กรมอนามัย
Department of Health

HEALTH

วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health



ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม- มีนาคม 2569 | Vol. 49 No. 1 January – March 2026

ISSN 3056-9877 (Print) ISSN 3056-9885 (Online)

กรมอนามัย
Department of Health

HEALTH

วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health



ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม- มีนาคม 2569 | **Vol. 49** No. 1 January – March 2026

ISSN 3056-9877 (Print) ISSN 3056-9885 (Online)

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงาน และเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูล ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสร้างเครือข่ายวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์	อธิบดีกรมอนามัย
แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ	รองอธิบดีกรมอนามัย
ดร.นายแพทย์ปองพล วรปาณิ	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	รองอธิบดีกรมอนามัย
นายแพทย์นเรศฤทธิ์ ขัดธะสีมา	รองอธิบดีกรมอนามัย

กองบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

บรรณาธิการ	นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
บรรณาธิการรอง	ทันตแพทย์หญิงวรางคนา เวชวิธี	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)
กองบรรณาธิการ	นางนันทา อ่วมกุล	ที่ปรึกษากรมอนามัย
	นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์	ที่ปรึกษากรมอนามัย
	นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
	ดร.วิมล บ้านพวน	ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ)
	ศาสตราจารย์กิตติคุณสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
	ศาสตราจารย์วงศา เล้าหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์สสิธร เทพตระการพร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา	นักวิชาการอิสระ
	นางสาวนิพรรณพร วรมงคล	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ)
	นางนภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล	ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
	นายบุญฤทธิ์ สุขรัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมอนามัย
	นายนิธิรัตน์ บุญตานนท์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ กรมอนามัย

คณะทำงานจัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นางสาวปิยาพัชร ชูชัยมังคลา	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย
นางสาววรินทร์ทิพย์ สันทัด	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย
นายปรัชญา ด่านกลาง	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย
นางสาวธันญาภรณ์ พิบูลย์พล	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

ติดต่อวารสาร โทร. 0-2590-4228 E-mail : Jhealth.doh@gmail.com

ที่อยู่ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย อาคาร 1 ชั้น 3
88/22 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
เว็บไซต์ https://km.anamai.moph.go.th/th/health2568

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 4 ครั้ง (มกราคม-มีนาคม, เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)

คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ยินดีรับบทความวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทวิทยาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุป ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ หากมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ให้ระบุเพียงสังกัดเดียว

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

บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

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

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

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่ตัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ใช้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก

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

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

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

2.กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมลโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536;51:39-43.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

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

2.ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2534.

รูปแบบอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

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

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

3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบมีดังนี้

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

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

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

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

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

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1.Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug ce in the general population: 'gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/ doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่นๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

บทความในหนังสือพิมพ์

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

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

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 (21.6X27.9 ซม.) ตัวอักษรขนาด 16 พอยต์

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ .jpg ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600x800 pixels หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด ระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล์ พร้อมหนังสือนำส่ง ถึงบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่งบทความออนไลน์ที่ https://thaidj.org/index.php/tjha/index

4.4 แนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโครงการที่ส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน คณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณา
จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ได้รับคัดเลือกให้อยู่ในฐานข้อมูล
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai Journal Citation Index Centre : TCI)

Editor's Desk

ปัจจุบันภาวะภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง (Climate Change) และภาวะสงคราม ถือเป็นวิกฤตการณ์ที่ซ้ำซ้อน โดยภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้นจากภาวะโลกร้อน และภาวะสงครามที่กำลังเกิดขึ้นนั้น เป็นภัยคุกคามร่วมกันที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งทางด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม เราสามารถดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม วางแผนการเงิน และติดตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเป็นปัจจุบัน เพื่อเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

วารสาร HEALTH ขอเชิญชวนท่านผู้สนใจ ที่มีผลงานวิจัย หรือมีความประสงค์จะนำเสนอความคิดเห็นและประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถส่งมาที่กองบรรณาธิการเพื่อพิจารณานำลงเผยแพร่ต่อไป



นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

บรรณาธิการ

มีนาคม 2569

สารบัญ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health
ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2569 | **Vol. 49** No. 1 January – March 2026

บทความปริทัศน์

การไม่ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการเลี้ยงสัตว์กับการจำกัดสิทธิเกินสมควรแก่เหตุตามหลักความได้สัดส่วน
สุพจน์ อาลีอุสมาน* 10

บทวิทยาการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
อณัฐชา ลั่นออ*
สาโรจน์ นาคจู 16

พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้บริโภคเครื่องดื่มที่ร้านกาแฟในและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน
มัณฑนา ฉวรรณกุล* ปิยะดา ประเสริฐสม ศันสณี รัชชกูล
อรอรรณีย์ ธารประสิทธิ์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุธี สุขสุเดช 29

การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงกฎหมายและมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร
ธวัชชัย บุญเกิด* นิธิรัตน์ บุญตานนท์
ศุภฤกษ์ สื่อรุ่งเรือง เอกชัย ชัยเดช 41

การศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กต่อความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
บุษยา ผือโย*
ชินวัตร ป่าอ้อย 57

ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็ก อายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี
วสุรัตน์ พลอยล้วน* สุธรรม นันทมงคลชัย
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ สุภาวดี พันธุมาศ 69

การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม ทัศนคติ และผลการตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลตรัง
พชรพรรณ บาลทิพย์* 85

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ
จิราภรณ์ พรหมอินทร์* อนุชาติ สร้อยปัสสา
บัลลังค์ ศรีโฉมงาม 104

พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร
จันทิรา นันทมงคลชัย* ปาริชาต ชราภาหมุด
กรรณิการ์ เจริญจิตร ณิฌารี อิติอินทร์ 121

บทความปริทัศน์

การไม่ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการเลี้ยงสัตว์ กับการจำกัดสิทธิเกินสมควรแก่เหตุตามหลักความได้สัดส่วน

สุพจน์ อาลีอุสมาน*
กองกฎหมาย กรมอนามัย

วันรับ 22 ตุลาคม 2568
วันแก้ไข 3 ธันวาคม 2568
วันตอบรับ 25 ธันวาคม 2568

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งวิเคราะห์ความชอบด้วยกฎหมายมหาชนของคำสั่งทางปกครองที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีคำสั่งไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการเลี้ยงสัตว์ โดยอ้างเหตุว่ามีกลิ่นเหม็นรบกวนซึ่งถือเป็นการก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น แต่กลับละเลยการใช้มาตรการทางปกครองที่จำกัดสิทธิน้อยกว่า เช่น การสั่งให้ปรับปรุงแก้ไข หรือพักใช้ใบอนุญาต สมมติฐานหลักคือ การกระทำดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะขัดต่อหลักความได้สัดส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ประกอบของหลักความจำเป็น (Principle of Necessity) [4] เนื่องจากฝ่ายปกครองเลือกใช้มาตรการที่รุนแรงที่สุดคือ การไม่ต่ออายุใบอนุญาตอันเป็นการจำกัดสิทธิในการประกอบอาชีพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 40 และถือเป็นการจำกัดสิทธิที่เกินสมควรแก่เหตุตามรัฐธรรมนูญฯ มาตรา 26 [2] ทั้งที่ปัญหายังมีทางแก้ไขได้ด้วยมาตรการทางเทคนิคที่รุนแรงน้อยกว่าตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มาตรา 45 [3] นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นว่าคำสั่งดังกล่าวยังอาจขัดต่อหลักนิติธรรมในส่วนของหลักการใช้ดุลพินิจโดยมีขั้นตอนตามลำดับ (Sequential Enforcement) [5] ด้วย บทความนี้เน้นย้ำว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต้องบูรณาการทั้งกลไกการโต้แย้งทางกฎหมาย (การใช้มาตรการบังคับตามลำดับ) และการบริหารความขัดแย้งเชิงนโยบาย เช่น การไกล่เกลี่ยข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและการนำเสนอแผนการปรับปรุงแก้ไขทางเทคนิคที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดฉันทามติในการอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืน [6, 7]

คำสำคัญ: หลักความได้สัดส่วน หลักความจำเป็น หลักนิติธรรม การไม่ต่ออายุใบอนุญาต ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ สิทธิในการประกอบอาชีพ การใช้มาตรการตามลำดับชั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, : supojali@gmail.com

The Non-Renewal of a License to Operate a Livestock Business and Excessive Restriction of Rights under the Principle of Proportionality

Supoj Ali-usman*

Division of Legal Affairs, Department of Health

Abstract

This article analyzes the public law legitimacy of administrative orders issued by local officials refusing to renew licenses for livestock operations on the grounds of offensive odor nuisance. It highlights the oversight of less restrictive administrative measures, such as the issuance of improvement orders or temporary license suspension. The primary hypothesis posits that such actions likely contravene the Principle of Proportionality, particularly regarding the Principle of Necessity. This is because the administrative authority opted for the most severe measure-non-renewal of the license-which restricts the freedom of occupation guaranteed by Section 40 of the Constitution of the Kingdom of Thailand. Such an order constitutes an excessive restriction of rights under Section 26, given that the issue remains remediable through less severe technical measures as prescribed in Section 45 of the Public Health Act B.E. 2535 (1992). Furthermore, the article demonstrates that such orders may violate the Rule of Law regarding the exercise of discretion through Sequential Enforcement. The article concludes that a sustainable resolution requires integrating legal dispute mechanisms-specifically the sequential application of enforcement measures-with policy-based conflict management strategies. These include environmental mediation and the submission of clear technical remediation plans to foster consensus for sustainable coexistence.

Keywords: Principle of Proportionality, Principle of Necessity, Rule of Law, Non-Renewal of License, Livestock Farm, Right to Occupation, Sequential Enforcement, Constitution of the Kingdom of Thailand, Public Health Act B.E. 2535 (1992), Business Hazardous to Health

*Corresponding Author, ✉ :supojali@gmail.com

1. บทนำ

1.1 บริบทของปัญหาและความตึงเครียดทางกฎหมาย

ข้อพิพาทเกี่ยวกับกลิ่นเหม็นจากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ถือเป็นกรณีคลาสสิกของความตึงเครียดทางกฎหมายมหาชนระหว่างสิทธิในการประกอบอาชีพของเอกชน (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 40) กับหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสวัสดิภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน [2, 3] ซึ่งฝ่ายปกครองมักต้องเผชิญกับแรงกดดันในการใช้มาตรการทางปกครอง เพื่อยุติปัญหาความเดือดร้อนรำคาญที่เกิดจากมลพิษมาโดยตลอด เช่น กลิ่นเหม็นจากฟาร์มสุกรหรือฟาร์มไก่ [1] ถึงแม้ว่าการจำกัดสิทธิดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ แต่รัฐธรรมนูญฯ มาตรา 26 ได้วางกลไกควบคุมอำนาจรัฐที่สำคัญที่สุดไว้ คือ การจำกัดสิทธิเสรีภาพต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรมและไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ (หลักความได้สัดส่วน) [2]

กรณีศึกษาที่นำมาวิเคราะห์นี้ มุ่งเน้นไปยังการใช้ดุลพินิจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่ตัดสินใจไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ผู้ประกอบกิจการทันที โดยมีข้อเท็จจริงว่าปัญหาดังกล่าวยังสามารถแก้ไขได้ด้วยมาตรการทางเทคนิค [5] การกระทำที่ข้ามขั้นตอนเช่นนี้ จึงนำมาซึ่งคำถามทางกฎหมายว่าเป็นการใช้ดุลพินิจที่ขัดต่อหลักความได้สัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักความจำเป็นหรือไม่ ซึ่งเป็นประเด็นที่ศาลปกครองให้น้ำหนักอย่างสูงในการพิจารณาความชอบด้วยกฎหมายของคำสั่งทางปกครอง [9]

1.2 วิธีการสืบค้นข้อมูล

บทความนี้ใช้วิธีวิจัยทางเอกสาร (Documentary Research) โดยรวบรวมและวิเคราะห์หลักกฎหมายมหาชนที่เกี่ยวข้อง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535) และแนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุดที่เผยแพร่โดยสำนักงานศาลปกครอง [2, 3, 5, 9] เพื่อนำมาสังเคราะห์และตีความในเชิงหลักการควบคุมอำนาจของฝ่ายปกครอง

2. กรอบทางกฎหมายและการจัดลำดับชั้นของมาตรการบังคับทางปกครอง

2.1 สิทธิในการประกอบอาชีพภายใต้การควบคุมของรัฐ

กิจการเลี้ยงสัตว์จัดเป็น “กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” ที่ต้องถูกควบคุมตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 [3] ทำให้การอนุญาตให้ประกอบกิจการต้องเป็นไปตามเงื่อนไขทางสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แต่การใช้ดุลพินิจเพื่อเพิกถอนหรือไม่ต่ออายุใบอนุญาตนั้น มีความหมายเทียบเท่ากับการตัดสิทธิในการประกอบอาชีพของบุคคลอย่างสิ้นเชิง [9] ทำให้การใช้ดุลพินิจดังกล่าวต้องถูกตรวจสอบภายใต้หลักการสูงสุดของรัฐธรรมนูญฯ มาตรา 26 [2] ด้วย

2.2 หลักการบังคับใช้กฎหมายตามลำดับขั้นของมาตรการ (Sequential Enforcement Principle)

หลักกฎหมายมหาชนกำหนดให้ฝ่ายปกครองต้องใช้มาตรการทางปกครองให้เป็นไปตามลำดับของความรุนแรง [5] มาตรการบังคับตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จึงถูกแบ่งออกเป็นลำดับขั้นอย่างชัดเจน ดังนี้ [3]

ลำดับชั้น/มาตรการ	บทบัญญัติ	ลักษณะและวัตถุประสงค์
ขั้นต่ำ/แก้ไข	มาตรา 45	สั่งให้ผู้ดำเนินกิจการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ถูกต้องภายในเวลาที่กำหนด (มาตรการที่จำกัดสิทธิน้อยที่สุด)
ขั้นกลาง/ลงโทษชั่วคราว	มาตรา 59	สั่งพักใช้ใบอนุญาตภายในเวลาไม่เกินสิบห้าวัน เมื่อผู้รับใบอนุญาตไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือเงื่อนไข
ขั้นสูงสุด/ยุติกิจการ	มาตรา 55, มตรา 60	การไม่ต่ออายุใบอนุญาตหรือการเพิกถอนใบอนุญาต (ใช้เมื่อมาตรการอื่นไม่สามารถใช้การได้ผล)

การที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นข้ามการใช้มาตรการสั่งแก้ไขตามมาตรา 45 ไปสู่การไม่ต่ออายุใบอนุญาตทันที โดยที่ไม่มีข้อพิสูจน์ถึงความล้มเหลวของมาตรการที่รุนแรงน้อยกว่า ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ขัดต่อหลักการบังคับใช้กฎหมายตามลำดับชั้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ดุลพินิจตามหลักนิติธรรม

3. การตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายตามหลักความได้สัดส่วน

การตรวจสอบคำสั่งทางปกครองตามหลักความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality) [4] มุ่งไปที่ความจำเป็นและความสมเหตุสมผลของการจำกัดสิทธิโดยพิจารณาจากสามองค์ประกอบย่อย [9] ดังนี้

3.1 หลักความเหมาะสม (Principle of Suitability)

หลักความเหมาะสมเป็นเกณฑ์ที่ต้องพิจารณาว่ามาตรการทางปกครองที่กำหนดต้องสอดคล้องกับเหตุที่เกิดขึ้นและสามารถบรรลุผลในการคุ้มครองสิทธิตามเจตนารมณ์แห่งกฎหมายนั้นๆ ได้ ดังนั้น คำสั่งไม่ต่ออายุใบอนุญาตเป็นคำสั่งที่ยุติการประกอบกิจการถาวร [3] จึงเป็นมาตรการที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เพื่อระงับเหตุรำคาญและคุ้มครองอนามัยสิ่งแวดล้อม [9] ได้ คำสั่งทางปกครองที่ไม่ต่ออายุใบอนุญาต จึงผ่านเกณฑ์การทดสอบในองค์ประกอบแรกนี้

3.2 หลักความจำเป็น (Principle of Necessity)

หลักความจำเป็นเป็นเกณฑ์ตัดสินที่เข้มงวดที่สุด [4] โดยกำหนดให้ฝ่ายปกครองต้องพิสูจน์ว่า นอกจากมาตรการข้างต้นนี้แล้ว ไม่มีมาตรการอื่นที่จำกัดสิทธิของเอกชนน้อยกว่าที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกันได้ [9] ในกรณีปัญหาเกี่ยวกับกลิ่นเหม็นจากฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับปรุงทางเทคนิคและการบริหารจัดการ (เช่น การติดตั้งระบบบำบัดกลิ่น การปรับปรุงโรงเรือน) [5, 7] การละเลยการใช้มาตรการสั่งให้แก้ไขหรือปรับปรุงตามมาตรา 45 [3] เพื่อให้โอกาสผู้ประกอบกิจการได้แก้ไขปัญหาอย่างสมเหตุสมผล ถือว่าเป็นการเลือกมาตรการที่ไม่เข้าเกณฑ์หลักความจำเป็นนี้

แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด [5] ตอกย้ำหลักการนี้ว่า การเพิกถอนหรือการไม่ต่ออายุใบอนุญาตต้องกระทำในฐานะเป็นทางเลือกสุดท้ายเท่านั้น เมื่อมาตรการที่จำกัดสิทธิน้อยกว่า (เช่น การสั่งให้ปรับปรุง หรือการพักใช้ใบอนุญาต) ไม่สามารถใช้การได้ผลหรือเมื่อผู้ประกอบกิจการมีพฤติการณ์ละเลยอย่างร้ายแรง การที่เจ้าพนักงานท้องถิ่นข้ามขั้นตอนการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรจึงเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักความจำเป็นอย่างชัดเจน

3.3 หลักดุลยภาพ (Principle of Balance)

หลักดุลยภาพเป็นการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์สาธารณะที่ได้รับ (การระงับกลิ่นเหม็น) กับความเสียหายที่เอกชนต้องแบกรับ (การสูญเสียอาชีพอย่างถาวร) [9] การไม่ต่ออายุใบอนุญาตเป็นการตัดสิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ [2] ซึ่งเป็นความเสียหายที่ร้ายแรงและเด็ดขาดเมื่อเทียบกับประโยชน์สาธารณะที่สามารถบรรลุได้ด้วยมาตรการที่จำกัดสิทธิน้อยกว่า เช่น การสั่งให้ปรับปรุงแก้ไขพร้อมกับมีบทลงโทษปรับ การกระทำนี้จึงเป็นการจำกัดสิทธิที่เกินสมควรแก่เหตุและขาดดุลยภาพ [5]

4. การละเมิดหลักนิติธรรมในการใช้ดุลพินิจ

คำสั่งไม่ต่ออายุใบอนุญาตยังสะท้อนถึงการละเมิดหลักการพื้นฐานของหลักนิติธรรม (Rule of Law) อีกด้วย [4]

4.1 การขาดความรอบคอบทางกระบวนการ (Procedural Misconduct)

หลักนิติธรรมกำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้ดุลพินิจด้วยความรอบคอบและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย [8] การละเลยหลักลำดับชั้นมาตรการบังคับตามที่กล่าวมาถือเป็นการใช้ดุลพินิจที่ผิดพลาดทางกระบวนการ (Procedural Misconduct) และขาดเหตุผลอันสมควร [4] ซึ่งบั่นทอนความเชื่อมั่นของเอกชนต่อการบริหารราชการแผ่นดินและยังอาจเข้าข่ายเป็นการใช้อำนาจตามอำเภอใจ (Abuse of Discretion) [4]

4.2 หลักการใช้ดุลพินิจภายใต้หลักพหุนิยมทางนิติปรัชญา

ในทางนิติปรัชญา กฎหมายมิได้เป็นเพียงชุดของคำสั่งเท่านั้น แต่ยังต้องสอดคล้องกับหลักศีลธรรมและเหตุผลอันดี [8] การเลือกใช้มาตรการที่ทำลายชีวิตทางเศรษฐกิจของเอกชนโดยสิ้นเชิงทั้งที่ทางเลือกอื่นยังมีอยู่ย่อมไม่สอดคล้องกับหลักการบริหารราชการที่มุ่งสร้างความสมดุลและการอยู่ร่วมกันอย่างยั่งยืนในสังคม

5. บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการบริหารความขัดแย้งเชิงบูรณาการ

5.1 บทสรุปเชิงวิชาการ

คำสั่งไม่ต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการเลี้ยงสัตว์ทันที โดยข้ามการใช้มาตรการที่รุนแรงน้อยกว่าเป็นการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายมหาชนอย่างชัดเจน เนื่องจากขัดต่อหลักความจำเป็นและหลักดุลยภาพภายใต้หลักความได้สัดส่วนตามรัฐธรรมนูญฯ มาตรา 26 [2] โดยคำสั่งทางปกครองเช่นนี้มีแนวโน้มสูงที่จะถูกศาลปกครองเพิกถอน [5]

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการบริหารความขัดแย้งเชิงบูรณาการ

เพื่อให้การควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเกิดประสิทธิภาพควบคู่ไปกับการเคารพสิทธิของประชาชนอย่างยั่งยืน [6, 7] ควรมีการปรับปรุงแนวทางการบริหารราชการ ดังนี้

(1)การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ : ส่งเสริมการฝึกอบรมแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นให้มีความเข้าใจในหลักความได้สัดส่วนและหลักนิติธรรมอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้การใช้ดุลพินิจเป็นการจำกัดสิทธิที่จำเป็นและสมเหตุสมผลตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฯ

(2)การบังคับใช้กฎหมายตามลำดับขั้น : หน่วยงานทางปกครองต้องจัดทำคู่มือที่กำหนดให้มีการบันทึกเหตุผลทางเทคนิคว่ามาตรการที่รุนแรงน้อยกว่า (มาตรา 45) ไม่สามารถใช้การได้ผลจริงหรือผู้ประกอบกิจการมีเจตนาหลีกเลี่ยงกฎหมายก่อนที่จะตัดสินใจใช้มาตรการขั้นสูงสุด [5]

(3)การใช้กลไกการไกล่เกลี่ยด้านสิ่งแวดล้อม : เจ้าพนักงานท้องถิ่นควรใช้กลไกการไกล่เกลี่ย [6, 7] เพื่อกำหนดเงื่อนไขการต่อใบอนุญาตที่ผูกพันกับการนำเสนอแผนการปรับปรุงแก้ไขทางเทคนิคที่เป็นรูปธรรมและสามารถตรวจสอบได้ [9]

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กองกฎหมาย. สรุปผลการดำเนินงานพิจารณาอุทธรณ์คำสั่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567. เอกสารอัดสำเนา
2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2560.
3. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2535.
4. วุฒิชัย จิตตานุ. การบังคับใช้หลักการสัดส่วน (Principle of Proportionality) ในการคุ้มครองสิทธิปัจเจกบุคคล. วารสารรัฐธรรมนูญ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2568] ;8(22):41-68. เข้าถึงได้จาก https://elibrary.constitutionalcourt. or.th/multim/jindex/8-22/Image/8-22-41.pdf
5. สำนักงานศาลปกครอง. การมีคำสั่งไม่ต่อใบอนุญาตประกอบกิจการฟาร์มเลี้ยงสุกรโดยไม่ตรวจสอบข้อเท็จจริงปัญหากลิ่นรบกวน. ใน: กลุ่มเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการและวารสาร สำนักวิจัยและวิชาการ, บรรณาธิการ. คดีพิพาทเกี่ยวกับการสาธารณสุขและอนามัย คดีพิพาทเกี่ยวกับเหตุเดือดร้อนรำคาญ และคดีพิพาทเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการศาลปกครอง ตั้งแต่ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2555 ถึงปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลปกครอง; 2567. หน้า 29-32.
6. สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. การบริหารความขัดแย้งและบริหารภาวะวิกฤต. เอกสารความรู้ สดร. ลำดับที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.stabundamrong.go.th/web/book/54/b10_54.pdf
7. ศุภวรรณ ภิรมย์ทอง. การจัดการความขัดแย้งด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนชนบทไทย: กรณีโครงการพัฒนาการท่องเที่ยวชมหิ่งห้อย. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ 2556;12(1):187-205.
8. สิทธิกร ศักดิ์แสง. ข้อคิดของกฎหมายภายใต้พหุนิยมทางนิติปรัชญาที่มีอิทธิพลต่อประเทศไทย. นนทบุรี: บริษัทสามดี ออลล์ จำกัด; 2568.
9. ปราณี สุขศรี. หลักกฎหมายทั่วไปในทางปกครองในคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุด: ศึกษาหลักความได้สัดส่วน (Principle of proportionality) และหลักความเสมอภาค (Principle of Equality) [อินเทอร์เน็ต]. [ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์] [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=813&func=pdfviewer&id=664

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

อณัฐชา ลั่นออ
โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
สาโรจน์ นาคจู
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

วันรับ 18 สิงหาคม 2568
วันแก้ไข 16 มกราคม 2569
วันตอบรับ 25 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.52, S.D. = 0.48) และมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.52, S.D. = 0.40) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน และแรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.05$)

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลรอบตัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: โรคสะเก็ดเงิน คุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :anatchalu1995@gmail.com

Factors Associated with Quality of life of Psoriatic Patients in the Southern Regional Hospital of Tropical Dermatology-Trang Province

Anatcha Lun-or

Southern Regional Hospital of Tropical Dermatology-Trang Province

Saroj Nakju

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University

Abstract

This study is a cross-sectional analytic study aiming to investigate factors related to the quality of life of psoriasis patients at the Southern Tropical Dermatology Hospital, Trang Province, and to examine personal factors, social support, and quality of life among psoriasis patients at the Southern Tropical Dermatology Hospital, Trang Province. The sample consisted of 150 individuals. The research instrument was a questionnaire with a reliability coefficient of 0.97. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, maximum value, minimum value, and the Chi-square test. The statistical significance level was set at 0.05.

The results showed that the majority of the sample had a high overall quality of life (M = 4.52, S.D. = 0.48) and a high overall level of social support (M = 4.52, S.D. = 0.40). Factors related to quality of life included age, marital status, occupation, duration of psoriasis, and severity of psoriasis. and social support ($p < 0.05$).

Therefore, the results of this research can be used as information for planning and organizing a nursing service system to promote social support from family and surrounding individuals regarding the health care of patients, including the prevention of complications, to empower psoriasis patients to live in society and have a better quality of life in the future.

Keywords: Psoriasis, Quality of life, Social support

*Corresponding Author, :anatchalu1995@gmail.com

บทนำ

โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ที่ยังไม่มีวิธีรักษาให้หายขาดได้ ผื่นจะเป็นๆ หายๆ โดยเซลล์ผิวหนังกำพร้าจะมีการแบ่งตัวเร็วกว่าปกติถึง 10 เท่า จากปกติ 21-28 วัน เป็น 2-6 วัน ทำให้ชั้นหนังกำพร้าหนาขึ้นเป็นปื้น นอกจากนี้แล้วหลอดเลือดแดงในชั้นหนังแท้จะเกิดการขยายตัวและมีจำนวนหลอดเลือดฝอยเล็กๆ มาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น อาการแสดงที่สำคัญคือ ผื่นแดงนูน ขอบเขตชัดเจน มีขุยหนาสีเงินปกคลุม บางรายเป็นตุ่มหนอง กระจายทั่วร่างกาย หนังศีรษะ เล็บผิดปกติ อาจมีอาการข้ออักเสบผิดรูปร่วมด้วย นอกจากโรคสะเก็ดเงินจะมีอาการแสดงทางผิวหนังแล้ว ยังอาจพบร่วมกับโรคอื่นๆ ได้ด้วย เช่น โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน เบาหวาน ไขมันสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น [1]

อุบัติการณ์ของ โรคสะเก็ดเงินพบได้ประมาณร้อยละ 1 - 2 ของประชากรทั้งหมด พบได้ทุกเชื้อชาติ อัตราการเกิดโรคเท่ากันทั้งเพศชายและเพศหญิง พบได้บ่อยใน 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุน้อย (22.5 ปี) และอายุมาก (55 ปี) ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่แสดงอาการของโรคตั้งแต่อายุน้อยจะพบมีความรุนแรงของโรคมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเมื่ออายุมาก และผู้ป่วยที่แสดงอาการช่วงอายุน้อยพบว่ามีประวัติมีคนในครอบครัวจะเป็นโรคสะเก็ดเงินด้วยจากการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสะเก็ดเงินในประเทศไทย พบว่า อัตราการเกิดโรค เพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 อายุเฉลี่ยในการเกิดโรค 32.88 ปี พบในอายุตั้งแต่ 1 เดือน - 87 ปี ซึ่งสาเหตุของโรคสะเก็ดเงิน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากหลักฐานในปัจจุบันทราบว่าน่าจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรมระบบภูมิคุ้มกันและปัจจัยกระตุ้นภายนอก [1]

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเป็นโรคที่มีอาการแสดงทางผิวหนังภายนอก ซึ่งจะสังเกตเห็นได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยเกิดปมด้อยและความอับอาย ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและครอบครัว [1] ความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยลดลงจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด [2]

โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง โรคสะเก็ดเงินเป็นเข็มมุ่งในการพัฒนาความเป็นเลิศด้านวิชาการ (Center of Excellence; CoE) จากสถิติการเข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ปีพ.ศ 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินซึ่งติดอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน 1,091, 1,085 และ 1,268 ตามลำดับ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง และนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนให้บริการการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และพัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

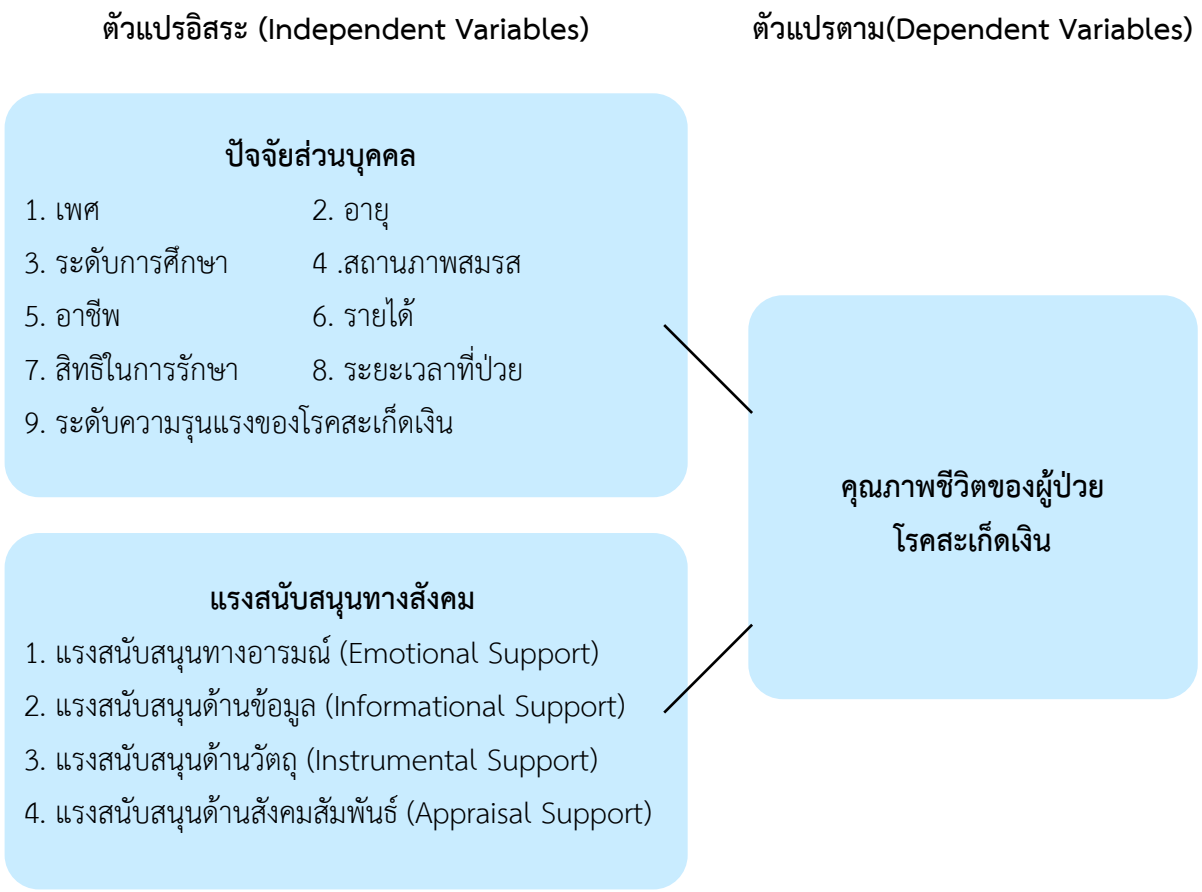
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

สมมติฐานการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดการศึกษา



วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการในคลินิกสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 733 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง จำนวน 150 คน ซึ่งได้คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรจำกัด ของ Wayne (1995) โดยมีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

จากสูตร $$n = \frac{Np(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1)+p(1-p)z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร (จำนวน คือ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับบริการในคลินิกสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 733 คน)

Z = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confidence level) เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 เมื่อ $\alpha/2 = 0.025 = 1.96$

P = ค่าสัดส่วนประชากร p = 0.33 (3)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 0.07

แทนค่าในสูตร จะได้ Sample size (n) = 141

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 150 คน

• วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มเลือกผู้มารับบริการในคลินิกโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบตามจำนวน 150 คน

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำนวน 28 ข้อ

• การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณา โดยแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 0.5

ตรวจความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวแทนผู้รับบริการโรคผิวหนังทั่วไปที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของ Cronbach

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.973

แบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.972

• การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือในช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง เพื่อขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลการทำวิจัย จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลและนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้รับบริการในคลินิกสะเก็ดเงิน จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

• การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยจัดกลุ่มคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (คะแนน

1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 – 3.66) และระดับสูง (คะแนน 3.67 – 5.00)

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 0005/2568 อนุมัติวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 หลังจากได้รับการรับรองแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น สำหรับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=150)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	64.67
หญิง	53	35.33
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	12	8.00
30-59 ปี	83	55.33
60 ปี ขึ้นไป	55	36.67
$\bar{x}$ = 52.15 ปี, S.D. = 13.39 ปี, Min = 20 ปี, Max = 75 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	29	19.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	4.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	25.33
อนุปริญญา/ปวส.	16	10.67
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	60	40.00
สถานภาพสมรส		
คู่	97	64.67
โสด	34	22.67
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	19	12.66

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	52	34.67
รับจ้างทั่วไป	40	26.67
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	19.33
ค้าขาย	15	10.00
ไม่ประกอบอาชีพ	14	9.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	31	20.67
10,000 – 20,000 บาท	62	41.33
20,000 บาท ขึ้นไป	57	38.00
$\bar{x}$ = 24,373.33 บาท , S.D. = 17,230.49 บาท, Min = 6,000 บาท , Max = 100,000 บาท		
สิทธิในการรักษา		
สิทธิบัตรทอง 30 บาท	86	57.33
ประกันสังคม	11	7.33
จ่ายตรง (เบิกได้/อปท./รัฐวิสาหกิจ)	53	35.33
ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน		
ต่ำกว่า 10 ปี	87	58.00
10 - 20 ปี	32	21.33
20 ปี ขึ้นไป	31	20.67
$\bar{x}$ = 15.11 ปี, S.D. = 11.98 ปี, Min = 1 ปี, Max = 47 ปี		
ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน		
เล็กน้อย (mild psoriasis)	52	34.67
ปานกลาง (moderate psoriasis)	87	58.00
รุนแรง (severe psoriasis)	11	7.33

