail.com

## 1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุของการก่อโรคมะเร็งหลายชนิดขึ้นกับลักษณะของแต่ละภูมิภาคประเทศและองค์การอนามัยโลก<sup>(1)</sup> ได้จัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับจะทำให้ท่อน้ำดีเกิดการอักเสบเรื้อรังและเกิดการอุดตันของท่อน้ำดีในตับจากตัวและไข่ของพยาธิ ส่งผลให้เกิดภาวะตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง (โรคดีซ่าน) แน่นท้อง และมีน้ำในท้องท้องมาน และประเทศไทย มีการรายงานความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2560 2562 และ 2564 พบระดับประเทศ ร้อยละ 11.8, 7.5 และ 7.3 ตามลำดับ ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 25.5, 12.1 และ 15.2 ตามลำดับ และรายงานพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ร้อยละ 90 จากการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดชนิดที่มีเกล็ดที่มีตัวอ่อนของพยาธิ ที่มีกระบวนการปรุงไม่เหมาะสม ทำให้คนที่รับประทานเข้าไปในร่างกาย เกิดการกระจายเชื้อพยาธิและการเจริญเติบโตของพยาธิตัวเต็มวัยในอาศัยบริเวณท่อน้ำดีของตับคน ตามวงจรการติดเชื้อหนอนพยาธิใบไม้ตับ<sup>(2)</sup> อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก มีรายงานการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่พบได้ในทุกช่วงอายุตั้งแต่ในเด็กเล็กไปจนถึงในผู้สูงอายุโดยช่วงอายุที่พบโรคได้สูงสุด คือ ระหว่างอายุ 55-64 ปี พบในเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คนที่ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีต้องใช้ต้นทุนในการรักษาสูงมากถึงประมาณ 5 แสนบาทต่อคน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก เนื่องจากจะพบผู้ป่วยกลายเป็นมะเร็งในระยะท้ายๆ<sup>(2)</sup> การเป็นพยาธิใบไม้ตับเรื้อรังหรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี<sup>(1)</sup> หลักการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีทั้งจัดการด้านพฤติกรรมเสี่ยงของคน และจัดการด้านสิ่งแวดล้อม คือ ป้องกันไม่ให้ไข่พยาธิตกลงไปสู่ดินและในแหล่งน้ำ โดยการถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่มีการกักเก็บสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและเมื่อส้วมเต็มมีการสูบสิ่งปฏิกูลไปบำบัดหรือกำจัดอย่างถูกวิธีจะไม่มีแพร่กระจายของพยาธิ<sup>(3)</sup> และสิ่งปฏิกูลตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม หมวดที่ 3 การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย<sup>(4)</sup> ได้ให้คำนิยามสิ่งปฏิกูล คือ อุจจาระหรือปัสสาวะและหมายความรวมถึงสิ่งอื่นใดซึ่งเป็นสิ่งโสโครกและมีกลิ่นเหม็น การจัดการสิ่งปฏิกูล เป็นกระบวนการดำเนินการตั้งแต่ การเก็บกัก รวบรวม ขนส่ง และการนำสิ่งปฏิกูลมาทำการปรับปรุงหรือแปรสภาพให้ปราศจากเชื้อโรคและสภาพอันน่า รังเกียจ การจัดการสิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาลมีหลากหลายวิธี แต่ละวิธีมีความแตกต่างกันตามราคาในการลงทุน ประสิทธิภาพของการบำบัด และผลที่เกิดขึ้น สิ่งปฏิกูลมีองค์ประกอบทางด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพ มีองค์ประกอบของเชื้อโรค แบคทีเรีย และไข่หนอนพยาธิ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตอยู่ของเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคและไข่จากพยาธิจากลำไส้ในตะกอนปฏิกูลมี 3 ปัจจัยหลัก คือ ระยะเวลาในการหมักในสภาวะที่ไม่เติมอากาศ แสงแดด และความแห้งในการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลว่าสามารถทำลาย พยาธิลำไส้และเชื้อโรคได้ จะใช้ไข่พยาธิไส้เดือนกลม (Ascaris Egg) เป็นตัวชี้วัด เพราะไข่พยาธิไส้เดือนกลมเป็นตัวที่ทำให้เกิดโรคที่ออกมากับอุจจาระ มีความทนทานมากที่สุดที่จะมีชีวิตรอดอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปีต้องการออกซิเจนในปริมาณน้อยเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ และสามารถมีชีวิตอยู่ได้ใน สภาวะไร้ออกซิเจน<sup>(4)</sup> และจากการศึกษาของอดัม เชื้อน้อย<sup>(5)</sup> พบว่า การหมักอุจจาระที่ได้จากกรดชุดสั้วของกรุงเทพมหานครในระบบไม่เติมอากาศ เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงของระบบทางเดินอาหารจะตาย ภายในระยะเวลา 28 วัน และสมบัติ อยู่ตระกูล<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาการดำรงอยู่ของไข่พยาธิไส้เดือนกลม ภายใต้กระบวนการหมักแบบไม่ใช้ออกซิเจน พบว่า ไข่พยาธิไส้เดือนกลมจะตายหมดหรือไม่สามารถเจริญไปเป็นระยะติดต่อได้หลังจากอยู่ในถังหมักนาน 45 วัน และระยะเวลาของการหมักนานจะมีอิทธิพลต่อการตายของไข่พยาธิไส้เดือนกลมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการหมักสิ่งปฏิกูลให้ปราศจากเชื้อโรคหรือค่อนข้างปราศจากเชื้อโรคนั้นจะต้องมีการจัดการที่ดี โดยในถังหมักจะต้องได้อุณหภูมิและเวลาที่เหมาะสม และจากรายงานการศึกษาหลายรายการการหมักตะกอนที่มีไข่พยาธิไส้เดือนในสภาวะที่มีออกซิเจน และปราศจากออกซิเจนอัตราการอยู่รอดของ

ไขพยาธิไส้เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและอุณหภูมิมีผลต่อการทำลายไขหนอนพยาธิไส้เดือน โดยในสภาวะที่มีออกซิเจนจะใช้อุณหภูมิสูงกว่าในสภาวะไร้ออกซิเจน<sup>(7)</sup> และมาตรฐานตามกฎหมายกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561<sup>(8)</sup> ได้กำหนดสุขลักษณะของการบำบัดหรือกำจัดสิ่งปฏิกูลไม่ว่า จะใช้วิธีการใด การนำน้ำทิ้งและกากตะกอนที่ผ่านการบำบัดหรือกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้ว ไปใช้ประโยชน์ทาง การเกษตรหรือก่อนนำออกจากระบบน้ำทิ้งและกากตะกอนต้องได้มาตรฐานปริมาณไขหนอนพยาธิและ แบคทีเรียอีโคไลต้องตรวจพบไขหนอนพยาธิ น้อยกว่า 1 จำนวน/กรัมหรือลิตร แบคทีเรียอีโคไล (Escherichia Coli Bacteria) น้อยกว่า 1,000 MPN/100 ml<sup>(5)</sup> และจังหวัดอุบลราชธานี นำระบบบำบัด สิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองมาใช้จัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ทั้งหมด แยกเป็นอำเภอที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 11 อำเภอ จำนวนระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 14 ระบบ และมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ใช้งานได้ จำนวน 9 ระบบ โดยมีการบริหารจัดการทั้งของเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัด อุบลราชธานี โดยการมอบเอกชนดำเนินการ จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบงานการจัดการสิ่งปฏิกูล กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงสนใจพื้นที่ 2 แห่งที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีปริมาณการกำจัดสิ่งปฏิกูลเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจเกิดความ เสี่ยงต่อค่าพารามิเตอร์ที่สำคัญต่อมาตรฐานการดำเนินการและการรับรู้ของผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ รอบๆบริเวณระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ทั้งนี้ ใช้การศึกษา เปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล แบบลานทรายกรอง พื้นที่เทศบาลตำบล ที่ดำเนินการเก็บ ขน กำจัดสิ่งปฏิกูลเองกับพื้นที่องค์การบริหาร ส่วนตำบล ซึ่งมอบเอกชนบริการดำเนินการเก็บ ขน กำจัดสิ่งปฏิกูล จะเป็นข้อมูลในการนำมาวางแผนใน การเฝ้าระวังและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ให้ได้ตามมาตรฐานต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองของเทศบาล ตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุบลราชธานี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

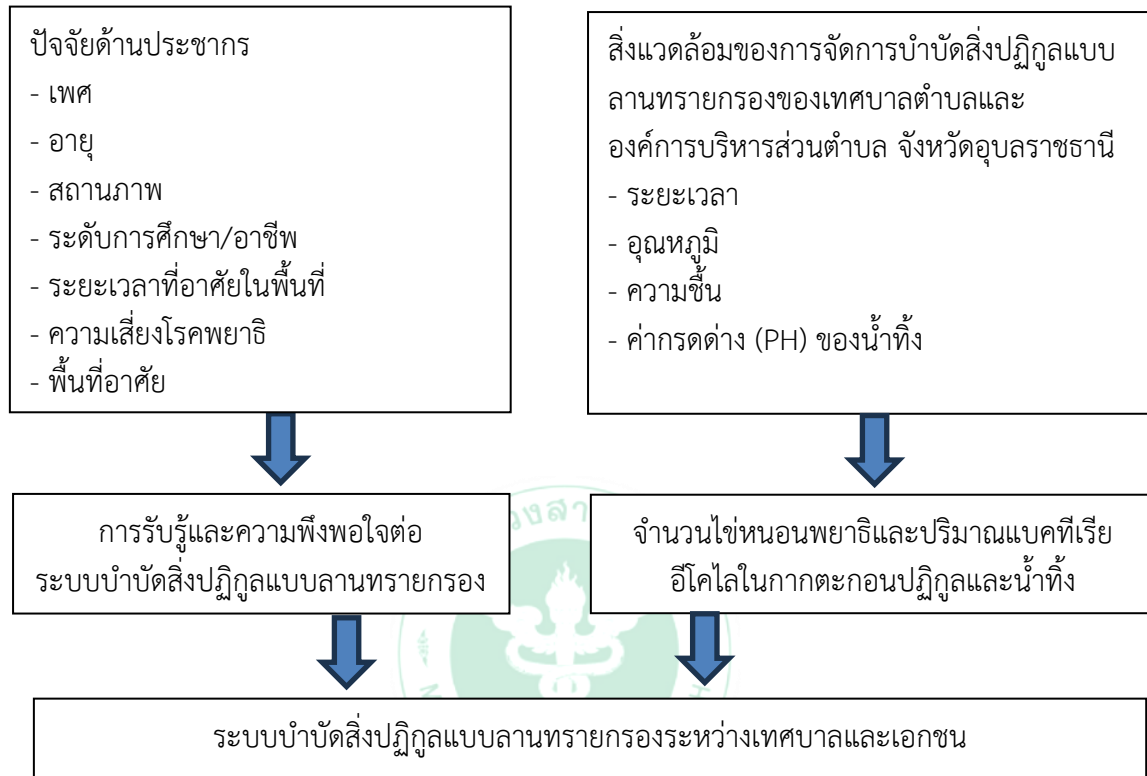
1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล แบบลานทรายกรอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วย ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ

## 3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบ ลานทรายกรอง ได้แก่ อุณหภูมิ ความชื้น ค่าความเป็นกรดต่าง ระยะเวลาการหมักและตากกากตะกอน ปฏิกูลมีผลต่อจำนวนไขหนอนพยาธิและปริมาณแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในน้ำทิ้งและกาก ตะกอนปฏิกูล

3.2 การจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่าง เทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการมีผลต่อการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่

#### 4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัดแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่งระหว่างเทศบาลดำเนินการกับมอบเอกชน ศึกษาช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 – 30 เมษายน 2567 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

5.1) ส่วนที่ 1 เป็นการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของ 2 พื้นที่ โดยการสุ่มตัวอย่างตรวจจำนวนไขหนองพยาธิ และแบคทีเรียอีโคไลจากระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในน้ำทิ้งสุ่มให้ได้ 3 ลิตร เก็บส่งตรวจไขพยาธิ 1 ลิตร ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 มิลลิตรในกากตะกอนสุ่ม 10 จุด จุดละ 100 กรัม มาคลุกรวมเป็น 1 กอง เก็บส่งตรวจไขพยาธิ 400 กรัม ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 กรัม

5.2) ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

**ประชากร** คือ ประชาชนที่เป็นสมาชิกของครัวเรือนในพื้นที่ของหมู่บ้านที่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเทศบาลตำบลบ้านกอกอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

**กลุ่มตัวอย่าง** เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 123 ครัวเรือนต่อพื้นที่ โดยอาศัย เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ครัวเรือนที่อาศัยอยู่รอบๆ สถานที่ตั้งระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในรัศมี 200 เมตร 2) ครัวเรือนดังกล่าว ใช้บริการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล 3) ผู้ให้ข้อมูลในตัวแทนของครัวเรือนนั้นๆ ต้องมีอายุ 15 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ ช่วงระหว่างออกเก็บข้อมูล ไม่มีคนอยู่ในหลังคาเรือนเป้าหมาย

