



กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



ปีที่ 12 ฉบับที่ 2  
เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 12 No.2  
July-December 2024

ISSN 2774-1362 (Online)





กรมอนามัย  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## HPC10Journal

## VISION: วิสัยทัศน์

สร้างสังคมรอบรู้ สุขภาพดีทุกช่วงวัย  
อนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน

## MISSION: พันธกิจ

อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
อย่างมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม

## วัฒนธรรมองค์กร กรมอนามัย

วัฒนธรรมที่เข้มแข็งหรืออ่อนแอซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับของการเห็นพ้องต้องกัน (Consensus หรือ Agreement) การยึดเหนี่ยวกัน (Cohesiveness) และการผูกพัน (Commitment) ของสมาชิกต่อวัฒนธรรมนั้นๆ

HPC10Journal



# วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

## Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 12 No.2 July-December 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโภชนาการ อาชีวอนามัย รวมทั้งงานวิจัยสาขาต่างๆ 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 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 12 No.2 July-December 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

นายแพทย์พีระยุทธ สานุกุล

นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์

ดร.นิธิศ ธาณี

ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์

ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน

ผศ.ดร.กิตติ เหลลาสุภาพ

ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล

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

นางสาวไปยดา วิรัชมี

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 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 12 No.2 July–December 2024

ISSN 2774-1362 (Online)

### คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการ	นางศุภลักษณ์ ธรรมสวัสดิ์	รองผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี (ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม)
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	นางกัญญา ธิปโน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศศิธร บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กองบรรณาธิการวิชาการ	นายแพทย์ประวี อ่ำพันธุ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผศ.ดร.สง่า ทับทิมหิน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.นิธิศ ธาณี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมชนก
	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก
	ผศ.ดร.กุลชญา ลอยหา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้จัดทำ	ผศ.ดร.ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	ดร.กชพงศ์ สารการ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
	นางสาวเดือนธิดา ศรีเสมอ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวนพพรรัช พลสวัสดิ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
สำนักงาน	นางสาวชนิสรา เครือไชย	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศิริลักษณ์ บุคติพันธุ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-251267	
เว็บไซต์	<a href="https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal">https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal</a>	



## ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ 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)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการ ดำเนินการปกปิดแบบทางเดียว (Single blinded)

### คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสี่ขาขนาดกระดาษ A4 โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2 ซม. ล่าง 2 ซม. ขวา 2.54 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และ การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด 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> ตามลำดับใส่ดอกจันทร์ (\*) หลังชื่อผู้รับผิดชอบหลักบทความ พร้อมทั้ง ส่วนท้ายกระดาษ ให้ระบุตำแหน่ง หน่วยงานสังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ สำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วยดอกจันทร์ (\*)

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียน แยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และบทคัดย่อ ภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 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 การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)

**ผลการวิจัย** อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางไม่ควรเกิน 5 ตาราง และรูปภาพไม่ควรเกิน 3 ภาพ โดยเป็นประเภท JPEG 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 วิทยาศาสตร์ การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

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

**ตารางที่ 1** ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	16	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	16	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	16	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	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 ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกในวงเล็บ ต่อท้ายและเป็นตัวยกโดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 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 ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Chalernvanichakorn T, Sithisarakul 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 ตู้อินดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริปัญญา อูรพล 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 เลิศอรชยมณี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจีพรณี วรภิโจโกศพร, 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. สมาคมอูร์เวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

### วิทยานิพนธ์ :

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

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิฟท์โพซัยที่เพาะเลี้ยง. [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. นวลล่อ จุลพิุปสาสน์. 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 อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.
- 7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจารุมา อัจกุล, 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 ประเภทไฟล์ 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\\_IkAPafuSc5sc?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1fFXSDLa4ve_FetKczO_IkAPafuSc5sc?usp=sharing)

สามารถติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

#### การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. ผู้ช่วยบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
นางกัญญนัท रिปันโน  
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





# คำนิยม

การวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน การทำวิจัยในด้านนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้นักวิจัยได้มีโอกาสพัฒนาทักษะและองค์ความรู้เฉพาะทาง แต่ยังเป็นแรงจูงใจในการสร้างสรรค์นวัตกรรมและแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อบริบทของสังคม การเผยแพร่องค์ความรู้และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจะช่วยเสริมสร้างแนวทางการทำงานและการศึกษาวิจัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเผยแพร่ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ในด้านนี้ จึงได้จัดทำวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเผยแพร่บทความวิจัยคุณภาพสูงในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และนักวิจัยทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ในรูปแบบสื่อวารสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-Journal

ข้าพเจ้าขอแสดงความชื่นชมต่อกองบรรณาธิการและคณะทำงานที่มีความมุ่งมั่นและทุ่มเทในการจัดทำวารสารดังกล่าว จนสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานและคุณภาพที่เหมาะสมในการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขอแสดงความยินดีที่วารสารนี้จะเป็นอีกหนึ่งแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการพัฒนางานวิจัยและสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศและระดับสากลต่อไป

ลงนาม

นายแพทย์พีระยุทธ สานุกูล

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



## บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ที่สำคัญ ในรูปแบบสื่อวารสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือ E-journal โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเผยแพร่บทความวิจัยคุณภาพสูงในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และนักวิจัยทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 10 วารสารฯ ได้รับการเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/HPC10Journal>

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีที่ 12 ฉบับที่ 2 เนื้อหาของบทความมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ เรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี เรื่องระบบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10 เรื่องการพัฒนาแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เรื่องศึกษารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดยโสธร และเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 เนื้อหาของบทความมีความหลากหลายและน่าสนใจสำหรับนักวิชาการและประชาชนทั่วไป

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านทุกท่าน เพื่อใช้พัฒนางานในพื้นที่รับผิดชอบ และขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความสนใจติดตามวารสารอย่างต่อเนื่อง

นางศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิตี  
บรรณาธิการ

## สารบัญ

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์	จ
คำนิยม	ฎ
บทบรรณาธิการ	ฐ
บทความวิจัย	
● รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี <i>ไพบดา วิรัมย์, เจนวิทย์ ศรพรหม, นงคาร แสงโชติ</i>	1-18
● ระบบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับ แพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10 <i>นภัทธา สมพงษ์, สุกัญญา เชื้อธรรม</i>	19-35
● การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 <i>ณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ, มาลีณี เอี่ยมคง, สุพรรณมาร์ตน์ รินสาธ</i>	36-52
● ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ภาสกร อุ่นคำ, ศุภนิത്യ ปิ่นคำ</i>	53-69
● ศึกษาแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดยโสธร <i>จุริภรณ์ คุณแก้ว, ไกรวัลย์ มัฐผา</i>	70-87
● ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 <i>สาริตา สืบจากดี, รุจิพัชญ์ เพ็ชรสินเดชากุล</i>	88-103

## บทความวิจัย

# รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

ไพบดา วิรัมย์<sup>1\*</sup>  
เจนวิทย์ ศรพรหม<sup>2</sup>  
นงคาร แสงโชติ<sup>3</sup>

(วันรับบทความ 28 มิถุนายน 2567, วันแก้ไขบทความ 1 สิงหาคม 2567, วันตอบรับบทความ 21 สิงหาคม 2567)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบชุมชนมีส่วนร่วมและเปรียบเทียบการลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เจ้าหน้าที่เทศบาล แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครองจำนวน 17 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 2) เด็กปฐมวัยจำนวน 173 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมโดยแบบบันทึกผลลัพธ์ความเข้มข้นเลือด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ แบบวัดซ้ำ Generalized Estimating Equation: GEE และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ ศึกษาระหว่างมิถุนายน 2566 ถึง มีนาคม 2567 ใช้กระบวนการของเคมมิสและแมกทาเกต (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล

ผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบฯ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ พัฒนาเป็นแนวทางป้องกัน และแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง หลังดำเนินงานพบปัจจัยความสำเร็จ 3 ประการ คือ 1) การทำงานแบบร่วมมือร่วมใจ เข้าใจบทบาทหน้าที่และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม 2) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ตั้งเป้าร่วมกัน 3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทำให้เกิดการตื่นตัวของชุมชน ผลการประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ก่อนดำเนินงานเด็กมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดร้อยละ 31.87 หลังการดำเนินงานรอบที่ 1 ความเข้มข้นเลือดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.49 และรอบที่ 2 ความเข้มข้นเลือดมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.78 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (baseline) 5.30 (95%CI=1.73-8.87,P-value=0.004) และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 4.83 (95%CI=1.17 - 8.49,P-value=0.010) โดยในภาพรวมทุกครั้ง พบค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.16 (95% CI 1.23-7.09, P-value 0.005) ความพึงพอใจของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากร้อยละ 98.35

**คำสำคัญ:** ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การมีส่วนร่วม ชุมชน เด็กปฐมวัย

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

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

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Paidawirutsamee@gmail.com

## Research article

# The community participation model in preventing iron deficiency anemia in preschool child at tambon Lao suea kok, Lao suea kok district, Ubonratchathani

Paiyada Wirutsamee<sup>1\*</sup>

Jenwit Sorpom<sup>2</sup>

Nongkan Sangchote<sup>3</sup>

(Received: June 28 2024; Revised: August 1 2024; Accepted: August 21 2024)

### Abstract

This research aims to study the process of developing a community-based approach to prevent iron-deficiency anemia and to compare the reduction of iron-deficiency anemia in early childhood. The sample group includes: 1) Key informants such as public health officers, teachers, municipal staff, community leaders, public health volunteers, and parents, totaling 17 people, selected through purposive sampling. 2) A total of 173 early childhood, selected through simple random sampling. Qualitative data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. Quantitative data were collected using blood concentration outcome records and a parent satisfaction questionnaire. The analysis was conducted using statistics such as repeated measures Generalized Estimating Equations (GEE), means, standard deviations, frequencies, and percentages. Study period from June 2023 to March 2024. The process of Kemmis and McTaggart (PAOR) was used in two cycles, each consisting of four steps: planning, acting, observing, and reflecting.

The study results indicate that the development of the model involved community participation in identifying causes, developing prevention strategies, and problem-solving approaches. After implementation, three success factors were identified: 1) Collaborative teamwork, understanding roles and responsibilities, and appropriate resource allocation; 2) Focus on achieving results with shared goals; 3) Effective communication and publicity leading to increased community awareness. Before implementation, the average blood concentration of the children was 31.87%. After completing the first cycle, the average blood concentration increased to 36.49%. In the second cycle, the average blood concentration increased to 37.78%. The average blood concentration in the second measurement compared to the first (baseline) was 5.30 (95% CI = 1.73-8.87, P-value = 0.004), and in the third measurement compared to the first (baseline) was 4.83 (95% CI = 1.17-8.49, P-value = 0.010). Overall, it was found that the average blood concentration score increased significantly with a mean of 4.16 (95% CI 1.23-7.09, P-value 0.005). The satisfaction level of parents was high, at 98.35%.

**Key words** Iron Deficiency Anemia, Participation, Community, Early Childhood

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

<sup>2</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level. of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

<sup>3</sup> Registered Nurse, Professional Level of Lao Suea Kok Subdistrict Health Promoting Hospital

\* Corresponding Author Email: Paidawirutsamee@gmail.com

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาเด็กให้ได้คุณภาพนั้นต้องมีการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับสติปัญญาของเด็กปฐมวัยนั้น เกี่ยวข้องกับวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ซึ่งพบว่ามารดาที่ขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะแท้ง และเด็กทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ในเด็กปฐมวัยที่ขาดธาตุเหล็ก จะมีผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก 5-10 เท่า<sup>(1)</sup> ซึ่งการดูแลเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้กลับมามีอยู่ในระดับปกติ จะส่งผลให้เด็กมีระดับสติปัญญาเทียบเท่ากับเด็กปกติ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเด็กโดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าเด็กประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะโลหิตจางในปี 2011<sup>(2)</sup> และมีการประมาณการว่าทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 42 เป็นภาวะโลหิตจาง<sup>(3)</sup> ในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กไทยภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบ เด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปี ในเขตชนบทมีภาวะโลหิตจางมากกว่าในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 41.7 และร้อยละ 26.0 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> และข้อมูลสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในประเทศไทย พบว่า เด็กอายุ 6 - 12 เดือน ในประเทศไทย ปี 2563 ร้อยละ 24.72 (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 20) และพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 6 - 12 เดือน ภาวะโลหิตจางในปี 2563 ร้อยละ 25.02 พบสูงที่สุดใน จังหวัดมุกดาหาร อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ 32.77, 32.23 และ 30.47 ตามลำดับ มีความครอบคลุมในการตรวจความเข้มข้นเลือด เพียงร้อยละ 46.36 ส่วนเด็กปฐมวัย 3 - 5 ปี ไม่มีข้อมูลเจาะเลือด ตรวจความเข้มข้นเลือด คัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์<sup>(5)</sup> ส่วนผลการสำรวจระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศไทย ในปี 2564 พบระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ย 102.78 แต่ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ปี 2559 และ 2564 คือ 90.88 จุดและ 98.44 จุด ตามลำดับ<sup>(6)</sup>

จากความสำคัญจากปัญหาดังกล่าว ประเทศไทยจึงจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้กับเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน - 5 ปี ต้องได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง<sup>(7)</sup> จากข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2563 - 2565) เขตสุขภาพที่ 10 มีการดำเนินการแจกยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 69.7, 64.8 และ 81.5 ตามลำดับ พบเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 25.0, 17.6 และ 15.3 (ภาวะโลหิตจางไม่เกิน ร้อยละ 20)<sup>(5)</sup> แม้ว่าจะไม่เกินตามมาตรฐานที่กำหนด แต่หากสามารถลดปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ จะส่งผลทำให้การเจริญเติบโตและระดับสติปัญญาของเด็กเท่ากับเด็กที่ไม่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ นอกจากนี้ยังพบว่าความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 40.8 ซึ่งไม่ถึงครึ่งหนึ่งของเด็กอายุ 6 - 12 เดือนทั้งหมด ส่วนในพื้นที่ตำบลเหล่าเสือโก้กมีการคัดกรองภาวะโลหิตจางร้อยละ 60 พบเด็กมีภาวะโลหิตจาง 31.25 ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงระดับปานกลาง แต่พบว่าไม่มีเด็กทุกคนได้รับการแจกยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก<sup>(5)</sup> จากการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันภาวะโลหิตจางในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า คือ เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี มีการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก ผู้ปกครองลืมให้ยา เด็กปฏิเสธการกินยา ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญในการให้กินยา ผู้ปกครองได้รับยาไม่เพียงพอ เมื่อยาหมดก็ไม่ไปขอรับยาต่อเนื่อง มีการผสมยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในนมให้เด็กรับประทานทำให้ขัดขวางการดูดซึม ซึ่งเป็นผลจากความรู้ทัศนคติของผู้ดูแลเด็ก

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550<sup>(8)</sup> ได้กำหนดให้ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพโดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ผ่านสมัชชาสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเสนอ นโยบายการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และผลักดันให้เกิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับประเทศต่อไป ซึ่งปัญหาเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้



เห็นว่าเด็กในเขตสุขภาพที่ 10 ยังเข้าไม่ถึงบริการ และพบว่ามีส่วนหนึ่งขาดโอกาส เนื่องจากเด็กอยู่ในครอบครัวที่ยากจน ทำอาชีพใช้แรงงาน ไม่สามารถหยุดงานเพื่อนำเด็กมารับบริการได้ ปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้หาวิธีการแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ 2559 จนถึงปัจจุบัน แต่ปัญหายังไม่หมดไป ดังนั้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการใช้ความรู้ ปรับทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลเด็กกับผู้ปกครองเพียงอย่างเดียวจึงเป็นวิธีที่ไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนมาร่วมแก้ไขปัญหามาเพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะสามารถทำให้การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยทั้งในเรื่องสุขภาพ พัฒนาการ โภชนาการ รวมถึงการแก้ไขปัญหามหาโรคในครอบครัวของเด็กในเรื่องเศรษฐกิจ และสังคมส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ตำบลเหล่าเสือโก้ก เป็นอีกหนึ่งตำบลที่เป็นชุมชนเข้มแข็งมีความต้องการในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง สุขภาพดี มีคุณภาพ และมีความมุ่งหวังว่าเด็กตำบลเหล่าเสือโก้กมี IQ เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิม 98.1 จุด ในปี 2564 เป็น 103 จุดในปี 2569 จึงร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเรื่องการพัฒนาเด็กปฐมวัยจนมีการประกาศธรรมนูญสุขภาพตำบล<sup>(9)</sup> จำนวน 9 หมวด ซึ่งในหมวดที่ 9 การพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยมีเป้าหมายคือ เด็กเหล่าเสือโก้กคุณภาพดี ตามมาตรฐาน 7 ดี คือ กินดี พัฒนาการดี สมองดี สุขภาพดี อารมณ์ดี สื่อสารดี ปลอดภัยดี ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565<sup>(10)</sup> โดยมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในแต่ละมาตรฐาน มีส่วนร่วมรับผิดชอบการดำเนินงานอย่างชัดเจน และได้จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย แต่ตำบลเหล่าเสือโก้กยังพบปัญหาเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจางเกินเป้าหมายที่กำหนด แม้ว่าจะมีผลการรายงานว่าการแจกยารักษาเสริมธาตุเหล็กครบคลุมเด็กทุกคน นั้นแสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาบางอย่างในการดำเนินการเพื่อลดปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็ก ผู้วิจัย จึงสนใจในการแก้ปัญหาดังกล่าวในตำบลเหล่าเสือโก้ก ด้วยการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>(11)</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ซึ่งผลการวิจัยนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาขยายผลในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

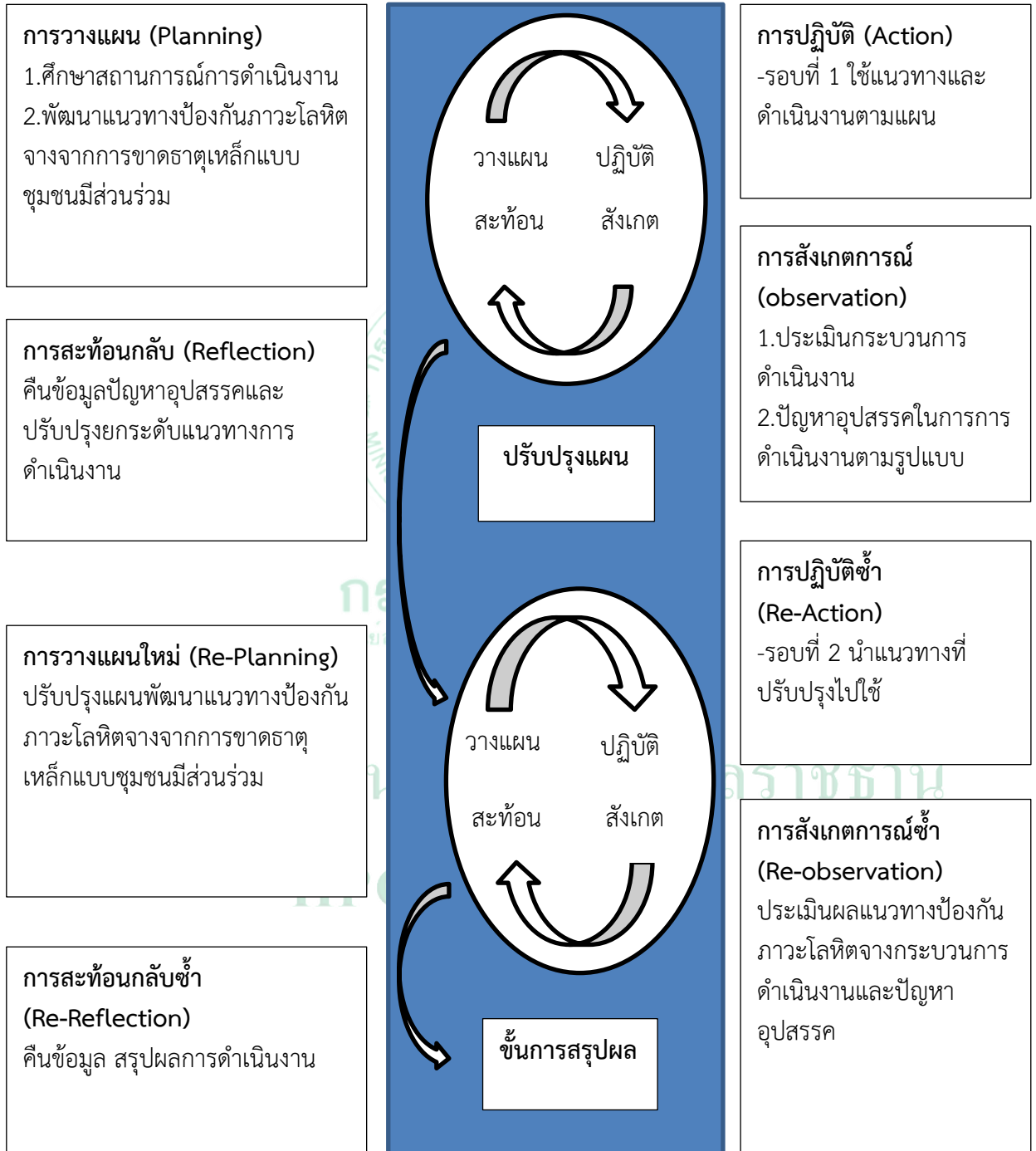
## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบมีส่วนร่วม ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี



### 3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTagart<sup>(11)</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)



#### 4. วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>(11)</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) จากการประเมินการมีส่วนร่วมในกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก และโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) จากการประเมินผลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 66 - มีนาคม 67

##### 4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก และโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก

กลุ่มที่ 2 เด็กปฐมวัยในตำบลเหล่าเสือโก้ก อายุ 6 เดือน - 5 ปี จำนวน 361 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้กซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 17 คน

กลุ่มที่ 2 เด็กปฐมวัยในตำบลเหล่าเสือโก้ก อายุ 6 เดือน - 5 ปี จำนวน 173 คน

##### 4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

4.3.1 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 17 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานพัฒนาการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้กและโรงพยาบาล เหล่าเสือโก้ก แห่งละ 1 คน	2
2. ครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูอนามัยโรงเรียน ในโรงเรียนที่มีชั้นอนุบาล ทุกแห่งละ 1 คน	5
3. แกนนำชุมชน ตำบลเหล่าเสือโก้ก คือ กำนัน และผู้ใหญ่บ้านในหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาเด็ก	2
4. ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข และกองการศึกษาเทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก	2
5. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาเด็ก	2
6. ตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก ในหมู่บ้านต้นแบบด้านการพัฒนาเด็ก	4

4.3.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือเด็กปฐมวัยในตำบลเหล่าเสือโก้ก อายุ 6 เดือน-5 ปี จำนวน 173 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน อ้างอิงความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของผลต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง The Effectiveness of A School-Based intervention for the treatment Iron Deficiency Anemia<sup>(12)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 173 คนดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha}$  คือ ค่าสถิติทดสอบ Z ที่ระดับ 0.05 เท่ากับ 1.96

$Z_{\beta}$  คือ อำนาจการทดสอบ

$\sigma_d^2$  คือ ความแปรปรวน

$\mu_d$  คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่าง

สุ่มอย่างง่ายเลือกหมู่บ้านร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ได้หมู่ ที่ 3 5 6 7 8 10 และ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเลือกเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 6-12 เดือน เด็กอายุ 3-4 ปีและผู้ปกครอง ทุกคนใน หมู่บ้านดังกล่าว หากไม่เพียงพอให้คัดเลือกเพิ่มเติมจากหมู่บ้านอื่นจนครบ 173 คน

#### 4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ใช้เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล แกนนำชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก อสม. และตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมในกระบวนการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ครบจำนวน 4 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ใช้เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นเด็กปฐมวัยที่อยู่อาศัยในตำบลเหล่าเสือโก้กอย่างน้อย 6 เดือน และมีอายุระหว่าง 6 เดือน - 5 ปี ทั้งในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจาง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมจนสิ้นสุดโครงการ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย

#### 4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.5.1 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ใช้เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure) เพื่อทบทวนและพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก สำหรับกลุ่มย่อย (Focus group) ประกอบด้วย 1) แนวคำถามในการทบทวนสถานการณ์เด็กปฐมวัยและพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แบบชุมชนมีส่วนร่วม 2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ระหว่างและหลังดำเนินการ การนำแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบชุมชนมีส่วนร่วมไปใช้

4.5.2 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และผลความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 1 ก่อนดำเนินงาน ครั้งที่ 2 ระหว่างดำเนินงาน (1 เดือน) ครั้งที่ 3 หลังการดำเนินงาน (2 เดือน)

#### 4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาแล้ว จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าตรงเชิงเนื้อหา IOC รายข้อทุกข้อมากกว่า 0.5

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านมาทดลองใช้กับเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 6 เดือน - 5 ปี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

#### 4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทีมผู้วิจัย มีการดำเนินการดังนี้

1. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตดำเนินการวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก ในโรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก แกนนำชุมชนเหล่าเสือโก้ก
2. ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและประสานให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องรับทราบและให้เข้าทำการเก็บข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
4. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### 4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำเสนอผลกระทบการพัฒนาแนวทางการป้องกันกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบมีส่วนร่วม

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ

**ข้อมูลผลลัพธ์** ได้แก่ ความเข้มข้นเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วย Generalized Estimating Equation: GEE โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์แบบวัดซ้ำ (Repeated measure) หลังจากการวินิจฉัยในครั้งที่ 1 (Baseline measurement) ที่เข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบกับครั้งที่ 2 และ 3 และผลรวมทุกครั้งของการวินิจฉัยความเข้มข้นเลือด

#### 5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-12-66-03-F ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

#### 6. ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>(11)</sup> ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) จากการประเมินผลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย และประเมินความพึงพอใจในกลุ่มผู้ปกครอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

## 6.1 การศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบ ชุมชนมีส่วนร่วม ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จ จังหวัดอุบลราชธานี

6.1.1 กระบวนการพัฒนารอบที่ 1 ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

### การวางแผน (Planning)

จากการประชุมกลุ่ม (focus group) มีการค้นหาข้อมูลสถานการณ์ ผลลัพธ์ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ครั้งที่ 1 (baseline) จากข้อมูลทุติยภูมิ ของโครงการส่งเสริมและมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566 พบความชุกเด็กปฐมวัยที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33) ร้อยละ 39.18 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20 และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ในพื้นที่ยังไม่มีแผนการดำเนินงานโครงการที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แต่ได้มีการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน - 5 ปี ต้องได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ที่ผ่านมายังไม่มีผลการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก เทศบาลตำบลเหล่าเสือโก้ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และครูชั้นอนุบาล ในตำบลเหล่าเสือโก้ก แกนนำชุมชน และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่ได้มารับฟังการค้นข้อมูลสุขภาพเด็กปฐมวัยและร่วมกระบวนการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กแบบชุมชนมีส่วนร่วม ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอลำเสด็จ จังหวัดอุบลราชธานี

### การปฏิบัติ (Action)

มีการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก แบบชุมชนมีส่วนร่วมโดยดึงศักยภาพชุมชนมาช่วยแก้ไขปัญหา ในวงรอบที่ 1 ระยะ 1 เดือน โดยมีมาตรการสำคัญดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนงบประมาณและการจัดกิจกรรมในชุมชน
2. การประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ ความสำคัญของธาตุเหล็ก การเตือนให้มารับวิตามินเสริมธาตุเหล็กที่ศาลากลางบ้าน ผ่านหอกระจายข่าว โดยผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน และสร้างการรับรู้กิจกรรมการดำเนินงานในตำบลเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง
3. การบ่อนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพร้อมกันทั้งตำบลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและครู
4. ผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนปรับเมนูอาหารเสริมธาตุเหล็ก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
5. การกำกับติดตามในชุมชนด้วยแกนนำ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสอบถามการเข้ารับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกสัปดาห์ การติดตามไปบ้านเด็ก กรณีผู้ปกครองไม่พาเด็กมารับยา

### การสังเกตการณ์ (observation)

มีการประชุมติดตาม 2 ครั้งทุก 15 วัน โดยการประชุมกลุ่ม (Focus group) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียนชั้นอนุบาล เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานในชุมชนการแบ่งบทบาทหน้าที่ ติดตามความเหมาะสมของสื่อประชาสัมพันธ์ที่ใช้ในชุมชนและเสียงตามสายและประเมินผลความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ครั้งที่ 2 พบว่า เด็กมีความชุกภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงจากร้อยละ 39.18 เหลือเพียงร้อยละ 3.24 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20 แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาอุปสรรค ดังนี้