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 64.67 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือ 30-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 55.33 โดยมีค่าเฉลี่ย 52.15 ปี, S.D. 13.39 ปี ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็น ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ มีคู่ คิดเป็น ร้อยละ 64.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็น ร้อยละ 34.67 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็น ร้อยละ 26.67 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 10,000 - 20,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 41.33 โดยมีค่าเฉลี่ย 24,373.33 บาท, S.D. =17,230.49 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาคือ สิทธิบัตรทอง 30 บาท คิดเป็น ร้อยละ 57.33 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 58.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 15.11 ปี, S.D. = 11.98 ปี และมี ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 58.00

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n = 150)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.67 – 5.00)	147	98.00
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.66)	3	2.00
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	0	0
M= 4.52, S.D. = 0.40, Min = 3 , Max = 5		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 98 รองลงมามีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 2

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n = 150)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 3.67 – 5.00)	135	90.00
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.34 – 3.66)	15	10.00
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33)	0	0.00
M= 4.52, S.D. = 0.48, Min = 3 , Max = 5		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 135 คน คิดเป็น ร้อยละ 90 รองลงมามีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 10

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n=150)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	9 (9.30)	88 (90.70)	0.16	1	0.69
หญิง	6 (11.30)	47 (88.70)			
อายุ					
ต่ำกว่า 30 ปี	6 (50.00)	6 (50.00)	**23.304**	**2**	**<0.001**
30-59 ปี	6 (7.20)	77 (92.80)			
60 ปี ขึ้นไป	3 (5.50)	52 (94.50)			
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	6 (6.70)	84 (93.30)	2.778	1	0.096
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9 (15.00)	51 (85.00)			

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n=150) (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
สถานภาพสมรส					
อยู่เป็นคู่สมรส	3 (3.10)	94 (96.90)			**<0.001***
อยู่คนเดียว	12 (22.60)	41 (77.40)			
อาชีพ					**<0.001***
เกษตรกรรม	0 (0.00)	52 (100.00)			
รับจ้างทั่วไป	6 (15.00)	34 (85.00)			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (10.30)	26 (89.70)			
ค้าขาย	0 (0.00)	15 (100.00)			
ไม่ประกอบอาชีพ	6 (42.90)	8 (57.10)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 10,000 บาท	6 (19.40)	25 (80.60)	4.443	2	0.108
10,000 – 20,000 บาท	6 (9.70)	56 (90.30)			
20,000 บาท ขึ้นไป	3 (5.30)	54 (94.70)			
สิทธิในการรักษา					
สิทธิบัตรทอง 30 บาท	12 (14.00)	74 (86.00)	3.825	2	0.148
ประกันสังคม	0 (0.00)	11 (100.00)			
จ่ายตรง (เบิกได้/อปท/ รัฐวิสาหกิจ)	3 (5.70)	50 (94.30)			
ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน					
ต่ำกว่า 10 ปี	15 (17.20)	72 (82.80)			**<0.001***
10 ปี ขึ้นไป	0 (0.00	63 (100.00)			
ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน					
เล็กน้อย (mild psoriasis)	0 (0.00)	52 (100.00)	**30.042**	**2**	**<0.001**
ปานกลาง (moderate psoriasis)	9 (10.30)	78 (89.70)			
รุนแรง (severe psoriasis)	6 (54.50)	5 (45.50)			
ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม					
ระดับปานกลาง	3 (100.00)	0 (0.00)			**0.001***
ระดับสูง	12 (8.20)	135 (91.80)			

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n=150) (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
1.แรงสนับสนุนด้านอารมณ์					
ระดับปานกลาง	6 (85.70)	1 (14.30)			**<0.001***
ระดับสูง	9 (6.30)	134 (93.70)			
2.แรงสนับสนุนด้านข้อมูล					
ระดับปานกลาง	3 (50.00)	3 (50.00)			**0.014***
ระดับสูง	12 (8.30)	132 (91.70)			
3.แรงสนับสนุนด้านวัตถุ					
ระดับปานกลาง	3 (20.00)	12 (80.00)			0.176*
ระดับสูง	12 (8.90)	123 (91.10)			
4.แรงสนับสนุนด้านสังคมสัมพันธ์					
ระดับปานกลาง	6 (37.50)	10 (62.50)			**0.002***
ระดับสูง	9 (6.70)	125 (93.30)			

* Fisher's exact test

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อังคณา กิตติไชยากร และคณะ [4] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากโรคสะเก็ดเงินต่อคุณภาพชีวิตระดับน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับราชการและมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ สามารถลางานมาเพื่อการตรวจรักษาได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังอยู่ระดับที่ดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ได้แก่

2.1.อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน กลุ่มอายุดังกล่าวยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำ

กิจกรรมต่างๆในสังคม เมื่อเกิดโรคสะเก็ดเงินที่มีอาการแสดงทางผิวหนังบริเวณต่างๆอาจทำให้ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณี โพธิ์ชนะพันธุ์ [5] และอังคณา กิตติไชยากร และคณะ [4] ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -.464$, $P < 0.05$) แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hui-Ju Yang และคณะ [6] ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

2.2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่สมรส สอดคล้องกับ อังคณา กิตติไชยากร และคณะ [4] ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่างกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.236$, $P < 0.05$) อธิบายได้ว่า คนที่มีคู่สมรสเวลามีปัญหาหรือในยามเจ็บป่วยคอยช่วยเหลือดูแลกัน จึงทำให้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคนที่มีสถานภาพโสด ในยามเจ็บป่วยต้องดูแลตนเองหรือเมื่อมีปัญหาต้องวิเคราะห์และตัดสินใจเอง ส่งผลให้เกิดความเครียดและกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าคนที่มีชีวิตคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เซียวทวีสิน [7] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 67.2 มีญาติช่วยดูแลทายาให้ ซึ่งผู้ที่ช่วยดูแลมากที่สุด คือ ภรรยา ร้อยละ 29.7 หลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ในกลุ่มผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มีญาติดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

2.3 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.67) อาจอธิบายได้ว่า อาชีพเกษตรกรรม เป็นงานที่ต้องสัมผัสสารเคมี ความร้อน หรือเหงื่อ แม้จะมีความกดดันทางภาพลักษณ์น้อยกว่างานบริการ แต่มีผลกระทบทางกายภาพสูง เพราะปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดอาการคัน อักเสบ หรือการกำเริบของโรคได้ ซึ่งลดคุณภาพชีวิตทางกายภาพและความสามารถในการทำงาน ส่วนอาชีพอื่นๆที่ต้องพบปะผู้คนในสังคม เช่น อาชีพค้าขาย/รับจ้างทั่วไป อาชีพเหล่านี้ต้องใช้รูปลักษณ์ในการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ เมื่อรอยโรคปรากฏชัดเจนในที่เปิดเผย เช่น ใบหน้าหรือมือ ผู้ป่วยจะเผชิญกับการรังเกียจจากสังคม ส่งผลให้เกิดความอับอาย และแยกตัวจากสังคม ซึ่งกระทบต่อคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มอาชีพที่ไม่ต้องพบปะผู้คน สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา พยุงวงษ์ [8] ที่พบว่ากลุ่ม อาชีพอิสระ/ค้าขาย มีคะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงที่สุด (15.11 คะแนน) เมื่อเทียบกับกลุ่มรับราชการหรือเกษตรกรรม เนื่องจากต้องเผชิญหน้ากับลูกค้าและกังวลเรื่องภาพลักษณ์

2.4.ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงิน ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.00 ($M = 15.11$ ปี, $S.D. = 11.98$ ปี) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจอธิบายได้ว่าโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่มีอาการผื่นเห่อและลดลงสลับกันไป โดยระยะเวลาการสงบโรคอาจสั้นเป็นสัปดาห์ หรือยาวนานได้หลายปี โรคสะเก็ดเงินจะสงบลงหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยมีผื่นสงบลงมักจะไม่มาพบแพทย์ตามนัด และเมื่อเจอปัจจัยกระตุ้นทำให้ผื่นกำเริบขึ้นมา ทำให้ต้องรับการรักษาใหม่ ส่งผลกระทบด้านต่างๆเช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การไม่มั่นใจในตนเอง สลับกันไปมาเป็นระยะเวลาหลายปี อาจทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hui-Ju Yang และคณะ [6] และ Fortune และคณะ [9] ที่พบว่า ระยะเวลาการป่วยโรคสะเก็ดเงินไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

2.5. ระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 58.00 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจอธิบายได้ว่า โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง มีการกระจายของผื่นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีผื่นแดงหนา สะเก็ด ขุยมาก และมีอาการหลุดลอกของผิวหนัง ในรายที่เป็นรุนแรง มีตุ่มหนองและมีการอักเสบของผิวหนัง ทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกับการศึกษาของธันยนันท์ ศรีธัญรัตน์ [10] ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในจังหวัดยโสธรมีความรุนแรงของผื่นน้อย (PASI <10) มีผลต่อคุณภาพชีวิต (DLQI) ระดับปานกลาง และการศึกษาของอังคณา กิตติไชยากร และคณะ [4] ที่พบว่าระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ($r = .481$)

2.6 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 98 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูล และแรงสนับสนุนด้านสังคมสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) อาจอธิบายได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นส่งผลกับภาวะสุขภาพกายและจิตใจของมนุษย์ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน ทางด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน การสนับสนุนทางอารมณ์ และ การสนับสนุนด้านการประเมินด้านอารมณ์และความรู้สึก ที่ช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มีส่วนช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ในทุกๆด้านซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริและคณะ [11] ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r=0.489$, $P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมนั้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป โดยควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจึงควรให้ความรู้หรือกิจกรรมกลุ่มร่วมกันแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลรอบตัว เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดผื่นเห่อในผู้ป่วย

• ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเพิ่มเติม เช่น การมีโรคร่วมในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านความเครียด วิตกกังวล ประวัติครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินตามตัวแปรอิสระอื่น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจากหลายส่วน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.สาโรจน์ นาคจู อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูง ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยตลอดจนทั้งความรู้ ความเอาใจใส่และให้กำลังใจในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ อย่างดีตลอดมาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ พญ.สุพัตรา ชาติลีพหา น.ส.ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้ถูกต้องและเหมาะสมและขอขอบพระคุณผู้มารับบริการโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรังที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เบ็ญจ์สชีว์ ปัทมดิลก. โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis). กรุงเทพฯ: สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Br J Dermatol 1994;131(2):210-6.
3. อ้อมใจ เต้เจริญวิริยะกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ณ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(4):143-49.
4. อังคณา กิตติไชยากร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49(2):298-312.
5. กฤษณี ชนะพันธุ์. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน. วารสารกรมการแพทย์ 2548;30(6);335-43.
6. Yang HJ, Yang KC. Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan. Dermatol Sin 2015;33(3):146–50.
7. กรรณิการ์ เชียวทวีสิน.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและการมีส่วนร่วมในการดูแลของ ครอบครัว โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32(3):1069-88.
8. ชนิตา พยุงวงษ์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลระยอง. โรงพยาบาลระยอง[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rayonghospital.go.th/images/webpage/06bcb9621a72e9.pdf
9. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. The British journal of dermatology. 1997;137(5):755–60.
10. ธันยนันท์ ศรีธัญรัตน์. การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในโรงพยาบาลยโสธร. ยโสธรเวชสาร 2565;24(1):61-77.
11. ปัญจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ, สุจิตรา นิลเลิศ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2559;24(1):9–18.

พฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้บริโภคเครื่องดื่มที่ร้านกาแฟในและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

มัณฑนา ฉวรรณกุล
คณะทันตแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ปิยะดา ประเสริฐสม
มูลนิธิทันตสาธารณสุข
ศันสณี รัชชกูล
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
อรอรรณีย์ ธารประสิทธิ์
ชมรมคนรักฟันจังหวัดราชบุรี
จันทนา อึ้งชูศักดิ์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สุธี สุขสุเดช
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันรับ 3 กันยายน 2568
วันแก้ไข 5 มกราคม 2569
วันตอบรับ 23 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้เปรียบเทียบพฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคระหว่างร้านกาแฟในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานกับร้านนอกเครือข่าย คัดเลือกแบบเจาะจง 8 จังหวัด จังหวัดละ 2 ร้าน รวบรวมข้อมูลจากผู้บริโภคอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 513 คน ใช้แบบสอบถามออนไลน์ รวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ผลการศึกษาพบผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มหวานน้อยและไม่หวานรวม ร้อยละ 78 (จาก 72+55+47+47+11+10+56+69/513) สัดส่วนการสั่งไม่แตกต่างกันระหว่างร้านในเครือข่ายและนอกเครือข่าย (p-value = 0.435) แต่พบแนวโน้มที่ร้านในเครือข่ายสั่งหวาน 50% มากกว่า ขณะที่ร้านนอกเครือข่ายสั่งไม่หวานมากกว่า ด้านความรอบรู้ ร้อยละ 68.4 (จาก 182+169/513) รับรู้คำแนะนำบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน ผู้บริโภคร้านในเครือข่ายมีความเข้าใจผลกระทบของน้ำตาลในระดับสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.018) อย่างไรก็ตามมีเพียง ร้อยละ 41.7 ที่เคยได้ยินชื่อเครือข่าย การศึกษาสะท้อนความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในการลดการบริโภคน้ำตาลและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ: พฤติกรรมผู้บริโภค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องดื่มหวานน้อย ร้านกาแฟ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, : mchawannakul@yahoo.com

Consumer Behavior and Health Literacy in Beverage Selection Among Sweet Enough Network-Affiliated and Non-Affiliated Coffee Shop Customers

Mantana Chawannakul

School of Dentistry, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Piyada Prasertsom

Dental Foundation

Sunsanee Rajchagool

Department of Health, Ministry of Public Health

Oraunnee Thanprasit

Ratchaburi Tooth Lover Club

Chantana Ungchusak

Department of Health, Ministry of Public Health

Sutee Suksudaj

Faculty of Dentistry, Thammasat University

Abstract

This cross-sectional study examined beverage ordering behaviors and health literacy between Sweet Enough Network-affiliated and non-affiliated coffee shop consumers. Eight provinces were purposively selected (two shops per province), and data were collected via online questionnaires from 513 consumers aged ≥15 years using convenience sampling. The data collection was conducted during January 2025. Descriptive statistics and Chi-square tests were employed for analysis. Findings revealed that 78% of participants ordered reduced-sugar or no-sugar beverages, with no between-group differences (p-value = 0.435). Network-affiliated consumers tended toward 50% sugar reduction, whereas non-affiliated consumers preferred no-sugar options. Regarding health literacy, 68.4% recognized the six-teaspoon daily sugar limit, and network-affiliated consumers demonstrated significantly higher comprehension of sugar's health impacts (p-value = 0.435). However, network awareness remained low (41.7%). The findings underscore the necessity for enhanced communication strategies to facilitate sustainable behavior modification in sugar consumption reduction and non-communicable disease prevention.

Keywords: beverage consumption behavior, health literacy, sugar reduction, coffee shops

*Corresponding Author, ✉ : mchawannakul@yahoo.com

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคน้ำตาลของประชากรไทยในปัจจุบันยังคงเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่น่ากังวล โดยเฉพาะจากการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน งานสำรวจโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2566) พบว่า คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเฉลี่ย 346 มิลลิลิตรต่อวัน และในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นมีปริมาณการบริโภคสูงถึง 574.3 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่งเกินกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่กำหนดให้บริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานรวมต่อวัน หรือเทียบเท่าประมาณ 6 ช้อนชา [1,2] การบริโภคน้ำตาลในปริมาณสูงสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) หลายประเภท เช่น โรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งตับอ่อน งานวิจัยวิทยาการระบาดแสดงให้เห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำทุกสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 17 และเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ร้อยละ 4 [3] นอกจากนี้ การบริโภคฟรุกโตสวันละ 25 กรัม ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับอ่อน ร้อยละ 22 [4,5] ขณะเดียวกัน หลักฐานจากสหรัฐอเมริกาและยุโรปชี้ว่า การบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในระดับสูงเชื่อมโยงกับภาวะอ้วน และการควบคุมน้ำหนัก [6] เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานภายใต้มูลนิธิทันตสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนินโครงการร้านกาแฟอ่อนหวาน และหวานน้อยสั่งได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อสร้างทางเลือกสุขภาพแก่ผู้บริโภคและส่งเสริมให้ร้านกาแฟและร้านเครื่องดื่มมีส่วนร่วมในการลดปริมาณน้ำตาลในผลิตภัณฑ์ผ่านการปรับสูตรเครื่องดื่มและการสื่อสารกับลูกค้า โครงการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (supportive environments for health) ซึ่งเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด Ottawa Charter อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในระดับร้านเครื่องดื่มจะเกิดผลยั่งยืนได้จำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้บริโภค ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจนำมาใช้ดูแลสุขภาพของตนเอง [7] โดยระดับความรอบรู้ที่ดีจะช่วยให้บุคคลเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ลดความเสี่ยงต่อโรคได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคที่ร้านกาแฟและร้านเครื่องดื่มในและนอกเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และให้ข้อมูลเชิงหลักฐานเพื่อใช้ประเมินประสิทธิผลของโครงการ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลอย่างเหมาะสมในระดับประชาชน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มตามระดับความหวานของผู้บริโภคระหว่างร้านกาแฟ ในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานกับร้านนอกเครือข่ายฯ
2. เพื่อประเมินและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคระหว่างร้านกาแฟ ในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและร้านนอกเครือข่าย

วิธีการศึกษา

การศึกษารวมรวมข้อมูลจากพื้นที่การศึกษาที่ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง 8 จังหวัด (ภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ อุบลราชธานี บุรีรัมย์ สระบุรี สิงห์บุรี ตรัง และสงขลา) ที่มีร้านกาแฟในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่มีระยะเวลาเข้าร่วมโครงการไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยเลือกจังหวัดละ 1 ร้าน สำหรับร้านนอกเครือข่าย คัดเลือกร้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับร้านในเครือข่าย (ประเภทธุรกิจ, ขนาด, ทำเล) และอยู่ในรัศมีไม่เกิน 500 เมตรจากร้านในเครือข่าย ทำการรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ ผู้บริโภคที่เข้ามาสั่งเครื่องดื่มในร้านกาแฟดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ รวบรวมข้อมูลร้านละ 30-32 คน แบ่งเป็นในวันทำการ 15-16 คน และวันหยุดสุดสัปดาห์ 15-16 คน รวมทั้งสิ้น 513 คน (ร้านในเครือข่าย 262 คน, ร้านนอกเครือข่าย 251 คน)

เกณฑ์คัดเข้า มีดังต่อไปนี้ (1) อายุ 15 ปีขึ้นไป (2) สั่งเครื่องดื่มสำหรับตนเอง (3) สามารถใช้สมาร์ทโฟนและตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ (4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก มีสองข้อ คือ (1) สั่งเครื่องดื่มให้ผู้อื่น (2) เป็นผู้ตอบซ้ำ

ผู้วิจัยสร้างกระบวนการเพื่อปรับมาตรฐานในการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย ในพื้นที่ทุกจังหวัด ผู้ช่วยวิจัยเชื้อเชิญผู้บริโภคที่มาสั่งเครื่องดื่มหวานน้อย หวานปกติและหวานมากกว่าปกติตอบแบบสอบถามออนไลน์โดยการสแกนรหัสคิวอาร์ กรอกข้อมูลในแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์แล้วส่งข้อมูลเข้าระบบผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบการส่งข้อมูล ข้อมูลจะมารวมอยู่ที่ผู้วิจัย โดยมีการระบุแยกข้อมูลระหว่างผู้บริโภคที่สั่งเครื่องดื่มร้านกาแฟในและนอกเครือข่ายโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน แบบสอบถามส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, การศึกษา, อาชีพ, โรคประจำตัว ส่วนที่ 2: พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม ได้แก่ ความถี่และปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ใช่น้ำเปล่าต่อวัน ระดับความหวานที่สั่งบ่อยที่สุด และเหตุผลที่สั่งหวานน้อย ส่วนที่ 3: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ว่าควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน (ใช่/ไม่ใช่) และความเข้าใจผลกระทบของน้ำตาลต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด (มาตรวัด Likert 5 ระดับ: 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด) นอกจากนั้น ยังถามถึงความรับรู้ต่อการมีอยู่ของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน (ใช่/ไม่ใช่)

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ทันตแพทย์ผู้ทำงานทันตสาธารณสุข 2 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) เฉลี่ย 0.89 ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ในกลุ่มทดลอง 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูลทำด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าความถี่ และค่าร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์รายงาน Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนพฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มและความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างร้านในเครือข่ายและนอกเครือข่าย

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ 1.ร้านกาแฟในเครือข่ายฯ หมายถึง ร้านกาแฟที่เข้าร่วมโครงการกับเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี นับจากวันที่เริ่มดำเนินการถึงวันเก็บข้อมูลและเจ้าของร้านเซ็นยินยอมให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลได้ 2.ร้านกาแฟนอกเครือข่ายฯ หมายถึง ร้านกาแฟที่มีลักษณะใกล้เคียงกับร้านกาแฟในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานที่ถูกสุ่มเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษานี้และมีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกันโดยมีระยะห่างจากร้านกาแฟในโครงการในรัศมีไม่เกิน 500 เมตร 3.ผู้บริโภค(อาสาสมัคร) หมายถึง ผู้ที่เข้ามาสั่งเครื่องดื่มของตนเองในวันที่ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลและยินยอมเป็นอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถามผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้ตอบด้วยตนเอง 4.การสั่งหวานน้อย หมายถึง การสั่งเครื่องดื่มชงที่มีระดับความหวานลดลงจากการชงสูตรปกติ โดยอ้างอิงระดับความหวานจากที่ร้านค้ากำหนดอาจเป็น 75% 50% หรือ 25%

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 777/2567 ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 513 คน แบ่งเป็นผู้บริโภคร้านในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน 262 คน (ร้อยละ 51.1) และร้านนอกเครือข่าย 251 คน (ร้อยละ 48.9)

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 26–35 ปี และ 18–25 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี อาชีพที่พบมากที่สุดคือ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และนักเรียน–นักศึกษา ผู้ตอบแบบสอบถามกว่าร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัวดูรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
เพศ			
หญิง	162 (61.8%)	165 (65.7%)	327
ชาย	95 (36.3%)	84 (33.5%)	179
ไม่ระบุ	5 (1.9%)	2 (0.8%)	7
อายุ			
ต่ำกว่า 18 ปี	23 (8.8%)	14 (5.6%)	37
18-25 ปี	64 (24.4%)	59 (23.5%)	123
26-35 ปี	73 (27.9%)	69 (27.5%)	142
36-45 ปี	54 (20.6%)	53 (21.1%)	107
46-55 ปี	32 (12.2%)	35 (13.9%)	67
56 ปีขึ้นไป	16 (6.1%)	21 (8.4%)	37
ระดับการศึกษา			
ก่อนประถมศึกษา	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1
ประถมศึกษา	14 (5.3%)	9 (3.6%)	23
มัธยมศึกษา	76 (29.0%)	48 (19.1%)	124
ปริญญาตรี	154 (58.8%)	162 (64.5%)	316

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
ระดับการศึกษา			
สูงกว่าปริญญาตรี	18 (6.9%)	31 (12.4%)	49
โรคประจำตัว			
ไม่มี	250 (95.4%)	238 (94.8%)	488
มี (เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)	12 (4.6%)	13 (5.2%)	25

2. การสั่งเครื่องดื่มตามระดับความหวาน จากตารางที่ 2 พบว่า การสั่งเครื่องดื่มตามระดับความหวาน ระหว่างร้านในเครือข่ายฯ กับร้านนอกเครือข่ายฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทดสอบด้วย Chi-square test โดยสัดส่วนผู้บริโภคที่สั่งเครื่องดื่มหวานน้อยร้านในเครือข่ายฯ ร้อยละ 71 และร้านนอกเครือข่ายฯ ร้อยละ 72.1 มีค่าใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบแนวโน้มความแตกต่างในการเลือกระดับความหวาน โดยร้านในเครือข่ายฯ มีการสั่งระดับความหวาน 50% มากกว่า ขณะที่ร้านนอกเครือข่ายฯ มีการสั่งไม่หวานมากกว่า

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มตามระดับความหวาน

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
การสั่งระดับความหวาน			
เพิ่มหวาน 100%			
หวานปกติ			
หวาน 75%	2 (0.8%)	2 (0.8%)	4
หวาน 50%	74 (28.2%)	66 (26.3%)	140
หวาน 25%	11 (4.2%)	10 (4.0%)	21
ไม่หวาน	72 (27.5%)	55 (21.9%)	127
ไม่ระบุ	47 (17.9%)	47 (18.7%)	94

*χ^2 = 5.899, df = 6, p-value = 0.435

3. เหตุผลในการสั่งเครื่องดื่มหวานน้อย จากผลการศึกษาตามตารางที่ 3 พบว่า เหตุผลหลักที่ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มหวานน้อยในทั้งสองกลุ่ม คือ ต้องการดูแลสุขภาพ รองลงมาคือ ไม่เคยสั่งหวานน้อย และเป็นคนไม่กินหวานตั้งแต่เด็ก ทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติระหว่างร้านกาแฟในเครือข่ายฯ กับนอกเครือข่าย ด้านการรับรู้เรื่องคำแนะนำการบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน พบว่า ผู้บริโภคในร้านเครือข่ายฯรับรู้คำแนะนำนี้ สูงกว่าผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ เล็กน้อย

ตารางที่ 3 เหตุผลของการสั่งหวานน้อย การรับรู้ปริมาณน้ำตาลบริโภคต่อวัน

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
เหตุผลที่สั่งหวานน้อย*			
ต้องการดูแลสุขภาพ	141 (53.8%)	146 (58.2%)	287
ไม่เคยสั่งหวานน้อย	56 (21.4%)	44 (17.5%)	100
เป็นคนไม่กินหวานตั้งแต่เด็ก	41 (15.6%)	46 (18.3%)	87
ตามกระแสนิยม	18 (6.9%)	12 (4.8%)	30
เป็นโรคเบาหวาน	8 (3.1%)	7 (2.8%)	15
ท่านรับรู้ว่า ไม่ควรบริโภค น้ำตาลเกินหกช้อนชาต่อวัน**			
ใช่	182 (69.5%)	169 (67.3%)	351
ไม่ใช่	80 (30.5%)	82 (32.7%)	162

*χ^2 = 2.93, df = 4, p-value = 0.570, **χ^2 = 0.18, df = 1, p-value = 0.671

4. ความถี่และปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่ใช่น้ำเปล่า ผู้บริโภคจากร้านในเครือข่ายฯ มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่มทุกวันสูงกว่า ขณะที่ผู้บริโภคจากร้านนอกเครือข่ายฯ มีสัดส่วนของผู้ที่ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง สูงกว่า ด้านปริมาณการดื่มต่อวัน พบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มดื่ม 1 แก้วต่อวันมากที่สุด โดยร้านในเครือข่ายฯมีสัดส่วนสูงกว่าเล็กน้อย อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่มในหัวข้อนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความถี่และปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ใช่น้ำเปล่า

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
ดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ใช่น้ำเปล่าบ่อยเพียงใด*			
ทุกวัน	118 (45.0%)	100 (39.8%)	218
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	59 (22.5%)	57 (22.7%)	116
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	61 (23.3%)	66 (26.3%)	127
สัปดาห์ละครั้ง	20 (7.6%)	18 (7.2%)	38
น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	4 (1.5%)	10 (4.0%)	14
จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน**			
1 แก้ว	175 (66.8%)	160 (63.7%)	335
2 แก้ว	60 (22.9%)	72 (28.7%)	132
3 แก้ว	11 (4.2%)	14 (5.6%)	25
4 แก้ว	3 (1.1%)	1 (0.4%)	4
5 แก้วขึ้นไป	9 (3.4%)	3 (1.2%)	12
ไม่ระบุ	4 (1.5%)	1 (0.4%)	5

*χ^2 = 4.16, df = 4, p-value = 0.385, **χ^2 = 7.69, df = 5, p-value = 0.174

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้จักเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ผู้บริโภคทั้งสองกลุ่มตามที่แสดงในตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของน้ำตาลต่อสุขภาพ (มาตรวัด 1-5 โดย 1 = น้อยที่สุด, 5 = มากที่สุด) พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการกระจายของคะแนนในกลุ่มนอกเครือข่ายฯ มีแนวโน้มเอียงไปทางระดับกลาง (ระดับคะแนน 4) มากกว่าผู้ตอบว่ารู้จักชื่อเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ในร้านกาแฟเครือข่ายมีมากกว่านอกเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ค่าสัดส่วนนี้ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้จักเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน

	ผู้บริโภคร้านเครือข่ายฯ N=262 (Column Percent)	ผู้บริโภคร้านนอกเครือข่ายฯ N=251 (Column Percent)	รวม
ความเข้าใจผลกระทบน้ำตาลต่อสุขภาพ*			
น้อยที่สุด (1)	3 (1.1%)	2 (0.8%)	5
น้อย (2)	9 (3.4%)	9 (3.6%)	18
ปานกลาง (3)	82 (31.3%)	63 (25.1%)	145
มาก (4)	77 (29.4%)	110 (43.8%)	187
มากที่สุด (5)	91 (34.7%)	67 (26.7%)	158
ความรับรู้ถึงเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน**			
รู้จัก	120 (45.8%)	94 (37.5%)	214
ไม่รู้จัก	142 (54.2%)	157 (62.5%)	299

*χ^2 = 11.982, df = 4, p-value = 0.018, **χ^2 = 3.34, df = 1, p-value = 0.068

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการประเมินพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคเครื่องดื่มในร้านกาแฟที่เข้าร่วมโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เปรียบเทียบกับร้านนอกเครือข่าย ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญหลายประการที่สะท้อนทั้งความสำเร็จและความท้าทายของโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนผู้บริโภคที่สั่งเครื่องดื่มหวานน้อย/ไม่หวานสูงกว่าสั่งหวานปกติหรือหวานกว่าปกติเกือบสองเท่า สะท้อนให้เห็นกระแสสังคม (social trend) ของการดูแลสุขภาพและลดการบริโภคน้ำตาลที่กำลังแพร่หลายในสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ LINE MAN Wongnai [14] ที่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของคำสั่งซื้อเครื่องดื่มออนไลน์เลือกลดความหวาน เป็นที่รับรู้ได้ว่าร้านในเครือข่ายฯ มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเลือกหวานน้อย เช่น การมีป้ายแสดงระดับความหวาน พนักงานถามลูกค้าเป็นประจำว่า “หวานน้อยไหมคะ/ครับ" และการมีเมนูหวานน้อยให้เลือกหลากหลาย เป็นการใช้กลวิธีการจูงใจอย่างอ่อนๆ (nudge) [13] ให้ผู้บริโภคเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพโดยไม่จำกัดเสรีภาพในการเลือก

ในมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้บริโภคในร้านเครือข่ายฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าโดยเฉพาะในด้านความเข้าใจผลกระทบของน้ำตาลในระดับ "มากที่สุด" (ร้อยละ 34.7 เทียบกับ ร้อยละ 26.7, p=0.018) และมีแนวโน้มรู้จักเครือข่ายฯ มากกว่า (ร้อยละ 45.8 เทียบกับ ร้อยละ 37.5, p=0.057) ผลนี้สอดคล้องกับ Health Literacy Framework ของ Nutbeam [15] ที่แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ: functional (ความรู้พื้นฐาน), interactive (การนำความรู้ไปใช้), และ critical (การวิเคราะห์และตัดสินใจ) ผู้บริโภคในร้านเครือข่ายฯ น่าจะอยู่ในระดับ interactive-critical literacy มากกว่า เนื่องจากได้รับข้อมูลและการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจากร้าน

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่ากังวลคือ แม้ว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่จะรู้เรื่องคำแนะนำ 6 ช้อนชาต่อวัน [2] และมีความเข้าใจผลกระทบของน้ำตาลแต่ก็ยังมีผู้สั่งหวานปกติ/เพิ่มหวาน

อยู่ถึง ร้อยละ 28.1 สะท้อนถึง "intention-behavior gap" หรือช่องว่างระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรมจริง ตามทฤษฎี Theory of Planned Behavior ของ Ajzen [16] การเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติ (attitude), บรรทัดฐานสังคม (subjective norm), และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control)

ผู้บริโภคเพียงร้อยละ 41.7 เคยได้ยินชื่อเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และที่น่าสนใจคือแม้แต่ผู้บริโภคในร้านเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานเองก็มีถึง ร้อยละ 54.2 ที่ไม่รู้จักเครือข่ายซึ่งชี้ให้เห็นถึงความท้าทายด้านการสื่อสารแบรนด์ (brand communication) ผลนี้สอดคล้องกับหลักการ Social Marketing [17] ที่เน้นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับสังคมต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการทำซ้ำ (frequency) และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขวาง (reach)

การที่ผู้บริโภคไม่รู้จักเครือข่ายฯ แต่ยังเลือกดื่มหวานน้อยได้ อาจอธิบายได้ด้วย passive intervention effect คือ ผู้บริโภคได้รับผลจากการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของร้าน โดยไม่จำเป็นต้องรู้จักองค์กรที่อยู่เบื้องหลัง แต่การที่ผู้บริโภคไม่รู้จักเครือข่ายฯ อาจทำให้พลาดโอกาสในการเป็นผู้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ แบบปากต่อปาก (word-of-mouth health advocate) ซึ่งเป็นช่องทางสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูง

ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลหลักที่ผู้บริโภคสั่งหวานน้อยคือ ต้องการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือเป็นคนไม่กินหวานตั้งแต่เด็ก (ร้อยละ 17.0) และ "ตามกระแสนิยม" (ร้อยละ 5.9) สะท้อนให้เห็นว่า health consciousness หรือความตระหนักด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจหลัก ซึ่งสอดคล้องกับ Health Belief Model [19] ที่เน้นว่าการรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ [19] ที่น่าสนใจคือมีเพียงร้อยละ 2.9 ที่เลือกเพราะเป็นโรคเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าการเลือกหวานน้อยส่วนใหญ่เป็นการป้องกัน (primary prevention) มากกว่าการรักษา (tertiary prevention) ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าประชาชนเริ่มตระหนักถึงการป้องกันโรคก่อนเกิด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถอนุมานความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ไม่ทราบว่าผู้บริโภคเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากใช้บริการร้านในเครือข่ายฯ หรือผู้ที่มีความรอบรู้สูงอยู่แล้วจึงเลือกใช้บริการร้าน การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญอาจทำให้เกิดอคติประเภท selection bias โดยเฉพาะผู้ที่ตอบแบบสอบถามอาจเป็นกลุ่มที่มีความสนใจด้านสุขภาพมากกว่าประชากรทั่วไป การกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-reported data) อาจมีอคติประเภท social desirability bias โดยเฉพาะในร้านเครือข่ายฯ ผู้ตอบอาจรู้สึกว่าควรตอบว่าสั่งหวานน้อย นอกจากนี้ การที่ไม่มีข้อมูลพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโครงการของร้าน ทำให้ไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้

สรุปผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคเครื่องดื่มหวานร้านกาแฟในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และร้านนอกเครือข่าย มีพฤติกรรมการสั่งเครื่องดื่มหวานน้อยและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี แม้ว่าความแตกต่างทางสถิติที่ค้นพบระหว่างร้านในและนอกเครือข่ายจะไม่มากนัก แต่ก็เป็นสัญญาณที่ดีว่าการปรับสภาพแวดล้อมและการให้ความรู้สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตามยังต้องเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคให้มากขึ้น รวมถึงต้องติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน มูลนิธิทันตสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลในร้านกาแฟครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. การสำรวจติดตามพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานและเครื่องดื่มที่ได้ฉลากทางเลือกสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม; 2566.
2. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: WHO; 2015.
3. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugar consumption and health: umbrella review. BMJ 2023;381:e071609.
4. World Cancer Research Fund. Diet, nutrition, physical activity and pancreatic cancer. London: WCRF International; 2024.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Get the facts: sugar-sweetened beverages and consumption. Atlanta [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nutrition/data-statistics/sugar-sweetened-beverages-intake.html
6. Gillespie KM, Kemps E, White MJ, Bartlett SE. The impact of free sugar on human health—a narrative review. Nutrients 2023;15(4):889.
7. มัณฑนา ฉวรรณกุล, ศันสณี รัชชกูล. โครงการประเมินผลการดำเนินงานร้านกาแฟและเครื่องดื่มอ่อนหวานในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน [รายงานภายใน]. ราชบุรี: เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน; 2566.
8. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. กรมอนามัยร่วม Robinhood เชิญชวนคนไทยเลือก “หวานน้อยสั่งได้-เมนูสุขภาพ” กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม2568]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43262
9. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบุ่งคล้า จ.บึงกาฬ. Todayvariety [อินเทอร์เน็ต].2565[เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.todayvariety.com/2022/04/blog-post.html
10. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr 2013;98(4):1084-102.