### การเก็บตัวอย่างในการเก็บตัวสุ่มตรวจจำนวนไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล ดังนี้

1. น้ำทิ้งจากระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลสุ่มให้ได้ 3 ลิตร เก็บส่งตรวจไข่นอนพยาธิ 1 ลิตร ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 มิลลิลิตร
2. กากตะกอนจากลานทรายกรอง สุ่ม 10 จุด จุดละ 100 กรัม มาคลุกรวมเป็น 1 กอง เก็บส่งตรวจไข่นอนพยาธิ 400 กรัม ส่งตรวจแบคทีเรียอีโคไล 100 กรัม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการรับรู้การจัดการสิ่งปฏิกูลแบบระบบลานทรายกรองและความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบระบบลานทรายกรอง สร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้การจัดการสิ่งปฏิกูลแบบระบบลานทรายกรอง ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบระบบลานทรายกรอง ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ใช้ในการบันทึกค่าต่าง ๆ ได้แก่ จำนวนวันตาก ค่าอุณหภูมิ ค่าความชื้น ความเป็นกรด-ด่างของน้ำทิ้งและกากตะกอน และการลงผลการตรวจไม่พบ ไข่นอนพยาธิและปริมาณแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองสุ่มใช้กับประชาชนใน เขตองค์การบริหารส่วนตำบลโนนกาเียน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน นำมาหาความเที่ยงตรงโดย ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ด้านการรับรู้-เท่ากับ 0.96 และ ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.90 ระดับความเชื่อมั่นโดยรวมของเครื่องมือเท่ากับ 0.93

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

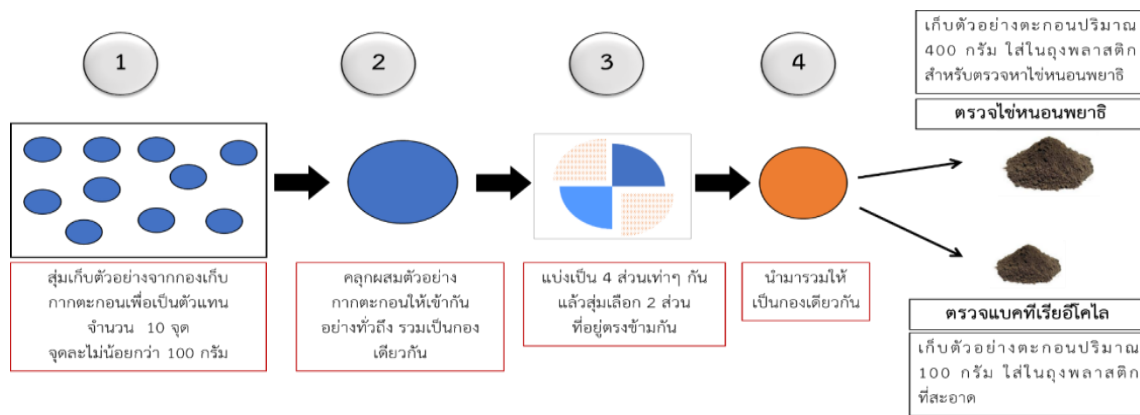
#### 1. วิธีการสุ่มตัวอย่างส่งตรวจ

1.1 วัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย 1) ขวดแก้วขนาดความจุ 125 มิลลิลิตร ที่ผ่านการฆ่าเชื้อที่ อุณหภูมิ 160-180 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ภายในมีสารละลายโซเดียมไฮโอซัลเฟตเข้มข้น ร้อยละ 10 ปริมาตร 0.1 มิลลิลิตร หุ้มจุก ขวดด้วยกระดาษอลูมิเนียม และบรรจุในกระป๋องทำด้วย เหล็กกล้าไร้สนิม สำหรับเก็บตัวอย่างน้ำทิ้งตรวจ วิเคราะห์แบคทีเรียอีโคไล 2) ขวดแก้วขนาดความจุ 1 ลิตร สำหรับเก็บตัวอย่างน้ำวิเคราะห์ไข่นอนพยาธิ 3) ถุงพลาสติกที่สะอาด และยางรัด 4) อุปกรณ์ เก็บตัวอย่างกากตะกอนสิ่งปฏิกูล 5) เทอร์โมมิเตอร์ 6) เครื่องวัดความเป็นกรดต่างแบบดิจิทัล 7) เครื่องวัด ความชื้น

#### 1.2 การเตรียมตัวอย่างสิ่งปฏิกูล

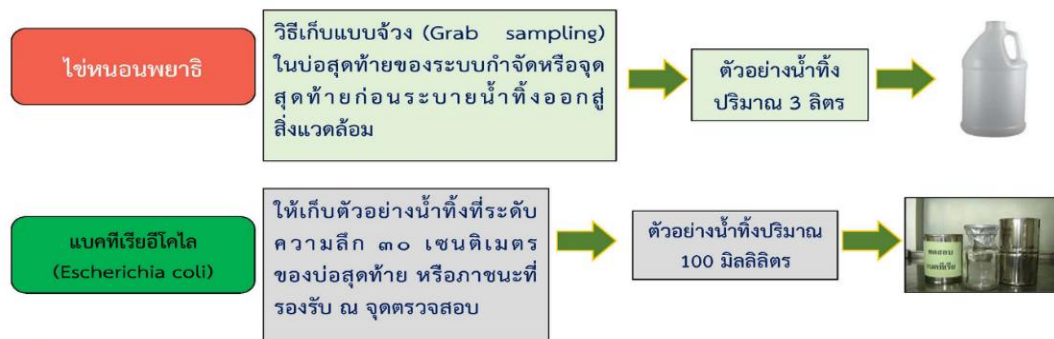
1) ผู้วิจัยเลือกบ่อสุดท้ายที่ผ่านการบำบัดโดยน้ำยาฆ่าเชื้อโครอรีน ทำการเตรียมพื้นที่โดยเชิญ ผู้รับผิดชอบและดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลและประชาชนที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 พื้นที่ กำหนดหลักเกณฑ์ ห้วงวันเวลาเก็บทั้งหมดโดยมีรถนำสิ่งปฏิกูลมาเทจำนวน 1 คัน ในแต่ละพื้นที่ 2 แห่ง เมื่อนำสิ่งปฏิกูล ทิ้งในบ่อ จากนั้นทำการบำบัดสิ่งปฏิกูลในบ่อบำบัดเป็นเวลา 18 วัน ระหว่าง 1-18 เมษายน 2567 ในวันที่ 10 ของการบำบัดจะนำกากตะกอนบางส่วนไปตากที่ลานตากกากตะกอน

## 2) สุ่มตัวอย่างกากตะกอนเพื่อวิเคราะห์จำนวนไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่างตะกอน

และสุ่มตัวอย่างจากน้ำทิ้งเพื่อวิเคราะห์จำนวนไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การสุ่มตัวอย่างน้ำทิ้ง

3) ดำเนินการสุ่มลงเก็บตัวอย่างกากตะกอนปฏิกูลที่อยู่ในบ่อบำบัด ในวันที่ 14 ของพื้นที่เทศบาลและวันที่ 16 ของพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ได้จำนวน 4 ตัวอย่าง และดำเนินการเก็บตัวอย่างกากตะกอนปฏิกูลที่ตกในลานตากที่ผ่านบำบัดโดยแสงแดดอุณหภูมิร้อนวัดความชื้นในวันที่ 18 จำนวน 4 ตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ จากนั้นตรวจวัดความชื้นของกากตะกอน ดำเนินการเก็บตัวอย่างกากตะกอนส่งปฏิกูลจากระบบบำบัดและจากลานตากกากตะกอนด้วยวิธีเครื่องมือภาคสนาม จำนวน 2 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวอย่างเดียวกับดำเนินการเก็บตัวอย่างกากตะกอนตรวจไข่นอนพยาธิกับตรวจแบคทีเรียอีโคไล วันที่ 18 รวมจำนวน 4 ตัวอย่าง สำหรับกากตะกอนที่อยู่ในบ่อบำบัดและกากตะกอนที่ตกในลานตาก และการตรวจวัดอุณหภูมิของกากตะกอน ผู้วิจัยและผู้ควบคุมดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลดำเนินการตรวจวัดอุณหภูมิของกากตะกอนด้วยเทอร์โมมิเตอร์ก่อน การเก็บตัวอย่างกากตะกอนส่งตรวจไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียอีโคไล บันทึก ข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการเก็บตัวอย่าง ดำเนินการตรวจวัดอุณหภูมิของกากตะกอนวันที่ 18 หลังจากจากเท ตากตะกอน ผ่านการ บำบัดดูแลระบบ รวมจำนวนตัวอย่างที่ตรวจวัด จำนวน 2 ตัวอย่าง ตรวจวัดความเป็นกรด-ด่างในน้ำทิ้ง และอุณหภูมิในน้ำทิ้ง

4) การประเมินการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถามการวิจัย แนวทางและวิธีการสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในครัวเรือน เป้าหมาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ กับประสิทธิภาพของระบบบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลผลตามเกณฑ์ค่ามาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนไข้หวัดใหญ่

2) การรับรู้และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ วัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลข้อมูลของตัวแปรระดับการรับรู้และตัวแปรระดับความพึงพอใจ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.40-3.00 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.80-2.30 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.70 หมายถึง ระดับน้อย

3) การเปรียบเทียบการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัด สิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ ด้วยสถิติ independent t-test

## 7. ผลการวิจัย

### 7.1) ผลการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอน

ผลตรวจวัดอุณหภูมิ ความชื้นและค่าความเป็นกรด-ด่าง พบว่า เทศบาลตำบลบ้านกอกใช้ระยะเวลาในการตาก จำนวน 14 วัน เมื่อเก็บตัวอย่างจากกากตะกอน พบความชื้นที่ ร้อยละ 4.7 อุณหภูมิที่ 39 องศาเซลเซียส และสิ่งส่งตรวจจากน้ำทิ้งมีค่า pH 7.04 อุณหภูมิที่ 12.8 องศาเซลเซียส ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจในน้ำทิ้งไม่พบ (Not found) ไข้หวัดใหญ่ และพบปริมาณแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia coli) ในปริมาณน้อย เท่ากับ <1.0 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ในส่วนของกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้วพบว่าไม่พบไข้หวัดใหญ่และแบคทีเรียอีโคไลในปริมาณน้อย เช่นเดียวกัน ซึ่งมีค่าเท่ากับ <1.0 MPN ต่อกรัม(น้ำหนักแห้ง) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ส่วน อบต.พังโคน (เอกชน)ใช้ระยะเวลาในการตาก จำนวน 16 วัน เมื่อเก็บตัวอย่างจากกากตะกอนพบความชื้น ร้อยละ 5.6 อุณหภูมิที่ 39 องศาเซลเซียส และสิ่งส่งตรวจจากน้ำทิ้งมีค่า pH 7.89 อุณหภูมิที่ 9.7 องศาเซลเซียส ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลพังโคน ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจในน้ำทิ้งไม่พบการปนเปื้อนของไข้หวัดใหญ่และมีปริมาณแบคทีเรียอีโคไล เท่ากับ 780 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ในส่วนของกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลแล้วพบว่าไม่พบ ไข้หวัดใหญ่เช่นกัน แต่พบปริมาณแบคทีเรียอีโคไล เท่ากับ 3,300 MPN ต่อกรัม(น้ำหนักแห้ง) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ <1,000 MPN ต่อกรัม(น้ำหนักแห้ง) ดังตารางที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 1 ผลตรวจวัดอุณหภูมิ ความชื้น ค่าความเป็นกรด-ด่าง จำแนกพื้นที่และชนิดแหล่งเก็บสิ่งปฏิกูล

| พื้นที่           | ระยะเวลาตาก | กากตะกอนสิ่งปฏิกูล |               | น้ำทิ้งสิ่งปฏิกูล |               |
|-------------------|-------------|--------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                   | จำนวนวัน    | ความชื้น (%)       | อุณหภูมิ (°C) | ค่า pH            | อุณหภูมิ (°C) |
| เทศบาลตำบลบ้านกอก | 14          | 4.7                | 39            | 7.04              | 12.8          |
| อบต.พังโคน        | 16          | 5.6                | 38            | 7.89              | 9.7           |

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ไข้หวัดใหญ่ จำแนกพื้นที่และชนิดแหล่งเก็บสิ่งปฏิกูล

| พื้นที่           | ค่าการตรวจพบไข้หวัดใหญ่ |          |                  |        |
|-------------------|-------------------------|----------|------------------|--------|
|                   | น้ำทิ้ง                 | กากตะกอน | ค่าเกณฑ์มาตรฐาน  | แปลค่า |
| เทศบาลตำบลบ้านกอก | ไม่พบ                   | ไม่พบ    | ไม่พบไข้หวัดใหญ่ | ผ่าน   |
| อบต.พังโคน        | ไม่พบ                   | ไม่พบ    | ไม่พบไข้หวัดใหญ่ | ผ่าน   |

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แบคทีเรียอีโคไล จำแนกพื้นที่และชนิดแหล่งเก็บสิ่งปฏิกูล

| พื้นที่           | ค่าการตรวจพบแบคทีเรียอีโคไล |                |      |                              |                              |          |
|-------------------|-----------------------------|----------------|------|------------------------------|------------------------------|----------|
|                   | น้ำทิ้ง                     | ค่าเกณฑ์       | แปล  | กากตะกอน                     | ค่าเกณฑ์                     | แปล      |
|                   | MPN/<br>100 ml              | มาตรฐาน        |      | MPN ต่อกรัม<br>(น้ำหนักแห้ง) | มาตรฐาน                      |          |
| เทศบาลตำบลบ้านกอก | <0.1                        | < 1,000        | ผ่าน | <0.1 MPN                     | < 1,000                      | ผ่าน     |
| อบต.พังเคน        | 780 MPN                     | MPN/<br>100 ml | ผ่าน | 3,300 MPN                    | MPN ต่อกรัม<br>(น้ำหนักแห้ง) | ไม่ผ่าน* |

7.2) การรับรู้และความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองของประชาชน

กลุ่มตัวอย่างเทศบาลตำบลบ้านกอก ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 52.0 อายุเฉลี่ย 54.63 ปี (S.D.= 14.46, สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.9 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 53.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.5 ระยะเวลาที่อาศัยเฉลี่ย 45.93 ปี (S.D.=21.18) อาศัยอยู่ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 93.5 และเคยมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 56.9 ดังตารางที่ 3

กลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 57.4 อายุเฉลี่ย 50.27 ปี (S.D.= 15.89) อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 28.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.6 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 59.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.3 ระยะเวลาที่อาศัยเฉลี่ย 48.27 ปี (S.D.= 16.58) อาศัยอยู่ 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 100.0 และเคยมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ร้อยละ 93.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเทศบาลตำบลบ้านกอกและองค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน

| ข้อมูลทั่วไป n= 246 |                            | ทต.บ้านกอก n=123 |          | อบต.พังเคน n=123 |         |
|---------------------|----------------------------|------------------|----------|------------------|---------|
|                     |                            | จำนวน            | ร้อยละ   | จำนวน            | ร้อยละ  |
| เพศ                 | ชาย                        | 59               | 48.0     | 52               | 42.6    |
|                     | หญิง                       | 64               | 52.0     | 70               | 57.4    |
| อายุ (ปี)           | $\bar{X}$ - S.D. (Min-Max) | 54.63-14.46      | (18 -89) | 50.27 - 15.89    | (16-90) |
|                     | น้อยกว่า 31                | 5                | 4.1      | 16               | 13.1    |
|                     | 31-40 ปี                   | 18               | 14.6     | 15               | 12.3    |
|                     | 41-50 ปี                   | 27               | 22.0     | 25               | 20.5    |
|                     | 51-60 ปี                   | 30               | 24.4     | 35               | 28.7    |
|                     | มากกว่า 60 ปี              | 43               | 35.0     | 31               | 25.4    |
| สถานภาพ             | โสด                        | 14               | 11.4     | 19               | 15.7    |
|                     | สมรส                       | 71               | 57.7     | 83               | 68.6    |
|                     | หม้าย/หย่า/แยก             | 38               | 30.9     | 19               | 15.7    |
| การศึกษา            | ไม่ได้เรียน                | 1                | 0.8      | 0                | 0.0     |
|                     | ประถมศึกษา                 | 70               | 56.9     | 60               | 49.6    |
|                     | ม.ตอนต้น                   | 15               | 12.2     | 19               | 15.7    |
|                     | ม.ตอนปลาย/ปวช.             | 20               | 16.3     | 28               | 23.1    |
|                     | อนุปริญญา/ปวส.             | 4                | 3.3      | 7                | 5.8     |
|                     | ป.ตรีขึ้นไป                | 13               | 10.6     | 7                | 5.8     |

| ข้อมูลทั่วไป n= 246                              |                              | ทต.บ้านกอก n=123   |        | อบต.พังเคน n=123    |        |
|--------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------|---------------------|--------|
|                                                  |                              | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| อาชีพ                                            | รับจ้างทั่วไป                | 15                 | 12.2   | 9                   | 7.4    |
|                                                  | เกษตรกร(ทำไร่ ทำนา ทำสวน)    | 66                 | 53.7   | 73                  | 59.8   |
|                                                  | ค้าขาย/ทำธุรกิจ              | 6                  | 4.9    | 21                  | 17.2   |
|                                                  | รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 17                 | 13.8   | 7                   | 5.7    |
|                                                  | นักเรียน/นักศึกษา            | 1                  | 0.8    | 8                   | 6.6    |
|                                                  | พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน   | 1                  | 0.8    | 0                   | 0.0    |
|                                                  | ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้านแม่บ้าน   | 17                 | 13.8   | 4                   | 3.3    |
| โรคประจำตัว                                      | ไม่มี                        | 83                 | 67.5   | 76                  | 62.3   |
|                                                  | มี                           | 40                 | 32.5   | 46                  | 37.7   |
| ระยะเวลาที่อาศัย (ปี) $\bar{X}$ - S.D. (Min-Max) |                              | 45.93-21.18 (1-85) |        | 48.27-16.58 (16-90) |        |
| น้อยกว่า 10 ปี                                   |                              | 8                  | 6.5    | 0                   | 0.0    |
| 10 ปี ขึ้นไป                                     |                              | 115                | 93.5   | 123                 | 100.0  |
| พฤติกรรมบริโภคปลาดิบ                             | ไม่เคย                       | 53                 | 43.1   | 8                   | 6.6    |
|                                                  | เคย                          | 70                 | 56.9   | 114                 | 93.4   |

เมื่อจำแนกตามระดับการรับรู้การจัดการสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรอง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างในเทศบาลตำบลบ้านกอก มีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.47, S.D.=0.37) ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในกลุ่มระดับมาก ร้อยละ 53.7 และอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

กลุ่มตัวอย่างในองค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.97, S.D.=0.11) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในกลุ่มระดับมาก ร้อยละ 99.2 ดังตารางที่ 5

เปรียบเทียบการรับรู้ของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ พบว่า การรับรู้ของประชาชนของพื้นที่ 2 แห่ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.001$  ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างตำบลบ้านกอก

| ระดับการรับรู้              | ทต.บ้านกอก n=123 |        |
|-----------------------------|------------------|--------|
|                             | จำนวน            | ร้อยละ |
| รับรู้น้อย                  | 3                | 2.4    |
| รับรู้ปานกลาง               | 54               | 43.9   |
| รับรู่มาก                   | 66               | 53.7   |
| รวม                         | 123              | 100.0  |
| $(\bar{X}=2.47, S.D.=0.37)$ |                  |        |

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างองค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน

| ระดับการรับรู้               | องค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน n=123 |        |
|------------------------------|-----------------------------------|--------|
|                              | จำนวน                             | ร้อยละ |
| รับรู้น้อย                   | 0                                 | 0.0    |
| รับรู้ปานกลาง                | 1                                 | 0.8    |
| รับรู้มาก                    | 122                               | 99.2   |
| รวม                          | 123                               | 100.0  |
| $(\bar{X}= 2.97, S.D.=0.11)$ |                                   |        |

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการรับรู้ของประชาชน ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ

| เปรียบเทียบการรับรู้ของประชาชนระหว่างพื้นที่ | $\bar{X}$ | S.D. | t-test | P-value |
|----------------------------------------------|-----------|------|--------|---------|
| เทศบาลตำบลบ้านกอก (เทศบาลดำเนินการ)          | 2.47      | 0.37 | 14.277 | 0.00*   |
| องค์การบริหารส่วนตำบลพังเคน (เอกชนดำเนินการ) | 2.97      | 0.11 |        |         |

\* P-value < 0.05, Independent Samples Test

เมื่อจำแนกระดับความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองของประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเทศบาลตำบลบ้านกอก พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 2.54, S.D.= 0.42$ ) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 58.5 และอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 ดังตารางที่ 7

กลุ่มตัวอย่างในอบต.พังเคน พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 2.94, S.D.= 0.20$ ) มีความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ร้อยละ 97.6 ดังตารางที่ 8

เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการสิ่งปฏิกูลด้วยระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองในพื้นที่ 2 แห่ง ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนของพื้นที่ 2 แห่ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.001$  ดังตารางที่ 9 ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเทศบาลตำบลบ้านกอก จำแนกระดับความพึงพอใจ

| ระดับการรับรู้              | ทต.บ้านกอก n=123 |        |
|-----------------------------|------------------|--------|
|                             | จำนวน            | ร้อยละ |
| ความพึงพอใจน้อย             | 1                | 0.8    |
| ความพึงพอใจปานกลาง          | 50               | 40.7   |
| ความพึงพอใจมาก              | 72               | 58.5   |
| รวม                         | 123              | 100.0  |
| $(\bar{X}=2.54, S.D.=0.42)$ |                  |        |

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอบต.พังโคน จำแนกกระดั้ความพึงพอใจ

| ระดับการรับรู้                  | อบต.พังโคน n=123 |        |
|---------------------------------|------------------|--------|
|                                 | จำนวน            | ร้อยละ |
| ความพึงพอใจน้อย                 | 1                | 0.8    |
| ความพึงพอใจปานกลาง              | 2                | 1.6    |
| ความพึงพอใจมาก                  | 120              | 97.6   |
| รวม                             | 123              | 100.0  |
| $(\bar{X} = 2.94, S.D. = 0.17)$ |                  |        |

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชน ระหว่างเทศบาลดำเนินการกับเอกชนดำเนินการ

| เปรียบเทียบความพึงพอใจของประชาชนระหว่างพื้นที่ | $\bar{X}$ | S.D. | t-test | P-value |
|------------------------------------------------|-----------|------|--------|---------|
| เทศบาลตำบลบ้านกอก (เทศบาลดำเนินการ)            | 2.54      | 0.42 | 9.88   | 0.00*   |
| องค์การบริหารส่วนตำบลพังโคน (เอกชนดำเนินการ)   | 2.94      | 0.17 |        |         |

\* P-value < 0.05, Independent Samples Test

## 8. สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นทั้งต่อสุขภาพประชาชนและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และยังนำไปต่อยอดทางเศรษฐกิจ เนื่องจากสิ่งปฏิกูลมีสารอาหารที่ช่วยในการเจริญเติบโตของพืชต่าง ๆ จึงมักนิยมนำสิ่งปฏิกูลไปใช้ประโยชน์ทางการเกษตร แต่ในสิ่งปฏิกูลมีเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคมั้แบบที่เรื้อรังที่สามารถแพร่กระจายออกสู่สิ่งแวดล้อมและสู่ร่างกายของมนุษย์ การนำสิ่งปฏิกูลไปใช้จึงต้องมีการบำบัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ซึ่งเทคโนโลยีที่ช่วยบำบัดสิ่งปฏิกูลหลายควรเลือกให้เหมาะสมกับพื้นที่สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพทางเศรษฐกิจ งบประมาณ การยอมรับของชุมชน รวมทั้ง ประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่จะต้องบำบัดไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสิ่งแวดล้อม เคมี และชีววิทยา เช่น ความแห้งของกากตะกอน ความเป็นกรด-ด่าง อุณหภูมิ ความชื้น และสารต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ระบบการบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองถือเป็นระบบบำบัดที่มีกระบวนการกำจัดไข่นอนพยาธิและแบคทีเรียที่ตกตะกอนในชั้นของตะกอนนำกากตะกอนไปกำจัดอย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การศึกษาครั้งนี้ ในการจัดการระบบบำบัดของ 2 พื้นที่ มีประสิทธิภาพในการบำบัดไข่นอนพยาธิได้ร้อยละ 100.0 โดยใช้เวลามากกว่า 14 - 16 วัน สอดคล้องกับการทดลองของธวัช ปทุมพงษ์ (2562)<sup>(9)</sup> ศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรอง สามารถบำบัดไข่นอนพยาธิได้เดือนลดลงจากร้อยละ 56.00 ในวันแรกเป็นร้อยละ 2.28 ในวันที่ 9 โดยขั้นตอนการบำบัดจะเป็นการนำสิ่งปฏิกูลมาอบในถังที่มีทรายเพื่อทำหน้าที่สำหรับกรองแยกน้ำและสิ่งปฏิกูลออกจากกัน กากตะกอนปฏิกูลจะอยู่ด้านบนทรายกรองเป็นเวลา 6 วัน ส่วนน้ำปฏิกูลจะถูกรวบรวมน้ำไปยังบ่อรวบรวมน้ำทิ้งหลังจาก 6 วัน กากตะกอนปฏิกูลจะถูกนำมาตากที่ลานตากจนแห้งก่อนนำไปใช้ประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 12-18 วัน ปัจจัยที่มีผลต่อการทำลายไข่นอนพยาธิ คือ ระยะเวลา ความชื้น และอุณหภูมิ ซึ่งปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการบำบัดไข่นอนพยาธิ คือ ความชื้น แสดงให้เห็นว่าการนำกากตะกอนที่บำบัดแล้วมาตากในลานตากกากตะกอนจะทำให้มีความชื้นลดลงเป็นร้อยละ 5.11 สอดคล้องกับไฉไล ช่างดำและคณะ (2552)<sup>(10)</sup> เมื่อกากสิ่งปฏิกูลไว้นาน 12 วันจะทำให้ค่าความชื้นของกากปฏิกูลลดลงเหลือ ร้อยละ 3.05 และการฝ่อของไข่นอนพยาธิในระบบบำบัด

สิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรองมีความสัมพันธ์กับความชื้นของกากปฏิภูม และการศึกษาอุณหภูมิที่มีผลต่อการทำลายไข่หนอนพยาธิ ระบบบำบัดทั้งสองแห่งมีอุณหภูมิช่วง 38 – 39 องศาเซลเซียส ซึ่งอุณหภูมิช่วงระหว่าง 30–38 องศาเซลเซียสมีผลต่อการทำลายไข่พยาธิและแบคทีเรียน้อยกว่าอุณหภูมิที่สูงกว่า 42 องศาเซลเซียส ดังนั้น อุณหภูมิของกากตะกอนที่ตกในลานตากเป็นอุณหภูมิที่ไม่ส่งผลต่อการทำลายไข่หนอนพยาธิและแบคทีเรีย อาจจะทำลายแต่ทำลายน้อยกว่าอุณหภูมิที่สูงกว่าโดยเฉพาะในพื้นที่อบต.พังเคนพบระบบบำบัดวัดอุณหภูมิได้เพียง 38 องศาเซลเซียสจึงอาจส่งผลต่อการลดปริมาณแบคทีเรียอย่างชัดเจนทำให้ตรวจผลค่าเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดตรวจพบถึงเท่ากับ 3,300 MPN ต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง) เกินค่าที่กำหนดน้อยกว่า 1,000 MPN ต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง) เมื่อวิเคราะห์ค่าความเป็นกรดต่างของระบบบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลายทรายกรองในอบต.พังเคนมี pH 7.89 อุณหภูมิที่ 9.7 องศาเซลเซียส ซึ่งการศึกษาของ Dominique Appling (2013) <sup>(11)</sup> ที่พบว่าแบคทีเรียอีโคไลสามารถเจริญเติบโตในถังเกรอะได้ประมาณ 100 เท่า ในสภาพความเป็นกรด-ด่างในน้ำทิ้งระหว่าง 7.1-8.0 ที่มีความเป็นกลางเป็นสภาวะที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของแบคทีเรียอีโคไล ดังนั้น การตรวจพบจำนวนแบคทีเรียอีโคไลจึงขึ้นกับค่าความเป็น กรด-ด่างของน้ำทิ้งได้เช่นกัน ซึ่งต่างจากระบบบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลายทรายกรองในเทศบาลบ้านกอกที่มีค่า pH 7.04 อุณหภูมิที่ 12 องศาเซลเซียส จึงไม่ใช่สภาวะที่เหมาะสมทำให้ตรวจปริมาณแบคทีเรียอีโคไล < 1.0 MPN ต่อกรัม (น้ำหนักแห้ง)

2. การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อการบำบัดสิ่งปฏิภูมด้วยระบบลานทรายกรอง การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง มีการรับรู้และความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรองอยู่ในระดับมากทั้ง 2 พื้นที่ กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อบต.พังเคนมีการรับรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเทศบาลตำบลบ้านกอก แสดงให้เห็นว่า การจัดการสิ่งปฏิภูมของเทศบาลและอบต.มีประสิทธิผลดีทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการรับรู้ที่ดีมีความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิภูมได้เป็นอย่างดี แต่ในพื้นที่ของอบต.พังเคน ที่มอบให้เอกชนดำเนินการมีระดับการรับรู้และความพอใจสูงกว่าหน่วยงานภาครัฐบริหารจัดการอาจเกิดจากการประชาสัมพันธ์การทำงานภาคเอกชนสามารถให้บริการที่รวดเร็วและมีช่องทางต่าง ๆ ในการสื่อสารที่เข้าถึงได้สะดวกกว่า ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นช่วงอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และพฤติกรรมเคยบริโภคอาหารดิบเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ส่วนอายุ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการสิ่งปฏิภูมต่อการบำบัดสิ่งปฏิภูมด้วยระบบบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรอง แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านพื้นที่ดำเนินงานต่างก็มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านการบริหารจัดการสิ่งปฏิภูมของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการสิ่งปฏิภูมด้วยระบบลานทรายกรองอยู่ในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับสุรางค์ นุชประยูร <sup>(12)</sup> ระบบการจัดการสิ่งปฏิภูมกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิในลำไส้ชนิดอื่น ๆ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคปรสิต พฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ การใส่รองเท้ารวมถึงปัจจัยเรื่องชนิดสัตว์และบ่อเกรอะ

## 9. ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ระบบบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรอง สามารถกำจัดไข่พยาธิได้ผู้บริหารส่วนกลาง ระดับเขต ระดับ จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณและจัดหาพื้นที่ในก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรองให้มีทุกอำเภอ ครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัด

2) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ ในการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิภูมแบบลานทรายกรองต้องมีการจัดหาพื้นที่ในการก่อสร้างบ่อบำบัดที่เหมาะสม ไม่ควรก่อสร้างในพื้นที่ที่มีน้ำท่วมอยู่เป็นประจำ สถาน

ที่ตั้งของระบบ ลักษณะของดิน อุทกวิทยาหรือน้ำท่วมหรือไม่ ความลาดเอียงและระดับของน้ำใต้ดิน ความสามารถในการซึมของดินที่มีผลการเคลื่อนที่ของแบคทีเรียในน้ำใต้ดิน รวมทั้ง สภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิ และปริมาณน้ำฝนที่ตกในท้องถิ่นนั้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลโดยเฉพาะความชื้น

3) ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน ควรมีการเผื่อระยะว่างและจัดทำแผนคุ้มครองระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่จดทะเบียนในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ หรือกำหนดเป็นมาตรการในการขอขึ้นทำทะเบียนหรือต่อใบอนุญาต ต้องมีการตรวจระบบบำบัดฯ ทุก 3-5 ปี

4) ผู้บริหาร ควรมีการหารือและทำข้อตกลงการจัดการสิ่งปฏิกูลร่วมกับผู้ประกอบการภาคเอกชน โดยเฉพาะในการดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลให้ได้ตามมาตรฐาน

#### ข้อเสนอสำหรับงานวิจัย

1) เทศบาลบ้านกอก ควรเพิ่มการสื่อสารและสร้างการรับรู้ในการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความเข้าใจและมีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสิ่งปฏิกูล

2) อบต.พังเคน ควรมีการควบคุมระบบบำบัดให้มีประสิทธิภาพโดยกำหนดระเบียบปฏิบัติในการบำบัดและการนำกากตะกอนจากบ่อที่ผ่านการบำบัดไปตากที่ลานตากกากตะกอนเพื่อให้ตะกอนแห้ง มีความชื้นน้อยที่สุดก่อนการนำกากตะกอนไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3) อบต.พังเคน ควรพิจารณาสร้างลานตากกากตะกอนสิ่งปฏิกูลเพิ่มเติมพร้อมนำกากตะกอนสิ่งปฏิกูลจากระบบบำบัดไปตากให้แห้งนำไปใช้ประโยชน์ด้วยการนำไปเป็นปุ๋ยสำหรับบำรุงดินและบำรุงพืช

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบลานทรายกรองโดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในช่วงฤดูที่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดสิ่งปฏิกูลเทียบกับเทคโนโลยีต่างชนิดกัน เพื่อให้มีข้อมูลนำมาใช้วางแผนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด อีกทั้ง การศึกษาต่อยอดการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการผลิตปุ๋ยจากกากตะกอนสิ่งปฏิกูลเพื่อนำมาจำหน่ายหรือใช้ประโยชน์ต่อไป

#### 10. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Biological agents VOLUME 100A Review of Human Carcinogens. Geneva: WHO Press; 2011.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาศาสนาการณโรคหนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทยปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.moph.go.th/smf/index .topic=1636.0>.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล เพื่อป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2559
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
5. อุดม เชื้อน้อย. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร). ใน: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558
6. สมบัติ อยู่ตระกูล. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร). ใน: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558

7. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูล (แบบครบวงจร). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://laws.anamai.moph.go.th>.
9. ธวัช ปทุมพงษ์. ระบบการจัดการสิ่งปฏิกูล. การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535; 8 มี.ค. 2562.
10. ไฉไล ช่างดำ และคณะ. การศึกษาระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง กรณีศึกษาเทศบาลตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร; 2552
11. Dominique Appling et al. Preliminary study on the effect of wastewater storage in septic tank on E. coli concentration in summer. Open Access. On-site wastewater treatment systems (OWTS). 2013; 5:1141-51 33.
12. สุรางค์ นุชประยูร. โครงการการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิในลำไส้ชนิดอื่น ๆ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. [ม.ป.ท.]: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม; 2563.



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal

## บทความวิจัย

### ผลการให้บริการและความพึงพอใจต่อการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

นฤมล เทียมสุวรรณ<sup>1\*</sup>

ปิยนุช พันธุ์ศิริ<sup>2</sup>

กฤษฎา บุญสถิต<sup>3</sup>

(วันรับบทความ 14 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ 31 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2567)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการและระดับความพึงพอใจต่อการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนช่วง อายุ 10-24 ปี เลือกแบบเจาะจงที่เข้ารับบริการในคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาล จำนวน 30 แห่ง ทั้งหมดที่มารับบริการในช่วงที่ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 402 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศ ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีกลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 2.18 ส่วนใหญ่รู้จักและเข้าถึงบริการ ร้อยละ 85.82 เข้ารับบริการ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การคุมกำเนิด กังถาวร และการคุมกำเนิดชั่วคราว ตามลำดับ ได้รับบริการตรงความต้องการ ร้อยละ 100.00 โดยเหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในครั้งนี้ คือ การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก ( $\bar{X}=3.96$ ,  $SD=0.18$ ) ราคาเหมาะสม ไม่แพง หรือใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษา ( $\bar{X}=3.91$ ,  $SD=0.35$ ) เวลาทำการ การนัดหมาย และขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก ( $\bar{X}=3.90$ ,  $SD=0.33$ ) ภาพรวมความพึงพอใจต่อการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ระดับมาก ( $\bar{X}=3.28$ ,  $SD=0.64$ ) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการดูแลเอาใจใส่ ( $\bar{X}=3.55$ ,  $SD=0.64$ ) รองลงมา การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา ( $\bar{X}=3.54$ ,  $SD=0.57$ ) ไม่เลือกปฏิบัติและรักษาความลับ ( $\bar{X}=3.52$ ,  $SD=0.66$ ) การพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนที่พร้อมให้บริการ มีความสะดวกและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บริการให้มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง มีทักษะการปรึกษา เสนอทางเลือกและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยส่งผลต่อการเข้ารับบริการของวัยรุ่น

**คำสำคัญ:** การบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ความพึงพอใจด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ 10

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

<sup>3</sup> นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: creamrio.c@gmail.com

## Research Article

### Evaluate services and satisfaction in reproductive health for adolescents and youth, fiscal year 2024 in Health region 10th

Naruemon Theamsuwan<sup>1\*</sup>

Piyanoot Phansiri<sup>2</sup>

Kitsada Boonsatid<sup>3</sup>

(Received: June 14 2024; Revised: July 31 2024; Accepted: August 1 2024)

#### Abstract

This study was a cross-sectional descriptive study (Cross-sectional Descriptive study) to explain the results of the service and satisfaction with reproductive health services for adolescents and youth, fiscal year 2024 in health region 10th. Study among teenagers and young adults between the ages of 10 - 24 years, specifically selected. who received services in the hospital's friendly clinics for teenagers and youth, 30 locations, a total of 402 people who received services during the study period between March - May 2024. Data were collected from a questionnaire on access to health services. Reproduction for adolescents and youth (ages 10 - 24 years) about reproductive health services and satisfaction in receiving friendly health services for teenagers and youth across the country of the Bureau of Reproductive Health, Department of Health. The data was analyzed with descriptive statistics including number, percentage, mean and standard deviation.

The results of the study found that the group of service recipients were more female than male, 62.18 percent were in the age group of 15 - 19 years, most knew and had access to services, 85.82 percent received services, including counseling. semi-permanent birth control and temporary contraception, respectively, received services that met their needs 100.00 percent. The reason that service recipients chose to receive reproductive health services this time was that it was easy and convenient to travel to use the services ( $\bar{x}$ =3.96, SD= 0.18) The price is appropriate, not expensive, or the service can be used according to treatment rights ( $\bar{x}$ = 3.91, SD=0.35). Business days, appointments, and service receiving procedures are convenient ( $\bar{x}$ = 3.90, SD=0.33). Overall satisfaction with reproductive health services was at a high level ( $\bar{x}$ =3.28, SD=0.64), with the highest level of satisfaction. The staff provided services that matched the need for care and attention ( $\bar{x}$ =3.55, SD=0.64), followed by participation in decision-making in care ( $\bar{x}$ =3.54, SD=0.57), non-discrimination and confidentiality ( $\bar{x}$ =3.52, SD=0.66) Developing friendly health services for teenagers and young adults that are ready to serve conveniently and develop the potential of service personnel to have specialized knowledge and abilities. Including having counseling skills to offer options and safe pregnancy termination affects teenagers' access to services.

**Keywords:** Reproductive health services, Satisfaction with reproductive health, Health region 10th

<sup>1</sup> Public health academic, Operational level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>2</sup> Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>3</sup> Public health academic, Operational level of Sunpasitthiprasong hospitals.

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

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเขตสุขภาพที่ 10 จากการพิจารณาข้อมูลสถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 10 ก็พบว่าแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ.2561-2565 โดยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 -14 ปี มีแนวโน้มลดลง จาก 1.13 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2561 ลดลงเป็น 0.66 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2565 และลดลงอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ 0.54 ต่อพันคน อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 32.79 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2561 ลดลงเป็น 14.06 ต่อพัน ในปี พ.ศ.2565 และในปีพ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 15.02 ต่อพัน ในส่วนของร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 14.41 ในปี พ.ศ.2561 ลดลงเป็นร้อยละ 13.67 ในปี พ.ศ.2565 และในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ ร้อยละ 12.43 <sup>(1)</sup> เมื่อพิจารณาข้อมูลร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี รายจังหวัด ในปีพ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร และอำนาจเจริญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดศรีสะเกษและมุกดาหารมีแนวโน้มลดลง และการดำเนินงานในปี 2565 พบว่าจังหวัดที่ดำเนินงานได้เป็นตามเป้าหมายกำหนด คือไม่เกินร้อยละ 13 ประกอบด้วย 2 จังหวัด ได้แก่ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ส่วนจังหวัดที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายกำหนด ได้แก่ อุบลราชธานี ยโสธร และอำนาจเจริญ ในส่วนของสถานการณ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 ในเขตสุขภาพที่ 10 จะเห็นว่าในปีงบประมาณ 2564 และปีงบประมาณ 2565 จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 26.39 และในปีงบประมาณ 2566 ได้ มีการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมียอดสะสมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.25 และคิดเป็นจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน 30 แห่ง จากทั้งหมด 70 แห่ง และจากข้อมูลการเข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี 2565 ที่ผ่านมาเขตสุขภาพที่ 10 มีวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10 – 24 ปี ที่เข้ารับบริการ เพียง 515 คน จากข้อมูลประชากรในวัยเดียวกัน 875,326 คน <sup>(2)</sup>