1. การป้อนวิตามินเสริมธาตุเหล็กมีการนำไปผสมกับนม ทำให้ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก
2. การปฏิเสธการกินยา เนื่องจากรสชาติของยา
3. การป้อนยา ใช้ช้อน 1 คัน ในการป้อนยาเด็กพร้อมกัน
4. การป้อนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กซ้ำ ระหว่าง ครูกับอาสาสมัครสาธารณสุข

#### การสะท้อนกลับ (Reflection)

มีการนัดประชุมเพื่อคืนข้อมูลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคครั้งที่ 2 เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี

6.1.2 กระบวนการพัฒนารอบที่ 2 ประกอบด้วย การวางแผนใหม่ (Re-planning) การปฏิบัติซ้ำ (Re-action) การสังเกตการณ์ซ้ำ (Re-observation) และการสะท้อนกลับซ้ำ (Re-Reflection)

#### การวางแผนใหม่ (Re-planning)

จากการประชุมกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหามาจากกระบวนการพัฒนาใน รอบที่ 1 และปรับปรุงรอบที่ 2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แผนพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี รอบที่ 1 เปรียบเทียบกับแผนปรับปรุงรอบที่ 2

รายการ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
<b>การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก</b>		
เด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี (ยังไม่เข้า ศพด. หรือ โรงเรียน)	1. รพ.สต. / รพ. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ผู้ปกครองเด็กที่มารับวัคซีนคนละ 1 ขวด	1.รพ.สต. /รพ. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้อสม. เดือนละ 1 ครั้ง (วิตามิน 1 ขวด กินได้ 12 ครั้ง)
	2. ให้คำแนะนำผู้ปกครอง ป้อนยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2. อสม.ให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเด็ก ที่อายุ 6 เดือน-2 ปี ที่ศาลากลางบ้าน ทุกวันเสาร์ ช่วงเช้าเวลา (08.30น.) มีเอกสารการตรวจสอบการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
	3. หากเด็กกินยาไม่ได้ แนะนำผสมยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับเครื่องดื่มที่เด็กชอบ	3. หากเด็กกินยาไม่ได้ แนะนำผสมยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับน้ำส้ม อัตราส่วน 1 : 1 (น้ำส้ม 1 ช้อน : ธาตุเหล็ก 1 ช้อน) โดยให้ผู้ปกครองเตรียมน้ำส้ม กับแก้วผสมมาเอง) และแนะนำให้ครูและผู้ปกครองชมเชยทุกครั้งที่เด็กกินยาได้
	ไม่มี	4. หากเด็กไม่สามารถมารับยาได้ ให้ติดตามไปที่ที่บ้านเด็ก - CFCT ติดตามเด็กทุกบ้าน



ตารางที่ 4 (ต่อ)

รายการ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
เด็กอายุ 2 ปี-5 ปี (เข้า ศพด. หรือ โรงเรียนแล้ว)	1. รพ.สต. / รพ. จ่ายยาน้ำเสริม ธาตุเหล็กให้ ศพด. เทอมละ 1 ครั้ง ครึ่งละ 1 ลัง	เหมือนเดิม
	2. ครูให้เด็กกินยาน้ำเสริมธาตุ เหล็กที่ ศพด. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2. ครูให้เด็กกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ ศพด. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้อุปกรณ์ในการกิน ยา 1 คน/อัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
	3. หากเด็กไม่มาโรงเรียนในวันให้ ยา ให้เลื่อนการให้ยาไปวันที่เด็กมา โรงเรียน	เหมือนเดิม
	4. หากเด็กกินยาไม่ได้ แนะนำผสม ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กกับเครื่องดื่มที่ เด็กชอบ	4. หากเด็กกินยาไม่ได้ แนะนำผสมยาน้ำ เสริมธาตุเหล็กกับน้ำส้ม อัตราส่วน 1 : 1 งดหรือห้ามผสม นม นมเปรี้ยว นมถั่ว เหลือง ในยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
	5. ไม่มี	5. การบ่อนยา ใช้ช้อน 1 คัน ในการบ่อนยา เด็กร่วมกัน แก้วโดยขอความสนับสนุน ช้อนจากโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลเหล่าเสือ โก้ก
<b>การเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง</b>		
เด็กอายุ 6-12 เดือน	1. รพ.สต./ รพ. เจาะเลือดเมื่อเด็ก อายุ 9 เดือนทุกคน เมื่อมารับ วัคซีน	เหมือนเดิม
	2. หาก ความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า ร้อยละ 33 ให้คำแนะนำเรื่องการ ให้อาหารเสริมธาตุเหล็ก	ส่งพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา
	3. หาก ความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า ร้อยละ 30 ส่งพบแพทย์ รพ.เหล่า เสือโก้ก เพื่อเข้ารับการรักษา	เหมือนเดิม
เด็กอายุ 3-5 ปี	1. รพ.สต. / รพ. เจาะเลือดตาม โครงการ	1. รพ.สต. / รพ. เจาะเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่ออายุครบ 4 ปี
	2. หาก ความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า ร้อยละ 33 ให้คำแนะนำเรื่องการ ให้อาหารเสริมธาตุเหล็ก	ส่งพบแพทย์รพ.เหล่าเสือโก้กเพื่อเข้ารับการ รักษา

ตารางที่ (ต่อ)

รายการ	รอบที่ 1	รอบที่ 2
<b>การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง</b>		
แกนนำชุมชน	ไม่มี	1. ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนผู้ปกครองนำเด็กที่ยังไม่เข้าโรงเรียนมารับยี่ห้อเสริมธาตุเหล็กที่ศาลากลางบ้านทุกวันเสาร์ 2. ประชาสัมพันธ์ความรู้การให้น้ำเสริมธาตุเหล็กผ่านหอกระจายข่าว 1.ควรกินยี่ห้อเสริมธาตุเหล็ก ห่างจากนม 2 ชั่วโมง 2. หลังกินยี่ห้อเสริมธาตุเหล็ก ให้กินน้ำตามได้ แต่ไม่ควรให้กินนม นมเปรี้ยว นมถั่วเหลืองผสมแคลเซียมล้างปากเด็ก 3. กำกับติดตามการพาบุตรหลานมากินยี่ห้อเสริมธาตุเหล็กของลูกบ้าน และการให้ยาของอสม.
ศพด. / โรงเรียน	1. จัดอาหารกลางวันให้กับเด็กที่มีธาตุเหล็ก อย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง 2. กำกับดูแลการตักอาหารกลางวันให้กับเด็ก ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	เหมือนเดิม
ผู้ปกครอง	ให้ความรู้การจัดเมนูอาหารให้เหมาะกับวัยของเด็ก โดยเฉพาะเมนูธาตุเหล็กสูง	จัดอบรม 1.ภาวะโภชนาการ การจัดหาอาหารเสริมธาตุเหล็ก และหลักการตักอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แนวทางการฝึกให้เด็กไม่เลือกกิน เน้น อาหารธาตุเหล็ก ผัก ผลไม้
		จัดอบรมผู้ปกครอง เรื่อง อยากรู้ลูกฉลาด ต้องไม่ขาดธาตุเหล็ก

**การปฏิบัติซ้ำ (Re-action)**

นำแผนงานแบบมีส่วนร่วมที่ได้ปรับปรุงมาดำเนินงานเน้นการแก้ไขปัญหาที่พบจากกระบวนการพัฒนาในรอบที่ 1

**การสังเกตการณ์ซ้ำ (Re-observation)**

การประชุมติดตาม 2 ครั้งทุกเดือน โดยการประชุมกลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียนชั้นอนุบาล เกี่ยวกับการดำเนินงานในชุมชน พบว่า จากการปรับปรุงแผนพบว่าไม่มีปัญหาในการดำเนินงาน เมื่อตรวจความ

เข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ในครั้งที่ 3 พบว่า เด็กมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงเหลือที่พบว่ามีเพียง 1 คนจาก 171 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 พิจารณาแก้ไขโดยการส่งตัวพบแพทย์เพื่อพิจารณาการดูดซึมและการเสียเลือดจากสาเหตุอื่นๆ

### การสะท้อนกลับซ้ำ (Re-reflection)

วิเคราะห์ผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมประชุมสรุปรายงานผลการศึกษา ผลการดำเนินงานร่วมกับผู้ที่มีส่วนร่วม และสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วมกันได้ ดังนี้

1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในชุมชนสามารถทำงานด้วยความร่วมมือร่วมใจ เข้าใจบทบาทหน้าที่และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

2) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ตั้งเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน คือ เด็กเหล่าเสื่อไ้ก้ทุกคน มีสติปัญญาดีต้องไม่ขาดธาตุเหล็ก

3) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้งชุมชน ทำให้เกิดการตื่นตัวของชุมชนอย่างทั่วถึง และวางแผนเตรียมขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีปัญหาต่อไป

## 6.2 การเปรียบเทียบผลการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย

### 6.2.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสื่อไ้ก้ อำเภเหล่าเสื่อไ้ก้ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยจำนวน 173 คนแต่ที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 98.84 ซึ่งนำมาใช้วิเคราะห์ผล พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.88 อายุเฉลี่ย 3.18 ปี มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 52.63 มีผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ หรือคนใดคนหนึ่ง ร้อยละ 68.42 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท ร้อยละ 60.03 ดังตารางที่ 5

### 6.2.2 ความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) เด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสื่อไ้ก้ อำเภเหล่าเสื่อไ้ก้ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้มข้นเลือดเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสื่อไ้ก้ ก่อนกระบวนการพัฒนาฯ ความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 31.87 หลังจากการดำเนินงานในรอบที่ 1 ระยะเวลา 1 เดือน ความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.49 เมื่อครบ 2 เดือน วงรอบที่ 2 ความเข้มข้นเลือด ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 37.78 และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ผู้ดูแลเด็กหลักในครอบครัว และรายได้ครอบครัวต่อเดือน พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (baseline) 5.30 (95%CI=1.73 – 8.87, P-value=0.004) และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ และ อายุ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (baseline) 5.30 (95%CI=1.17 - 8.49, P-value=0.010) และสิ้นสุดการดำเนินงาน เมื่อควบคุมตัวแปร เพศ และอายุ พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มข้นเลือดในภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.16 (95% CI 1.23 - 7.09, P-value 0.005) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดแบบวัดซ้ำในครั้งที่ 1 (baseline) เปรียบเทียบกับครั้งที่ 2 และ 3 และผลรวมทุกครั้งของการวินิจฉัย (n=171)

Hct	Mean (SD)	Crude Mean diff.*	Adjusted Mean diff.	95% CI	P - value
Baseline	31.87 (2.12)	N/A	N/A	N/A	N/A
Follow-up1	36.49 (2.48)	4.65	5.30	1.73 – 8.87	0.004
Follow-up2	37.78 (2.54)	4.46	4.83	1.17 - 8.49	0.010
Overall	N/A	4.56	4.16	1.23 - 7.09	0.005

\*Mean difference adjusted for baseline is gender age family carver and family income per month for each visit using Paired Sample t-test and for overall using GEE implemented under generalized linear model frameworks

## 7. สรุปและอภิปรายผล

### 7.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart<sup>(11)</sup> ด้วยกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม 2 วงรอบ ในวงรอบที่ 1 ดำเนินการคืนข้อมูลและร่วมกันการวางแผน (Planning) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยนำแผนไปสู่การปฏิบัติ (Action) ด้วยการประชาสัมพันธ์ทั้งชุมชน ส่งเสริมการให้ยาเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ 1 ครั้งและปรับเมนูอาหารเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และกำกับติดตามงานด้วยแกนนำ การสังเกตการณ์ (observation) มีการประชุมติดตามทุก 15 วัน และได้ประเมินผลความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ครั้งที่ 1 พบว่า ความชุกภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลง จากร้อยละ 39.18 เหลือเพียงร้อยละ 3.24 และการสะท้อนกลับ (Reflection) มีการนัดประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค เพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย นำปัญหาอุปสรรคนำมาวางแผนใหม่ (Re-planning) การปฏิบัติซ้ำ (Re-action) การสังเกตการณ์ซ้ำ (Re-observation) และการสะท้อนกลับซ้ำ (Re-Reflection) เมื่อตรวจความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ในครั้งที่ 3 พบว่า เด็กมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลงเหลือเพียง 1 คนจาก 171 คน คิดเป็นร้อยละ 0.58 และประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง

เปรียบเทียบการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ผู้ดูแลเด็กหลักในครอบครัว และรายได้ครัวต่อเดือน พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของการวินิจฉัยครั้งที่ 2 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (baseline) 5.30 (95%CI=1.73 – 8.87, P-value=0.004) และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ และ อายุ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของการวินิจฉัยครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (baseline) 5.30 (95%CI=1.17-8.49,P-value=0.010) และสิ้นสุดการดำเนินงาน เมื่อควบคุมตัวแปร เพศ และอายุ พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.16 (95% CI 1.23 - 7.09, P-value 0.005)

## 7.2 อภิปรายผล

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการดำเนินงาน พบความชุกในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.18<sup>(13)</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะโลหิตจางขาดธาตุเหล็กในเด็กทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี 11 เดือน มีความชุกร้อยละ 39.8<sup>(14)</sup> ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลกอยู่ตั้งแต่ ร้อยละ 29.2 ถึงร้อยละ 79.6 โดยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราความชุกที่ร้อยละ 13.6 และเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ ที่เคยมีการสำรวจในประเทศไทย พบการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่มีความชุกร้อยละ 31<sup>(15)</sup> การศึกษาปี 2565 ในจังหวัดชัยภูมิ พบความชุก ร้อยละ 39.60 ซึ่งการเข้ารับรักษายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย<sup>(16)</sup> การศึกษาปี 2564 ในเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ในเด็ก 6-12 เดือน มีความชุกสูงถึงร้อยละ 51.2 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 13-24 เดือนร้อยละ 31.1<sup>(17)</sup> การศึกษาปี 2563 ในจังหวัดราชบุรี พบภาวะความชุกในเด็ก 6 เดือน ร้อยละ 16.3 และ 9 เดือนร้อยละ 23.1<sup>(18)</sup> และการศึกษาปี 2562 ในเขตสุขภาพที่ 9 มีความชุกรวมร้อยละ 29.2 พบมากในช่วง 2-3 ปี ถึงร้อยละ 49.1<sup>(19)</sup> แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี และประเทศไทยส่วนใหญ่ยังพบปัญหาในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ซึ่งส่งผลต่อเด็กปฐมวัยในพื้นที่เนื่องจากการขาดธาตุเหล็กเป็นเวลานานนั้น จะทำให้มีอาการแสดงออกทางระบบประสาท เช่น รู้สึกหงุดหงิด ความคิดไม่แจ่มใส นอนไม่หลับ เมื่อเลือดจางมากจึงอาจรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายมากขึ้นเวลาออกแรง ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ทางสติปัญญาทำให้สมาธิสั้น มีภาวะชุกจนเกินเหตุและความจำเสื่อมมีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และผลการเรียน ในประเทศไทยได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ภาษาไทย และการทดสอบทางคณิตศาสตร์ในเด็กที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำพบว่าประสิทธิภาพทั้งด้านภาษาไทยและคณิตศาสตร์ต่ำไม่สามารถแก้ไขให้เด็กมีประสิทธิภาพของการเรียนรู้กลับคืนได้<sup>(13, 20)</sup> จากปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจึงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่และระดับประเทศแม้จะมีนโยบายและแผนการส่งเสริมป้องกันตามมาตรฐาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองและการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ที่ได้กำหนดไว้ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังมีหลายพื้นที่ที่ยังพบปัญหาอยู่ ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันในระดับสังคมชุมชนจึงมีความจำเป็นตามคำแนะนำเพิ่มเติมขององค์การอนามัยโลก<sup>(13)</sup> ที่มีเป้าหมายในการจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กในระดับชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการสำคัญ คือ 1) ส่งเสริมให้เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 2) เพิ่มการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายและมีธาตุเหล็กสูงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้งและการติดตามของมาตรการ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกระดับการตั้งแต่วางแผนงานจนเสร็จสิ้นมาตรการและติดตามประเมินผล<sup>(21)</sup> โดยมองความยั่งยืนว่าเกิดจากความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผลการดำเนินการวิจัยทำให้ลดความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในชุมชนได้ โดยภาพรวมการดำเนินงาน เมื่อควบคุมตัวแปร เพศ และอายุ พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ในภาพรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.16 (95% CI 1.23 - 7.09, P-value 0.005) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่มีมาตรการเน้นสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการในชุมชนในภาคเหนือประเทศไทย โดยเน้นการตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษาในชุมชน ทำให้อัตราการรักษาโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(15)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเด็ก ในอำเภอนิคมคำสร้อยจังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีมาตรการสำคัญคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหา การให้ความรู้พ่อแม่ อาสาสมัครสาธารณสุข และร่วมกันกำกับติดตาม พบว่ามาตรการดังกล่าวทำให้ชุมชนมีความเข้าใจกับสภาพปัญหา เกิดความตื่นตัว



ในการดำเนินงาน เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเด็กทั้งในเรื่องร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา<sup>(22)</sup> และการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ 4 ขั้นตอน 1) วางแผนการดำเนินงาน 2) ตรวจสอบคัดกรองตามแนวปฏิบัติ 3) อบรมให้ความรู้ และ 4) การส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบนักเรียนมีค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญก่อนการศึกษาเฉลี่ยที่ร้อยละ 31.67 และหลังร้อยละ 34.75 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.08 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาตรการในชุมชนสามารถช่วยป้องกันการขาดธาตุเหล็กในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศที่ใช้มาตรการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาในประเทศบราซิลได้ศึกษามาตรการในโรงเรียนที่ใช้จ่ายเสริมธาตุเหล็กในอาหารก็สามารถเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน (hb) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม 12.25 (SD=0.76) และยังสามารถลดความชุกของโรคโลหิตจางในเด็กและวัยรุ่นในบราซิลได้<sup>(12)</sup> นอกจากนี้ การศึกษาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในชุมชนในอินเดียมาตรการสามารถเพิ่มอัตราการรักษาภาวะโลหิตจางในเด็กอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มการรักษาปกติโดยมีอัตราส่วนความเสี่ยง 1.37 (95% CI, 1.04-1.70)<sup>(21, 23)</sup> การศึกษาเหล่านี้เน้นการสร้างศักยภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวมในประชากรเสี่ยงได้

## 8. ข้อเสนอแนะ

### 8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. การสูญเสียเลือดจากสาเหตุต่างๆ<sup>(24)</sup> เช่น พยาธิปากขอ เลือดกำเดา เลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เป็นต้น เป็นต้น เป็นปัจจัยที่สำคัญในเด็กเพื่อนำมาพิจารณาการรักษาโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มเติมในมาตรการ
2. การเพิ่มบทผู้ปกครอง ในการมีส่วนร่วมเรื่องกักอาหารเสริมธาตุเหล็กที่บ้านเพิ่มเติมนอกจากการให้ความรู้

### 8.2 ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. ระบบการคัดกรองภาวะโลหิตจางที่ไม่ครอบคลุม ในทุกระดับตั้งแต่เขตสุขภาพ จังหวัด และพื้นที่ มีระบบสนับสนุนและการกำกับติดตามเพื่อให้มีการคัดกรองให้ครอบคลุมเด็กทุกคน
2. แนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมีความจำเป็นและควรสนับสนุนผลักดันให้ทุกพื้นที่มีนโยบายและดำเนินการให้ครอบคลุมในกลุ่มเด็กปฐมวัย

### 8.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย ควรพิจารณาเพิ่มบริบททางสังคม สภาพแวดล้อม การศึกษาและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่จะช่วยเพิ่มความยั่งยืนของมาตรการ
2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติมเรื่องการจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กในเมนูสำหรับ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
3. การวิจัยเพื่อประเมินผลการนำรูปแบบไปขยายผลในพื้นที่ที่มีปัญหาอื่นๆ

## 9. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางควบคุมและการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก [อินเทอร์เน็ต] มพท. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
[https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/anemia/download/?did=200493&id=60174&reload=.](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/anemia/download/?did=200493&id=60174&reload=)

2. WHO. DAILY IRON SUPPLEMENTATION in infants and children. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2016.
3. WHO. Anemia 2011 [cited 2023 1 December]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1).
4. Rojroongwasinkul N, Kijboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Purttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, et al. SEANUTS: the nutritional status and dietary intakes of 0.5–12-year-old Thai children. *British Journal of Nutrition*. 2013;110(S3):S36-S44.
5. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. รายงานตัวชี้วัด 0 - 5 ปีแม่และเด็ก. 2564.
6. กรมสุขภาพจิต. ผลการประเมินระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ เด็กระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์ชี้แจง ผลการประเมินระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ เด็กระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2564. 2565.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช). คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชน ปี 2566. หจก.แสงพันธ์ การพิมพ์ : กรุงเทพฯ 2566.
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2550 2550 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/hpp\\_act\\_ebook58\\_08\\_07\\_453.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_act_ebook58_08_07_453.pdf).
9. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ:รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพพึงประสงค์. นนทบุรี มาตา, 2557.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก. ธรรมนูญสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี; 2565.
11. Kemmis S, Mc Taggart R. *The Action Research Planner*. Victoria: Deakin University. 120. *JURNAL MANAJEMEN PENDIDIKAN*. 1988.
12. Vellozo EP, Passos MAZ, Arcanjo F, Vitalle MdS, Fisberg M, Enes C, et al. The Effectiveness of a School-Based Intervention for the Treatment of Iron Deficiency Anaemia. *International Journal of Research-GRANTHAALAYAH*. 2021;9(5):113-26.
13. WHO. Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control A guide for programme managers 2001.
14. WHO. WHO Global Anaemia estimates 2021 [cited 2024 13 April]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia\\_in\\_women\\_and\\_children](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children).
15. Jopang Y, Petchmark S, Jetsrisuparb A, Sanchaisuriya K, Sanchaisuriya P, Schelp FP. Community participation for thalassemia prevention initiated by village health volunteers in northeastern Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2015;27(2):NP2144-NP56.
16. นภัศวรณ ชนะพาล. รูปแบบการดำเนินงานการจัดการภาวะซีดในเด็กนักเรียน ระดับประถมศึกษา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2022;16(2):565-80.
17. ปิยะ บุรีโส, ลัดดา ตีอันทอง, กัญญภัทร คำโสม, วิโสภิญ ทองไทย, ทศนีย์ รอดชมภู. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กปฐมวัย (อายุ 6-72 เดือน) เขต

- สุขภาพ ที่ 7. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health-วารสาร  
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2021;44(2):39-53.
18. บุชบา อรรถาวีร์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก อายุ 6-12 เดือน. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2020;30(1):82-93.
  19. อัญชลี ภูมิจันทิก, ชัชฎา ประจูดทะเล, ประดับ ศรีหมื่นไวย. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพ ที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562;13(31):178-90.
  20. Karim Bahgat, Haidy Nasr, Samar Kamel, El-Sayed. Effect of iron deficiency on behavior and cognition in children. International Journal of Health Sciences (IJHS). 2022:998-1011.
  21. Shet AS, Zwarenstein M, Rao A, Jebaraj P, Arumugam K, Atkins S, et al. Effect of a community health worker-delivered parental education and counseling intervention on Anemia cure rates in rural Indian children: A pragmatic cluster randomized clinical trial. JAMA pediatrics. 2019;173(9):826-34.
  22. ธัญพิชชญา พิมพ์ดี. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก กรณีศึกษา : ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำอ้อม จังหวัดมุกดาหาร.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564 ;14:320-32
  23. Shet AS. Community-Based Interventions: Implications for Childhood Anemia Prevention and Control in India: Karolinska Institutet (Sweden); 2018.
  24. Apu MAI, Halder D, Shuvo MS, Sarker MR. Iron Deficiency in Children Can Impair Growth and Contribute to Anemia. American Journal of Health Research. 2023;11(2):58-67.

## วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

### HPC10Journal

## บทความวิจัย

# ระบบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10

นภัทชา สมพงษ์<sup>1\*</sup>  
สุกัญญา เชื้อธรรม<sup>2</sup>

(วันรับบทความ 18 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 12 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ 16 กันยายน 2567)

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้วิธีการเชิงผสมผสานในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากคณะกรรมการและเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 71 คน และสัมภาษณ์แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 7 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมมากกว่าทั้งในด้านสถานที่ การจัดบริการ และช่องทางการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษาร้อยละ 81 เทียบกับร้อยละ 51.5 ของโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์ยังมีช่องทางการให้คำปรึกษาที่หลากหลายกว่า เช่น คลินิกให้คำปรึกษาทางเลือก (ร้อยละ 85.7) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการ (ร้อยละ 57.5) ซึ่งโรงพยาบาลที่มีบริการยุติการตั้งครรภ์มีความเข้าใจและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 อย่างครบถ้วน รวมถึงการให้บริการทุกขั้นตอน ขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่มีบริการอาจขาดการให้บริการบางขั้นตอนสำหรับอุปสรรคที่พบ คือ ทักษะคติของบุคลากรที่ขัดกับการยุติการตั้งครรภ์ ขาดทรัพยากร และการประสานงานที่ไม่ราบรื่นการแก้ไขปัญหเหล่านี้ต้องการการสนับสนุนในการประสานงาน การเพิ่มจำนวนบุคลากร และการฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การอบรมบุคลากร การเพิ่มงบประมาณและบุคลากร การปรับปรุงกฎระเบียบ และการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจและการเข้าถึงบริการ

**คำสำคัญ :** ระบบบริการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การปรึกษาทางเลือก

<sup>1,2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

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

## Research article

# The Service system for Unintended Pregnant Women under the Law and Regulations of the Medical Council in 10<sup>th</sup> Public Health Region

Naphatcha Somphong<sup>1\*</sup>

Sukanya Chueatham<sup>2</sup>

(Received: July 18 2024; Revised: September 12 2024; Accepted: September 16 2024)

### Abstract

This descriptive study aimed to examine the safe abortion service system adhering to the law and Medical Council regulations in Health Region 10. Data was collected from 71 members of the RSA volunteer network for safe abortion in Health Region 10 through questionnaires. Interviews were conducted with 7 abortion providers and public health officers. Data collection occurred between December 2023 and February 2024. Data analysis employed descriptive statistics.

Results of the study : Hospitals providing abortion services are better equipped in terms of facilities, service organization, and counseling options. Specifically, for pregnancies less than 12 weeks, hospitals with abortion services have an 81% readiness rate for counseling compared to 51.5% in hospitals without such services. Additionally, hospitals with abortion services offer a wider range of counseling options, such as alternative counseling clinics (85.7%) compared to those without services (57.5%). These hospitals fully understand and adhere to the Criminal Code Amendment Act (No. 28) B.E. 2564, including all stages of service provision. In contrast, hospitals without such services may lack some steps in the process. Challenges identified include staff attitudes opposing abortion, resource shortages, and inefficient coordination. Addressing these issues requires improved coordination, increased staffing, and enhanced staff training.

Suggestions : The development of abortion services include establishing an effective coordination network, staff training, increased budget and personnel, regulatory improvements, and further research on patient satisfaction and access to services. for future development of abortion services include establishing an effective coordination network, staff training, increased budget and personnel, regulatory improvements, and further research on patient satisfaction and access to services.