11. Thow AM, Quested C, Juventin L, Kun R, Khan AN, Swinburn B. Taxing soft drinks in the Pacific: implementation lessons for improving health. Health Promot Int 2011;26(1):55-64.
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Boston: Pearson; 2015.
13. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. New York: Penguin Books; 2009.
14. LINE MAN Wongnai. LINE MAN and Wongnai point out the strong trend of “less sugar”! More than half of beverage orders opt for reduced sweetness. LINE MAN Wongnai [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://shorturl.asia/4fHCi
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process 1991;50(2):179-211.
17. Kotler P, Roberto N, Lee N. Social marketing: improving the quality of life. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
18. Brown TJ, Sumner P, Epton T. Perceptions of “health literacy” in policy and practice: findings from a qualitative study. Health Expect 2016;19(4):724-37.
19. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 1988;15(2):175-83.
20. Lustig RH, Schmidt LA, Brindis CD. Public health: the toxic truth about sugar. Nature 2012;482(7383):27-9.

การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงกฎหมายและมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร

ธวัชชัย บุญเกิด*
กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย
นิธิรัตน์ บุญตานนท์
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ศุภฤกษ์ สื่อรุ่งเรือง
นักวิชาการอิสระ
เอกชัย ชัยเดช
สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

วันรับ 16 ตุลาคม 2568
วันแก้ไข 15 มกราคม 2569
วันตอบรับ 26 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

ท่ามกลางการเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร ปัจจุบันยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารที่เฉพาะเจาะจงและกรอบกฎหมายที่ครอบคลุม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและจัดทำข้อเสนอทางกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับธุรกิจดังกล่าว งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเอกสารและการอภิปรายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้กรอบแนวคิด HACCP ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง มกราคม 2569 พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ทั้งด้านข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และวิธีการ ผลการศึกษาพบว่า มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) สุขลักษณะของสถานที่ปรุงประกอบอาหาร (2) สุขลักษณะของอาหารและกรรมวิธี (3) สุขลักษณะของภาชนะและบรรจุภัณฑ์ (4) สุขลักษณะของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร และ (5) สุขลักษณะของการจำหน่ายและจัดส่งอาหาร โดยมีเป้าหมายเพื่อกำกับดูแลกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม คือ ผู้ประกอบการแพลตฟอร์มออนไลน์ ผู้ประกอบการธุรกิจอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร ในด้านกฎหมายพบความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงกฎหมายหลัก ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม) รวมถึงกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากบทบัญญัติปัจจุบันยังขาดความชัดเจนด้านนิยามและข้อบังคับเกี่ยวกับสุขาภิบาลในขั้นตอนการขนส่งอาหาร การศึกษานี้จึงมุ่งหวังให้ความสำคัญในการวางระบบกำกับดูแลคุณภาพและสุขาภิบาลอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้บริโภคในยุคดิจิทัลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : สุขาภิบาลอาหาร บริการจัดส่งอาหาร กฎหมายอาหาร การพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :poohbk@gmail.com

Developing Legal Recommendations and Food Sanitation Standards for Food Delivery Services

Tawatchai Boonkird*

Public Sector Development Group, Department of Health

Nithirat Boontanon

Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai

Suparerk Suerungruang

Independent Researcher

Eakachai Chaidat

Bureau of Food and Water Sanitation

Abstract

Despite the rapid expansion of the food delivery service businesses, specific food sanitation standards and a comprehensive legal framework remained noticeably absent. Consequently, this study aimed to develop food sanitation standards and formulate appropriate legal recommendations for food delivery service businesses. Employing a qualitative research design, this study utilized documentary research and expert group discussions grounded in the Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) framework. The study was conducted from June 2025 to January 2026. Data validity and reliability were verified through data, theoretical, and methodological triangulation. The results indicated that food sanitation standards for food delivery services comprised five key components: (1) hygiene of food preparation premises; (2) hygiene of food and processing methods; (3) hygiene of utensils and packaging; (4) hygiene of business operators and food handlers; and (5) hygiene of food distribution and delivery. These standards aimed to regulate practices among three primary stakeholder groups: online delivery platform operators, food business operators, and food handlers. Regarding legal aspects, the study identified an urgent need to amend key legislation, specifically the Food Act B.E. 2522 and the Public Health Act B.E. 2535 (and amendments), as well as related ministerial regulations. This was due to the lack of clear definitions and specific regulations concerning sanitation during the food transportation process in the provisions at the time. Ultimately, this study aspires to serve as a fundamental basis for establishing a systematic quality control and food sanitation supervision system to sustainably enhance consumer safety in the digital era.

Keyword: Food sanitation, Food delivery, Food law, Development of food sanitation standards.

* Corresponding author, email: poohbk@gmail.com

*Corresponding Author, :poohbk@gmail.com

บทนำ

การกำกับและพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารมีรากฐานจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยี และพฤติกรรมผู้บริโภคในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ทำให้ธุรกิจประเภทนี้เติบโตอย่างรวดเร็วและกลายเป็นส่วนสำคัญในระบบเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน[1-2] สุขาภิบาลอาหาร คือ การควบคุมปัจจัยในกระบวนการผลิตและจำหน่ายอาหารให้สะอาด ปลอดภัยต่อผู้บริโภค ซึ่งธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารได้ขยายตัวตามความต้องการด้านความสะดวกและปลอดภัยในการดำรงชีวิตยุคใหม่ ขณะที่เทคโนโลยีดิจิทัลทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อวิถีบริโภคที่อาศัยการตัดสินใจจากข้อมูลออนไลน์มากกว่าการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่อาจนำไปสู่ปัญหาความปลอดภัยด้านอาหารโดยไม่รู้ตัว[1, 3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่ต้องกำกับ ดูแล และพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจประเภทนี้ เพื่อสร้างความมั่นใจด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน[1]

การบริโภคอาหารที่จัดส่งผ่านช่องทางดิจิทัลมีความเสี่ยงตั้งแต่การผลิต ปรุง บรรจุ ขนส่ง จนถึงการสัมผัสอาหาร หากขาดการควบคุมอาจเกิดการปนเปื้อน เกิดโรคที่มีอาหารเป็นสื่อ หรือการแพร่เชื้อจากผู้สัมผัสอาหาร[1, 3] รายงานองค์การอนามัยโลกระบุว่า อาหารไม่ปลอดภัยทำให้ประชากรโลกเจ็บป่วย 1 ใน 10 คน และเสียชีวิตกว่า 420,000 รายต่อปี สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจราว 110,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[4] สาเหตุหลักมาจากการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพและการละเมิดหลักสุขาภิบาล[1] งานวิจัยต่างประเทศยังพบว่า การสั่งอาหารผ่านบริการจัดส่งมีความเสี่ยงต่อโรคที่มีอาหารเป็นสื่อมากกว่าการบริโภคในร้านที่มีมาตรฐานสุขลักษณะ[5-6] จากการวิเคราะห์แบบจำลองการแพร่โรคติดต่อทางอาหาร แสดงให้เห็นความจำเป็นที่รัฐบาลควรดำเนินมาตรการควบคุมความปลอดภัยอาหาร สร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภค และอบรมผู้ประกอบการกับผู้สัมผัสอาหาร[7]

กฎหมายด้านอาหารปัจจุบัน เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522[8] และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 (ที่แก้ไขเพิ่มเติม)[9] แม้จะควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยได้ระดับหนึ่ง แต่ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการเติบโตของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร ทำให้เกิดข้อจำกัด ความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน และอุปสรรคต่อการบังคับใช้กฎหมาย[1, 2, 10] ปัญหานี้สะท้อนความจำเป็นในการยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารให้เหมาะกับยุคดิจิทัล โดยต้องพัฒนาเกณฑ์และกระบวนการตรวจประเมินที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีและโครงสร้างธุรกิจใหม่[11] แนวทางสำคัญคือการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในการประเมิน รับรอง เผยแพร่ข้อมูลความปลอดภัย รวมถึงเพิ่มระบบร้องเรียน ตรวจสอบย้อนกลับ และสร้างเครื่องหมายมาตรฐานที่ประชาชนเข้าถึงได้จริง ควบคู่กับการพัฒนาทักษะบุคลากร การตรวจสุขภาพ และการอบรมผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรมีมาตรการเชิงโครงสร้างที่เปิดโอกาสให้ภาครัฐ ร้านอาหาร ผู้จัดส่ง และผู้บริโภค มีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขาภิบาลตามวิถีโลกยุคใหม่[1, 3, 12] แม้ประเทศไทยจะมีกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การควบคุมคุณภาพและการจัดการสุขลักษณะของการจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสำเร็จ ในสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2566[13-14] ที่กำหนดมาตรฐานครอบคลุมถึงการจัดการสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร ทั้งวิธีการจัดการสุขลักษณะสำหรับการสั่งซื้อล่วงหน้าและการขนส่งด้วยยานพาหนะ แต่ยังขาดความครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องในหลายมิติ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายที่บังคับใช้กับธุรกิจอาหารแล้ว แต่ยังพบปัญหาที่ความไม่สอดคล้องกับบริบทของธุรกิจจัดส่งอาหารที่มีพลวัตสูงและไร้พรมแดน ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางกฎหมายและมาตรฐานสุขาภิบาล

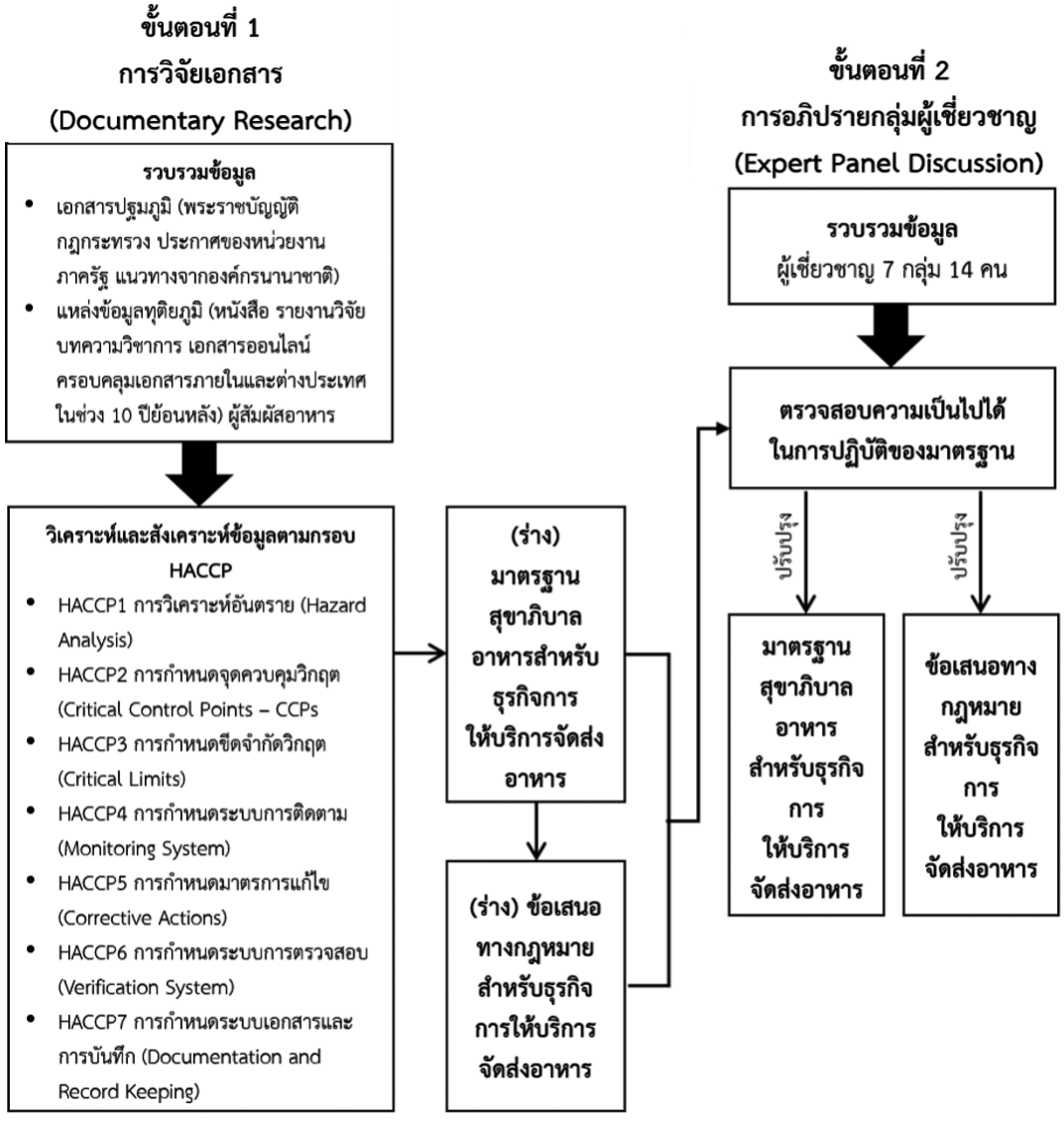
อาหารสำหรับธุรกิจสมัยใหม่ กรมอนามัยเป็นส่วนราชการที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ตลอดจนการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องพัฒนาข้อเสนอทางกฎหมายและปรับเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลที่ตอบโจทย์สถานการณ์ เพิ่มความพร้อมระบบตรวจประเมินที่ทันสมัย มีมาตรการรองรับนวัตกรรม และเปิดโอกาสให้เกิดระบบการรับรองมาตรฐานในวงกว้าง เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของสังคมและประชาชนในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารในประเทศไทย
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหารในธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยศึกษาใน 2 ขั้นตอนระหว่างมิถุนายน 2568 - มกราคม 2569 มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานและข้อเสนอทางกฎหมายสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร มีกระบวนการวิจัยตามแผนภาพที่ 1 ประกอบด้วย



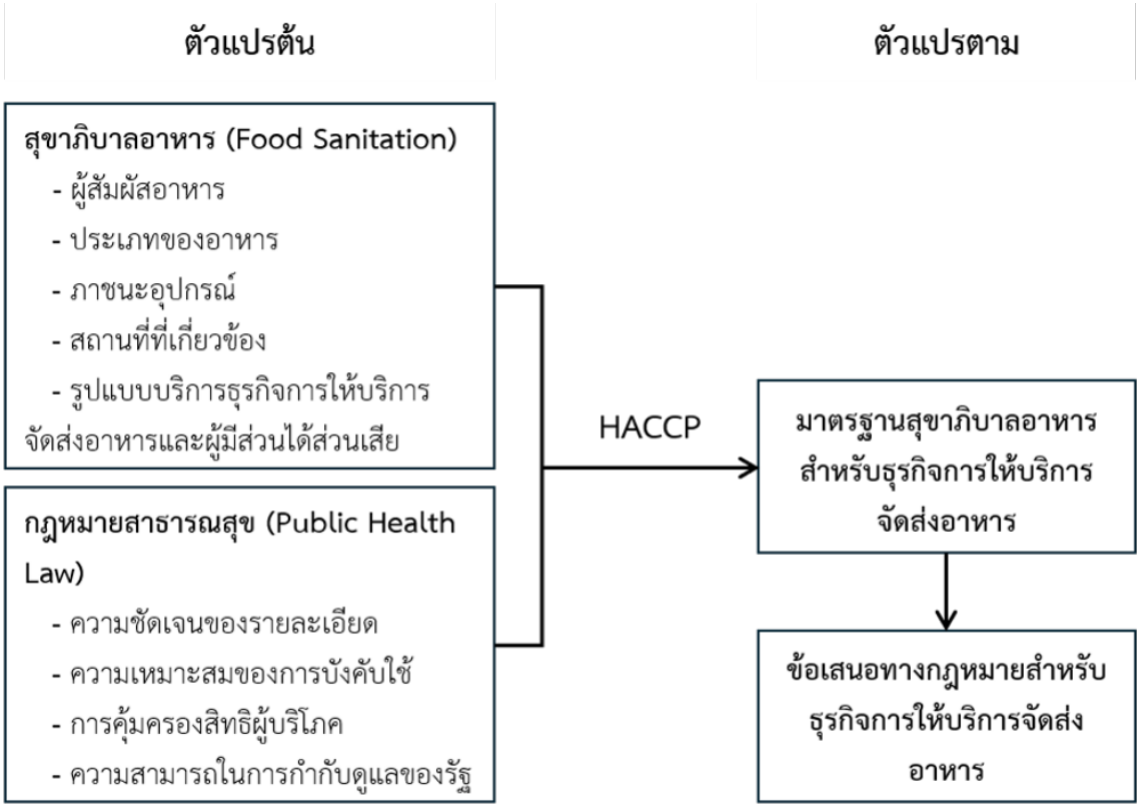
แผนภาพที่ 1 กระบวนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ใช้แนวคิด Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) 7 ขั้นตอน[15-16] ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากเอกสารปฐมภูมิและแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) และการสังเคราะห์แบบบรรยาย (Narrative Synthesis) ร่วมกับการให้เหตุผลแบบอุปนัย (Inductive Reasoning) เพื่อพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและข้อเสนอทางกฎหมาย โดยตรวจสอบความตรงของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation)

ขั้นตอนที่ 2 การอภิปรายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Expert Panel Discussion) จำนวน 14 คน มาจาก 7 กลุ่มหลัก เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดห่วงโซ่อุปทานธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร ตั้งแต่ผู้กำกับดูแล ผู้ประกอบการ และผู้รับบริการ ประกอบด้วย 1) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2) ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3) ด้านกฎหมาย 4) ผู้แทนธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร 5) ผู้แทนผู้ผลิตและจำหน่ายอาหาร 6) ผู้แทนผู้จัดส่งอาหาร และ 7) ผู้แทนผู้บริโภคอาหาร ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณภาพและสะท้อนปัญหาที่แท้จริงจากผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่มีประสบการณ์ตรงในธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ด้านนั้นๆ ไม่น้อยกว่า 2 ปี การอภิปรายมีวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น การประเมินผลกระทบเชิงเศรษฐกิจต่อแต่ละภาคส่วน และสรุปเป็นข้อเสนอแนะ

- **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 848/2568 วันที่ 26 มิถุนายน 2568



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการศึกษา

มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์เอกสารและการอภิปรายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ประยุกต์ใช้แนวคิด HACCP ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สุขลักษณะของสถานที่ปรุงประกอบอาหาร พบว่า ในองค์ประกอบนี้มีความคล้ายคลึงกับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารเดิม แต่มีการเน้นย้ำถึงการกำหนดขีดจำกัดวิกฤตและระบบการตรวจสอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของสถานที่ปรุงประกอบอาหาร

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
อันตรายทางชีววิทยา (Biological Hazards) : การปนเปื้อนเชื้อโรค เช่น Salmonella, E. coli จากพื้นผิวที่ไม่สะอาด, การปนเปื้อนจากแมลงและสัตว์นำโรค (หนู, แมลงวัน, แมลงสาบ อันตรายทางเคมี (Chemical Hazards) : สารเคมีทำความสะอาดตกค้าง, สารกำจัดศัตรูพืชจากการควบคุมแมลงและสัตว์ อันตรายทางกายภาพ (Physical Hazards) : ฝุ่นละออง สิ่งสกปรกจากระบบระบายอากาศไม่ดี, เศษแก้ว โลหะ ไม้ จากการบำรุงรักษา	**CCP1.1 โครงสร้างพื้นฐาน** - พื้น ผนังหรือเพดาน โต๊ะ สะอาด ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ชำรุด และทำความสะอาดง่าย - จัดแบ่งพื้นที่ให้เพียงพอสำหรับแต่ละกิจกรรม - จัดให้มีการไหลเวียนของวัตถุดิบเข้า–ออกได้อย่างเหมาะสม - มีแสงสว่างเพียงพอ	- เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้อโรคที่สะสมบนพื้นผิว และภาชนะ - เพื่อลดโอกาสปนเปื้อนเชื้อจากมูลฝอย น้ำเสีย หรือสัตว์นำโรค ตลอดจนเส้นทางการขนส่ง - เพื่อลดโอกาสการเกิดอันตรายจากความร้อนจากอัคคีภัย	- โต๊ะที่ใช้เตรียมหรือปรุงประกอบอาหาร ต้องสูงไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร - แสงสว่างในพื้นที่ประกอบอาหารไม่น้อยกว่า 300 ลักซ์	- ติดตามการทำความสะอาดพื้นที่ อาจใช้วิธีการสังเกตด้วยตาเปล่า หรือ ATP bioluminescence testing หรือ microbial swabbing - ความถี่การติดตามวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้ประกอบการหรือผู้สัมผัสอาหาร	กรณีพบว่าไม่ผ่านมาตรฐานตาม CCPs ต้องแก้ไขทันที และทำซ้ำจนผ่านมาตรฐาน	**- ตรวจสอบประจำวัน :** ความสะอาดพื้นผิว แสงสว่าง การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ การจัดการมูลฝอย การจัดการน้ำเสีย การป้องกันแมลงและสัตว์นำโรค **- ตรวจสอบประจำเดือน :** พื้นผิวโครงสร้างพื้นฐาน การแบ่งพื้นที่ ระบบระบายอากาศ การป้องกันอัคคีภัย	- แปลนสถานที่และการจัดวางอุปกรณ์ - บันทึกการดำเนินงานประจำวัน
	CCP1.2 การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ - มีที่ล้างมือ หรืออุปกรณ์ทำความสะอาดมือ และอุปกรณ์ที่ถูกสุขลักษณะ - ล้างภาชนะและอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วยน้ำยาล้างจานให้สะอาด และอาจฆ่าเชื้อโรคด้วยวิธีต่าง ๆ - ฆ่าเชื้อโรคทันทีหากพบผู้สัมผัสอาหารป่วยด้วยโรคติดต่อ		- เคมีสำหรับฆ่าเชื้อมีคลอรีนความเข้มข้น 50-100 ppm และ pH 6.5-7.5 - เวลาสัมผัส ≥30 วินาที - อุณหภูมิน้ำร้อนสำหรับฆ่าเชื้อ ≥80 °C เป็นเวลา 2				
	CCP1.3 การจัดการมูลฝอย - มีถังรองรับมูลฝอยที่อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ไม่ดูดซับน้ำ มีฝาปิดมิดชิด ดูแลรักษาความสะอาดของถังและบริเวณรอบถังอย่างสม่ำเสมอ และต้องแยกเศษอาหารออกจากขยะประเภทอื่น		-				
	CCP1.4 การจัดการน้ำเสีย - มีการระบายน้ำที่ดี ไม่มีน้ำท่วมขัง ไม่มีเศษอาหารตกค้าง และแยกไขมันออกก่อนปล่อยน้ำทิ้ง		-				

ตารางที่ 1 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของสถานที่ปรุงประกอบอาหาร (ต่อ)

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
	CCP1.5 ระบบระบายอากาศ - มีระบบระบายอากาศในอาคารที่ดีและเพียงพอ - มีการดูแล ตรวจสอบ บำรุงรักษาระบบปรับอากาศอย่างสม่ำเสมอ		-				
	CCP1.6 การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค - มีมาตรการในการป้องกันสัตว์ แมลงนำโรค และสัตว์เลี้ยงตามหลักวิชาการ		-				
	CCP1.7 การป้องกันอัคคีภัย - มีมาตรการ อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับป้องกัน อัคคีภัยจากการใช้เชื้อเพลิง		-				

ตารางที่ 2 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของอาหารและกรรมวิธี

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
อันตรายทางชีววิทยา (Biological Hazards) : การอยู่รอดของเชื้อโรคในอุณหภูมิอันตราย (Temperature danger zone), การปนเปื้อนข้าม (cross-contamination) ระหว่างอาหารดิบและสุก **อันตรายทางเคมี (Chemical Hazards) :** สารเคมีจากการล้างวัตถุดิบไม่เพียงพอ, การปนเปื้อนสี สารกันบูด ฯลฯ จากวัตถุดิบ	**CCP2.1 อาหารปรุงสำเร็จประเภทใช้ความร้อน** - ปรุงประกอบอาหารด้วยวิธีการใช้ความร้อนที่เหมาะสมตามประเภทของอาหาร - จัดเก็บอาหารในภาชนะที่สะอาด มีการปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน - ควบคุมอุณหภูมิการเก็บรักษา - ควบคุมเวลาจัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จ	- เพื่อการทำลายเชื้อโรคที่ทนความร้อน - ป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในอุณภูมิอันตราย - เพื่อจำกัดเวลาที่เชื้อโรคเจริญเติบโต	- อุณหภูมิการเก็บรักษาให้อาหารร้อนที่อุณหภูมิสูงกว่า 63 องศาเซลเซียส - จัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จไม่เกิน 2 ชั่วโมง - อาหารร้อนที่วางไว้ที่อุณหภูมิห้องปกติ 2 ชั่วโมง ต้องนำกลับไปอุ่นใหม่ที่อุณหภูมิอย่างน้อย 74 องศาเซลเซียส	- ติดตามวิธีปรุงประกอบอาหารที่เหมาะสมด้วยการสังเกต - ติดตามอุณหภูมิการเก็บรักษาด้วยเครื่องมือ เช่น เทอร์โมมิเตอร์แบบต่าง ๆ - ความถี่การติดตามระหว่างปรุงประกอบอาหารทุก 15 นาที ตรวจสอบก่อนการจัดส่ง และระหว่างการจัดส่งทุก 30 นาที โดยผู้สัมผัสอาหาร	- สำหรับอาหารประเภทใช้ความร้อน กรณีอุณหภูมิไม่ถึงเกณฑ์ ให้ปรุงประกอบต่อตนได้อุณภูมิที่ต้องการ - กรณีการควบคุมอุณหภูมิและเวลาไม่ได้ตามเกณฑ์ อาจพิจารณาทิ้งอาหารและปรุงประกอบใหม่	- ตรวจสอบประจำวัน : อุณหภูมิตู้เย็น ตู้แช่ และอาหารทั้งระหว่างการปรุงประกอบ และระหว่างการขนส่ง - ตรวจสอบประจำเดือน : การสุ่มทดสอบเชื้อในน้ำ และอาหารที่ปรุงเสร็	- สูตรและวิธีประกอบอาหาร - บันทึกเวลา และอุณภูมิระหว่างการขนส่งอาหาร อาจใช้ traceability records ผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล

ตารางที่ 2 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของอาหารและกรรมวิธี (ต่อ)

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
	CCP2.2 อาหารปรุงสำเร็จประเภทไม่ใช้ความร้อน - ล้างวัตถุดิบให้สะอาดเหมาะสมตามประเภท - จัดเก็บรักษาคุณภาพอาหารในภาชนะบรรจุที่มีการปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน - จัดเก็บในตู้เย็น ตู้แช่ หรืออุปกรณ์เก็บรักษาด้วยความเย็นที่ควบคุมอุณหภูมิ - ใช้อุปกรณ์หยิบจับอาหาร ห้ามใช้มือสัมผัสอาหารโดยตรง - ควบคุมเวลาจัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จ		-ควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น ตู้แช่ หรืออุปกรณ์เก็บรักษาให้อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส - จัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จไม่เกิน 2 ชั่วโมง				

องค์ประกอบที่ 2 สุขลักษณะของอาหารและกรรมวิธี พบว่า ในองค์ประกอบนี้ การกำหนดจุดควบคุมวิกฤต เน้นย้ำความสำคัญของการควบคุมอุณหภูมิและเวลาของการจัดส่งอาหารที่ต้องมีระบบการตรวจสอบขีดจำกัดวิกฤตอย่างสม่ำเสมอ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 3 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของภาชนะและบรรจุภัณฑ์

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
อันตรายทางชีววิทยา (Biological Hazards) : ได้รับสารกระตุ้นการแพ้จากวัตถุดิบในอาหารโดยไม่ตั้งใจ **อันตรายทางเคมี (Chemical Hazards) :** การปนเปื้อนไมโครพลาสติก และสารเคมีอื่น ๆ จากบรรจุภัณฑ์, การละลายของหมึกพิมพ์และสีย้อมเข้าสู่อาหาร **อันตรายทางกายภาพ (Physical Hazards) :** เศษแก้ว เศษโลหะ เส้นใยจากวัสดุบรรจุภัณฑ์	**CCP3.1 คุณลักษณะภาชนะบรรจุอาหารสำหรับการจัดส่ง** - บรรจุอาหารในภาชนะหรือบรรจุภัณฑ์ที่สะอาดเหมาะสมกับประเภทและปริมาณของอาหาร เช่น ใช้กล่องบรรจุอาหารประเภททนความร้อนสำหรับบรรจุอาหารปรุงสำเร็จประเภทใช้ความร้อน ไม่ใช้กล่องบรรจุอาหารประเภทธรรมดาหรือกล่องอาหารประเภททนความเย็นมาบรรจุอาหารปรุงสำเร็จประเภทใช้ความร้อน เป็นต้น - ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่มีโครงสร้างที่แข็งแรงทนต่อการขนส่งและการจัดวางซ้อนกัน สามารถปิดมิดชิดได้ - ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่สามารถเก็บรักษาอุณหภูมิและคุณภาพของอาหารให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม	- เพื่อป้องกันการปนเปื้อนสิ่งเจือปนจากภาชนะและบรรจุภัณฑ์ - เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างการจัดส่งอาหาร - ลดโอกาสเกิดอาการแพ้จากอาหาร	- บรรจุภัณฑ์มีความสมบูรณ์ร้อยละ 100 - บรรจุภัณฑ์แต่ละประเภทมีปริมาณสารเคมีไม่เกินมาตรฐาน เช่น Bisphenol A (BPA) ไม่เกิน 0.05 mg/kg	- ติดตามคุณภาพภาชนะและบรรจุภัณฑ์ด้วยการสังเกต การแสกนบาร์โค้ดของผลิตภัณฑ์ หรือใบรับรองจากบริษัทผู้ผลิตผู้ผลิต - ความถี่การติดตามทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนชนิดบรรจุภัณฑ์ หรือเปิดหีบห่อของบรรจุภัณฑ์ใหม่โดยผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร	- หากบรรจุภัณฑ์ไม่ผ่านเกณฑ์ควรเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ใหม่ - หากพบการปนเปื้อนสารต่าง ๆ ที่บรรจุภัณฑ์ ควรทิ้งและเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ใหม่ และอาจพิจารณาส่งบรรจุภัณฑ์ไปตรวจสอบกับบริษัทผู้ผลิต	- **ตรวจสอบประจำวัน :** คุณภาพของบรรจุภัณฑ์, บันทึกการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability records) - **ตรวจสอบประจำเดือน :** ใบรับรองจากบริษัทผู้ผลิต	-

ตารางที่ 3 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของภาชนะและบรรจุภัณฑ์ (ต่อ)

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
	CCP3.2 การจัดการภาชนะบรรจุอาหารสำหรับการจัดส่ง - ปกปิดภาชนะบรรจุอาหารให้มิดชิด - ระบุรายละเอียดกำกับที่ภาชนะบรรจุอาหาร เช่น ชื่ออาหาร วันที่ผลิตอาหาร วิธีการจัดเก็บอาหาร ข้อแนะนำสำหรับผู้ซื้อ โดยเฉพาะอาหารที่มีโอกาสทำให้เกิดอาการแพ้ได้สูง		- มีการระบุรายละเอียดกำกับครบถ้วนถูกต้องร้อยละ 100				