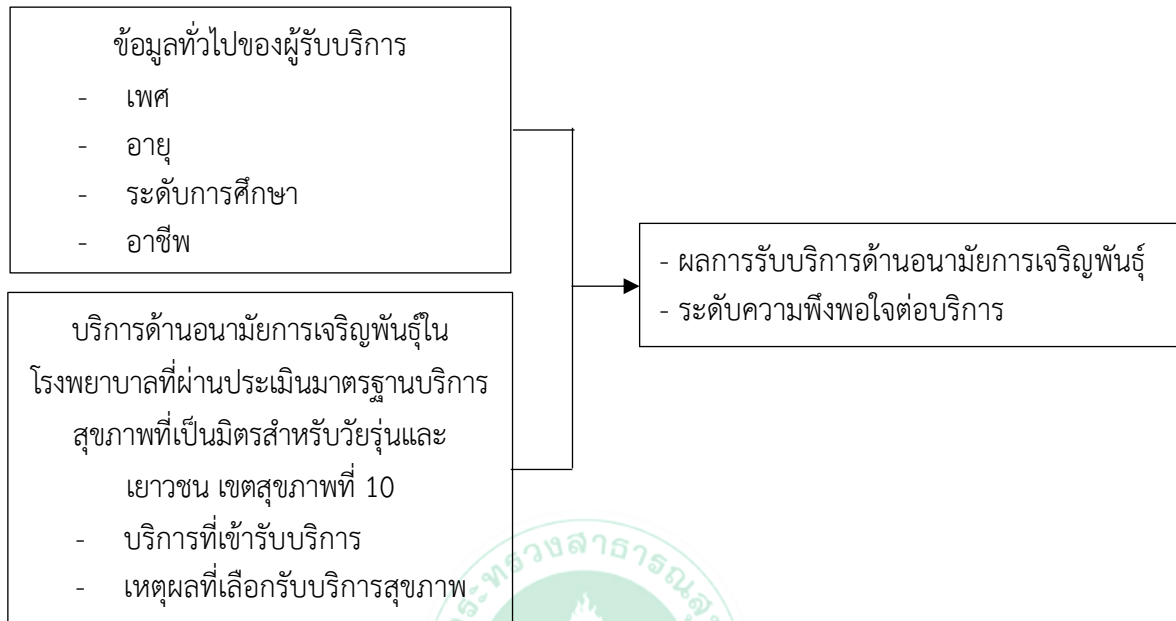
ถึงแม้ประเทศไทยจะมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุมแต่ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นยังคงพบอยู่มาก และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอีกหลายแห่ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลการให้บริการและความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเขตสุขภาพที่ 10 (อายุ 10 – 24 ปี) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนารูปแบบ การให้บริการและช่องทางเข้าถึงบริการ รวมถึงนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้ในการวางแผนในการดำเนินงานให้เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10
2. ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10

## 3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 <sup>(3)</sup> ของเขตสุขภาพที่ 10 โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพในงานบริการและความพึงพอใจ <sup>(4)</sup> เป็นกรอบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

#### 4.วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 4.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study)

##### 4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นและเยาวชน อายุ 10 - 24 ปี ที่เข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร จำนวน 30 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) วัยรุ่นและเยาวชนช่วงอายุ 10 - 24 ปี ที่เข้ารับบริการในคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 30 แห่ง เก็บข้อมูลทั้งหมดที่มารับบริการในช่วงที่ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 402 คน

ตารางที่ 1 รายชื่อจังหวัด จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

| จังหวัด     | กลุ่มตัวอย่าง (คน) |
|-------------|--------------------|
| อุบลราชธานี | 170                |
| ศรีสะเกษ    | 122                |
| ยโสธร       | 43                 |
| อำนาจเจริญ  | 35                 |
| มุกดาหาร    | 32                 |
| รวม         | 402                |

##### 4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10 - 24 ปี) เกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศ ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย <sup>(4)</sup> ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลักปัจจุบัน บริการที่เข้ารับบริการ และเหตุผลที่เลือกรับบริการสุขภาพในครั้งนี้ ส่วนที่ 2 ด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับการมารับบริการสุขภาพ

เป็นแบบมาตราส่วนของความถี่เห็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 มากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน ระดับที่ 2 มากเท่ากับ 3 คะแนน ระดับที่ 3 น้อย เท่ากับ 2 คะแนน ระดับที่ 4 น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ได้แก่ แหล่งการรับข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาด้านสุขภาพ การรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนจากใคร/แหล่งใด ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

#### 4.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10 – 24 ปี) ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศ ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ (IOC) เท่ากับ 0.8

#### 4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ผ่านระบบ Poll YFHS การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10 – 24 ปี) ซึ่งผู้มารับบริการจะทำแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านทาง QR Code อยู่ในคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยกลุ่มผู้รับบริการที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ จะได้รับใบยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกรวบรวมไว้ที่ ระบบ Poll YFHS Dashboard ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และผู้ศึกษามีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลและสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อขอความร่วมมือ พร้อมแนบแนวทาง QR Code แบบสำรวจและใบยินยอมให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ประสานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล เพื่อช่วยในการเตรียมกลุ่มเป้าหมาย และเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเมื่อเข้ามาใช้บริการในคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567
3. ผู้วิจัยทำหนังสือขอข้อมูลจากระบบ Poll YFHS Dashboard ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
4. นำข้อมูลที่ได้อำนาจตรวจสอบความถูกต้องและนำข้อมูลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
5. สรุปผลการศึกษา

#### 4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำมาแปลค่าตามเกณฑ์ของเบสต์ (John W. Best 1981: 182) <sup>(5)</sup> คือ ระดับดีมากมีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ร้อยละ 60 – 79 ระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60

#### 5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID 01-67-08-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2568

## 6. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 10 - 24 ปี ที่เข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน 402 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.36 เพศชาย ร้อยละ 20.64 และเพศทางเลือก ร้อยละ 1.99 เพศสภาพร้อยละ 0.75 และเพศอื่น ๆ ร้อยละ 0.25 อยู่ช่วงอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 62.18 รองลงมา ช่วงอายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 24.89 และช่วงอายุ 10 – 14 ปี ร้อยละ 12.93 ส่วนใหญ่รู้จักและเข้าถึง บริการ ร้อยละ 85.82 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป (N = 402 คน)                |             | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------|-------------|-------|--------|
| เพศ                                      | ชาย         | 83    | 20.64  |
|                                          | หญิง        | 307   | 76.36  |
|                                          | เพศทางเลือก | 8     | 1.99   |
|                                          | เพศสภาพ     | 3     | 0.75   |
|                                          | อื่นๆ       | 1     | 0.25   |
| อายุ (ปี) ( $\bar{X}$ =18.02, S.D.=3.02) |             |       |        |
| อายุ 10 – 14 ปี                          |             | 52    | 12.93  |
| อายุ 15 – 19 ปี                          |             | 250   | 62.18  |
| อายุ 20 – 24 ปี                          |             | 100   | 24.89  |
| การรับรู้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์      |             |       |        |
| รู้จักและเข้าถึงบริการ                   |             | 345   | 85.82  |
| ไม่รู้จักบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์  |             | 57    | 14.18  |

ประเภทการเข้ารับบริการ 994 รายการ จากการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 402 คน โดยจำแนกตามประเภทการรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษา ร้อยละ 29.37 รองลงมา การคุมกำเนิดกึ่งถาวร ร้อยละ 19.11 การคุมกำเนิดชั่วคราว ร้อยละ 15.39 การตรวจ/รักษาโรค ร้อยละ 13.27 การตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.97 และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 10.89 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกประเภทการได้รับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

| ประเภทการเข้ารับบริการ (N= 994 รายการ)                  | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------|-------|--------|
| การรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ) |       |        |
| การให้คำปรึกษา                                          | 292   | 29.37  |
| การคุมกำเนิดกึ่งถาวร                                    | 190   | 19.11  |
| การคุมกำเนิดชั่วคราว                                    | 153   | 15.39  |
| การตรวจ/รักษาโรค                                        | 132   | 13.27  |
| การตั้งครรภ์                                            | 119   | 11.97  |
| การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย                           | 108   | 10.89  |

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามความต้องการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ให้บริการให้บริการตามความต้องการ ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกความต้องการมารับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ครั้ง)

| ประเภทการเข้ารับบริการ<br>(N = 402 คน) | ตรงความต้องการ |        | ไม่ตรงความต้องการ |        |
|----------------------------------------|----------------|--------|-------------------|--------|
|                                        | จำนวน          | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |
| การให้คำปรึกษา                         | 292            | 100    | 0                 | 0      |
| การตรวจ/รักษาโรค                       | 132            | 100    | 0                 | 0      |
| การคุมกำเนิดชั่วคราว                   | 153            | 100    | 0                 | 0      |
| การคุมกำเนิดกึ่งถาวร                   | 190            | 100    | 0                 | 0      |
| การตั้งครรภ์                           | 119            | 100    | 0                 | 0      |
| การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย          | 108            | 100    | 0                 | 0      |

เหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เลือกคือ การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก ( $\bar{X}=3.96$ ,  $SD=0.18$ ) รองลงมา ราคาเหมาะสม ไม่แพง สามารถจ่ายได้หรือใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษา ( $\bar{X}=3.91$ ,  $SD=0.35$ ) และวันเวลาทำการ การนัดหมาย และขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก ( $\bar{X}=3.90$ ,  $SD=0.33$ ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเหตุผลที่เลือกรับบริการ

| เหตุผลที่เลือกรับบริการ (N = 402 คน)                                                          | $\bar{X}$ | S.D. | แปลค่า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|--------|
| 1. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก (ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น) | 3.85      | 0.41 | มาก    |
| 2. การเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก                                                       | 3.96      | 0.18 | มาก    |
| 3. วันเวลาทำการ การนัดหมาย และขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก                                  | 3.90      | 0.33 | มาก    |
| 4. ราคาเหมาะสม (ไม่แพง) สามารถจ่ายได้ หรือใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษา                        | 3.91      | 0.35 | มาก    |
| 5. ความมั่นใจในคุณภาพบริการ การยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่          | 3.89      | 0.31 | มาก    |

ความพึงพอใจต่อการมารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ภาพรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ( $\bar{X}=3.28$ ,  $SD=0.64$ ) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุด ด้านเจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการดูแลเอาใจใส่ ( $\bar{X}=3.55$ ,  $SD=0.64$ ) รองลงมา การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา ( $\bar{X}=3.54$ ,  $SD=0.57$ ) ไม่เลือกปฏิบัติและรักษาความลับ ( $\bar{X}=3.52$ ,  $SD=0.66$ ) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเด็นความพึงพอใจ

| ประเด็นความพึงพอใจ (N = 402 คน)                                                                        | $\bar{X}$ | S.D. | แปลค่า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|--------|
| 1. สถานที่ให้บริการ สะดวก และเป็นส่วนตัว                                                               | 3.48      | 0.66 | มาก    |
| 2. เจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการ ดูแลเอาใจใส่ เช่น ให้ข้อมูลให้คำแนะนำ ใช้คำพูดสุภาพและอ่อนโยน | 3.55      | 0.64 | มาก    |
| 3. วันและเวลาที่ได้รับบริการมีความเหมาะสม ขั้นตอนการรับบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน                         | 3.48      | 0.68 | มาก    |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ประเด็นความพึงพอใจ (N = 402 คน) | $\bar{X}$ | S.D. | แปลค่า |
|---------------------------------|-----------|------|--------|
|---------------------------------|-----------|------|--------|

|                                                                     |      |      |     |
|---------------------------------------------------------------------|------|------|-----|
| 4. การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา                              | 3.54 | 0.57 | มาก |
| 5. มีสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายและช่องทางเข้าถึงความรู้ที่หลากหลาย | 3.49 | 0.61 | มาก |
| 6. ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมและรักษาความลับ      | 3.52 | 0.66 | มาก |
| 7. ความพึงพอใจในการรับบริการครั้งนี้                                | 3.56 | 0.63 | มาก |
| สรุปภาพรวมความพึงพอใจ                                               | 3.28 | 0.64 | มาก |

## 7. สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ 10 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62.93) มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ยังพบกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี (อายุ 10 – 14 ปี) ถึงร้อยละ 12.93 สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎี อินทรโสม<sup>(6)</sup> การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กรุ่นวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6 ที่พบกลุ่มวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุ  $\leq 15$  ปี ถึงร้อยละ 56.3 นอกจากนี้ อาจสะท้อนได้ว่า การมีคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในคุณภาพบริการและให้ความสนใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น อีกทั้ง การมีคลินิกที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาลโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลที่ผ่านประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีการมาเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บริการให้คำปรึกษา การคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการคุมกำเนิดชั่วคราว จากการเข้ารับบริการดังกล่าวช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เกิดความตระหนักถึงการป้องกัน การตั้งครรภ์และเพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ สอดคล้องกับเมตตา วรสุวรรณรักษ์ (2566)<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอเมืองกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อความปลอดภัย การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากการศึกษานี้ ยังพบเหตุผลที่ผู้รับบริการเลือกมารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในครั้งนี้ เป็นเหตุผลในเรื่องของเรื่องการเดินทางไปใช้บริการได้ง่ายและสะดวก รองลงมาคือ ราคาเหมาะสม (ไม่แพง) สามารถจ่ายได้ หรือใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษา วันเวลาทำการ การนัดหมายและขั้นตอนการรับบริการมีความสะดวก และการที่ผู้รับบริการมีความมั่นใจในคุณภาพบริการ การยอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวก (ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ) อยู่ในระดับมาก เป็นเหตุผลสำคัญต่อการเข้ามาใช้บริการ เช่นเดียวกับการศึกษาการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐของนันทา สมพงษ์ (2566)<sup>(8)</sup> พบว่า คุณภาพและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ด้านการรับบริการในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ให้บริการ มีความเหมาะสมและสะดวก ได้รับบริการตามความต้องการ ด้านการรับบริการกับเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการมารับบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนที่มาใช้บริการในภาพรวมอยู่