**Keywords :** Unwanted Pregnancy, Safe Abortion, Options counseling

---

<sup>1,2</sup> Public Health Technical Officer, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

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

---



## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นและหญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีมีการยุติการตั้งครรภ์ประมาณ 73 ล้านครั้งทั่วโลก มีการยุติการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มากถึงร้อยละ 61 และการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนทั้งหมดจบลงด้วยการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 45 ซึ่งร้อยละ 97 เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา โดยการแท้งที่ไม่ปลอดภัย อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนภาวะครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในประเทศได้<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทย พบว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างปี 2548-2552 มักจบลงด้วยการแท้งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 64<sup>(2)</sup> การที่ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่สามารถหาทางออกได้เมื่อประสบปัญหา อีกทั้งยังถูกตีตรา ในเชิงศีลธรรมจากสังคม ทำให้หลบซ่อนไม่เปิดเผยตนเองเพื่อขอความช่วยเหลือไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป เช่น ภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่ามาตรฐาน ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกเสียชีวิตหลังคลอด และภาวะป่วยทางจิตของผู้ตั้งครรภ์ ตลอดจนปัญหาการทอดทิ้งทารกตามที่ปรากฏ ในข่าวปัจจุบัน ทำให้เด็กขาดผู้ดูแล ขาดความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่ผู้ปกครอง ถูกทอดทิ้ง และอาจต้องเติบโตในสถานสงเคราะห์ในที่สุด จากรายงานเฝ้าระวังแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ.2563 พบว่า มีผู้ป่วยแท้ง ร้อยละ 53.8 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.6 และไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 37.6 โดยมีเหตุผลในการทำแท้งด้านสุขภาพ มีปัญหาเรื่องทารกในครรภ์เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 43.4 ด้านเศรษฐกิจ และสังคมมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 44.9 และการตั้งครรภ์ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ร้อยละ 24.8 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยที่แท้งเองและทำแท้ง คือ เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด และติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการทำแท้งโดยแพทย์จะเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ที่ทำแท้งด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข โดยวิธีการทำแท้งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากที่สุด คือ การใช้อุปกรณ์ของแข็งสอดหรือกระทุ้งเข้าทางช่องคลอดการใส่สายยางหรือฉีดยาใดๆ เข้าทางช่องคลอด การใช้สตรี/ยาต้มสมุนไพร เป็นต้น<sup>(3)</sup>

กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์อาสาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทางการแพทย์ (Referral System for Safe Abortion : RSA) ตามกฎหมาย และข้อบังคับแพทยสภา ให้กับวัยรุ่นและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการสนับสนุนจากกรม กองต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งมีการหนุนเสริมการทำงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แพทยสภา ราชวิทยาลัยสูติแพทย์ และโรงเรียนแพทย์ภายในประเทศ ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ตามมาตรา 301 ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ ไม่พร้อมมีสิทธิที่จะยุติการตั้งครรภ์หากอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มาตรา 305 หากอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ ต้องรับบริการยุติการตั้งครรภ์จากผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมตามกรณี ที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์เนื่องจาก (1)แม่มีสุขภาพกายหรือจิตใจ (2)ลูกในครรภ์มีความเสี่ยงที่จะพิการ (3)การถูกข่มขืน (4)ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ (5)กรณีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์<sup>(4)</sup> ต้องได้รับการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565 โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องรับฟังด้วยความใส่ใจ

และเป็นมิตร ไม่ตีตรา รักษาความลับ ให้อิสระในการตัดสินใจ และให้ข้อมูลทางการแพทย์เบื้องต้น ข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม ความเสี่ยง ความปลอดภัย ข้อห้ามทางการแพทย์ และข้อมูลอื่น เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกอย่างรอบคอบทั้งด้านการตั้งครรภ์ต่อและการยุติการตั้งครรภ์<sup>(5)</sup>

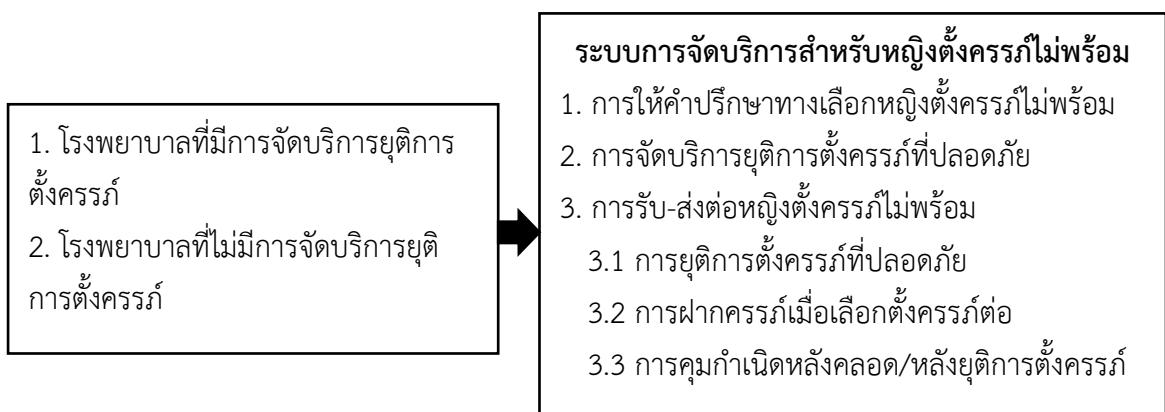
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า การจัดบริการของเครือข่ายอาสา RSA ในการให้บริการปรึกษาออนไลน์ กับผู้รับบริการอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 10,945 คน ส่วนใหญ่รับบริการเมื่อมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ โดยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาตั้งแต่ปี 2559 – 2565 จำนวนมากถึง 86,896 คน และยังพบข้อมูลการขอรับคำปรึกษาท้องไม่พร้อมผ่านสายด่วนปรึกษาเอดส์ และท้องไม่พร้อม 1663 จำนวน 43,379 ราย สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จำนวน 105 ราย เว็บไซต์ไลฟ์แคร์สดชั่น จำนวน 3,095 ราย ปัจจุบันเครือข่ายอาสา RSA ได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น โดยมีสมาชิกเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 883 คน เป็นแพทย์ จำนวน 174 คน สหวิชาชีพ 709 คน หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใช้ยุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย 170 แห่ง<sup>(6)</sup> ซึ่งมีหน่วยบริการของเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 3 แห่ง มีเครือข่ายอาสา RSA จำนวน 59 คน เป็นแพทย์ จำนวน 4 คน สหวิชาชีพจำนวน 54 คน<sup>(7)</sup>

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาระบบการจัดบริการให้กับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อศึกษาระบบการส่งต่อ (Referral System) ระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย RSA และโรงพยาบาลมีความพร้อมเพียงใดในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย RSA และโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือไม่ เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น แม้ว่ากฎหมายจะอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย แต่ในทางปฏิบัติยังมีอุปสรรคที่ทำให้การเข้าถึงบริการไม่เท่าเทียม การศึกษานี้จะช่วยวิเคราะห์ปัญหา ประเมินระบบการส่งต่อ และพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในบริบทของเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นในการจัดการกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการจัดบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมภายใต้กฎหมายและข้อบังคับแพทยสภาในเขตสุขภาพที่ 10

## 3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



#### 4. วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลแบบวิธีผสมผสาน (Mixed method) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ระหว่างวันที่ 7 ธันวาคม 2566 - 28 กุมภาพันธ์ 2567

##### 4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 180 คน

2. ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 56 คน

##### 4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 หรือ เครือข่ายอาสา RSA เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 ใน 5 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรจากเกณฑ์ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 เกณฑ์ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร<sup>(8)</sup>

จำนวนประชากร	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละ	15 – 30 %
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักพัน	10 – 15 %
จำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักหมื่น	5 – 10 %

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อ (180 คน) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง =  $180 \times 30/100 = 54$  คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายอาสา RSA (56 คน) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง =  $56 \times 30/100 = 17$  คน

รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 71 คน

##### 4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการหรือสมาชิกเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (RSA) ในเขตสุขภาพที่ 10 รวมถึงโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพที่มีการให้บริการปรึกษาทางเลือก การจัดการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 5 จังหวัด และ 71 อำเภอ โดยแบ่งตามสัดส่วนของแต่ละจังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ (26 คน) จังหวัดศรีสะเกษ 22 อำเภอ (22 คน) จังหวัดยโสธร 9 อำเภอ (9 คน) จังหวัดอำนาจเจริญ 7 อำเภอ (7 คน) และจังหวัดมุกดาหาร 7 อำเภอ (7 คน)

2) กำหนดเกณฑ์ในการไม่รับเข้าร่วมศึกษา คือ กลุ่มที่ไม่ใช่คณะกรรมการหรือสมาชิกของเครือข่าย RSA มีการย้ายงาน ลาออก และไม่ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาในการให้ข้อมูล

##### 4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อและผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายอาสา RSA ประกอบด้วย

1.1 คำถามเกี่ยวกับสถานที่ให้คำปรึกษา การจัดการยุติการตั้งครรภ์ และช่องทางการให้คำปรึกษา เพื่อวัดประสิทธิภาพของระบบการจัดการบริการตามมาตรฐานที่กำหนด

1.2 ความพึงพอใจต่อการบริการ เป็นคำถามที่วัดระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้ให้บริการ เพื่อประเมินคุณภาพของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และความสำเร็จของการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับตัวแทนจากทั้งสองกลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกในมุมมองของผู้ปฏิบัติ** ประกอบด้วย ด้านนโยบาย ระบบการจัดบริการ การปฏิบัติจริง ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อประเมินว่าการจัดบริการนั้นมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและสอดคล้องกับกฎหมาย ในกลุ่มคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อ สุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนจำนวน 10 คน โดยเลือกจากผู้มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี และกระจายตามพื้นที่ 5 จังหวัด และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ในเครือข่ายอาสา RSA สุ่มสัมภาษณ์ตัวแทนจำนวน 5 คน โดยเลือกจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการโดยตรงและมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี

#### 4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ ผู้วิจัยตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายด้านโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

#### 4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด เพื่อประสานกลุ่มเป้าหมายเตรียมกลุ่มเป้าหมายและกำหนดแผนเก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้บริหารสถานบริการ/หน่วยบริการ เพื่อขอความร่วมมือให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม
- 3) ผู้วิจัยจัดเตรียมทีมเก็บข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์

#### 4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบาย ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### 5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-01-66-01-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 8 พฤษภาคม 2567

### 6. ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 53.5 เป็นเครือข่ายอาสา RSA เพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 36.6 โดยตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 57.7 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 28.1 และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.9 รองลงมาเป็นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 14.1 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป (N=71 คน)	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. สถานะของผู้ตอบแบบสอบถาม</b>		
1.1 เป็นคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10	38	53.5
1.2 เป็นเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	26	36.6
1.3 เป็นทั้งคณะกรรมการเครือข่ายอาสาส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Referral System for Safe Abortion : RSA) เขตสุขภาพที่ 10 และเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) เพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	7	9.8
<b>2. ตำแหน่ง</b>		
2.1 แพทย์	1	1.5
2.2 พยาบาลวิชาชีพ	41	57.7
2.3 นักวิชาการสาธารณสุข	20	28.1
2.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	4.3
2.5 นักสังคมสงเคราะห์	2	2.8
2.6 นักจิตวิทยา	2	2.8
2.7 จิตอาสา	2	2.8
<b>3. ประเภทของโรงพยาบาล/หน่วยบริการที่ปฏิบัติงาน</b>		
3.1 โรงพยาบาลทั่วไป	4	5.6
3.2 โรงพยาบาลชุมชน	44	61.9
3.3 โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน	1	1.4
3.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	7.1
3.5 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	6	8.2
3.6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	10	14.1
3.7 หน่วยบริการให้คำปรึกษาออนไลน์	1	1.4

**1. การจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม**

การจัดบริการให้บริการปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ และด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก โดยจำแนกตามโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการมีจำนวนที่ไม่แตกต่างกันมากนักทั้งในโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ส่วนด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ และด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก มีความแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ ร้อยละ 20 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการให้บริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกตามโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ (n=54 แห่ง)

ข้อมูลการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	โรงพยาบาลที่มี การจัดบริการ (n=21 แห่ง)		โรงพยาบาลที่ไม่มี การจัดบริการ (n=33 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ</b>				
1. การรับรู้ข้อมูลประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565				
1.1 ไม่รับรู้	1	4.8	0	0
1.2 รับรู้	20	95.2	33	100
1.2.1 รับรู้ข้อมูลจากหนังสือเวียน	2	9.5	11	33.3
1.2.2 รับรู้ข้อมูลจากการประชุม/การอบรม	15	71.4	16	48.4
1.2.3 รับรู้ข้อมูลจากประกาศราชกิจจานุเบกษา	4	19.1	6	20.9
2. การให้บริการปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ				
2.1 ไม่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะ	5	23.8	9	27.2
2.2 มีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะ	16	76.2	24	72.8
3. การได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมของกรมอนามัย				
3.1 เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการอบรม	13	61.9	23	69.7
3.2 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม	8	38.1	10	30.3
<b>ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ</b>				
1. ห้องให้คำปรึกษาทางเลือกกันเป็นสัดส่วนมิดชิด มีประตูเปิด-ปิด อย่างชัดเจน ไม่มีกล้องวงจรปิด	20	95.2	16	48.4
2. ห้องให้คำปรึกษาทางเลือกมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	21	100	23	69.6
3. มีการให้บริการที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย สะดวกเหมาะสมต่อการให้บริการ	21	100	23	69.6
4. มีการแสดงรายละเอียดป้ายหน่วยบริการปรึกษาทางเลือก	17	81.0	18	54.5
5. มีระบุวันเวลาการให้บริการ	18	85.7	19	57.5
6. มีทะเบียนผู้มารับบริการ	20	95.2	22	66.6
7. มีการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการที่มั่นคง ปลอดภัย จัดเป็นระเบียบ ค้นหาง่าย เป็นความลับ ไม่มีการสูญหาย	20	95.2	23	69.7

ข้อมูลการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม	โรงพยาบาลที่มี การจัดบริการ (n=21 แห่ง)		โรงพยาบาลที่ไม่มี การจัดบริการ (n=33 แห่ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก</b>				
1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ และ มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	17	81.0	17	51.5
2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการยุติการตั้งครรภ์ และ มีอายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์	12	57.1	13	39.4
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการตั้งครรภ์ต่อ	16	76.2	15	45.4
4. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำเป็นต้องมีผู้ปกครองมารับคำปรึกษาร่วมด้วย	14	66.7	16	48.4
5. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ด้วย ตนเองหรือสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อม	11	52.3	10	30.3
6. กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากการถูกระงับการทำเรา	8	38.1	2	6.0
<b>ด้านช่องทางการจัดบริการให้คำปรึกษา</b>				
1. คลินิกให้คำปรึกษาทางเลือก	18	85.7	19	57.5
2. โทรศัพท์ของโรงพยาบาล/หน่วยบริการ	12	57.1	11	33.3
3. โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการแบบส่วนตัว	10	47.6	12	36.3
4. เฟซบุ๊ก	10	47.6	8	24.2
5. ไลน์	10	47.6	11	33.3

## 2. การจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า การรับทราบพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28 ) พ.ศ.2564 คลินิกเอกชน รับทราบมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 82.4 มาเป็น และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 66.7 โดยคลินิกเอกชน มีการจัดการตามมาตรฐานมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 42.9 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลทุกประเภท ที่มีการจัดการยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัยตามมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แบบองค์รวม 9 กระบวนการ มีการจัดการตามกระบวนการ 9 กระบวนการ ร้อยละ 80 ขึ้นไป แต่ยังคงพบว่า มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ยังขาดการจัดการบริการตามกระบวนการให้คำปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ ติดตามหลังให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังยุติการตั้งครรภ์ และการให้บริการคุมกำเนิด หลังยุติการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล (n=21 แห่ง)

ข้อมูลการจัดบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย	โรงพยาบาลทั่วไป (n=3)		โรงพยาบาลชุมชน (n=17)		คลินิกเอกชน (n=1)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับทราบข้อมูลพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564</b>						
1. ไม่รับรู้	1	33.3	3	17.6	0	0
2. รู้	2	66.7	14	82.4	1	100
2.1 รู้จากหนังสือแจ้งเวียน	1	50.0	2	14.3	0	0
2.2 รู้จากการประชุม / การอบรม	1	50.0	10	71.4	1	100
2.3 รู้จากประกาศราชกิจจานุเบกษา	0	0	2	14.3	0	0
<b>การจัดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามมาตรฐาน การปฏิบัติงานเพื่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแบบองค์รวม 9 กระบวนการ</b>						
1. ไม่มีการจัดบริการ	2	66.7	8	57.1	0	0
2. มีการจัดบริการ	1	33.3	6	42.9	1	100
2.1 ให้คำปรึกษาทางเลือก	1	100	6	100	1	100
2.2 ประเมินข้อบ่งชี้	1	100	6	100	1	100
2.3 ให้ปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์	1	100	6	100	1	100
2.4 ชักประวัติและการตรวจร่างกาย	1	100	6	100	1	100
2.5 ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา/ เครื่องดูดสุญญากาศ (MVA)	1	100	4	66.6	1	100
2.6 ให้คำปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์	1	100	5	83.3	1	100
2.7 ติดตามหลังให้บริการยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100
2.8 ดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100
2.9 ให้บริการคุมกำเนิดหลังยุติการตั้งครรภ์	0	0	5	83.3	1	100

### 3. การรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ มีการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 30 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

ประเภทโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์	การยุติการตั้งครรภ์		การฝากครรภ์		การคุมกำเนิดหลังคลอด/หลังยุติการตั้งครรภ์	
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
	รับ	ส่งต่อ	รับ	ส่งต่อ	รับ	ส่งต่อ
	Refer	Refer	Refer	Refer	Refer	Refer
1. โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ	76.1	95.2	95.2	95.2	80.9	71.4
2. โรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ	34.8	69.7	62.7	60.4	67.4	55.8

#### 4. ความพึงพอใจต่อการจัดบริการ

ความพึงพอใจต่อการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่า ความพึงพอใจต่อการส่งต่อด้านบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ( $\bar{X} = 4.0$ ) ร้อยละ 79.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปเครือข่ายอาสา RSA ระดับมาก ร้อยละ 82.0 ด้านบริการฝากครรภ์ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ( $\bar{X} = 4.1$ ) ร้อยละ 82.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปในอำเภอ ระดับมาก ร้อยละ 82.3 และด้านบริการคุมกำเนิด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ( $\bar{X} = 4.1$ ) ร้อยละ 82.0 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในส่งต่อไปในอำเภอ ระดับมาก ร้อยละ 83.7 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการส่งต่อบริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม (N=71 คน)

สถานที่ส่งต่อ	ระดับความพึงพอใจตามประเด็นการส่งต่อ								
	การยุติการตั้งครรภ์			การฝากครรภ์			การคุมกำเนิด		
	$\bar{X}$	ร้อยละ	แปลผล	$\bar{X}$	ร้อยละ	แปลผล	$\bar{X}$	ร้อยละ	แปลผล
ส่งไปในอำเภอ	3.9	78.0	มาก	4.1	82.3	มาก	4.2	83.7	มาก
ส่งไปในจังหวัด	3.9	78.0	มาก	4.1	81.1	มาก	4.1	82.5	มาก
ส่งไปในเขต	3.9	78.0	มาก	4.1	81.4	มาก	4.1	81.1	มาก
ส่งไปในภาค	3.9	78.0	มาก	4.0	80.6	มาก	4.0	80.0	มาก
ส่งไปสายด่วน 1663	3.9	78.0	มาก	4.0	79.4	มาก	4.0	79.4	มาก
ส่งไปเครือข่ายอาสา RSA	4.1	82.0	มาก	4.1	81.4	มาก	4.0	79.7	มาก
ภาพรวม	4.0	79.0	มาก	4.1	82.0	มาก	4.1	82.0	มาก

#### ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### การจัดระบบบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในโรงพยาบาล/หน่วยบริการ

โรงพยาบาลภาครัฐ มีการขึ้นทะเบียนใช้ยายุติการตั้งครรภ์กับกรมอนามัย จัดบริการรวมอยู่ในคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด (One Stop Service) ให้บริการในวันและเวลาราชการ ขึ้นอยู่กับกรณีนัดหมายของแพทย์ รับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในจังหวัด อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ มีระบบส่งต่อสำหรับกรณีอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์ มีทีมสหวิชาชีพช่วยประเมินสภาวะทางกายและจิตของผู้รับบริการ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการ “โรงพยาบาลของผมนั้นจะให้บริการในวันและเวลาราชการเท่านั้น ไม่ได้มีวันที่กำหนดเฉพาะ แต่จะขึ้นอยู่กับผมซึ่งเป็นแพทย์ผู้ให้บริการว่าจะนัดเข้ารับการประเมินและยุติการตั้งครรภ์ได้วันไหนบ้าง”

คลินิกเอกชน ให้บริการสำหรับผู้รับบริการทั่วประเทศ มีค่าบริการ รับอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ให้บริการในวันและเวลาราชการ หรือนัดหมายผ่านช่องทางต่างๆ และต้องมีผลอัลตราซาวด์ยืนยันอายุครรภ์ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการ “คลินิกของผมให้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยรับทั่วประเทศ มีค่าบริการ รับอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ผู้รับบริการต้องทราบอายุครรภ์ที่ชัดเจน โดยต้องมีผลอัลตราซาวด์อายุครรภ์มาก่อนหน้า หรือตรวจที่คลินิกก็ได้”

นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งเสริมการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศในชุมชน พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ค้ำครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ดังความเห็นของผู้รับผิดชอบงาน “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเรา มีนโยบายการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ โดยการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและการช่วยเหลือการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์”

ทั้งนี้ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด

### ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งด้านทัศนคติของบุคลากร ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด สรุปเป็นรายด้าน ดังนี้

1. ด้านการนัดหมายและประสานงาน พบว่า ผู้รับบริการมาโดยไม่ได้นัดหมาย ทำให้บางครั้งไม่ได้รับบริการ และการประสานงานระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลหรือคลินิกยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลภาครัฐ

“กรณีที่ผู้รับบริการ walk in เข้ามาเลยโดยไม่ได้โทรสอบถามหรือนัดหมายบางวันไม่ได้รับบริการ เพราะผมไม่ได้อยู่ให้บริการที่โรงพยาบาลทุกวันทำให้เสียเวลา”

“ผู้รับบริการที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่ายและคลินิก ไม่มีผลอัลตราซาวด์มาด้วย จึงไม่ทราบอายุครรภ์ บางรายก็อายุครรภ์เกินกว่าที่ผมจะรับ”

2. ด้านข้อมูลและการเตรียมความพร้อม พบว่า ผู้รับบริการบางรายไม่มีผลอัลตราซาวด์ ทำให้ไม่ทราบอายุครรภ์ที่แน่ชัด และบางกรณีอายุครรภ์เกินกว่าที่สถานพยาบาลจะรับได้ ดังความเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการในคลินิกเอกชน “ผู้ประสานส่งต่อในเครือข่ายบางครั้งไม่ได้แจ้งเงื่อนไขอายุครรภ์ของคลินิกที่ให้บริการ บางคนก็มากี่อายุครรภ์เกิน”

3. ด้านการให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งรับเฉพาะผู้รับบริการในอำเภอและความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัด ดังความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจังหวัด “มีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์แต่มีเงื่อนไขรับเฉพาะในอำเภอ เนื่องจากความพร้อมมีน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับจังหวัด”

4. ด้านทัศนคติและความเชื่อ พบว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่บางส่วนมองว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องผิดศีลธรรม และบางคนกลัวบาป ทำให้ไม่ต้องการให้บริการ ดังความเห็นของผู้ให้บริการ

“แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ไม่อยากให้ทำยุติการตั้งครรภ์ เพราะกลัวบาป”

“มีปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ เพราะเจ้าหน้าที่มองเรื่องศีลธรรม ทำให้ไม่ต้องการที่จะให้บริการ”



5. ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า หน่วยบริการไม่ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ตามสิทธิ ดังความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจังหวัด “ในจังหวัดเราไม่มีหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอนามัยเลย เราจึงส่งไปแต่เครือข่ายอาสา RSA ทำให้บางครั้งอายุครรภ์เขาเกินที่หน่วยบริการใกล้ๆ จะรับทำให้ เขาต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีก”

ความต้องการสนับสนุนการดำเนินงาน พบว่า มีความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงาน และอัตรากำลังบุคลากรในการจัดบริการ ดังความเห็นของผู้ให้บริการ

“ต้องการให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โทรประสานติดต่อมาก่อน เพราะการให้บริการมีข้อจำกัดที่บุคลากรและการบริการประจำที่คลินิก”

“ในคลินิกนี้มีผู้มารับบริการจำนวนมาก จึงต้องการสนับสนุนแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ”

## 8. สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาระบบการจัดบริการสำหรับผู้ตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ได้ ดังนี้

### 1. การจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ด้านความพร้อมของผู้ให้บริการ พบว่า การรับรู้ข้อมูลประกาศกระทรวงสาธารณสุขใกล้เคียงกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีการรับรู้ ร้อยละ 95 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีการรับรู้ ร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ร้อยละ 76.2 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ร้อยละ 76.8 สำหรับการได้รับการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาใกล้เคียงกันแต่ยังค่อนข้างต่ำ โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ร้อยละ 38.1 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม ร้อยละ 30.3

ด้านสถานที่สำหรับการให้คำปรึกษา พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมด้านสถานที่มากกว่าอย่างชัดเจน เช่น มีห้องให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีห้องที่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 95.2 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีห้องที่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 48.4 และโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีการจัดบริการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ร้อยละ 69.6

ด้านการจัดบริการให้คำปรึกษาทางเลือก พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ต่างๆ มากกว่า โดยเฉพาะในกรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 81 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการมีความพร้อมในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 51.5

ด้านช่องทางการจัดบริการให้คำปรึกษา โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการมีช่องทางการให้คำปรึกษาที่หลากหลายกว่า โดยเฉพาะคลินิกให้คำปรึกษาทางเลือกของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ ร้อยละ 85.7 ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ ร้อยละ 57.5

โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมในการให้คำปรึกษาทางเลือกมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ โดยเฉพาะในด้านสถานที่ การจัดบริการ และช่องทางการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย ที่ชี้ให้เห็นว่าสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์มีความพร้อมในการให้คำปรึกษามากกว่า<sup>(9)</sup> และงานวิจัยของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องความพร้อมของระบบบริการสุขภาพและสังคมในการรองรับการยุติการ

ตั้งครุฑที่ปลอดภัย ยังสนับสนุนว่าโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีความพร้อมในด้านต่างๆ มากกว่า<sup>(10)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของวารสาร จีระพงษา และคณะ (2560) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบ การให้บริการปรึกษาทางเลือกแก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่พบว่าคุณภาพการให้บริการปรึกษาทางเลือก แก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมในสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการยุติการตั้งครุฑมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ในด้านนี้ อย่างไรก็ตามทั้งโรงพยาบาล ที่มีและไม่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑยังมีโอกาสในการพัฒนาด้านการอบรมบุคลากรให้ มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น<sup>(11)</sup>

## 2. การจัดการบริการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัย

โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีความเข้าใจและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติแก้ไข เพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 อย่างถูกต้อง รวมถึงการให้บริการที่ครบถ้วนตั้งแต่ การให้คำปรึกษา การตรวจร่างกาย การยุติการตั้งครุฑ การติดตามผลหลังการยุติ และการให้บริการ คุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครุฑซ้ำ ขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการอาจมีความเข้าใจในกฎหมาย ไม่ครบถ้วนหรือยังไม่นำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ ทำให้ขาดบริการบางขั้นตอน เช่น การให้คำปรึกษาหลังการยุติ การตั้งครุฑหรือการติดตามหลังการยุติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับหญิง ตั้งครุฑไม่พร้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ เคนเนธ จูมา และคณะ (2022) ได้ศึกษาเรื่อง ความพร้อมของระบบสุขภาพในการให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ กรณีศึกษาการประเมิน สถานพยาบาลในประเทศบูร์กินาฟาโซ เคนยา ไนจีเรีย พบว่า โรงพยาบาลในสามประเทศที่สำรวจ มีความพร้อมจำกัดในการให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ โดยเฉพาะในระดับสถานพยาบาลขั้นต้น เพียงร้อยละ 6.3 ถึง ร้อยละ 12.1 ของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการดูแลหลังการยุติการตั้งครุฑ ขั้นพื้นฐานได้ครบทุกองค์ประกอบ มีสถานพยาบาลหนึ่งในสามสามารถให้บริการครบถ้วน ซึ่งพบข้อจำกัด ที่สำคัญคือการขาดเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น และเวชภัณฑ์สำหรับการ ให้บริการ ส่งผลต่อความสามารถในการให้บริการ เช่น การผ่าตัดเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง การให้เลือด และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครุฑ นอกจากนี้ ความไม่พร้อม ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูงกว่า ยังเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้ การให้บริการ ไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ<sup>(12)</sup>