องค์ประกอบที่ 3 สุขลักษณะของภาชนะและบรรจุภัณฑ์ พบว่า ในองค์ประกอบนี้ การกำหนดจุดควบคุมวิกฤต ต้องมีการควบคุมคุณลักษณะภาชนะบรรจุอาหารสำหรับการจัดส่งให้สามารถควบคุมอุณหภูมิในเวลาที่เหมาะสมได้ รวมถึงมีโครงสร้างที่คงทนแข็งแรง ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 4 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
อันตรายทางชีววิทยา (Biological Hazards) : การปนเปื้อนจาก Norovirus, Hepatitis A จากมือผู้สัมผัสอาหารที่ไม่สะอาด, การปนเปื้อนจาก Staphylococcus aureus จากบาดแผล, การติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารของผู้สัมผัสอาหาร **อันตรายทางกายภาพ (Physical Hazards) :** เครื่องประดับชิ้นส่วนร่างกาย เช่น เส้นผม เล็บ ขนตา ของผู้สัมผัสอาหาร	**CCP4.1 การแต่งกาย** - แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ใส่ผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือตาข่ายคลุมผมให้มิดชิด หรือมีอุปกรณ์ป้องกันที่สะอาด - สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หรืออุปกรณ์ป้องกันน้ำลายให้ถูกต้องตลอดเวลา **CCP4.2 สุขอนามัยส่วนบุคคล** - รักษาความสะอาดของมือและเล็บ และล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนและหลังสัมผัสอาหาร - หากมีบาดแผลที่มือต้องทำแผลและปิดบาดแผลให้มิดชิด สวมถุงมือทับอีกชั้นหนึ่ง โดยถุงมือต้องสะอาดและอยู่ในสภาพดี ควรเปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง	- เพื่อกำจัดและลดปริมาณเชื้อบนมือและร่างกายของผู้สัมผัสอาหาร - เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภค	-เวลาล้างมือ ≥ 20 วินาที	- เฝ้าระวังการรักษาความสะอาดของมือและเล็บ การแต่งกาย และบาดแผลของผู้สัมผัสอาหาร - การคัดกรองการเจ็บป่วยของผู้สัมผัสอาหาร - ความถี่การติดตามทุกวันโดยผู้ประกอบการ หรือผู้สัมผัสอาหาร	- หากพบว่าล้างมือไม่สะอาด ให้ล้างมือใหม่ตาม 7 ขั้นตอนการล้างมือ พร้อมฝึกปฏิบัติการรักษาความสะอาดของมือและเล็บ - หากผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต้องหยุดปฏิบัติงาน และให้ดำเนินการส่งผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาให้หายก่อนจึงกลับมาปฏิบัติงานได้ - หากผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหารไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ให้ดำเนินการอบรมทันที โดยอาจใช้รูปแบบการอบรมออนไลน์ของกรมอนามัย	- **ตรวจสอบประจำวัน** : การคัดกรองสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร, การเฝ้าระวังการแต่งกาย และสุขอนามัยส่วนบุคคลผู้สัมผัสอาหาร **- ตรวจสอบประจำเดือน** : สุ่มตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนมือผู้สัมผัสอาหารด้วยชุดทดสอบภาคสนาม, สุ่มตรวจหนังสือรับรองการอบรมของผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร	- รายการตรวจสอบเครื่องแต่งกายของผู้สัมผัสอาหาร - แบบตรวจและคัดกรองสุขภาพผู้สัมผัสอาหาร - หลักสูตรเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร

ตารางที่ 4 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร (ต่อ)

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
	CCP4.3 การคัดกรองสุขภาพ - ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อหรือพาหะนำโรคติดต่อ ต้องห้ามปฏิบัติงาน เช่น อหิวาตกโรค บิด โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ เป็นต้น รวมถึงโรคอื่น ๆ ที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภคโดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ -ผู้ประกอบกิจการต้องกำกับ ดูแล คัดกรองการเจ็บป่วยของผู้สัมผัสอาหาร		- ผู้สัมผัสอาหารได้รับการตรวจโรคติดต่อร้อยละ 100 - ผู้สัมผัสอาหารร้อยละ 100 ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อขณะปรุงประกอบอาหาร				
	CCP4.4 การอบรม - ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร เช่น หลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น - ผู้สัมผัสอาหารประเภทผู้ขนส่งอาหารต้องผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักการป้องกันการปนเปื้อนระหว่างขนส่ง สุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ขับขี่ยานพาหนะ วิธีขนส่งอาหารที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ เป็นต้น		- ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 100 ผ่านหลักสูตรเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร				

องค์ประกอบที่ 4 สุขลักษณะของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร พบว่า ในองค์ประกอบนี้ต้องให้ความสำคัญกับผู้สัมผัสอาหารประเภทผู้ขนส่งอาหาร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารที่ต้องมีการพัฒนาศักยภาพการสัมผัสอาหาร ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การคัดกรองสุขภาพ ตลอดจนการแต่งกาย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคที่มีอาหารเป็นสื่อจากกระบวนการจัดส่งอาหาร ดังรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 5 มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารด้านสุขลักษณะของการจำหน่ายและจัดส่งอาหาร

HACCP1	HACCP2		HACCP3	HACCP4	HACCP5	HACCP6	HACCP7
	CCPs	เหตุผล					
อันตรายทางชีววิทยา (Biological Hazards) : การเจริญของเชื้อโรคระหว่างขนส่งจากอุณหภูมิไม่เหมาะสม, การปนเปื้อนจากยานพาหนะที่ไม่สะอาด **อันตรายทางกายภาพ (Physical Hazards) :** การปนเปื้อนจากฝุ่นละออง ไอเสียรถยนต์ และสิ่งแปลกปลอมระหว่างขนส่ง	**CCP5.1 การให้บริการจัดส่งอาหาร** - บรรจุอาหารในภาชนะสะอาด เหมาะกับประเภทและปริมาณอาหาร ปิดมิดชิด มีรายละเอียดกำกับที่ภาชนะบรรจุอาหาร - การส่งมอบอาหารจากผู้ประกอบอาหารให้กับผู้ขนส่งอาหาร ต้องจัดวางเตรียมไว้ให้ปิดมิดชิด เช่น ใช้ฝาปิด ตู้ครอบอาหาร เป็นต้น - ระหว่างการจัดส่งต้องรักษาอุณหภูมิให้เหมาะสมกับประเภทอาหาร ทั้งอาหารปรุงสำเร็จประเภทใช้ความร้อนและไม่ใช้ความร้อน รวมถึงรักษาเวลาการจัดส่งไม่ให้เกินมาตรฐาน - ผู้สัมผัสอาหารประเภทผู้ขนส่งอาหารต้องตรวจสอบสภาพบรรจุภัณฑ์ก่อนการจัดส่งให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ และจัดส่งให้ถึงมือผู้บริโภคโดยตรง กรณีไม่ได้ส่งมอบอาหารให้กับผู้บริโภคโดยตรง ต้องจัดวางอาหารไว้ในที่ปิดมิดชิด - ใช้การชำระเงินแบบไม่ใช้เงินสด เพื่อลดการสัมผัส	- เพื่อกำจัดและลดปริมาณเชื้อบนมือและร่างกายของผู้สัมผัสอาหาร - เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคจากผู้สัมผัสอาหารไปสู่ผู้บริโภค - เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อโรคระหว่างการขนส่ง - เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมระหว่างการขนส่ง	- อุณหภูมิการขนส่งอาหารประเภทใช้ความร้อนสูงกว่า 63 องศาเซลเซียส หรืออาหารประเภทไม่ใช้ความร้อนอุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส - จัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จไม่เกิน 2 ชั่วโมง - การจัดวางอาหารที่บรรจุในต้องสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร	- ติดตามอุณหภูมิและเวลาขณะการจัดส่ง - ความถี่การติดตามต่อเนื่องระหว่างการจัดส่ง (Real-time) โดยเจ้าของธุรกิจออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางของการให้บริการจัดส่งอาหาร	- หากพบว่าอุณหภูมิผิดปกติให้หยุดจัดส่งทันที แล้วตรวจสอบอุปกรณ์และบรรจุภัณฑ์ และอาจพิจารณาปรับประกอบอาหารใหม่หากอาหารเสียหายแล้ว - หากเวลาจัดส่งล่าช้ากว่ามาตรฐาน อาจดำเนินการตรวจสอบว่าอาหารยังปลอดภัยหรือไม่ หากไม่ปลอดภัยอาจพิจารณาปรุงประกอบอาหารใหม่	**- ตรวจสอบประจำวัน :** อุณหภูมิอาหารระหว่างการจัดส่ง, ข้อร้องเรียนของผู้บริโภค **- ตรวจสอบประจำเดือน :** ความสามารถในการรักษาอุณหภูมิของอุปกรณ์บรรจุบรรจุภัณฑ์อาหาร, ความพึงพอใจของผู้บริโภค	- คู่มือการปฏิบัติงานของผู้สัมผัสอาหารประเภทผู้ขนส่งอาหาร - แบบบันทึกเวลาและอุณหภูมิระหว่างการจัดส่ง - การบันทึกข้อร้องเรียนและความพึงพอใจของผู้บริโภค
	CCP5.2 การติดตามและการจัดการข้อมูล - เจ้าของธุรกิจออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางของการให้บริการจัดส่งอาหาร ต้องจัดให้มีรหัสเฉพาะสำหรับแต่ละคำสั่งซื้อ มีการบันทึกเวลาเตรียมส่งมอบอาหารปรุงสำเร็จให้แก่ผู้สัมผัสอาหารประเภทผู้ขนส่งอาหาร และการจัดส่งถึงผู้บริโภค มีการบันทึกอุณหภูมิตลอดการจัดส่ง รวมถึงมีระบบติดตามความคิดเห็นและข้อร้องเรียนของผู้บริโภค		- มีบันทึกรายละเอียดการจัดส่งร้อยละ 100				

องค์ประกอบที่ 5 สุขลักษณะของการจำหน่ายและจัดส่งอาหาร พบว่า ในองค์ประกอบนี้มีการเพิ่มเติมกระบวนการจัดส่งอาหารเป็นสำคัญ โดยกำหนดรายละเอียดการส่งมอบอาหาร การจัดส่ง และการตรวจสอบสภาพบรรจุภัณฑ์ นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับการติดตามการขนส่งอาหารจากเจ้าของธุรกิจออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางของการให้บริการจัดส่งอาหาร ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5

ข้อเสนอทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหารในธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารในประเทศไทย

กฎหมายที่ใช้บังคับกับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก คือ (1) กฎหมายควบคุมคุณภาพอาหาร ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม) (2) กฎหมายขนส่ง และ (3) กฎหมายนิติกรรมธุรกิจ อย่างไรก็ตาม กฎหมายเหล่านี้ไม่ได้รองรับลักษณะเฉพาะของธุรกิจที่มีความสัมพันธ์ซับซ้อนระหว่าง 4 ฝ่าย บทความนี้จึงนำเสนอเฉพาะข้อเสนอทางกฎหมายควบคุมคุณภาพอาหาร 2 ฉบับ ได้แก่

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มีเจตนารมณ์ควบคุมโรงงานผลิตอาหารเชิงธุรกิจ ไม่ครอบคลุมการจัดส่งผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล และนิยามยังมีความทับซ้อนกับกฎหมายอื่น จึงเสนอให้ปรับปรุงนิยามของ “อาหาร” ในมาตรา 4 โดยยกเว้นอาหารปรุงสำเร็จที่ผู้ประกอบการปรุงและส่งมอบให้กับผู้ขนส่งอาหารหรือผู้บริโภคโดยตรง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการบังคับใช้

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 (ที่แก้ไขเพิ่มเติม) แม้ครอบคลุมสถานที่ปรุงประกอบในธุรกิจการให้บริการจัดส่ง แต่การบังคับใช้ยังไม่จริงจัง จึงเสนอให้ปรับปรุงกระบวนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นและการบังคับใช้ให้เป็นรูปธรรม รวมถึงเสนอปรับปรุงกฎหมายลูก ดังนี้

กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ควรปรับปรุง (1) นิยาม “ผู้ประกอบกิจการ” ให้หมายรวมถึง สถานที่จำหน่ายอาหารในธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารซึ่งเป็นแหล่งปรุงประกอบอาหารในธุรกิจประเภทนี้ (2) นิยาม “ผู้สัมผัสอาหาร” ให้หมายรวมถึง ผู้ขนส่งอาหารในลักษณะการขนส่งด้วยยานพาหนะออกนอกสถานที่จำหน่ายอาหาร ทั้งที่เป็นลูกจ้างและไม่ใช่ลูกจ้างของผู้ประกอบการด้วย (3) ปรับปรุงหมวด 2 สุขลักษณะของอาหาร กรรมวิธีการทำ ประกอบ หรือปรุง การเก็บรักษา และการจำหน่ายอาหาร ให้ครอบคลุมถึงสุขลักษณะด้านเวลาของการจัดส่งอาหารหลังปรุงประกอบอาหารเสร็จออกนอกสถานที่จำหน่ายอาหาร และ (4) ปรับปรุงหมวด 3 สุขลักษณะของภาชนะ อุปกรณ์ และเครื่องใช้อื่น ๆ ให้ครอบคลุมถึงภาชนะบรรจุอาหารสำหรับการขนส่ง ให้มีลักษณะโครงสร้างที่แข็งแรง ทนต่อการขนส่ง สามารถปิดมิดชิด รวมถึงสามารถควบคุมอุณหภูมิให้เหมาะสมตามประเภทอาหาร นอกจากนั้นจากอำนาจตามความในกฎกระทรวงฉบับนี้ ทำให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การควบคุมคุณภาพและการจัดการสุขลักษณะของการจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสำเร็จ ในสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2566 ซึ่งได้กำหนดนิยามของ “การให้บริการจัดส่งอาหาร” ไว้ชัดเจนแล้วแต่ควรปรับปรุงรายละเอียดการควบคุมบรรจุภัณฑ์ให้ตรงกับชนิดอาหาร และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลบันทึกรหัส เวลา อุณหภูมิ และข้อร้องเรียน เพื่อคัดกรองคุณภาพร้านอาหาร นอกเหนือจากการประเมินตนเองตามปกติ นอกจากนั้นยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการจัดการอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561 ควรเพิ่มเติมหลักสูตรสำหรับผู้ขนส่งอาหาร เช่น การป้องกันการปนเปื้อนสุขอนามัย และวิธีขนส่งควบคุมอุณหภูมิ รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคที่ครบถ้วน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารต้องเป็นกระบวนการที่มีการร่วมมือ (Multi-stakeholder approach) ระหว่างภาครัฐ ร้านค้า แพลตฟอร์ม และผู้บริโภค ความสำคัญอยู่ที่การหาสมดุลระหว่างสุขาภิบาลอาหารกับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยผลการศึกษาได้นำเสนอประเด็นอภิปรายสำคัญที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของการกำกับดูแลในยุคดิจิทัล ดังนี้

(1) ความสำคัญของการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในบริบทดิจิทัลและการควบคุมกระบวนการ (Process-based Control) การเติบโตของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารหลังสถานการณ์โควิด-19 ได้สร้างช่องว่างด้านความปลอดภัยที่ไม่เคยมีมาก่อน สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่พบผลกระทบของอาหารไม่ปลอดภัยต่อประชากรโลก[4] และการศึกษาของ Addai และคณะ[5] ที่ระบุว่าระบบออนไลน์ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคผ่านอาหาร ผลการศึกษาครั้งนี้จึงได้เสนอมาตรฐานที่เน้นการควบคุมกระบวนการตลอดห่วงโซ่อุปทาน โดยเฉพาะในขั้นตอนการขนส่งซึ่งถือเป็นจุดวิกฤต (Critical Control Point) ที่ถูกมองข้ามในอดีต

มาตรฐานใหม่ที่นำเสนอในองค์ประกอบที่ 5 (สุขลักษณะของการจำหน่ายและจัดส่งอาหาร) มุ่งเน้นการจัดการภาชนะที่จำเพาะ การควบคุมเวลาและอุณหภูมิ และการยกระดับผู้ขนส่งอาหารให้เป็นผู้สัมผัสอาหารที่มีความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ FAO และองค์การอนามัยโลก[15, 17] รวมถึงแนวทาง New Era of Smarter Food Safety ของ FDA สหรัฐอเมริกา[18] ที่เปลี่ยนจุดเน้นจากการตรวจสถานที่เพียงอย่างเดียว มาเป็นการควบคุมความเสี่ยงระหว่างการขนส่งเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคอย่างแท้จริง

(2) บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลในการกำกับดูแล (Digital Governance) ผลการศึกษาองค์ประกอบที่ 5 ยืนยันถึงความจำเป็นในการนำเทคโนโลยีมาใช้ติดตามและจัดการข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kamilaria และคณะ[22] ที่พบว่าแนวโน้มโลกมีการใช้ Internet of Things (IoT) และเซนเซอร์อัจฉริยะในการติดตามอุณหภูมิแบบเรียลไทม์ (Real-time Monitoring) รวมถึงการใช้เทคโนโลยี Blockchain เพื่อการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) เพิ่มมากขึ้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่เพียงช่วยควบคุมคุณภาพอาหาร แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในระบบการกำกับดูแลร่วม (Co-regulation) ที่ช่วยให้เจ้าของแพลตฟอร์มสามารถตรวจสอบมาตรฐานของผู้ขนส่งและร้านค้าได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Martinez และคณะ[23] ที่กล่าวถึงการกำกับดูแลร่วมในดูแลความปลอดภัยด้านอาหารของภาครัฐและเอกชน

(3) ปัญหาความล้าหลังของกฎหมายและความท้าทายในการบังคับใช้ ผลการศึกษาพบว่ากฎหมายปัจจุบันประสบปัญหาความล้าหลัง (Regulatory Lag) ไม่สามารถรองรับรูปแบบธุรกิจใหม่ได้ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบปัญหาในธุรกิจครัวเชิงพาณิชย์ (Cloud Kitchens)[24] ซึ่งขาดหน้าร้านและดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ยากต่อการตรวจสอบและระบุตัวตนผู้รับผิดชอบ ในบริบทของประเทศไทย ปัญหานี้สะท้อนผ่านความคลุมเครือของนิยามในกฎหมายหลัก โดยเฉพาะนิยาม "อาหาร" ที่มีความทับซ้อนระหว่าง พ.ร.บ. สองฉบับ และนิยาม "ผู้ประกอบกิจการ" กับ "ผู้สัมผัสอาหาร" ในกฎกระทรวงฯ พ.ศ. 2561 ที่มุ่งเน้นกับกรอบกายภาพของสถานที่ ทำให้ไม่ครอบคลุมถึงผู้ขนส่งอาหารและลักษณะธุรกิจแบบใหม่

การศึกษานี้จึงเสนอให้มีการปรับปรุงนิยามทางกฎหมายให้ชัดเจนและครอบคลุมถึงกิจกรรมการขนส่งและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อปิดช่องว่างทางกฎหมายที่ทำให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเป็นรูปธรรมในปัจจุบัน

(4) การปรับตัวสู่มาตรฐานสากลและการคุ้มครองผู้บริโภคเชิงรุก ข้อเสนอทางกฎหมายจากการศึกษานี้สอดรับกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบในระดับสากล เช่น กฎหมายคุ้มครองความปลอดภัยในการจัดส่งอาหาร (Food and Nutrition Delivery Safety Act of 2024) ในสหรัฐอเมริกา ที่เริ่มบังคับใช้ในหลายรัฐ การปรับปรุงมาตรฐานสุขาภิบาลของไทยให้ครอบคลุมถึงบรรจุภัณฑ์ การควบคุมอุณหภูมิ และสุขอนามัยของผู้ขนส่ง จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อยกระดับสุขาภิบาลอาหารของไทยให้ทัดเทียมสากล และสร้างหลักประกันความปลอดภัยครบวงจรแก่ผู้บริโภคในยุคดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

- กรมอนามัยควรเร่งปรับปรุงมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและแนวทางการตรวจสอบเฉพาะด้านธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร เพื่อให้ครอบคลุมถึงการให้บริการในรูปแบบปัจจุบัน และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้บริโภคโดยรวม

- กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรเร่งศึกษาและปรับปรุงพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ให้ทันสมัย และครอบคลุมการให้บริการของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการกำกับดูแลธุรกิจประเภทนี้

- กรมอนามัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ควรปรับปรุงกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย และการตรวจสอบธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร โดยเน้นความส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ผู้ประกอบการแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางการจัดส่งอาหาร ผู้ประกอบการธุรกิจอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร

• ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

- กรมอนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการตรวจสอบและควบคุมที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามและควบคุมคุณภาพการดำเนินการตามสุขาภิบาลอาหารของธุรกิจออนไลน์ที่เป็นศูนย์กลางของการให้บริการจัดส่งอาหาร เช่น การใช้ระบบติดตาม การควบคุมอุณหภูมิ และการสร้างระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับการติดตามย้อนกลับ

- กรมอนามัย และเจ้าของธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหาร ควรร่วมกันพัฒนาขีดความสามารถของผู้สัมผัสอาหารประเภทต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินการตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารได้อย่างมีคุณภาพ

• ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมด้วยการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ควบคู่ไปกับการประเมินผลกระทบในการออกกฎระเบียบ เพื่อให้ข้อเสนอทางกฎหมายสามารถนำไปสู่ข้อตกลงร่วมกันทางสังคมก่อนการปรับปรุงกฎหมาย

ข้อจำกัดในการศึกษา

มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับธุรกิจการให้บริการจัดส่งอาหารทั้ง 5 องค์ประกอบ เป็นการศึกษาโดยอาศัยการวิจัยเอกสารจากเอกสารปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ศิริวนารังสรรค์, ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, ศิราณี ศรีใส. การพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหารเพื่อรองรับสังคมดิจิทัลและวิถีชีวิตปกติใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567;47(1):28-39.
2. ธนภัทร ปัจฉิมม์. ‘อาหารเดลิเวอรี่’ ก็มี ‘กฎหมายควบคุม’. สยามรัฐ 9 มิถุนายน 2563.
3. ศุภิกา วงศ์อุทัย. สถานการณ์ ผลกระทบสุขภาพ และการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารต่อบริการจัดส่งอาหารถึงที่ในความปกติใหม่ จังหวัดภูเก็ต. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(1):311-27.
4. World Health Organization. Food safety [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [updated 2024; cited 2025 Sep 3]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety
5. Gargiulo AH, Duarte SG, Campos GZ, Landgraf M, Franco BDGM, Pinto UM. Food safety issues related to eating in and eating out. Microorganisms 2022;10(11):2118. doi:10.3390/microorganisms10112118
6. King H. Digital Transformation of Foodservice: Potential Contributing Factors for Foodborne Illness Outbreaks [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 3]. Available from: https://www.food-safety.com/articles/9401-digital-transformation-of-foodservice-potential-contributing-factors-for-foodborne-illness-outbreaks
7. Addai E, Torres DFM, Abdul-Hamid Z, Mezue MN, Asamoah JKK. Modelling the dynamics of online food delivery services on the spread of food-borne diseases. Model Earth Syst Environ 2024;10:4993–5008. doi:10.1007/s40808-024-02046-8
8. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96, ตอนที่ 79 (ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2522).
9. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 [อินเทอร์เน็ต]. 2535 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://searchlaw.ocs.go.th/council-of-state/#/public/doc/bmdYQUOQkI3U0hNUTVWRThuU09ZUT09
10. สาคร ศรีมุข. ความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย (Food safety in Thailand) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.senate.go.th/assets/portals/1/news/7576/2_%E0%B9%80 %E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B9%87%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A100103664.doc.pdf
11. วีรนุช ศรีก๊กเจริญ. โครงสร้างตลาดของธุรกิจให้บริการส่งอาหาร (Food Delivery Service) [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
12. สิริกาญจน์ ขุนณรงค์. ปัญหาการกำกับดูแลธุรกิจ Cloud Kitchen ในประเทศไทย [เอกัตศึกษาปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2566.
13. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135 ตอนที่ 42ก (ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2561).

เอกสารอ้างอิง

14. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การควบคุมคุณภาพและการจัดการสุขลักษณะของการจำหน่ายอาหารประเภทปรุงสำเร็จ ในสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 140 ตอนที่ 147ง (ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566).
15. FAO, WHO. General Principles of Food Hygiene. Codex Alimentarius Code of Practice, No.CXC 1-1969. Rome: Codex Alimentarius Commission; 2023.
16. Mortimore S, Wallace C. HACCP: A Practical Approach. 3rd ed. New York: Springer; 2013.
17. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization. Guidelines for food hygiene control measures in traditional markets for food. CXG 103-2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 9]. Available from: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/pl/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FStandards%252FCXG%2B103-2024%252FCXG_103e.pdf
18. U.S. Food & Drug Administration. New Era of Smarter Food Safety FDA's Blueprint for the Future. Maryland: US FDA; 2020.
19. กระทรวงอุตสาหกรรม. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 4225 (พ.ศ. 2553) ออกตามความในพระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. 2511 เรื่อง ยกเลิกมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ภาชนะและเครื่องใช้พลาสติกสำหรับอาหาร และกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ภาชนะและเครื่องใช้พลาสติกสำหรับอาหาร เล่ม 1 พอลิเอทิลีน พอลิพรอพิลีน พอลิสไตรีน พอลิเอทิลีนเทเรฟแทแลต พอลิไวนิลแอลกอฮอล์ และพอลิเมทิลเพนทีน. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 129ง (ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2553).
20. European Parliamentary Research Service. The EU's General Food Law Regulation: An introduction to the founding principles and the fitness check. European Union; 2017.
21. OECD. Improving Regulatory Delivery in Food Safety: Mitigating Old and New Risks, and Fostering Recovery. Paris: OECD Publishing: 2021.
22. Kamilaria A, Fonts A, Prenafeta-Boldu FX. The rise of blockchain technology in agriculture and food supply chains. Trends in Food Science & Technology 2019;91:640-52. doi: 10.1016/j.tifs.2019.07.034.
23. Martinez MG, Fearne A, Caswell JA, Henson S. Co-regulation as a possible model for food safety governance: Opportunities for public–private partnerships. Food Policy 2007;32(3):299-314. doi: 10.1016/j.foodpol.2006.07.005.
24. Henderson B. Inspectors' and Industry's Perspectives on the Food Safety Challenges of Dark Kitchens [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 3]. Available from: https://www.food-safety.com/articles/10113-inspectors-and-industrys-perspectives-on-the-food-safety-challenges-of-dark-kitchens

การศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กต่อความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

บุษยา ผือโย
ชินวัตร ป่าอ้อย
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

วันรับ 12 พฤศจิกายน 2568
วันแก้ไข 9 มกราคม 2569
วันตอบรับ 15 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ประชากรคือ ผู้ปกครองจำนวน 59 คน ที่มารับบริการระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.75) แต่ภายหลังการทดลอง ผู้ปกครองทั้งหมดมีความรอบรู้อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 100.00) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.05±0.61 เป็น 4.00±0.01 เช่นเดียวกับความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ก่อนการทดลองมีเพียง ร้อยละ 52.54 อยู่ในระดับสูง ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100.00 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.44±2.02 เป็น 11.00±0.00 ผลการเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และความร่วมมือภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.45$, $p < 0.001$ และ $t = 13.54$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่สร้างขึ้นมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรอบรู้และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครอง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะโลหิตจาง ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ความร่วมมือในการใช้ยา

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :bussaya.p@anamai.mail.go.th

The Effects of Health Literacy Promotion Model for Anemia Prevention with Iron Supplements Using Iron Supplements Adherence in Parents of Children Aged 9 And 12 Months, Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 6 Chonburi.

Bussaya Phueyo

Chinnawat Pa-oi

Regional Health Promotion Center 6 Chonburi

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a health literacy promotion model for anemia prevention using liquid iron supplementation on parents' health literacy and adherence in administering liquid iron to their children aged 9 and 12 months at the Health Promoting Hospital, Health Center 6, Chonburi. The study population consisted of 59 parents who received services between February and June 2025. The research instrument was a health literacy enhancement model on anemia prevention using iron supplementation syrup. Data were collected using a validated questionnaire reviewed by three experts, with a reliability coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with the paired-samples t-test.

The findings revealed that prior to the intervention, most parents demonstrated inadequate health literacy regarding anemia prevention (84.75%). After the intervention, all parents achieved adequate health literacy (100.00%), with mean scores increasing from 2.05±0.61 to 4.00±0.01. Similarly, parental adherence to iron supplementation was high in only 52.54% before the intervention but increased to 100.00% after the intervention. The mean adherence score improved from 7.44±2.02 to 11.00±0.00. Comparative analysis indicated that mean scores of both health literacy and adherence were significantly higher after the intervention than before ($t = 24.45$, $p < 0.001$; $t = 13.54$, $p < 0.001$, respectively). These results demonstrate that the developed health literacy enhancement model was effective in improving both health literacy in anemia prevention and parental adherence to iron supplementation syrup.

Keywords: Health Literacy, Anemia, Iron Supplements, Medication Adherence

*Corresponding Author, :bussaya.p@anamai.mail.go.th

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงและอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางสมอง และสติปัญญา การขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ในครรภ์หรือช่วงวัยทารกจนถึงอายุ 2 ปี จะส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร แม้จะได้รับการรักษาภายหลังก็อาจไม่สามารถทำให้พัฒนาการกลับมาปกติได้[1] จากรายงานประมาณการขององค์การอนามัยโลก (WHO) ฉบับปี พ.ศ. 2568 ภาวะโลหิตจางยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ พบว่า มีผู้ป่วยโรคโลหิตจางทั่วโลก 1.92 พันล้านคน ร้อยละ 24.3 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 อุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-59 เดือน ทั่วโลก ร้อยละ 39.8 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักโดยเฉพาะทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีสาเหตุหลักจากภาวะโภชนาการและขาดธาตุเหล็ก และยังคงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะประเทศในทวีปแอฟริกาและประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับผลกระทบมากที่สุด[2] สำหรับสถานการณ์ปัญหาในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากในกลุ่มเด็กปฐมวัย ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มลดลงในปัจจุบัน จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 กรมอนามัย พ.ศ. 2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย พบความชุกโลหิตจาง กลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 6-11 เดือน สูงถึงร้อยละ 56.3, เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 25.9 กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.7, อายุ 9-11 ปี ร้อยละ 25.4, อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7[3] และในเขตสุขภาพที่ 6 พบความชุกของภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 21.87 โดยจังหวัดชลบุรีมีอัตราสูงที่สุดถึง ร้อยละ 27.68 และอำเภอเมืองชลบุรี พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 10.93 แต่เมื่อแยกรายตำบล พบว่าในเขตพื้นที่ตำบลนาป่าพบภาวะโลหิตจางสูงที่สุดร้อยละ 18.33 ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่มีภาวะโลหิตจางสูงที่สุดในอำเภอเมืองชลบุรี[4] จึงควรให้ความสำคัญในการป้องกันมิให้ประชากรเด็กไทยขาดธาตุเหล็ก

มาตรการสำคัญในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กคือ การให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าในพื้นที่ที่มีปัญหาภาวะโลหิตจางรุนแรง (ความชุกของภาวะโลหิตจางมากกว่าร้อยละ 40) ควรเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้งในประชากรเด็กทั่วไป ระหว่างอายุ 6-24 เดือน ส่วนในพื้นที่ที่มีปัญหาภาวะโลหิตจางเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรเสริมธาตุเหล็กในประชากรเด็กทั่วไประหว่างอายุ 6-12 เดือน สำหรับประเทศไทย แนวทางให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก สำหรับเด็กอายุ 6-24 เดือน ปริมาณธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง และเด็กอายุ 2-5 ปี ปริมาณธาตุเหล็ก 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี มีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ที่มารับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดีทุกราย และมีการให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรแก่ผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ปกครองมักขาดความร่วมมือในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก เนื่องจากลืม ไม่เข้าใจความสำคัญ ขาดความตระหนักถึงผลเสีย หรือมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน พบว่าการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กกลุ่มอายุ 6-9 เดือน รับประทานไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 40.5 เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 9-12 เดือน รับประทานไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 26.9 ภาวะซีดและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กของเด็กมีผลต่อพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 6 เดือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 และพบว่าในช่วง 6 เดือนที่เด็กได้รับธาตุเหล็กเพียงพอสามารถเก็บสะสมเหล็กไว้ใช้ในการสร้างเม็ดเลือด

ในช่วง 9-12 เดือนได้ ซึ่งการเปรียบเทียบผลเลือดเมื่ออายุ 12 เดือน มีค่าผลเลือดไม่แตกต่างกัน[5] และพบว่าการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กไม่สม่ำเสมอ โดยสาเหตุหลักคือผู้ปกครองลืมป้อนยา เด็กรับประทานยายาก เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่ทราบถึงความสำคัญและไม่ตระหนักถึงผลกระทบของการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย[6,7] ซึ่งปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมินตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้[8] จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[9] รวมถึงการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา คือมีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ[10] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บรรลุเป้าหมายทางคลินิก และส่งผลการรักษามากกว่าการปรับเปลี่ยนการรักษาทางการแพทย์ใดๆ[11] ส่งผลให้ป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัยไทยได้ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านพัฒนาการในระยะยาวของเด็กปฐมวัย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี เด็กที่มารับบริการแบ่งตามอายุที่นัดมาฉีดวัคซีนส่วนใหญ่อายุ 12 เดือน ร้อยละ 22.30 รองลงมา อายุ 6 และ 9 เดือน ร้อยละ 21.00 ตามลำดับ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงและอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการทางสมอง และสติปัญญา การขาดธาตุเหล็กตั้งแต่ในครรภ์หรือช่วงวัยทารกจนถึงอายุ 2 ปี จะส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร แม้จะได้รับการรักษาภายหลังก็อาจไม่สามารถทำให้พัฒนาการกลับมาปกติได้ โดยเด็กยังต้องพึ่งพาความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากผู้ปกครอง และส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กมาก่อน เด็กทุกรายที่มารับบริการจะได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กครั้งแรกอายุ 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้และความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กก่อนและหลังการทดลอง จึงศึกษาในเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน และวัดผลเพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิผล และสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยประยุกต์กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลอง V-Shape ของกรมอนามัย 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การเข้าถึง ความรู้ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ[12] ร่วมกับแนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของกรมอนามัย ประกอบด้วย ความสำคัญของธาตุเหล็ก การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก การป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ขนาดยาและวิธีรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ข้อควรปฏิบัติและข้อห้ามในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก[1] และเสริมด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การใช้แผ่นพับเป็นสื่อ และการติดตามทางโทรศัพท์ โดยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Cue to Action) ใน Health Belief Model (HBM)[13] รูปแบบการวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความไว้วางใจและมีส่วนร่วม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

กิจกรรมที่ 2 สร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ประยุกต์ใช้แบบจำลอง V-shape 6 องค์ประกอบ ร่วมกับแนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

กิจกรรมที่ 3 การแจกแผ่นพับ เรื่อง “ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก” เพื่อให้ผู้ปกครองมีข้อมูลที่สามารถทบทวนได้บ่อยครั้ง เสริมแรงจูงใจให้ผู้ปกครอง ช่วยให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์ การโทรศัพท์กระตุ้นติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 2 เดือน

- **ประชากร** การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในประชากรผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ที่มารับบริการและได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ทุกรายที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างถูกต้อง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
- **ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล** มีดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ซึ่งผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และควบคุมคุณภาพของข้อมูลให้มีความถูกต้องและครบถ้วน

3. วิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท้องคุ้ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาป่า จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.95 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินกิจกรรม (Pre-test) ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามก่อนการดำเนินกิจกรรมระหว่างรอรับยา เพื่อประเมินระดับความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางและความร่วมมือในการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ระยะหลังดำเนินกิจกรรม (Post-test) หลังจากดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางเสร็จสิ้นเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้และความร่วมมือในการ

รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

4. การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ โดยตรวจเช็คข้อมูลเป็นรายข้อ หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยดำเนินการสอบถามเพิ่มเติมในทันที ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้อย่างถูกต้อง

5. การจัดการข้อมูล ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วถูกนำไปบันทึกและวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อคำนวณค่าทางสถิติและใช้ในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อไป