ระดับมาก โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ให้บริการตรงกับความต้องการดูแลเอาใจใส่ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ใช้คำพูดสุภาพ อ่อนโยน ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมและรักษาความลับ จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจเกี่ยวกับการมารับบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.28, S.D. = 0.64) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ (2564) <sup>(9)</sup> พบว่า ความพึงพอใจของวัยรุ่นต่อการจัดบริการคลินิกวัยรุ่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลผลรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.28, SD = 0.63) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ผลรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.03, S.D. = 0.51) ผลการวิเคราะห์คะแนนในภาพรวมของความพึงพอใจเกี่ยวกับการมารับบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ผู้มารับบริการมีความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 85.82 และความพึงพอใจที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้คะแนนอยู่ในระดับน้อย เป็นเรื่องของวัน เวลาที่ได้รับบริการ และขั้นตอนการรับบริการอยู่ที่ร้อยละ 14.18 ในด้านการรู้จักและเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พบว่า วัยรุ่นรู้จักและเข้าถึงบริการดังกล่าว ร้อยละ 85.82 โดยวัยรุ่นและเยาวชนที่รู้จักและเข้าถึงบริการนั้น เป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 10 – 19 ปี ร้อยละ 73.33 และอายุระหว่าง 20 – 24 ปี ร้อยละ 26.67 จะเห็นว่าวัยรุ่นและเยาวชนส่วนใหญ่รู้จัก และสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่จะเข้ามารับบริการเมื่อพบปัญหาและต้องการปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ดังนั้น สรุปได้ว่า จากการศึกษา กลุ่มวัยรุ่นที่เข้ารับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มากที่สุดคือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สอดคล้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี และการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่าสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการตรงต่อความต้องการเดินทางสะดวก ค่าใช้จ่ายประหยัด และใช้สิทธิการรักษาได้ รวมถึง การบริการของเจ้าหน้าที่ให้การดูแล เอาใจใส่ ไม่เลือกปฏิบัติ ให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียม รักษาความลับ เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการเข้ามารับบริการของกลุ่มวัยรุ่น ประกอบกับการรู้จักบริการก็ช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นเข้ามารับบริการ

## 8. ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในสถานพยาบาลทุกแห่งให้ได้มาตรฐานฯ มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นและเยาวชนส่วนใหญ่เลือกเข้ารับบริการที่ใกล้บ้าน และสะดวกต่อเดินทาง ดังนั้นควรมีการพัฒนาสถานที่ให้บริการที่พร้อมให้บริการได้มาตรฐาน มีขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน และมีการบริการที่ครอบคลุม และเข้าถึงบริบทในพื้นที่ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการให้มีความรู้และความสามารถเฉพาะทางในเรื่องการให้คำปรึกษาหรือทางเลือก การให้ความรู้ การตรวจรักษา การให้บริการคุมกำเนิด และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยบนพื้นฐานการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของระดับความพึงพอใจที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้คะแนนอยู่ในระดับน้อย เป็นเรื่องของวัน เวลา ที่ได้รับบริการ และขั้นตอนการรับบริการ ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้สามารถนำเข้าพิจารณาในแผนพัฒนา หรือเป็นข้อเสนอแนะในการการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เป็นแบบแผน ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และทันสมัย เพื่อลดขั้นตอนการเข้ารับบริการที่ยุ่งยากและซับซ้อน

## 9. เอกสารอ้างอิง

1. HDC service กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice>.

2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://rh.anamai.moph.go.th>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับพ.ศ.2563. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2566.
4. วีรพงษ์ เฉลิเมจิรัตน์. คุณภาพในงานบริการ (Quality in Service). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย - ญี่ปุ่น. 2539.
5. John W. Best, Research in Education, 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice – Hall Inc. 1981.
6. ธนภรณ์ อินทร์โสภณ. ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 6 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2567]. เข้าถึงจาก <https://hpc6.anamai.moph.go.th/web-upload>
7. เมตตา วรสุวรรณรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค.2567]. เข้าถึงจาก <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1085>
8. นกัชา สมพงษ์. การศึกษาการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลภาครัฐ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2567]. เข้าถึงจาก <https://hdcservice.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal>
9. ศิริลักษณ์ ขณฤกษ์. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยขอรับรองมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 เขตสุขภาพที่ 5 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค.2567]. เข้าถึงจาก <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/12373/1031>

## วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

### HPC10Journal

## บทความพิเศษ (บทความวิชาการ)

### การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)

ศิริพร พรแสน<sup>1</sup>

วันยรัตน์ คุณาพันธ์<sup>2\*</sup>

(วันรับบทความ 30 เมษายน 2567, วันแก้ไขบทความ 16 กรกฎาคม 2567, วันตอบรับบทความ 25 กรกฎาคม 2567)

#### บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ต้องพบกับปัญหาหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะประเด็นแรกความไม่พร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายในการตั้งครรภ์และเลี้ยงดู สาเหตุได้แก่ 1) พฤติกรรมของคู่สมรสมีการแยกทางหรือการนอกใจของคู่สมรส หรือคู่สมรสไม่มีความรับผิดชอบ 2) การขาดการวางแผนการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ไม่คุมกำเนิด หรือขาดความรู้ในการคุมกำเนิด หรือไม่ตระหนักต่อปัญหา หรืออาจมีการคุมกำเนิด แต่มีความผิดพลาดในการคุมกำเนิด 3) สถานการณ์ชีวิตไม่เอื้อต่อการเลี้ยงบุตรเพิ่ม เช่น ต้องทำงานหรือต้องศึกษาต่อไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ 4) การตั้งครรภ์นอกสมรสที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ 5) มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ หรือรายได้ไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงบุตรเพิ่ม และประเด็นที่สอง ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เมื่ออายุมาก ได้แก่ 1) เกิดความเสี่ยงและมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จนถึงเสียชีวิต 2) ความสุขสบายขณะตั้งครรภ์ 3) ความเสี่ยงขณะคลอดที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของลูกและแม่

บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจาก จะให้ความรู้ความเข้าใจประเด็นปัญหาด้านการตั้งครรภ์จากความไม่พร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมากแล้ว ต้องให้ข้อเสนอแนะทางการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก ดังนี้ 1) แนวทางการป้องกันก่อนตั้งครรภ์ โดย ให้ความรู้และการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง 2) แนวทางการดูแลและการตรวจคัดกรองระหว่างตั้งครรภ์ โดย สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากควรได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ 3) แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม โดย สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนทางจิตใจในการจัดการกับความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองและการตั้งครรภ์ การได้รับคำปรึกษาและการสนับสนุนจากสังคม ซึ่งทั้ง 3 แนวทาง ต้องเป็นการให้ข้อมูลแบบคู่สมรส โดยการมีส่วนร่วมของสองฝ่าย เพื่อให้เกิดการวางแผนร่วมพิจารณาทางเลือก ถึง การวางแผนการไม่มีลูกเพื่อป้องกันความเสี่ยง หรือการวางแผนการมีลูกที่เป็น การตั้งครรภ์ที่ตั้งใจ

**คำสำคัญ :** การตั้งครรภ์ไม่พร้อม สตรีอายุมาก

<sup>1</sup> อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

<sup>2</sup> อาจารย์สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Wanyarat.k@sskru.ac.th

## Special Articles (Academic Articles)

### Unplanned Pregnancy of Elderly Women (Aged 35 years or Older)

Siripron Pronsaen<sup>1</sup>

Wanyarat Kunapan<sup>2\*</sup>

(Received: April 30 2024; Revised: July 16 2024; Accepted: July 25 2024)

#### Abstract

Unplanned Pregnancy of elderly women (Aged 35 years or Older), facing numerous issues that affect the daily life of pregnant women. Issue1, the lack of readiness from both the female and male partners in terms of pregnancy and child-rearing, including 1) The behavior of the couple There is separation or infidelity of the spouse or the spouse is not responsible. 2) From lack of proper pregnancy planning, not contraception, or lack of knowledge about contraception. or not aware of the problem Or there may be contraception. But there is a mistake in contraception. 3) Life situations are not conducive to Raising additional children, such as having to work or continue education, being unable to conceive 4) being an illegitimate pregnancy that cannot be disclosed 5) having economic problems, not having a job, or not having enough income to support additional children. Issue2, Problems that affect health include 1) the risk of complications affecting death during pregnant 2) Comfort during pregnancy 3) Risks during birth affects to the death of children and mothers.

Roles of Healthcare and Public Health Personnel, In addition to providing knowledge and understanding of pregnancy issues stemming from unpreparedness in both women and men, and the health problems resulting from unplanned pregnancy of elderly women, it is essential to offer preventive guidelines for unplanned pregnancy of elderly women as follows: 1) Preconception Preventive Guidelines: This involves providing education and planning for pregnancy, promoting the use of appropriate and effective contraception methods, and offering counseling on proper contraceptive use. 2) Prenatal Care and Screening Guidelines: Pregnant women of advanced maternal age should undergo screening for fetal genetic abnormalities, with close monitoring of test results. 3) Mental Health Care and Social Support Guidelines: Pregnant women should receive psychological support to manage stress and anxiety resulting from screening and pregnancy. All three approaches must provide information on couples with the participation of both parties in order to plan and consider options. This includes planning for childlessness to prevent risks or planning for a desired pregnancy.

**Keywords:** Unplanned pregnancy, Elderly women

<sup>1</sup> Lecturer in Faculty of Nursing Sisaket Rajabhat University

<sup>2</sup> Lecturer in Community Health Sisaket Rajabhat University

\*Corresponding Author Email: Wanyarat.k@sskru.ac.th

## บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่มีความเปลี่ยนแปลงช่วงอายุการตั้งครรภ์ของสตรีทั่วโลก รวมทั้งในสหรัฐอเมริกา และในประเทศไทย โดยในสหรัฐอเมริกา อัตราการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงปี ค.ศ.1980-2012 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอด เพิ่มขึ้นเป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด<sup>(1)</sup> และ ข้อมูลล่าสุดในปี 2015 อัตราการคลอดบุตรทั้งหมด ในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปคือ 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี<sup>(2)</sup> สำหรับประเทศไทย จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า อุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์อายุมากของประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ จากร้อยละ 9.76 ในปี พ.ศ. 2546 เป็น ร้อยละ 12.78 ในปี พ.ศ. 2553 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2557 พบอัตราสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 29.6 อายุ 40 - 44 ปี ร้อยละ 6.9 อายุ 45 - 49 ปี ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> และในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จากการศึกษาอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์อายุมาก ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีภาวะเสี่ยงของโรคต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) และภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(4)</sup> และตามกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) อันจะเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมจาก “8 วาระปฏิรูปแรงงานเพื่อความสำเร็จของการเดินทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทย ระยะ 20 ปี” การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทยให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสูง ในวัย 21 ถึง 60 ปี เป็นวัยแห่งการทำงานที่จะสร้างเพิ่มทางเศรษฐกิจ แก่ประเทศชาติ หลายหน่วยงานต้องบูรณาการ การดำเนินงานอย่างประสานสอดคล้องเป็นทิศทางเดียวกันตั้งแต่ในक्रमารดาจนสิ้นอายุขัย ประเทศชาติจึงจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน<sup>(5)</sup>

กลุ่มผู้หญิงอายุ 35 ปี ขึ้นไป เป็นวัยที่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะมากกว่าผู้หญิงวัยอื่น ๆ ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูง และงานวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มนี้มีการหาข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ดี<sup>(6)</sup> แต่ก็ยังพบปัญหาจากการตั้งครรภ์ คือ กลุ่มสตรีอายุเมื่อ 35 ปีขึ้นไป พบว่ามีการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 16.6<sup>(7)</sup> เกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากภาวะความเครียดที่เกิดจากท้องไม่พร้อมซึ่งสตรีที่ท้องไม่พร้อม มีจำนวนมากจำต้องท้องต่อจนคลอด จากการศึกษางานวิจัย มีสตรีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งสตรีเหล่านั้นยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และอาจเกิดจากความไม่รู้ ไม่ได้คุมกำเนิด ใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่ถูกต้องหรือล้มเหลวในการใช้วิธีคุมกำเนิด สถานการณ์การตั้งครรภ์ในลักษณะนี้ย่อมนำมาซึ่งความยากลำบากในการตัดสินใจ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (Unplanned pregnancy)

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีพบได้ทุกช่วงอายุอันเป็นผลจากปัญหา เศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลายด้าน สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักไม่มีเพียงสาเหตุใดสาเหตุเดียว จากการศึกษา พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนใหญ่มักไม่ได้คุมกำเนิดหรือการคุมกำเนิดผิดพลาดจำนวนมากใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ<sup>(8)</sup> และเหตุผลของความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ มี 3 เหตุผล คือ 1) ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ด้านครอบครัวและสังคม 2) พฤติกรรมของคู่รัก สามีหรือฝ่ายชาย ที่มีต้นเหตุเกิดจากการตั้งครรภ์จากปัญหาการคุมกำเนิดโดยต้นเหตุของการตั้งครรภ์ของสตรีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน โดยพบว่า การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิดเลยเพราะคิดว่าตนเองไม่ตั้งครรภ์ได้ง่าย ๆ

เกิดจากความเข้าใจ ล้มเลิกการคุมกำเนิดเพราะเคยได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาคุมกำเนิด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น ส่วนสตรีที่คุมกำเนิดกลับใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้องหรือมีความเสี่ยงสูงให้เกิดการตั้งครรภ์ได้แก่ การกินยาคุมฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์ ใช้วิธีการหลั่งนอกและการลืมรับประทานยาคุม ซึ่งการคุมกำเนิดพบว่ายังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคู่รัก คือฝ่ายชายขอปฏิเสธการสวมถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์กัน และอีกสาเหตุ 3) เกิดเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เนื่องจากถูกข่มขืนหรือสถานการณ์บรรยากาศนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจจึงไม่ได้มีการเตรียมการคุมกำเนิด<sup>(9)</sup>

#### การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก

**สตรีอายุมาก (Advanced maternal age)** หมายถึง สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป โดยอ้างอิงจากอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดทารกมีภาวะดาวน์ซินโดรมและความผิดปกติของจำนวนชุดโครโมโซมมากขึ้น (Aneuploidy)

**การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก** หมายถึง สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก (ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป) นับจากวันเกิดจนถึงวันกำหนดคลอด