## 3. การรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม

ระบบการรับ-ส่งต่อบริการสำหรับหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับ-ส่งต่อ ภายในอำเภอมากกว่าระดับอื่นๆ ทั้งในส่วนของการยุติการตั้งครุฑ การฝากครรภ์ และการคุมกำเนิดหลัง คลอด/หลังยุติการตั้งครุฑ เนื่องจากมีความสะดวกและเข้าถึงได้ง่ายสำหรับผู้หญิง ซึ่งโรงพยาบาลที่มีการ จัดบริการยุติการตั้งครุฑมักจะมีบริการรับ-ส่งต่อบริการเหล่านี้มากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่มีความพร้อมในการให้บริการ ก็จะมีการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น เช่น ระดับจังหวัดหรือระดับภาค โดยโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติ การตั้งครุฑมักจะมีบทบาทสำคัญในการรับ-ส่งต่อหญิงตั้งครุฑไม่พร้อม เนื่องจากมีทรัพยากรและบุคลากร ที่พร้อมให้บริการ นอกจากนี้ สายด่วน 1663 และเครือข่ายอาสา RSA ยังมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและ เชื่อมโยงการให้บริการอีกด้วย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับ-ส่งต่อในการช่วยให้ ผู้หญิงเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบให้ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้หญิงที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ คงอนุสรณ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อบริการยุติการตั้งครุฑ ในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการยุติการตั้งครุฑมีการรับ-ส่งต่อบริการในระดับอำเภอ

มากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการจัดบริการ โดยระบบนี้ช่วยให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น<sup>(13)</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุชีลา สิงห์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าในหลายประเทศมีการขาดแคลนทรัพยากรและการฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอทำให้ระบบการรับ-ส่งต่อบริการยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้หญิงในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกลมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น<sup>(14)</sup>

### ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์

การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 10 ยังเผชิญอุปสรรคหลากหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อุปสรรคที่พบมากที่สุดคือทัศนคติของบุคลากรที่มีความเชื่อทางศีลธรรมที่ขัดกับการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ต้องการให้บริการ นอกจากนี้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้การนัดหมายและการเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดของสถานพยาบาล การขาดทรัพยากร เช่น บุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ ส่งผลให้สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการครอบคลุมในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับอำเภอหรือจังหวัดที่ยังไม่มีหน่วยบริการที่พร้อมขึ้นทะเบียน การขาดการเข้าถึงบริการในบางจังหวัดยิ่งเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทางสำหรับผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ มาเรีย เพอร์สัน และคณะ (2021) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านการทำแท้งแบบองค์รวมของประเทศบังกลาเทศ พบว่า มีนโยบายระดับประเทศในการควบคุมการมีประจำเดือนช่วยกำหนดกรอบกฎหมายที่สนับสนุนการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แบบองค์รวม ในขณะที่ประเทศเม็กซิโกมีนโยบายแต่ก็ยังพบอุปสรรคในการจัดบริการถึงแม้จะมีอุปกรณ์เพียงพอ แต่พื้นที่ก็มีหน่วยบริการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีผู้ให้บริการที่ผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีความมั่นใจและทักษะในการให้บริการแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคแม้ว่าผู้ให้บริการจะมีความเต็มใจและสามารถสื่อสารกับสตรีชาวโรฮิงญาได้ แต่ความเชื่อส่วนตัวก็ยังส่งผลกระทบต่อให้บริการ<sup>(15)</sup> และการศึกษาของสุวิมล วิจิตรศรีวรรณ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความท้าทายในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย โดยพบว่าทัศนคติของบุคลากรและข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีความจำเป็นในการปรับปรุงระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสมได้ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนที่เหมาะสม ทั้งในด้านการประสานงาน การเพิ่มอัตรากำลังบุคลากร และการฝึกอบรมให้บุคลากรมีความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่จำเป็นและเป็นไปตามสิทธิกฎหมายที่กำหนดไว้<sup>(16)</sup>

### ความต้องการสนับสนุนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 10 มีความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงานและการเพิ่มจำนวนบุคลากรในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ การขาดแคลนบุคลากรและการประสานงานที่ไม่ราบรื่นระหว่างหน่วยงาน ทำให้การบริการมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้หญิงที่ต้องการใช้บริการอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ (2563) ที่พบว่าการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังประสบปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ความต้องการสนับสนุนด้านการประสานงานและการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่กล่าวถึงในผล

การศึกษานี้เป็นข้อค้นพบที่สำคัญซึ่งควรได้รับการพิจารณาเพื่อการพัฒนาการบริการยุติการตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต<sup>(9)</sup>

## 9. ข้อจำกัดในการวิจัย

การขอรับรองจริยธรรมการวิจัย ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เข้าร่วมการศึกษา และเป็นการรับประกันว่าการวิจัยจะดำเนินไปอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะยังไม่สามารถดำเนินการในโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้ทั้งหมด แต่ข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ก็ยังคงมีประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขานี้

## 10. ข้อเสนอแนะ

### 10.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

- 1) เขตสุขภาพที่ 10 ควรสร้างเครือข่ายการประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) กรมอนามัยควรจัดอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ และมีทัศนคติที่เป็นกลาง
- 3) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และเพิ่มจำนวนบุคลากร
- 4) กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

### 10.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) การศึกษาการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เขตสุขภาพที่ 10
- 2) ความเห็นของประชาชนต่อและความพึงพอใจต่อนโยบายส่งเสริมการที่มีคุณภาพและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
- 3) ศึกษาบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เช่น การคุมกำเนิด การตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอด เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น
- 4) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้หญิงในการเลือกใช้บริการ เช่น ทัศนคติของครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
- 5) ศึกษาบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติ ความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษา

## 11. เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Abortion 2023 [cited 2023 9 March]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.
2. Guttmacher Institute. Thailand country profile, Unintended pregnancy and abortion 2023 [cited 2023 12 March]. Available from: <https://www.guttmacher.org/regions/asia/thailand>.
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563. 2563. รายงานปี 2563, หน้า 3.
4. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ.2564. ราชกิจจานุเบกษา. 2564. Report No.: เล่มที่ 138 ตอนที่ 10ก, หน้า 1-2.

5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ตาม มาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา. 2565. เล่มที่ 139 ตอน พิเศษ 228ง, หน้า 1-3.
6. บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. รายงานผลการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปีงบประมาณ 2559 -25642566.
7. เรืองกิตติ ศิริกาญจนกุล. เครือข่ายอาสา RSA (Referral System For Safe Abortion) เพื่อการส่งต่อยุติ การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย 2566.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2535.
9. สุชาติพิทย์ บุรณสถิตนนท์, จันทร์เพ็ญ หอมประคอง, พิมพ์พร พันธุมาศ, จินตนา สุวรรณ, สมใจ รัตนพงษ์. การจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(3):121-31.
10. กฤตยา อาชวนิจกุล, ประภัสสร โสทธิวิสุทธิ์, ธนพร ธนาวิสุทธิ์. ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ และสังคมในการรองรับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย. วารสารสังคมศาสตร์. 2561;14(1):67-75.
11. วราภรณ์ จิระพงษา, พรรณี วงศ์สุนทร, สุนีย์รัตน์ แสงแก้ว. การพัฒนารูปแบบการให้บริการปรึกษา ทางเลือกแก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อม. วารสารวิจัยการพยาบาล. 2560;34(4):203-11.
12. Juma K. Health systems' preparedness to provide post-abortion care: assessment of health facilities in Burkina Faso, Kenya and Nigeria. BMC Health Services Research. 2020;22(1):245.
13. สุรศักดิ์ คงอนุสรณ์, สกฤตทอง สุวรรณ, พรรณีภา วัฒนชัย. การพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อบริการยุติการ ตั้งครรภ์ในประเทศไทย. วารสารการแพทย์. 2562;35(2):105-15.
14. Susheela Singh, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok, Tsuyoshi Onda. Abortion Worldwide 2018: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute; 2018.
15. Persson M, Larsson EC, Islam NP, Gemzell-Danielsson K, Klingberg-Allvin M. A qualitative study on health care providers' experiences of providing comprehensive abortion care in Cox's Bazar, Bangladesh. Conflict and Health. 2021;15:1-12.
16. วิจิตร ศรีวรรณ. อุปสรรคในการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. วารสารวิจัย สาธารณสุข. 2561;12(2):145-57.



## บทความวิจัย

### การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4

ณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ<sup>1\*</sup>

มาลีณี เอี่ยมคง<sup>2</sup>

สุพรรณารัตน์ รินสาร<sup>3</sup>

(วันที่รับบทความ 22 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 25 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ 26 กันยายน 2567)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ 2. พัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก และ 3. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) แกนนำชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสีย จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 64 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์ในพื้นที่ที่มีการเตรียมความพร้อมในการรองรับเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเปราะบาง แต่ยังไม่มีการนำ 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาใช้

2. เกิดรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบฯ และคืนข้อมูลเพื่อร่วมออกแบบกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการนำของท้องถิ่นด้วยการร่วมออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วนร่วมสำคัญ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์ รายงานผล 6) ประเมินผล

3. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจ 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001)

สรุปผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถพัฒนากระบวนการและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดีขึ้น จึงเป็นแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานต่อไป

**คำสำคัญ:** ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ชุมชนเป็นฐาน คุณภาพชีวิต

<sup>1,2,3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: modmod4122@gmail.com

## Research article

### Development of Model of Age-Friendly Community at Health Region 4

Natthikarn Suwannatthep<sup>1\*</sup>

Malinee Aimkong<sup>2</sup>

Supannarat Rinsathorn<sup>3</sup>

(Received: August 22 2024; Revised: September 25 2024; Accepted: September 26 2024)

#### Abstract

This research aims to 1) study the local situation, 2) develop an elderly-friendly community model based on the eight elements of the WHO's Age-Friendly Cities framework, and 3) assess the quality of life of the elderly. The study employs a participatory action research (PAR) approach, community-based, with two main sample groups: 20 key stakeholders, comprising community leaders and interested parties, with data collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. 64 elderly individuals, with data collected using the WHOQOL-BREF-THAI quality of life questionnaire, which had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.80 and validity coefficient of 0.84. Data were analyzed using the Paired t-test. The results were as follows:

1. The local community is preparing to adapt to an aging society, with plans to promote health among vulnerable groups. However, the WHO's eight elements for age-friendly cities have not yet been implemented.

2. A six-step participatory model was developed, consisting of 1) studying the community's situation according to the eight elements and conducting joint activities, 2) co-designing, implementing, and evaluating the community's participatory model, 3) gathering data and identifying key participants, 4) implementing the plan, 5) analyzing and reporting the results, and 6) conducting an evaluation.

3. The quality of life assessment showed a statistically significant overall improvement of 4.4 points (95% CI=1.87-5.43, p-value <0.001) post-implementation. Significant increases were observed in physical health (2.2 points, 95% CI=1.51-4.59, p-value <0.001), psychological health (3.3 points, 95% CI=1.47-5.32, p-value <0.001), social relationships (1.2 points, 95% CI=1.13-2.23, p-value 0.024), and environment (2.3 points, 95% CI=1.77-4.78, p-value <0.001).

In conclusion, the development of a participatory, community-based elderly-friendly model effectively improves the quality of life for the elderly in the area, providing a viable approach for future expansion.

**Keyword:** Elderly-friendly community, participation, community-based, quality of life

---

<sup>1,2,3</sup> Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 4 Saraburi

\* Corresponding Author Email: modmod 4122@gmail.com

---

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2593 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าหรือ 2.1 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด<sup>(1)</sup> และในประเทศไทยก็กำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน โดยปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2567 มีผู้สูงอายุถึง 13,450,391 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.70<sup>(2)</sup> และคาดว่าจะเติบโตเป็น 20 ล้านคนภายในปี 2050 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36 ของประชากร<sup>(3, 4)</sup> ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาระโรคและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและจากรายงานผู้สูงอายุไทยใช้สิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากถึงร้อยละ 81 ด้านภาระโรค ผู้สูงอายุจะเกิดความเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อาจเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น และผู้สูงอายุหนึ่งคน อาจมีโรคร่วมหลายโรค ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมสูงวัย ควรเริ่มดำเนินการและพัฒนาร่วมกันในทุกภาคส่วนเพื่อให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและยังเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่ และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางด้านรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก<sup>(5)</sup>

จากข้อมูลประชากร ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,047,317 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากการคัดกรองประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ด้วยการประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 645,143 คน คิดเป็นร้อยละ 70.11 จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 626,752 คน (ร้อยละ 97.15) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 13,679 คน (ร้อยละ 2.12) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 4,712 คน (ร้อยละ 0.73) โดยที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีแผนส่งเสริมสุขภาพดีร้อยละ 71<sup>(6)</sup> มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทั้งหมด 685 ชมรม จากจำนวนตำบลทั้งหมด 713 ตำบล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกตำบลในเขตสุขภาพที่ 4 (ร้อยละ 96.1) มีการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 88.7<sup>(7)</sup> จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพออกไป รวมถึงการเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญ การเพิ่มจำนวนของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลก จัดทำแนวทางที่จะเสนอแนะให้เมืองต่างๆ ได้มีการพัฒนานำไปสู่ความเป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Active ageing เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและการได้รับความปลอดภัย เพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดี ในการประชุมเกี่ยวกับพลวัตวิทยา ในปี ค.ศ. 2005 โดยองค์การอนามัยโลกได้สร้างกรอบแนวคิดและให้ความหมายในการสร้างเมืองสำหรับผู้สูงวัยไว้ว่า เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัยเป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะพลวัตพลังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการรักษาความปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทุกคนในสังคมได้อย่าง เท่าเทียม สะดวก และปลอดภัย สามารถอธิบาย ได้ 3 วิธี ดังนี้ 1) ด้านสังคม 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปัจจุบันทั่วโลกมีเมืองที่จัดเป็นเมือง

ที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุมีจำนวน 541 เมือง โดยนวัตกรรมกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้แก่ 1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) 2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) 3. ที่อยู่อาศัย (Housing) 4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social participation) 5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) 6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) 7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) 8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)<sup>(8)</sup>

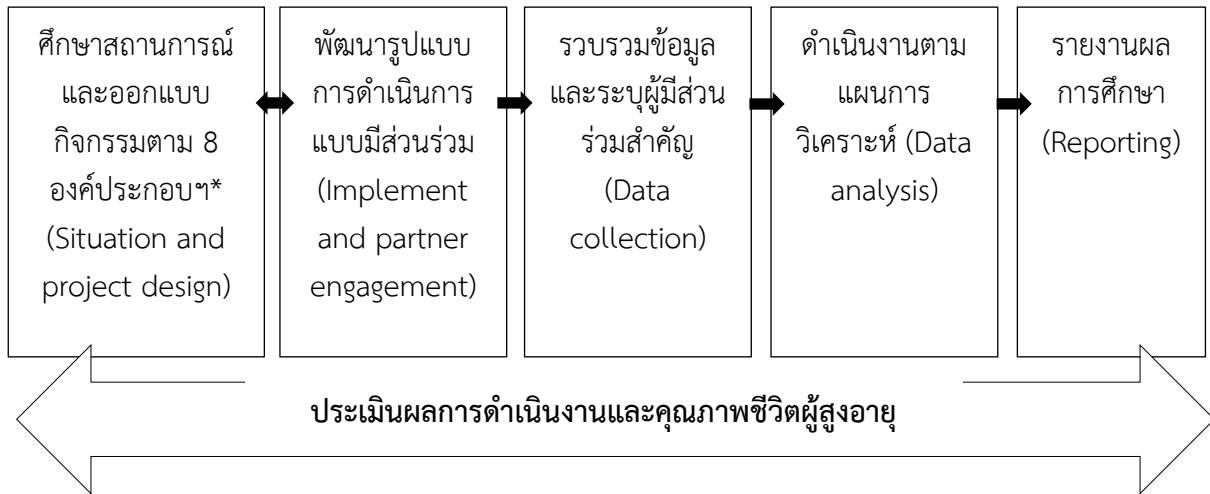
จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งตามนิยามขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมทั้งเรื่องการเมืองการปกครองของสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่<sup>(9)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายการพัฒนาารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 คือการทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี อยู่ในครอบครัวและสังคมที่เอื้ออาทร มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้รับสวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยในเขตสุขภาพที่ 4 มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2563 ปัจจุบันได้มีชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 33 แห่ง และในปี 2566 มีพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการทั่วประเทศจำนวน 126 แห่งรวมกรุงเทพมหานคร โดยมีพื้นที่ที่ดำเนินการครบทั้ง 8 องค์ประกอบจำนวน 31 แห่ง และในเขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่ที่ดำเนินการครบทั้ง 8 องค์ประกอบจำนวน 2 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง และ องค์การบริหารตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ทั้งนี้ในเขตสุขภาพที่ 4 ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ต้นแบบ 1 แห่งโดยความสมัครใจคือ องค์การบริหารส่วนตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง เป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ เพื่อพัฒนาเป็นต้นแบบที่เหมาะสมกับชุมชนและแนวทางเสริมสร้างคุณภาพของผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัยในพื้นที่ และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)
2. เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)
3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)



\* องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้ 8 องค์ประกอบ<sup>(10)</sup> ดังนี้

1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)
2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)
3. ที่อยู่อาศัย (Housing)
4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social participation)
5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion)
6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment)
7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information)
8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)

#### 4. วิธีการดำเนินการวิจัย

##### 4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Participatory Action Research: CBPAR<sup>(11, 12)</sup> เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี) จำนวน 64 คน และ 2) แกนนำชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. พระภิกษุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน 2567

##### 4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

เป็นแกนนำชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน (Key informant) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 8 คน อสม. 4 คน พระภิกษุ 2 รูป และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน รวมเป็นจำนวน 20 คน



2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุตาม 8 จากชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี)

#### 4.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 คัดเลือกจากชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี) เป็นช่วงวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังเพิ่มความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ และยังไม่สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และความเข้าใจ เลือกรวมตัวอย่างจากผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 98 คนในชุมชน

#### 4.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 64 คน

##### 4.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี
2. ผู้ให้ข้อมูลอยู่ที่ชุมชนเป้าหมาย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมประสงค์ยกเลิกเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือมีอาการทางระบบประสาทและความจำ

#### 4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### 4.5.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน 2) วิถีชีวิตวัฒนธรรม 3) สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key information group) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 องค์ประกอบ 2) แผนการดำเนินงานและงบประมาณ 3) การสร้างการมีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในชุมชน 4) การสนับสนุนและบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) กระบวนการ/วิธีการจัดการรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ 6) ผลการดำเนินงานรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ 7) ความภาคภูมิใจในและความสำเร็จในการดำเนินงาน 8) ปัญหาอุปสรรค 9) การแก้ไขและการดำเนินการต่อไปในอนาคต

#### 4.5.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเปรียบเทียบก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4 ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>(13)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 องค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบทางด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบ 4 ด้านนี้ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านแบ่งออกเป็น ดังนี้

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 - 40

#### 4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

**4.6.1 การตรวจสอบเครื่องมือเชิงคุณภาพ** ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) ที่ผู้วิจัยและทีมวิจัยร่วมกันจัดทำขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมความตรงตามวัตถุประสงค์ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และจัดทำแบบสมบูรณ์สำหรับใช้เก็บข้อมูลผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC หลังการปรับปรุงแล้ว อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และมีค่า IOC เฉลี่ย เท่ากับ 0.80

#### 4.6.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย นายพนิตเทพ ทัพพะรังสี ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) นางพัชราภรณ์ พัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และ นางสาวมาลิณี เอี่ยมคง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เมื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาแล้ว จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าตรงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 0.84 คือ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรีได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรัค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8025

#### 4.7 การรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2567 โดยทีมผู้วิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 4.7.1 ระยะก่อนดำเนินการ

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุที่ได้รับทราบการดำเนินงานตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) จะเจาะลึกถึงบริบทของชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และความพร้อมความเข้าใจก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการดำเนินงานแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

##### 4.7.2 ระยะหลังมีการดำเนินงาน

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อแสดงให้เห็นกระบวนการการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในเขตสุขภาพที่ 4

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณหลังการดำเนินงานแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

#### 4.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ประเภท โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการพรรณนาการจัดกลุ่ม และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และในการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้สถิติ Paired t-test

#### 5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การรับรองผลงานวิจัย ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย วันที่พิจารณารับรอง 5 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการ 737

## 6. ผลการวิจัย

### สถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

บริบทชุมชน 9 ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ข้อมูลทั่วไปปี 2567 มีพื้นที่ 10.64 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 8 หมู่ ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านยางแพ หมู่ 2 บ้านตะพุ่น หมู่ 3 บ้านตะพุ่น หมู่ 4 บ้านตะพุ่น หมู่ 5 บ้านบางแพ หมู่ 6 บ้านลาดเค้า หมู่ 7 บ้านลาดเค้า จำนวน 795 หลังคาเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มี อสม. จำนวน 65 คน มีวัดในชุมชนจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ วัดลาดเค้า วัดปราสาท วัดกุญชรชาติการาม(วัดช้าง) และวัดนรสิงห์ อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรมสภาพเศรษฐกิจปานกลาง รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 5000-20,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนประชากรจำนวน 2,781 คน เป็นผู้สูงอายุ 572 คน คิดเป็นร้อยละ 20.67 ของประชากรแบ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม 550 คน ติดบ้าน 14 คน ติดเตียง 8 คน จากการประเมินสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ พบว่า

1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) อาคารสถานที่ในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอครบถ้วนทุกแห่งโดยเฉพาะอาคารสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้งานเป็นประจำจำเป็นต้องเพิ่มหรือปรับปรุงทางลาด ห้องน้ำที่มีราวจับ รวมทั้งเพิ่มพื้นที่สาธารณะสำหรับการพักผ่อนและจัดกิจกรรมที่มีความสะอาดและปลอดภัยเพิ่มเติมในชุมชน แต่ทั้งนี้ก็มีข้อเสนอให้ท้องถิ่นต้องเพิ่มการจัดสรรงบประมาณรวมถึงองค์ความรู้ในการออกแบบพื้นที่ที่เหมาะสม

2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) ในชุมชนเป็นชุมชนขนาดเล็ก การเดินทางส่วนใหญ่จะใช้รถส่วนตัวในครอบครัว การเข้าถึงบริการรถโดยสารมีความสะดวกสบาย และกรณีฉุกเฉินมีรถพยาบาลเพียงพอในชุมชน ทั้งนี้ได้มีการสำรวจกลุ่มเปราะบางเพื่อนำข้อมูลใช้เพื่อวางระบบในการดูแลรับส่งเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มเติมสำหรับบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ

3) ที่อยู่อาศัย (Housing) จากข้อจำกัดของรายได้ครัวเรือนและขาดสนับสนุนจากรัฐ จึงพบว่าบ้านส่วนใหญ่ในชุมชนยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ ที่ควรมีห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุที่ชั้นล่าง มีห้องน้ำในตัวพื้นที่ไม่ลื่น มีราวจับห้องน้ำและบันได รวมถึงบางหลังยังทรุดโทรม การให้ความรู้ในการออกแบบและการสร้างหรือปรับปรุงบ้านจึงมีความจำเป็น รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณให้สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนที่มีความต้องการพิเศษอีกด้วย

4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) ในชุมชนมีทุนเดิม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นประจำทุกเดือนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ความสนใจเข้าร่วม ดังนั้นควรมีการกระตุ้นและจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทุกคนให้เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมีความต้องการจัดอบรมทักษะอาชีพและการเพิ่มรายได้ เป็นต้น

5) การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุยังต้องการการยอมรับในกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากกิจกรรมงานประเพณี เช่น กีฬาชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการศึกษาและฝึกอบรมทักษะใหม่ๆ

6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) พบว่ายังเป็นประเด็นที่ขาดการสนับสนุนในชุมชน ด้วยศักยภาพและทักษะที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุต่อชุมชน แต่ยังขาดการสนับสนุนและส่งเสริมจากชุมชนท้องถิ่น

7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการสังคมยังมีข้อจำกัด จากการสัมภาษณ์

ผู้สูงอายุต้องการการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในด้านสวัสดิการและข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลและผู้สูงอายุเอง และสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องก็ยังคงพบปัญหาด้านองค์ความรู้จึงต้องพัฒนาบุคลากรท้องถิ่นให้มีความรู้เพิ่มเติมอีกด้วย

8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลในระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟู กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนติดบ้านและติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลรวมถึงการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แต่ทั้งนี้ยังพบว่ามีความต้องการนักกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ เป็นต้น บริบทและสถานการณ์ในชุมชนตาม 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้สรุปรายงานและเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อออกแบบการวางแผนพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองต่อไป

### **การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)**

การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้ง 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) หลังมีการสำรวจสถานการณ์ได้จัดการประชุมคืบข้อมูลบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในชุมชนและชี้แจงแนวทางการการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชนในทุกระดับในชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำสำคัญในการประชุมร่วมกับ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ อสม. แกนนำชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้เสนอให้มีการจัดกระบวนการวางแผนการดำเนินงานและจัดทำโครงการชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ โดยมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เพื่อร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานและงบประมาณแบบบูรณาการด้วยแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน Community Based Participatory Action Research: CBPAR<sup>(10, 11)</sup> ได้ออกแบบกิจกรรมและโครงการตามแผนการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 8 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

**องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)** จัดทำกิจกรรมร่วมทำความสะอาดชุมชนทุกวันพระประชาสัมพันธ์และสนับสนุนอุปกรณ์โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำโครงการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ ความสะดวกสบายของผู้สูงอายุและคนในชุมชน ประกอบด้วย การปรับปรุงทางลาด ราวจับ พื้นไม่ลื่นในพื้นที่สาธารณะ และสถานที่ราชการ ประเมินและปรับปรุงห้องน้ำสาธารณะผ่านมาตรฐานสาธารณะ (HAS) เพิ่มไฟส่องสว่างในชุมชน และปรับปรุงส่วนสาธารณะให้มีความร่มรื่น จัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในสถานที่ติดต่อกับงานสำคัญในชุมชน

**องค์ประกอบที่ 2 ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)** องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนเพิ่มการจัดบริการชุมชนในกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษและสามารถร้องขอ ได้จัดรถขนส่งให้บริการฟรีเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ

**องค์ประกอบที่ 3 อยู่อาศัย (Housing)** ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการสำรวจบ้านผู้สูงอายุ และออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วยกลุ่มแกนนำและ อสม. ออกให้คำแนะนำในการปรับปรุงห้องน้ำ ราวจับและพื้น และสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านสะอาด ต้องไม่มีน้ำขัง หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค สำหรับกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนงบประมาณซ่อมบ้านสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้วในปี 2566 จำนวน 2 หลังและมีแผนปรับปรุงเพิ่มเติมในปี 67 อีกจำนวน 2 หลัง



**องค์ประกอบที่ 4 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social participation)** ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อจิตใจผู้สูงอายุในชุมชนที่ยังไม่เคยเข้ามามีส่วนร่วมเข้าร่วมกิจกรรม โดยการออกเยี่ยมประชาสัมพันธ์และกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย โรงเรียนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประชาคม กิจกรรมสวดมนต์นั่งสมาธิ งานกีฬาชุมชนโดยเพิ่มประเภทกีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกกลุ่มวัย

**องค์ประกอบที่ 5 การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion)** เดิมในชุมชนมีการจัดกิจกรรมตามประเพณีที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น และเพื่อสร้างความเคารพและการยอมรับชุมชนได้ออกแบบได้ออกแบบกิจกรรมส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ความรู้ในแขนงต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ แพทย์พื้นบ้าน ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น มาถ่ายทอด ให้ความรู้ ให้แก่คนในชุมชนทุกกลุ่มวัย ในโรงเรียนและจัดเวทีตามวาระการจัดกิจกรรมต่างๆ

**องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment)** ได้มีการจัดตั้งชมรมเพิ่มรายได้สำหรับผู้สูงอายุ จัดอบรมเพิ่มทักษะวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเพิ่มรายได้ โดยมีทุนเดิมในเรื่องการทำขนมไทย ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้ามาช่วยเหลือการออกแบบผลิตภัณฑ์และส่งเสริมการตลาดให้กว้างขึ้น และในส่วนราชการท้องถิ่นมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม และกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม เช่น จ้างให้ดูแลอนุสาวรีย์พันท้ายนรสิงห์ จ้างทำงานดูแลระบบประปา เป็น อพปร. และทำงานเป็นแม่บ้านที่ รพ.สต.นรสิงห์ เป็นต้น