• **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ, ส่วนที่ 2 ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง พัฒนาจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ฉบับย่อ ของกรมอนามัย[14] ประกอบด้วยคำถาม 3 หมวด จำนวน 11 ข้อ ประเมินผลจากมาตรวัดแบบ Likert scale ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ จากยากมากถึงง่ายมาก แปลผลเป็น 2 ระดับ (ค่าเฉลี่ย 0.00 – 3.33 หมายถึง มีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางไม่เพียงพอ และค่าเฉลี่ย 3.34 – 4.00 หมายถึง มีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางเพียงพอ) และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครอง โดยถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของจิราพร แก้วดี และกนกวรรณ โพธิ์ศรี[15] จำนวน 8 ข้อ ข้อที่ 1 – 7 ประเมินผลจากมาตรวัดแบบถูก-ผิด และข้อที่ 8 เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ (ค่าเฉลี่ย 0.00 – 3.66 หมายถึง มีความร่วมมือในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กระดับต่ำ, ค่าเฉลี่ย 3.67 – 7.33 หมายถึง มีความร่วมมือในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 7.34 – 11.00 หมายถึง มีความร่วมมือในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กระดับสูง)

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง และความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired–sample t-test

• **ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย** ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 797/2567 วันที่ 10 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางต่อความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จากประชากร จำนวน 59 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.27 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 45.76 ค่าเฉลี่ย 34.17±9.84 (ค่าต่ำสุด-สูงสุด 20-62 ปี) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.84 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.98 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.58 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน12,407±6,681.47 บาท ค่ามัธยฐาน 14,000 บาท (IQR = 10,000-15,000 บาท) และค่าต่ำสุด-สูงสุด 0-30,000 บาท ไม่มีประสบการณ์การใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กมาก่อน ร้อยละ 76.27

1. ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองมีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 15.25 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 2.05±0.61 (คะแนนเต็ม 4 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความรอบรู้เชิงป้องกันด้านการเข้าถึงข้อมูลสูงที่สุด ร้อยละ 28.81 มีคะแนนเฉลี่ย 1.91±0.88 รองลงมาคือด้านการโต้ตอบซักถาม ร้อยละ 27.12 มีคะแนนเฉลี่ย 2.27±0.74 และด้านการตัดสินใจ ร้อยละ 8.47 มีคะแนนเฉลี่ย 2.02±0.62

ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ปกครองมีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 100.00 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านทุกด้าน 4.00 (SD โดยรวม 0.01, ด้านการเข้าถึงข้อมูล 0.03, ด้านการโต้ตอบซักถาม และด้านการตัดสินใจ 0.00)

2. ความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.52 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.48 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมก่อนการทดลอง 7.44±2.02

ภายหลังการทดลอง พบว่า มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมภายหลังการทดลอง 11.00±0.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางและความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางโดยรวม และความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ($t = 24.45$, $p < 0.001$ และ $t = 13.54$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางรายด้าน พบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ($t = 18.34$, $p < 0.001$; $t = 18.00$, $p < 0.001$ และ $t = 24.40$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน (N = 59)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง	**2.05 (0.61)**	**ไม่เพียงพอ**	**4.00 (0.01)**	**เพียงพอ**
การเข้าถึงข้อมูล	1.91 (0.88)	ไม่เพียงพอ	4.00 (0.03)	เพียงพอ
การโต้ตอบซักถาม	2.27 (0.74)	ไม่เพียงพอ	4.00 (0.00)	เพียงพอ
การตัดสินใจ	2.02 (0.62)	ไม่เพียงพอ	4.00 (0.00)	เพียงพอ
ความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	7.44 (2.02)	**สูง**	11.00 (0.00)	**สูง**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง และความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของผู้ปกครองเด็กอายุ 9 และ 12 เดือน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (N = 59)

ตัวแปร	Mean (S.D.)		Mean Diff. (S.D.)	*t*	*p-value*
	ก่อน	หลัง			
ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง	**2.05 (0.61)**	**4.00 (0.01)**	**1.95 (0.08)**	**24.45**	**<0.001***
การเข้าถึงข้อมูล	1.91 (0.88)	4.00 (0.03)	2.08 (0.11)	18.34	<0.001*
การโต้ตอบซักถาม	2.28 (0.74)	4.00 (0.00)	1.72 (0.10)	18.00	<0.001*
การตัดสินใจ	2.02 (0.62)	4.00 (0.00)	1.98 (0.08)	24.40	<0.001*
ความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	**7.44 (2.02)**	**11.00 (0.00)**	**3.56 (0.26)**	**13.54**	**<0.001***

*Statistical significant at $p < 0.001$

อภิปรายผล

1. รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางต่อความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กมีทั้งความรอบรู้และความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[16] และโซเรนเซน[17] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ปกครองที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จะมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง V-Shape 6 องค์ประกอบ[12] ร่วมกับแนวทางการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก[1] และเสริมด้วยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การใช้สื่อแผ่นพับ และการโทรศัพท์กระตุ้นติดตาม พบว่าผู้ปกครองสามารถตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะโลหิตจาง และสามารถปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแนวทางการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจินต์ มากพา และวิทวัฒน์ อูปคำ[18] ที่พบว่า การใช้แบบจำลอง V-shape ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา สามารถเพิ่มคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวมและรายด้าน นอกจากนี้ การติดตามผลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยรักษาความร่วมมือของผู้ปกครองให้สูงขึ้นอย่างยั่งยืน การสื่อสารแบบสองทางช่วยให้ผู้ปกครองสามารถซักถามข้อสงสัยและได้รับคำตอบที่เหมาะสม ลดความกังวลในการให้ยา และกระตุ้นให้ผู้ปกครองทบทวนความรอบรู้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพิกุล อุทธิยา และคณะ[19] รวมทั้งพรพรรณ ผาจันทา[20] ที่พบว่าการสร้างสัมพันธภาพและการโทรศัพท์กระตุ้นติดตาม ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางมีประสิทธิผลในการเพิ่มทั้งความรอบรู้และความร่วมมือของผู้ปกครอง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กในหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ได้ต่อไป ซึ่งเป็นการยืนยันว่าการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การใช้สื่อแผ่นพับ และการโทรศัพท์กระตุ้นติดตามผล สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางต่อความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

1) ความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 84.75 โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ที่ 2.05±0.61 และคะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ระหว่าง 1.91±0.88 ถึง 2.27±0.74 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง หลังการทดลอง พบว่า ผู้ปกครองมีความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับเพียงพอทั้งหมด ร้อยละ 100.00 โดยคะแนนเฉลี่ยภาพรวมหลังการทดลองอยู่ที่ 4.00±0.01 และคะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ระหว่าง 4.00±0.00 ถึง 4.00±0.03 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้งภาพรวมและรายด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ เช่น กฤติกา นันทประเสริฐ[21] ที่พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาในชุมชนสามารถเพิ่มคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการส่งเสริม และสอดคล้องกับพิกุล อุทธิยา และคณะ[19] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมเสริมสร้าง

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงงานของ กฤติญา ไพศาลรภัทร และคณะ[22] ที่พบว่า โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มทั้งความตระหนักและพฤติกรรมการใช้ยาของนักศึกษาได้อย่างชัดเจน

2) ความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ปกครองมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.54 และระดับปานกลาง ร้อยละ 47.48 โดยคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือก่อนการทดลองอยู่ที่ 7.44±2.02 หลังจากเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง พบว่า ผู้ปกครองมีความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ร้อยละ 100.00 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองอยู่ที่ 11.00±0.00

การเปรียบเทียบความร่วมมือระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย กิ่งแก้ว สำรวยรื่น และนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ[23] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ยามีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมถึงพิกุล อุทธิยา และคณะ[19] ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยา มีทั้งความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และ กฤติญา ไพศาลรภัทร และคณะ[22] ที่พบว่ากิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความรอบรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาได้อย่างชัดเจน ($p < 0.001$)

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและยั่งยืน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การใช้สื่อแผ่นพับ และการโทรศัพท์กระตุ้นติดตามผล ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงจูงใจและความเข้าใจในการปฏิบัติจริงในการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดำเนินการได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ผลลัพธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ส่งผลให้ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลโดยตรงจากรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โรงพยาบาล สถานพยาบาล และหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางไปประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองเด็ก

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ตามแนวทาง V-Shape ควบคู่กับการโทรศัพท์กระตุ้นติดตามเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เกิดความต่อเนื่อง

• ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้เชิงป้องกันภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

2. ควรขยายกลุ่มประชากรในการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นหรือสถานพยาบาลหลายระดับ/ประเภท เพื่อเพิ่มความหลากหลายและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. ควรติดตามผลการศึกษานานตั้งแต่ 6 เดือน เนื่องจากจะถึงระยะในการคงสุขภาวะของเด็กได้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาให้คำปรึกษาจากแพทย์หญิงจิรัฏฐศรี สุวรรณบำรุงชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และเภสัชกรหญิงนพวรรณ ขำโอด เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และการให้ความอนุเคราะห์ของผู้ปกครองทุกคนที่เข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูลตลอดการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. World Health Organization. Anaemia in women and children [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 15]. Available form: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
3. กรมอนามัย กองโภชนาการ. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=194008&id=46330&reload=
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ac2abec1ece639a72ceacd980898b5b2
5. บุษบา อรรถาวีร์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20190522085238_1554/20190523164137_3174.pdf

6. กาญจนี เพชรบ่อทอง. การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 9 เดือน ที่มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2563007001.doc
7. นางสาวกฤษณา วงษ์วรรณ. การจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 6 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: hpc6.anamai.moph.go.th/th/upload-link/download/?did=201421&id=63175&reload=
8. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย.ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย; 19 มกราคม 2561; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2560.
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561:การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข; 2560.
10. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet].2003 [cited 2024 Aug 9]. Available form: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=88D3E171F7B6C70033DBDFCD6ED9A4A3?sequence=1
11. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. บรรยายใน: การประชุม ณ ห้องประชุมสมบูรณ์ สุวรรณากิจ; 1 ก.พ. 2560; กรุงเทพฯ. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2560.
13. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs [Internet]. 1974 [cited 2024 Sep 9];2(4):328–35. Available form: https://www.jstor.org/stable/45240621
14. Sukprasert K, Kloyiam S, Kunarak T, Charoenpao P, Kanchanasing S, Roma W. Development and Validation of a 17 item Short-Form Health Literacy Questionnaire for Thais aged 15 years and above. In: Proceedings of the 10th AHLA International Health Literacy Conference; 2024 May 12-15; Ho Chi Minh City: Vietnam.
15. จิราพร แก้วดี, กนกวรรณ โพธิ์ศรี. สถานการณ์ความร่วมมือของผู้ปกครองในการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 0-5 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. ใน: เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมวิชาการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3; 3-4 กรกฎาคม 2562; นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 3; 2562.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 2013;13:948.

18. สมจินต์ มากพา, วิทวัฒน์ อูปคำ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดพิจิตร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(1):339-53.
19. พิกุล อุทธิยา, ยงยุทธ แก้วเต็ม, สุชาติ เครื่องชัย, ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2568;12(3):339-53.
20. พรพรรณ ผาจันทา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
21. กฤติกา นันทประเสริฐ. ผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนต้นแบบชุมชนปากตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2568;17(1):121-34.
22. กฤติญา ไพศาลรภัทร, ภัทรภร เจริญบุตร, กุลชญา ลอยหา. โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2566;12(1):28-38.
23. กิ่งแก้ว สำรวยรื่น, นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ. ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไทรงาม อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562;13(2):297-306

ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็ก อายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

วสุรัตน์ พลอยล้วน*
สุธรรม นันทมงคลชัย
พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
สุภาวดี พันธุมาศ
ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ 18 พฤศจิกายน 2568
วันแก้ไข 5 มกราคม 2569
วันตอบรับ 10 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กอายุ 1 - 3 ปี จำนวน 325 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน - 20 สิงหาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอ ร้อยละ 40.6 ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 เด็กอายุ 1 - 3 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้คู่มือ DSPM (OR = 6.53, 95% CI: = 2.93-14.56) ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู (OR = 5.03, 95% CI: = 2.05-12.32) สัมพันธภาพในครอบครัว (OR = 2.71, 95% CI: = 1.02-7.20) การไม่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ (OR = 2.69, 95% CI: = 1.13-6.39) และการเล่านิทานกับเด็ก (OR = 2.41, 95% CI: 1.05-5.52) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM และส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี คลินิกเด็กสุขภาพดี ผู้เลี้ยงดูเด็ก

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :tapewasurat@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

Health Literacy in Child Development Promotion of Caretaker and Development of Child Aged 1-3 Years, Attending Well-Child Clinic in Subdistrict Health Promoting Hospital, Chonburi Province

Wasurut Ploylуan*

Sutham Nanthamongkolchai

Pimsurang Taechaboonsermsak

Suphawadee Panthumas

Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to study the health literacy of caretaker in promoting child development and to identify factors influencing developmental status of child aged 1–3 years who attended well-child clinics in subdistrict health promoting hospital in Chonburi Province. A total of 325 caretaker–child pairs were selected using two-stage cluster random sampling. Data were collected from 18th June to 20th August 2025, and analyzed by Chi-square test and Multiple logistic regression analysis. Results showed that 40.6% of caretakers had adequate health literacy for promoting child development, while 59.4% had inadequate health literacy. Among the children 63.7% had appropriate development and 36.3% had suspected developmental delay. Significant factors associated of child development included utilization of the DSPM manual (OR = 6.53, 95% CI: = 2.93-14.56) caretakers' health literacy in promoting child development (OR = 5.03, 95% CI: = 2.05-12.32) family relationships (OR = 2.71, 95% CI: = 1.02-7.20) not allowing children to use mobile phones (OR = 2.69, 95% CI: = 1.13-6.39) and storytelling (OR = 2.41, 95% CI: 1.05-5.52). These findings highlight the importance of strengthening the use of the DSPM manual and enhancing caretakers' health literacy to support optimal child development.

Keywords: health literacy, development of child aged 1-3 years, well child clinic, caretaker of child

*Corresponding Author, ✉ :tapewasurat@gmail.com, sutham.nan@mahidol.ac.th

บทนำ

เส้นทางสู่การมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์เริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กที่ต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นไปตามวัยซึ่งเป็นผลจากพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูในช่วงตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี ที่ถือได้ว่าเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตในช่วงอายุ 1 – 3 ปีแรกของเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นช่วงวัยที่พัฒนาการของเด็กเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและมีความไวต่อปัจจัยกระตุ้นมากที่สุด จากการศึกษาพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยใน 63 ประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ความไม่เท่าเทียมกันภายในประเทศและระหว่างประเทศขนาดใหญ่โดยการสำรวจสุขภาพประชาชน[1] ข้อมูลการสำรวจโครงการสำรวจพหุดัชนีแบบจัด (MICS) ระหว่างปี 2553 - 2559 พบปัญหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในราชอาณาจักรกัมพูชา ร้อยละ 26.6 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ร้อยละ 18.4 มองโกเลีย ร้อยละ 23.2 ราชอาณาจักรไทย ร้อยละ 6.7 และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ร้อยละ 10.0 และข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) ปี 2565[2] พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.2

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)[3] ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ [2] ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี ซึ่งกำหนดเป้าหมาย ร้อยละ 88 ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยในปี 2570 โดยในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[4] (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) แจกคู่มือให้กับหญิงหลังคลอดทุกคนก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้ในการเฝ้าระวัง ฝึกทักษะและส่งเสริมพัฒนาการของลูกทุกช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 78 เดือน ประกอบกับประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่เป็นทักษะใหม่ที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการมีสุขภาพที่ดีการดูแล เฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือผู้เลี้ยงดู การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัยนั้นผู้เลี้ยงดูต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในเรื่องของพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย และการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ดูแลเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้านทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม โดยผู้เลี้ยงดูควรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจังหวัดชลบุรีเป็น 1 ใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 6 แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ ข้อมูลสถิติจำนวนการเกิดปี 2566 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง[5] รายงานว่าจังหวัดชลบุรีมีประชากรเด็กแรกเกิด – 5 ปี จำนวน 91,652 คน เป็นเพศชาย 47,194 คน เพศหญิง 44,458 คน และเป็นจังหวัดที่มีจำนวนการเกิดมากที่สุดของภาคตะวันออก ลักษณะพื้นที่เป็นจังหวัดที่มีอุตสาหกรรมและแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมาก ทำให้เด็กบางส่วนขาดการดูแลโดยตรงจากพ่อแม่ และมีปัญหาการติดตามประเมินพัฒนาการเด็ก ข้อมูลพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี ของจังหวัดชลบุรี จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข[6] ระหว่างปี 2562 – 2566 พบว่า เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.2, 20.6, 25.5, 24.5 และ 23.6 พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.5, 82.9, 81.4, 84.9 และ 80.8 จากข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดชลบุรียังคงพบปัญหาเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ ร้อยละ 88 ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เช่นเดียวกันกับสถานการณ์พัฒนาการเด็กในการศึกษาการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558[7] ภาพรวม

พัฒนาการเด็กปฐมวัยของไทย มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 46.9 และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 53.1 และการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปี 2564[8] พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.3 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.7 พัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าแยกรายด้านพบว่าด้านภาษาสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 18.6 ถึงแม้ว่าภาครัฐได้กำหนดนโยบายให้หน่วยบริการต่างๆ รวมถึงการออกพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้านด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการรณรงค์สัปดาห์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเดือนกรกฎาคมทุกปี แต่ยังไม่สามารถบรรลุค่าเป้าหมายในภาพประเทศได้ และยังไม่มีการศึกษาเรื่องความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการสร้างความรอบรู้แก่ผู้เลี้ยงดูในหน่วยบริการสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา

• **รูปแบบการศึกษา** เป็นรูปแบบเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross–sectional Analytical Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน – 20 สิงหาคม พ.ศ. 2568

• **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[9] ด้วยค่าความเชื่อมั่น 95% ใช้จำนวนประชากรเด็กอายุ 1 – 3 ปี สัญชาติไทย 42,736 คน จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง[5] และค่าสัดส่วนความชุกของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 ของจังหวัดชลบุรี[6] เท่ากับ 0.22 และเพื่อป้องกันการสูญหายในการเก็บข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 24 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษานี้ จึงใช้จำนวนตัวอย่างคือ เด็กอายุ 1 – 3 ปีสัญชาติไทยที่มาพร้อมผู้เลี้ยงดู 325 คน และผู้เลี้ยงดูได้แก่ พ่อหรือแม่ หรือปู่ย่า ตายาย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้เวลาในแต่ละวันในช่วงกลางวันกับเด็กมากที่สุด ดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และพาเด็กมารับบริการอีก 325 คน

โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) แบ่งอำเภอในจังหวัดชลบุรีเป็น 2 กลุ่ม คือ อำเภอที่มีเด็กอยู่อาศัยมากและอำเภอที่มีเด็กอยู่อาศัยน้อย ทำการสุ่มมา 1 อำเภอ จากแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละอำเภอทำการสุ่มมา 4 ตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 4 ตำบลต่ออำเภอ รวมเป็น 8 ตำบล จากนั้นนำจำนวนตัวอย่างกระจายไปยัง

ตำบลที่สุ่มได้ คำนวณสัดส่วนเด็กในแต่ละอำเภอ โดยใช้การแทนค่าสัดส่วน โดยใช้วิธีนำจำนวนตัวอย่างแต่ละอำเภอกระจายไปยังตำบลที่สุ่มได้ด้วยวิธีการสุ่มแบบความน่าจะเป็นตามสัดส่วนขนาด (Probability proportional to size)

• **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยภายในเด็กเป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของเด็กประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว พื้นฐานอารมณ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูและการเลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วยประเด็นคำถาม 2 ประเด็น คุณลักษณะของผู้เลี้ยงดู จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ระดับการศึกษา และอาชีพของ พ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูหลัก และสถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก การเล่านิทานกับเด็ก การไม่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คู่มือ DSPM ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว การวัดสัมพันธภาพในครอบครัวใช้แบบประเมินที่แปลมาจาก Family Attachment Changeability Index (FACI 8) ของ Mc Cubbin et al. โดยลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ อ้างถึงในรายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย ของ จิราพร ชมพิกุล และคณะ[10] จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ และส่วนที่ 5 ผลประเมินพัฒนาการเด็ก เป็นผลการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในภาพรวมของแบบสอบถาม (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.98 ซึ่งมีค่าดังนี้ ข้อมูลปัจจัยภายในเด็ก เท่ากับ 1.00 ข้อมูลปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) เท่ากับ 1.00 สัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.94 ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี เท่ากับ 0.97 ผลประเมินพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.892 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.796 และความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเท่ากับ 0.987

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยมีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 1 - 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารการรับรองที่ MUPH 2025-081 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี เป็นเด็กเพศหญิง ร้อยละ 52.3 และเพศชาย ร้อยละ 47.7 มีช่วงอายุที่คัดกรองพัฒนาการเด็ก 18 เดือน ร้อยละ 50.2 และอายุ 30 เดือน ร้อยละ 49.8 เด็กเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.8 พื้นฐานอารมณ์ของเด็กเกือบ

ทั้งหมดเป็นเด็กเลี้ยงง่าย ร้อยละ 83.4 ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นแม่มากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็น ตายาย ร้อยละ 24.9 การศึกษาของพ่อเด็กจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 การประกอบอาชีพพ่อเด็กเป็นพนักงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 33.2 การศึกษาของแม่เด็กจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.9 การประกอบอาชีพแม่เด็กเป็นพนักงานบริษัท/โรงงาน ร้อยละ 32.3 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักจบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 34.8 การประกอบอาชีพผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 39.1 ผู้เลี้ยงดูหลักเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.4 สถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็กส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.0 ด้านการเลี้ยงดูเด็กโดยส่วนใหญ่ให้เด็กกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ร้อยละ 72.0 ในช่วง 3 วันที่ผ่านมามีการเล่านิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 65.8 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมามีการให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 62.5 การใช้คู่มือ DSPM ผู้เลี้ยงดูครึ่งหนึ่งได้รับอ่านคู่มือ และใช้คู่มือ ร้อยละ 50.8 สัมพันธภาพในครอบครัวเด็กอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสัมพันธภาพแบบครอบครัวไม่สมดุล ร้อยละ 68.9 และแบบครอบครัวสมดุล ร้อยละ 31.1

2. ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 และระดับเพียงพอ ร้อยละ 40.6 เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูรายข้อพบว่า 3 อันดับแรกที่ผู้เลี้ยงดูมีการตอบมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 เมื่อเด็กถึงอายุที่กำหนดท่านนำเด็กมาคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี และวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ ร้อยละ 37.2 อันดับที่ 2 ท่านเข้าใจข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเมื่อมารับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. ร้อยละ 26.2 อันดับที่ 3 เมื่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ท่านกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ร้อยละ 25.8

3. สัดส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ภาพรวมมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 และพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 พัฒนาการเด็กรายด้าน พบว่า พัฒนาการสมวัยด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 97.5 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 2.5 พัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 91.7 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 8.3 พัฒนาการสมวัยด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 77.5 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 22.5 พัฒนาการสมวัยด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 68.3 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 31.7 พัฒนาการสมวัยด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 92.0 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการการช่วยเหลือตนเองและสังคม ร้อยละ 8.0

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในของเด็ก ปัจจัยภายในของเด็ก และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้การวิเคราะห์แบบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ พื้นฐานอารมณ์ ระดับการศึกษาของพ่อ อาชีพของพ่อ

ระดับการศึกษาของแม่ อาชีพของแม่ ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู อาชีพของผู้เลี้ยงดู สถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก การเล่านิทานกับเด็ก การไม่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ การใช้คู่มือ DSPM สัมพันธภาพในครอบครัว และความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ โรคประจำตัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								0.025*
ชาย	89	57.4	66	42.6	1.7	1.1-2.7	5.0	
หญิง	118	69.4	52	30.6				
อายุ								0.010*
30 เดือน	92	56.8	70	43.2	1.8	1.2-2.9	6.6	
18 เดือน	115	70.6	48	29.4				
โรคประจำตัว								0.441
มี	19	57.6	14	42.4	1.3	0.6-2.8	0.6	
ไม่มี	188	64.4	104	35.6				
พื้นฐานอารมณ์								0.001*
เลี้ยงค่อนข้างยาก	24	44.4	30	55.6	2.6	1.4-4.7	10.4	
เลี้ยงง่าย	183	67.5	88	32.5				
ระดับการศึกษาของพ่อ								<0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	51.7	72	48.3	3.8	2.2-6.3	26.5	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	117	80.1	29	19.9				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อาชีพของพ่อ								0.001*
เกษตรกรรม	55	52.4	50	47.6	2.3	1.4-3.8	11.5	
นอกเกษตรกรรม	139	72.0	54	28.0				
ระดับการศึกษาของแม่								0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	85	56.3	66	43.7	2.3	1.4-3.7	11.5	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	120	74.5	41	25.5				
อาชีพของแม่								0.003*
เกษตรกรรม	62	55.4	50	44.6	2.1	1.3-3.4	8.9	
นอกเกษตรกรรม	144	72.0	56	28.0				
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดู								<0.001*
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	126	56.5	97	43.5	3.0	1.7-5.1	15.9	
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	81	79.4	21	20.6				
อาชีพของผู้เลี้ยงดู								0.001*
เกษตรกรรม	108	56.1	82	43.9	2.2	1.4-3.6	10.8	
นอกเกษตรกรรม	102	73.9	36	26.1				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
สถานะความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก								<0.001*
แยกทางกัน/หม้าย	29	44.6	36	55.4	2.7	1.5-4.7	12.8	
อยู่ด้วยกัน	178	68.5	82	31.5				
การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก								<0.001*
ไม่กิน	43	47.3	48	52.7	2.6	1.6-4.3	14.8	
กิน	164	70.1	70	29.9				
การเล่านิทานกับเด็ก								<0.001*
ไม่เล่านิทาน	40	36.0	71	64.0	6.3	3.8-10.4	55.8	
เล่านิทาน	167	78.0	47	22.0				
การให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ								<0.001*
เล่น	105	51.7	98	48.3	4.8	2.7-8.3	33.5	
ไม่เล่น	102	83.6	20	16.4				

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=325) (ต่อ)

ปัจจัย	พัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี				Crude OR	95% CI	χ^2	p-value
	สมวัย		สงสัยล่าช้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การใช้คู่มือ DSPM								
ได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ	60	37.5	100	62.5	13.6	7.6-24.4	93.5	
ได้รับ อ่านและใช้คู่มือ	147	89.1	18	10.9				
สัมพันธภาพในครอบครัว								<0.001*
ครอบครัวไม่สมดุล	120	53.6	104	46.4	5.4	2.9-10.0	31.9	
ครอบครัวสมดุล	87	86.1	14	13.9				
ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก								<0.001*
ไม่เพียงพอ	87	45.1	106	54.9	12.2	6.3-23.5	71.2	
เพียงพอ	120	90.9	12	9.1				

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของเด็ก และปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) จากผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) แบบ Enter ร่วมกันทั้งหมด ยกเว้นตัวแปรโรคประจำของเด็ก เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี พบว่ามีปัจจัย 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู) คือ การใช้คู่มือ DSPM ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว การไม่ให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ และการเล่านิทานกับเด็ก

ซึ่งอธิบายได้ว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่านและใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสพัฒนาการสมวัย 6.53 เท่าเมื่อเทียบ

กับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM (95% CI = 2.93-14.56) ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 5.03 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับไม่เพียงพอ (95% CI = 2.05-12.32) เด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบสมดุลมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบไม่สมดุล (95% CI = 1.02-7.20) เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ให้เล่นโทรศัพท์มือถือมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.69 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักให้เล่นโทรศัพท์มือถือ (95% CI = 1.13-6.39) เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักเล่านิทานกับเด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.41 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่เล่านิทานกับเด็ก (95% CI = 1.05-5.52) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชลบุรี ทดสอบด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (n=325)

ปัจจัย	B	OR	95% CI		p-value
			Lower	Upper	
การเล่านิทานกับเด็ก					
ไม่เล่านิทาน/อ่านหนังสือ	0.88	2.41	1.05	5.52	0.038*
เล่านิทาน/อ่านหนังสือ		1			
การให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ					
เล่น	0.99	2.69	1.13	6.39	0.025
ไม่เล่น		1			
การใช้คู่มือ DSPM					
ได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ	1.88	6.53	2.93	14.56	<0.001*
ได้รับ อ่านและใช้คู่มือ		1			
สัมพันธภาพในครอบครัว					
ครอบครัวไม่สมดุล	1.00	2.71	1.02	7.20	0.045*
ครอบครัวสมดุล		1			
ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู					
ไม่เพียงพอ	1.62	5.03	2.05	12.32	<0.001*
เพียงพอ		1			
Constant = -5.26					

พัฒนาการเด็ก: พัฒนาการสมวัย = 0, พัฒนาการสงสัยล่าช้า = 1, *แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05, B = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก, OR = Odd Ratio, 1 = กลุ่มอ้างอิง

อภิปรายผล

ความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 ขณะที่อยู่ในระดับมีเพียงพอ ร้อยละ 40.6 สาเหตุที่ผู้เลี้ยงดูมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 34.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงและการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กตามหลักพัฒนาการ อีกทั้ง ผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 39.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านที่ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่กับการดูแลบ้านและเด็ก ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูมีการค้นหาข้อมูลของพัฒนาการเด็กจากหลายช่องทางได้ เช่น คู่มือ เอกสาร สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลผู้รู้ ร้อยละ 15.4 และผู้เลี้ยงดูมีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่เชื่อถือได้จากแหล่งต่างๆ มาประเมินก่อนนำไปปฏิบัติ ร้อยละ 12.6 ระดับการศึกษาของกลุ่มนี้บางส่วนอาจไม่สูงมาก ส่งผลต่อความเข้าใจในเนื้อหาสุขภาพที่ซับซ้อน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิปิติ[11] ที่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีรวมกัน ร้อยละ 88.6 โดยผู้เลี้ยงดูจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 32.1 และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.8 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร[12] ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 63.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/อาชีวะศึกษา ร้อยละ 56.4 มีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แม้ว่าบริบทของพื้นที่จะแตกต่างกัน แต่ลักษณะทางการศึกษาและอาชีพของผู้เลี้ยงดูเด็กยังคงส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้การศึกษาของนวพร ปาดอนไพร[13] พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีระดับความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง ร้อยละ 55.8 และอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 43.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 55.1 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้บริบทของพื้นที่ ระดับการศึกษา และอาชีพจะแตกต่างกัน แต่แนวโน้มความรอบรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

สัดส่วนพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมเด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.3 ซึ่งการที่เด็กอายุ 1 – 3 ปี มีพัฒนาการสมวัยอาจเป็นเพราะผู้เลี้ยงดูเด็กให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการในชีวิตประจำวัน ซึ่งข้อมูลจากข้อคำถามรายข้อของการวิจัย การเล่านิทาน การเล่นกับเด็ก หรือการฝึกทักษะต่างๆ ดังผลการวิจัยที่พบ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่านิทานให้เด็กฟังในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 65.8 การใช้คู่มือ DSPM ฝึกทักษะเด็ก ร้อยละ 50.8 การใช้คู่มือ DSPM ในการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินพัฒนาการอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการและมีแนวทางปฏิบัติในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ[14] ที่พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 72.8 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.2 ซึ่งแม้ว่าการศึกษาจะมีความแตกต่างกันเรื่องขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แต่กลับพบว่าแนวโน้มของพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช

และวสุรัตน์ พลอยล้วน[7] พบเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 6 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.1 มีแนวโน้มพัฒนาการเด็กใกล้เคียงกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้เลี้ยงดูและระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับปฐมภูมิในพื้นที่มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีในปี 2566 นอกจากนี้ผลการศึกษาของชัชฎา ประจุดทะแก และคณะ[15] พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมร้อยละ 66.9 พัฒนาการเด็กด้านภาษาพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget[16] ที่อธิบายว่าเด็กในช่วงวัยทารกและปฐมวัยจะเรียนรู้จากการลงมือทำและการสัมผัสประสบการณ์ตรง ลักษณะการพัฒนาตามช่วงวัยของเด็กอายุ 2 – 7 ปี มีพัฒนาการทางภาษาอย่างรวดเร็ว เป็นวัยอยากรู้อยากเห็น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้เลี้ยงดูให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์จากโทรศัพท์มือถือมากเกินไป หรือมีเวลาในการพูดคุย ส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาน้อย ส่งผลให้เด็กมีโอกาสฝึกใช้ภาษาลดลง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการพูดคุย โต้ตอบ และสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการเล่น เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาของเด็ก รวมถึงควรมีการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยครบทุกด้านอย่างยั่งยืน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัจจัย 5 ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการของเด็กอายุ 1 – 3 ปี ซึ่งสามารถอธิบายตามปัจจัยได้ดังต่อไปนี้ การใช้คู่มือ DSPM ที่พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่านและใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสพัฒนาการสมวัย 6.53 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับ อ่าน แต่ไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM สอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน[7] ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือ แต่ไม่ได้ใช้คู่มือเพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกกับเด็ก มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.57 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านและใช้คู่มือ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน[8] ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้รับคู่มือ DSPM และได้อ่านคู่มือแต่ไม่ได้ใช้คู่มือ เพื่อนำวิธีส่งเสริมพัฒนาการมาฝึกกับเด็ก มีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.15 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้รับคู่มือ DSPM ได้อ่านและใช้คู่มือ เนื่องจากคู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูสามารถติดตามพัฒนาการของเด็กได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขควรสร้างความตระหนักแก่ผู้เลี้ยงดูถึงความสำคัญในการใช้คู่มือ DSPM และส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีความรู้และความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM ส่วนความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้เลี้ยงดู ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับเพียงพอมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 5.03 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับแนวการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร[12] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ayse Oflu and Sıddika Songul Yalçın[17] ที่พบว่ามารดาที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ/ดีเยี่ยมมีแนวโน้มที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัย 2.52 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มารดามีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ/มีปัญหา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิปิติ[11] ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก โดยอธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการจัดประสบการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรมีการสร้างความรู้สุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้เลี้ยงดู เพื่อให้ความรอบรู้สุขภาพเพียงพอสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างเหมาะสม ทำให้เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากขึ้น

ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว ที่พบว่า เด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบสมดุลมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.71 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบไม่สมดุล สอดคล้องกับแนวคิดของนิตยา คชภักดี[18] ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาบุคคลในครอบครัวและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจให้แก่สมาชิกทุกคน เช่นเดียวกันกับแนวคิดของศิริกุล อิศรานุกรักษ์และคณะ[18] ที่ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีความสำคัญต่อการพัฒนาความสุขและคุณภาพชีวิตของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมถึงช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ครอบครัวต้นแบบด้านพัฒนาการเด็กที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ ความรัก ความเข้าใจ และความอบอุ่นภายในครอบครัว เพื่อให้เด็กเติบโตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ส่วนการให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ ที่พบว่า เด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่ให้เล่นโทรศัพท์มือถือมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.69 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักให้เล่นโทรศัพท์มือถือ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน[20] ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพ และไม่ใช้สื่อเป็น 1.24 เท่า และร้อยละ 3.2 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Ayse Oflu and Siddika Songul Yalçin[17] ที่พบว่าเด็กที่ใช้เวลาดูหน้าจอวันละ 2 ชั่วโมงหรือน้อยกว่ามีแนวโน้มจะมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ดูหน้าจอมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง 2.04 เท่า ดังนั้นควรมีการสร้างความเข้าใจกับผู้เลี้ยงดูในการให้เด็กใช้โทรศัพท์มือถือควรได้รับการดูแลและจำกัดเวลาอย่างเหมาะสม เพราะอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กทั้งด้านการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และอารมณ์ของเด็ก เพราะในช่วงอายุ 1 – 3 ปี ที่เป็นช่วงสำคัญของพัฒนาการทางภาษา การเคลื่อนไหว รวมถึงสมาธิของเด็ก อาจส่งผลทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้จากการสื่อสารโต้ตอบสองทางที่จะมีผลกับพัฒนาการในอนาคต ส่วนการเล่านิทานกับเด็ก ที่พบว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักเล่านิทานกับเด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัย 2.41 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ผู้เลี้ยงดูหลักไม่เล่านิทานกับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน[20] ที่พบว่าเด็กที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูอ่าน-เล่านิทานคุณภาพจะมีโอกาสเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่า เด็กที่ไม่ได้อ่านเล่านิทานและอ่านเล่านิทานไม่มีคุณภาพ เป็น 1.35 และ1.08 เท่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพูนศิริ ฤทธิรอนและคณะ[21] ที่พบว่า การเล่านิทานจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่านิทาน 1.51 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน[8] ที่พบว่า เด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ฟังมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.28 เท่าของเด็กที่มีคนในครอบครัวเล่านิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟัง โดยภาพรวมผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังสนับสนุนว่าการเล่านิทานมีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีการเล่านิทานกับเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการรอบด้าน ทั้งการเข้าใจภาษา การใช้ภาษา กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เพราะการฟังนิทานช่วยให้เด็กได้เรียนรู้คำศัพท์ และได้ฝึกการสื่อสารอย่างเป็นธรรมชาติ

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้ การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศ โดยบูรณาการเข้ากับแผนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพและมีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูล

สุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับช่วงวัย

2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ควรมีการส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเล่านิทานในครอบครัวหรือคลังนิทานในชุมชนเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูได้ยืมนิทานนำไปส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านและนำกลับมาคืนให้ครอบครัวอื่นได้ใช้ต่อ และควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับผู้เลี้ยงดูในพื้นที่

3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ควรมีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านกิจกรรมครอบครัวต้นแบบด้านการเลี้ยงดูเด็ก และจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กสำหรับแนวทางการใช้โทรศัพท์มือถือกับเด็กอย่างถูกวิธี รวมถึงการจัดให้มีระบบติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เด็กอายุ 1 – 3 ปี ที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพัฒนาการสมวัย

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของการจัดโปรแกรมโดยนำปัจจัยการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้เลี้ยงดูการใช้คู่มือ DSPM และสัมพันธภาพในครอบครัวทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1 – 3 ปีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. De Jesus Gil C, Ewerling F, Jiwani SS, Hellwig F, Victora CG. Early childhood suspected devel opmental delay in 63 low- and middle-income countries: Large within- and between-country inequalities documented using national health surveys. Journal of Global Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 9]; 10(1):010427. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295453/pdf/jogh-10-010427.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย; 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) ด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
5. กรมการปกครอง สำนักบริหารการทะเบียน. สถิติจำนวนการเกิดปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/
6. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
7. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. รายงานผลการประเมินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2566;1(1):76-95.