#### จากการทบทวนการศึกษาหลายเรื่อง พบว่า

การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ส่วนมากเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่พร้อม ซึ่งจะเกิดอันตรายถึงชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจและสังคม โดยเมื่อเกิดปัญหากับบุคคลกลุ่มนี้แล้ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคขึ้นกับสตรีกลุ่มนี้ รวมถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากเกิดปัญหา ต้องมีการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและสตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก และเมื่อมีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมากนี้จะได้นำมาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้ง่ายขึ้น และสภาพสังคมปัจจุบันต่างมุ่งเป้าให้ ความสนใจเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในขณะที่สตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มอื่นก็มีโอกาสเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้เช่นเดียวกัน ทำให้สตรีกลุ่มนี้ถูกละเลยในขณะที่มีปัญหาอยู่ไม่น้อย หลายคนนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต และอยู่ในสภาพบ้านแตก<sup>(10)</sup>

บทความนี้ มุ่งนำเสนอการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) และเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องตรวจหาความผิดปกติทางโครโมโซมของทารกในครรภ์ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถเกิดความเสี่ยงสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะในกรณีที่ตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวมาก่อน<sup>(11)</sup> ถึงแม้ว่า จากข้อมูลประเทศไทยคณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย ได้กำหนดว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่อายุเท่ากับ 35 ปี หรือมากกว่าขึ้นไป เมื่อถึงวันกำหนดคลอด หรือ สตรีตั้งครรภ์แฝดชนิด Dizygotic ที่อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเจาะตรวจน้ำคร่ำในช่วงอายุครรภ์ 15 ถึง 20 สัปดาห์ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการมีทารก กลุ่มอาการดาวน์ เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ควรได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ ด้วยการตรวจสารชีวเคมีในเลือด ในช่วงอายุครรภ์ 9 ถึง 18 สัปดาห์ และตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในช่วงอายุครรภ์ 11 ถึง 13 สัปดาห์หรือในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีทารกกลุ่มอาการดาวน์ปฏิเสธการเจาะตรวจน้ำคร่ำ ควรได้รับคำปรึกษาเช่นเดียวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ<sup>(12)</sup>

**การตรวจคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติทางพันธุกรรมก่อนคลอด** เป็นสิ่งที่นิยมปฏิบัติในหลายประเทศ และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในการดูแลกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก ถึงแม้ว่าการตรวจจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตาม ใน

กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองพบทารกในครรภ์มีความผิดปกติทางโครโมโซม สตรีตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำให้ปรึกษาทางพันธุศาสตร์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยค้นหาความผิดปกติต่อไป รวมทั้ง สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว จะได้มีเวลาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ หรือต้องการที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ได้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและวางแผนในการดูแลทารกทั้งในระยะก่อนและหลังการคลอด สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมากจึงต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่างๆ ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จึงควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมให้สตรีมีการตั้งครรภ์เมื่ออายุมากและผลกระทบที่เกิดขึ้นตลอดจนสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากได้จัดอยู่ใน กลุ่มการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึง แนวทาง การป้องกันและแก้ไขปัญหาที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากต้องเผชิญกับความเสี่ยง ทั้งทางด้านร่างกายและ จิตสังคม<sup>(13)</sup>

### สาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก

ส่วนมากเกิดการตั้งครรภ์จากความไม่พร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ได้แก่

1. จากพฤติกรรมของคู่สมรส มีการแยกทาง หรือ การนอกใจของคู่สมรส หรือ คู่สมรสไม่มีความรับผิดชอบ
2. จากการขาดการวางแผนการตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง ไม่คุมกำเนิด หรือขาดความรู้ในการคุมกำเนิด หรือไม่ตระหนักต่อปัญหา หรืออาจมีการคุมกำเนิด แต่มีความผิดพลาดในการคุมกำเนิด
3. สถานการณ์ชีวิตไม่เอื้อต่อการเลี้ยงบุตรเพิ่ม เช่น ต้องทำงานหรือต้องศึกษาต่อไม่สามารถตั้งครรภ์ได้
4. การตั้งครรภ์นอกสมรสที่ไม่สามารถเปิดเผยได้
5. ปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ หรือรายได้ไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงบุตรเพิ่ม

### ปัญหาที่เกิดขึ้นปัญหาที่สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก

1. ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อการเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์

#### 1.1 ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดบุตรที่มีความผิดปกติทางโครโมโซมสูงขึ้น

สตรีกลุ่มนี้จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น อุบัติการณ์ของครรภ์แฝดที่มากขึ้นครรภ์เป็นพิษ ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ได้แก่

1.1.1 ภาวะแท้ง จากการศึกษาย้อนหลังของคาลิ และคณะที่ศึกษารวบรวมสตรีตั้งครรภ์จำนวนมากถึง 76,158 ราย ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรก 11 ถึง 13 สัปดาห์ พบอัตราแท้งบุตรในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปีและมากกว่า 40 ปีเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี พบอัตราการแท้งบุตรสำหรับการศึกษาในประเทศไทยเอง มีการศึกษาของอัตราการแท้งบุตรในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 40 ปีพบว่าอัตราการแท้งบุตรที่ร้อยละ 11.9 คิดเป็น 3.79 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 20 ถึง 30 ปี <sup>(4)</sup>

1.1.2 การตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือ Ectopic pregnancy เป็นภาวะที่อันตรายปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดภาวะ Ectopic pregnancy พบว่าการตั้งครรภ์ที่อายุมากนอกมดลูกที่มากขึ้น โดยในการศึกษาแยกตามกลุ่มอายุที่เกิด Ectopic pregnant การเกิด Ectopic pregnancy ในอายุ 35-39 ปี 40 - 44 ปีและมากกว่า 45 ปี พบอัตราการ Ectopic pregnancy ร้อยละ 4, 5.8 และ 7 ตามลำดับ <sup>(4)</sup>

1.1.3 โครโมโซมและโรคผิดปกติทางพันธุกรรม จากการศึกษาย้อนหลังอัตราการความผิดปกติของโครโมโซมมากขึ้น เมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากขึ้นโดยชนิดพบบ่อยที่สุดคือ Autosomal trisomy (โครโมโซม

เกิน 1 แห่ง) อย่างไรก็ตามมีการรายงานความสัมพันธ์ของโรคของกลุ่มมอติสติกในสตรีตั้งครรภ์และคู่สมรสที่อายุมากแต่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัดว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างแน่ชัด<sup>(4)</sup>

#### 1.1.4 ความผิดปกติด้านโครงสร้างหรือความพิการแต่กำเนิด<sup>(4)</sup>

1.1.5 ความเสี่ยงของโรคที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เมื่ออายุมาก โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และสตรีตั้งครรภ์อายุมากมี ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) และภาวะครรภ์เป็นพิษ Pre-eclampsia) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05<sup>(4)</sup>

1.1.6 ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ โรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากมีอัตราการเกิดโรคประจำตัวเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ มีการศึกษาครรภ์ที่อายุมากที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบอัตราการมีโรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ทั้งความดันโลหิตสูง, เบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคอื่นๆ ที่พบมากขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ หอบหืด โรคหัวใจ และไทรอยด์เป็นพิษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่โรงพยาบาลราชวิถี ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ผู้ที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ควรจะต้องอาศัยความละเอียดถี่ถ้วนในการดูแลให้รอบด้าน โดยแบ่งการดูแลครรภ์เป็น 3 ช่วง ได้แก่ antepartum, intrapartum และ postpartum ช่วง antepartum ช่วงไตรมาสที่หนึ่งและไตรมาสที่สองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

#### 1.1.7 ทารกเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักน้อย<sup>(4) (14)</sup>

### 2. สุขสบายขณะตั้งครรภ์

สตรีที่มีอายุมากและกำลังตั้งครรภ์มีความไม่แน่นอนในหลายๆ สถานการณ์ เช่น เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงการรอผลการตรวจการเจาะน้ำคร่ำ ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีอายุมากและกำลังตั้งครรภ์มีความไม่แน่นอน พบว่า มีการเผชิญกับความเครียดระดับสูงมาก เช่น เดียวกันในวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องรอผลการตรวจการเจาะน้ำคร่ำมีการรับรู้ความไม่แน่นอน ในสถานการณ์เกี่ยวกับผลการตรวจที่อาจพบความผิดปกติกับทารกในครรภ์<sup>(15)</sup> ความเครียดความวิตกกังวลจากการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจสอบภาวะของทารกในครรภ์ ถือเป็นหัตถการที่รุกรานร่างกายในร่างกาย (Invasive procedure) โดยต้องมีการใช้เข็มเจาะแทงผ่านผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ผ่านกล้ามเนื้อและเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ เพื่อดูดน้ำไปตรวจวินิจฉัย สตรีที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำเกิดการรับรู้ความเครียดที่สำคัญ 2 ประการ คือการรับรู้ความเครียดว่าตนเองและทารกในครรภ์อาจเกิดอันตราย และการรับรู้ความเครียดที่ผลการตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติ<sup>(15)</sup> การเจาะน้ำคร่ำเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใช้เข็มเจาะเข้าไปในมดลูก นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจที่อาจแสดงถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์ รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่าย สถานที่ เครื่องมือ หรือบุคคลที่ไม่คุ้นเคย และการเจาะน้ำคร่ำยังอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดอีกด้วย<sup>(13)</sup> สตรีที่ตั้งครรภ์ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะน้ำคร่ำ มักจะมีความวิตกกังวลจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ความวิตกกังวลนี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่วันที่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง<sup>(13)</sup>

### 3. ความเสี่ยงขณะคลอดที่มีต่อการเสียชีวิตของลูกและแม่

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน การตายมารดาเฉลี่ยของภูมิภาคเอเชีย 152 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออก (WHO-South East Asia Regional Office, WHO-SEARO) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาประเทศไทยเป็นอันดับ 2

หรือเท่ากับ 37.0 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต รองจากประเทศศรีลังกา 36.0 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต<sup>(16)</sup> นอกจากนั้นจากรายงานการศึกษา<sup>(4)</sup> พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากเกิดวิธีการคลอดผิดปกติพบมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อย และพบว่า<sup>(17)</sup> การตกเลือดหลังคลอดรวมถึงการหดตัวของมดลูกหลังคลอดในสตรีกลุ่มนี้จะไม่ดีเท่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าการศึกษาของช่องคลอดเกิดขึ้นได้มากกว่า นอกจากนั้นยังพบว่า สำหรับสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรก (Elderly primigravidae) มีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosome) เช่น กลุ่มอาการดาวน์ซินโดม (Down's syndrome) เสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (IUGR)<sup>(18)</sup> และ ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosome) โดยเฉพาะ ไตรโซมี (Trisomy) ในทารกสูง<sup>(19)</sup> ซึ่งความเสี่ยงขณะคลอดที่มีต่อการเสียชีวิตของลูกและแม่ สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

### 3.1 ภาวะทุพพลภาพของมารดาและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (Maternal morbidity & pregnancy-related complication) ดังนี้

โรคทางอายุรกรรมที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในการตั้งครรภ์ ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีความชุกสูงขึ้นในสตรีอายุมาก โดยเฉพาะในคนที่มีน้ำหนักตัวมากและสูบบุหรี่ โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีอายุ 30-34 ปี 2-4 เท่า และอัตราการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เพิ่มขึ้น 2-3 เท่าในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 40 ปี และเพิ่มขึ้น 10 เท่าในสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 50 ปี นอกจากความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของสตรีตั้งครรภ์แล้ว อัตราการเกิดโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Overt DM) และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational DM) ยังเพิ่มขึ้น 3-6 เท่าในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับสตรีอายุน้อย ซึ่งการมีโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ จะสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางกายภาพของทารกในครรภ์ อัตราการทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น

### 3.2 ความผิดปกติของรก (Placental problems)

- ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) มีความชุกเพิ่มขึ้นในสตรีอายุมากและเคยตั้งครรภ์หลายครั้ง แต่หากพิจารณาความเสี่ยงโดยควบคุมจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีภาวะความดันโลหิตสูง จะไม่พบความสัมพันธ์ของอายุสตรีตั้งครรภ์กับการเกิดภาวะนี้อย่างชัดเจน
- ภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta previa) ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก แต่ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

### 3.3 การคลอดและการผ่าตัดคลอด (Labor & cesarean section)

กำหนดระยะเวลาคลอด ไม่มีข้อสรุปชัดเจน แต่จากการศึกษาแนะนำให้คลอดที่อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ช่องทางการคลอดสตรีตั้งครรภ์อายุมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะคลอดติดขัด (Labor dystocia) ซึ่งเกิดจากภาวะมดลูกหดตัวผิดปกติ (Uterine dysfunction) ทำให้สตรีกลุ่มนี้มักลงเอยด้วยการผ่าตัดคลอด

### 3.4 การคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

สตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้น โดยไม่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม และการตั้งครรภ์แฝด อย่างไรก็ตาม แม้จะมีภาวะคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น แต่อัตราตายของทารกแรกคลอด (Neonatal mortality) ไม่เพิ่มขึ้น และมีอัตราการรอดชีวิตของทารก (Rate of neonatal survival) สูงกว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุน้อย

### 3.5 การเกิดทารกเสียชีวิต (Fetal death)

สตรีตั้งครรภ์อายุมาก เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยการเสียชีวิตส่วนใหญ่ ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางกายภาพของทารก ส่วนมากจะเกิดโดยไม่ทราบ

สาเหตุและไม่อาจคาดการณ์ได้ แม้จะควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ หรือกรรมพันธุ์ แล้วก็ตาม ซึ่งความเสี่ยงของการเสียชีวิตในครรภ์ในประเทศพัฒนาแล้วจะมีอัตราเสี่ยงต่ำกว่าในประเทศกำลังพัฒนา