**องค์ประกอบที่ 7 การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information)** ได้รับการสนับสนุนคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและข้อมูลสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงนำข้อมูลมาจัดกิจกรรมแจ้งข่าวสารที่น่าสนใจสำหรับผู้สูงอายุผ่านการประชุมและมีกิจกรรมเสียงตามสายให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุโดยทีมงานโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ และสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้การจัดบริการอินเทอร์เน็ตสาธารณะในชุมชนไม่มีค่าใช้จ่าย

**องค์ประกอบที่ 8 การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)** สนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และในการดูแลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเพิ่มองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุจากทีมสหวิชาชีพ เน้นเรื่องกิจกรรมกายภาพบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงในชุมชน ในสถานบริการจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกคน และให้บริการรักษาแบบ One stop service ด้วยทีมสหวิชาชีพ จัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพ การรักษาจ่ายยาโดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้จัดกิจกรรมชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำความสะดวกชุมชนเป็นประจำทุกวันพระ

จากการดำเนินงานกิจกรรมตามแผนงานโครงการดังกล่าวได้นำไปบรรจุในแผนการพัฒนาชุมชนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง และคณะทำงานได้วางแผนการกำกับติดตามงานเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน ผลลัพธ์การดำเนินงาน ในระยะ 3 เดือนแรก พบว่า แผนงานโครงการที่ต้องการใช้งบประมาณสามารถบรรจุเข้าในแผนการดำเนินงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม และในส่วนกิจกรรมโครงการที่มีอยู่เดิมเช่น การแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพและสวัสดิการมีแผนการส่งเสริมความรู้เป็นประจำทุกสัปดาห์ การดูแลเยี่ยม

บ้านได้เน้นกิจกรรมกายภาพบำบัดและส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพ ได้มีการรายงานผลการดำเนินงาน และประชุมติดตาม และประเมินเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลใส่ใจ ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้นและมีการชักชวนผู้สูงอายุในชุมชนจากที่ไม่เคยมาให้มาเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มวัยอื่นๆ รวมถึงหน่วยงานที่ดูในชุมชน แต่ทั้งนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคด้านองค์ความรู้ด้านการออกแบบ และอารยสถาปัตย์ได้แก้ไขโดยการวางแผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม และอุปสรรคในการสร้างรายได้เพิ่มเติมที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่ยังขาดบุคลากรที่จะมาส่งเสริมโดยเฉพาะ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ขนมไทยและการส่งเสริมการตลาดให้กว้างขึ้น ซึ่งในอนาคตจะมีการประเมินโครงการที่รอดำเนินการและโครงการที่ดำเนินการไปแล้วเป็นระยะเพื่อยกระดับต้นแบบชุมชนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ต่อไป

**คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทองตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)**

**คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 42 คน ร้อยละ 65.63 เป็นเพศชาย 22 คน ร้อยละ 34.37 มีอายุเฉลี่ย 69.54 ปี (S.D.=8.23) ระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษาจำนวน 21 ร้อยละ 32.81 สูงกว่าระดับมัธยมศึกษาจำนวน 43 คน ร้อยละ 67.19 เป็นส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 38 คน ร้อยละ 59.38 ข้าราชการบำนาญจำนวน 9 คน ร้อยละ 14.06 และอื่นๆ จำนวน 17 คน ร้อยละ 26.56 และรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 25 คน ร้อยละ 39.06 รายได้ 10,000 - 30,000 บาท จำนวน 34 คน ร้อยละ 53.13 และมากกว่า 30,000 บาท จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.81 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=64)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	22	34.37
หญิง	42	65.63
<b>อายุ (ปี)</b>		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-64 ปี)	31	48.44
ผู้สูงอายุตอนกลาง (65-89 ปี)	33	51.56
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	69.54 (8.23)	
<b>การศึกษา</b>		
น้อยกว่าระดับมัธยมศึกษา	21	32.81
สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	43	67.19
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป	38	59.38
ข้าราชการและข้าราชการบำนาญ	9	14.06
อื่นๆ (ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว)	17	26.56
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	25	39.06
10,000 - 30,000 บาทมาก	34	53.13
กว่า 30,000 บาท	5	7.81

### คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงานโดยภาพรวมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (81.6) หลังการดำเนินงานแม้จะมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (86.0) แต่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกายก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (22.6) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (24.8) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (20.4) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (23.7) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (8.9) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (10.1) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (29.7) หลังการดำเนินงานมีคุณภาพชีวิตดี (27.4) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังโดยรวมและแยกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	คะแนนก่อน (SD)	แปลผล	คะแนนหลัง (SD)	แปลผล	Mean Diff.	95%CI	P-value
สุขภาพทางกาย	22.6 (3.2)	กลางๆ	24.8 (2.5)	ดี	2.2	1.51-4.59	<0.001
ด้านจิตใจ	20.4 (3.6)	กลางๆ	23.7 (3.2)	ดี	3.3	1.47-5.32	<0.001
สัมพันธภาพทางสังคม	8.9 (2.2)	กลางๆ	10.1 (1.8)	กลางๆ	1.2	1.13-2.23	0.024
สิ่งแวดล้อม	27.4 (4.1)	ดี	29.7 (5.3)	ดี	2.3	1.77-4.78	<0.001
โดยรวม	81.6 (6.9)	กลางๆ	86.0(5.4)	กลางๆ	4.4	1.87-5.43	<0.001

### 7. สรุปและอภิปรายผล

ในบริบทชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.67 ของประชากร นับได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และใกล้เคียงกันกับประชากรสูงอายุโดยเฉลี่ยของประชากรไทย ในปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 20.70<sup>(2)</sup> ในชุมชนจึงเลือกใช้กระบวนการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในการการปรับปรุงและพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเพื่อให้เป็นต้นแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งการจัดสวัสดิการ การบริการและสภาพแวดล้อม จึงได้จัดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Participatory Action Research: CBPAR)<sup>(10, 11)</sup> ประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์ชุมชนตาม 8 องค์ประกอบฯ และออกกร่วมแบบกิจกรรม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยต้องการนำของท้องถิ่นด้วยการ ร่วมออกแบบกิจกรรม ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผลกับทุกภาคส่วนในชุมชน 3) รวบรวมข้อมูลและระบุผู้มีส่วนร่วมสำคัญ 4) ดำเนินงานตามแผน 5) การวิเคราะห์ รายงานผล และ 6) ประเมินผล ในระยะเวลาการศึกษา 3 เดือน ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรายด้านและภาพรวมในชุมชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการสำคัญของการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทยที่ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนให้มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย ศรีเนตรและคณะ<sup>(14)</sup>

ที่นำกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและทุนชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้ชุมชนมีการรู้พื้นและขยายความสัมพันธ์เกื้อกูลในสังคมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ มีพื้นที่กลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดความสัมพันธ์แบบภาคีของหน่วยงานในพื้นที่ และขยายความร่วมมือสู่ภาคีเครือข่ายนอกพื้นที่ และการศึกษาของบังอร เบ็ญจาธิกุล และคณะ<sup>(15)</sup> ได้นำการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนายกระดับการมีส่วนร่วม 6 ด้าน คือด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาส ในชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และการศึกษาของวสันต์ ปวนปันวงศ์<sup>(16)</sup> เรื่องนโยบายและแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่จะดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จคือ ความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถยกระดับการพัฒนาชุมชนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาในต่างประเทศที่ได้รวบรวมผลการดำเนินทั่วโลกที่สามารถยืนยันได้ว่ากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาชุมชน โดย Fitzgerald KG และ Caro FG<sup>(17)</sup> ได้ทบทวนข้อมูลแนวคิดการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมทั่วโลกที่ดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ตัวอย่างเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นเป็นเมืองที่มีระบบขนส่งสาธารณะที่ยอดเยี่ยม ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย และบริการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม เมืองโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์กเป็นเมืองที่มีถนนที่กว้าง พื้นที่สาธารณะที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และบริการทางสังคมที่ครอบคลุม เมืองบาร์เซโลนา ประเทศสเปนเป็นเมืองที่มีสวนสาธารณะ ศูนย์ชุมชน และกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ และเมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดาเป็นเมืองที่มีโครงการที่อยู่อาศัย การขนส่ง และบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การสร้างสภาพแวดล้อม บริการ และกิจกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่ และการศึกษาของ Rémillard-Boilard S และคณะ<sup>(18)</sup> ที่มีการศึกษาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุผ่านเครือข่าย Global Network of Age-Friendly Cities and Communities ซึ่งเชื่อมโยง 1,114 เมืองและชุมชนทั่วโลก (ข้อมูลปี 2020) ผลการศึกษาระบุลำดับความสำคัญ 4 ประการที่ควรพิจารณาเพื่อพัฒนา ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักต่อผู้สูงอายุ (3) การตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ และ (4) การปรับปรุงการวางแผนและการดำเนินโครงการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และได้ยืนยันผลการพัฒนากระบวนการสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ว่าการใช้ 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาการใช้กระบวนการ 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในประเทศไทย ของเบญจมาศ เมืองเกษม<sup>(19)</sup> เรื่อง รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีปรับประยุกต์ตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังขับเคลื่อนในการสร้างเมืองที่เป็นมิตรเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สำเร็จ โดยเฉพาะบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ควรจะต้องมีบทบาทในการนำเนื่องจากอยู่ใกล้ชิด

กับประชาชนและมีอำนาจตามพระราชบัญญัติที่หลากหลาย<sup>(20-22)</sup> ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้การมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์การบริหารส่วนตำบลนรสิงห์ ได้มีบทบาทที่สำคัญกับการเป็นแกนนำหลักในการพัฒนากระบวนการร่วมกับชุมชน ทำให้ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) และบรรลุเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.4 คะแนน (95%CI=1.87-5.43, p-value <0.001) แยกรายด้านพบทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2.2 คะแนน (95%CI=1.51-4.59, p-value <0.001) 2) ด้านจิตใจ 3.3 คะแนน (95%CI=1.47-5.32, p-value <0.001) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 1.2 คะแนน (95%CI=1.13-2.23, p-value 0.024) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 2.3 คะแนน (95%CI=1.77-4.78, p-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของศิริประภา หล้าสิงห์และคณะ<sup>(23)</sup> คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ของจุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์<sup>(24)</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากศึกษา คือการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน และในประเทศญี่ปุ่น<sup>(25)</sup> มีการศึกษาที่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า เป็นปัจจัยที่นำไปสู่สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน โดยสรุปสามารถยืนยันได้เบื้องต้นว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตาม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จึงเป็นต้นแบบที่ควรนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายและบริบทของแต่ละชุมชนเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทย

## 8. ข้อเสนอแนะ

### 8.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม 8 องค์ประกอบ เมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ จึงเป็นต้นแบบที่ควรนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ

2. การดึงพลังของชุมชนทุกภาคส่วนด้วยการมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำในการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนและผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ต้องนำมาพัฒนากระบวนการเมืองที่เป็นมิตรขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในทุกขั้นตอน

### 8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นทางเศรษฐกิจ และหาแนวทางมาตรการที่มีความสัมพันธ์ต่อกรความเหลื่อมล้ำเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ควรพัฒนามาตรการและติดตามในระยะยาวหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานเพื่อประเมินความยั่งยืนของกิจกรรม

3. ควรมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์พิจารณาความคุ้มค่าของการลงทุนในกระบวนการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในบริบทชุมชนของประเทศไทย



## 9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022. [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ประชากรรายอายุ. กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย. กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม; 2566.
4. Treeratanaporn T, Keton S, Roengketgorn K, Phoonthongkham B, editors. Application of fall detection for the elderly: a case study of Thailand. 2021 Research, Invention, and Innovation Congress: Innovation Electricals and Electronics (RI2C); 2021. IEEE.
5. มูลนิธิและสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2565.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC). จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51)
7. ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข. ผู้สูงอายุพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
8. World Health Organization. The WHO Age-friendly Cities Framework [Internet]. 2017. [cited 2023 Mar 2]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>
9. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. 2012. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
10. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. World Health Organization [Internet]. 2007. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/43755>
11. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2007;21:125-35.
12. Burns JC, Cooke DY, Schweidler C. A short guide to community-based participatory action research: A Community Research Lab Guide. *Healthy City* [Internet]. 2011. [cited 2023 Feb 22]. Available from: <https://advancementprojectca.org>
13. Mahatnirukul S. The construction of Suan Prung stress test for Thai population. *Bulletin of Suan Prung*. 1997;13:1.
14. พิสมัย ศรีเนตร, กิ่งกาญจน์ สำนวนเย็น, ศิริพร จันทนสกุลวงศ์, อรุณี สันฐิติวณิชย์, กรุงเทพฯ นพรัตน์. ทุนชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กระบวนการปรับประยุกต์ใช้ทุนชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา*. 2024;6(1):421-34.

15. บังอร เบ็ญจาธิกุล, จรินทร์ สวนแก้ว, ชินวัจน์ กัลยาณมิตร, ชูชีพ เปียดนอก, เอรารัตน์ ทับพลี, อัมพร ปัญญา. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารมติเชษฐารามวัดจอมมณี. 2023;6(2):113-28.
16. วสันต์ ปวนปิ่นวงศ์. แนวคิดอารยสถาปัตย์: นโยบายและแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยสงฆ์ นครลำปาง. 2022;11(3):162-80.
17. Fitzgerald KG, Caro FG. An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of aging & social policy*. 2014;26(1-2):1-18.
18. Rémillard-Boilard S, Buffel T, Phillipson C. Developing age-friendly cities and communities: Eleven case studies from around the world. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(1):133.
19. เบญจมาศ เมืองเกษม. รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านคู่อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2565;7(1):239-54.
20. นลินดา สุวรรณประสพ, นิจ ตันติศิริพันธ์. การประเมินความเหมาะสมและแนวทางการพัฒนาพื้นที่เมืองให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทางด้านกายภาพ: กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. วารสารวิจัยและสาระสถาปัตยกรรม/การผังเมือง. 2563;17(1):157-72.
21. ดุลคนิต ดุรงฤทธิ. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเมืองระยองในการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
22. อัญชญา แก่ท่าขาม. แนวทางการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. พัฒนนวนันรุง มหาวิทยาลัย ราชภัฏบุรีรัมย์. 2024;1(1):94-122.
23. ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร, ศิรินาถ ตงศิริ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2020;6(02):29-40.
24. จุฑารัตน์ บุตรดีขันธุ์. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม. 2023;17(3):1092-107.
25. Aung MN, Koyanagi Y, Ueno S, Tiraphat S, Yuasa M. Age-friendly environment and community-based social innovation in Japan: A mixed-method study. *The Gerontologist*. 2022;62(1):89-99.

## บทความวิจัย

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ภาสกร อุ่นคำ<sup>1</sup>

ศุภนิത്യ ปิ่นคำ<sup>2</sup>

(วันที่รับบทความ 8 สิงหาคม 2567, วันแก้ไขบทความ 20 กันยายน 2567, วันตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2567)

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง น้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง และหลังใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลพฤษภาคม - มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังที่สร้างขึ้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตน รวมถึงฝึกทักษะการใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เพิ่มอัตราการกรองของไต และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรนำไปใช้ต่อยอดหรือถอดบทเรียนเพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเรื้อรังอื่นๆในพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ :** โรคไต พฤติกรรมเสี่ยง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

<sup>1</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับทิมสยาม07

\*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ : unkham1974@gmail.com

## Research Article

# Effectiveness of the Health Belief and Health Literacy Model Application Program on Chronic Kidney Disease Risk Behaviors in Type 2 Diabetic Patients Khun Han District, Sisaket Province

Passakon Unkham<sup>1</sup>

Supanit Pinkham<sup>2</sup>

(Received: August 8 2024; Revised: September 20 2024; Accepted: October 2 2024)

### Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the perception of health belief patterns, health literacy, chronic kidney disease risk behaviors, blood sugar, and glomerular filtration rate before and after using the program in the experimental group and after using the program between the experimental and comparison groups. The sample consisted of 64 type 2 diabetic patients, divided into the experimental group (32 people) and the comparison group (32 people). The samples were selected by purposive sampling. Data were collected from May to June 2024. The instrument used was a chronic kidney disease risk behavior modification program that applied the health belief pattern and health literacy for an 8-week period. The instrument used for data collection was a questionnaire consisting of 4 sections: general information, health belief pattern perception, health literacy, and chronic kidney disease risk behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, and the mean values were compared using Paired t-test and Independent t-test.

The results of the study found that after using the program, the experimental group had a higher mean health belief pattern, health literacy for chronic kidney disease prevention, and glomerular filtration rate than before using the program and significantly higher than the comparison group at a statistical level of .05 after using the program. The experimental group had risky behaviors for chronic kidney disease and blood sugar levels less than before using the program and less than the comparison group with statistical significance at the .05 level. The results of the research showed that the program for modifying risky behaviors for chronic kidney disease created from health belief models and health literacy concepts by using the perception of risk opportunities, severity, benefits, barriers, and self-efficacy, including training in health literacy skills, can modify risky behaviors for chronic kidney disease, increase glomerular filtration rate, and reduce blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. Therefore, it should be further developed or lessons learned to modify behaviors for other chronic diseases in the area.

**Keywords:** Kidney disease, Risk behavior, Health belief pattern

<sup>1</sup> Public health expert, Khunhan District Public Health Office

<sup>2</sup> Professional nurse, Ban Thapthim Siam Subdistrict Health Promotion Hospital 07

\*Responsible person for the article: unkham1974@gmail.com

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>(1)</sup> ข้อมูลปี 2565 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 800 ล้านคน พบการเสียชีวิตมากถึง 1.4 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก<sup>(2)</sup> โรคไตเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การพร่องของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไต เป็นต้น โรคไตทำให้การทำงานของไต ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มีปัญหาในการควบคุมความดันโลหิต มีความไม่สมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในเลือด โรคไตเรื้อรังจะนำไปสู่การเป็นโรคไตระยะที่ 5 และเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น<sup>(3)</sup> สำหรับประเทศไทยในปี 2565 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มากกว่า 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากร โดยพบว่า 1 ใน 25 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง<sup>(4)</sup> โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 คน มีค่ารักษาที่สูง รายละเอียดประมาณ 250,000 บาทต่อปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ<sup>(5)</sup> สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าระหว่างปี 2564 ถึง 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 9,120, 9,043 และ 11,389 รายตามลำดับ โดยในจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจำนวน 2,826, 2,441 และ 3,108 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราผู้ป่วยราย ใหม่ 282.37, 243.90 และ 310.55 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และระหว่างปี 2564 ถึง 2566 อำเภอ ขุนหาญ มีความชุกและอัตราการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เป็นอันดับที่ 5 ของจังหวัดศรีสะเกษ โดยพบ ความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,628, 1,484 และ 1,495 ต่อแสนประชากรตามลำดับ มีสัดส่วนผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรังรายใหม่ 310, 240 และ 252 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย โรคเบาหวานร้อยละ 60 และในปี 2566 พื้นที่ตำบลกระหวั้นมีผู้ป่วยโรคเบาหวานป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังราย ใหม่มากเป็นอันดับ 1 โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ 244 ต่อแสนประชากร<sup>(6)</sup> จึงจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อช่วยชะลอ และป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังในอนาคต

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>(7)</sup> และงานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น ชูสง่า สีสัน และธณกร ปัญญาโสโสภณ<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสถียร โนนน้อย<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีระดับความรอบ รู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และนอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ แล้ว ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ก็สามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้<sup>(10)</sup> โดยมีงานวิจัยที่ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้การสร้างการรับรู้ 5 ด้านตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น บุชรินทร์ สุวรรณมาโจ<sup>(11)</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เกษร ศรีธรรมมา<sup>(12)</sup> ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้ของ บุคคลและใช้อิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง<sup>(13)</sup> สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ เป็นการ ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งในการสร้าง



โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่ค่อยมีงานวิจัยที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะสร้างโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง<sup>(13)</sup> ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(14)</sup> เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยดำเนินการในพื้นที่ตำบลกระหวิน อำเภอขุนหาญ โดยเน้นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง มีความเข้าใจและสามารถใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เกิดทักษะในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

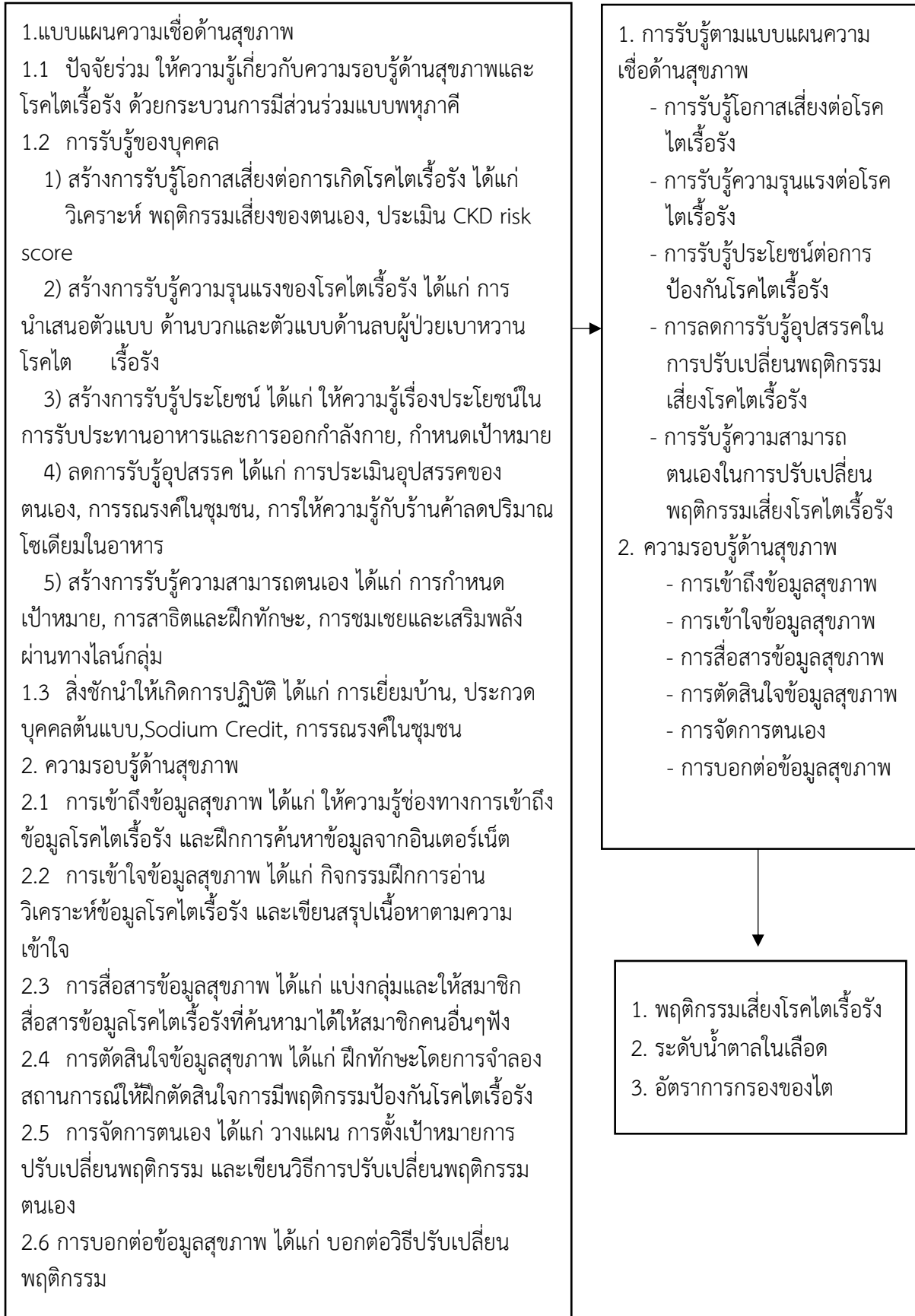
### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

## 3. สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรม
2. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

#### 4.กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

### 5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง ดำเนินการระหว่าง พฤษภาคม-มิถุนายน 2567

### 5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 20 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคไต โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ มีระดับ eGFR มากกว่า 80 มล./นาที/1.73 ตร.ม ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโปรแกรม และได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอ ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 4,424 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 20 ปีขึ้นไป กลุ่มทดลองอยู่ในตำบลกระหวัน ได้แก่ รพ.สต.โพธิ์น้อย และรพ.สต.กันจอต จำนวน 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในตำบลพราน ได้แก่ รพ.สต.พราน และรพ.สต.ม่วงแยก จำนวน 32 คน

### 5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ คำนัยสำคัญทางสถิติ และค่าขนาดอิทธิพล จากผลการวิจัยของจำปานาญ มงคลเคหา (2562)<sup>(15)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 3.64 ซึ่งถือว่าเป็นค่าอิทธิพลที่ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ .80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจทดสอบ .95<sup>(16)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายที่ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน

### 5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling technique) กำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากตำบลกระหวัน ได้แก่ รพ.สต.โพธิ์น้อย และรพ.สต.กันจอต จำนวน 32 คน เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลพราน ได้แก่ รพ.สต.พราน และรพ.สต.ม่วงแยก จำนวน 32 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในด้านอายุและระยะ ระยะเวลากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และอัตราการกรองของไต และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา

### 5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โปรแกรมครอบคลุม 3 ส่วนหลักของทฤษฎี ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) ปัจจัยร่วม ให้ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโรคไตเรื้อรัง 2) กิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโรคไตเรื้อรัง การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การสร้างการรับรู้ประโยชน์ การลดการรับรู้อุปสรรค การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในชุมชน และการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การฝึกทักษะในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การใช้ตัวแบบ การชมเชย 2) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นการเยี่ยมบ้านโดยอสม.และผู้วิจัย การประกวดบุคคลต้นแบบ กิจกรรมโซเชียลมีเดีย และประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการใช้ความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง มีระยะเวลาการดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์

## 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

(1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต เป็นต้น โดยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การลดการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 23 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความเชื่อมากที่สุด ระดับความเชื่อมาก ระดับความเชื่อปานกลาง ระดับความเชื่อน้อย และระดับความเชื่อน้อยที่สุด โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 115 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง การบอกต่อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ระดับความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพมาก ระดับความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพปานกลาง ระดับความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพน้อย และระดับความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 16 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ รวม 23 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และไม่เคยปฏิบัติ โดยมี ระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 115 คะแนน

(2) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงจากแผนกเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย

(3) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบบันทึกที่ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว หลังรับประทานอาหาร ค่าอัตราการกรองของไต พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย

## 5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผ่านการตรวจสอบเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ให้คะแนนความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ และแบบสอบถาม เท่ากับ .80 และ .97 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามที่ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลอง ใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่คนละพื้นที่ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.71 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 0.77 พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง 0.84

## 5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะ หลังทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะก่อนทดลอง จัดทำเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ติดต่อประสานงานกับบุคลากร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 2) ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมทำกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ บรรยายความสำคัญของการวิจัย แจกแบบสอบถามก่อนวิจัย (Pretest) วัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว วัดอัตราการกรองของไต เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโรคไตเรื้อรัง สร้างการรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง, ประเมิน CKD risk score 2) สร้างการรับรู้ความรุนแรงจากโรคไตเรื้อรัง เป็นการเรียนรู้จากตัวแบบด้าน บวกเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนและป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 3) สร้างการรับรู้ ประโยชน์จากการลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ในการรับประทานอาหารและการ ออกกำลังกาย, มีกิจกรรมกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การลดการรับรู้อุปสรรค เป็นการ วิเคราะห์และประเมินอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง 5) สร้างการรับรู้ความสามารถ ตนเอง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย, การสาธิตและฝึกทักษะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย มีกิจกรรมส่งเสริมทักษะการใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นการให้ความรู้ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโรคไตเรื้อรัง และฝึกการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เป็นการอ่านวิเคราะห์ข้อมูลโรคไตเรื้อรัง และเขียนสรุปเนื้อหาตามความเข้าใจ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จัดกิจกรรมแบ่งกลุ่มและให้สมาชิกสื่อสารข้อมูลโรคไตเรื้อรังที่ค้นหาได้ให้สมาชิกคนอื่นๆ ฟัง 4) การ ตัดสินใจข้อมูลสุขภาพ เป็นการฝึกทักษะโดยให้โจทย์สถานการณ์และฝึกตัดสินใจการมีพฤติกรรมป้องกัน โรคไตเรื้อรัง 5) การจัดการตนเอง เป็นการวางแผน ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้เขียน วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง 6) การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เป็นการแลกเปลี่ยนวิธีปรับเปลี่ยน พฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ชี้แจงการประกวดบุคคลต้นแบบ และประกวดโซเชียลมีเดีย



สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่รพ.สต. โดยการประชุม  
สัมภาษณ์ ให้คำปรึกษา แบ่งปันประสบการณ์ มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยอสม.ร่วมกับผู้วิจัยในการให้กำลังใจ  
เสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และกิจกรรมให้ความรู้เสี่ยงตามสาย

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7 กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยอสม.ร่วมกับผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 4, 6 ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 8 ทำ Post test วัดน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไต

กลุ่มเปรียบเทียบ ในระหว่างการวิจัยได้รับบริการและข้อมูลจากพยาบาลใน  
ระบบบริการตามปกติ และนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

### 3) ระยะหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง มอบรางวัลบุคคลต้นแบบ สรุปโครงการการวิจัยและกล่าวคำขอบคุณ

กลุ่มเปรียบเทียบ ให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้  
ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง จากนั้นสรุปผลการวิจัยและปิด  
โครงการวิจัย และกล่าวคำขอบคุณ

## 5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้  
ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ระหว่างก่อนและหลัง  
ใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Pair t test

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้  
ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Independent t test

## 6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดศรีสะเกษ รหัสโครงการคือ SPPH 2024-067 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ วันที่ 17 เมษายน 2567

## 7. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพใกล้เคียงกัน ดังนี้  
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>				
- ชาย	11	34.38	9	28.12
- หญิง	21	65.62	23	71.88
<b>2. อายุ (ปี)</b>	$\bar{X}$ =48.31	S.D.=6.66	$\bar{X}$ =48.13	S.D.=5.88
- 30-39	2	6.30	1	3.12
- 40-49	16	50.00	20	62.50
- 50-59	11	34.38	8	25.00
- 60 ขึ้นไป	3	9.40	3	9.40

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>3. สถานภาพสมรส</b>				
- โสด	7	21.88	5	15.62
- คู่/สมรส	22	68.75	24	75.00
- หม้าย/หย่า/แยก	3	9.38	3	9.38
<b>4. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
- ไม่ได้ศึกษา/	3	9.38	3	9.38
- ประถมศึกษา	8	25.00	10	31.25
- มัธยมศึกษาตอนต้น	11	34.38	10	31.25
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	31.25	9	28.12
<b>5. อาชีพ</b>				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	1	3.12	3	9.38
- ค้าขาย	8	25.00	9	28.12
- รับจ้างทั่วไป	4	12.50	5	15.62
- เกษตรกรรม	18	56.25	15	46.88
- ธุรกิจส่วนตัว	1	3.12		
<b>6. ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว</b>				
- พอเพียง เหลือเก็บ	3	9.38	8	25.00
- พอเพียงไม่เหลือเก็บ	21	65.62	15	46.88
- ไม่พอเพียงไม่เป็นหนี้	4	12.50	4	12.50
- ไม่พอเพียง เป็นหนี้	4	12.50	5	15.62
<b>7. การออกกำลังกาย</b>				
- ไม่ออกกำลังกาย	18	56.25	22	68.75
- ออกกำลังกายน้อยกว่า 5 ครั้ง/ สัปดาห์	9	28.12	7	21.88
- ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วัน/ สัปดาห์	5	15.62	3	9.38
<b>8. รสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน</b>				
- รสหวาน	13	40.62	12	37.50
- รสเค็ม	6	18.75	9	28.12
- รสเปรี้ยว	1	3.12		
- รสเผ็ด	6	18.75	7	21.88
- รสจืด	6	18.75	4	12.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>9. พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>				
- ไม่สูบ	23	71.88	25	78.12
- สูบ	9	28.12	7	21.88
<b>10. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์</b>				
- ไม่ดื่ม	21	65.62	13	40.62
- ดื่ม	11	34.38	19	59.38
<b>11. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)</b>	$\bar{X}=8.93$	S.D.=4.50	$\bar{X}=10.50$	S.D.=4.72
- 1-5	8	25.00	7	21.88
- 6-10	14	43.75	9	28.12
- 11-15	7	21.88	12	37.50
- 16-20	2	6.25	3	9.38
- > 20	1	3.12	1	3.12
<b>12. ประวัติในครอบครัวเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง</b>				
- ไม่มี	25	78.12	27	84.38
- มี	7	21.88	5	15.62
<b>13. ระดับน้ำตาลในเลือดDTX (mg%)</b>	$\bar{X}=166.78$	S.D.=17.71	$\bar{X}=160.28$	S.D.=18.71
- 100-129			1	3.1
- 130-159	10	31.3	15	46.9
- 160-189	17	53.1	13	40.6
- > 190	5	15.6	3	9.4
<b>14. ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)</b>	$\bar{X}=87.5$	S.D.=4.33	$\bar{X}=86.90$	S.D.=4.38
- 80-89	23	71.9	24	75
- > 89	9	28.1	8	25

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.62 และร้อยละ 71.88 ตามลำดับ อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.31 ปี (S.D.= 6.66) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 48.13 ปี (S.D.= 5.88) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 50 และร้อยละ 62.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.75 และร้อยละ 75.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 34.38 และ และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 31.25 อาชีพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.25 และร้อยละ 46.88 ตามลำดับ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 65.62 และ 46.88 ตามลำดับ การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ร้อยละ 56.25 และ 68.75

ตามลำดับ รสชาติอาหาร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ร้อยละ 40.62 และร้อยละ 37.50 ตามลำดับ การสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 78.12 ตามลำดับ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 65.62 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.38 กลุ่มทดลองป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.93 ปี (S.D.= 4.45) ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมา 6-10 ปี ร้อยละ 43.75 กลุ่มเปรียบเทียบป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.50 ปี (S.D.= 4.72) ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมา 11-15 ปี ร้อยละ 37.50 ญาติสายตรงเป็นโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 78.12 และร้อยละ 84.38 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ**

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		t/Z	95% CI	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2.77	.128	3.69	.168	-28.263	-.98 - -.85	>.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.00	.307	4.10	.128	-18.893	-1.22 - -.98	>.001
พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง	3.14	.317	2.41	.206	10.346	.58 - .87	>.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	177.78	17.77	145.40	15.92	34.650	20.11 - 22.63	>.001
อัตราการกรองของไต (eGFR)	87.50	4.33	88.34	4.66	-12.938	-3.55 - -2.69	>.001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ส่วนที่ 3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ**

**ตารางที่ 3 ความแตกต่างของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ**

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t/Z	95% CI	P-value
	M	S.D.	M	S.D.			
<b>การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ</b>							
ก่อนใช้โปรแกรม	2.77	.128	2.81	.181	-1.211	-.12 - .03	.231
หลังใช้โปรแกรม	3.69	.163	2.80	.171	21.179	.80 - .96	>.001
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>							
ก่อนใช้โปรแกรม	3.01	.725	3.07	.626	-.987	-.24 - .08	.328
หลังใช้โปรแกรม	3.74	.401	3.05	.633	11.552	.867 - 1.22	>.001
<b>พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง</b>							
ก่อนใช้โปรแกรม	3.14	.317	3.10	.357	.388	-.13 - .20	.699
หลังใช้โปรแกรม	2.41	.206	3.52	.189	-22.371	-1.20 - -1.01	>.001
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)</b>							
ก่อนใช้โปรแกรม	166.78	17.78	160.28	18.72	1.424	-2.62 - 15.62	.159
หลังใช้โปรแกรม	145.41	15.92	161.78	18.44	-3.798	-24.99 - -7.75	>.001
<b>อัตราการกรองของไต (eGFR)</b>							
ก่อนใช้โปรแกรม	87.5	4.33	86.91	4.38	.545	-1.58 - 2.77	.588
หลังใช้โปรแกรม	88.34	4.29	87.19	5.27	2.764	.95 - 5.92	.008

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไตมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนก่อนใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไต พฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**8. สรุปและอภิปรายผล**

1. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่มีการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ โดยเป็นการส่งเสริมการรับรู้ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ<sup>(13)</sup> เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงและประเมิน CKD risk score ทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยง 2) สร้างการรับรู้ความ



รุนแรงจากโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ตัวแบบด้านบวกและด้านลบ ทำให้เห็นภาพของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น 3) สร้างการรับรู้ประโยชน์จากการลดพฤติกรรมเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เห็นประโยชน์ของการลดพฤติกรรมเสี่ยง และเข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงจะช่วยป้องกันโรคไตเรื้อรังได้อย่างไร 4) การลดการรับรู้อุปสรรค การวิเคราะห์และประเมินอุปสรรคที่อาจพบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้พบปัญหาและสามารถหาวิธีการลดอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตรงจุด 5) สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำหนดเป้าหมายและการฝึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ กิจกรรมข้างต้นนี้ส่งผลให้มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษร ศรีธรรมมา (2563) ที่ศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และพบว่า หลังการทดลองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.94 คะแนน (95% CI: 0.715, 0.984)<sup>(12)</sup> วรกร วิชัยโย และคณะ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน และพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีภาพรวมของความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(17)</sup>

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ ที่มีการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง<sup>(14)</sup> โดยมีส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโรคไตเรื้อรัง เช่น จากอินเทอร์เน็ต จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เป็นการอ่านและเขียนสรุปเนื้อหาตามความเข้าใจ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ฝึกปฏิบัติการสื่อสารข้อมูลโรคไตเรื้อรังที่ได้จากการค้นหาให้สมาชิกในกลุ่มรับฟัง 4) การตัดสินใจข้อมูลสุขภาพ การฝึกทักษะใช้โจทย์สถานการณ์และให้ฝึกตัดสินใจเลือกการมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง 5) การจัดการตนเอง โดยการวางแผนและตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6) การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ เป็นการแลกเปลี่ยนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับสมาชิกภายในกลุ่ม กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น เข้าใจและประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถเลือกพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปยังผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคภณ แสนเดชะ และประจวบ แหลมหลัก (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ( $p < 0.05$ ) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>(18)</sup>

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังโดยรวม และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย ลดลงจากพฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลางเป็นพฤติกรรมเสี่ยงระดับน้อย และลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรม 1) เสริมสร้างการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้โรคไตเรื้อรัง การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยการประเมิน CDK risk การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้ตัวแบบด้านบวกและด้านลบ การสร้างการรับรู้ประโยชน์โดยการบรรยาย การลดการรับรู้อุปสรรค และการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการฝึกทักษะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 2) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นการเยี่ยมบ้าน ประกวดบุคคลต้นแบบ กิจกรรมโซเชียลมีเดียเครดิต ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีรัตน์ พงษ์ยอด (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>(19)</sup>

3. ระดับน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไต หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไต ดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมฯ ได้รวมเอาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างการรับรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็นองค์ประกอบหลักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิซซารีย์ ภูมิพาณิชชัย, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, และสนใจ ไชยบุญ (2565) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรังและอัตราการกรองของไตดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>(20)</sup> และงานวิจัยของ Bushra A. ALSharit & Eman A. Alhalal (2022) ศึกษาประสิทธิผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด<sup>(21)</sup>

## 9. ข้อเสนอแนะ

### 9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปต่อยอดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน หรือกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

2) ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่ของตนได้อย่างถูกต้อง

## 9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ที่มีพบมาก และมีความรุนแรงในอำเภอขุนหาญ เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และควรมีการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มปกติที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

2) ควรมีการศึกษาติดตามกลุ่มทดลองต่อไป เพื่อติดตามผลของโปรแกรม รวมถึงความยั่งยืนของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง เพื่อนำมาปรับรูปแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้นต่อไป

## 10. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Estimates: WHO methods and data sources for global causes of death, 2000-2019 [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 20]; Available from: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
2. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 20]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9073222/>
3. Mayo Clinic. Kidney disease: Symptoms and causes [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 20]; Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/kidney-disease/symptoms-causes/syc-20354521>
4. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
6. ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/index.php>
7. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatr [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 20]; Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04010-0>.
8. ชูสง่า สีสัน, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(3):519-532.
9. เสถียร โนนน้อย. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(1):46-60.
10. Yu PS, Tsai YC, Chiu YW, Hsiao PN, Lin MY, Chen TH, Wang SL, Kung LF, Hwang SM, Hwang SJ, Kuo MC. The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. J Pers Med [Internet]. 2021 Jun;11(6):447. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8224639/>

11. บุชรินทร์ สุวรรณมาโจ. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9(1):703-713.
12. เกษร ศรีธรรมมา. ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(3):177-189.
13. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health education quarterly 1988;15:175-83.
14. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf>
15. จำปานาฎ มงคลเคหา. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์] นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2563. 166หน้า.
16. Cohen, J. Statistical power for the behavioral sciences (2nd ed). New York: Academic Press; 1988.
17. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง, ศิริษา โคตรบุตดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามมูน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):25-35.
18. ภคภณ แสนเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขภาพศึกษา. 2563;43(2):150-164.
19. อารีรัตน์ แผงยอด. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(3):297-305.
20. นิชชารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย, วิสิน อิศรางกูร ณ อยุธยา, สนใจ ไชยบุญเรือง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2565;12(2): เมษายน-มิถุนายน.
21. Bushra A, Eman A. Effects of health literacy on type 2 diabetic patients' glycemic control, self-management, and quality of life. Saudi Med J 2022;43(5):465-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9280600/>

## บทความวิจัย

### ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดยโสธร

จूरินทร์ คุณแก้ว<sup>1</sup>  
ไกรวัลย์ มัฐพา<sup>2</sup>

(วันที่รับบทความ 10 กันยายน 2567, วันที่แก้ไขบทความ 6 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับบทความ 7 ตุลาคม 2567)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อและผลของการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอ 5 คนและกลุ่มผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อจำนวน 86 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นอำเภอที่ในโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผ่านตามมาตรฐานและขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยรถเฉพาะสำหรับเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม การตรวจคุณภาพเครื่องมือได้ค่า CVI 0.70 และค่าความเชื่อมั่น 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อแหล่งกำเนิด (รพ.สต.) ทุกวัน ขั้นที่ 2 นำมูลฝอยติดเชื้อไปพักในอาคารเฉพาะ 6-7 วัน ขั้นที่ 3 ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยรถของโรงพยาบาล และขั้นที่ 4 นำมูลฝอยติดเชื้อไปพักรวมที่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ 2) การบริหารจัดการยังไม่เป็นตามมาตรฐานที่กำหนดได้แก่ ด้านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ผ่านอบรมเพียงร้อยละ 81.39 การรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อพบผู้ปฏิบัติงานสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลร้อยละ 86.04 ผู้ปฏิบัติงานขนส่งมูลฝอยติดเชื้อสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงานครบตามที่กำหนด ร้อยละ 76.74 และนำส่งมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยในชุมชนโดยญาติ ร้อยละ 66.27 ด้านการบริหารจัดการรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไม่ผ่านมาตรฐาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน คือ ต้องการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การบูรณาการความร่วมมือเชิงพื้นที่และการสนับสนุนด้านวิชาการ การอบรมความรู้และทักษะ ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกำหนดนโยบายและวางแผนควบคุมกำกับกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยเฉพาะรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐาน

**คำสำคัญ:** มูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<sup>1,2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: jureepron\_55@hotmail.com



## Research Article

### Infectious waste management model, Yasothon province

Jureepron Koonkaew<sup>1\*</sup>

Kraiwan Matthapa<sup>2</sup>

(Received: September 10 2024; Revised: October 6 2024; Accepted: October 7 2024)

#### Abstract

This research is a descriptive study aimed at examining the infectious waste management system and the effects of managing infectious waste according to the standard criteria of the sub-district health promoting hospitals in Yasothon province. The sample group consisted of 5 public health administrators and 86 individuals responsible for managing infectious waste. The sample was specifically selected from districts where community hospitals have successfully managed infectious waste according to the standards and used specialized vehicles for infectious waste transportation. Data were collected using interviews and questionnaires. The tool's quality was validated with a CVI score of 0.70 and a reliability score of 0.80. Data analysis was conducted using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results: 1) The Infectious waste management model process consists of four steps: Step 1: Infectious waste is collected daily from sub-district health-promoting hospitals. Step 2: The infectious waste is stored in a designated building for 6-7 days. Step 3: The waste is transported by the hospital's vehicle. Step 4: The infectious waste is stored at a community hospital in the area. 2) The management process does not fully meet the established standards. Specifically: Only 81.39% of staff have completed training in the prevention and containment of infections or hazards that may arise from infectious waste. In the handling of infectious waste, 86.04% of workers were found to be wearing personal protective equipment (PPE). 76.74% of workers wore PPE as required while performing their duties. 66.27% of infectious waste from patients' homes in the community was delivered by relatives. Regarding the management of infectious waste transport vehicles, failure to meet standards can negatively affect the health of workers. The recommendations from both administrators and workers are to improve infectious waste management, enhance local collaboration, and provide technical support. Training in knowledge and skills should be conducted, and a committee should be established to set policies and plan the oversight of infectious waste management, particularly to ensure that the waste transport vehicles meet the required standards.

**Keyword:** Infectious waste, Infectious waste management, The sub-district health promoting hospitals

---

<sup>1,2</sup> Registered Nurse, Professional Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

\* Corresponding Author Email: jureepron\_55@hotmail.com

---

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหามูลฝอยและของเสียอันตรายทวีความรุนแรงมากขึ้นตลอดทุกปี ถ้าหากมูลฝอยไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค เติร์ราคาญาจากกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ เป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค การปนเปื้อนแหล่งน้ำ ดิน และมลพิษทางอากาศ จากรายงานสถานการณ์มูลฝอย ปี 2559 พบว่า ประเทศไทยมีสถานบริการทั้งที่เป็นภาครัฐและเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย และคลินิก จำนวน 27,794 แห่ง มีจำนวนเตียงประมาณ 140,961 เตียง คาดการณ์ว่ามีอัตราการเกิดมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.36-0.58 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน มีรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2556-2563 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 50,481 ตัน ในพ.ศ. 2556 เป็น 57,497 ตัน ใน พ.ศ. 2560 และปี พ.ศ. 2561-2563 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อลดลงเป็น 55,497 53,173 และ 47,961.87 ตัน<sup>(1)</sup> ในปี พ.ศ.2563 กรมอนามัย รวบรวมข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดต่าง ๆ จากระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อหลักของประเทศ 14 Cluster พบมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น 47,961.87 ตัน เกิดจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 26,506.05 ตัน (ร้อยละ 55.26) รองลงมา คือ โรงพยาบาลของรัฐอื่น จำนวน 10,669.56 ตัน (ร้อยละ 22.24) โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9,317.86 ตัน (ร้อยละ 19.43) คลินิกเอกชน จำนวน 1,040.03 ตัน (ร้อยละ 2.17) สถานพยาบาลสัตว์ จำนวน 143.38 ตัน (ร้อยละ 0.29) และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย จำนวน 284.99 ตัน (ร้อยละ 0.59) ซึ่งได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง จำนวน 47,465.02 ตัน หรือคิดเป็นร้อยละ 98.96 สามารถกำจัดได้วันละ จำนวน 135.48 ตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.2 หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.6 ตัน/วัน เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเดียวกันกับพ.ศ. 2562 โดยกิจกรรมก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อเป็นจำนวนมากนั้นมาจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ และการเฝ้าระวังโรค รวมถึงการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้รับการกำจัดด้วยวิธีการเผาโดยเตาเผาของเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เหลืออีกร้อยละ 1.04 ที่ยังมีการจัดการไม่ถูกต้องเกิดจากสถานพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ คลินิกรักษาคน สถานพยาบาลสัตว์ และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ที่พบยังมีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมเข้าสู่ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้อง<sup>(2)</sup> มูลฝอยติดเชื้อหากจัดการไม่ถูกต้องตั้งแต่กระบวนการคัดแยก การเก็บรวบรวม การขนส่งและการกำจัดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ในการควบคุมดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นส่วนสำคัญของการสาธารณสุขเมื่อจัดการไม่เหมาะสมมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม การจัดการ รวบรวม ขนส่งและการกำจัดอย่างเหมาะสมและประเทศไทยได้ดำเนินการภายใต้กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ซึ่งได้กำหนดวิธีการเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย การขนส่ง และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ<sup>(3)</sup>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกับกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้พัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยได้คัดเลือกพื้นที่ที่มีความเหมาะสมเพื่อจัดตั้งศูนย์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อรวม จากการดำเนินงานยังพบปัญหา คือ 1) สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อหลายแห่งดำเนินการไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ 2) สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีจำนวนไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ 3) ยังไม่มีระบบเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุขขนาดเล็ก 4) ขาดมาตรฐานการควบคุมผู้ให้บริการขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 5) ยังไม่มีกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีเพียงคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจ้างเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใช้เอกสารกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Infectious waste manifest system)<sup>(4)</sup> ส่วนการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล ผู้บริหารต้องมึนโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่แหล่งกำเนิด และกำหนดบทบาท

หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล<sup>(5)</sup> ในเขตสุขภาพที่ 10 มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง 71 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 827 แห่ง พบ มีแนวโน้มมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2563 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 5-8 ตัน/วัน และปี พ.ศ. 2564 (เม.ย.-มิ.ย.64) มูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 10-12 ตัน/วัน เพิ่มขึ้น 4-5 ตัน/วัน จากปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ยังมีปัญหาการเก็บขนจากภาคบริษัทเอกชนที่ไม่สามารถรับขยะติดเชื้อได้ตรงตามเวลาที่กำหนดไว้<sup>(6)</sup> โดยพื้นที่ที่มีการจัดการด้านขยะติดเชื้อสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 10 คือ จังหวัดยโสธร มีโรงพยาบาล 9 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 112 แห่ง ในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 263 ตัน/ปี และ 255 ตัน/ปี ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐานและตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100 ใช้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเทศบาลเมืองวารินชำราบ ร้อยละ 100 รวมทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยส่งมูลฝอยติดเชื้อมายังโรงพยาบาลชุมชนของอำเภอ<sup>(6)</sup> ดังนั้น ผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการป้องกันโรคที่อาจมาจากมูลฝอยติดเชื้อ จึงสนใจศึกษารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดยโสธร เพื่อให้ได้แนวทางการบริหารจัดการและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อีกทั้งขยายผลให้กับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้ และนำไปกำหนดเป็นนโยบายสนับสนุนในการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร
2. เพื่อศึกษาผลของการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร

## 3. วิธีการดำเนินการวิจัย

### 3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยโสธร ทั้งหมด จำนวน 112 แห่งๆ ละ 1 คน รวมทั้งหมด 112 คน และกลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอทั้ง 9 อำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ เลือกแบบเจาะจงอำเภอที่มีโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผ่านตามมาตรฐานและมีรูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยมีรถเฉพาะสำหรับเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอดำเนินสะดวก อำเภอไทยเจริญ อำเภอมหาสารคาม อำเภอเมือง และอำเภอเสิงสาง เพื่อศึกษาการบริหารจัดการและความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 ด้าน คือ 1) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 2) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 3) การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ และ 4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

2) กลุ่มผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณหาขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (R.V.Krejcie&D.W.Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 คน ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 86 คน<sup>(7)</sup> เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก (Lottery method) แบบไม่แทนที่

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดยโสธร ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลตามคู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง)<sup>(3)</sup> ของกรมอนามัย ให้เหมาะสำหรับการเก็บข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานที่กำหนด 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติหน้าที่เก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอย ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ส่วนที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีและไม่มี ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ (Best, 1977)<sup>(8)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 2.4 -3.0) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 คะแนนเฉลี่ย 1.8-2.3) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.7)

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีการตั้งคำถามให้มีความสอดคล้องกับงานวิจัย ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นได้และสามารถปรับได้ตามความเหมาะสม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบปลายเปิด โดยกำหนดโครงสร้างคำถาม คือ ส่วนที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 ด้าน ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ และส่วนที่ 2 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ชุด ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.70 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาเตรียม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้ง เพื่อบันทึกหมายวันเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 5 แห่ง โดยเดินทางไปสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมลงพื้นที่สำรวจที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอพื้นที่เป้าหมาย

4. ลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยเชิญกลุ่มเป้าหมายให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม โดยการแบ่งเป็น 3 โซน ได้แก่โซน 1 อำเภอเมือง อำเภอทรายมูล อำเภอเกษตรวิสัย หนองประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โซน 2 อำเภอคำชะอี อำเภอมหาชนะชัย อำเภอกุดรัง หนองประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำชะอี โซน 3 อำเภอป่าดัว อำเภอเลิงนกทา อำเภอไทยเจริญ หนองประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าดัว โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 - เดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูล เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อแต่ละประเภท ข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานข้อมูลจำนวนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อรูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

## 4. ผลการวิจัย

### 4.1 รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร

วิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า การเก็บรวบรวมทั้งหมดคิดว่าการคัดแยกและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด แต่ยังมีบางมาตรฐานที่ไม่ผ่าน คือ เจ้าหน้าที่ต้องผ่านการอบรมตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ผู้บริหารไม่เห็นความจำเป็นในการใช้รถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจะใช้วิธีมัดรวมปากถุงด้วยเชือกและถือถุงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ยังไม่มีการกำหนดเส้นทางการเคลื่อนย้าย เวลาที่เคลื่อนย้าย แยกจากมูลฝอยอื่น แต่มีการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ คือ ถุงมือยางหนา ผ้าอ้อมกันเปื้อน รองเท้าบูทยางหุ้มแข้ง หน้ากากอนามัย (Mask) ถุงแดง ถังขยะ และการขนส่งส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด มีทั้งรถที่ดำเนินการโดยเอกชน และบางแห่งเป็นรถของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า เตาเผาขยะใช้ไม่ได้และไม่มิงงบประมาณในการซ่อม

มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวางแผนที่จะดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาในภาพ คปสอ. ให้ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ในประเด็นรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทั้งของเอกชนที่เข้าดำเนินการและรถของส่วนราชการ มีการพัฒนาศักยภาพของผู้เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ กำหนดระยะเวลาในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อส่งโรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 3 วัน และจัดทำมาตรฐานการจัดการบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ดังตารางที่ 1-2



**ตารางที่ 1** ผลวิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก การสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอ 5 แห่ง

ประเด็น	รายละเอียด
การเก็บรวบรวม	<p>1) การคัดแยกและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด แต่ยังมีบางมาตรฐานที่ไม่ผ่าน คือ เจ้าหน้าที่ต้องผ่านการอบรมตามมาตรฐาน ร้อยละ 100</p> <p>2) บุคลากรที่รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กฎหมายกำหนด</p> <p>“ผมคิดว่า จังหวัดมีนโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อชัดเจน อาจจะมีบางมาตรฐานที่ยังไม่ผ่าน อย่างในเรื่องของผู้รับผิดชอบงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบางแห่งที่ยังไม่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ผมมองว่าถ้าไม่มีความรู้ความเข้าใจก็จะส่งผลให้การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเกิดผลกระทบกับทั้งผู้เก็บขนและคนอื่นที่จะมาสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ ผมจึงอยากจะเสนอให้จังหวัดหรือศูนย์วิชาการเป็นคนจัดอบรมให้กับผู้รับผิดชอบงานที่ยังไม่ผ่านการอบรม และฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานเดิม ผู้ปฏิบัติงานจะต้องผ่านการอบรม 100%” “ผมมองว่าถ้าไม่มีความรู้ความเข้าใจก็จะส่งผลให้การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องเกิดผลกระทบกับทั้งผู้เก็บขนและคนอื่นที่จะมาสัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ ผมจึงอยากจะเสนอให้จังหวัดหรือศูนย์วิชาการเป็นคนจัดอบรมให้กับผู้รับผิดชอบงานที่ยังไม่ผ่านการอบรม และฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานเดิม ผู้ปฏิบัติงานจะต้องผ่านการอบรม”</p>
การเคลื่อนย้าย	<p>1) ผู้บริหารไม่เห็นความจำเป็นในการใช้รถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจะใช้วิธีมัดรวมปากถุงด้วยเชือกและถือถุงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>“ผมมองว่ามูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปริมาณไม่เยอะ คิดว่าน่าจะไม่เกิน วันละ 3 กิโลกรัม ดังนั้นที่มาตรฐานกำหนดให้ต้องใช้รถเข็นในขนมูลฝอยติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอาจจะไม่จำเป็นต้องใช้ เพราะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบของผม ก็จะใช้ใช้เชือกมัดปากถุงและถือไปทิ้งในถังขยะสีแดง”</p> <p>2) มีอุปกรณ์สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ คือ ถุงมือยางหนา ผ้ายางกันเปื้อน รองเท้าบูทยางหุ้มแข้ง หน้ากากอนามัย (Mask) ถุงแดง ถังขยะ</p> <p>“อุปกรณ์ที่จะใช้สำหรับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นถุงมือยางหนา ผ้ายางกันเปื้อน รองเท้าบูทยางหุ้มแข้ง หน้ากากอนามัย (Mask) ถุงแดง ถังขยะ เราได้รับการสนับสนุนจากทางจังหวัด ดังนั้นจะมีการรุ่มหรือประเมินว่าผู้ปฏิบัติงานมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามมาตรฐาน”</p> <p>3) ยังไม่มีการกำหนดเส้นทางเคลื่อนย้าย เวลาที่เคลื่อนย้าย แยกจากมูลฝอย</p> <p>“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ควรมีรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ เพราะว่ามีข้อจำกัดของพื้นที่ขนมูลฝอยติดเชื้อจากห้อง ER ไปที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ เสนอให้กำหนดเส้นทางของการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ เวลาที่เคลื่อนย้าย แยกจากมูลฝอยประเภทอื่นๆ การจัดเก็บตามเวลาที่กำหนด”</p>

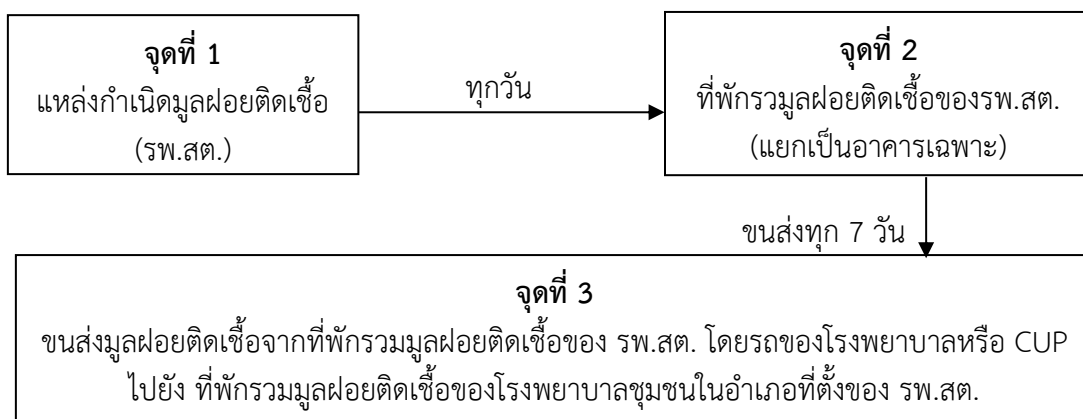
ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็น	รายละเอียด
การเคลื่อนย้าย (ต่อ)	“บริเวณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากห้อง ER ไปที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่สามารถแยกเส้นทางระหว่างมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปได้ เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติถูกต้อง การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไม่มาตามวันที่กำหนดส่งผลให้มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเป็นจำนวนมาก” “การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผมขอเสนอให้มีระบบการควบคุมกำกับทั้งระบบและเสนอให้มีการเพิ่มจำนวนครั้งในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์”
การขนส่ง	1) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด มีทั้งรถที่ดำเนินการโดยเอกชน และบางแห่งเป็นรถของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ “การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดยโสธรมองว่ารถของเอกชนได้ตามมาตรฐาน แต่รถของโรงพยาบาลเป็นการปรับปรุงรถเพื่อมาใช้สำหรับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังโรงพยาบาลคิดว่ายังไม่ได้ตามมาตรฐาน”

ตารางที่ 2 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- เตาเผามูลฝอยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เคยใช้ในการเผามูลฝอย เสื่อมสภาพตามอายุการใช้งาน ยังไม่มีการวางแผนบริหารจัดการ เตาเผาขยะที่ใช้การไม่ได้และไม่มีงบประมาณในการซ่อม	- ควรมีการวางแผนที่จะดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาในภาพ คปสอ. ให้ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ในประเด็นรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทั้งของเอกชนที่เข้าดำเนินการและรถของส่วนราชการ - พัฒนาศักยภาพของผู้เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ - กำหนดระยะเวลาในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อส่งโรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 3 วัน - จัดทำมาตรฐานการจัดการบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์

รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธร



รูปที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยโสธรที่ได้จากงานวิจัยครั้ง

## 4.2 ศึกษาผลการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

### ตำบล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 86 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.81 มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 36.04 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 52.33 เป็นลูกจ้างหรือคนงาน ร้อยละ 56.98 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 56.97 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร (n=86)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	44.19
หญิง	48	55.81
อายุ		
25-34 ปี	14	16.28
35-44 ปี	20	23.26
45-54 ปี	31	36.04
55-60 ปี	21	24.42
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	20.93
ปริญญาตรี	45	52.33
สูงกว่าปริญญาตรี	23	26.74
ตำแหน่ง		
ลูกจ้างหรือคนงาน	49	56.98
พนักงานจ้างเหมา	9	10.47
นักวิชาการสาธารณสุข	18	20.93
พยาบาลวิชาชีพ	10	11.62
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1 ปี - 5 ปี	55	63.95
6 ปี - 10 ปี	22	25.58
11 ปี - 15 ปี	6	6.97
มากกว่า 16 ปี	3	3.50

ผลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้ศึกษาเทียบกับมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของกรมอนามัยตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545<sup>(3)</sup> แยกรายด้าน ดังนี้

1) ด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 0.1-1 กิโลกรัม/วัน ร้อยละ 53.48 เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 81.39 มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและไม่มีคม 96.51 มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคมใช้เวลา 6-7 วัน จึงส่งไปกำจัด ร้อยละ 79.06 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น เลือด สารคัดหลั่ง เป็นต้น เทลงโถส้วมที่จัดไว้สำหรับทิ้งของเหลวติดเชื้อโดยเฉพาะ ร้อยละ 97.67 วิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยที่ต้องทำแผล ผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยที่ต้องฉีดยาอินซูลินหรือบ้านที่มีมูลฝอยติดเชื้อมีการเก็บรวบรวมและ

นำส่งโดยญาติผู้ป่วย ร้อยละ 66.27 และไม่มีการรับฝากมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานอื่น ร้อยละ 84.88 ดังตารางที่ 4

2) ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามกำหนด ร้อยละ 86.04 และส่วนใหญ่มีลักษณะที่พักมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอาคารหรือที่พักมูลฝอยติดเชื้อแยกเฉพาะ ร้อยละ 94.18 ดังตารางที่ 4

3) ด้านการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน พบว่า วิธีการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปที่พักมูลฝอยติดเชื้อรวมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้รถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลหรือ CUP มารับมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 91.86 และผู้ปฏิบัติงานขนส่งมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 76.74 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมาตรฐานรายด้าน

มาตรฐาน (n=86)	จำนวน	ร้อยละ
<b>1) ด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน</b>		
1. ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นต่อวันของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
0.1 - 1 กิโลกรัม	46	53.48
1.1 -2 กิโลกรัม	20	23.25
2.1 -3 กิโลกรัม	9	10.46
มากกว่า 3.1 กิโลกรัม	11	12.79
2. เจ้าหน้าที่ผู้รวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อผ่านการอบรมหลักสูตร “การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ” (หลักสูตร1 วัน) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข		
ไม่ผ่านการอบรม	16	18.60
ผ่านการอบรม	70	81.39
3. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุมีคมและไม่มีคม		
ไม่มีการคัดแยก	3	3.48
มีการคัดแยก	83	96.51
4. ระยะเวลาการส่งไปกำจัดภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคมใช้		
1-2 วัน	8	9.30
3-5 วัน	7	8.13
6-7 วัน	68	79.06
มากกว่า 10 วัน	3	3.48
5. การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น เลือด สารคัดหลั่ง เป็นต้น		
เทลงถังส้วมที่จัดไว้สำหรับทิ้งของเหลวติดเชื้อโดยเฉพาะ	84	97.67
เทลงในถังแดงรวมกับมูลฝอยติดเชื้อประเภทไม่มีคม	2	2.32

ตารางที่ 4 (ต่อ)

มาตรฐาน (n=86)	จำนวน	ร้อยละ
6. วิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยที่ต้องทำแผล ผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินหรือบ้านที่มีมูลฝอยติดเชื้อ		
ไม่มี	2	2.32
เก็บรวบรวมและนำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเจ้าหน้าที่	6	6.97
เก็บรวบรวมและนำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยญาติผู้ป่วย	57	66.27
เก็บรวบรวมและนำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย	21	24.41
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการรับฝากมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานหรือแหล่งอื่น ๆ		
ไม่มี	73	84.88
มี	13	15.11
<b>2) ด้านการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน</b>		
1. ผู้ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้ายางกันเปื้อน รองเท้าบูทยางหุ้มแข้ง หน้ากากอนามัย (Mask) ขณะปฏิบัติงาน		
สวมอุปกรณ์ครบตามที่กำหนด	74	86.04
ใส่แต่ไม่ครบตามที่กำหนด	15	17.44
2. ลักษณะที่พักมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนส่งไปยังที่พักมูลฝอยติดเชื้อรวมของโรงพยาบาล		
ไม่มีที่พักมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นอาคารเฉพาะ	1	1.9
มีถังบรรจุมูลฝอยติดเชื้อวางบริเวณห้องหรือมุมภายในอาคาร	4	4.65
มีที่พักเป็นอาคารหรือที่พักมูลฝอยติดเชื้อแยกเฉพาะ	81	94.18
<b>3) ด้านการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน</b>		
1. วิธีการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปที่พักมูลฝอยติดเชื้อรวมของโรงพยาบาล		
นำส่งมูลฝอยติดเชื้อโดยรถยนต์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2	3.7
มีรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลหรือ CUP มารับมูลฝอยติดเชื้อ	79	91.86
จ้างรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของเอกชนดำเนินการ	7	8.13
2. ผู้ปฏิบัติงานขนส่งมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้ายางกันเปื้อน รองเท้าบูทยางหุ้มแข้ง หน้ากากอนามัย (Mask) ขณะปฏิบัติงาน		
ไม่มีการสวมอุปกรณ์	1	1.16
สวมอุปกรณ์ครบตามที่กำหนด	66	76.74
ใส่แต่ไม่ครบตามที่กำหนด	19	22.09

4) ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า การรวบรวมมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 93.02 รองลงมา ค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ร้อยละ 88.37 และมีการซื้อถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 83.72 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่าย



น้อยที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายในการซื้อกล่องหรือภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม ร้อยละ 70.37 ส่วนเคลื่อนย้ายขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 80.23 ค่ากำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 73.25 และซื้อรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 72.09 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด คือ มีน้ำมันเชื้อเพลิง ร้อยละ 61.62 ดังตารางที่ 5

ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ (n=86)	ไม่มี		มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเด็นการรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ				
1. ค่าใช้จ่ายในซื้อถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ	14	16.27	72	83.72
2. ค่าใช้จ่ายในการซื้อถุงแดงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	10	11.62	76	88.37
3. ค่าใช้จ่ายในการซื้อกล่องหรือภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม	16	18.60	70	81.39
ประเด็นเคลื่อนย้ายขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ				
4. ค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	10	11.62	76	88.37
5. ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	6	6.97	80	93.02
ประเด็นเคลื่อนย้ายขนส่งและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ				
6. ค่าใช้จ่ายในการซื้อรถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	24	27.90	62	72.09
7. ค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ	17	19.76	69	80.23
8. ค่าจ้างขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ	30	34.88	56	65.11
9. ค่ากำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	23	26.74	63	73.25
10. ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	33	38.37	53	61.62
11. ค่าจ้าง/ค่าตอบแทนพนักงานที่ปฏิบัติงานขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ	28	32.55	58	67.44

#### ระดับความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

1) ด้านนโยบายและการควบคุมกำกับติดตาม พบว่า มีการสื่อสารแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบอย่างทั่วถึงอยู่ระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.68, S.D. = 0.21) รองลงมา นโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.16, S.D. = 1.10) และระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความชัดเจนอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.16, S.D. = 1.08) ตามลำดับข้อที่น้อยที่สุด คือ การติดตาม ควบคุมกำกับจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 1.87, S.D. = 1.98) และระบบควบคุมกำกับขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ระบบเอกสาร ระบบออนไลน์ มีความสะดวกและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.05, S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 6

2) ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นอยู่ระดับปานกลางทั้งหมด เมื่อจำแนกรายข้อ มากที่สุด คือ ระดับความคิดเห็นต่อการคัดแยกและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ถูกต้องตามมาตรฐาน ( $\bar{X}$  = 2.33, S.D. = 1.07) รองลงมา การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามมาตรฐาน ( $\bar{X}$  = 2.32, S.D. = 1.92) และรูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ใช้อยู่ ถูกต้องตามมาตรฐาน ( $\bar{X}$  = 2.12, S.D. = 1.89) ตามลำดับ น้อยที่สุด คือ ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐาน ( $\bar{X}$  = 1.99, S.D. = 2.01) และสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ(เตาเผามูลฝอยติดเชื้อ) ที่ให้บริการอยู่ปัจจุบันถูกต้องตามมาตรฐาน ( $\bar{X}$  = 2.03, S.D. = 1.59) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

3) ด้านค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ระดับปานกลาง มากที่สุด คือ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้องเพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่จะไปกำจัดอยู่ระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.44, S.D.= 1.07) รองลงมา รูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลที่ใช้อ้อยช่วยประหยัดงบประมาณอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.38, S.D.= 1.57) และรูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลที่ใช้อ้อยช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการนำส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.37, S.D.= 1.58) ตามลำดับ ข้อย่อยที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความเหมาะสมแล้ว อยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 1.84, S.D.= 1.79) และรูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ไปยังโรงพยาบาลที่ใช้อ้อยทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า เช่น รถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ( $\bar{X}$  = 2.33, S.D.= 1.21) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายด้าน

มาตรฐาน (n=86)	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น			$\bar{X}$	S.D.	แปลค่า
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
<b>1) ด้านนโยบายและการควบคุม</b>						
<b>กำกับติดตาม</b>						
1. นโยบายการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมีความชัดเจนนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	63 (73.25)	20 (23.25)	3 (3.45)	2.16	1.10	ปานกลาง
2. ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีความชัดเจน	63 (73.25)	20 (23.25)	3 (3.48)	2.16	1.08	ปานกลาง
3. มีการติดตาม ควบคุมกำกับจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง	53 (61.62)	30 (34.88)	3 (3.48)	1.87	1.98	ปานกลาง
4. มีการสื่อสารแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบอย่างทั่วถึง	77 (89.53)	6 (6.97)	3 (3.48)	2.68	0.21	มาก
5. ระบบควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ระบบเอกสาร ระบบออนไลน์ มีความสะดวกและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	59 (68.60)	24 (27.90)	3 (3.48)	2.05	0.67	ปานกลาง
<b>2) ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>						
1. รูปแบบการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ใช้อ้อยถูกต้องตามมาตรฐาน	61 (70.93)	20 (23.25)	5 (5.81)	2.12	1.89	ปานกลาง
2. การคัดแยกและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามมาตรฐาน	67 (77.90)	15 (17.44)	4 (4.65)	2.33	1.07	ปานกลาง
3. การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังที่พักมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามมาตรฐาน	66 (76.74)	16 (18.60)	4 (4.65)	2.32	1.92	ปานกลาง
4. ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยังโรงพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐาน	63 (73.25)	11 (12.79)	12 (13.95)	1.99	2.01	ปานกลาง

ตารางที่ 6 (ต่อ)

มาตรฐาน (n=86)	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความคิดเห็น			$\bar{x}$	S.D.	แปลค่า
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
5. พนักงาน/เจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่ขนส่ง มูลฝอยติดเชื้อมีการสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตาม มาตรฐาน	63 (73.25)	15 (17.44)	8 (9.30)	2.05	1.67	ปาน กลาง
6. การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปยัง โรงพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีความ เหมาะสม	63 (73.25)	15 (17.44)	8 (9.30)	2.05	1.67	ปาน กลาง
7. สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ(เตาเผา มูลฝอยติดเชื้อ) ที่ให้บริการอยู่ปัจจุบัน ถูกต้องตามมาตรฐาน	62 (72.09)	15 (17.44)	9 (10.46)	2.03	1.59	ปาน กลาง
<b>3) ด้านค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ</b>						
1. ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมูลฝอย ติดเชื้อมีความเหมาะสมแล้ว	59 (68.60)	22 (25.58)	5 (5.81)	1.84	1.79	ปาน กลาง
2. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้อง เพื่อลดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่จะไป กำจัด	70 (81.39)	12 (13.95)	4 (4.65)	2.44	1.07	มาก
3. รูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ไปยัง โรงพยาบาลที่ช่วยลดภาระงานของ เจ้าหน้าที่ในการนำส่งมูลฝอยติดเชื้อไป กำจัด	68 (79.06)	15 (17.44)	3 (3.48)	2.37	1.58	ปาน กลาง
4. รูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ไป ยังโรงพยาบาลที่ช่วยทำให้เกิดการใช้ ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า เช่น รถ ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการขนส่งมูลฝอย ติดเชื้อ	67 (77.90)	15 (17.44)	4 (4.65)	2.33	1.21	ปาน กลาง
5. รูปแบบการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ไป ยังโรงพยาบาลที่ช่วยประหยัด งบประมาณ	68 (79.06)	14 (16.27)	4 (4.65)	2.38	1.57	ปาน กลาง

## 5. สรุปและอภิปรายผล

1) การบริหารจัดการยังไม่เป็นตามมาตรฐานกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ที่กำหนด ทั้งด้านการเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐานที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100.0 แต่ผ่านการอบรมเพียงร้อยละ 81.39 และระยะเวลาการส่งไปกำจัดอยู่ระหว่าง 6-7 วัน (ร้อยละ 79.06) ระยะเวลาในการส่งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลมีความเสี่ยง เนื่องจากระยะเวลาที่มูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดจะต้องส่งไปกำจัด จะต้องใช้เวลาไม่เกิน 7 วัน หากเกินตามเวลาที่กำหนด ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ ตามมาตรฐานในกรณีที่เกิดกับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไว้เกิน 7 วัน ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่านั้นได้<sup>(3)</sup> รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นของเหลว และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 66.27) มีวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยที่ต้องทำแผล ผู้ป่วยล้างไต ผู้ป่วยที่ต้องฉีดยาอินซูลินหรือบ้านที่มีมูลฝอยติดเชื้อโดยญาติผู้ป่วย ซึ่งประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ยังไม่มีความรู้และเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อาจจะมาจากเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อโดยบุคคลดังกล่าวต้องผ่านการฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสูตรและระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด<sup>(3)</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล<sup>(10)</sup> พบว่าผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเคยรับการอบรมแล้วแต่ยังมีบางส่วนที่ไม่เคยได้รับการอบรมจึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวขาดความตระหนักในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล รวมทั้งการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและไม่คมยังไม่ได้ตามมาตรฐานเช่นกันกับงานวิจัยของเชมจิรา สายวงศ์เปี้ย<sup>(10)</sup> ที่พบทุกแห่งมีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป ณ แหล่งกำเนิดโดยมูลฝอยทั่วไปใส่ถุงดำ มูลฝอยติดเชื้อใส่ถุงแดงและมูลฝอยติดเชื้อมีคมแยกใส่ภาชนะเฉพาะ ทั้งนี้ทุกแห่งมีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ และยังไม่มีการขนมูลฝอยในการเก็บรวบรวม และการขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดไม่ควรเกิน 7 วัน แต่การศึกษานี้พบว่ามีการพักรวมมูลฝอยติดเชื้อไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนที่จะขนส่งไปที่อาคารพักรวมมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลชุมชน ใช้เวลา 7 วัน เช่นเดียวกับจรินทร์ทิพย์ ชมชายผล<sup>(10)</sup> ที่พบว่า มีรถของโรงพยาบาลแม่ข่ายมาเคลื่อนย้ายไปที่พักรวมของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกำจัดรวมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้าย ซึ่งตามมาตรฐานในกรณีที่เกิดกับภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไว้เกิน 7 วัน ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อต้องสามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ที่ 10 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่านั้นได้<sup>(3)</sup>

2) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมและเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลตามกำหนดเพียงร้อยละ 86.04 และการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานขนส่งมูลฝอยติดเชื้อมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือยางหนา ผ้าขี้ผึ้งปิดจมูก หน้ากากอนามัย (Mask) ขณะปฏิบัติงานครบตามที่กำหนด ร้อยละ 76.74 ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลครบตามที่กำหนดแต่ก็ยังไม่ครบร้อยละ 100.00 เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของสุนันท์ ภูประเสริฐ<sup>(12)</sup> ที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ สวมถุงมือยางหนา ผ้าปิดปากปิดจมูก ผ้ากันเปื้อน ร้อยละ 40 สวมถุงมือยางหนา และผ้าปิดปากปิดจมูก ร้อยละ 26.67 ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 20 ส่วนการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อระหว่างวัสดุมีคมและไม่คม ผลกระทบต่อสุขภาพหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอย

ติดเชื่อหากไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งขณะปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของนางวาทีณี แจ่มใส<sup>(12)</sup> ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับจัดการมูลฝอยติดเชื่อ ส่วนใหญ่เคยได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากการรวบรวมมูลฝอยติดเชื่อจากการถูกเข็มหรือของมีคมที่คมตำ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ปฏิบัติงานต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลได้แก่ ถุงมือยางหนาผ้ากัน เปื้อน ผ้าปิดปาก ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานและถ้าในการปฏิบัติงาน ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งไปสัมผัสกับมูลฝอยติดเชื่อ ให้ผู้ปฏิบัติงานต้องทำความสะอาดร่างกายหรือ ส่วนที่อาจสัมผัสมูลฝอยติดเชื่อโดยทันที<sup>(3)</sup> และการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อส่วนใหญ่ใช้รถขนส่งมูลฝอยติดเชื่อของโรงพยาบาลชุมชนมารับมูลฝอยติดเชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับงานวิจัยของ และจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหารส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ารถขนย้ายมูลฝอยติดเชื่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดต่างจากงานวิจัยของจรินทร์ทิพย์ ชมชายผล<sup>(10)</sup> ที่พบว่าทุกแห่งมีการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อไปสถานที่กำจัดภายนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการจัดจ้างเอกชนขนส่งมูลฝอยติดเชื่อไปกำจัด ซึ่งยานพาหนะในการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อของเอกชน เป็นรถยนต์มีลักษณะตัวถังปิดทึบ บุด้วยวัสดุที่ทนทาน ทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม แต่ไม่มีข้อความสีแดง “ใช้เฉพาะขนมูลฝอยติดเชื่อ” ที่ภายนอกตัวถังทั้ง 2 ด้าน และภายในตัวถังไม่มีการควบคุมอุณหภูมิ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 องศาเซลเซียส แต่การศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการซื้อรถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อเองแตกต่างงานวิจัยของจรินทร์ทิพย์ ชมชายผล<sup>(8)</sup> ที่พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

3) การศึกษานี้ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการก่อสร้างที่พักรวมมูลฝอยติดเชื่อ ซึ่งตามมาตรฐานกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ พ.ศ.2545 ระบุว่าสถานบริการการสาธารณสุขดังต่อไปนี้จะไม่จัดให้มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื่อตามก็ได้ แต่ต้องจัดให้มีบริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื่อไว้เป็นการเฉพาะ (1) สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (2) สถานพยาบาลสัตว์ประเภทที่ไม่มีที่พักรักษาผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือประเภทที่มีที่พักรักษาผู้ป่วย ไว้ค้างคืนตามชนิดและจำนวนไม่เกินที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา (3) สถานที่ที่อาจมีมูลฝอยติดเชื่อตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศใน ราชกิจจานุเบกษาบริเวณที่พักรวมมูลฝอยติดเชื่อตามวรรคหนึ่งให้มีลักษณะตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา<sup>(3)</sup>

4) ด้านการบริหารจัดการ พบว่า รถขนส่งมูลฝอยติดเชื่อยังไม่ผ่านตามมาตรฐานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื่อได้ ข้อมูลจากคู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื่อ<sup>(3)</sup> ความต้องการของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากข้อเสนอแนะ คือ ต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ พบว่า ยังไม่มีการบูรณาการความร่วมมือเชิงพื้นที่ในการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื่อให้ได้ตามมาตรฐานและเสนอให้กรมอนามัย สนับสนุนด้านวิชาการ เช่น จัดอบรมความรู้และทักษะในการจัดการมูลฝอยติดเชื่อแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนให้เป็นตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ พ.ศ.2545 กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข<sup>(3)</sup> และงานวิจัยของรติรส ตะโกพร<sup>(13)</sup> กล่าวว่าพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่อในบ้านเรือนภาพรวมของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินและผู้ป่วยโรคไตที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 ทักษะต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.7 และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื่ออยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 53.5 จากที่กล่าวมา นอกจากผู้ปฏิบัติหรือผู้ที่สัมผัสมูลฝอยติดเชื่อจะต้องได้รับการอบรมทุกคนในด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื่อ



ดังนั้นในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือว่าเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ระบุไว้ตามกฎหมายว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545<sup>(3)</sup> ที่จะต้องมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน และบุคลากรที่รับผิดชอบงานโดยตรงมากที่สุด คือ พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล<sup>(14)</sup>

## 6. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารระดับพื้นที่ควรปรับปรุงมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น มาตรฐานรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คำแนะนำในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน เป็นต้น เพื่อใช้กำหนดนโยบาย/วางแผนควบคุมกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและการบริหารควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) ควรมีการวางแผนที่จะดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาในภาพคลอบ. ให้ได้ตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดในประเด็นรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อทั้งของเอกชนที่เข้าดำเนินการและรถของส่วนราชการ

3) พัฒนาศักยภาพของผู้เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อและผู้สัมผัสมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ญาติผู้ดูแลในการจัดการให้ได้ตามมาตรฐานกฎหมายกำหนด

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติงาน

1) จัดทำมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เช่น มาตรฐานรถขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ คำแนะนำในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชน กำหนดระยะเวลาในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อส่งโรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 3 วัน เป็นต้น เพื่อใช้ในการดำเนินงานและกำกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

2) จัดทำโครงการเพื่อสนับสนุนด้านการจัดการบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะการขนส่งและเตาเผาขยะที่ชำรุดหรือใช้งานไม่ได้ให้มาใช้งานได้เพื่อลดการขนส่งไปกำจัดแหล่งอื่น

3) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องทุกปี

4) การพัฒนาระบบการกำกับติดตามหรือ Application ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อเป็นการจัดทำฐานข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และเป็นการป้องกันการลักลอบทิ้งมูลฝอยติดเชื้อที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม

### ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับผู้บริหารเชิงนโยบายของจังหวัด และการวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข

2) ศึกษาพฤติกรรมและความรู้ของผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เพื่อจะได้วางแผนในการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ

## 7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.พิจิตรการพิมพ์ จำกัด. 2553:5.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2563. 2563;19-20,26.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. แนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานการจัดการขยะติดเชื้อ (ฉบับปรับปรุง). 2559;1-4,26,24-29.

4. กรมควบคุมมลพิษ. แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559–2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ บริษัท แอคทีฟพริ้นท์ จำกัด. 2559;16.
5. กรมอนามัย. เอกสารการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย. 2561; 31-32.
6. ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. รายงานการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2563-2564.
7. มารยาท โยทองยศ และ ผศ.ปราณี สวัสดิ์สรพร. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม.
8. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.
9. จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล. การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนราชการท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;41:185:194-196.
10. เขมจิรา สายวงศ์เปี้ย. การศึกษารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในจังหวัดลำปาง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2559;31
11. สุขนัม ภูประเสริฐ. การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอด่านช้าง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2560;38.
12. นางวาทีณี แจ่มใส. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล บ้านไผ่ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น. 2552;3.
13. รติรส ตะโกพร. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในบ้านเรือน กรณีศึกษาอำเภोजอมบึง จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2558;77.
14. กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. พ.ศ.2563;9.