8. ประภาภรณ์ จังพานิช, วสุรัตน์ พลอยล้วน. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;1:41-53.
9. Daniel WW, Cross LC. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. United States of America: John Wiley and Sons; 2013.
10. จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, ดุษณี ดำมี. รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: เอ็น แอนด์ เอ็น ก็อปปี้ แอนด์ พริ้นติ้ง; 2552.
11. กันยา โพธิปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2566;15(1):28-50.
12. คำสงค์ ชินมาตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567;17(2):140-53.
13. นวพร ปาดอนไพร. ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; (4): 41-56.
14. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. รายงานการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัดสำเนา); 2558.
15. ชัชฎา ประจุดทะเก, ประดับ ศรีหมื่นไวย, อัญชลี ภูมิจันทึก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2562;13(31):159-77.
16. Ginsburg H, Opper S. Piaget's Theory of Intellectual Development [Internet]. [cited 10 Jan 2024] Available from https://dspace.sxcjpr.edu.in/jspui/bitstream/123456789/1034/1/Copy%20of%20piagets_theory_of_intellectual_development.pdf
17. Oflu A, Yalçın SS. Relations of maternal health literacy and parenting practices with early child hood development: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2024;34:1540-50.
18. นิตยา คชภักดี. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด ครอบครัวอยู่ดีมีสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2545.
19. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ดวงพร แก้วศิริ. รายงานการวิจัยโครงการการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัยต่าง ๆ ของประเทศระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
20. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 – 2564 . นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
21. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัสตราภรณ์ แย้มเม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรรัตน์ เนียมสวรรค์, แววตา ระโส, รัชดาวรรณ บุญมีจิว. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2021;14(3): 42-56.

การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม ทัศนคติ และผลการตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลตรัง

พชรพรรณ บาลทิพย์*

โรงพยาบาลพัทลุง

วันรับ 18 พฤศจิกายน 2568
วันแก้ไข 29 ธันวาคม 2568
วันตอบรับ 15 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ทัศนคติ และผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้นำไปพัฒนาแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รูปแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลตรัง ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2564 – 30 เมษายน 2565 เก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกคน และเลือกเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่โดยการสุ่มอย่างง่าย วิธีเก็บข้อมูลพฤติกรรมและทัศนคติใช้แบบสอบถามออกแบบเอง ผ่านการหาค่าความเที่ยงตรงได้เกิน 0.5 ทุกข้อ ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ได้ 0.5 แบบทดสอบทัศนคติได้ 0.702 เก็บข้อมูลผลการตั้งครรภ์จากเวชระเบียน ใช้โปรแกรมทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ด้วยตัวแปรเชิงพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 323 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 109 คน (ร้อยละ 33.75) พฤติกรรมที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ คือ คุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง ไปเที่ยวกลางคืน ใช้แอปพลิเคชันหาคู่/เพื่อนออนไลน์ เพื่อนมีเพศสัมพันธ์ตอนวัยรุ่น ไม่จัดพิธีแต่งงาน ทัศนคติที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง ผลจากการตั้งครรภ์ที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า คือ ภาวะโลหิตจางและการติดเชื้อซิฟิลิส เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่า การไม่จัดพิธีแต่งงาน (Adjusted OR 17.92, 95%CI:3.99,80.38, p-value<0.001) และทัศนคติการคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง (Adjusted OR 0.33, 95%CI:0.18,0.61, p-value <0.001) พบในวัยรุ่นมากกว่า ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดระดับปานกลาง (Adjusted OR 0.09, 95%CI:0.01,0.36, p-value 0.046) ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นน้อยกว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลด้านจิตใจในระดับปานกลางถึงมากมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Adjusted OR 4.1, 95%CI:2.2,7.63, p-value <0.001) และเสี่ยงต่อการผ่าคลอดน้อยกว่าการตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Adjusted OR 0.53, 95%CI:0.32,0.89, p-value 0.015) ดังนั้นพฤติกรรม ทัศนคติ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ จึงต้องเข้าใจและให้ความรู้แก่วัยรุ่นอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์วัยรุ่น พฤติกรรม ทัศนคติ ผลการตั้งครรภ์

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :phatcharapan_boom@hotmail.com

Comparative study of behaviors, attitudes and pregnancy outcomes between teenage and adult pregnancy in Trang hospital

Phatcharapan Baltip*

Phatthalung hospital

Abstract

Teenage pregnancy is the one of a crucial and multifactorial problem in Thailand. This research compares the behaviors, attitudes and pregnancy outcomes of teenagers and adults to develop the preventive protocol for teenage pregnancy and increase their quality of life.The design is an analytical cross-sectional study. The target population was teenage and adult who had labor in Trang hospital during July, 2021 to April, 2022. Data was collected by using direct questionnaires and from medical records then reported with descriptive statistic and using multiple logistic regression to analyze the relation of the results. For the results, from 323 pregnant women, there are 109 teenage pregnancy (33.75%). Behaviors which increase risk of teenage pregnancy are inconsistent contraception, going out at night, use a dating/meeting new friend application, have a friend experiencing teenage pregnancy and unmarried couple. Attitudes which increase risk of teenage pregnancy are agreement with teenage pregnancy and sexual intercourse, conformity to peer influence and perceived behavioral control. Pregnancy outcomes which more commonly found in teenage are anemia and syphilis infection. Multiple logistic regression analysis show statistically significantly result; unmarried couple behavior (Adjusted OR 17.92, 95%CI:3.99,80.38, p-value<0.001) commonly found in teenage and conformity to peer influence attitude (Adjusted OR 0.33, 95%CI:0.18,0.61, p-value<0.001) less found in teenage, Intermediate level of contraceptive knowledge is decrease risk of teenage pregnancy (Adjusted OR 0.09, 95%CI:0.01,0.36, p-value0.046). Teenage pregnancy has psychological effect in intermediate to high level more than adults (Adjusted OR 4.1, 95%CI:2.2,7.63, p-value <0.001) and less risk for cesarean section than adults (Adjusted OR 0.53, 95%CI:0.32,0.89, p-value 0.015). In conclusion, Behaviors, attitudes and pregnancy outcomes differed between teenage and adults pregnancies. Therefore, health care providers have to teach teenagers specifically to prevent teenage pregnancy

Keywords: teenage pregnancy, behaviors, attitudes, pregnancy outcomes

*Corresponding Author, ✉ :phatcharapan_boom@hotmail.com

บทนำ

จากข้อมูลของ World Health Organization[1] พบว่าในแต่ละปีมีหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีในประเทศกำลังพัฒนาตั้งครรภ์ประมาณ 21 ล้านคน โดยสาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักมาจากพฤติกรรมของวัยรุ่น[23] เช่น ขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด[3] อยากรู้อยากลอง การขาดความรู้สึกสำนึกถึงความมีคุณค่าในตนและทัศนคติ[24] เช่น การมองเรื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดา ค่านิยมทางเพศ[4] ซึ่งแตกต่างกับผู้ใหญ่หรือปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว[4] ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ได้แก่ ภาวะซีด ภาวะซึมเศร้า ทารกน้ำหนักน้อย และหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ อาจส่งผลให้ทารกที่คลอดออกมามีความผิดปกติหรือมีร่างกายไม่สมบูรณ์ได้[5] รวมทั้งมีรายงานว่าการคลอดบุตรในวัยรุ่นส่งผลต่องบประมาณประเทศปีละหลายล้านบาท[2] ดังนั้นปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลและแก้ไขในทุกพื้นที่ทั่วโลก

สำหรับในประเทศไทยนั้น จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข[22] พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2562-2567 อัตราการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 31.3 เป็น 18.6 คนต่อประชากรอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 19 คนต่อประชากรอายุ 15-19 ปี 1,000 คน) แต่ผลจากการตั้งครรภ์ยังคงพบได้มาก เช่น อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2562-2567 เพิ่มขึ้นจาก 178.1 เป็น 357.34 คนต่อประชากร 100,000 คน เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในมารดา อายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2562-2567 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 14.3 เป็น 14.7 และมากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย(ร้อยละ 7) และเป็นสัดส่วนที่มากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี สำหรับจังหวัดตรัง พบว่า ในปี พ.ศ.2567 มีอัตราคลอดของหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี จำนวน 17 คน ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน[22] ส่วนข้อมูลจากหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลตรังพบว่าร้อยละการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในช่วงปี พ.ศ.2562-2567 ลดลง แต่ยังเกินเกณฑ์เป้าหมาย และร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในโรงพยาบาลตรังยังไม่ได้มีการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ และผลจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งจังหวัดตรังมีค่านิยม ประเพณี วิถีชีวิตที่แตกต่างกับพื้นที่อื่นในประเทศไทยและทั่วโลก อาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อ หาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและทัศนคติกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นกับผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลตรัง เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมและทัศนคติ ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิต และผลด้านสุขภาพมารดาและทารก ในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าความเที่ยงตรง (Index of consistency; IOC) เท่ากับ 0.96 และนำไปทดสอบเครื่องมือเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่าง (pilot study) จำนวน 40 คน ณ รพ.ห้วยยอด จ.ตรัง ผลการวิเคราะห์สำหรับแบบทดสอบความรู้ด้านการคุมกำเนิด ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.5 และสำหรับแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ได้ค่า Cronbach's alpha Coefficient เท่ากับ 0.7 โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Two independent mean

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}\right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1},\ \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

ซึ่งใช้ค่าที่ได้จากการทำ pilot study และจากการคำนวณ พบว่า ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 61 คน รวมทั้งสิ้น 122 คน

• เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลตรัง แบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีและหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 20-30 ปีที่เป็นครรภ์แรก

2. สามารถอ่านภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

• เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

2. หญิงที่ตั้งครรภ์จากการไม่จำยอม เช่น โดนข่มขืน

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคนละ 1 ชุด ในแต่ละชุดประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

2. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ สามีและการดูแลบุตร ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด การคุมกำเนิด ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คนที่มักปรึกษาเมื่อมีปัญหา เคยใช้แอปพลิเคชันหาคู่/เพื่อนออนไลน์ เพื่อนมีเพศสัมพันธ์ตอนวัยรุ่น สามี ความสัมพันธ์การแต่งงาน วางแผนการมีลูกเพิ่ม ตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ การฝากครรภ์ มีความพร้อมในการเลี้ยงลูก เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเลี้ยงลูกด้วยตนเอง

3. ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ใช้แบบสอบถามคำถามแบบหลายตัวเลือก (Multiple-choice Question) คะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สอบถามเรื่องยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด ด้านวิธีการใช้ยา ประสิทธิภาพ และผลข้างเคียง วิเคราะห์ด้วยการแบ่งกลุ่มคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้คะแนนดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนนปานกลาง ร้อยละ 60-79 และคะแนนน้อย น้อยกว่าร้อยละ 60

4. ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

4.1 เจตคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การอยู่ก่อนแต่งงาน การตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน การแสดงความรักในสถานที่สาธารณะ และการมีเพศสัมพันธ์แบบ one night stand

4.2 การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง คือ การยอมรับของพ่อแม่และเพื่อน

4.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม ได้แก่ การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การคุมกำเนิดและสัมพันธภาพของคู่สมรส และการสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดยให้คะแนนตามมาตราลิเคอร์ท (Likert scale) คะแนน 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คือ เห็นด้วย 3 คือ ไม่แน่ใจ 2 คือ ไม่เห็นด้วย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ผลการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ข้อย่อย คือ

5.1 ผลด้านจิตใจและการใช้ชีวิต ได้แก่ ความเครียด ความกังวล กลัวไม่เป็นที่ยอมรับ การรู้สึกผิด การทำร้ายตนเอง ความอับอาย และการเสียโอกาสทางการศึกษา โดยให้คะแนนตามมาตราลิเคอร์ท (Likert scale) ดังเช่นส่วนที่ 4 และแบ่งตามหลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด) / จำนวนระดับ = (55-11)/3 = 14.67 ดังนั้นจึงแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ระดับละ 14 ช่วงคะแนน คือ ระดับมาก 11-25 คะแนน ระดับปานกลาง 26-40 คะแนน และระดับน้อย 41-55 คะแนน

5.2 ผลด้านสุขภาพมารดาและทารก ได้แก่ ความเข้มข้นเลือดขณะฝากครรภ์ การติดเชื้อซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และเอชไอวี ความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ จำนวนทารก วิธีคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และน้ำหนักทารกแรกคลอด

• คำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา

- พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ กริยาอาการที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาโต้ตอบ เมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ[8] ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ คือ ความรู้สึกภายในของบุคคลที่ให้ความหมายกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อสิ่งนั้น[8]

• การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดวางแบบสอบถาม ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลตรัง เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2564 - 30 เมษายน 2565 โดยจะเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกราย ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่เป็นครรภ์แรกจะเก็บข้อมูลโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยเลือกจากหญิงตั้งครรภ์ที่สะดวกทำแบบสอบถาม เมื่อมีหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์งานวิจัย ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการชี้แจงเนื้อหา วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จึงนำแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้ว จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปวางในกล่องที่จัดเตรียมไว้ และผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนผลการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน จากนั้นบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และมีการตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเก็บและบันทึกข้อมูลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน

• การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และ IBM SPSS statistic V25 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยใช้จำนวน ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Chi-square test และ multiple logistic regression

2. ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก (Multiple-choice Question และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Chi-square test และ multiple logistic regression

3. วิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยให้คะแนนตามมาตราลิเคอร์ท (Likert scale) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าควอร์ไทล์เชิงประจักษ์ที่ 1(Q1) และ 3(Q3) และค่ามัธยฐาน (Median) รวมทั้งหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Wilcoxon Rank Sum test และ multiple logistic regression

4. ผลการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

4.1 ผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิต วิเคราะห์โดยให้คะแนนตามมาตราลิเคอร์ท (Likert scale) และแบ่งตามหลักเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) จากนั้นหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิตและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Chi-square test และ multiple logistic regression

4.2 ผลการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน และร้อยละ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้สถิติ Chi-square test และ multiple logistic regression

โดยวิเคราะห์ทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

• การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง รหัสโครงการ 034/07-2564 วันที่รับรอง 19 กรกฎาคม 2564 โดยยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป (Belmont Report) รวมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลในแบบสอบถามทุกประการ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 323 คน พบว่า เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 109 คน (ร้อยละ 33.75) และเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี 214 คน (ร้อยละ 66.25) ข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ศาสนา (p-value 0.04) ระดับการศึกษาสูงสุด (p-value <0.001) อาชีพ (p-value <0.001) และแหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย (p-value <0.001)) โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีสัดส่วนนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ และแฟน/สามีเป็นผู้ให้ค่าใช้จ่ายหลักมากกว่า ส่วนใหญ่มารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีประวัติตั้งครรภ์แรกที่อายุ น้อยกว่า 20 ปี และรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท สามี มักอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นนักเรียน มีระดับการศึกษาสูงสุดคือมัธยมศึกษาตอนต้น รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัย			
อายุ			
จำนวน (ร้อยละ)	109 (33.75)	214 (66.25)	
Median (Q1,Q3)	18 (17,19)	25 (22,27)	
ข้อมูลทั่วไป			
ศาสนา			
พุทธ	98 (89.91)	173 (80.84)	0.04*
อื่นๆ	11 (10.09)	41 (19.16)	
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	103 (94.50)	204 (95.33)	0.75
มีโรคประจำตัว	6 (5.50)	10 (4.67)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ประถมศึกษา	16 (14.68)	5 (2.34)	<0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	52 (47.71)	19 (8.88)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย และสูงกว่า	41 (37.61)	190 (88.78)	
อาชีพ			
นักเรียน/นักศึกษา	29 (26.60)	10 (4.67)	<0.001*
ประกอบอาชีพ	36 (33.03)	140 (65.42)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44 (40.37)	64 (29.91)	
อายุมารดาของหญิงตั้งครรภ์ขณะตั้งครรภ์บุตรคนแรก			
น้อยกว่า 20 ปี	67 (61.47)	40 (18.69)	<0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	42 (38.53)	174 (81.31)	
สามี			
อายุน้อยกว่า 20 ปี			
ใช่	67 (61.47)	2 (0.93)	<0.001*
ไม่ใช่	42 (38.53)	212 (99.07)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (ต่อ)

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สามีคนแรก			
ใช่	104 (95.41)	203 (94.86)	0.829
ไม่ใช่	5 (4.59)	11 (5.14)	
อาชีพ			
นักเรียน	13 (11.93)	0 (0)	<0.001*
ประกอบอาชีพ	95 (87.16)	213 (99.53)	
ไม่ประกอบอาชีพ	1 (0.91)	1 (0.47)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ประถมศึกษา	26 (23.85)	16 (7.47)	<0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	43 (39.45)	42 (19.63)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32 (29.36)	67 (31.31)	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	8 (7.34)	89 (41.59)	

*P-value < 0.05, คำนวณด้วย Pearson Chi-square test

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05 ในปัจจัยดังต่อไปนี้ การคุมกำเนิด ทั้งประวัติการคุมกำเนิดและความต่อเนื่องของการคุมกำเนิด การไปเที่ยวกลางคืน ท่องเที่ยวต่างจังหวัด สถานภาพครอบครัวที่พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ใช้แอปพลิเคชันหาคู่/เพื่อนออนไลน์ เพื่อนมีเพศสัมพันธ์ตอนวัยรุ่น และปัจจัยทางด้าน สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และยังไม่แต่งงาน ไม่อยากมีลูกเพิ่ม ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน และเลี้ยงดูลูกร่วมกับญาติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4 (3.67)	1 (0.47)	0.027*
ดื่มแอลกอฮอล์	14 (12.84)	14 (6.54)	0.057
สูบบุหรี่	0 (0)	1 (0.47)	0.475
ใช้ยาเสพติด	1 (0.92)	1 (0.47)	0.626

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (ต่อ)

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การคุมกำเนิด	58 (53.21)	57 (26.64)	<0.001*
ไม่เคยคุมกำเนิด	21 (41.18)	23 (14.65)	<0.001*
ไม่ต่อเนื่อง			
ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน			
(กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกมากที่สุด 3 อันดับแรก)			
เล่นอินเทอร์เน็ต /Social	91 (83.49)	182 (85.05)	0.714
ไปเที่ยวกลางคืน	4 (3.67)	1 (0.47)	0.027*
ท่องเที่ยวต่างจังหวัด	3 (2.75)	20 (9.35)	0.029*
คนที่มักปรึกษาเมื่อมีปัญหา *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ			
แฟน	56 (51.38)	127 (59.35)	0.172
พ่อแม่/ญาติ	63 (57.80)	105 (49.07)	0.21
เคยใช้แอปพลิเคชันหาคู่/เพื่อนออนไลน์	80 (73.39)	78 (36.45)	<0.001*
เพื่อนมีเพศสัมพันธ์ตอนวัยรุ่น	85 (77.98)	94 (43.93)	<0.001*
สามี			
ใช้ยาเสพติด	3 (2.75)	2 (0.93)	0.058
สูบบุหรี่	85 (77.98)	102 (47.66)	<0.001*
ดื่มแอลกอฮอล์	24 (22.02)	112 (52.34)	0.041*
ความสัมพันธ์			
รักกันดี/ทะเลาะบางครั้ง	105 (96.33)	211 (98.60)	0.186
ทะเลาะบ่อย/ทำร้ายร่างกาย	4 (3.67)	3 (1.40)	
การแต่งงาน			
แต่งงานแล้ว	25 (22.94)	168 (78.50)	<0.001*
ยังไม่แต่งงาน	84 (77.06)	46 (21.50)	<0.001*
วางแผนการมีลูกเพิ่ม			
ไม่อยากมีลูกเพิ่ม	42 (38.53)	34 (15.89)	<0.001*
อยากมีลูกเพิ่ม	61 (55.96)	179 (83.64)	
ยังไม่ได้วางแผน	6 (5.51)	1 (0.47)	
ตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ	64 (58.72)	29 (13.55)	<0.001*
ไม่ได้ฝาก/ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง	30 (27.52)	39 (18.22)	0.054

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (ต่อ)

ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
มีความพร้อมในการเลี้ยงลูก มากถึงมากที่สุด	81 (74.31)	198 (92.52)	<0.001*
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน	48 (44.04)	136 (63.55)	0.001*
เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง	31 (28.44)	118 (55.14)	<0.001*

*P-value < 0.05, คำนวณด้วย Pearson Chi-square test

หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม มีระดับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี มากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปีและหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี

ระดับความรู้เรื่องการคุมกำเนิด	อายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	อายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
คะแนน			
ดี	9 (8.26)	54 (25.23)	0.001*
ปานกลาง	59 (54.13)	87 (40.66)	
น้อย	41 (37.61)	73 (34.11)	

*P-value < 0.05, คำนวณด้วย Pearson Chi-square test

ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมการตั้งครรภ์ ซึ่งอ้างอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีทัศนคติทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีเจตคติเห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความจำเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก การมีคู่นอนหลายคน การอยู่ก่อนแต่งงาน การแสดงความรักในสถานที่สาธารณะ ดังแสดงในคะแนนค่ามัธยฐาน ค่าควอร์ไทล์เชิงประจักษ์ที่ 1 และ 3 มากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี ส่วนในด้านการคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสัดส่วนของพ่อแม่และเพื่อนที่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ที่ค่ามัธยฐาน 7 น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี สำหรับด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี โดยมีค่ามัธยฐานและค่าควอร์ไทล์เชิงประจักษ์ที่ 1 น้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี

ทัศนคติ	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี			หญิงอายุ 20-30 ปี			p-value
	Q1	Median	Q3	Q1	Median	Q3	
1.เจตคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)	20	23	26	18	21	24	0.001*
2.การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6	7	8	8	8	10	<0.01*
3.การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	14	15	17	15	16	17	0.01*
Total ทั้งหมด (คะแนนเต็ม 70 คะแนน)	**38**	**41**	**44**	**38**	**41**	**44**	**0.78**

*P-value < 0.05, คำนวณด้วย Wilcoxon Rank Sum test

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและการใช้ชีวิต พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้รับผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิตได้แก่ ความเครียด ความกังวล กลัวไม่เป็นที่ยอมรับ การรู้สึกผิด การทำร้ายตนเอง ความอับอาย และการเสียโอกาสทางการศึกษา ในระดับปานกลางและมากมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลกระทบด้านสุขภาพมารดาและทารก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อซิฟิลิส และการผ่าคลอด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี และพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีการผ่าคลอดคิดเป็น ร้อยละ 33.03 ซึ่งมีสัดส่วนที่น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลจากการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิตและผลจากการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี

ผลจากการตั้งครรภ์	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	หญิงอายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<u>ผลจากการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิต</u>			
ระดับคะแนน			
มาก	3 (2.75)	4 (1.87)	<0.01*
ปานกลาง	50 (45.87)	33 (15.42)	
น้อย	56 (51.38)	177 (82.71)	

ตารางที่ 5 ผลจากการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิตและผลจากการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี (ต่อ)

ผลจากการตั้งครรภ์	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (n=109) จำนวน (ร้อยละ)	หญิงอายุ 20-30 ปี (n=214) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ผลจากการตั้งครรภ์ด้านสุขภาพมารดาและทารก			
ขณะตั้งครรภ์			
โลหิตจาง	31 (28.44)	37 (17.29)	0.02*
ติดเชื้อซิฟิลิส	3 (2.75)	0 (0)	0.015*
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	1 (0.92)	0 (0)	0.161
ติดเชื้อเอชไอวี	0 (0)	1 (0.47)	0.475
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	7 (6.42)	17 (7.94)	0.622
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1 (0.92)	10 (4.67)	0.078
การคลอด			
คลอดก่อนกำหนด	11 (10.09)	20 (9.35)	0.83
จำนวนทารก >1 คน	1 (0.92)	3 (1.40)	0.71
ผ่าคลอด	36 (33.03)	104 (48.60)	0.008*
ตกเลือดหลังคลอด	2 (1.83)	9 (4.21)	0.267
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	1 (0.92)	1 (0.47)	0.626
ทารก			
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	19 (17.43)	24 (11.21)	0.12
Apgar score <= 7	3 (2.75)	10 (4.67)	0.406

*P-value < 0.05, คำนวณด้วย Pearson Chi-square test

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple logistic regression) ซึ่งวิเคราะห์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเทียบกับการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านต่างๆ คือ ศาสนาอิสลามมีความเสี่ยงน้อยกว่าศาสนาพุทธเป็น 0.06 เท่าในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (OR = 0.06, 95%CI= 0.01-0.53) การมีมารดาที่ตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า 10.41 เท่า (OR = 10.41, 95%CI= 2.17-49.94) การมีสามีวัยรุ่นมีความเสี่ยงมากกว่า 128.08 เท่า (OR = 128.08, 95%CI= 7.62-2152.05) และการศึกษาของสามีชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่า 87.53 เท่า (OR = 87.53, 95%CI= 3.44-2228.12) และ 14.29 เท่า (OR = 14.29, 95%CI= 1.14-178.84) ตามลำดับ ส่วนการไม่แต่งงาน มีความเสี่ยง 17.92 เท่าในการตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 17.92, 95%CI= 3.99-80.38) ด้านความรู้เรื่องการคุมกำเนิด

พบว่า คะแนนปานกลาง มีความเสี่ยงน้อยกว่า 0.09 เท่า ในการตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 0.09, 95%CI = 0.01-0.96) และพบว่า การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง (การคล้อยตามความเห็นจากพ่อแม่และเพื่อนว่าไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น) มีความเสี่ยงน้อยกว่า 0.33 เท่า ในการตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 0.33, 95%CI= 0.18-0.61) นอกจากนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความเสี่ยงได้รับผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิต ระดับปานกลางถึงมาก 4.1 เท่า (OR = 4.1, 95%CI= 2.2-7.63) และพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการผ่าคลอดน้อยกว่า 0.53 เท่า (OR= 0.53, 95%CI= 0.32-0.89) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กับหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี โดยใช้อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) และการวิเคราะห์ด้วยตัวแปรเชิงพหุคูณ (Multiple logistic regression)

ข้อมูล		Adjusted Odds ratio	Lower 95%CI	Upper 95%CI	p-value
ศาสนา	อิสลาม	0.06	0.01	0.53	0.011*
	คริสต์	0	0	1	1
	พุทธ	Reference			
มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น	ใช่	10.41	2.17	49.94	0.003*
	ไม่ใช่	Reference			
สามีวัยรุ่น	ใช่	128.08	7.62	2152.05	0.001*
	ไม่ใช่	Reference			
การศึกษาสามี	ประถมศึกษา	87.53	3.44	2228.12	0.007*
	มัธยมศึกษาตอนต้น	14.29	1.14	178.84	0.039*
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.48	0.04	5.58	0.559
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี	Reference			
การแต่งงาน	ยังไม่แต่งงาน	17.92	3.99	80.38	<0.001*
	แต่งงานแล้ว	Reference			
ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด	คะแนนน้อย	0.08	0.01	1.06	0.056
	คะแนนปานกลาง	0.09	0.01	0.96	0.046*
	คะแนนดี	Reference			

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กับหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี โดยใช้อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) และการวิเคราะห์ด้วยตัวแปรเชิงพหุคูณ (Multiple logistic regression) (ต่อ)

ข้อมูล		Adjusted Odds ratio	Lower 95%CI	Upper 95%CI	p-value
ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	เจตคติที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์	1.06	0.9	1.24	0.486
	การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง	0.33	0.18	0.61	<0.001*
	การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.95	0.61	1.5	0.839
ผลด้านจิตใจและการใช้ชีวิต					
	ระดับปานกลาง ถึงมาก	4.1	2.2	7.63	<0.001*
	ระดับน้อย	Reference			
ผลด้านสุขภาพมารดาและทารกผ่าคลอด	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	0.53	0.32	0.89	0.015*
	หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-30 ปี	Reference			

*P-value<0.05 คำนวณด้วย multiple logistic regression

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ มีจุดเด่น คือ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ทุกคนด้วยตัวเอง และเก็บข้อมูลบางส่วนจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามที่มีการทดสอบค่าความเชื่อมั่น ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล และได้รับข้อมูลที่น่าเชื่อถือแต่อาจมีข้อจำกัดคือ บางคำถามในแบบสอบถามอาจทำให้อาจเกิด Recall bias ขึ้นมาจากการจดจำเหตุการณ์บางอย่างได้ไม่ครบถ้วน

สำหรับผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยมีจำนวน 323 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 109 คน อายุค่ามัธยฐาน คือ 18 ปี เป็นช่วงอายุที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของปัญญา สนั่นพานิชกุล และคณะ[11] ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 17.4 ปี (SD 1.4) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับการศึกษาสูงสุดเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.45 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรุตม์ นิวัฒนกาญจนาถ[12] คาดว่าสัมพันธ์กับอายุของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากช่วงตั้งครรภ์เป็นช่วงที่เรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย บางส่วนไม่ได้เข้าระบบการศึกษาต่อ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 40.37 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.97 มีรายได้หลักจากสามี สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชราพร ควรรณสุ[13] พบว่าเกิดจากระดับการศึกษา ทำให้มีโอกาสหางานและรายได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ อีกปัจจัยคือ การมีมารดาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการเลี้ยงดู ค่านิยมในครอบครัวและสังคมจะเห็นได้จากบางชุมชนในสังคมเมืองตรังมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าชุมชนอื่น อาจทำให้เกิดค่านิยมในชุมชนที่มองว่าเป็นเรื่องปกติ ส่งผลให้ไม่ตระหนักและขาดการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจัง สำหรับปัจจัยด้าน

สามี พบว่า สามีวัยรุ่น มีการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และรายได้สามีน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่

ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Espanol ใน Center of disease control and prevention(CDC)[14] ที่กล่าวว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักพบในวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ และเกิดจากการขาดความรู้ในการป้องกันการติดโรค ส่วนการพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาเสพติด เสี่ยงพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า คาดว่าเกิดจากสังคมวัยรุ่นที่มีความอยากรู้อยากลองและการเข้าสังคมกับเพื่อน สำหรับการไม่เคยคุมกำเนิด มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพ.นรุตม์ นิวัฒนกาญจนา[12] เป็นสาเหตุให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจได้ สำหรับปัจจัยด้านสามี พบว่า ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการทะเลาะกันบ่อย/ทำร้ายร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ คาดว่าเกิดจากการมีความพร้อมและวุฒิภาวะที่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้มากกว่า นอกจากนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีสัดส่วนการไม่แต่งงานมากกว่าสอดคล้องกับกฎหมายและนโยบายห้ามการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี[15] เพื่อเพิ่มโอกาสทางการศึกษาให้แก่หญิงวัยรุ่น ส่วนการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และการไม่ฝากครรภ์/ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่าควรให้ความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และแนะนำการฝากครรภ์เมื่อทราบว่ามีการตั้งครรภ์ เพื่อให้การฝากครรภ์มีคุณภาพและสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก

ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ในระดับคะแนนปานกลางมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าการตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 0.09 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Deepa Dongarwar[16] ที่กล่าวว่า การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษากับวัยรุ่นทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pradhan[17] และคณะ ซึ่งกล่าวว่าการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

สำหรับทัศนคติที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคล้อยตามอิทธิพลของบิดามารดาน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประไพศรี แสงชลินทร์[18] ที่กล่าวว่า ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา มักเคยมีเพศสัมพันธ์ตอนวัยรุ่น เพราะทำให้วัยรุ่นรู้สึกสะดวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งในแบบชั่วคราวหรือการอยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความเสี่ยงได้รับผลการตั้งครรภ์ด้านจิตใจและการใช้ชีวิต ระดับปานกลางถึงมาก มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 4.1 เท่า พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุดาภรณ์ และคณะ[19] ซึ่งกล่าวว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักมีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากวุฒิภาวะยังไม่พร้อมที่จะเป็นมารดา ไม่พร้อมที่จะรับปัญหาจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งปัญหาอื่นๆ เช่น การปรับตัว การเสียโอกาสทางการศึกษา ถูกล้อเลียนจากเพื่อน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด และมีภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพมารดาและทารก พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการผ่าคลอดน้อยกว่า 0.53 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Kaisa Raatikainen และคณะ[20] ที่กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 18 ปี มีภาวการณ์ผ่าคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 18 ปี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ekachai[21] ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ สำหรับงานวิจัยนี้ สาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าอาจเนื่องมาจากน้ำหนักของทารกที่คลอดน้อยกว่า เป็นผลมาจากน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักที่ขึ้นน้อยของหญิงตั้งครรภ์

ดังนั้นการดูแลวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ จึงอาจช่วยป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้ช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

สรุป

การมีมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น สามีวัยรุ่น การไม่แต่งงาน ความรู้ระดับปานกลาง การคล้อยตามอิทธิพลของคนรอบข้าง สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ และการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบด้านจิตใจมากกว่า แต่ส่งผลต่อการผ่าคลอดน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้และดูแลวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง และป้องกันผลที่อาจเกิดกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์ ควรกระตุ้นให้โรงเรียนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และส่งเสริมให้มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อเปิดพื้นที่ให้แก่วัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ หรือมีประวัติเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง ได้มีโอกาสเข้าถึงที่พึ่ง พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือวิกฤตในชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงกรองแก้ว ทองเรืองสุกใส อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือตลอด รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลตรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2022 [cited 2022 September 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
2. Terefe B. The prevalence of teenage pregnancy and early motherhood and its associated factors among late adolescent (15–19) years girls in the Gambia: based on 2019/20 Gambian demographic and health survey data. BMC public health (2022) 22:1767.
3. กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ระยะ 3 ปี (ปีงบประมาณ 2562-2564). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
4. อรทัย ปานเพชร, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563;31(2):280-92.
5. นภสร คงมีสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และผลกระทบในการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2562
6. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2559;32(2):133-46.