### 3.5 สตรีเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ (Maternal mortality)

สตรีตั้งครรภ์อายุมากมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์สูงขึ้น ในประเทศพัฒนาแล้ว อัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในประเทศกำลังพัฒนาจะมีความเสี่ยงสูงกว่า เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์สูงอยู่แล้ว โดยสาเหตุหลักเกิดจากการเข้าถึงการดูแลรักษาระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างคลอดไม่เพียงพอ การที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุมากและตั้งครรภ์หลายครั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญ

#### บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)

การดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษและเข้าตรวจตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่เดือนแรกจนถึงไตรมาสสุดท้ายก่อนคลอด สิ่งที่ต้องได้รับการตรวจ<sup>(20)</sup> ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองโครโมโซม สามารถทำได้โดยการตรวจเลือดสตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) เพื่อคัดกรองภาวะผิดปกติของโครโมโซม โดยไม่ต้องเจาะน้ำคร่ำ แต่หากตรวจพบความเสี่ยงอาจต้องมีการเจาะน้ำคร่ำ

2. ตรวจภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง สตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) มักมีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นโรคเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มากกว่าแม่ที่ตั้งครรภ์อายุน้อย ตรวจหาภาวะน้ำตาลในเลือดในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์อายุมากหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหรือเพิ่มขึ้นมากกว่ามาตรฐาน นอกจากนั้นการตรวจเลือดยังช่วยตรวจหาโรคติดต่อทางเลือดและสารคัดหลั่ง อักเสบชนิดบีและซี รวมถึงโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นโรคที่มีอันตรายต่อลูกในครรภ์ได้ด้วย

3. การตรวจภาวะแทรกซ้อนด้วยอัลตราซาวด์ สตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ควรได้รับการตรวจขั้นพื้นฐานเมื่ออายุครรภ์ 5 เดือน โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ตรวจดูโครงสร้างร่างกายทารกในครรภ์ สามารถเห็นความผิดปกติของทารกได้ตั้งแต่ทุกส่วนของร่างกาย รวมถึงความผิดปกติของหัวใจจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงในการดูแลในเชิงลึกเกี่ยวกับทางด้านทารกและมารดา ถ้าหากเกิดภาวะผิดปกติจะได้เตรียมทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อทำการรักษาทันทีหลังคลอด ทั้งนี้บางกรณียังสามารถรักษาได้ตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์

4. การตรวจคัดกรองภาวะคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ยิ่งตั้งครรภ์อายุมากขึ้นยิ่งพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น เนื่องจากอายุคุณแม่ขณะตั้งครรภ์มักส่งผลให้เกิดปัญหาทารกเกาะต่ำ หรือรอกลอกก่อนคลอด รวมถึงทารกที่คลอดออกมาอาจมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าทารกที่คลอดในสตรีตั้งครรภ์อายุที่อายุน้อย

5. ตรวจภาวะครรภ์เป็นพิษ สตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ควรได้รับการตรวจปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อดูโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะครรภ์เป็นพิษได้ ภาวะดังกล่าวถือเป็นอันตรายทั้งต่อตัวสตรีอายุมาก และทารกในครรภ์ หากไม่มีการตรวจพบหรือได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ อาจส่งผลให้สตรีอายุมาก หรือทารกเสียชีวิตได้ ปัจจุบันสามารถตรวจภาวะครรภ์เป็นพิษได้ก่อนในช่วงอายุครรภ์ 11-13 สัปดาห์ 6 วันซึ่งจะช่วยลดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ถึง 90% และยังสามารถป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษได้ถึง 70%

จากที่กล่าวมาข้างต้น บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ในการเป็นผู้ดูแลการตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก ที่มักมาพร้อมกับความเสี่ยงหลายประการอย่างยิ่ง โดยเฉพาะหากสตรีนั้นมีโรคประจำตัว ควรให้

ความสำคัญในการดูแลตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ เน้น การคัดกรองประวัติโรคประจำตัว การตรวจคัดกรองเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษและการเจ็บครรภ์คลอด การดูแลในช่วงการคลอด ควรเฝ้าระวังภาวะทารกตายในครรภ์ หากเลยกำหนดคลอด ควรทำการตรวจ Antepartum fetal surveillance ประเมินน้ำคร่ำ อาจพิจารณาการชักนำการคลอดเพื่อยุติการตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอด ควรเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประเมินความเครียดและประเมินภาวะซึมเศร้า พร้อมให้คำแนะนำแก่สตรีหลังคลอดและครอบครัว

ประเด็นสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก (ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป) ควรปรับเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพิ่มการดูแลเอาใจใส่และเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมมากกว่าการตรวจขั้นพื้นฐาน เพราะการรู้ผลการตรวจแต่เนิ่น ๆ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถเตรียมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น

### แนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก สรุปเป็น 3 แนวทาง ดังนี้

#### 1. แนวทางการป้องกันก่อนตั้งครรภ์

1.1 การให้ความรู้และการวางแผนการตั้งครรภ์ สตรีและคู่สมรสควรได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

1.1.1 มีคลินิกการให้คำปรึกษาส่วนตัว: ให้บริการให้คำปรึกษาส่วนตัวสำหรับคู่สมรสที่ต้องการวางแผนการตั้งครรภ์โดยมีแพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลและตอบคำถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์

1.1.2 การจัดสัมมนา: โรงพยาบาลหรือองค์กรสุขภาพจัดสัมมนาเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และวิธีการเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ

1.2 ส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง

1.2.1 โดยการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข: การจัดการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้รับบริการ

1.2.2 โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อ: การจัดทำแผ่นพับหรือสื่อออนไลน์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เช่น ยาคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และถุงยางอนามัย

#### 2. แนวทางการดูแลและการตรวจคัดกรองระหว่างตั้งครรภ์

การตรวจคัดกรองและการติดตามผลการตรวจสุขภาพ:

2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากควรได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ โดย การตรวจน้ำคร่ำ: สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากสามารถขอรับการตรวจน้ำคร่ำเพื่อค้นหาความผิดปกติของโครโมโซมและโรคทางพันธุกรรม โดยแพทย์จะทำการเจาะตรวจน้ำคร่ำและวิเคราะห์ผลในห้องปฏิบัติการ

2.2 การติดตามผลการตรวจและให้ได้รับคำปรึกษาทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิด โดยการให้คำปรึกษา ทางพันธุกรรม: หลังจากการตรวจคัดกรอง แพทย์ให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมเพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้าใจผลการตรวจและตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

### 3. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม:

3.1 สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนทางจิตใจในการจัดการกับความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองและการตั้งครรภ์ โดยการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา: สตรีตั้งครรภ์ที่รู้สึกเครียดหรือกังวลสามารถเข้ารับบริการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยา เพื่อช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก

3.2 การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสังคม ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก โดยการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม: การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เช่น กลุ่มแม่ที่ตั้งครรภ์ในชุมชน เพื่อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

3.3 การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการช่วยเหลือและคำปรึกษาในกรณีที่ต้องการ โดยการจัดกิจกรรมสำหรับครอบครัว: การจัดกิจกรรมที่เชิญครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์เข้าร่วม เพื่อให้ครอบครัวได้รับข้อมูลและสามารถสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างเต็มที่

แนวทางที่ 3 การที่จะประสบความสำเร็จ เกิดการมีส่วนร่วมของฝ่ายชายทั้งแนวทาง 1) และ 2) ต้องเป็นการให้ข้อมูลแบบคู่ โดยการมีส่วนร่วมของฝ่ายชาย เพื่อให้เกิดการร่วมวางแผนพิจารณาทางเลือกถึง การวางแผนการไม่มีลูกเพื่อป้องกันความเสี่ยง หรือการวางแผนมีลูกที่เป็นการตั้งครรภ์ที่ตั้งใจต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้หญิง ผู้ชาย และโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ผู้ซึ่งมีส่วนสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง

#### บทสรุป

การตั้งครรภ์ถือเป็นภาวะวิกฤตตามวุฒิภาวะของครอบครัว ที่ส่งผลต่อความสุขของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทุกหลายๆ ด้าน เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในชีวิตของเพศหญิง ทั้งการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบาย ด้านจิตใจ จะมีอารมณ์แปรปรวน เครียด และวิตกกังวล ด้านจิตสังคม สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ไปในทางลบ รวมทั้งกรอบสังคมวัฒนธรรม และความเชื่อ ทำให้ต้องงดกิจกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ และด้านจิตวิญญาณ สตรีตั้งครรภ์ขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง กังวลกลัวภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ความสุขมีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์หลายประการ ได้แก่ สุขภาพทำให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตในขณะที่ตั้งครรภ์ดีขึ้น สามารถยืดระยะเวลาตั้งครรภ์ได้ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ในบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์นอกจากจะให้ความรู้ความเข้าใจประเด็นปัญหา ด้านการตั้งครรภ์จากความไม่พร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายและปัญหาที่ส่งผลถึงด้านสุขภาพการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมากแล้ว ต้องให้ข้อเสนอแนะการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรีอายุมาก มี 3 แนวทาง คือ แนวทางที่ 1 แนวทางการป้องกันก่อนตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้และการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง แนวทางที่ 2 แนวทางการดูแลและการตรวจคัดกรองระหว่างตั้งครรภ์ โดย สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากควรได้รับการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางพันธุกรรมของ ทารกในครรภ์และ การติดตามผลการตรวจและให้ได้รับคำปรึกษาทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิด แนวทางที่ 3 แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม โดย สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนทางจิตใจในการจัดการกับความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองและการตั้งครรภ์ การได้รับคำปรึกษาและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และสังคม รวมถึง การสร้างเครือข่ายการ

สนับสนุนทางสังคมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการช่วยเหลือและคำปรึกษาในกรณีที่ต้องการ ซึ่งทั้ง 3 แนวทาง ต้องเป็นการให้ข้อมูลแบบคู่สมรส โดยการมีส่วนร่วมของฝ่ายชาย เพื่อให้เกิดการร่วมวางแผนพิจารณาทางเลือกถึง การวางแผนการไม่มีลูกเพื่อป้องกันความเสี่ยง หรือการวางแผนมีลูกที่เป็นการตั้งครรภ์ที่ตั้งใจ เพื่อเป็นการตั้งครรภ์คุณภาพ สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว มีความพร้อม เมื่อมีความพร้อม ส่งผลให้มีความสุข ความสุขทำให้สตรีตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตในขณะที่ตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปถึงระยะคลอด และระยะหลังคลอด ด้านทารก เติบโตเป็นอนาคตที่มีคุณภาพของชาติต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. Nation Statistical Office. Key statistics of Thai- land 2012. [Internet] 2012 [cited 2024 Jun 2]. Available from [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/Key55\\_T.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/Key55_T.pdf) (in Thai)
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. (2016). Births in the United States; 2015.
3. กระทรวงแรงงาน. กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid=215&template=yeartype=M&subcatid=151R2C&](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=215&template=yeartype=M&subcatid=151R2C&)
4. จิรวัดน พลภักดี. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สตรี ตั้งครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มาคลอด ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ; 2567; 3(1): 115-12
5. กระทรวงแรงงาน. กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก [https://www.nstda.or.th/home/knowledge\\_post/ministryoflabour/](https://www.nstda.or.th/home/knowledge_post/ministryoflabour/)
6. ปวีณา พังสุวรรณ, เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมาก (Pregnancy in advanced maternal age) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/writer/>
7. กฤตยา อาชวนิจกุล, กุล ภาวจนสาร. ท้องไม่พร้อม การเกิดและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://choicesforum.org/wp-content/uploads/2019/05/unintended-pregnancy-births-and-reproductive-rights.pdf>
8. สายใจ สุวรรณศรี. การศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการยอมรับการยุติการตั้งครรภ์เครือข่ายจังหวัดหนองคาย. JOURNAL OF ENVIRONMENTAL AND COMMUNITY HEALTH; 2566; 9(1):287-297
9. สุรัสวดี เกษามา, วรรณภา นาราเวช, สุภา วิตตาภรณ์. ฉากแห่งชีวิตในหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและตั้งครรภ์ต่อ LIFE SCENES OF WOMEN WITH UNPLANNED PREGNANCY AND CONTINUING TO TERM. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์; 2565;14(27):177-192.
10. ชลรดาร์ก พันธุชิน. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ : บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 2561;36(3):6-15.
11. ญัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. การดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก (Advanced Maternal Age). ใน: เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์พจน์, ผดุงเกียรติวัฒนา, ญัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ. วิทยาการก้าวหน้าในการบริหารการบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น;

2561. น. 113-118.
12. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก  
[https://www.rtcog.or.th/files/1685345623\\_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf](https://www.rtcog.or.th/files/1685345623_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf)
  13. เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นิตยา สีนสุกใส. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวล ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2559;34(2):81-87.
  14. ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, ณิชชา วรรณนิยม, พนิดา รัตนเรือง. ผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่มาคลอด ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(1): 1-9.
  15. สุกัญญา ม่วงเลี้ยง, ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์. ความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ช่วงรอผลวินิจฉัยการเจาะน้ำคร่ำ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2562;11(1):181-196.
  16. รายงานประจำปี พ.ศ.2564. สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สำนักงานผู้สูงอายุกรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก  
<https://eh.anamai.moph.go.th/th/>
  17. Pillitteri A. Maternal and child health nursing: care of the childbearing and childrearing family. 7th ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
  18. กาญจนา ศรีสวัสดิ์. การพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
  19. วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. การพยาบาลสูติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2566.
  20. บุญศรี จันทร์รัชกุล. บทความสุขภาพ. พ.ศ.2562. โรงพยาบาลสมิติเวช [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก  
<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ท้องอายุมาก>

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal



**กรมอนามัย**  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## **ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี**

**45 หมู่ 4 ถ.สกลมาร্ক ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190**

**โทร 045-251267**

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