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

สาริตา สืบจากดี<sup>1\*</sup>  
รุจิพัชญ์ เพ็ชรสินเดชากุล<sup>2</sup>

(วันที่รับบทความ 23 กันยายน 2567, วันแก้ไขบทความ 7 ตุลาคม 2567, วันตอบรับบทความ 9 ตุลาคม 2567)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 42 คน ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 2 ประเมินปัญหาอุปสรรคและวางแผนแก้ปัญหา ครั้งที่ 3 ติดตามภาวะโภชนาการและความร่วมมือการกินยาเสริมธาตุ และครั้งที่ 4 ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) และความเชื่อมั่น (reliability) จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.82 2) แบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.78 และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรม เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม และร้อยละความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.67 คะแนน (95%CI 1.34-5.10; p-value 0.002) พฤติกรรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.37 คะแนน (95%CI 0.22-0.52; p-value <0.001) และร้อยละความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.57 (95%CI 2.76-4.38; p-value <0.001)

สรุปผลการศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ควรได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

<sup>1, 2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

\* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: sarisayum@gmail.com

## Research Article

# The Effects of a self-care Literacy Promotion Program for Pregnant Women with Iron-Deficiency Anemia attending Antenatal Care at the Health Promotion Hospital, Regional Health Center 3

Sarisa Suabjakdee<sup>1\*</sup>

Rujiphatch Phetsindechaku<sup>2</sup>

(Received: September 23 2024; Revised: October 7 2024; Accepted: October 9 2024)

### Abstract

This quasi-experimental study, utilizing a single-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effects of a health literacy self-care promotion program for pregnant women with iron-deficiency anemia who received antenatal care at the Health Promotion Hospital, Regional Health Center 3. The participants were 42 pregnant women with iron-deficiency anemia enrolled in a 12-week program consisting of four sessions: 1) Establishing relationships and enhancing health literacy, 2) Assessing barriers to self-care and planning solutions, 3) Monitoring nutritional status and adherence to iron supplementation, and 4) Evaluating self-care behaviors. Data were collected using questionnaires that were evaluated for content validity using the Index of Item - Objective Congruence (IOC) and reliability using Cronbach's alpha coefficient, as follows: 1) Health literacy questionnaire = 0.82, 2) Knowledge questionnaire = 0.78, and 3) Behavior questionnaire = 0.92. The data were analyzed using the Paired Sample t-test.

The results indicated that after participating in the program, the sample group exhibited: a statistically significant increase in health literacy scores by 3.67 points (95% CI: 1.34-5.10; p-value = 0.002), a significant improvement in self-care behavior scores by 0.37 points (95% CI: 0.22-0.52; p-value < 0.001), and a significant increase in mean hematocrit levels (Hct) by 3.57 (95% CI: 2.76-4.38; p-value < 0.001).

Conclusion: Pregnant women with iron-deficiency anemia should receive health literacy promotion and knowledge regarding self-care practices to prevent anemia, which can lead to improved self-care behaviors and a reduction in iron-deficiency anemia.

**Keywords:** Health literacy, Pregnant women, Iron deficiency anemia.

<sup>1, 2, 3</sup> Registered Nurse, Health Promotion Hospital, Regional Health Center 3 Nakhonsawan

\* Corresponding Author Email: sarisayum@gmail.com

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุที่พบบ่อยมีดังนี้ 1) เกิดจากการสร้างไม่พอ ได้แก่ การขาดสารอาหารที่สำคัญ คือ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ความผิดปกติของไขกระดูก (Aplastic anemia) กัดการทำงานของไขกระดูก ระดับ erythropoietin ต่ำ ภาวะพร่องไทรอยด์ (Hypothyroidism) 2) สาเหตุจากการทำลายเม็ดเลือดมาก ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม ธาลัสซีเมีย Sickle cell anemia autoimmune hemolytic anemia, SLE, Thrombocytopenic purpura, Hemolytic uremic syndrome การติดเชื้อ การตกเลือดก่อนคลอดรวมถึงการเสียเลือดเรื้อรัง<sup>(1-3)</sup> การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอต่อความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ<sup>(4)</sup> ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์<sup>(1, 2)</sup> ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ ทำให้มีภาวะเหนื่อยง่าย หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม ความทนต่อการสูญเสียเลือดในระหว่างคลอดลดลง รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ง่าย เช่น เกิดการติดเชื้อ การหายของแผลผ่าตัดหรือแผลฝีเย็บเข้า เกิดภาวะซีดเศร้าหลังคลอด เป็นต้น<sup>(5)</sup> ส่วนผลกระทบต่อทารกคือ ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าปกติ หรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดอาการตัวเหลือง และการติดเชื้อได้ง่าย จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มีระดับ Hb <9 g/dl มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ 2-3 เท่า (Small for gestational age: SGA)<sup>(6)</sup> และยังพบว่าเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด รวมถึงการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย<sup>(1, 2, 7)</sup>

จากรายงานสถานการณ์ของภาวะโลหิตจางของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลกพบอัตราความชุกทั่วโลกในประเทศพัฒนาแล้วร้อยละ 18 ในประเทศที่กำลังพัฒนาร้อยละ 56<sup>(1)</sup> จากการสำรวจในประเทศไทย ปี 2565 พบความชุกร้อยละ 36.7<sup>(8)</sup> และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีแนวโน้มของภาวะโลหิตจางสูงขึ้นร้อยละ 14.3, 14.7 และ 15.6 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14) ส่วนข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564-2566<sup>(9)</sup> ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 13.2, 13.6 และ 15.5 ตามลำดับ สำหรับภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 12.5, 10.5 และ 10.2 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าไม่เกินค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่จากการติดตามภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์จากการเจาะเลือดครั้งที่ 2 ระหว่างอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ พบภาวะโลหิตจางสูงขึ้น เป็นร้อยละ 15.7, 21.2 และ 22.5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก

ผู้ให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นการให้ความสำคัญในการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญ โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเข้าใจและยอมรับว่าตนเองมีความสามารถ ที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ส่งผลดีต่อตนเองและทารกในครรภ์ ได้เน้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ยาเสริมธาตุเหล็กทุกวันมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับฮีโมโกลบินของหญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอดรวมถึงลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในขณะคลอด<sup>(10)</sup> และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มที่ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี มีค่าฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น<sup>(11)</sup> ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการให้บริการยาเสริมธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย แต่ก็ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์รับประทานยาไม่ถูกวิธี หรือไม่สม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ ผลข้างเคียงและรสชาติของยาเสริมธาตุเหล็กทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงพอใจที่จะรับประทานยา<sup>(12)</sup> รวมถึงในการให้บริการและพัฒนาโปรแกรม



ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ พบปัจจัยก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรม ความเชื่อในการบริโภคอาหารและโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคเลือด การเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากโรคพยาธิปากขอ แผลในกระเพาะอาหาร มีประจำเดือนมาก เป็นต้น ในส่วนปัจจัยขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบไหลเวียนโลหิตของหญิงตั้งครรภ์เอง นอกจากนี้ยังพบว่า การตั้งครรภ์แฝด และการฝากครรภ์ล่าช้า ในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากมีอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก<sup>(3)</sup> การตั้งครรรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ผ่านการคลอดมากกว่า 1 ครั้ง ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้การมีเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมก็ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางด้วยเช่นกัน<sup>(12, 13)</sup>

ความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam<sup>(14)</sup> เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่มีพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางลบ และนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(15, 16)</sup> ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านจิตสังคม และด้านสุขภาพร่างกายส่งผลให้มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ขาดการแสวงหาความรู้หรือเข้าถึงแหล่งความรู้เพื่อดูแลตนเอง ไม่กล้าปรึกษาบุคลากรสุขภาพเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และไม่รับรู้ต่อภาวะเสี่ยงของโรค ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญรับประทานยาที่มีธาตุเหล็ก<sup>(17)</sup>

จากข้อมูลข้างต้น เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้มีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อสร้างรูปแบบหรือกลวิธีต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปขยายผลป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์รายอื่นต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

### 3. สมมุติฐานงานวิจัย

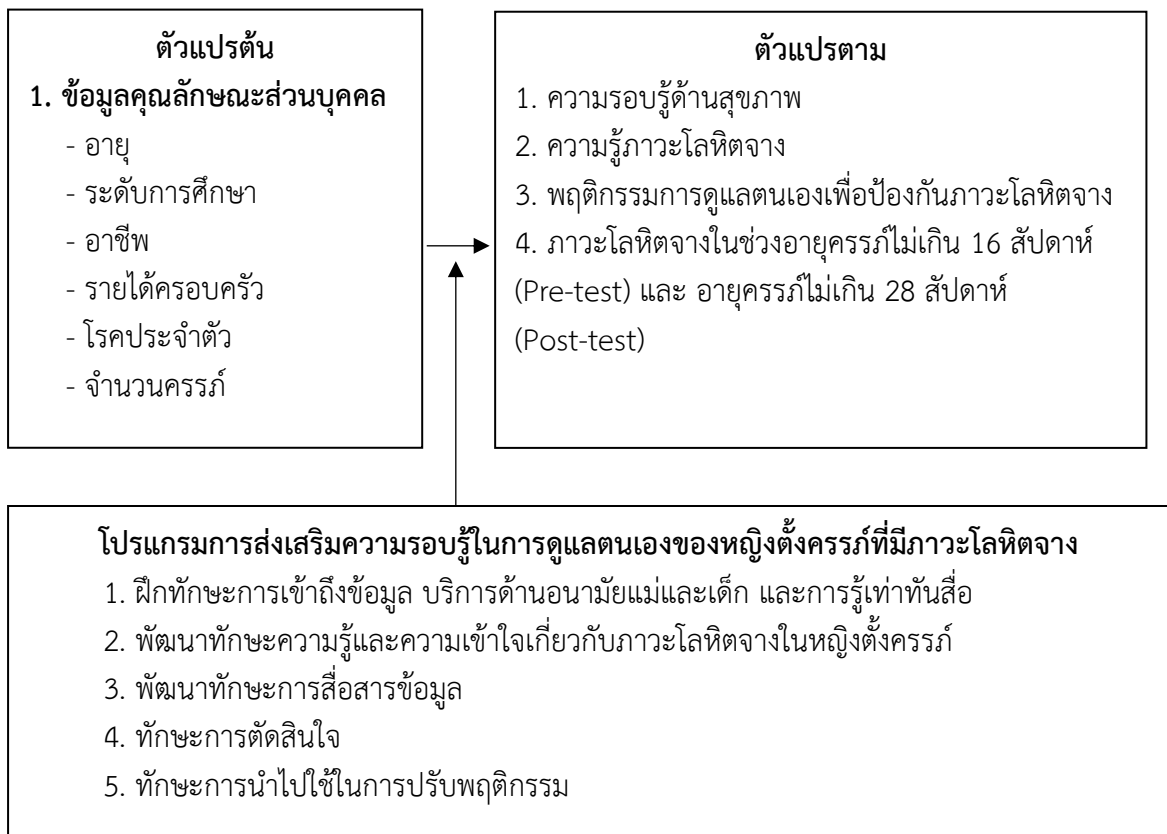
1. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. คะแนนความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ค่าความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย



### 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

#### 5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pre-post test) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

## 5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์จำนวน 347 ราย ที่มารับฝากครรภ์ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

## 5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน อ้างอิงความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของผลต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาเรื่องผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์<sup>(17)</sup> จากสูตร

$$n = \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

$Z_{\alpha}$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ระดับ 0.05 = 1.96

$Z_{\beta}$  = อำนาจการทดสอบ = 0.84

$\mu_d$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง = 0.65<sup>(17)</sup>

$\sigma_d^2$  = ความแปรปรวน = 2.8224<sup>(17)</sup>

แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 53 คน และผ่านตามเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัคร จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.25

## 5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

จัดทำบัญชีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กำหนดรหัส และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

### 5.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์ มีความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) น้อยกว่าร้อยละ 33 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

- ผลประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ในกลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงสูง (Low Risk)

- สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนหนังสือได้ และ ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ครบตามโปรแกรมกำหนด ครบทั้ง 4 ครั้ง

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียจากโลหิตจางทางพันธุกรรม

- ตรวจพบโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เช่น มีภาวะแท้ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) ตั้งครรภ์ทารกแฝด ติดสารเสพติด โลหิตจางจากพยาธิปากขอ

#### เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรม มีภาวะแท้งบุตร หรือส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพแห่งอื่น สามารถออกจากการเป็นอาสาสมัครได้ทันที

## 5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open-ended) ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว/ โรคทางพันธุกรรม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 6 ข้อ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ การตัดสินใจจำนวน 4 ข้อ และนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเองจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนข้อคำถาม
เป็นจริงมากที่สุด	4
เป็นจริงมาก	3
เป็นจริงน้อย	2
เป็นจริงน้อยที่สุด	1

การแบ่งระดับของความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยการหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้น (Class interval) และแบ่งตามอันตรภาคชั้น คะแนนระหว่าง 24-96 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน 24-48 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 49-72 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 73-96 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในระดับสูง

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 10 ข้อ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ วาสนา พุฒช่อ<sup>(18)</sup> ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นลักษณะแบบสอบถาม ให้เลือกคำตอบ ใช่ ไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล ดังนี้ คำตอบที่ถูก ได้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิด ได้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom<sup>(19)</sup> ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 – 100	มีความรู้ในระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60 – 79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	มีความรู้ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 8 ข้อที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ วาสนา พุฒช่อ<sup>(18)</sup> เป็นลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลแบบ

อันตรภาคชั้น (Interval scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติน้อย และไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 4	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ระดับ 3	หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ระดับ 2	หมายถึง	ปฏิบัติน้อย
ระดับ 1	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ

โดยการแปลผลค่าคะแนนโดยคำนวณหาช่วงการวัดของ Best<sup>(20)</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง
-------------	----------------------------

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 2.99 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.00 – 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

5. แบบบันทึกผลการตรวจความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ในไตรมาสที่ 1 และ 3 ของการตั้งครรภ์

### 5.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม 1 ท่าน และนักวิชาการที่มีประสบการณ์ด้านงานอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างข้อสอบแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (IOC : Index of Item Objective Congruence) เกินครึ่งของคะแนนเต็ม และนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำมาทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach' s alpha coefficient) 1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.82 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เท่ากับ 0.78 และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.92

### 5.7 ขั้นตอนการดำเนินการ/ควบคุมการวิจัย

ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ จำนวนการเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

**ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1** (หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัย มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก) ระยะเวลาทำกิจกรรม 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ แจ้งความประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย การทำแบบสอบถาม และชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มไลน์ “มหัศจรรย์ 1,000 วัน” เพื่อเป็นช่องทางใช้ในการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งข้อมูลความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในการดูแลตนเองให้แก่หญิงตั้งครรภ์ หรือสอบถามข้อมูลต่างๆ

4. กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางซึ่งประกอบด้วย



4.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก: ให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง โดยสอนการค้นข้อมูลใน อินเทอร์เน็ตที่เป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้

4.2 สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนัก และดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

- ให้หญิงตั้งครรภ์ดูวิดีโอทัศน์ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ สรุปเนื้อหาและทวนสอบความรู้ที่ได้รับโดยพยาบาลฝากครรภ์

- ส่งพบนักโภชนาการให้คำแนะนำรายบุคคลในการให้ความรู้การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริม/ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก

- ส่งพบเภสัชกรรายบุคคลในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องเหมาะสม

4.3 โดยทบทวนความรู้ความเข้าใจ โดยใช้ทักษะ Teach me back

4.4 ทักษะในการตัดสินใจ ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง การวางแผนแก้ไขปัญหารวมถึงกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง

4.5 ทักษะการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในขณะตั้งครรภ์ ในเรื่องโภชนาการและการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

**ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2** (นัดฝากครรภ์ ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์) ระยะเวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง 30 นาที

มีการทวนสอบความรู้ ความเข้าใจ ถึงผลกระทบภาวะโลหิตจางต่อมารดาและทารกในครรภ์ ในรายที่ตอบคำถามไม่ได้มีการให้ข้อมูลซ้ำ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลฝากครรภ์

- ส่งพบแผนกโภชนาการประเมินติดตามภาวะโภชนาการ และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

- ส่งพบเภสัชกรการประเมินติดตามความร่วมมือการรับประทานยาเสริมธาตุ และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

- ประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและวางแผนแก้ปัญหาโดยผู้วิจัย

**ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3** (นัดฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์) ระยะเวลาทำกิจกรรม 1 ชั่วโมง

1. ประเมินติดตามภาวะโภชนาการ และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

2. ประเมินติดตามความร่วมมือการกินยาเสริมธาตุ และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

3. ประเมินปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและวางแผนแก้ปัญหา

**ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4** (นัดฝากครรภ์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์) ระยะเวลาทำกิจกรรม 30 นาที

1. ติดตามประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตัว

2. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)

## 5.8 การรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ เก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

2. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ขณะทำการเก็บข้อมูลจัดสถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และมีสมาธิในการให้ข้อมูล ซึ่งจะเป็นการทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเป็นจริง และผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่อให้ผู้รับบริการสอบถามเมื่อไม่เข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้รับบริการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ให้ใส่แบบสอบถามลงในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ เพื่อลดความลำเอียงทางด้านข้อมูล (Information bias)

4. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

### 5.9 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรายครั้งด้วยสถิติ Paired Sample t-test

## 6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 วันที่พิจารณารับรอง 7 พฤษภาคม 2567 รหัสโครงการ ID-03-67-03-F

## 7. ผลการวิจัย

### 7.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง 42 คน อายุเฉลี่ย 27.81 ปี (S.D.= 4.82) อายุระหว่าง 19 - 36 ปี ไม่มีคูที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยก ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และอนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมา 20,000 บาทขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ตามลำดับ และจำนวนการตั้งครรภ์ (ครรภ์ที่แท้งด้วย) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมา 2 ครั้ง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 (n=42)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 27.81 (4.82)		
อายุน้อยสุด-อายุสูงสุด = 19-36		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>			
	คู่/ สมรส	42	100
	หม้าย/ หย่า/ แยก	0	0
<b>ระดับการศึกษา</b>			
	มัธยมศึกษา	12	28.57
	อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	10	23.81
	ปริญญาตรีขึ้นไป	20	47.62
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน</b>			
	น้อยกว่า 10,000 บาท	10	23.81
	10,000 – 20,000 บาท	18	42.86
	20,000 บาทขึ้นไป	14	33.33
<b>จำนวนการตั้งครรภ์ (ครรภ์ที่แท้งด้วย)</b>			
	1 ครั้ง	24	57.14
	2 ครั้ง	12	28.57
	3 ครั้งขึ้นไป	6	14.29

## 7.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

กลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองในระดับสูงจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองในระดับสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 34 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.67 คะแนน (95%CI 1.34-5.10; P-value 0.002) ด้านความรู้ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมมีความรู้สูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 42 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.95 คะแนน (95%CI -0.97-2.88; P-value 0.323) และด้านพฤติกรรม พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับดีมากเท่าเดิม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.37 คะแนน (95%CI 0.22-0.52; p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 (n=42)

ปัจจัย	ก่อน	หลัง	Mean dif.**	t	95%CI	P-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>						
ระดับปานกลาง	10 (23.81)	8 (19.05)				
ระดับสูง	30 (76.19)	34 (80.95)				
คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	81.52 (8.31)	85.19 (9.94)	3.67	3.18	1.34-5.10	0.002*
<b>ความรู้</b>						
ระดับปานกลาง	6 (14.29)	0 (0)				
ระดับสูง	36 (85.71)	42 (100)				
คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	79.52 (0.11)	80.48 (0.33)	0.95	1.00	-0.97-2.88	0.323
<b>พฤติกรรม</b>						
ระดับปานกลาง	0 (0)	0 (0)				
ระดับมาก	42 (100)	42 (42)				
คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	3.33 (0.430)	3.70 (0.33)	0.37	5.06	0.22-0.52	<0.001*

\* = นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

\*\* = ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

### 7.3 การเปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct)

การเปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 42 คน มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ร้อยละ 30.57 (S.D.=1.31) หลังสิ้นสุดโปรแกรมที่มีภาวะโลหิตจางลดลงเหลือจำนวน 12 คน มีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ร้อยละ 34.14 (S.D.= 2.32) เมื่อนำค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) มาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น (Hematocrit: Hct) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.57 (95%CI 2.76-4.38; P-value <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=42)

Hct	HCT < 33% จำนวน (%)	Mean (SD)	Mean dif.**	t	95% CI	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	42 (100)	30.57 (1.31)				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12 (23.81)	34.14 (2.32)	3.57	8.88	2.76-4.38	<0.001*

\* = นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

\*\* = ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

## 8. สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดน้อยลง และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง มีทักษะการสื่อสารข้อมูล ตัดสินใจและนำไปปฏิบัติตนได้ดียิ่งขึ้น<sup>(14)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ในประเทศไทย เช่นการศึกษาของมกรารัตน์ หวังเจริญและคณะ<sup>(17)</sup> และวาสนา พุดช่อ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถเพิ่มระดับความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ ที่พบอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(14, 15)</sup> ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนาส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ เข้าถึงบริการ มีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถตัดสินใจดูแลโภชนาการและรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี เพื่อเพิ่มความเข้มข้นเลือด<sup>(11)</sup> และลดความเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในขณะคลอด<sup>(10)</sup>

ด้านความรู้ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้น แต่เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาจะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เดิมค่อนข้างสูงทั้งเรื่องการรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็ก ยาเสริมธาตุเหล็กและการหลีกเลี่ยงสารอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น การดื่มชา กาแฟ หรือการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูงในระหว่างมื้ออาหารอาจลดการดูดซึมธาตุเหล็กในร่างกายได้<sup>(21, 22)</sup> เพราะการให้ความรู้นี้เป็นกลยุทธ์ที่แนะนำในการให้ความรู้อย่างแพร่หลายอยู่แล้วที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรู้เพื่อป้องกันโรคโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จึงมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทย เช่นการศึกษาของมุก อิงคประเสริฐและคณะ<sup>(16)</sup> พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 95.8 ไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 4.2 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 32 แตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในต่างประเทศ ของ Nurun Ayati Khasanah และคณะ ในประเทศอินโดนีเซียพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจโรคโลหิตจางเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50<sup>(23)</sup> และการศึกษาของ Susilia Idyawatic และคณะ<sup>(24)</sup> พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ดีขึ้นจากร้อยละ 65 เป็นร้อยละ 80 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเช่นกัน

ด้านพฤติกรรม พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับดีมากเท่าเดิม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองมาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญที่ควรปฏิบัติ ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กสม่ำเสมอ<sup>(21)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ของมุก อิงคประเสริฐและคณะ<sup>(16)</sup> ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาและยาเสริมธาตุเหล็กกลุ่มทดลอง มีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.8 มีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 4 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 32 คะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 4.2 และมี



คะแนนลดลง ร้อยละ 20 และการเปลี่ยนแปลงคะแนนระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001)

จากโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ ที่ได้นำกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางและพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้สามารถลดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ได้ จาก 42 คน เหลือเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และเมื่อเปรียบเทียบความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น (Hematocrit: Hct) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมที่มุ่งเน้นในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของวาสนา พุ่มช่อ<sup>(18)</sup> พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง มีค่าความเข้มข้นเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 30.79 (S.D.=1.76) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าความเข้มข้นเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 33.74 (S.D.=1.60) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) และการศึกษาของ มกรรัตน์ หวังเจริญและคณะ<sup>(17)</sup> พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือด (Hematocrit: Hct) ก่อน-หลังในกลุ่มทดลองสามารถคงระดับของความเข้มข้นเลือดและมีแนวโน้มที่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 จึงเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้ดีขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลง

## 9. ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. การกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อโปรแกรมฯ ควรมีการเพิ่มระบบกำกับและแนวทางส่งเสริมการตัดสินใจกินยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธหรือยังปฏิบัติไม่ได้
2. จากผลการศึกษาที่ยังพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์บางส่วนที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มที่ความเข้มข้นเลือดเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นไม่ถึงเกณฑ์ ควรมีการวิเคราะห์เชิงลึกในกลุ่มดังกล่าวเพื่อพัฒนาแนวทางปรับปรุงโปรแกรมในครั้งต่อไป
3. กิจกรรมของโปรแกรมควรจัดทำคู่มือประกอบการดำเนินงานเพิ่มเติมเพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์แก่พื้นที่อื่นๆ และผู้สนใจต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของ สามี ครอบครัวและชุมชนเพิ่มเติมในบริบทของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงทดลองเพิ่มเติมเรื่องการจัดอาหารที่มีธาตุเหล็กในเมนูสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ในบริบทอาหารท้องถิ่นของพื้นที่ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

## 10. เอกสารอ้างอิง

1. Pratima Verma, Anuradha Roy. Iron Deficiency Anemia (IDA) in Pregnancy : Prevalence and Management. An International Journal of Research in AYUSH and Allied Systems. 2024;17(3):2393-9591.

2. Ali M, Mugheri K, Shaikh A, Bhatti AT, Magsi S, Shaikh S. FETO/Maternal Complications in Iron Deficiency Anemia during Pregnancy and Labor. *Journal of Health and Rehabilitation Research*. 2024;4(1):1204-8.
3. Tongsong T, Wanapirak C. Obstetrics. Placental Thickness at Mid-pregnancy as a Predictor of Hb Bart's Disease. Department of Obstetrics and Gynaecology: Faculty of Medicine. Chiang Mai University; 2021.
4. Juul SE, Derman RJ, Auerbach M. Perinatal iron deficiency: implications for mothers and infants. *National Library of Medicine*. 2019;115(3):269-74.
5. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K, Alden K. *Maternity & women's health care*. USA: Elsevier; 2012.
6. Breyman C. Iron deficiency anemia in pregnancy. *National Library of Medicine*. 2015; 52(4):339-47.
7. Pinchaleaw D. Nurses and management of iron deficiency anemia in pregnant women. *Journal of The Police Nurses*. 2017;9(2):195-202.
8. Mangkalard P, Ruekngarm L, Ponta S. Effects of nutrition counselling on iron deficiency anemia in pregnancy. *Biome Journals*. 2022.
9. DOH DASHBOARD ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระดับเขตสุขภาพ: กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia/index?year=2023>
10. ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, กรรณิการ์ กัณธรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์. การทบทวนอย่างเป็นระบบวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลสาร*. 2561;45(1):61-74.
11. Lutsey PL, Dawe D, Villate E, Valencia S, Lopez O. Iron supplementation compliance among pregnant women in Bicol, Philippines. *Public health nutrition*. 2008;11(1):76-82.
12. Ordenes MAC, Bongga DC. Factors influencing compliance with iron supplementation among pregnant women. *Social Science Diliman*. 2006;3.
13. จิตตระการ ศุภร์ดี, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2559;10(1).
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008;67(12):2072-8.
15. Insiripong W, Insiripong S. Iron deficiency anemia in the tertiary care hospital. *Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Journal*. 2016;38(2):85-90.
16. มุก อิงคประเสริฐ, สมสกุล นีละสมิต. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวแบบออนไลน์ต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*. 2567;7(2):42-54.
17. มกรารัตน์ หวังเจริญ, จีรพรรณ ช่อนกลิ่น, จุราพร สุรมานิต, อภัสรา มาประจักษ์. ผลของโปรแกรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2565;16(3):253-67.

18. วาสนา พุ่มช่อ. ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=248>.
19. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
20. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.; 1977.
21. Soares IM, Araújo ANCR, Pereira N. Strategies for Reducing and Preventing Anemia in Pregnant Women: Systematic Literature Review. Journal of International Multidisciplinary Research. 2024;2(6):740-52.
22. Ramachandran P. Prevention and management of anaemia in pregnancy: Multi-pronged integrated interventions may pay rich dividends. Indian J Med Res. 2021;154(1):12-5.
23. Khasanah NA, Adiasti F, Safitri CA. Pencegahan anemia pada ibu hamil melalui “pedikur” (pendekatan edukasi dan puding kurma) di Desa Wonosari–Ngoro. Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan (Abdimakes). 2024;4(2):87-93.
24. Afrida BR, Aryani NP, Jannati SH, Jannah R. Edukasi dampak anemia pada ibu hamil. Jurnal LENTERA. 2024;4(2):152-7.

จัดทำโดย

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี  
45 หมู่ 4 ถ.สถลมารค ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190  
โทร 045-251267



**กรมอนามัย**  
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

“เส้นทางชีวิตและสุขภาพ”  
**Life Course Approach to Health**