7. ต่อศักดิ์ สีลานันท์. เอกสารประกอบการสอน รายวิชา 2305 384 Biological Statistics Laboratory [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://pioneer.chula.ac.th/~stosak/biostatlab/biostatlabmanual.pdf
8. อาภรณ์ รับไซ. พฤติกรรม(Behavior) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.scimath.org/lesson-biology/item/7001-behavior-7001
9. จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
10. พิชามญชุ์ อดุลวิทย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแบ่งปันความรู้ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน.วารสารนักบริหาร 2554; 31(1):256-60
11. ปัญญา สนั่นพานิชกุล, ยศพล เหลืองโสมนภา. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2558;32(2):147-56
12. นรุตม์ นิวัฒนกาญจนา. การศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557;29(3):288-94
13. พัชราพร ควรรณสุ. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิง ในจังหวัดนครพนม. วารสารการบริหารปกครอง (Governance Journal) 2562;8(1):497-518
14. Center for Disease Control and Prevention. CDC Fact Sheet: Information for Teens and Young Adults: Staying Healthy and Preventing STDs [Internet]. 2022 [cited 2022 January 17]. Available from: https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/stdfact-teens.htm
15. มนฤดี เตชะอินทร์, พรรณี ศิริวรรธนาภา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/2229/
16. Dongarwar D, et al. Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology 2019;32(5):506-13
17. Pradhan R, et al. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health 2015;69(9):918-24
18. ประไพศรี แสงชลินทร์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565];19(1). เข้าถึงได้จากhttps://journal.lib.buu.ac.th/index.php/nursing / article/view/1993
19. สุดาภรณ์ อรุณดี, วฤษสพร ณัฐรุจิโรจน์, พรรณทิพย์ กาหยี, วรวุฒิ พึ่งพัก. ความต้องการของแม่วัยเยาว์เพื่อการแก้ไขปัญหาและป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2559;19:276-89
20. Raatikainen K, et al. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care

[Internet]. 2006 [cited on 2022 January 19]. Available from: https://pubmed. ncbi.nlm.nih. gov/16141302/

21. Kovavisarach E, et al. Outcomes of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai 2010;93(1):1-7.
22. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/223953
23. กระทรวงสาธารณสุข. เปิดสถานการณ์เพศสัมพันธ์ชีวิตร่วมสมัยเด็กไทยประถม 4 เริ่มมองหาเพศตรงข้าม [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th /show_topic.php?id=1066#
24. แสงศุลี ธรรมไกรสร. ค่านิยมใหม่ “แม่วัยใส” ทัศนคติผิด ๆ ที่ต้องร่วมกันแก้ไข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ ramachannel/article/ค่านิยมใหม่-แม่วัยใส
25. BBC News Thai. ส่องสถิติคุณแม่วัยใสน่ากังวลแค่ไหน ก่อนประกาศกฎใหม่ “เด็กท้องต้องได้เรียน” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www. bbc.com/thai/articles/c1wj4p8xw91o?utm_source=chatgpt.com

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

จิราภรณ์ พรหมอินทร์*
อนุชาติ สร้อยปัสสา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
บัลลังค์ ศรีโฉมงาม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเทพารักษ์

วันรับ 16 มกราคม 2569
วันแก้ไข 4 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 11 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน จำนวน 325 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อค้นหารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) 2) จัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบ 3) นำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 คน **ระยะที่ 3** ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ โดยเปรียบเทียบความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ของบุคคล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์ 2) กิจกรรมออกกำลังกาย 1 ครั้ง และส่งวิดีโอให้ทำที่บ้านทุกสัปดาห์โดยติดตามผ่านทาง Line Official 3) กิจกรรมให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์ หลังจากการทดลองใช้รูปแบบในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้หน่วยงานในพื้นที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การพัฒนารูปแบบ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, :jiji_samut@gmail.com

Development of Stroke Prevention model for at-risk elderly in Samut Prakan Province

Jiraporn Promin*

Anuchart Soypatsa

Samut Prakan Provincial Public Health Office

Banlung Srichomngam

Tepharak Subdistrict Health Promoting Hospital

Abstract

This study employed a research and development approach. The objectives were: 1) To study the factors influencing stroke prevention in at-risk elderly individuals. 2) To develop a model for stroke prevention in at-risk elderly individuals. 3) To evaluate the effectiveness of stroke prevention models in at-risk elderly individuals. This study was divided into three phases. **Phase 1** studied the situation and factors influencing stroke prevention in at-risk elderly individuals. The sample consisted of 325 elderly individuals aged 60 years and older with hypertension and/or diabetes, selected using stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. **Phase 2** involved developing a stroke prevention model for at-risk elderly individuals as follows: 1) Brainstorming meetings were conducted to identify a stroke prevention model for at-risk elderly individuals using the AIC process; 2) Activities were conducted to develop the model; 3) The developed stroke prevention model was implemented in a group of 30 at-risk elderly individuals. **Phase 3** evaluated the effectiveness of the intervention model by comparing knowledge of stroke prevention, HbA1c levels, triglyceride levels, and blood pressure before and after implementing the model, and assessed satisfaction with the model. The results reveal that predictive factors for stroke prevention behaviors are social support and individual perceptions. The developed program includes the following: 1) Providing education on stroke prevention to at-risk elderly individuals once a week for 6 weeks; 2) Conducting exercise activities once a week and sending exercise videos for home practice weekly, with follow-up through Line Official; 3) providing individual counseling once a week for 6 weeks. Following the implementation of the stroke prevention model among at-risk elderly individuals, the findings show that their knowledge of stroke prevention increases, and their HbA1c levels and blood pressure decrease significantly. The findings suggest that local health agencies adopt the developed model to promote health and prevent stroke among at-risk elderly individuals.

Keywords: Stroke, Elderly at-risk group, Development model

*Corresponding Author, ✉ :jiji_samut@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease :Stroke) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก โดยปี 2564 พบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ราว 12 ล้านคน คาดว่าทุก 3 วินาที จะพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่ม 1 คน และในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 7 ล้านคน ที่เหลือพิการเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ โดยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2021 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลกคิดเป็น ร้อยละ 10.7 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด[2]

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ตามข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 คน และเสียชีวิตจำนวน 39,086 คน ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[3] และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[4] จากข้อมูลจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2566-2567 พบว่าอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง 173.21, 188.12 ต่อประชากรแสนคน และปี 2565-2567 พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 15.15,13.09 และ 14.43 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราตายสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้[5] ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ปี 2565-2567 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 1.18, 1.12, 1.14 ต่อประชากรแสนคน[6] มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี

จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 189,236 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 116,080 คน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากดูแลตนเองไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง อันตรายถึงขั้นเสียชีวิต หรือพิการทุพพลภาพ ส่งผลให้รัฐสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก ทั้งยังกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ครอบครัวสูญเสียรายได้ กระทบต่อคุณภาพชีวิต ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี โดยระบุให้มีการพัฒนาบริการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอันตราย และมุ่งเน้นมาตรการป้องกันความพิการหลังโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งรณรงค์ ส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และการออกกำลังกายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง[7] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมักมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง และการรับประทานอาหาร แต่ยังมีช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ คือ การขาดความตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงในด้านพฤติกรรม แม้กลุ่มเสี่ยงจะมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เรื่องการกินยาได้ดี แต่กลับมีคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การออกกำลังกาย การคุมอาหาร การรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง[8] ผลกระทบจากการขาดความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน[9] ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการมีรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้เป็นรูปธรรมสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)[10] และแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็น

กรอบแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งคาดหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นต้นแบบและแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อขยายผลการใช้รูปแบบไปสู่พื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

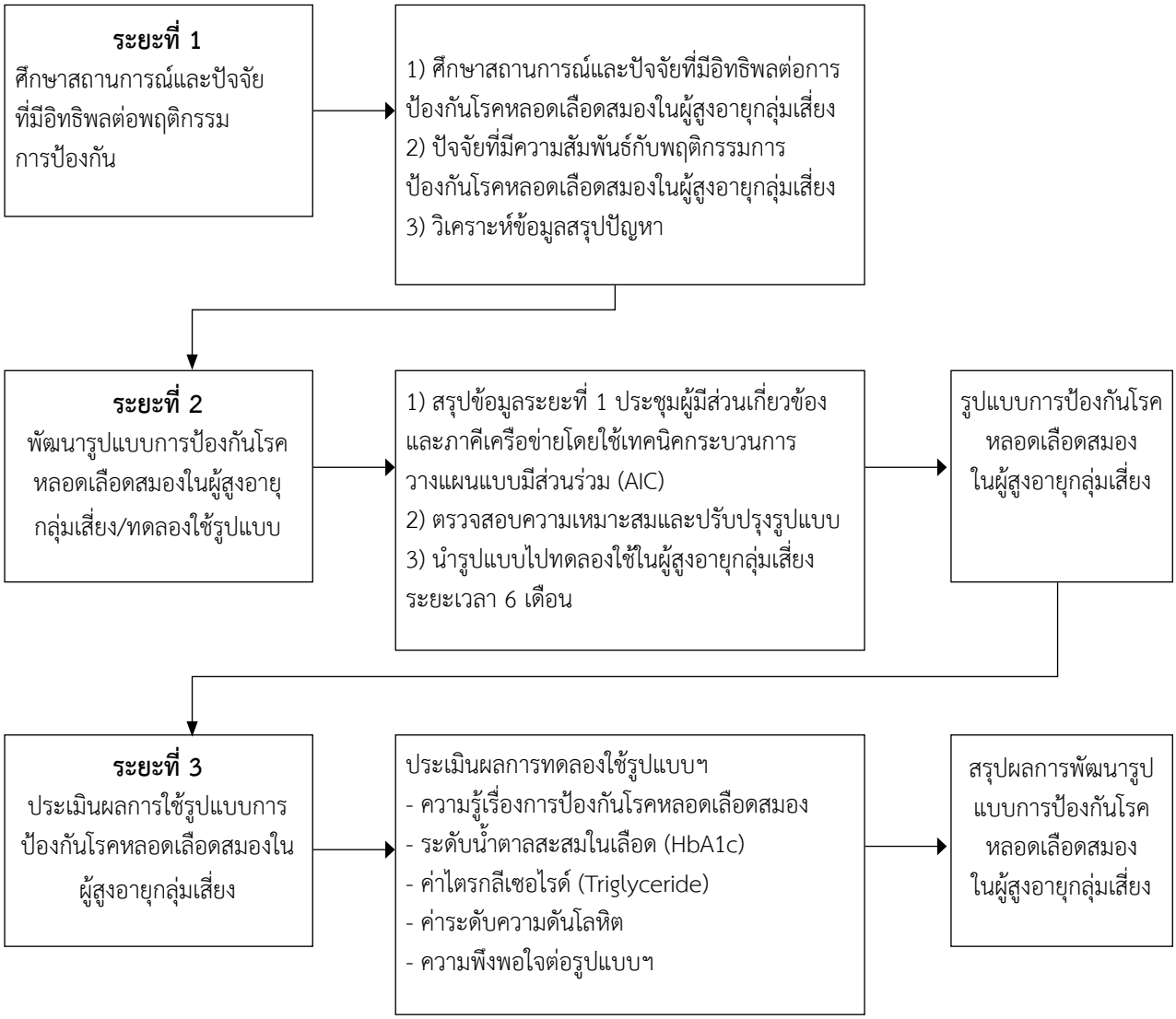
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

นิยามศัพท์สำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงจากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง ทำให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติไป

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรปราการ โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/ หรือโรคเบาหวาน

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ใช้ระยะเวลา 3 เดือน คือ 1) กิจกรรมให้ความรู้ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์) 2) กิจกรรมออกกำลังกาย 1 ครั้ง และส่งวิดีโอให้ทำที่บ้านมีการติดตามผ่านทาง Line official และทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด 3) กิจกรรมให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหารายบุคคลเกี่ยวกับผลเลือดและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หลังกิจกรรมการให้ความรู้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

• รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงหรือชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จำนวน 325 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Daniel[11] ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งพื้นที่เป็น 3 โซน 1) โซนเมือง(อำเภอเมือง อำเภอพระประแดง) 2) โซนกึ่งเมืองกับชนบท(อำเภอบางบ่อ อำเภอบางเสาธง) 3) โซนกึ่งเมืองกับชนบทข้ามฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา (อำเภอพระประแดง อำเภอพระสมุทรเจดีย์) สุ่มเลือกโซนละ 1 อำเภอ ได้อำเภอเมือง อำเภอบางบ่อ อำเภอพระประแดง แล้วสุ่มอำเภอละ 2 ตำบล ได้ 6 ตำบล แล้วนำจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน มาคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson 's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) จัดประชุมค้นหารูปแบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver Care Manager และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ระดมความคิดเห็นค้นหารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสมกับพื้นที่ ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการพัฒนารูปแบบ 2) นำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยสุ่มจากอำเภอที่ทำการศึกษาเชิงปริมาณแล้ว เลือกมา 1 อำเภอ แล้วสุ่มเลือกตำบล 1 ตำบล โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติ คือ 1) เพศชายหรือเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2) ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยา 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ระยะ 3 เดือนหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยา ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 116,080 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการเก็บข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรปราการ คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Daniel[11] กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดประชากรเท่ากับ 116,080 คน สัดส่วนประชากรจากงานวิจัยของกัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุขและคณะ[12] เท่ากับ 0.26 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 295 คน และเพื่อป้องกันการขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 30 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 325 คน

$$n = \frac{\mathbf{Z^2\,\alpha/2\ \ NP(1-P)}}{\mathbf{Z^2\,\alpha/2\ \ P(1-P) + (N-1)d^2}}$$

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิจากอำเภอที่ทำการศึกษาเชิงปริมาณแล้วเลือกมา 1 อำเภอ ได้อำเภอเมือง แล้วสุ่มเลือกตำบล 1 ตำบล ได้ตำบลเทพารักษ์ และสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณลักษณะที่กำหนด (Inclusion Criteria) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน
2. สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ไม่มีปัญหาด้านการพูดหรือการฟัง
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิตหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด

2. มีขอถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัยไปได้ระยะหนึ่ง

3. ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย

4. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเสียชีวิต

• เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล (7 ข้อ), ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (12 ข้อ), ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (26 ข้อ), ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม (15 ข้อ), ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (22 ข้อ) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไป Try out จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.75 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ 0.70 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

ระยะที่ 2 การพัฒนาและการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ คือ

1) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาค้นหารูปแบบจากการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น Caregiver Care Manager และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง สังเคราะห์รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2) รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์ (2) กิจกรรมออกกำลังกาย 1 ครั้ง และส่งวิดีโอให้ทำที่บ้านทุกสัปดาห์โดยติดตามผ่านทาง Line Official 3) กิจกรรมให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ระยะนี้ คือ

1) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)[10] ข้อคำถามเป็นการเลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไป Try out จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.75 เพื่อใช้ประเมินความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับต่ำ แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best)[13]

2) แบบบันทึกค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าระดับความดันโลหิต

3) แบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสื่อการเรียนรู้ 2) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ 3) ด้าน

เนื้อหา 4) ความพึงพอใจโดยภาพรวม

• การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson 's Correlation Coefficient)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

4. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

5. การวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

• สถานที่และระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัย

ศึกษาวิจัยในจังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - ตุลาคม 2568

• การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 025/2568 ลงวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 68.50 ± 5.18 ปี อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 85 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.2 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโรคหิตสูง ร้อยละ 63 โรคเบาหวาน ร้อยละ 47 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.6 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 62 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 69.8 รองลงมาคือ รายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 21.5 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,166 บาทต่อเดือน ด้านประวัติโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 52.0 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ร้อยละ 35.4 สำหรับประวัติป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ ร้อยละ 88.3 ขณะที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว ร้อยละ 11.7 สำหรับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.3

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.472$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.163$, $p = .003$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

กลุ่มเสี่ยง (r = - 0.260, p < .001) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = 0.006, p = .908) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (r = 0.085, p = .128) ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (β = 0.510) และการรับรู้อุปสรรค (β = –0.199) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ได้ร้อยละ 26.10 (R^2 = 0.261) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยสามารถเขียนสมการถดถอยเพื่อการคาดทำนายได้ดังนี้ Y = 2.369 + 0.444 (แรงสนับสนุนทางสังคม) -.145 (การรับรู้อุปสรรค)

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 1) กิจกรรมให้ความรู้ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์) สัปดาห์ที่ 1 รู้โรคทัน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา สัญญาณอันตราย การป้องกัน สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องความรู้เรื่องระบบเผาผลาญของร่างกาย โรคเบาหวาน ภาวะดื้ออินซูลิน ภาวะแทรกซ้อนของโรค สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เรื่องอาหารพร่องแป้ง โลว์คาร์บ (Low Carb) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารพร่องแป้ง การเลือกรับประทานอาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ สัปดาห์ที่ 4 ช่วงเวลากิน-อดกิน (IF) การเผาผลาญไขมัน ไขมันเลวที่แท้จริง และการเลือกรับประทานอาหารจำพวกไขมัน (HF) แนะนำให้เมนูตัวอย่าง สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคเบาหวาน ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ประเภท ข้อบ่งใช้ ข้อห้าม วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียง การจัดเก็บยา สัปดาห์ที่ 6 ให้ความรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน การจัดการอารมณ์ และความเครียด ฝึกการผ่อนคลาย การจัดการอารมณ์เชิงลบ 2) กิจกรรมออกกำลังกาย 1 ครั้ง และส่งวิดีโอให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงทำที่บ้าน มีการติดตามผ่านทาง Line official และทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด 3) กิจกรรมให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหารายบุคคล หลังกิจกรรมการให้ความรู้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 สัปดาห์ ระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษา ดังนี้

1) การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 ระดับสูง ร้อยละ 26.7 และหลังการทดลอง พบว่า มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังตาราง 1

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8.07 และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 11.63 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจังหวัดสมุทรปราการ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนใช้รูปแบบฯ	หลังใช้รูปแบบฯ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้สูง (9-12 คะแนน)	8 (26.7)	30 (100)
ระดับความรู้ปานกลาง (5-8 คะแนน)	22 (73.3)	0 (0)
ระดับความรู้ต่ำ (0-4 คะแนน)	-	-
Mean, SD.	8.07, 0.691	11.63, 0.490
Min, Max	7, 9	11, 12

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	*p-value*
ก่อนใช้รูปแบบฯ	30	8.07	0.126	- 25.244	29	<0.001*
หลังใช้รูปแบบฯ	30	11.63	0.089			

3) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) และค่าระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n = 30)

	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	*p-value*
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	8.15	1.662	7.13	1.198	4.934	<0.001*
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)	161.70	108.52	151.57	105.80	0.836	0.410
ระดับความดัน systolic	129.73	12.67	123.23	8.14	2.511	0.018*
ระดับความดัน diastolic	75.80	8.96	74.93	7.20	0.443	0.661

*แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

4) การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 ร้อยละ 92.03 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านสื่อการเรียนรู้ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน คะแนนเฉลี่ย 3.77 ร้อยละ 94.17 รองลงมาคือ ความพึงพอใจด้านเนื้อหา คะแนนเฉลี่ย 3.61 ร้อยละ 90.21 และด้านความพึงพอใจโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 3.59 ร้อยละ 89.59 โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก

สรุปรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม โดยเป็นรูปแบบเชิงบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงเป็นรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่องที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ของบุคคล และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยง ควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยแตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพแบบเดิมที่มุ่งเน้นผู้สูงอายุทั่วไป รูปแบบนี้มีการบูรณาการกระบวนการให้ความรู้ การปฏิบัติจริง และมีการติดตามรายบุคคล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่าน Line Official เพื่อสนับสนุนการติดตามและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ รูปแบบมีเป้าหมายผลลัพธ์ทั้งในเชิงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ความดันโลหิต และระดับไตรกลีเซอไรด์ เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบเดิม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ มีการดำเนินงานอย่างเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติ มีระบบติดตามถึงครัวเรือนโดยผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล และมีการให้คำปรึกษาเฉพาะราย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของรูปแบบซึ่งไม่เพียงแต่มีความรู้เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 สรุปการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก	เครื่องมือ/ผลผลิตจากกระบวนการ
1. สร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	- จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรค - ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์	- ชุดกิจกรรม/แผนการสอนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง - สื่อประกอบการเรียนรู้ (สไลด์) - แบบประเมินความรู้ก่อน–หลัง
2. เสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	- จัดกิจกรรมออกกำลังกายกลุ่ม 1 ครั้ง - ส่งวิดีโอออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติที่บ้านทุกสัปดาห์ - ติดตามการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง - สื่อสาร/ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องผ่าน Line Official	- วิดีโอการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง - แนวทางการออกกำลังกายอย่างปลอดภัย - Line Official กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ - ส่งข้อความเตือน /ให้กำลังใจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. การให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหารายบุคคล	- ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล - แก้ไขปัญหาและอุปสรรคเฉพาะราย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์	- แนวทางการให้คำปรึกษารายบุคคล - แบบบันทึกการให้คำปรึกษา/การติดตามผล

ผลการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษาวิจัย 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ของบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน มีบทบาทสำคัญในการเอื้อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม[14] ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนบทบาทของเครือข่ายทางสังคมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสุวิมลรัตน์ รอบรู้ และคณะ[15] ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงประโยชน์ของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[16] ที่อธิบายว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของศกุณตฬา จันทร์นวล และคณะ[17] ที่พบว่าการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง และลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายและการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูรย์ วุฒิโส และคณะ[18] และยุทธนา ชนะพันธ์[19] ที่ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2. พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.3 และมีเพียง ร้อยละ 26.7 ที่อยู่ในระดับสูง จะเห็นว่าผู้สูงอายุแม้จะเป็นกลุ่มเสี่ยง แต่ยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการรับรู้ความเสี่ยงของโรคในผู้สูงอายุหรือขาดโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 8.07 เป็น 11.63 คะแนน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพทำให้ความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชาวลิต สันวังษ์ตา และคณะ[20] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ เงินดี และคณะ[21] พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และวิยะการ แสงหัวช้าง[22] พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยและการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้น การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับวัย ใช้สื่อเข้าใจง่าย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สามารถเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงอธิบายได้ว่า การให้บริการ

สุขภาพหรือการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติปกติอาจยังไม่เพียงพอในการเพิ่มความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสอดคล้องกับการศึกษาชองอักษร พรหมเมศร์[23] พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองดีขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะการรับประทานยาเทียบกับกลุ่มควบคุม ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคที่มีโครงสร้างชัดเจนและจัดหลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและเน้นการมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหารายบุคคล เน้นการสะท้อนปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงบอกปัญหาที่แท้จริงซึ่งผู้วิจัยใช้ข้อมูลดังกล่าวเจาะลึกในแต่ละปัญหาในแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริง ทำให้วางแผนในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

3. ประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ

ภายหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนความรู้ได้อย่างชัดเจน โดยอธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของความรู้หลังการใช้รูปแบบอาจเนื่องมาจากการออกแบบเนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการใช้สื่อภาพและกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม การใช้คำปรึกษารายบุคคลส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการจดจำได้ง่าย การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงช่วยเพิ่มระดับความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบทางคลินิกพบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความดันโลหิตตัวบน หลังการใช้รูปแบบฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ชี้ว่าความรู้และการตระหนักรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญศรี เขียวเขว้าและคณะ[24] ที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองช่วยลดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ผ่านภพ และคณะ[25] ที่รายงานว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดลดลงหลังการทดลอง สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 ร้อยละ 92.03 ทุกด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านสื่อการเรียนรู้ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ และความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสมุทรปราการ มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ตอบสนองความต้องการ ง่ายต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง

ผลดีจากการพัฒนารูปแบบ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีจุดเด่นและข้อดีดังนี้ 1) จุดเด่นของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองที่พัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการป้องกันเชิงรุก โดยเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งรูปแบบมีลักษณะใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง สั้น กระชับ ต่อเนื่อง เหมาะกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดระยะเวลาอบรมเพียงสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ ลดภาระด้านเวลา และนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น 2) ข้อดีของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในด้านกระบวนการ ทำให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านวิธีการบรรยาย ฝึกปฏิบัติ และประเมินตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงผู้รับความรู้ แต่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคได้ดี สำหรับผลลัพธ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพ 3) มีความเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากใช้ทรัพยากรไม่สูง ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุและการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ยังนำไปปรับใช้หรือขยายผลในหน่วยบริการอื่นๆได้ 4) องค์ความรู้ใหม่ในการวิจัยและพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ คือ การจัดหลักสูตรโดยบูรณาการองค์ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เข้ากับแนวคิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เน้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ผ่านการประเมินตนเองด้านสุขภาพ เช่น รอบเอว ความดันโลหิต และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นความเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทดลองเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ อาจทำให้ผลสรุปไม่ชัดเจนเนื่องจากไม่มีคู่เทียบเป็นการศึกษากลุ่มเดียวก่อน-หลัง รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่สั้นในการวัดผลค่าไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ระยะเวลา 3 เดือนหลังทดลองใช้รูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานระดับนโยบาย ควรพิจารณานำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง

2. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบติดตามประเมินผล การนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) หรือชมรมผู้สูงอายุ

2. ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้กลุ่มย่อยระหว่างรอรับบริการ กิจกรรมติดตามผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

3. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการนำรูปแบบไปใช้ติดตามและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ

ควรมีการศึกษาทดลองเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อให้เห็นผลการวิจัยชัดเจน รวมถึงปรับระยะเวลาในการวัดผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ค่าไตรกลีเซอไรด์ และค่าความดันโลหิตให้นานขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2025. London: World Stroke Organization; 2025.
2. World Health Organization. Mortality and global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสารนิเทศ. กรมควบคุมโรค : ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Health Data Center) ปี 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารกรมควบคุมโรค 2023;49(1):149-57.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานประจำปี พ.ศ. 2567: งานควบคุมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2567. หน้า 196.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/spk/public/standard-report-detail
7. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560–2579). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
8. กุลินทร คำแน่น, ศิวิไล โพธิ์ชัย, ธนัญญา พรหมภักดี, ปาลิตา พรมเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรู้กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2566;38(2):79-90.
9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สุขภาพดีวิถีไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
10. Becker MH, Maiman LA. The health belief model: origins and correlations in psychological theory. Health Educ Monogr 1975;2(4):336-85.
11. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2013.
12. กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุข, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, นริษสา วงศ์พนารักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563; 13(2):213-28.
13. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2006.

14. ดวงธิดา โสดาพรม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2562.
15. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, โสภาพันธ์ งานจัตุรัส, วัชรพล ทองควัน, วันเพ็ญ สมหอม, ธรณินทร์คุณแขวน, อณัญญา ลาลุน, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(3):176-86.
16. กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
17. ศกุณตฬา จันทร์นวล, ณิตชาธร ภาโนมัย. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการด้านสาธารณสุขของไทย 2561;21(2):121-31.
18. ไพฑูรย์ วุฒิโส, อณัญญา ลาลุน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2565;21(3):5-19.
19. ยุทธนา ชนะพันธ์, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2561;21(2):109-19.
20. เชาวลิต สันวงศ์ตา, วิชิตพงษ์ วงศ์เรือน, ศิริรัตน์ ผ่านภพ. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารสุขภาพล้านนา 2566;19(1):101-13.
21. กรรณิการ์ เงินดี, สมคิด จูหว้า, อนุกูล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;12(ฉบับพิเศษ):61-71.
22. วิยะการ แสงหัวช้าง. ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลพระปกเกล้า ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก 2556;30(4):260-73.
23. อักษร พรหมเมศร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2568;10(1):651-59.
24. เพ็ญศรี เขียวเขว้า, วีณา เที่ยงธรรม, เพลินพิศ บุณยมาลิก. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562;35(3):120-32.
25. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, มุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(2):528-38.

พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

จันทิรา นันทมงคลชัย*
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย
ปาริชาต ชรากาหมุด
โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด
กรรณิการ์ เจริญจิตร
ณิฌารี อิติอินทร์
สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย

วันรับ 12 กุมภาพันธ์ 2569
วันแก้ไข 10 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 13 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรณีศึกษาชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเป็น 2 วงรอบกลุ่มตัวอย่าง วงรอบที่ 1 ประกอบด้วยครูผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครอง จำนวน 30 คน วงรอบที่ 2 คือครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 30 คน การวิจัยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ระยะ 1) ระยะวางแผน 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสังเกตและประเมินการปฏิบัติ และ 4) ระยะทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติ ระยะเวลาการดำเนินงานระหว่าง เดือนกันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ด้วยสถิติ paired- t test

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการวงรอบที่1 ได้ร่างรูปแบบฯ และนำมาพัฒนาเพิ่มเติมในการปฏิบัติการวงรอบที่ 2 ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ 2) การประเมินการดำเนินงาน 3) การพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D 4) ทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก 5) การติดตามประเมินผล และประเมินผลรูปแบบฯ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ก่อน - หลังทดลองใช้รูปแบบ 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองใช้รูปแบบ 1 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองใช้รูปแบบ 1 สัปดาห์กับระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้มากขึ้น และเมื่อติดตามต่อเนื่องความรู้ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D เชื่อมโยงกับกิจกรรมปกติ และมีแนวโน้มดีขึ้น รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เด็กก่อนวัยเรียน มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : chantira01@hotmail.com

Development of a 4D-Based Health Preparedness Model for Pre-school Child Development Centers under the National Early Childhood Development Center Standard: A Case Study of Romklao Community, Lat Krabang District, Bangkok

Chantira Nanthamongkolchai*
Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health
Parichart Charakamud
Chiang Khwan Hospital, Roi-Ed
Kunnikar Charoenchit
Nicharee Iti-in
Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a 4D-Based Health Preparedness Model for Pre-school Child Development Centers under the National Early Childhood Development Center Standard: A Case Study of Romklao Community, Lat Krabang District, Bangkok. The study was conducted through two action research cycles. The first cycle involved 30 participants, including preschool childcare teachers, community leaders, public health personnel, village health volunteers, and parents. The second cycle involved 30 preschool childcare teachers. Each comprising four phases: (1) planning, (2) implementation, (3) observation and evaluation, and (4) reflection. The research was carried out from September 2023 to February 2024. Qualitative data were analyzed using content analysis.The effectiveness of the developed model was evaluated by comparing the mean knowledge scores of caregivers before implementation, one week after implementation, and at a 12-week follow-up using a paired t-test.

The results indicated that the first cycle generated a preliminary model, which was further refined during the second cycle. The final 4D-Based Health Preparedness Model comprised five key steps: (1) situational and contextual analysis, (2) operational assessment, (3) capacity building for

caregivers in 4D-based health preparedness, (4) caregiver knowledge assessment, and (5) monitoring and evaluation. The findings showed that the mean knowledge scores one week after implementation were significantly higher than those prior to implementation ($p < .001$). No statistically significant difference was found between the scores at one-week post-implementation and those at the 12-week follow-up, indicating sustained knowledge retention. Furthermore, the model was successfully integrated into routine center activities and demonstrated a positive trend in strengthening health preparedness practices. In conclusion, the 4D-Based Health Preparedness Model effectively enhanced caregivers' knowledge and demonstrated practical applicability in promoting health preparedness in pre-school child development centers in accordance with the National Early Childhood Development Center Standard.

Keywords: model development, health preparedness, pre-school child development centers, National Early Childhood Development Center Standard

*Corresponding Author, ✉ : chantira01@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านจากระดับชั้นอนุบาลสู่การศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิตและเป็นระยะเชื่อมต่อของเด็กในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อพัฒนาการ การเรียนรู้ของเด็กในระยะยาว และทัศนคติต่อการเติบโตในอนาคต[1] กระบวนการจัดการเรียนรู้และพัฒนาเด็กในช่วงก่อนวัยเรียนนั้น ครูผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ความเข้าใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือสนับสนุน เสริมสร้างให้เด็กมีความพร้อมอย่างเต็มศักยภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเรียนรู้ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ และส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านอย่างสมดุล หลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบด้านความรู้สึก การปรับตัวต่อการเรียนรู้ ไม่มีความสุข ไม่อยากไปโรงเรียน และเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีในชีวิต[2] ซึ่งการเตรียมความพร้อมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ความสามารถในการเรียนรู้ และสุขภาพของเด็กแบบองค์รวม ปัจจุบันสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้วยความร่วมมือของ 6 กระทรวงหลักในการพัฒนาเด็ก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้วิสัยทัศน์เด็กปฐมวัยทุกคนมีการพัฒนารอบด้านอย่างเต็มศักยภาพ พัฒนาการสมวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับบริการและคุ้มครองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมตามมาตรฐานภายใต้แนวคิด Head Heart Hand Health และ High Technology[3] มาตรฐานดังกล่าวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีการบริหารจัดการ ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อยกระดับการพัฒนาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ มาตรฐานดังกล่าว ประกอบด้วย 3 มาตรฐานย่อย ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ มาตรฐานที่ 2 ด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่น มาตรฐานที่ 3 ด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย โดยมาตรฐานที่3นี้ กรมอนามัยได้รวบรวมและนำข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพเด็กมาจัดทำแนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D ที่สอดคล้องกับ

มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ประกอบด้วย ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต (Diet) ด้านพัฒนาการและการเล่น (Development & Play) ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (Dental) ด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและป้องกันควบคุมโรค (Disease) โดยมุ่งเน้นการดูแลเด็กอายุ 0 - 6 ปีให้สุขภาพและพัฒนาการตามวัย ครอบคลุมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา[3] ในปี 2566 กรุงเทพมหานคร มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดที่ดำเนินการพัฒนาตามมาตรฐานจำนวน 1,585 แห่ง ประเมินตนเองจำนวน 885 แห่ง อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก ดี พื้นฐานและต้องปรับปรุง[4] จากรายงานผลการประเมินตนเองดังกล่าวพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนร่มเกล้าผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ทั้ง 6 แห่ง แต่เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพ พบว่ามีศูนย์ฯที่ต้องส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D ให้ผ่านทุกข้อบ่งชี้ เพื่อยกระดับคุณภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในระดับที่สูงขึ้น และจากรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็ก พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.0 สงสัยล่าช้าโดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา ร้อยละ 21.83 เด็กมีพฤติกรรมใช้โทรศัพท์มือถือ มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 8.0 และฟันผุ ร้อยละ 62.3[5] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย และเมื่อมีการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความต้องการให้มีการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีทั้ง 4 ด้าน ประกอบกับบริบทของชุมชนร่มเกล้า นั้น มีเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนมากที่อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องการดูแลเด็ก ทำให้เด็กขาดการปลูกฝังเรื่องการดูแลสุขภาพ และจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยของเด็ก สอดคล้องกับ แนวคิดของบรอน เฟนด์เบรนเนอร์ ที่อธิบายว่าอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมและการพัฒนาเด็ก โดยสิ่งแวดล้อมนั้น หมายถึง กลุ่มคนที่ใกล้ชิดและเกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การทำกิจกรรมร่วมกัน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะกำหนดพฤติกรรมและแนวคิดเชิงบวกของเด็กต่อไป[6] ปัจจุบันการเตรียมความพร้อมเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กมีรูปแบบและการจัดบริการที่มีความหลากหลาย ส่งผลให้เด็กได้รับโอกาสในการพัฒนาไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเป็นการสร้างพื้นฐานเชิงรุกที่เชื่อมโยงกับมาตรฐาน 4D เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีโภชนาการที่ดี พัฒนาการสมวัย สุขภาพช่องปากแข็งแรง และปลอดภัยจากโรคติดต่ออย่างเป็นระบบ โดยการวิจัยนี้ กำหนดนิยามการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D หมายถึง การสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ด้วยหลัก 4D เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตดี พัฒนาการสมวัย สุขภาพช่องปากที่ดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุและโรคติดต่อ จากความสำคัญและแนวคิดดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อค้นหารูปแบบการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านคุณภาพเด็ก ให้มีมาตรฐานเท่าเทียมกันและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี และสามารถนำรูปแบบไปขยายผลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

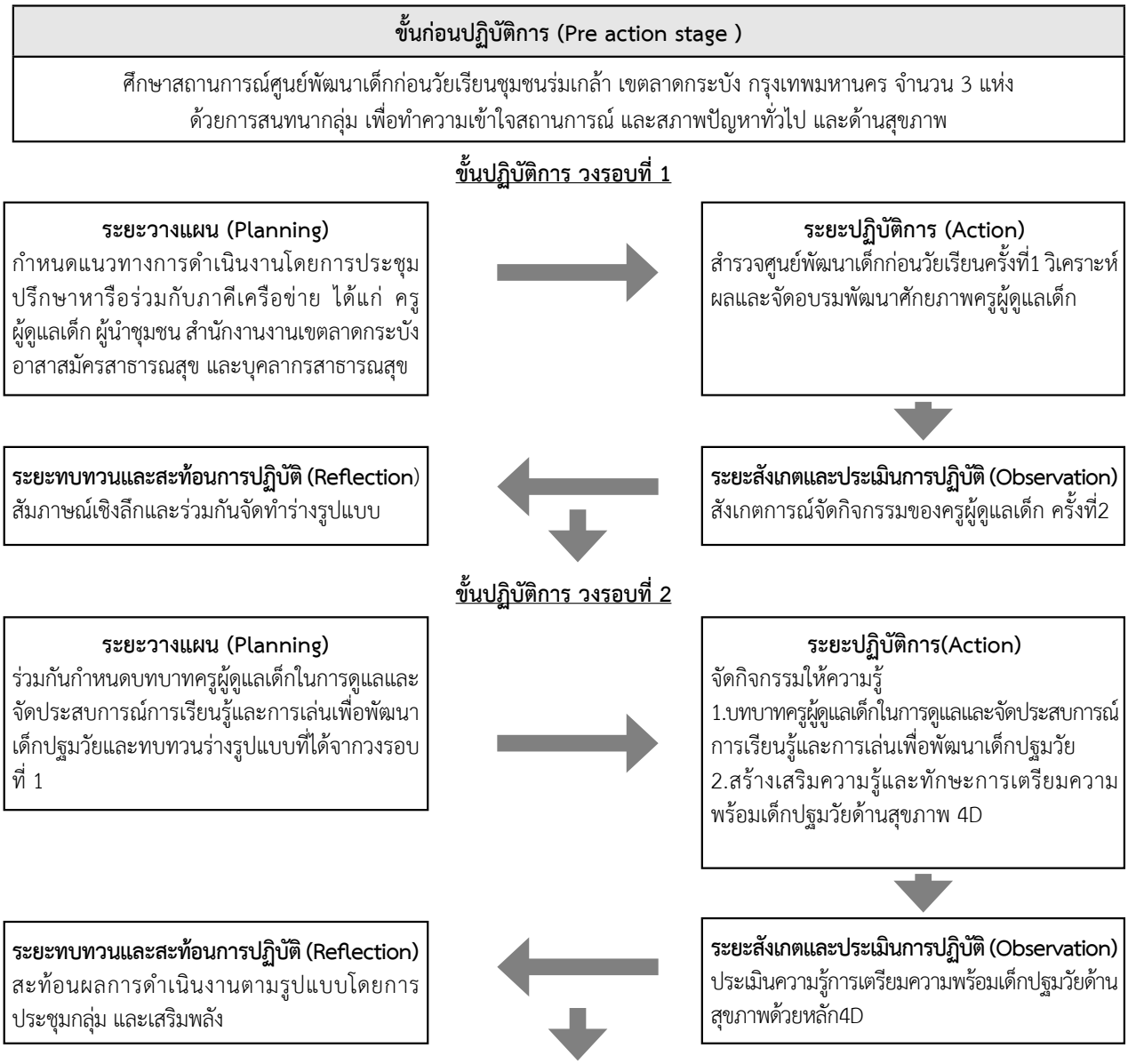
2. เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

นิยามศัพท์สำคัญ

1. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D หมายถึง การสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ 4D เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีโภชนาการที่ดี พัฒนาการสมวัย สุขภาพช่องปากที่ดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุแลโรคติดต่อ

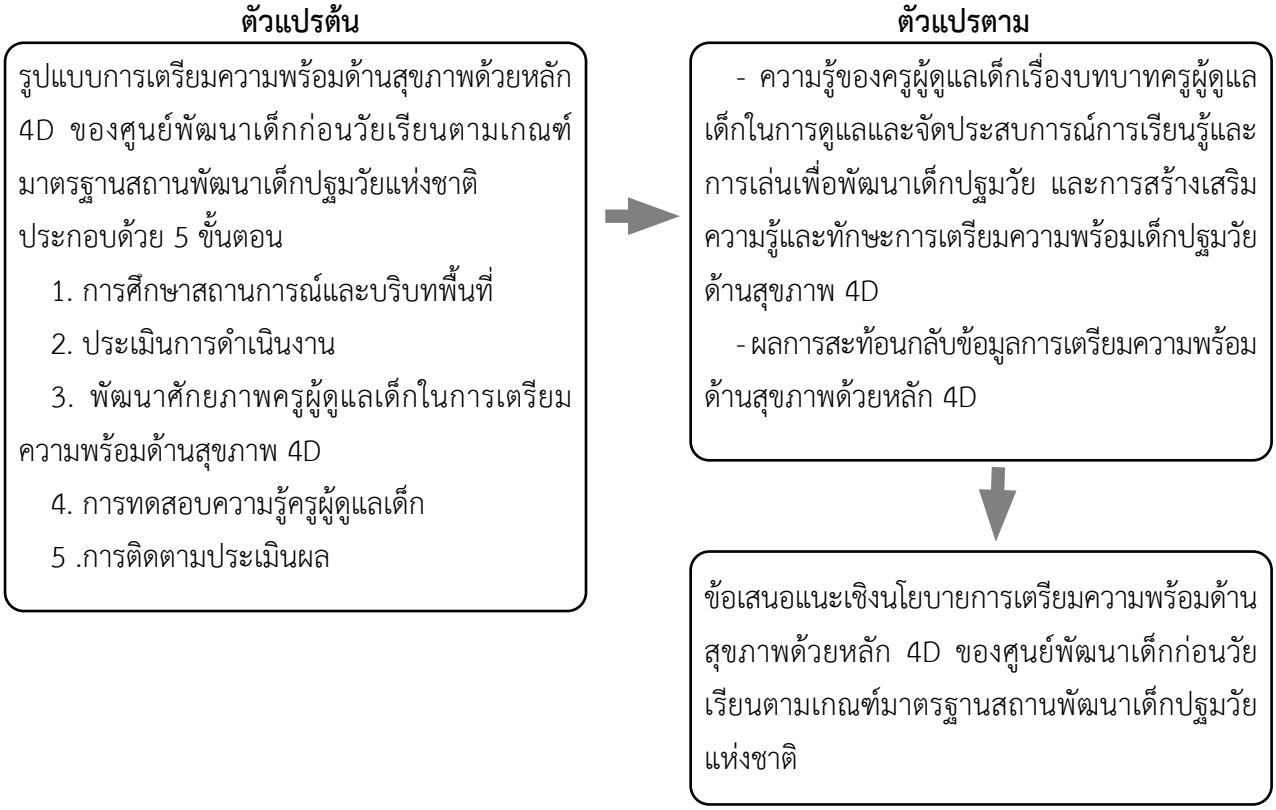
2. การพัฒนารูปแบบ หมายถึง กระบวนการสร้างหรือปรับปรุงแนวทางการทำงานอย่างเป็นขั้นตอน โดยผ่านการศึกษาข้อมูล ยกร่างรูปแบบ การทดลองใช้ และการประเมินผล เพื่อให้ได้วิธีการที่สามารถแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย



พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการศึกษา



วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวทางของ Kammis และ McTaggart[7] ในการดำเนินงานเป็นวงรอบที่ต่อเนื่องในช่วงของการดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการเป็น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะวางแผน (Planning) 2) ระยะดำเนินการ (Action) 3) ระยะสังเกตและประเมินการปฏิบัติ (Observation) 4) ระยะทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนขนาดใหญ่ คือ มีจำนวนเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ 101 คนขึ้นไป จำนวน 3 แห่ง ดังต่อไปนี้

1. ขั้นปฏิบัติการ วงรอบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คนเป็นครูผู้ดูแลเด็ก 6 คน ผู้ปกครอง 6 คน ผู้นำชุมชน 6 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 9 คน

ได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติคือเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กวัยก่อนเรียนในชุมชนร่มเกล้า อย่างน้อย 1 ปี มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นปฏิบัติการ วงรอบที่ 2 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 30 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง โดยคัดเลือกครูผู้ดูแลเด็กเป็นตัวแทนศูนย์ละ 10 คน เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนมากกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

• เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรอบที่ 1 ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่ายศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน แบบสังเกตการดำเนินกิจกรรมของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามแนวทางมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ แบบทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็กด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกครูผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ดังนี้ 1) ปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน 2) การจัดการแก้ไขปัญหา และ 3) ความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย วงรอบที่ 2 ได้แก่ แบบสังเกตการดำเนินกิจกรรมครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ แบบทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็กด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D

• การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสังเกต แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง ด้วยวิธี Index of Item-Objective Congruence มีค่าIOC เท่ากับ 0.7 แบบทดสอบความรู้การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D โดยนำไปทดสอบจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์–ริชาร์ดสันสูตรที่ 20 (Kuder–Richardson Formula 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

• การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นการสนทนากลุ่มจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่นำมาวางแผนการดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน โดยการสนทนากลุ่มมีการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความเที่ยงตรง

2. แบบสังเกตการดำเนินงาน (Observation) ด้วยการติดตาม เก็บรายละเอียดของกิจกรรมและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดและสอดคล้องกับความเป็นจริง

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ที่สะท้อนการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อประกอบการพัฒนารูปแบบ

4. แบบทดสอบความรู้ด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก4D ของครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 20 ข้อ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบและประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว 30 คน เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง 1 สัปดาห์ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ระยะเวลาการดำเนินงานระหว่าง เดือนกันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

• การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกในภาคสนามและสรุปประเด็นตามแนวคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินผลของรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เปรียบเทียบก่อน หลัง และระยะติดตามด้วยสถิติ paired- t test

• การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัย 635/2566 พิจารณารับรองวันที่ 23 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

ขั้นก่อนปฏิบัติการ (Pre action stage)

ศึกษาสถานการณ์ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และสภาพปัญหาทั่วไป และด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย

ขั้นปฏิบัติการ วงรอบที่ 1

1. ระยะวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการดำเนินการในวงรอบที่ 1 หลังจากที่ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ บริบท สภาพปัญหาทั่วไป และการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยเริ่มจากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจบริบท สถานการณ์ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนและร่วมวางแผนกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนดำเนินการในบ้านหรือสถานที่ว่างของคนในชุมชนจัดตั้งเป็นศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน อยู่ภายใต้การดูแลของฝ่ายพัฒนาสังคม สำนักงานเขตลาดกระบัง ซึ่งเป็นฝ่ายสนับสนุนดูแลศูนย์เด็กเล็กในด้านงบประมาณ สวัสดิการและค่าตอบแทนอาสาสมัครผู้ดูแลเด็ก ครูผู้ดูแลเด็กมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 5 สัดส่วนการดูแลครู 1 คนต่อเด็ก 10 คน ดูแลเด็กประจำวัน วันละ 8-10 ชั่วโมง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับเด็กโดยเน้นเด็กเป็นศูนย์กลางตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมประสบการณ์ กิจกรรมการเคลื่อนไหว ศิลปะและสร้างสรรค์ การเล่นตามมุม การเล่นกลางแจ้ง และกิจกรรมเกมการศึกษา จากข้อจำกัดเรื่องภาระงานที่มาก ทำให้การดูแลสุขภาพเด็กไม่ทั่วถึง ขาดการให้ข้อมูลและจัดการปัญหารายบุคคล ครูผู้ดูแลเด็กยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล และมีทักษะด้านการสื่อสารข้อมูลไปยังพ่อแม่ ผู้ปกครองน้อย และผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย ขาดความเข้าใจเรื่องสุขภาพและใช้รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กตามที่เคยเลี้ยงมาในอดีต และเข้าใจว่าเรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ระยะดำเนินการ (Action) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยสำรวจศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนครั้งที่1 ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วยหลัก 4D พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กดำเนินการในบางกิจกรรมไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยให้เหตุผลว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ทั้งในด้านพัฒนาการ การจัดเมนูอาหารและเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ยังมีการให้เด็กกินนม หลังแปรงฟัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านกายภาพของศูนย์เด็กเอง ทำให้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการเล่นของเด็กได้ จากผลการสำรวจดังกล่าวทำให้เห็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นนำไปสู่การวางแผนการพัฒนารูปแบบใหม่ ประกอบด้วย อบรมพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนตามแนวทางการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D โดยผู้วิจัยทำการประเมินความรู้ก่อนการอบรมเพื่อเปรียบเทียบกับ

หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบและระยะติดตาม 12 สัปดาห์

3. ระยะสังเกตและประเมินการปฏิบัติ (Observation) ภายหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการได้ทำการสังเกตการจัดกิจกรรมของครูผู้ดูแลเด็กครั้งที่ 2 และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแนวทาง 4D พบว่า ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ยังพบว่า ครูผู้เด็กแลเด็กส่วนใหญ่มีการจัดอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ร้อยละ 83.3 มีการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ร้อยละ 70.0 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น (Development and Play) ร้อยละ 86.6 การจัดกิจกรรมการเล่นร่วมกับครอบครัวชุมชน ร้อยละ 56.7 ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Dental) พบว่า ร้อยละ 73.3 ปฏิบัติได้ มีการจัดการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) ร้อยละ 90.0

4. ระยะทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยได้นำผลการสังเกตและผลการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแนวทาง 4D มาทบทวนและชี้แจงแก่ครูผู้ดูแลเด็ก รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กสะท้อนปัญหาเพิ่มเติมพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเด็กและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และเข้าใจว่าสุขภาพที่ดีของเด็กปฐมวัย ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าเรียนในระดับประถมศึกษา แต่ส่วนที่ยังเป็นปัญหาคือขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ ขาดความรู้ในการแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครอง และต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังเรื่องการกินอาหารของเด็ก การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การส่งเสริมการเล่นโดยคนในชุมชน ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมเด็กทุกคน และแจ้งผลการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ครูผู้ดูแลเด็กติดตามเด็กต่อไป

จากผลปฏิบัติการวงรอบที่ 1 พบว่าการดำเนินการในวงรอบที่ 1 ทำให้ครูผู้ดูแลเด็ก สามารถปฏิบัติด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4 ด้านได้ดียิ่งขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นตามข้อจำกัดและบริบทของศูนย์ได้ดี สามารถนำแนวทางไปใช้ได้จริง นำไปสู่การจัดทำร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อทดลองใช้ในวงรอบที่ 2 และปรับปรุงอย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้รูปแบบไปใช้จริงตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ จากผลการพัฒนาวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก ได้รูปแบบที่พัฒนาใหม่โดยดำเนินการในขั้นปฏิบัติการ วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นปฏิบัติการ วงรอบที่ 2

1. ระยะวางแผน (Planning) โดยเริ่มจากนำผลที่ได้จากการปฏิบัติการวงรอบที่ 1 มานำเสนอและประชุมร่วมกับครูผู้ดูแลเด็ก มีข้อเสนอจากครูผู้ดูแลเด็กให้มีการกำหนดบทบาทครูเพิ่มขึ้น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการส่งเสริมความสามารถเด็ก ได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก การเสริมสร้างบุคลิกภาพและการสร้างสรรค์ การส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย 2) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การดูแลสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร/บริเวณสนามเด็กเล่น และดูแลสภาพแวดล้อมภายในอาคาร 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับบุคคลและชุมชน ได้แก่ การสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องกำหนดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เพิ่มขึ้นจาก การปฏิบัติการในวงรอบที่ 1

2. ระยะดำเนินการ (Action) โดยทีมผู้วิจัยสรุปแนวทางที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ จัดกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ด้วยการให้ความรู้ 1) บทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย 2) สร้างเสริมความรู้และทักษะการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D โดยเน้นให้ครูได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซักถาม และฝึกปฏิบัติจริง

3. ระยะสังเกตและประเมินการปฏิบัติ (Observation) โดยการทดสอบความรู้ด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก4D หลังการให้ความรู้ และระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ก่อน หลัง และระยะติดตาม 12 สัปดาห์

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อเปรียบเทียบผลการติดตามหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (p –value =.49) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็กด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระหว่างก่อน หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ (n=30)

คะแนนเฉลี่ยความรู้การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4 D	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์						
ก่อนการทดลอง	30	10.33	1.45	-18.21	29	<.001*
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	30	15.67	.99			
เปรียบเทียบหลังการทดลอง 1สัปดาห์ และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์						
หลังการทดลอง	30	15.67	.99	.69	29	.49
ระยะติดตามผล 12 สัปดาห์	30	15.50	1.04			

*p < .001

4. ระยะทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นโดยการประชุมกลุ่ม และเสริมพลัง โดยการเปิดโอกาสให้สะท้อนความรู้สึก ซักถาม ผู้วิจัยได้ตอบคำถามและเติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์และให้กำลังใจแก่ครูผู้ดูแลเด็ก พบว่าครูผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กทั้ง 4 ด้านมากยิ่งขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้ สามารถอธิบายเหตุผลเชิงสุขภาพรองรับการจัดกิจกรรมได้อย่างชัดเจน เช่น “เข้าใจหลักการ 4D แล้ว ทำให้มั่นใจว่ากิจกรรมที่จัดมีประโยชน์จริง และสามารถอธิบายผู้ปกครองได้”ครูสามารถอธิบายองค์ประกอบของ 4D ได้อย่างครบถ้วน นำไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงในศูนย์เด็กเล็กได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยครูสะท้อนว่า“เข้าใจว่ากิจกรรมที่ทำเกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กอย่างไร และควรจัดอย่างไรให้สอดคล้องกับวัย”เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนา พบว่า ครูมีการกล่าวถึง 4D ในลักษณะเป็นกิจกรรมแยกส่วน แต่ภายหลังการพัฒนาครูสามารถอธิบายความเชื่อมโยงกับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้ชัดเจนขึ้น จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดตารางกิจกรรมด้านสุขภาพที่สม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้นิทานเป็นสื่อ และแผนการจัดกิจกรรม พบว่า ครูมีการบูรณาการกิจกรรม 4D เข้ากับกิจกรรมการเรียนรู้ประจำวัน โดยสอดแทรกการส่งเสริมสุขนิสัยระหว่างกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การล้างมือ การแปรงฟัน มีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงไปยังครอบครัวของเด็ก และพบว่า ในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ครูผู้ดูแลเด็ก ยังคงมีความรู้ และสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการดูแลเด็กแบบองค์รวมและเชื่อมโยงกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D ได้อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนที่ผ่านมาก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พบว่า การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดในบางประเด็น ได้แก่ ด้านครูผู้ดูแลเด็ก ความรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ประสบการณ์การดูแลเด็ก โดยเฉพาะทักษะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นให้กับเด็กที่มีความหลากหลายแต่ไม่บูรณาการกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ซึ่งเป็นการปลูกฝังวินัยให้กับเด็กสอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน ของยีท เซนอล และฟัตมา เบตุล เซนอล[8] กล่าวว่า เด็กควรได้รับการสอนตั้งแต่ยังเล็กว่าต้องทำอย่างไรจึงจะมีสุขภาพดีและไม่เจ็บป่วย การสอนข้อมูลด้านสุขภาพแก่เด็กควรคำนึงถึงระดับพัฒนาการ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล เนื่องจากความเข้าใจในแนวคิดที่ซับซ้อน เช่น สุขภาพพัฒนาอย่างช้าๆ ในช่วงก่อนวัยเรียน และพัฒนาการนี้จะค่อยๆสะท้อนออกมาในพฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเวลาผ่านไป ผลการศึกษายังพบว่า 1) ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต พฤติกรรมการกินของเด็กเด็กบางคนไม่กินอาหารเช้า บางคนกินข้าวเหนียวหมูปิ้งไส้กรอก ทุกวัน เด็กนำขนมกรุบกรอบมาจากบ้าน เด็กดื่มนมรสหวาน มีการติดตามเฝ้าระวังการเจริญเติบโตแต่ไม่มีการแก้ไขปัญหารายบุคคล 2) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินพัฒนาการเบื้องต้นตามคู่มือ DSPM ได้ บริเวณศูนย์พื้นที่เล่นมีน้อย เครื่องเล่นไม่ได้มาตรฐาน ไม่ปลอดภัย 3) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ครูยังขาดความมั่นใจในการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก สถานที่แปรงฟันไม่สะดวกและปลอดภัย 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยครูมีการตรวจสุขภาพเด็กทุกเช้าก่อนเข้าเรียน มีการคัดกรองเบื้องต้น ในศูนย์ไม่มีห้องแยกเด็กป่วย ด้านสิ่งแวดล้อมยังมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบสุขภาพ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก

2. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการปฏิบัติการ 2 วงรอบๆ ละ 4 ระยะตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[7] โดยในวงรอบที่ 1 เป็นวงรอบของการจัดทำร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D วงรอบที่ 2 คณะผู้วิจัยนำร่างรูปแบบฯจากวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงพัฒนาและทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กโดยตรง โดยสรุปการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ 2) ประเมินการดำเนินงาน 3) พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D 4) ทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก 5) ติดตามประเมินผล 1 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

จากการศึกษาสรุปได้ว่า พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร มีรูปแบบการพัฒนา

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ มีความจำเป็นในการวางแผนการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของศูนย์เด็กเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัคคหัตถ์ และคณะ ที่พบว่ามาตรฐานระดับชาติจะเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งด้านโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรบุคลากร และทุนทางสังคมของชุมชนการศึกษาบริบทจึงเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนกำหนดแนวทางพัฒนา[9] นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแนวคิดของธเนศพล อินทร์จันทร์ ได้กล่าวว่า แนวทางการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ควรมีการกำหนดแผนในการดำเนินงานตามมาตรฐานอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่[10] ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการดำเนินงาน วิเคราะห์ประเด็นปัญหาการดำเนินงานด้านสุขภาพ 4D ของศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบต่างๆ ช่วยให้ครูผู้ดูแลเด็กเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขได้ตรงประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าประเมินจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของกิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจะพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างตรงจุดและเป็นรูปธรรม[10] ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D ซึ่งสอดคล้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเป็นระยะเวลาติดต่อกัน พบว่า ครูพี่เลี้ยงเด็กเกิดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้นและทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] และการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner : EAP) เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีวัตถุประสงค์เพื่อ หารูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามแผน EAP เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การล้างมือที่ถูกต้อง การแปรงฟัน ป้องกันฟันผุและการเลือกรับประทานอาหารเพื่อแก้ปัญหาโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์พัฒนาเด็ก ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการล้างมือ การแปรงฟันและการเลือกรับประทานอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการเรียนรู้ตามแผน EAP มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็กพบว่า สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กขึ้นกับการที่บุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องส่งบุคลากรไปอบรมในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะประสบการณ์ รวมทั้งการศึกษาต่อใน ระดับสูงขึ้น[13] และจากการศึกษาของ นิษฐา ศักดิ์ศิริ และคณะ พบว่าสมรรถนะของครูเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต้นที่ส่งผลต่อคุณภาพเด็ก โดยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของครูผู้ดูแลเด็กจะส่งผลให้การจัดประสบการณ์การเรียนรู้มีประสิทธิภาพและทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกด้าน[14] สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภิตา บุญแก้ววรรณ[15] ศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาการศึกษาระดับปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครอ้อมน้อย ผลการศึกษา พบว่า ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการศึกษาระดับระดับปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้ คือ การส่งเสริมให้ครูหรือบุคลากรทางการศึกษาเข้ารับการอบรมเสริมความรู้ ปีละไม่น้อย กว่า 20 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาตนเองให้ทันข้อมูลข่าวสารทางการศึกษาปฐมวัย และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล เสริมพลังและความมั่นใจในการดำเนินงานแก่ครูผู้ดูแลเด็ก พบว่า ในขั้นตอนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการส่งเสริมขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ

เขต 2 พบว่า การยกย่อง ชมเชยชื่นชมครู ช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้ครูสร้างผลงานให้บรรลุความสำเร็จมากยิ่งขึ้น[16]

การประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูผู้ดูแลเด็ก ก่อนหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ 1สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ เนื่องจาก ผลของรูปแบบฯ ช่วยให้ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบผลการทดลอง 1 สัปดาห์และการติดตามหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ไม่แตกต่างทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้อย่างต่อเนื่องและความรู้ยังคงอยู่ได้จากการเข้าใจบริบทและนำไปปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนามาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติปี พ.ศ.2562 ในมาตรฐานที่ 2 กล่าวว่าครูต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดกิจกรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เด็ก[17] และ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะของครูในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามวัยได้[18] และการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การประเมินตนเอง 2) การเสริมพลังการเปลี่ยนแปลง 3) การคิดทบทวนทำให้ดีขึ้น 4) การให้ความรู้และทักษะการดูแลเด็กปฐมวัย 5) การทดลองปฏิบัติ และ 6) การแก้ไขปรับปรุง ผลการศึกษาพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนมีผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน มาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และด้านที่ 3 คุณภาพเด็กปฐมวัย[19]

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ระยะนี้มีจุดเด่นดังนี้ 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงในการนำมาพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง 2) มีการจัดกระบวนการในขั้นปฏิบัติการ 2 วงรอบ เพื่อให้ได้ร่างรูปแบบฯและนำมาปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ 3) ได้แนวทางปฏิบัติ 5 ขั้นตอนที่สามารถดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ และส่งผลให้ความรู้ และการปฏิบัติของครูผู้ดูแลเด็กเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ดังสรุปในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอน	กิจกรรมหลัก	เครื่องมือ/การประเมินผลลัพธ์
1. ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่	การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน	แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และรายงานสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
2. ประเมินการดำเนินงาน	1. สังเกตกิจกรรมการดำเนินงาน ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามแนวทาง การส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วยหลัก 4D 2. วิเคราะห์ผลการสังเกต จุดแข็ง จุดอ่อนของกิจกรรมการดำเนินงาน 3. เสนอผลการดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 4D 4. ทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก	แบบสังเกต และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ
3. พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D	พัฒนาศักยภาพโดยจัดอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแล เรื่อง 1. บทบาทครูผู้ดูแลเด็กในการดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย 2. สร้างเสริมความรู้และทักษะการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D ประกอบด้วย 2.1 ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) 2.2 การส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น (Development and Play) 2.3 ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Dental) 2.4 จัดการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease)	แผนการสอนเรื่องบทบาทครูผู้ดูแลเด็ก และแผนการสอนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4D
4. การทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก	การทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็กภายหลังการจัดอบรม ตามแนวทางการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วยหลัก 4D	แบบทดสอบความรู้ตามแนวทางการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมสุขภาพเด็ก ด้วยหลัก 4D แบบสังเกตการดำเนินกิจกรรมของครูผู้ดูแลเด็ก
5. การติดตามประเมินผล	1. ติดตามประเมินผลโดยทดสอบความรู้ครูผู้ดูแลเด็กภายหลังการจัดอบรม 12 สัปดาห์ 2. เสริมพลังใจและสร้างความมั่นใจในการดำเนินงานแก่ครูผู้ดูแลเด็ก	แบบทดสอบความรู้ตามแนวทางการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมสุขภาพเด็กด้วยหลัก 4D และแนวทางการเสริมสร้างพลังใจและความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพเด็ก การสะท้อนผลการเตรียมความพร้อมพร้อมด้านสุขภาพ 4D

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพด้วยหลัก 4D ของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ที่พัฒนาไปขยายผลในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. ส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมสนับสนุนและบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สร้างการรับรู้ ความตระหนักรู้และสนับสนุนด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กแบบองค์รวมเพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสามารถดำเนินงานตามมาตรฐานด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

• ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

1. ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้เกี่ยวข้องโดยสำนักพัฒนาสังคม หรือศูนย์บริการสาธารณสุขควรส่งเสริมและมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กด้านการใช้ข้อมูลสุขภาพเด็กเพื่อการดูแลและเฝ้าระวังรายบุคคล

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ

• ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของรูปแบบการเตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยการให้ความร่วมมือสนับสนุนและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากหน่วยงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนชุมชนร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กลุ่มตัวอย่างและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ นิ้มคธาวุธ, ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. บทบาทครูในการสร้างรอยเชื่อมต่อทางการศึกษาของเด็กเพื่อเข้าสู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2561;13(2):16-9.
2. สิรินทร์ ลัดดากลม บุญเชิดชู. สร้างความพร้อม เสริมความสุขในรอยเชื่อมต่อจากระดับอนุบาลสู่ประถมศึกษา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร 2563;18(2):1-15.
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. บันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวงการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565–2569. นนทบุรี:กรมอนามัย; 2565.
4. Department of Children and Youth Affairs, Ministry of Social Development and Human Security, Thailand. ข้อมูลผลการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ในแต่ละปี

[เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2569]. Available from: https://datacatalog.dcy.go.th/dataset/qa_sar_thailand-doc การศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2024

5. กรมอนามัย สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง. รายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566 [เอกสารภายใน]. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย; 2566.
6. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. Senol Y, Betul F. Health promotion in preschool children. Children (Basel) 2023;10(8):1385. doi:10.3390/children10081385.
9. กิตติศักดิ์ อัคคหัตถ์, สันติ ภูมิกร, ทิพวรรณ ศิริพูนยานันท์. แนวทางการพัฒนาการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพุทธการศึกษาและวิจัย 2568;11(2):610-23.
10. ธเนศพล อินทร์จันทร์. แนวทางพัฒนาการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2563;9(4):127-36.
11. กัลยา ทัพมาลัย. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. นครปฐม:มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม;[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. Available from: http://program.npru.ac.th
12. อำนาจ ภูมชาติ. การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP) เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2561;14(3):57-67.
13. มยุรี ภิรมย์รักษ์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
14. นิษฐา ศักดิ์ศิริ, ธนพร ธรรมสุจริต, ศุภลักษณ์ ขำเพชร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ 2564;15(2):166-81.
15. สุภิตา บุญแก้ววรรณ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการพัฒนาการศึกษาระดับปฐมวัย กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครอ้อมน้อย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. Available from: http://www.islocal.ru.ac.th
16. วรวิทย์ ศรีจักร์, จิตติมาภรณ์ สีหะวงษ์, พงษ์ศักดิ์ ทองพันชั่ง. แนวทางการส่งเสริมขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 2. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2568;27(1):107-24.
17. ประกาศคณะกรรมการบูรณาการการพัฒนาเด็กปฐมวัย เรื่อง มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2568]. Available from: http://www.

ratchakitcha.soc.go.th

18. รัตนาภรณ์ แบ่งทิศ, ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธุ์, หยาดพิรุณ เสาร์เป็ง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ต่อความรู้และทักษะของครูในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. J Thai Nurse Midwife Counc [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2568]. Available from: https://he02.tcithaijo.org/ index.php/TJONC/article /view/261669
19. ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ลัดดาวัลย์ ทรัพย์เจริญมาก. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(3):91-105.

กรมอนามัย
Department of Health





กรมอนามัย ส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี