วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2563 - มกราคม 2564
Vol. 13 No. 1 August 2020 - January 2021
ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้ยังอยู่ท่ามกลางการระบาดของโรคโควิด-19 หลังจากที่เกิดการระบาดระลอกแรกในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 ซึ่งประเทศไทยสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี เป็นที่ประจักษ์ แก่สายตาชาวโลก จนได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นต้นแบบในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การระบาดที่เกิดขึ้น ณ เวลานี้ถือเป็นการระบาดที่เกิดขึ้นระลอกใหม่ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยถือว่าสูงกว่าการระบาดครั้งที่ผ่านมามาก และมีการกระจายตัวในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตามเชื่อว่าจากประสบการณ์การระบาดในรอบที่ผ่านมา และความร่วมมือของประชาชนไทย จะสามารถนำพาพวกเราผ่านพ้นวิกฤติครั้งนี้ไปด้วยดี นอกจากนี้ยังมีเรื่องน่ายินดีแก่ประชาชนชาวไทย และชาวโลกเป็นอย่างยิ่งที่มีการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้สำเร็จมีประสิทธิภาพในการป้องกันในระดับที่ดีมาก และได้เริ่มฉีดให้แก่ให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมวัคซีนสำหรับป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับฉีดให้แก่ประชากรในประเทศ คาดว่าจะเริ่มฉีดวัคซีนกลุ่มแรกได้ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และทยอยฉีดให้แก่ประชาชนอื่น ๆ ต่อไป โดยมีเป้าหมายการฉีดให้ประชาชนร้อยละ 50 หรือประมาณ 33 ล้านคน ในระหว่างนี้ขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านทุกท่านปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง ร่วมมือกันปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด การ์ดไม่ตก เมื่อควบคุมโรคได้แล้ว เศรษฐกิจฟื้นตัว วิกฤตในวันนี้ก็จะค่อยๆ ผ่านพ้นไป ขอให้ปีนี้เป็นปีที่สดใสสำหรับพวกเราทุกคน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็น double blind peer reviewed journal มีเป้าประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจ จึงอยากเชิญชวนท่านผู้อ่านที่สนใจ ส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์ได้นะครับ ในฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่องอาทิเช่น สู้ด้วยกายใจ สู้ภัยโควิด-19, การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น, การเฝ้าระวังและการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7

นายแพทย์ไพบูรณ์ จัตกุล
บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

❖ **ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์**

1. **รายงานผลการวิจัย** หรือรายงานการค้นคว้าและการสำรวจในด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. **บทความทั่วไป** เป็นบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

❖ **การเตรียมต้นฉบับ**

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ต้นฉบับส่งเข้าใน **E-mail: anamaiplan7@gmail.com** ทั้งนี้ เนื้อหาที่ส่งไม่ควรเกิน 10 หน้า กระดาษ A4 ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์และ E-mail ของเจ้าของต้นฉบับที่สามารถติดต่อได้

❖ **รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ**

1. **บทความทั่วไป ควรเรียงลำดับดังนี้**
   - 1.1 **ชื่อเรื่อง** ควรจะสั้นกระชับ และสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้หน้าแรกและมีชื่อเรื่องทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
   - 1.2 **ชื่อผู้เขียนและผู้ร่วม** ต้องระบุชื่อภาษาไทย และผู้ร่วมงานอยู่ใต้ชื่อเรื่อง รวมไปถึงตำแหน่ง และสถาบันหรือสถานที่ทำงานของผู้เขียน
2. **รายงานผลการวิจัย ควรเรียงลำดับดังนี้**
   - 2.1 **ชื่อเรื่อง** ชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับรูปแบบการเขียนบทความข้างต้น
   - 2.2 **บทคัดย่อ** ต้องมีทั้งภาษาไทย และ/หรือ ภาษาอังกฤษ เขียนสั้นๆ ให้ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ
   - 2.3 **คำสำคัญ** เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้วไม่เกิน 5 คำ อยู่ในหน้าเดียวกันกับบทคัดย่อ
   - 2.4 **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา** กล่าวถึงการพิจารณาถึงปัญหาอย่างสั้น ๆ ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำอย่างย่อ ๆ และวัตถุประสงค์การวิจัย ของเขตการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย

2.5 **วิธีดำเนินการวิจัย** ให้กล่าวถึงรูปแบบของการวิจัย กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 **ผลการวิจัย** รายงานผลการวิจัยเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตาราง ที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง ตารางและรูปภาพ ให้เตรียมแยกออกต่างหากจากเนื้อหา

2.7 **การอภิปรายผล** เป็นการอภิปรายถึงแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัย การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับงานวิจัยอื่น และสรุปอย่างย่อ ๆ

2.8 **ข้อเสนอแนะ** ให้การกล่าวถึงข้อเสนอแนะจากการวิจัย และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

2.9 **กิตติกรรมประกาศ** เป็นการแสดงความของคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

2.10 **เอกสารอ้างอิง**

เอกสารอ้างอิงจำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานผลการวิจัย มีรายละเอียดในการเขียน ดังนี้ การเขียนเอกสารอ้างอิงในเนื้อเรื่อง หากมีการอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่ง ให้ใส่ตัวเลขกำกับไว้ข้างท้ายข้อความที่คัดลอกมา **โดยพิมพ์ตัวเลขเป็นตัวยกใส่วงเล็บ** เรียงหมายเลขเริ่มต้นจาก 1 ไปเรื่อยๆ การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความจริงและ ให้ใช้**ระบบแวนคูเวอร์เท่านั้น** (Vancouvers’ style) ซึ่งนิยมใช้ในวารสารทั่ว ๆ ไป

❖ ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ในทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิดไม่มีค่าตอบแทนใดๆ แต่กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความนั้น ให้ผู้เขียนจำนวน 1 ฉบับ

❖ สถานที่ติดต่อปรึกษาและส่งต้นฉบับ

งานส่งเสริมการวิจัย กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทร. 043-235-904 ต่อ 2110 โทรสาร 043- 243-416 Email : anamaiplan7@gmail.com

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2563 – มกราคม 2564

หน้า

บทความทั่วไป

สู้ด้วยกายใจ สู้ภัยโควิด-19 1

❖ *เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์*

บทวิทยากร

1. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3

   ❖ *สุพัตรา บุญเจียม*

2. การเฝ้าระวังและการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุม และส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 21

   ❖ *จันทิยา เนติวิภัชธรรม*

3. การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 35

   ❖ *กฤษดา เอื้ออภิศักดิ์*

4. สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7 52

   ❖ *จันทิยา เนติวิภัชธรรม*

5. ผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 74

   ❖ *สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร*

6. ความแม่นยำของการตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน 88

   ❖ *ธัญญารัตน์ วินิจธนา*

7. การศึกษาการรับประทานปลาดิบในอาหารญี่ปุ่น (ซาชิมิ) และการป้องกันตน จากโรคพยาธิใบไม้ตับ 104

   ❖ *ปานแก้ว รัตนศิลป์กัลชาญ*

บทวิทยาการ

สู้ด้วยกายใจ สู้ภัยโควิด-19

เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ *นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)*
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 หรือโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ได้ต่อสู้กับโรคระบาดใหม่ รัฐบาลได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันโรค (ศปก) ทุกจังหวัด เพื่อเป็นศูนย์บัญชาการควบคุมป้องกันโรค กำหนดมาตรการทางสาธารณสุขเข้มข้นขึ้นตามลำดับ จนถึงประกาศใช้พรบ.ฉุกเฉิน และมาตรการ Lockdown กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามสถานการณ์ เร่งรัดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ออกคำแนะนำ / แนวทาง / วิธีปฏิบัติทางสาธารณสุข แก่ประชาชน องค์กร และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากรัฐบาล เอกชน และประชาชนทุกภาคส่วน ภายใต้ความร่วมมือกันเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ทุกภารกิจได้ดำเนินไปพร้อมๆ กันอย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด ทั้งในด้านการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ให้บริการรักษาผู้ป่วย และฟื้นฟูสภาพให้หายเป็นปกติ

จนมาถึงช่วงเดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2563 สถานการณ์ในประเทศไทยเริ่มผ่อนคลายมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยรักษาหายมากขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายในประเทศ รัฐบาลประกาศยกเลิก Lock down เพื่อให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศขับเคลื่อนไปได้ สถานประกอบกิจการ ร้านค้าต่างๆ เริ่มเปิดให้บริการใกล้เคียงภาวะปกติในช่วงเดือนมิถุนายนเป็นต้นไป และประชาชนเริ่มออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะมากขึ้น และเรียนรู้การปรับตัวปฏิบัติตัวแบบวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ทั้งในพื้นที่สาธารณะ หน่วยงาน องค์กรต่างๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงเข้มงวดกับการใช้หน้ากากอนามัย ล้างมือฟอกสบู่บ่อยๆ ใช้ช้อนกลางที่เป็นส่วนตัว และเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล เพราะยังคงมีผู้ป่วยอยู่ในประเทศ และผู้สัมผัสเชื้ออาจไม่แสดงอาการ ซึ่งเราอาจมาทราบว่าใครติดเชื้อ แต่จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม ผลการสำรวจคือ ประชาชนมีการใช้หน้ากากอนามัยลดน้อยลง

ในการควบคุมโรคระหว่างประเทศรัฐบาลมีกลไกด่านควบคุมโรคควบคุมตรวจวัดไข้ผู้เดินทางเข้า-ออกประเทศไทย จากการระบาดของโรคที่ผ่านมา รัฐบาลควบคุมการเดินทางเข้า-ออกประเทศ แต่เจ้าหน้าที่รัฐได้ตรวจพบว่าชาวเมียนมาที่ทำงานใช้แรงงานในตลาดกลางจำหน่ายกุ้งเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่ทราบว่าแรงงานเหล่านี้มีการลักลอบเดินทางเข้ามาในประเทศได้อย่างไรโดยไม่ผ่านด่านตรวจคัดกรองกักกันโรค หรือลักลอบเดินทางผ่านช่องทางธรรมชาติตั้งแต่เมื่อไร

ไม่ทราบ ผู้ติดเชื้อได้สัมผัสกับบุคคลต่างๆ ที่มาซื้อขายและร่วมงานมากมาย ทำให้มีผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงกระจายไปในจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ มาตรการป้องกันโรคของประชาชนเริ่มลดลง เช่นการใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์การติดเชื้อระบาดภายในประเทศไทยระลอก 2 ในช่วงเดือนธันวาคม ซึ่งติดต่อจากผู้สัมผัสเดินทางไปติดต่อผู้คนในสถานที่ต่างๆ อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดปัญหาในประเทศ เราต้องช่วยกันแก้ไขและป้องกันการระบาดให้ได้ ผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นคนสัญชาติใด ก็ได้รับการรักษาในระบบสุขภาพ ภาครัฐประกาศยกระดับมาตรการของรัฐในการควบคุมป้องกันโรคในหลายๆ พื้นที่ และเราทุกคนมีส่วนร่วมด้วยช่วยกันดูแลป้องกันการระบาดของโรคระบาดใหม่ครั้งที่ 2

บทเรียนจากเหตุการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ ในด้านความมั่นคงระดับประเทศประชาชนทุกคน ทุกองค์กรควรให้ความร่วมมือกับภาครัฐในการควบคุมคนต่างด้าวเข้าเมือง ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว และทุกองค์กรทุกคนต้องร่วมรับผิดชอบต่อสังคมไทย ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและ พรบ.ความมั่นคงของชาติในด้านการควบคุมโรคระบาด ในด้านสาธารณสุขที่เป็นการดูแลส่วนบุคคล ที่ส่งผลต่อชุมชน หรือองค์กร ทุกคนควรปฏิบัติตามมาตรการของภาครัฐและข้อแนะนำในการควบคุมป้องก้นโรคระบาด

ตามหลักการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 เกิดการระบาดได้จากมีองค์ประกอบของการระบาดครบ 3 ประการ คือ คน (host) ตัวเชื้อโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment) เราจะต้องตัดวงจรการระบาดของโรคระบาดโควิด-19 ให้ได้ โดยขอให้ประชาชนทุกคนป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อโรค และปฏิบัติตัวโดยเคร่งครัดอย่างง่ายๆดังนี้ : หลีกเลี่ยงไปในพื้นที่สาธารณะ หากต้องไปในสถานที่แออัด ที่สาธารณะ ให้ใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลประมาณ 1 เมตร ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะ จาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ หรือปากกา ดินสอร่วมกัน และหมั่นสังเกตตัวเองหากมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว-เหนื่อย หายใจลำบาก ควรพบแพทย์ และงดไปในพื้นที่สาธารณะ ทุกท่านมีส่วนสำคัญในการช่วยชาติบ้านเมืองและดูแลสังคมไทยของเรา โดยการดูแลตนเองดังกล่าว หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัย ห่างไกลเชื้อโรคไวรัสโคโรน่า 2019 และยังห่างไกลจากโรคทางเดินหายใจด้วย ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพดีไม่มีโรค เราจะผ่านวิกฤตินี้ไปด้วยกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVER'S QUALITY OF LIFE AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IN THE NORTHEAST REGION

สุพัตรา บุญเจียม *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 26 พฤศจิกายน 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 3 ธันวาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู พัฒนาการเด็กปฐมวัย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดู จำนวน 584 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู และตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ Denver II จำนวน 584 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุเฉลี่ย 40.4 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 51.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 4 ปัจจัยคือ 1) รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู (AOR = 1.7; 95%CI: 1.39 to 2.49; p-value 0.018) 2) การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก (AOR = 1.4; 95%CI: 1.21 to 1.96; p-value 0.047) 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (AOR = 1.2; 95%CI: 1.11 to 1.89; p-value 0.032) และ 4) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (AOR = 2.0; 95%CI: 1.63 to 2.73; p-value 0.011) ดังนั้นเพื่อ

ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยต้องสร้างงานสร้างอาชีพในชุมชน สร้างรายได้แก่ผู้เลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เด็กได้อยู่กับบิดามารดา และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดู เด็กปฐมวัย

Abstract

The purposes of this research were to study situation caregiver's quality of life, early childhood development in the northeast region, factors of caregiver's socio-demographic characteristics, early childhood development and the association among factors of socio-demographic characteristics, caregiver's quality of life with early childhood development. Data collection was done by using interview to collect data from 584 caregivers of children and child development checking of 584 early childhood. The data was analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation and Multiple Logistic Regression. The results revealed that situation caregiver's quality of life in the northeast region showed that caregivers are female 93.3%, average age is 40.4 years with a range of 16-74. Caregiver's quality of life in good level at 77.7%. 51.9% of early childhood had normal development. Factors associated with early childhood development were appeared of 4 factors as: 1) monthly self- income of caregiver (AOR = 1.7; 95%CI: 1.39 to 2.49; p-value 0.018) 2) living with parent of child (AOR = 1.4; 95%CI: 1.21 to 1.96; p-value 0.047) 3) caregiver's quality of life about physical (AOR = 1.2; 95%CI: 1.11 to 1.89; p-value 0.032) and 4) caregiver's quality of life about social relationship (AOR = 2.0; 95%CI: 1.63 to 2.73; p-value 0.011) Therefore, the way to support the early childhood had normal development must create jobs and careers in the community. Created income of caregiver to encourage family to live together and improve caregiver's quality of life to be better.

Keywords: Quality of Life, Caregiver, Early childhood

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม ต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม เด็กเป็นอนาคตที่สำคัญของประเทศเปรียบเสมือนการลงทุนทางสังคมเพื่ออนาคตที่ให้ผลตอบแทนสูง 6.7-17.6 เท่า[1] สุขภาพเด็กแรกเกิดถึงช่วงอายุ 5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญของการสร้างรากฐานและคุณภาพชีวิต[2] รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าเด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 15-20 มีพัฒนาการไม่สมวัย[3] การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ปี 2560 พบว่า ภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยสมวัย ร้อยละ 70 ภาคเหนือมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดร้อยละ 85 ที่น่าเป็นห่วงคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 50 - 60 เท่านั้น[4] ปัญหาที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญคือ การอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ของคนต่างจังหวัด โดยทิ้งลูกหลานไว้ที่บ้านให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู พบเห็นได้อย่างมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อ/แม่ สูงถึงร้อยละ 29.3[5] ช่วงศตวรรษที่ 21 ซึ่งสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงสูง บริบททางสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญของสังคมว่าจะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างไรตั้งแต่วัยเริ่มต้นให้มีพื้นฐานที่ดี มั่นคง สามารถเติบโตและอยู่รอดได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต ปัญหาพัฒนาการเด็กและครอบครัว เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาคือ ความเชื่อและค่านิยมที่ผิดของผู้ปกครอง การเน้นการเรียนการสอนทางวิชาการในระดับปฐมวัยมากเกินไป และการปิดกั้นการพัฒนาสมองของเด็กตามวัยที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กใช้เวลาในการเรียนมากกว่าการได้เล่นตามวัย จนเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยทั่วไปการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง มีส่วนส่งเสริมการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมก่อนเข้าโรงเรียน อย่างไรก็ตามการดูแลโดยผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย[6]

ผู้เลี้ยงดูมีอิทธิพลต่อเด็ก ดังนั้นการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กก็มีความสำคัญเพื่อให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันเด็กจะมีคุณภาพเป็นอย่างไร การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กเป็นเป้าหมายสูงสุดสำหรับการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กคือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก ดังนั้นบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กได้พัฒนาความสามารถเต็มศักยภาพเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพที่พร้อมเข้าสู่วัยเรียนและวัยต่อไปได้อย่างมั่นใจ ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัย แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ทราบสถานการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู พัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก สร้างเด็กปฐมวัย

ที่มีคุณภาพ เป็นกำลังคนทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh YF, et al.[7] ρ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์) = 0.70 ค่า VIF = 3.33 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 584 คน ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stages random Sampling) สุ่มจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 5 จังหวัด เป็น ร้อยละ 25 ของจังหวัดในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุ่มเลือกอำเภอ (Simple random sampling) เพื่อหาอำเภอ 2 อำเภอ เป็นตัวแทนของจังหวัด และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอจากบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ของสาธารณสุขอำเภอ (โปรแกรม HoSxP PCU) ตามสัดส่วนของขนาดตัวอย่าง 10 อำเภอได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เลี้ยงดูและเด็กปฐมวัย อำเภอละ 58-60 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปและมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร ประกอบด้วย เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครัวเรือน ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน ลักษณะครอบครัว จำนวนเด็กในครอบครัว และการอยู่กับบิดามารดาของเด็ก

ผู้เลี้ยงดูเด็กคือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็กปฐมวัย และใช้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กมากที่สุดในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

รายได้ตนเองคือ รายได้ที่ผู้เลี้ยงดูมีในแต่ละเดือน จากรายได้ของตนเองหรือได้รับจากคนในครอบครัว เป็นรายได้ที่แน่นอนที่ผู้เลี้ยงดูไว้ใช้ต่อเดือน โดยจัดกลุ่มรายได้เป็นต่ำกว่า 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป

รายได้ครัวเรือนคือ รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกัน โดยจัดกลุ่มรายได้เป็นต่ำกว่า 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป

ความเพียงพอของรายได้ แบ่งเป็นเพียงพอ มีเหลือเก็บ ไม่เพียงพอ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

ลักษณะครอบครัว แบ่งเป็น ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย บิดา มารดา และลูก ครอบครัวขยาย คือ ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย บิดา มารดา ลูก โดยมีปู่ ย่า ตา ยาย ญาติคนอื่นๆ อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน

จำนวนเด็กในครอบครัวคือ จำนวนของเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง อายุยังไม่เกินสิบห้าปีบริบูรณ์

การอยู่กับบิดามารดาของเด็กคือ เด็กปฐมวัยที่ผู้เลี้ยงดูเลี้ยงดูอยู่นั้นได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กในบ้านหลังเดียวกัน แบ่งเป็นอยู่กับบิดามารดา และไม่ได้อยู่กับบิดามารดา

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ตัวชี้วัด(8) โดยดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มี 5 ตัวเลือก ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้
กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	5	คะแนน
ตอบ	ไม่เลย	ให้	1	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	4	คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	2	คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	4	คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	5	คะแนน

การแปลผลแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบ

3. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบ Denver Developmental Screening Test (Denver II) Denver II ไม่ได้เป็นแบบทดสอบเชาว์ปัญญา (I.Q. Test) และไม่สามารถใช้คาดการณ์ระดับความสามารถทางสติปัญญาในอนาคตได้ ไม่ได้สร้างขึ้นเพื่อการวินิจฉัยว่าเด็กเป็นอะไร แต่เป็นแบบทดสอบพัฒนาการที่ใช้เปรียบเทียบความสามารถด้านต่างๆ กับเด็กปกติในวัยเดียวกัน แบ่งการทดสอบเป็น 4 ด้านคือ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) ดูจากท่าทางการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การชันคอ คลาน นั่ง เดิน กระโดด ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว (Fine motor adaptive) การใช้มือหยิบจับวัตถุ การใช้ตา และทักษะในการประสานการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพื่อสามารถพัฒนาวิธีการ เวลา และความแม่นยำในการทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้นและมีการเรียนรู้ ด้านภาษา (Language) เป็นความสามารถในการใช้เสียง และพฤติกรรมที่แสดงออก เพื่อสื่อความเข้าใจซึ่งกันและกัน และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal-social) เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสังคม

การให้คะแนนข้อทดสอบแต่ละข้อควรบันทึกใกล้เส้น 50 เปอร์เซ็นต์ และบันทึกคะแนนดังนี้

"P" แสดงว่า พัฒนาการของเด็กผ่านตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กสามารถทำข้อทดสอบ หรือ ผู้เลี้ยงดูรายงานว่าเด็กนั้นทำได้

"F" แสดงว่า พัฒนาการของเด็กไม่ผ่านตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบหรือผู้เลี้ยงดูรายงานว่าเด็กไม่สามารถทำได้

"NO" แสดงว่า ไม่มีโอกาส หมายถึง เด็กไม่มีโอกาสทำข้อทดสอบนั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดู ให้คะแนนได้เฉพาะข้อทดสอบที่ต้องถามจากผู้เลี้ยงดูเท่านั้น

"R" แสดงว่า เด็กปฏิเสธการทดสอบ

การแปลผลการทดสอบพัฒนาการโดยใช้ Denver II จะเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กกับพัฒนาการของเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน จะแปลผลข้อทดสอบแต่ละข้อก่อน แล้วจึงแปลผลรวม

การแปลผลข้อทดสอบโดยรวม จะแปลผลออกเป็น 2 ระดับคือ

1) สมวัย (Normal) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ ล่าช้า และ/หรือมีข้อทดสอบ ควรระวัง เพียง 1 ข้อเท่านั้น

2) สงสัยล่าช้า (Suspect) เด็กที่ทำการประเมินพัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ ควรระวัง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีข้อทดสอบ ล่าช้า 1 ข้อขึ้นไป

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู จำนวน 26 ข้อ ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอธิบายด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) ด้วยวิธี Backward elimination method ที่ระดับนัยสำคัญ (p-value = 0.05) นำเสนอด้วยค่า odd ratios (OR), adjust odd ratios (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95%CIs) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 13.1 (Stata Corp, College Station, TX)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622051 วันที่ 19 เมษายน 2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากร

ผู้เลี้ยงดู 584 คน พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 เป็นมารดา ร้อยละ 48.6 อายุเฉลี่ย 40.4 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.4 มัธยฐานของรายได้ตนเองต่อเดือน 4,000 บาท รายได้ตนเองน้อยที่สุด 0 บาท/เดือน คือไม่มีรายได้ต่อเดือน รายได้มากที่สุด 70,000 บาท/เดือน มัธยฐานของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 10,000 บาท รายได้ครัวเรือนน้อยที่สุด 1,000 บาท/เดือน รายได้ครัวเรือนมากที่สุด 200,000 บาท/เดือน รายได้เพียงพอ ร้อยละ 34.2 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 79.1 จำนวนเด็กในครอบครัวสูงสุด 5 คน และอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก ร้อยละ 51.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 584)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	6.7
หญิง	545	93.3
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
มารดา	284	48.6
ยาย	177	30.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 584) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ย่า	63	10.8
ตา ปู่ และบุคคลอื่น	60	10.3
อายุ (ปี)		
16 - 20	56	9.6
21 - 39	231	39.5
40 - 59	237	40.6
60 - 74	60	10.3
Mean: SD = 40.4: 13.8		
Median (Min: Max)	39.0	16: 74
การศึกษา		
ประถมศึกษา	271	46.4
มัธยม ปวช. ปวส.	213	36.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	100	17.1
สถานภาพสมรส		
โสด	15	2.5
คู่	505	86.5
หย่าร้าง แยกกันอยู่ และหม้าย	64	11.0
อาชีพ		
แม่บ้าน ไม่ทำงาน	147	25.2
เกษตรกร	259	44.4
รับราชการ พนักงานรัฐ	120	20.5
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	58	9.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	464	79.5
มี	120	20.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n = 584) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)		
0 – 9,999	455	77.9
10,000 - 20,000	129	22.1
Mean: SD = 6,394.8: 7,922.9		
Median (Min: Max)	4,000.0	0: 70,000
รายได้ครัวเรือน (บาท/เดือน)		
1,000 – 9,999	244	41.8
10,000 – 200,000	340	58.2
Mean: SD = 15,029.8: 15,706.5		
Median (Min: Max)	10,000.0	1,000: 200,000
ความเพียงพอของรายได้ต่อครัวเรือน		
เพียงพอ	200	34.2
มีเหลือเก็บ	99	17.0
ไม่เพียงพอ	216	37.0
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	69	11.8
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	122	20.9
ขยาย	462	79.1
จำนวนเด็กในครอบครัว (คน)		
1	276	47.3
2	257	44.0
3 - 5	51	8.7
การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก		
อยู่กับบิดามารดา	300	51.4
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	284	48.6

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.9 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.0 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กแต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.7 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.7 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.5 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.3 ตามลำดับ มีรายละเอียด ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.7 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.9

ด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.3 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.2

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.5 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.0 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.1 และระดับไม่ดี ร้อยละ 0.2 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.4

ตารางที่ 2 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 584)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตในภาพรวม		
ปานกลาง	130	22.3
ดี	454	77.7
Mean: SD = 104.9: 13.0		
Median (Min: Max)	104.0	71: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ปานกลาง	197	33.7
ดี	387	66.3
Mean: SD = 28.0: 3.9		
Median (Min: Max)	28.0	18: 35

ตารางที่ 2 ระดับของคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมและรายด้าน (n = 584) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	140	24.0
ดี	442	75.7
Mean: SD = 24.6: 3.2		
Median (Min: Max)	25.0	12: 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	6	1.0
ปานกลาง	178	30.5
ดี	400	68.5
Mean: SD = 12.3: 2.0		
Median (Min: Max)	12.0	5: 15
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	1	0.2
ปานกลาง	164	28.1
ดี	419	71.7
Mean: SD = 32.0: 4.4		
Median (Min: Max)	32.0	16: 40

พัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากตารางที่ 3 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 51.9 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุดร้อยละ 39.4 รองลงมาคือด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว ร้อยละ 27.2

ตารางที่ 3 พัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n = 584)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
สมวัย	303	51.9
สงสัยล่าช้า	281	48.1
พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน		
กล้ามเนื้อใหญ่	79	13.5
ภาษา	230	39.4
กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว	159	27.2
สังคมและการช่วยเหลือตนเอง	74	12.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบ bivariate (Simple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 ดังตารางที่ 4 คือ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก โรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู การอยู่กับบิดามารดาของเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทั้งหมด 6 ปัจจัย เป็นปัจจัยรูปแบบตั้งต้น (Initial model) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) พบว่า มี 4 ปัจจัยคือ รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู การอยู่กับบิดามารดาของเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดังตารางที่ 5

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ตนเองมากกว่า 10,000 บาท/เดือน มีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ตนเองน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน 1.7 เท่า (AOR = 1.7; 95%CI: 1.39 to 2.49; p-value 0.018)

เด็กที่ผู้เลี้ยงดูได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ผู้เลี้ยงดูไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.21 to 1.96; p-value 0.047)

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายดีมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายปานกลาง 1.2 เท่า (AOR = 1.2; 95%CI: 1.11 to 1.89; p-value 0.032)

เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดีและปานกลาง 2.0 เท่า (AOR = 2.0; 95%CI: 1.63 to 2.73; p-value 0.011)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ใช้สถิติ Bivariate analysis

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการสมวัย	Crude OR	95%CI	P -value
1. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก					0.019
ปู่ ย่า ตา ยาย และบุคคลอื่น	300	47.2	1		
มารดา	284	56.9	1.5	1.07-2.05	
2. โรคประจำตัว					0.137
ไม่มี	464	45.8	1		
มี	120	53.5	1.4	0.91-2.03	
3.รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)					0.003
< 10,000	455	48.6	1		
> 10,000	129	63.6	1.8	1.24-2.76	
4. การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก					0.011
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	284	46.5	1		
อยู่กับบิดามารดา	300	57.0	1.5	1.11-2.12	
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย					0.049
ปานกลาง	197	46.2	1		
ดี	387	54.8	1.4	1.11-1.99	
6. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม					0.007
ไม่ดี และปานกลาง	184	42.8	1		
ดี	400	55.3	2.3	1.97-2.88	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการสมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
1. รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)						0.018
< 10,000	455	48.6	1	1		
> 10,000	129	63.6	1.8	1.7	1.39-2.49	
2. การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็ก						0.047
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	284	46.5	1	1		
อยู่กับบิดามารดา	300	57.0	1.5	1.4	1.21-1.96	
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย						0.032
ปานกลาง	197	46.2	1	1		
ดี	387	54.8	1.4	1.2	1.11-1.89	
4. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม						0.011
ไม่ดี และปานกลาง	184	42.8	1	1		
ดี	400	55.3	2.3	2.0	1.63-2.73	

อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.3 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง การศึกษาครั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กทั้งในภาพรวมและ 4 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กพัฒนาการสมวัยน้อยกว่าพัฒนาการของเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.4 และพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560 พบว่า พัฒนาการสมวัยร้อยละ 67.5 พัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก ที่พบร้อยละ 80-85 ของเด็ก

ปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย ที่กำหนดพัฒนาการสมวัยไว้ที่ร้อยละ 85 ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพให้เพิ่มขึ้นต่อไป

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เลี้ยงดูที่น่าสนใจคือ เด็กปฐมวัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับการเลี้ยงดูจากมารดา ร้อยละ 48.6 จากยาย ย่า ตา ปู่ และบุคคลอื่น ร้อยละ 51.4 ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กควรเป็นบิดามารดาของเด็กโดยตรงจะดีที่สุด และเด็กได้อยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 51.4 อาจเนื่องจากโครงสร้างครอบครัวการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ โดยทิ้งลูกหลานไว้ที่บ้านให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู พบเห็นได้อย่างมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกิดลักษณะครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นคนรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย และข้ามไปเป็นคนในรุ่นหลานโดยไม่มีสมาชิกที่เป็นรุ่นพ่อแม่ หรือที่เรียกกันว่า “ครอบครัวแหว่งกลาง”(skip generation family)[9] ดังนั้นเพื่อสนับสนุนให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาควรส่งเสริมนโยบายให้มารดาลางานได้มากกว่า 3 เดือน หรือสร้างงานสร้างอาชีพให้กับบิดามารดาเพื่อเอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร เด็กได้อยู่ร่วมกับบิดามารดา ส่งเสริมให้เด็กได้เติบโตเต็มศักยภาพเป็นเด็กปฐมวัยคุณภาพ ที่พร้อมจะเข้าสู่วัยเรียนและวัยต่อไปได้อย่างมั่นคง เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multiple logistic regression) มี 4 ปัจจัยคือ รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู การอยู่กับบิดามารดาของเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้เลี้ยงดูมีรายได้ในการใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตได้อย่างเพียงพอ ก็จะสามารถเลือกซื้อสิ่งของ อุปกรณ์ เช่นหนังสือนิทาน ของเล่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กฯ และอาหารที่มีประโยชน์ในการเลี้ยงดูเด็กได้ดีกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้ตนเองน้อยหรือไม่เพียงพอ ผู้เลี้ยงดูเด็กจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่คือมารดา การที่มารดามีรายได้ที่เพียงพอย่อมสามารถเลือกสรรสิ่งที่ดีให้กับตนเองและลูกได้ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ช่วงตั้งครรภ์ และหลังคลอด ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีตั้งแต่ต้น สามารถส่งผลต่อเด็กปฐมวัยคุณภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิต โล่เสถียรกิจ และคณะ[10] ที่พบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูถือเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก จะส่งผลต่อพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก การมีรายได้น้อยอาจทำให้เด็กมีโอกาสได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่ดี การเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ ได้รับการศึกษาน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูง และบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องใช้เวลาไปกับการทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เวลาที่อยู่กับเด็กจึงน้อย ทำให้ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mehpare O, et al.[11] ที่พบว่า ปัจจัย

สถานะเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อพัฒนาการล่าช้า ต่างจากการศึกษาของจินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน[12] ที่พบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดู รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

การอาศัยอยู่กับบิดามารดาของเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย อาจเนื่องจากการที่ครอบครัวได้อยู่กันพร้อมหน้า เด็กได้อยู่กับบิดามารดา ปู่ยาตายายและบุคคลอื่นๆ ที่หลากหลาย แม้ผู้เลี้ยงดูเด็กจะเป็นผู้สูงอายุ หากในบ้านมีบิดามารดาเด็กอาศัยอยู่ร่วมด้วย การเข้าถึง เข้าใจ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ และนำความรู้มาใช้ในการเลี้ยงดูเด็กย่อมมีมากกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่เลี้ยงดูเด็กตามลำพัง และวัยหรืออายุของบิดามารดาเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆและมีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียที่จะมีผลต่อเด็กจึงส่งผลให้บ้านหรือครอบครัวที่มีบิดามารดาเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นปู่ย่าตายายย่อมมีความรู้และมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่มีบิดามารดาของเด็กอาศัยอยู่ร่วมด้วย เด็กจึงได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการตามวัยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคมของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย อาจเนื่องจากการที่ผู้เลี้ยงดูมีสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีเวลาที่จะกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทำให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่เต็มกำลัง ทำให้เด็กอาจจะมีพัฒนาการที่สมวัยได้มากกว่าเด็กที่มีผู้เลี้ยงดูมีปัญหาทางสุขภาพกาย สอดคล้องกับ Mugno D, et al.[13] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น การที่ผู้เลี้ยงดูมีสัมพันธภาพทางสังคมดีทำให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับบุคคลอื่น ทำให้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือสื่อในการเลี้ยงดูเด็กได้มากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดี การที่ผู้เลี้ยงดูเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีสามารถเป็นแบบอย่างหรือทำให้เด็กปฐมวัยเลียนแบบพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้เด็กเป็นเด็กที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดีตามไปด้วย เด็กปฐมวัยอาจจะเป็นเด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองที่ปกติได้ สอดคล้องกับ Atsurou Y, et al.[14] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็ก โดยเฉพาะมารดาที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะส่งผลต่อคนอื่นในครอบครัว พัฒนาการบุคลิกภาพและผลลัพธ์ของเด็ก

สรุปผล

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กทั้งในภาพรวมและรายด้านส่วนใหญ่อยู่ระดับดีและปานกลาง แสดงว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร พัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก และไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพ

คนตามช่วงวัย ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพให้เพิ่มขึ้นต่อไป รายได้ตนเองของผู้เลี้ยงดู การอยู่กับบิดามารดาของเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยต้องสร้างงานสร้างอาชีพในชุมชนเพื่อสร้างรายได้แก่ผู้เลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน เด็กได้อยู่กับบิดามารดา และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาการเด็กล่าช้าเป็นปัญหาเรื้อรังสำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะล่าช้าด้านภาษา การจัดกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยยึดหลัก “กิน กอด เล่น เล่า นอน และเฝ้าดูฟัน” ในการดูแลเลี้ยงดูเด็กเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่จะช่วยส่งเสริมต่อยอดความฉลาดของลูก ที่ขาดไม่ได้คือบุคคลสำคัญอย่างพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ดูแลส่งเสริมเลี้ยงลูกให้เหมาะสมและถูกวิธี โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2. เด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา เด็กอยู่กับผู้เลี้ยงดูที่เป็นผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบคือ การเฝ้าระวังเรื่องพัฒนาการของเด็กทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ดังนั้นบิดามารดาของเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ข้อมูลและสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้เลี้ยงดูที่เป็นผู้สูงอายุให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย มีการปรับเปลี่ยนหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถส่งผลให้สร้างเด็กปฐมวัยคุณภาพที่เพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011; 378(9799): 1325-38.
2. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาเด็ก ราชนครินทร์กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2561].เข้าถึงได้จาก: http://www.thaichilddevelopment. com/ images/doc/Ebook1.pdf.
3. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: A Review. Child and Adolescent Health and

Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. องค์การยูนิเซฟ. ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่างปัญหาเด็กและสตรี: ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2558-2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Full_Report_TH.pdf.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998;17: 1623-34.
8. Group, W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998; 28(3): 551-58.
9. National Statistical Organization. Thailand multiple Indicator cluster survey. In Bangkok: National Statistical Organization and UNICEF; 2012.
10. พนิต โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557.นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
11. Ozkan, M., Senel, S., Arslan, E. A., & Karacan, C. D. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. European journal of pediatrics 2012; 171(12): 1815-21.
12. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. Mugno, D., Ruta, L., Genitori D, V., & Mazzone, L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5:22.
14. Yamada, A., Kato, M., Suzuki, M., Suzuki, M., Watanabe, N., Akechi, T., & Furukawa, T. A. Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. BMC psychiatry 2012; 12(1): 119.

การเฝ้าระวังและการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7

THE STUDY TO RESULTS THE DEVELOPMENT OF THE NETWORK POTENTIAL FOR SURVEILLANCE AND FOLLOWING OF MILK CODE 2017 IN THE HEALTH AREA 7

จันทิยา เนติวิภัชธรรม *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
ทัตพิชา คลังกลาง *นิติกร*
ชนัตถ์ มาลัยกนก *นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ*
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 26 พฤศจิกายน 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 30 พฤศจิกายน 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับแม่ข่ายในการเฝ้าระวังติดตาม แนวทางการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยให้ทางจังหวัดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณลักษณะ ตามประกาศกระทรวง เรื่องการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบฯ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอระดับแม่ข่าย โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 16 Node รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 ราย ตอบแบบสอบถามความรู้และความเข้าใจตาม พ.ร.บ.ฯ จำนวน และมีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ คือ **1) การพัฒนาศักยภาพ** มีการจัดประชุมการประชุมพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้

พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 วันที่ 18 ธันวาคม 2562 โดยใช้คู่มือพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 คู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. นมผง) และคู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 และ **2) ติดตามประเมินผล**เป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ **2.1) การพัฒนาศักยภาพ** โดยการประเมินผลก่อนและหลังการประชุม ใช้แบบสอบถาม ความรู้และความเข้าใจต่อพรบฯ และร่วมพัฒนาแผนเชิงรับและเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังติดตามพรบฯ ตอบแบบสอบถามความรู้และความเข้าใจตาม พ.ร.บ.ฯ จำนวน 72 ราย **2.2) กำกับติดตาม** โดยใช้แผนเชิงรับและเชิงรุกโดย การเยี่ยมเสริมพลังและตรวจราชการ ผลการวิจัยพบว่า หลังการประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ในการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังติดตามพรบฯ. แก่ผู้รับผิดชอบมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการประชุม 17.77 เพิ่มมากขึ้นกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการประชุม 12.78 แสดงว่าการให้ความรู้ยังมีส่วนสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ และพื้นที่ได้เรียนรู้การติดตามกำกับการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ได้ทำร่วมกันโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.ฯ ในโรงพยาบาลระดับแม่ข่าย (Node) ทั้ง 16 แห่ง สามารถเฝ้าระวังกำกับและติดตาม พรบ.ฯ และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร้านค้าในโรงพยาบาล ผู้ประกอบการร้านค้า และโรงงานอย่างเข้มแข็งมากขึ้น และไม่พบการละเมิดในพื้นที่

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารก เพราะมีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิดที่มีคุณค่าและเหมาะกับการเจริญเติบโตของเด็ก มีภูมิคุ้มกันโรคและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลดีต่อพัฒนาการทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ รวมถึงสายใยความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูก ตาม เด็กทุกคนควรกินนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน (Exclusive Breastfeeding) หลังจากนั้นให้กินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอย่างน้อย 2 ปีหรือนานกว่านั้น (Continue breastfeeding)[1] ปัจจุบันผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีประเทศไทย (Mulitple Indicator Cluster Survey) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nation Children’s Fund) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ ในปี ค.ศ. 2012 และ 2016 คิดเป็น ร้อยละ 12.1 และ 23.1 ตามลำดับ[2][3]

นมสำหรับทารกผลิตขึ้นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1867 (พ.ศ. 2410) มีการผลิตจากแป้งผสมกับนมข้นนำมาใช้เลี้ยงทารกก่อนกำหนด และ ในปี ค.ศ. 1890 (พ.ศ. 2433) คณะแพทย์

จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดได้ทดลองนำนมวัวที่เจือจางผสมกับสารเคมีต่างๆ มาทำสูตรนมแม่สำหรับเลี้ยงทารกแต่ละรายและในแต่และช่วงอายุให้แก่เด็กในครอบครัวที่ร่ำรวย ในชื่อว่า "formular" การเลี้ยงทารกด้วยนมผงจึงแพร่หลายในประเทศแถบยุโรป อเมริกาเหนือ และแผ่ขยายแบบอย่างการเลี้ยงทารกด้วยนมผสมมาสู่ประเทศที่ยากจน ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยวลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวต่ำสุดในเอเซีย ทั้งที่นมแม่มีประโยชน์มหาศาล แต่แม่ในประเทศไทยกลับเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบผลสำรวจของโลกจัดว่าอยู่ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้น้อย ได้แก่ แม่ต้องกลับไปทำงานก่อน 6 เดือน แม่คิดว่าน้ำนมตัวเองไม่พอทำให้ต้องเสริมนมผสม และกลายเป็นต้องใช้นมผสม และแม่กลยุทธ์การส่งเสริมการตลาดของนมผสมที่ทำให้แม่และครอบครัวเชื่อว่า "น้ำนมตัวเองไม่มีคุณค่า หรือนมผสมมีคุณเท่าหรือมากกว่า" [2][3] ดังนั้นใน พ.ศ. 2553 WHA มีมติให้ทุกประเทศผลักดัน CODE เป็นกฎหมาย และที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ประเทศไทยผลักดัน CODE เป็นกฎหมาย และในปี 2560 กรมอนามัยได้ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ซึ่งกฎหมายฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสังคมไทยร่วมกับมาตรการอื่นๆเพื่อให้เกิดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยั่งยืน

จากการศึกษาผลการประเมินการนิเทศกำกับ ติดตามงานโครงการขับเคลื่อน (ร่าง) พระราชบัญญัติการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ในปีพ.ศ. 2559 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในพื้นที่นำร่อง โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบปัญหาในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กไม่ได้ผลเท่าที่ควร ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการ มีทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการให้นมผสม เพราะกลัวว่าเด็กทารกจะหิวและจะเกิดภาวะตัวเหลือง เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเจ็บแผลไม่อยากให้นมลูก 2) ผู้รับบริการ ครอบครัวมีความเครียด ภาวะเศรษฐกิจที่ต้องไปทำงานต่างจังหวัดไกลๆ สิทธิการลาคลอด 90 วัน ยังไม่ครอบคลุมทุกบริษัท มารดาวัยรุ่นขาดการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ หน่วยบริการฝากครรภ์ ร้อยละ70 ของคลินิกฝากครรภ์ของเอกชนมีการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม และมีการขายนมผสมที่คลินิก และสื่อ ไม่น่าสนใจ ไม่ดึงดูด ไม่เพียงพอ และไม่เป็นปัจจุบัน ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหา ได้แก่ 1) คลินิกนมแม่ ต้องให้คำปรึกษากับมารดาที่มีปัญหาการให้นมลูก จึงควรจัดวันเวลาให้บริการเพื่อสอนและกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแบ่งเป็นแต่ละกลุ่มเช่น กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ และกลุ่มหญิงหลังคลอด 2) มีมิสนมแม่ในหน่วยงานแต่ยังไม่ปฏิบัติตามบทบาทอย่างเต็มที่ ควรมีการจัดเวลาในการสอนสุขศึกษาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะ ทั้งแบบกลุ่ม และบุคคล

3) ควรมีการเก็บข้อมูลในการเบิกจ่ายนมผสมของห้องผู้ทารกป่วยและทารกวิกฤต และ 4) ควรมีเนื้อหา หรือประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่อง Code Milk ทุกครั้งในการประชุม หรือเมื่อออกเยี่ยมเครือข่าย และผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 แนวทางการการบังคับใช้ และเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าแผนเชิงรุก มีการพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และกำกับติดตามการละเมิดบรรลุ ตามเป้าหมาย แต่แผนเชิงรับยังพบการละเมิดในพื้นที่

ดังนั้นทางศูนย์อนามัยที่ 7 ฐานะผู้รับผิดชอบโดยตรง จึงจัดให้มีประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 เขตสุขภาพที่ 7 ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้รับผิดชอบ ทำแผนเชิงรุกและเชิงรับ พร้อมทั้งประเมินผลทันทีหลังการประชุม และลงประเมินผลตามแผนการเฝ้าระวังติดตาม พรบฯ ในพื้นที่ เพื่อกำกับติดตามให้ พรบ.ฯ ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการบังคับใช้ติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7

2) เพื่อการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7

3) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7

นิยามศัพท์

การศึกษาสถานการณ์ หมายถึง การศึกษาการเฝ้าระวังและการบังคับใช้ ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

การประเมินผล หมายถึง การประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและการบังคับใช้ ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ 1) ก่อนและหลังการประชุมการพัฒนาศักยภาพ และ 2) กำกับติดตาม โดยใช้แผนเชิงรับและเชิงรุกโดยการเยี่ยมเสริมพลังและตรวจราชการ

การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย หมายถึง การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้รับผิดชอบ ได้แก่นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นิติกร เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอระดับแม่ข่าย

โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 16 Node ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[4] และคู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. นมผง) [5]

แนวทางบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 หมายถึง การติดตาม กำกับการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กผ่านกิจกรรม สื่อสิ่งพิมพ์ ในสาธารณชนหรือการดำเนินการร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจจะมีลักษณะเข้าข่ายหรือเสี่ยงต่อการกระทำที่ถือเป็นการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560[6]

ส่งเสริมการตลาด หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มุ่งหมายเพื่อการจำหน่ายสร้างภาพลักษณ์หรือประชาสัมพันธ์ หรือเพื่อการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีการใช้อาหารสำหรับทารกอาหารสำหรับเด็กเล็ก

ทารก หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุสิบสองเดือน

เด็กเล็ก หมายถึง เด็กอายุเกินสิบสองเดือนจนถึงสามปี

อาหารสำหรับทารก หมายถึง นมหรือผลิตภัณฑ์อื่นที่ใช้เป็นอาหาร ทั้งนี้ ที่มีส่วนประกอบของสารอาหารที่เหมาะสมเพียงพอที่จะใช้เลี้ยงทารกตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และที่มีข้อความแสดงให้เห็นว่าใช้เลี้ยงทารกได้

อาหารสำหรับเด็กเล็ก หมายถึง นมหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆที่ใช้เป็นอาหารทั้งนี้ ที่มีข้อความแสดงให้เห็นว่าใช้เลี้ยงเด็กเล็กและเฉพาะตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

อาหารเสริมสำหรับทารก หมายถึง อาหารที่ใช้เสริมคุณค่าทางโภชนาการและสร้างความคุ้นเคยในการบริโภคอาหารให้แก่ทารกที่มีอายุตั้งแต่หกเดือนขึ้นไปตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร[5]

เครื่องมือและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับแม่ข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยให้ทางจังหวัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ ตามประกาศกระทรวงเรื่องการแต่งตั้งพนักงาน เจ้าหน้าที่ตาม พรบ.ฯ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอระดับแม่ข่าย โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 16 Node รวมกลุ่ม

ตัวอย่างทั้งหมด 102 ราย และ มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ คือ 1) การพัฒนาศักยภาพ มีการจัดประชุมการประชุมพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 วันที่ 18 ธันวาคม 2562 โดยใช้คู่มือพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[4] คู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. นมผง)[5] และคู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[6] พร้อมทั้งจัดทำแผนเชิงรุกและเชิงรับในพื้นที่ และ 2) **ติดตามประเมินผล** เป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ 2.1) **การพัฒนาศักยภาพ** โดยการประเมินผลก่อนและหลังการประชุม ใช้แบบสอบถาม ความรู้และความเข้าใจต่อพรบฯ และร่วมพัฒนาแผนเชิงรับและเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังติดตามพรบ.ฯ 2.2) กำกับติดตาม โดยใช้แผนเชิงรับและเชิงรุกในการเยี่ยมเสริมพลังและตรวจราชการ และมีผู้เข้าประชุมทั้งหมด 102 คน ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 72 ราย

เครื่องมือที่ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยและคณะนำแบบสอบถามความรู้และความเข้าใจต่อพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ. 2560 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มาใช้ในการสอบถามกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการประชุม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าประชุม จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามความรู้และความเข้าใจต่อพรบฯ เป็นแบบคำถามปรนัต จำนวน 20 ข้อ

2. ผู้วิจัยและคณะนำคู่มือพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[4] ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มาใช้ในการประชุมเพื่อให้ความรู้และความเข้าใจต่อพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ. 2560

3. ผู้วิจัยและคณะนำคู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[5] ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อจัดทำแผนเชิงรุกและแผนเชิงรับในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

4. ผู้วิจัยและคณะนำคู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. นมผง) [6]

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยให้ทางจังหวัดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ ตามประกาศกระทรวงเรื่องการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติการส่งเสริม

การตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 มีขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ โดยผู้วิจัยและคณะจัดการประชุมพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 วันที่ 18 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 - 15.00 น. ณ ห้องหลักเมือง โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่นโดยเชิญวิทยากรจากส่วนกลางที่รับผิดชอบตามการดำเนินงานและการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 มาให้ความรู้และความเข้าใจเป็นรูปแบบแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ โดยใช้คู่มือพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[4] คู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ.นมผง)[5] และร่วมทำแผนการคู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[6]

ระยะที่ 2 ติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยและคณะติดตามประเมินผลการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 7 เป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

1. การพัฒนาศักยภาพ โดยการประเมินผลก่อนและหลังการ ใช้แบบสอบถาม ความรู้และความเข้าใจต่อพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และร่วมทำแผนแผนเชิงรับและเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังติดตาม พ.ร.บฯ ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อใช้ในเฝ้าระวังกำกับติดตามการละเมิด พ.ร.บ.ฯ

2. กำกับติดตาม โดยการสุ่มของทางจังหวัดและเป็นพื้นที่ในการตรวจราชการและใช้แผนเชิงรับและเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังติดตาม พ.ร.บ.ฯ ในเขตสุขภาพที่ 7 ในการประเมินผลรูปแบบเดียวกันทั้งเขตและจังหวัด

ผลการวิจัย

ติดตามประเมินผล การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

1. การพัฒนาศักยภาพ โดยการประเมินผลก่อนและหลังการประชุมพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 วันที่ 18 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 - 15.00 น. ณ ห้องหลักเมือง โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เกิดความรู้ และความเข้าใจในเรื่อง พ.ร.บ ฯ และจัดทำแผนเชิงรุกและเชิงรับ มีดังนี้ คือ

1.1 จำนวนและร้อยละที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าประชุมที่ตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการประชุม จำนวน 72 คน จากผู้เข้าประชุมทั้งหมด 102 คน มีดังต่อไปนี้ (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าประชุมที่ตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการประชุม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) (n=72)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	2	3.23
- หญิง	70	96.77
2. อายุ		
- 20 - 30 ปี	7	9.71
- 31 - 40 ปี	12	16.67
3. การศึกษา		
- อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0
- ปริญญาตรี	38	52.76
- สูงกว่าปริญญาตรี	34	41.24
- อื่นๆระบุ......	0	0
4. อาชีพ		
- เภสัชกร	6	8.33
- นิติกร	1	1.39
- นักวิชาการสาธารณสุข	17	23.61
- พยาบาลวิชาชีพ	48	66.67

จากการประชุมพบว่า ผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.77 และเพศชาย ร้อยละ 3.23 ช่วงอายุมากที่สุดมีกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 43.06 รองลงมาคือ 50 - 60 ปี ร้อยละ 30.56, กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 16.67 และกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี ร้อยละ 9.71 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.76 และรองลงมาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 41.24 และอาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.67 รองลงมาเป็น นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 23.61 เภสัชกร ร้อยละ 8.33 และนิติกร ร้อยละ 1.36

1.2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความเข้าใจต่อ พรบฯ ของผู้เข้าประชุม ก่อนและหลังการทดลอง มีดังต่อไปนี้ คือ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความเข้าใจต่อ พรบฯ ของผู้เข้าประชุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนน	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$)
ความรู้	6.94	8.86
ความเข้าใจ	5.84	8.91
ความรู้และความเข้าใจ	12.78	17.77

1.3 แผนเฝ้าระวังเชิงรุกและแผนเชิงรับในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุม และส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 (ตารางที่ 3)

1.3.1 แผนเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ มีดังนี้ คือ (ตารางที่ 3)

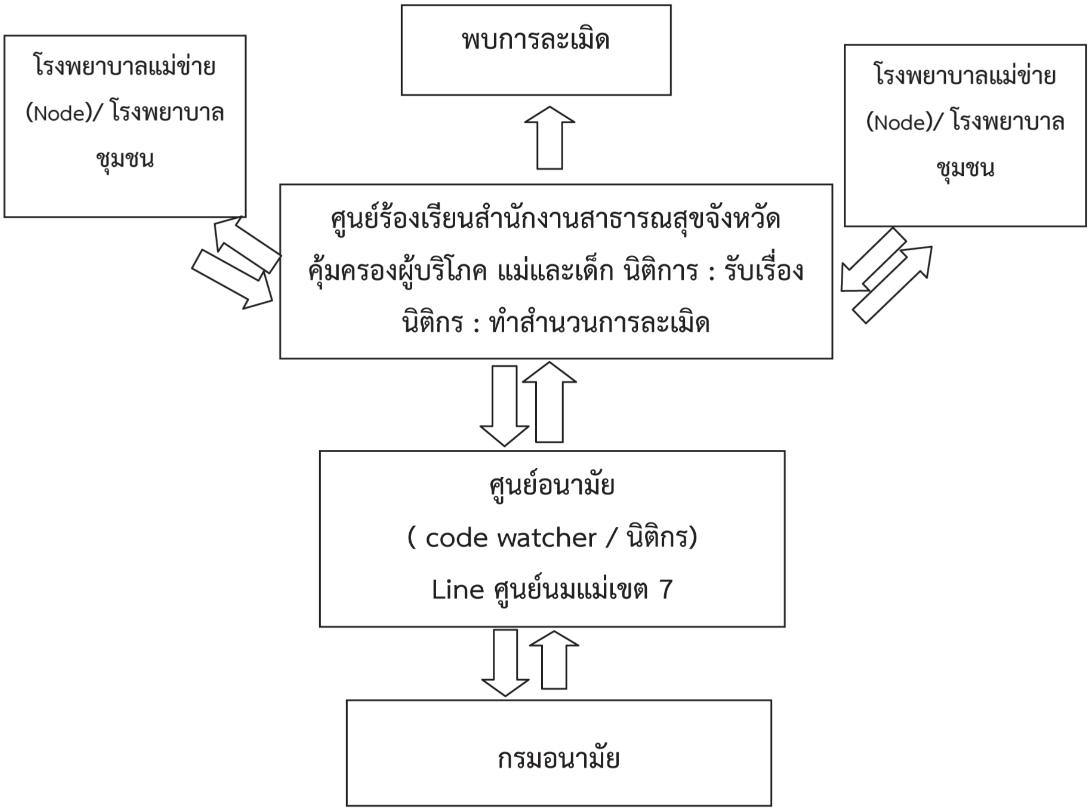
ตารางที่ 3 แผนการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่

ลำดับ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย
1.	อบรมให้ความรู้ - ส่วนกลางส่งเอกสารลงพื้นที่ไม่ผ่านเขตสุขภาพเพื่อสะดวกในการจัดอบรม - ส่วนกลางทำสื่อการเข้าใจและเข้าถึงง่ายแก่ประชาชน (one page)	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. - ร้านค้า/ผู้ประกอบการ - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - คบส. - คณะอนุกรรมการแม่และเด็กระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ
2.	สร้างเครือข่าย/เผยแพร่ความรู้	- คณะอนุกรรมการแม่และเด็กระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ - พชจ./พชอ./พชต. - รพ.สต/รพช. - กวป. - หัวหน้าส่วนราชการจังหวัด - อสม. /ผู้นำชุมชน
3.	มาตรการเฝ้าระวัง จะมีการบูรณาการร่วมกับกลงานคุ้มครองผู้บริโภค งานนิติการ และงานส่งเสริมสุขภาพ	- ร้านค้า/ห้างสรรพสินค้า ได้แก่ supper marget ร้านขายยา ร้านขายของชำ ร้านขายใช้และของเล่นเด็กอ่อน เป็นต้น

ตารางที่ 3 แผนการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่ (ต่อ)

ลำดับ	กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย
		- สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพ.รัฐ รพ.เอกชน สภากาชาด ศูนย์อนามัย สสจ. สสอ. เป็นต้น - สถานประกอบการอื่นๆ ได้แก่ โรงงาน
4.	มาตรการบังคับใช้	- ทั้ง 4 จังหวัด
5.	ติดตามประเมินผล	- การนิเทศงาน เยี่ยมเสริมพลังและการตรวจราชการ

3.4 แผนเชิงรับในการเฝ้าระวังติดตาม พ.ร.บ.ฯ ในเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่มเติมจากปีงบประมาณ 2562 โดยให้ โรงพยาบาลระดับแม่ข่าย (Node) มีบทบาทในการร่วมเฝ้าระวังติดตามและรายงานการละเมิดเข้าสู่ ผู้รับผิดชอบ พ.ร.บ.ฯ ของ สสจ. ได้แก่ งานคุ้มครองผู้บริโภค งานแม่และเด็ก และงานนิติการ และให้นิติกรทำสำนวนการละเมิด (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แผนการเฝ้าระวังเชิงรับในพื้นที่

2. กำกับติดตาม มีดังนี้คือ

2.1 แผนเชิงรุกตาม พรบ.ฯ มีการปฏิบัติตามแผน โดยในระดับเขตใช้การเยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และ การตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563 และผ่านการสื่อสารทาง Application Line กลุ่มทีมนมแม่เขต 7 และในระดับจังหวัด โดยการเยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และผ่านทาง Application Line Facebook Websize ของจังหวัด ตามกิจกรรมที่ทำในแผนร่วมกัน ดังนี้

2.1.1. อบรมให้ความรู้ พบว่ามีการให้ความรู้ในระดับจังหวัดตามแผนที่วางไว้ โดยการจัดการประชุม การเยี่ยมเสริมพลังฯ ทั้งในระดับจังหวัด และผ่านช่องทาง Application Line กลุ่มทีมนมแม่เขต 7 และ Application Line Facebook Website ทั้งในระดับเขตและจังหวัดอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถานประกอบการและชุมชน

2.1.2. สร้างเครือข่ายและเผยแพร่ความรู้ พบว่า มีต้นแบบการสร้างเครือข่ายโดยนำเข้าสู่วาระเรื่องการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และ พรบ.ฯ ในการประชุมคณะกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการติดตามและการเฝ้าระวังติดตามการละเมิดตามพรบ.ฯ อย่างต่อเนื่อง 4 จังหวัด

2.1.3. มาตรการเฝ้าระวัง พบว่า ในระดับสถานพยาบาลของรัฐ และศพด. ไม่พบการละเมิดตามพรบ.ฯ แต่ยังพบเอกสารความรู้ที่สีหรือลักษณะที่อาจเชื่อมโยงต่อบริษัทนมผง โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเฝ้าระวังติดตามการละเมิดตามพรบ.ฯ อย่างเป็นรูปธรรม ร้านค้าในโรงพยาบาล ไม่พบการละเมิดตาม พรบ.ฯ และในการสุ่มตรวจเยี่ยมร้านค้า และร้านขายยา ทั้ง 4 จังหวัดไม่พบการละเมิดตามพ.ร.บ.ฯ

2.1.4. มาตรการบังคับใช้ โดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดได้มีการส่งรายชื่อเพื่อแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพรบ.ฯ ครบทั้ง 4 จังหวัด

2.1.5. ติดตามประเมินผล โดยการเยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กและ การตรวจราชการทั้ง 4 จังหวัด ปีงบประมาณ 2563 และผ่านการสื่อสารทาง Application Line กลุ่มทีมนมแม่เขต 7 มีกลุ่มเป้าหมายเป็น โรงพยาบาลแม่ข่าย 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 8 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง ร้านค้าในโรงพยาบาล 4 แห่ง และร้านค้าและร้านขยายยาขนาดใหญ่ และในระดับอำเภอแม่ข่าย และผ่านทาง Application Line Facebook Website ของจังหวัด ผลลัพธ์ไม่พบการละเมิด แผนเชิงรับตาม พรบ.ฯ ผลลัพธ์ไม่พบการละเมิด พ.ร.บฯ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถานประกอบการและชุมชน

การอภิปรายผล

ผลการทดลองอธิบายได้ว่าผลของค่าคะแนนเฉลี่ยของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการ

ส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการประชุมสูงกว่าก่อนการประชุม โดยใช้ผู้วิจัยและคณะนำคู่มือพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[4] คู่มือคำอธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ.นมผง)[5] มาใช้ในการประชุมเพื่อให้ความรู้และความเข้าใจต่อ พรบ.ฯ และคู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560[6] เพื่อจัดทำแผนเชิงรุกและแผนเชิงรับในการเฝ้าระวังติดตาม พรบ.ฯ ส่งผลให้ผู้เข้าประชุมมีความตระหนักถึงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive Breastfeeding) หลังจากนั้นให้กินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอย่างน้อย 2 ปีหรือนานกว่านั้น (Continue breastfeeding) [1] จะต้องให้ความสำคัญในการการเฝ้าระวังกำกับและติดตาม พรบ.ฯ และนำกลับความรู้และความเข้าใจที่ได้กลับไปเผยแพร่แก่หน่วยงานของตนเองและสร้างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการขับเคลื่อนต่อไป และผู้เข้าประชุมสามารถร่วมกันทำแผนเชิงรุกและแผนเชิงรับเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังติดตามพรบ.ฯ ที่เหมาะสมของเขตสุขภาพที่ 7 และในการลงประเมินผลการกำกับติดตามในพื้นที่ พบว่า แผนเชิงรุกตาม พรบ.ฯ มีการปฏิบัติตามแผน ดังนี้คือ 1) อบรมให้ความรู้ มีการให้ความรู้โดยการเยี่ยมเสริมพลังฯ และผ่านช่องทาง Application Line กลุ่มทีมนมแม่ เขต 7 และ Application Line Facebook Websize ทั้งในระดับเขต จังหวัด และอำเภออย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สถานประกอบการและชุมชน ซึ่งทั้งทางเขตและจังหวัดตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ร่วมกันวางแผนในการสื่อสาร ทำความเข้าใจและลงพื้นที่ในส่วนดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น และวางแผนต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2564 ต่อไป 2) การสร้างเครือข่ายและเผยแพร่ความรู้ มีต้นแบบการสร้างเครือข่ายโดยนำเข้าสู่วาระเรื่องการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และ พรบ.ฯ ในการประชุมคณะกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีการติดตามและการเฝ้าระวังติดตามการละเมิดตามพรบ.ฯ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ทางพื้นที่อื่นๆในเขตสุขภาพที่ 7 เกิดความตื่นตัว กระตือรือร้นในสร้างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกัน 3) มาตรการเฝ้าระวังทั้งในระดับสถานพยาบาลของรัฐ และศพด. ยังพบเอกสารความรู้ที่สีหรือลักษณะที่อาจเชื่อมโยงต่อบริษัทนมผง จะเห็นได้ว่ารูปแบบการโฆษณาของบริษัทนมผลมีหลายแบบซึ่งบางครั้งบุคลากรยังขาดความเข้าใจ ดังนั้นผู้รับผิดชอบทางเขตและจังหวัดต้องพัฒนาการสื่อสาร การให้ความรู้โดยการยกตัวอย่างรูปแบบของเอกสารที่ละเมิด พรบ.ฯเพิ่มมากขึ้น ทางโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดูแลเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเฝ้าระวังติดตามการละเมิดตามพรบ.ฯ ร้านค้าในโรงพยาบาลส่งผลให้ทางโรงพยาบาลไม่พบการละเมิดตาม

พรบ.ฯ แต่พบตัวแทนบริษัทนมผงมาออกบูธนมสำหรับผู้ป่วยแต่ไม่พบการเชื่อมโยงถึงอาหารสำหรับทารก อาหารสำหรับเด็กเล็กและอาหารเสริมสำหรับทารก ซึ่งได้มีการให้คำแนะนำทั้งผู้รับผิดชอบในระดับโรงพยาบาลและตัวแทนบริษัทนมผง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจ การละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2551 พบว่าสถานที่ที่ได้รับผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับนมผสม ส่วนใหญ่ได้รับที่ตลาด ร้านค้า สรรพสินค้า ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือ คลินิกแพทย์ สถานที่ อื่นๆ โรงพยาบาล ร้านขายยา ส านักงานประกันสังคม สำนักงานเทศบาล ที่ว่าการอำเภอ และสถานี อนามัยตามลำดับ มารดาส่วนมากได้รับแจกผลิตภัณฑ์ในขณะที่มารับบริการ เช่น ขณะฝากครรภ์ คลอด หลังคลอด ร้อยละ 21.6 รองลงมาคือวิธีการอื่นๆ เช่น การอบรม ทำงานโรงงาน กิจกรรมนิทรรศการ ให้ ผ่านบุคคลอื่น นามบัตร / คูปอง ระบุสถานที่รับผลิตภัณฑ์และทางไปรษณีย์[7] และ 4) มาตรการบังคับใช้ โดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดได้มีการส่งรายชื่อเพื่อแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพรบ.ฯ ครบทั้ง 4 จังหวัด และแผนเชิงรับไม่พบการละเมิดพรบฯทำให้เห็นว่าพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 มีความกระตือรือร้น และตื่นตัวเพิ่มมากขึ้นการเฝ้าระวังติดตาม พรบ.ฯ ดังนั้นผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ในการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังติดตามพรบฯ. แก่ผู้รับผิดชอบทั้งระดับจังหวัดและอำเภอมากขึ้นมีเพิ่มมากขึ้น และการติดตามกำกับการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับทำให้พื้นที่ให้ความสำคัญ ตื่นตัว ในการเฝ้าระวังกำกับและติดตาม พรบ.ฯ และประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนในการดำเนินการการเฝ้าระวังติดตามพรบฯ. กระจายลงสู่ชุมชนครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการผลักดันมาตรการทางกฎหมายให้เป็นพระราชบัญญัติ ดูเหมือนจะเป็นทางออกที่เหมาะสมต่อการบังคับใช้ และให้เกิดผลทางปฏิบัติ เพื่อปกป้อง เด็กไทยให้ได้รับนมแม่เพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในปีงบประมาณปี 2563 แผนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในเขตสุขภาพที่ 7 ทำได้ในกลุ่มผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอระดับแม่ข่าย โรงพยาบาลระดับแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้ง 16 Node ในเขตสุขภาพที่ 7 ทำได้ในระดับอาจไม่ครอบคลุมผู้รับผิดชอบระดับอื่นๆ เช่น อสม. เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรระบบเฝ้าระวังติดตาม โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวัง กำกับติดตามและประเมินผล พรบ.ฯ ระดับประเทศ และจังหวัด

และประสานความร่วมมือสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนาให้เป็นผู้เฝ้าระวังในพื้นที่ ผลิต พัฒนา องค์ความรู้ สื่อและเผยแพร่แก่ทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาต่อยอดจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่ยังเป็นปัญหา เพื่อวางแผน ดำเนินการแก้ไขให้ พ.ร.บ.ฯ เข้าถึงประชาชนในแผนปีงบประมาณ 2564 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยากรจากส่วนกลาง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ทีม Coach watcher เขตสุขภาพที่ 7 และทีมกลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็กทุกท่าน ที่ร่วมเป็นวิทยากร และอำนวยความสะดวกในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding Geneva: World Health Organization. 2002.
2. National Statistic Office. Major Findings of Multiple Indication cluster survey 2012. Bankok; 2012.
3. National Statistic Office. Major Findings of Multiple Indication cluster survey 2012. Bankok; 2016.
4. สำนักส่งเสริม กรมอนามัย. พระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560. นนทบุรี; 2561
5. สำนักส่งเสริม กรมอนามัย. คู่มือการเฝ้าระวังติดตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการตลาดควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560. นนทบุรี; 2561
6. สำนักส่งเสริม กรมอนามัย. คำอธิบายพระราชบัญญัติ ควบคุมและส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก พ.ศ. 2560 (พ.ร.บ. นมผง). นนทบุรี; 2561.
7. กอบกาญจน์ มหัทธโน. รายงานการสำรวจ การละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2551. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2552.

การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

THE DEVELOPMENT OF IODINE DEFICIENCY CONTROL IN ROYAL PROJECT SCHOOLS, NONG SONG HONG, KHONKAEN PROVINCE

กฤษดา เอื้ออภิศักดิ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
อภิรดี ศรีประทุม *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
ชนิดาภา วงศ์รักษา *พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ*
จารุรัตน์ จิณะมูล นักโภชนาการปฏิบัติการ
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 21 ธันวาคม 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 30 ธันวาคม 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองนักเรียนที่มีอาการคอพอก วิธีดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้นักเรียน แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนและครู แบบสังเกตการณ์ และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตีความสรุปเป็นข้อมูลเชิงอุปนัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การทบทวนบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) การอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไอโอดีน และ 4) การปฏิบัติตนของผู้ปกครองและนักเรียนที่ขาดสารไอโอดีน ผลของการใช้รูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนฯพบว่า ความรู้หลังการเข้าโครงการของนักเรียนสูงขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเข้าโครงการฯสูงขึ้นจากก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean± SD = 12.81 ± 2.82 VS 10.54 ± 2.35) โดยมีค่า P< 0.001 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู นักเรียน และผู้ปกครอง มีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนได้ดีขึ้นจากการสังเกตการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติ นักเรียนที่มีอาการคอพอกจำนวน 11 คน หลังเข้าโครงการหายจากอาการคอพอก 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55

คำสำคัญ : โรคขาดสารไอโอดีน, การพัฒนา, โรงเรียน

Abstract

This action researchwas aimed to develop and evaluated the outcome of an Iodine deficiency disease control program in Royal Project schools.The sample consisted of 166 people including: public health workers, teachers, students, village health volunteers,community leaders and parents of students with goiter. There are 4 step to the research method.such as; 1) Plan 2) Action 3) Observations 4) Reflection.The research instruments wereKnowledgeTest, School administrators and teachers Interview form, Observation form and Focus group guidelines for public health workers, teachers and community leaders.Statistics used for data analysis was frequency, percentage, mean and standard deviation. The score was compared with Paired t-test statistics. Quality data was used for content analysis. Interpret summaries as inductive information.

The research results found that:programconsisted of four components: 1) Review of duties of stakeholders 2) Personnel competency development, 3) Knowledge of Iodine rehabilitation training, and 4)The practicum of parents and students as iodine deficiency. The result iodine deficiency disease control programshowed that knowledge after entitled the program of students was higher level, scores than before program on with statistical (Mean± SD = 12.81 ±

2.82 VS 10.54 ±2.35) P value< 0.001,public health workers, teachers and community leader shave knowledge and being able to perform.6 students as goiter recovered from goiter after they joined in the project form 11 samples (54.55%),

Keywords : Iodine deficiency disease, Development, Schools

บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีน (Iodine deficiency disorders, IDD) หรือที่เรียกอีกชื่อตามอาการที่แสดงออกว่า โรคคอพอก (simple goiter) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ อันเกิดจากการขาดสารไอโอดีนของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุของสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทและสมองของทุกวัย โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและมีผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากไอโอดีนมีความสัมพันธ์กับสติปัญญาของมนุษย์ โดยเฉพาะส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กไทยที่จะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในอนาคต(1)

ภาวะการขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประชาคมโลกตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 โดยองค์การอนามัยโลกสำรวจเด็กในวัยเรียนช่วงอายุ 6 - 12 ปี ในแถบประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งประเทศไทยก็จัดเป็นประเทศในภูมิภาคนี้และมีรายงานว่าเด็กในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับอาหารซึ่งมีสารไอโอดีนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวันนั้น มีจำนวนมากถึง 96 ล้านคน(2) การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน เป็นเรื่องที่ประเทศต่างๆทั่วโลก ให้ความสำคัญซึ่งจากรายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกของ Iodine Global Network ปี 2560 โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ข้อมูลในปี 2557 หญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยได้รับไอโอดีนเพียงพอ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปี 2558 และ 2559 พบ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ คือ 147.1 และ 145.0 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ(3) และพบเด็กที่มีภาวะโรคขาดสารไอโอดีน อัตรา 70 คนต่อทารกแรกเกิดแสนคน(3) สำหรับเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 14 ปี จากการสำรวจภาวะไอโอดีนในปัสสาวะ ปี 2552 และ 2557 พบว่ามีไอโอดีนในปัสสาวะ <100 μg/L ร้อยละ 34.8 และร้อยละ 20.9(3) และจากผลการสำรวจระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา ปีพ.ศ. 2559 พบว่าระดับ IQ เฉลี่ยอยู่ที่ 98.23 ซึ่งค่อนข้างต่ำ และระดับ IQ ต่ำว่า 100 คะแนน จำนวน 38 จังหวัด ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจังหวัดขอนแก่นมีระดับ IQ เฉลี่ยเท่ากับ 94.12(3) มีหลายสาเหตุที่ส่งผลต่อระดับ IQ โดยเฉพาะสาเหตุด้านโภชนาการที่เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน(4) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในปี 2561 พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา

ปีที่ 1-6 จำนวน 405 คน มีภาวะคอพอก 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6[4] ในปี 2562 พบนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) จำนวน 3 แห่ง ในอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น มีภาวะคอพอกร้อยละ 7.3[5] ซึ่งเกินเกณฑ์ของกรมอนามัยกำหนดให้อัตราคอพอกในนักเรียนต้องไม่เกินร้อยละ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าใน 1 สัปดาห์มีนักเรียนร้อยละ 23 ไม่ได้รับประทานอาหารทะเล โรงเรียนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนไม่ต่อเนื่อง เช่น การจัดน้ำเสริมไอโอดีน การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารกลางวันรวมถึงครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะและองค์ความรู้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เช่น วิธีการผสมน้ำเสริมไอโอดีน การตรวจคัดกรองภาวะคอพอกเบื้องต้นและประโยชน์ของสารไอโอดีน จึงส่งผลให้เด็กได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอพบภาวะคอพอกตามมา

กรมอนามัย ได้ดำเนินงานสนองพระราชดำริของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้แก่โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นธุระกันดารและการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นหน่วยงานสังกัดกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค จึงได้นำแนวนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการ โดยมีโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านศุภชัยโรงเรียนบ้านโนนสะอาดห้วยตะกั่ววิทยาและ โรงเรียนบ้านกุดหว้า อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น การดำเนินงานมุ่งส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยของเด็กและเยาวชน รวมถึงควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยการขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการอบรมองค์ความรู้รวมถึงแนวทางการดำเนินงานแก่ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผลการดำเนินงานที่ผ่านพบว่ารูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ยังไม่เกิดผลลัพธ์ตามแนวทางที่กำหนดและตั้งเป้าหมายไว้โดยพบเด็กวัยเรียนมีภาวะคอพอกร้อยละ 7.3 ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสติปัญญาและจะส่งผลต่ออนาคตของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ขับเคลื่อนงานและขยายผลซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศโดยส่วนรวมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เริ่มดำเนินการเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของนักเรียนจากการสำรวจสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริของปาริชาต ภามนตรี และคณะ[5] ที่ได้ดำเนินการสำรวจไว้เมื่อเดือนมกราคม 2562 มาเป็นข้อมูลเบื้องต้น และผู้วิจัยได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis&Mc Taggart (1988) ประกอบด้วยขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และสะท้อนปฏิบัติการ (Reflection) นำมาใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยศึกษาบริบทของโรงเรียน นโยบายการควบคุมการขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนและชุมชน โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนและทดสอบความรู้ของนักเรียนเรื่องไอโอดีน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลโรงเรียน สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของนักเรียน และผลการทดสอบความรู้นักเรียน มาวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบันมาใช้เป็นข้อมูล รวมทั้งศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งพบว่าการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนขาดความต่อเนื่อง ศักยภาพของบุคลากร การตระหนักรู้ของชุมชน นำมาวางแผนเพื่อพัฒนา มีการประสานผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานการประถมศึกษาเขต 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอดำเนินงานพัฒนารูปแบบฯ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประชุมทีม กำหนดบทบาทหน้าที่ และจัดทำผังการขับเคลื่อนรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ และกำหนดแผนการปฏิบัติการ

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action)

2.1. ประชุมคืนข้อมูลผลการสำรวจภาวะสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของนักเรียนรวมถึงความรู้ของนักเรียนเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ปกครองเพื่อสร้างความตระหนักถึงผลของการขาดสารไอโอดีนและเพื่อให้ครูได้สร้างความรอบรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนให้กับนักเรียน

2.2. ประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู นักเรียน อสม. เกี่ยวกับแนวทางการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ฝึกทักษะการตรวจโรคขาดสารไอโอดีนเบื้องต้นโดยการคลำคอให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูอนามัย ชี้แจงเรื่องการผสมน้ำเสริมไอโอดีนให้กับครูอนามัย ฝึกการตรวจคุณภาพเกลือโดยใช้ I-Kit ให้ อสม. และแกนนำนักเรียน

2.3 ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนพระราชดำริ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครู ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ปกครองดังนี้

โรงเรียนจัดน้ำดื่มเสริมเสริมไอโอดีน

สำหรับนักเรียนทุกคนดื่มวันละ 1 แก้ว และนักเรียนที่คอพอกดื่มวันละ 2 แก้วใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนในการประกอบอาหาร จัดเมนูอาหารทะเล 1-2 วัน/ สัปดาห์ จัดเมนูไข่ 1-2 วัน/สัปดาห์ เฝ้าระวังนักเรียนมี่มีภาวะคอพอกและแกนนำนำนักเรียน สำรวจคุณภาพเกลือ ด้วย I-kit

เด็กนักเรียนที่คอพอกกินไข่ 2 ฟอง/วันต่อเนื่อง 1-3 เดือน.ดื่มนมจืด 1-2 กล่องทุกวันรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ถ้าปกติแล้วลดไข่เหลือ 1 ฟอง/วัน แต่ถ้ายังไม่ปกติให้ส่งพบแพทย์ตรวจหาสาเหตุ

ผู้นำชุมชนและ อสม .ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องไอโอดีน จัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน และตรวจสอบคุณภาพเกลือด้วย I-kit ผู้ปกครองเด็กที่คอพอกครอบครัวและชุมชน. ใช้เกลือ/เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีนให้เด็กกินไข่อาหารทะเลดื่มนมจืด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครอบครัว. ติดตามการดำเนินงานของโรงเรียนและชุมชน

ผู้วิจัยได้จัดทำแผนผังการขับเคลื่อนการขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียน และให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมพิจารณาและร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

3.1. ผู้วิจัยและคณะ สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในโรงเรียนและชุมชนร่วมกับการใช้แบบสังเกตการณ์โดยสังเกตการปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติผลการปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อม ข้อจำกัดในการปฏิบัติ

3.2. ประเมินผลการนำรูปแบบควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนไปใช้โดยการประชุมสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน และประเมินความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - มัธยมศึกษาปีที่ 3 และประเมินภาวะคอพอในนักเรียนที่มีอาการคอพอก

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยพิจารณาจากข้อมูลของครู นักเรียน และผู้ปกครอง ด้านผู้วิจัย โดยการมีทีมวิจัยหลายคนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นผู้สังเกตและซักถาม ด้านวิธีการเก็บข้อมูล ใช้วิธีสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม

4. สะท้อนปฏิบัติการ (Reflection) ผู้วิจัยและคณะนำข้อมูลผลการปฏิบัติงานสะท้อนให้กับผู้เกี่ยวข้องรับทราบโดยการประชุมคืนข้อมูลให้กับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน และร่วมกันพิจารณาเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียนโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ผู้ปกครองเด็กที่คอพอกที่อาศัยอยู่ตำบลดอนดู่ และตำบลศุภชัย อำเภอหนองสองห้อง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองเด็กที่คอพอกรวม 38 คนและนักเรียนโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านโนนสะอาดห้วยตะกั่ว

วิทยา โรงเรียนบ้านศุภชัย และโรงเรียนบ้านกุดหว้า โดยทำการศึกษาจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 135 คน ได้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก รวมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 166 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - มัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องสารไอโอดีน การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนจำนวน 15 ข้อทีมวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยแบบประเมินความรู้สำหรับนักเรียนขั้นประถมศึกษา ทีมวิจัยจะอ่านแบบทดสอบให้นักเรียน ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจะให้นักเรียนเป็นผู้ตอบแบบทดสอบเอง

2. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนและครู ประกอบด้วย แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในโรงเรียน องค์ความรู้และปัญหาอุปสรรค

3. แบบสังเกตการณ์ เป็นแบบ Check-list จำนวน 10 ข้อโดยผู้วิจัยและคณะจะใช้สำหรับประเมินรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ โดยการสนทนากลุ่มร่วมการสังเกต ประกอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดเกณฑ์การสังเกตเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. แนวทางการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ด้านบริการทรัพยากร การจัดกิจกรรมและการนิเทศฯติดตาม

การตรวจสอบความตรงความเที่ยงของเครื่องมือ

1) แบบทดสอบความรู้นักเรียน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนรายงานทางวิชาการ ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้นำแบบทดสอบความรู้นี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนในระดับเดียวกันจำนวน 30 คน ในโรงเรียนของอำเภอหนองสองห้อง นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาจากสูตรคูเดอร์และริชาร์ดสันและได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ที่ 0.73

2) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียน แนวทางในการสนทนากลุ่มและแบบสังเกตการณ์ สร้างขึ้นโดยใช้แนวคำถามโดยให้ขอบเขตและเนื้อหาสอดคล้องกับแนวทางการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนซึ่งเป็น กุมารแพทย์ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ 2 คน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 1 คน และนักโภชนาการระดับเชี่ยวชาญ 1 คน ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์และแนวทางสนทนากลุ่มมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและใช้เกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ร้อยละ 80 (Polit and Beck, 2006)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตีความสรุปเป็นข้อมูลเชิงอุปนัย

จริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 005

ผลการศึกษา

1. กระบวนการและการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

1.1 การวางแผน

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลโรงเรียนและชุมชน สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของนักเรียน นำมาวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบันมาใช้เป็นข้อมูลรวมทั้งศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งพบว่าการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนขาดความต่อเนื่อง ทบทวนศักยภาพของบุคลากร การตระหนักรู้ของชุมชน นำมาวางแผนเพื่อพัฒนา มีการประสานผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษาขอนแก่นเขต 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอดำเนินงาน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประชุมทีม กำหนดบทบาทหน้าที่ และจัดทำผังการขับเคลื่อนรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริและกำหนดแผนในขั้นการปฏิบัติการ

1.2 การปฏิบัติการ

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยการดำเนินงานตามแผนและรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในพื้นที่โรงเรียนในโครงการพระราชดำริทั้ง 3 แห่ง ตามขั้นตอนดังนี้

1) จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ปกครองเด็กที่คอพอก จำนวน 38 คน กำหนดการประชุม 3 วัน โดยทีมวิจัยได้นำเสนอผลการสำรวจภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนใน สถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของนักเรียนและปัญหาที่พบในการดำเนินตามนโยบายด้านการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในรอบปีที่ผ่านมาซึ่งเป็นสาเหตุของการขาดสารไอโอดีนในเด็กวัยเรียน และผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนพระราชดำริ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ปกครองเด็ก เพื่อการนำไปปฏิบัติร่วมกันตามแผนผังการขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียน

2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการอบรมการอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไอโอดีนดังนี้

(1) บรรยายความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โครงการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพระราชดำริให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเด็กที่ขาดสารไอโอดีน

(2) สาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจคอพอกโดยการคลำคอ ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูอนามัย

(3) สาธิตและฝึกปฏิบัติ การตรวจคุณภาพเกลือด้วย I-KIT ให้แก่ อสม.และแกนนำนักเรียน

3) การนิเทศติดตาม ทีมวิจัยนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ในพื้นที่ 3 โรงเรียน เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง โดยการเยี่ยมเสริมพลังในโรงเรียนในโครงการพระราชดำริทั้ง 3 โรงเรียน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน 3 ชุมชน ได้แก่ชุมชนบ้านกุดหว้า ชุมชนบ้านศุภชัย และชุมชนโนนสะอาด ผู้วิจัยได้รับทราบการสะท้อนปัญหาและการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนและร่วมแก้ไขสรุปได้ดังนี้

(1) โรงเรียนทั้ง 3 แห่ง มีการจัดน้ำดื่มเสริมไอโอดีนให้เด็กทุกวัน พบว่าเด็กจะได้ดื่มน้ำเสริมไอโอดีนหลังอาหารกลางวัน แต่พบว่าบางโรงเรียนยังไม่ได้จัดระบบการดื่มน้ำเสริมไอโอดีน เช่น ให้เด็กรับผิดชอบในการดื่มน้ำเสริมไอโอดีนด้วยตัวเอง ซึ่งอาจทำให้เด็กดื่มน้ำเสริมไอโอดีนไม่ถูกต้อง หรือเด็กบางคนอาจไม่ดื่มน้ำเสริมไอโอดีน และเด็กที่คอพอกอาจไม่ได้ดื่มน้ำเสริมไอโอดีนครบ 2 แก้วต่อวัน จึงให้ข้อเสนอแนะ ให้ครูติดป้ายระบุให้ชัดเจน และกำหนดให้เด็กที่ขาดสารไอโอดีนดื่มน้ำดื่มเสริมไอโอดีนก่อนกลับบ้านอีก 1 แก้ว ส่วนอาหารกลางวันสำหรับเด็ก พบว่า มีการจัดให้เด็กได้กินไข่ สัปดาห์ละ 3 วัน แต่ไม่สามารถจัดเมนูอาหารทะเลให้กับเด็กนักเรียนได้เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณ แต่โรงเรียนได้เพิ่มไข่สำหรับเด็กที่คอพอกกลับไปรับประทานที่บ้านคนละ 1 ฟองต่อวัน ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กนักเรียนพบว่าเด็กบางคนไม่รับประทานอาหารเช้า เพราะไม่หิว หรือ นอนตื่นสาย ทำให้เด็กหิวก่อนเวลาอาหารกลางวัน ไม่มีสมาธิในการเรียน ทีมวิจัยเสนอแนะให้โรงเรียนบริหารการแจกนมสำหรับเด็กให้เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน เช่นเปลี่ยนเวลาแจกนมจากช่วงบ่ายเป็นช่วงเช้า และเปลี่ยนเวลาการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเป็นช่วงบ่าย พร้อมทั้งการเข้าถึงครอบครัวของเด็กเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุที่แท้จริง

(2) ชุมชน มีการดำเนินการในเรื่องของกองทุนเกลือ ประชากรในชุมชนใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหารเป็นส่วนมมาก แต่ยังพบว่ามีเกลือไม่ผสมไอโอดีนไว้ใช้ในครัวเรือนด้วย และพบบางชุมชนยังไม่ได้เข้าใจนโยบายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้นำชุมชุนยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเองว่าต้องทำอะไรบ้าง แกนนำ อสม. ยังไม่มีแผนการตรวจคุณภาพเกลือ โดยใช้ I-KiT และในรอบปีที่ผ่านมายังไม่มีการสำรวจคุณภาพเกลือไอโอดีน และยังพบว่า อสม. ใหม่ยังขาดความมั่นใจในการตรวจคุณภาพเกลือ ผู้ปกครองเด็กที่คอพอกบางครอบครัวเป็น ตา ยาย จึงไม่ได้ดูแลในการรับประทานอาหารของเด็กรวมทั้งเด็กมีพฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม เช่นไม่รับประทานอาหารเช้า เด็กบางคนไม่ชอบกินไข่ ทีมวิจัยได้แก้ปัญหาโดยการชี้แจ้งนโยบายการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ความสำคัญของการเป็นโครงการในพระราชดำริ ฝึกปฏิบัติการตรวจคุณภาพเกลือด้วย I-Kit การนำเสนอชุมชนต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน การบริหารกองทุนเกลือที่ประสบผลสำเร็จ และมอบเอกสารความรู้ให้กับผู้นำชุมชนแกนนำ อสม. เพื่อนำไปสื่อสารเรื่องโรคขาดสาร

ไอโอดีนให้กับประชาชนในชุมชน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันอีกครั้ง

(3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบชุมชนและโรงเรียน พบว่า มีการตรวจสุขภาพเด็ก เด็กวัยเรียนตามแผนงานอนามัยโรงเรียน และติดตามเด็กที่คอพอก แต่พบว่ายังมีโรงเรียนที่ไม่ได้รับการข้อมูลผลการตรวจสุขภาพเด็กจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงได้มีการเสนอรูปแบบการคืนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กเพื่อให้โรงเรียนได้วางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามการดำเนินงานของโรงเรียน และเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน ร่วมรับฟังปัญหา อุปสรรคและ ให้ข้อคิดเห็นในการเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในวัยเรียน

1.3 การสังเกตการณ์

การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนของการประเมินผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการประเมินผล 3 ด้านได้แก่ ด้านกระบวนการปฏิบัติ ด้านผลการปฏิบัติ และด้านสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดของการปฏิบัติ การทบทวนหลังการปฏิบัติการเพื่อดูข้อแตกต่างระหว่างการดำเนินงานกับข้อตกลงตามผังการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน โดยการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชนแกนนำ อสม. จำนวน 28 คนโดยจัดประชุม 3 วัน ณ ห้องประชุมของโรงเรียนบ้านกุดหว้า โรงเรียนบ้านศุภชัย และโรงเรียนบ้าโนนชัยห้วยตะกั่ว และสังเกตการณ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในโรงเรียนและชุมชน นำเสนอรายละเอียดดังนี้

1) ด้านกระบวนการปฏิบัติ เป็นการประเมินผลด้านกระบวนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามนโยบายกับสิ่งที่ปฏิบัติจริงของโรงเรียนและชุมชน โดยการประเมินกระบวนการตามบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ผลของการประเมินสรุปได้ดังนี้

(1) โรงเรียน ทั้ง 3 โรงเรียน มีโครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันสำหรับเด็ก มีการจัดน้ำดื่มเสริมไอโอดีนสำหรับเด็กทุกวัน โดยจัดระเบียบการดื่มน้ำหลังอาหารกลางวันสำหรับเด็กทุกคน และจัดให้เด็กที่คอพอกดื่มน้ำเสริมไอโอดีนอีก 1 แก้วก่อนกลับบ้าน การจัดเมนูอาหารกลางวันที่เป็นเมนูไข่สำหรับเด็ก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โรงเรียนทุกโรงเรียนไม่ได้จัดเมนูอาหารทะเลสำหรับเด็ก โดยให้ข้อมูลว่าจากงบประมาณไม่เพียงพอ ในการประกอบอาหารกลางวันมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารทุกครั้ง มี 1 โรงเรียน ที่ให้เด็กที่คอพอกกินไข่เพิ่มวันละ 2 ฟองโดยกินไข่ที่โรงเรียน 1 ฟอง และนำไข่กลับไปกินบ้านอีก 1 ฟอง เด็กนักเรียนทุกคนจะได้ดื่มนมจืดที่โรงเรียนคนละ 1 กล่องต่อวัน และในช่วงปิดเทอมเด็กจะได้รับนมกล่องไว้สำหรับกินที่บ้านด้วย สำหรับการฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนโดยตรวจคลำคอเด็กวัยเรียน ครูอนามัยจะมีแผนการตรวจทุก 6 เดือน แต่ยังคงขอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจยืนยันในรายที่พบว่าเด็กที่คลำคอผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า บางโรงเรียนได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดทำแผนงานโครงการเกี่ยวกับไอโอดีน ซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

(2) ชุมชนทุกชุมชนมีกองทุนเกลือ มีการบริหารกองทุนเกลือโดยกรรมการ

แต่พบว่าการจำหน่ายเกลือเป็นไปได้น้อย เนื่องจากมีการแจกเกลือฟรี และมีรถเร่ขายเกลือ จึงได้มีการประชุมชี้แจงและมีข้อกำหนดในชุมชนคือ ให้ประชาชนซื้อเกลือเสริมไอโอดีนในกองทุนเกลือ บริโภค งดการแจกเกลือ การสื่อสารความรู้เรื่องไอโอดีน ผู้นำชุมชนมีแผนการสื่อสารความรู้เรื่องไอโอดีนโดยผ่านหอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนการตรวจคุณภาพเกลือ อสม. ได้วางแผนการตรวจคุณภาพเกลือในเดือนพฤษภาคมของทุกปี และรายงานผลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามขั้นตอน

(3) นักเรียนและผู้ปกครองเด็กที่คอพอก ในกระบวนการปฏิบัติ นักเรียนที่คอพอกได้กินไข่ 1 ฟอง 3 วัน โดยโรงเรียนจัดเมนูอาหารกลางวัน และให้ผู้ปกครองเพิ่มไข่ที่บ้านทุกวัน วันละ 1 ฟอง และกินอาหารทะเลสัปดาห์ละ 1-2วัน แต่มีเด็กนักเรียนบางคน ไม่ได้กินไข่ เนื่องจากเด็กต้องการจะกินอาหารอย่างอื่นบ้าง และเด็กบางคนไม่ชอบกินไข่ การดื่มน้ำเสริมไอโอดีน นักเรียนจะได้ดื่มน้ำเสริมไอโอดีนวันละ 2 แก้วที่โรงเรียนยกเว้นช่วงปิดเทอมการดื่มนมพบว่าเด็กได้ดื่มนมจืดทุกวัน วันละ 1 กล่อง จากการสังเกตพบว่าเด็กจะได้ดื่มนมตามที่โรงเรียนจัดให้ มีเด็กบางคนที่ผู้ปกครองได้เสริมนมให้ที่บ้าน ส่วนการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ขาดสารไอโอดีน โดยใช้เกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร สำหรับเด็กที่คอพอกจำนวน 11 คน ได้รับการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยอาการไทรอยด์เป็นพิษตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน

(4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีการติดตามเด็กนักเรียนที่คอพอกโดยการตรวจคลำคอ และสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีนให้กับโรงเรียน สนับสนุนชุดตรวจคุณภาพเกลือI-KIT ให้กับ อสม. และโรงเรียน สนับสนุนสื่อความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนให้กับโรงเรียนและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนและชุมชน

2) ด้านผลการปฏิบัติ

(1) ด้านความรู้และทักษะบุคลากร ทีมผู้วิจัยได้จัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไอโอดีนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. และผู้ปกครองเด็ก ฝึกทักษะการคลำคอของครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และฝึกทักษะการตรวจคุณภาพเกลือโดยใช้ I_Kit แก่ อสม. ประเมินผลความรู้และทักษะจากการซักถามกลับ และสังเกตการณ์ปฏิบัติในการตรวจคลำคอของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การทดสอบการตรวจคุณภาพเกลือของ อสม. พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูอนามัยสามารถปฏิบัติได้ แต่จะต้องฝึกทักษะเพิ่มขึ้น ส่วนทักษะของการตรวจคุณภาพเกลือของ อสม. ประเมินผลจากการปฏิบัติ พบว่า อสม. ปฏิบัติได้ถูกต้อง

(2) ด้านความรู้เรื่องไอโอดีนของเด็กนักเรียน ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นประถมศึกษาปี 3 กลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการทดสอบความรู้จำนวน 128 คน ผู้วิจัยได้คืนข้อมูลความรู้ให้กับโรงเรียนเพื่อให้ครูได้นำไปสื่อสารความรู้เรื่องไอโอดีนให้กับนักเรียน หลังจากนั้นทดสอบหลังการให้ความรู้ แล้วเปรียบเทียบค่า

เฉลี่ยคะแนนความรู้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าโครงการฯ ($\bar{X}$ =12.94, S.D.=1.62) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ($\bar{X}$ =10.54, S.D.=2.36) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p-value< 0.001 ดังรายละเอียดแสดงในตาราง

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องไอโอดีนของนักเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย (n = 128)

ความรู้นักเรียน	$\bar{X}$	S.D.	95% Confidence Interval of difference		t	p-value
			lower	upper		
ก่อนเข้าโครงการฯ	10.54	2.36	-2.77	-2.03	-12.93	<0.001
หลังเข้าโครงการฯ	12.94	1.62				

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05

จากตาราง สรุปได้ว่า รูปแบบการให้ความรู้เรื่องไอโอดีนสำหรับนักเรียน ประถมศึกษาปีที่ 4- มัธยมศึกษาปีที่ 3 สามารถเพิ่มความรู้ให้แก่นักเรียนได้

(3) สภาพแวดล้อม/ข้อจำกัดของการดำเนินงาน โดยการศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานของโรงเรียนและชุมชุน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้เนอความคิดเห็น และผลจากการสนทนากลุ่มสรุปดังนี้

ก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน แต่การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนผ่านกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

ข. โรงเรียนให้ข้อมูลว่ามีงบประมาณจำกัดในการจัดอาหารกลางวันสำหรับนักเรียน จึงไม่สามารถจัดเมนูอาหารทะเลเป็นเมนูอาหารกลางวันได้ เนื่องจากมีราคาแพงและในบางฤดูกาล ผลิตผลทางการเกษตรไม่เพียงพอ โรงเรียนต้องซื้อวัตถุดิบในการการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็ก

ค. มีการเปลี่ยนผู้นำชุมชนและ อสม.ไม่ได้รับการส่งต่อนโยบาย และมีนโยบายต่างๆจากหลายองค์กร ทำให้ปฏิบัติงานในบทบาทของด้านสาธารณสุขไม่เต็มที่

ง. ผู้ปกครองเด็ก พบว่าผู้ปกครองเด็กบางส่วนทำงานในจังหวัดขอนแก่น เดินทางไปกลับ ไม่มีเวลาจัดเตรียมอาหารเช้าสำหรับเด็ก ส่วนอาหารเย็นจะซื้ออาหารสำเร็จ และผู้ดูแลเด็กบางครอบครัวพ่อแม่ทำงานต่างจังหวัด ผู้ดูแลเด็กเป็นปู่ ย่า ตา ยาย

1.4 การสะท้อนการปฏิบัติ

เป็นการนำข้อมูลจากการสังเกตการณ์มาเสนอต่อทีมงาน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. ผู้นำชุมชน โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้สรุปผลการดำเนินงาน

เสนอด้านกระบวนการปฏิบัติ ผลการปฏิบัติ ข้อจำกัดของการปฏิบัติ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อผลการดำเนินการ พร้อมเสนอสิ่งที่ปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังนี้

1) มีการสื่อสารนโยบายและมาตรการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชนทราบอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

2) ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ได้รับความรู้และการปฏิบัติเรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีการสื่อสารให้ประชาชนมีความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3) มีการประเมินความรู้และการปฏิบัติเรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของผู้นำชุมชนแกนนำชุมชน/หมู่บ้าน และประชาชน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4) ด้านงบประมาณ ส่งเสริมให้โรงเรียนเขียนโครงการเพื่อของบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

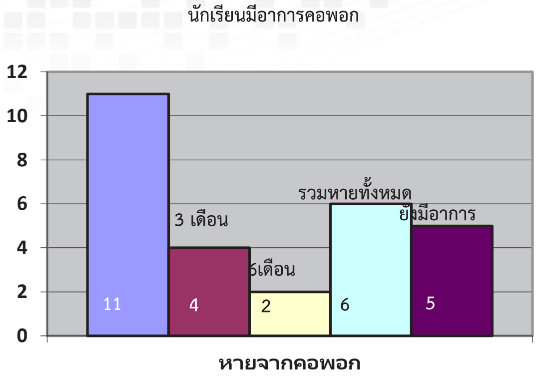
2. ผลการประเมินผลรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ที่พัฒนาขึ้นจากการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ตามวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1) การทบทวนบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน และผู้ปกครอง 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการตรวจคอพอก และการตรวจคุณภาพเกลือ 3) การอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไอโอดีน โดยความรู้เรื่องไอโอดีนของนักเรียนแก่ผู้เกี่ยวข้อง 4) การปฏิบัติตนของผู้ปกครองและนักเรียนที่ขาดสารไอโอดีน โดยการติดตามการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

2.2 จำนวนนักเรียนมีภาวะคอพอกลด

ผู้วิจัยได้ติดตามอัตราการลดลงของนักเรียนที่คอพอก จำนวน 11 คน พบว่า การติดตามผลระยะ 3 เดือน เด็กนักเรียนหายจากโรคขาดสารไอโอดีนจำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.36 ยังคงมีนักเรียนที่มีอาการคอพอก 7 คน ซึ่งในจำนวน 7 คน มีเด็กนักเรียนที่เข้ารับการตรวจหาค่าไทรอยด์ฮอร์โมน 3 คน และมีเด็กนักเรียน 2 คนที่ค่าไทรอยด์ฮอร์โมนสูง ซึ่งต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยการกินยา 6 เดือน ดังนั้นจึงมีเด็กนักเรียนที่ปฏิบัติตามรูปแบบ ฯ ต่อเนื่องอีก 5 คน จากการติดตามผลระยะ 6 เดือน พบว่าเด็กนักเรียนหายจากโรคขาดสารไอโอดีน จำนวน 2 คน รวมเป็น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 ดังภาพ



ภาพ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่หายจากอาการคอพอก ระยะเวลาการติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลเกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ(กพด.) ผลการปฏิบัติในกระบวนการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ตามรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.)

การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนในโครงการพระราชดำริ (กพด.) อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นเกิดจากผลการวิเคราะห์ปัญหาสุภาวะสุขภาพของนักเรียน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของโรงเรียน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การให้ข้อมูล การขับเคลื่อนนโยบาย การแลวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สิ่งสำคัญยิ่งของรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนคือ เป็นรูปแบบที่ทำให้อัตราการเกิดคอพอกในเด็กนักเรียนลดลงกล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวทำให้ได้ทบทวนนโยบายควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้ทบทวนบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ฟื้นฟูความรู้ และทักษะของบุคลากร จนทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการปฏิบัติในกระบวนการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนในโครงการพระราชดำริ

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบจากการดำเนินงานและนำมาอภิปรายในด้าน โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนดังนี้

2.1 โรงเรียนในโครงการพระราชดำริทั้ง 3 โรงเรียนได้ทบทวนกระบวนการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนให้เป็นตามแนวทางการการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผลให้อัตราการเกิดคอพอกของเด็กนักเรียนลดลงร้อยละ54.55สอดคล้องกับการศึกษาของ ไก่ทอง สอนสิงห์ไชย(6)ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประชาชน อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร นอกจากนี้สิ่งสำคัญในการปฏิบัติในการควบ

คมโรคขาดสารไอโอดีนคือการให้เด็กนักเรียนมีความรู้เรื่องสารไอโอดีน เพื่อให้เกิดความรอบรู้สามารถเลือกบริโภคอาหารได้เหมะสมเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการป้องกันโรคคอพอกได้ ดังเช่นการศึกษาของจงจิตร สร้อยจักร[7] ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้และปฏิบัติตัวในการแก้ไขโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนระดับประถมศึกษาสถานีอนามัยนาเวียง ตำบลกู่จาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

2.2 ชุมชนผลจากการประชุมชี้แจงนโยบายการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการสร้างความตระหนักโครงการพระราชดำริ ฟื้นฟูความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนรวมทั้งการตรวจคุณภาพเกลือและการได้เห็นชุมชนต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ส่งผลมาจากการดำเนินงานอย่างเป็นระบบในชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมชองชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ยนต์ตระกูล และชมนาถ แปลงมาลย์[8] ศึกษารูปแบบการพัฒนาการการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในส่วนของผู้ปกครองเด็กที่คอพอกการตระหนักรู้และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นผลให้อาการคอพอกลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม ศรีป่วน[9] ที่ศึกษาอัตราความชุกของโรคคอพอกในนักเรียนประถมศึกษา การปฏิบัติตนของผู้ปกครองตามกลวิธีการปรับปรุงรูปแบบการเสริมไอโอดีนของกระทรวงสาธารณสุขในตำบลเสมิงใต้ ซึ่งเน้นกิจกรรมในชุมชนที่ให้ความรู้ผู้ปกครองให้รู้ถึงผลกระทบของโรคคอพอกต่อนักเรียนประถมศึกษา มีความสำคัญอย่างยิ่งและการศึกษาของวิไลลักษณ์ จันทร์ศรีมา, วราภรณ์ ศิริสว่าง และชวิศ จิตรวิจารย์[10] ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ของผู้ปกครองเด็กนักเรียนกับปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กนักเรียนในอำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือผู้ขับเคลื่อนนโยบายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชน และโรงเรียน โดยการสำรวจสถานการณ์ การตรวจสุขภาพเด็กนักเรียนและตรวจคอพอกโดยการคลำคอ แก้ไขปัญหาในเด็กที่คอพอกการติดามผลการดำเนินงานเป็นระยะ สิ่งสำคัญคือการส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในโรงเรียนและในครัวเรือน ร่วมรับฟังปัญหาและอุปสรรคของดำเนินงานในโรงเรียนและชุมชน ทั้งนี้จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ได้การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ซึ่งมีความเชื่อและพฤติกรรมด้านสุขภาพที่อาจเปลี่ยนไปเมื่อเวลาผ่านไป และมีอิทธิพลของสื่อโซเชี่ยล ดังนั้นการให้ความรู้ข่าวสารจึงต้องทำอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ อรพิน รังสีสาคร[11] ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนของประชาชนอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะการเผยแพร่ความรู้ข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนให้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนครั้งนี้ คือ ได้รูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนโครงการพระราชดำริ (กพด.) ซึ่งประกอบด้วย 1) การทบทวนบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู นักเรียน และผู้ปกครอง จากศึกษาบริบทโรงเรียนและข้อมูลนักเรียนเพื่อรับรู้สถานการณ์และนโยบายแล้ววิเคราะห์สภาพปัจจุบัน เพื่อดูข้อมูลความครอบคลุมของการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน แล้วนำปัญหาที่ได้มาวิเคราะห์สภาพการ เข้าสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาตามขั้นตอน การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติการ โดยแต่ละขั้นตอนได้กำหนดบทบาทและกิจกรรมในการดำเนินของ โรงเรียน และชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สื่อสารข้อมูลและกำกับติดตาม ส่งเสริมและสนับสนุนการให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู นักเรียน ผู้ปกครองและชุมชน 3) การอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องไอโอดีน และ 4) การปฏิบัติตนของผู้ปกครองและนักเรียนที่ขาดสารไอโอดีน โดยการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้ปกครองในการให้การรักษาต่อเนื่อง จากบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงเรียน และชุมชน ได้ดำเนินงานตามขั้นตอนดังกล่าว ส่งผลให้นักเรียนได้รับการดูแล ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน มีความรู้ในการเลือกผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนส่งผลอัตราการเกิดคอพอกลดลงร้อยละ 54.55

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โรงเรียนสามารถนำรูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่หรือพัฒนารูปแบบในกลุ่มเป้าหมายอื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การสร้างความรอบรู้ด้านการกินเกลือเสริมไอโอดีนทุกกลุ่มวัยและเพิ่มความตระหนักรู้ในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกในพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในประชาชน

3. ศึกษาการติดตามการปรับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของนักเรียน ผู้ปกครอง โรงเรียน และชุมชน หลังเข้าร่วมโครงการ

4. ศึกษาการขยายผลการใช้รูปแบบการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในโรงเรียนที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรคคอพอก. วารสาร Thaihealthlife.com. [อินทราเน็ต]. [สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http//www.Thaihealthlife.com.
2. ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. โครงการนวัตกรรมแก้ปัญหาโรคเอ๋อและภาวะขาดสารไอโอดีนในพื้นที่อย่างยั่งยืนด้วยภาพโว่อาหาร. [อินทราเน็ต].2563. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก www.neoscreen.go.th>web.
3. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. การสำรวจสติปัญญาเด็กไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2559.
4. สุวิชชา สังข์ทองและคณะ. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 2562.
5. ปาริชาต ภามนตรีและคณะ. โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นธุระกันดาร ปี 2561. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2561.
6. ไก่ทอง สอนสิงห์ไชย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประชาชน อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์: 2541.
7. จงจิต สร้อยจักร. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้และการปฏิบัติตัวในการแก้ไขโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนระดับประถมศึกษา สถานีอนามัยนาเวียง ตำบลกู่จาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร, ปีที่พิมพ์ 2542. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2542.
8. สุนทร ยนต์ตระกูลและ ชมนาถ แปบลงมาลย์. รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสามารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 : 2557 : 253.
9. เฉลิม ศรีป่วน. อัตราความชุกของโรคคอพอกในนักเรียนประถมศึกษา การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองตามวิธีการปรับปรุงรูปแบบการเสริมไอโอดีนของกระทรวงสาธารณสุข ตำบลเสมิง อำเภอเสมิง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์: 2540.
10. วิไลลักษณ์ จันทร์ศรีมา, วราภรณ์ ศิริสว่าง และชวิศ จิตรวิจารย์. การศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของนักเรียนในอำเภอกัลยานิวัฒนาจังหวัดเชียงใหม่ (บทคัดย่อ). พิฆเนศร์สาร. 2556 (ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2556). [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2563]. สืบค้นจาก www.Tci-Thaijo.org>Index.php>pikanasan.
11. อรพิน รังสีสาคร. พฤติกรรมการป้องกันภาวะขาดสารไอโดดีนของประชาชน อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ : 2542.

สถานการณ์มารดาตาย เขตสุขภาพที่ 7

SITUATION AND SOLUTIONS TO MATERNAL IN REGIONAL HEALTH AREA 7

จันทิยา เนติวิภัชธรรม *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
กัญญาภัทร คำโสม *พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ*
อธิษฐาน สารินทร์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
ชนัตถ์ มาลัยกนก *นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ*
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 21 ธันวาคม 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 22 ธันวาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการตายของมารดา แนวทางการป้องกันและข้อเสนอแนะในการลดการตายของมารดาให้ลดน้อยลง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ของเขตสุขภาพที่ 7 ข้อมูลที่เก็บ คือ จำนวนสตรีคลอด มารดาเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด แบบจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries - CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 และแบบรายงาน ตก. 2 ของกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน 2562
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดา

ผลการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบว่า มีอัตราส่วนการตายเป็น 11.25, 19.29 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน มีมารดาตายทั้งหมด 16 ราย เป็นสาเหตุทางตรงร้อยละ 50 (8 ราย) และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 50 (8 ราย) โดยสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้อย่างรุนแรง ซึ่งสาเหตุทางตรงพบว่ายังมีสาเหตุการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ แต่ไม่พบสาเหตุการตายจากการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นมาตรการในการลดการตายมารดานอกจากมาตรการลดการตาย

จากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แล้ว ยังต้องเน้นการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคลจากโรคทางอายุรกรรมเพื่อคัดกรองค้นหาโรค ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาทางอ้อมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
คำสำคัญ อัตราส่วนการตายมารดา สาเหตุการตายทางตรง สาเหตุการตายทางอ้อม

บทนำ

สาเหตุการตายของประชากรในอดีตคนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุโรคเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป จะมีความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้กรมอนามัย รับผิดชอบตัวชี้วัดมารดาตาย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ SDGs แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) แผนชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวชี้วัดของกองตรวจราชการและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข[1] และอัตราตายมารดาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 - 2562 เท่ากับ 26.6, 21.8, 19.9 และ 20.34 รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ[2] สำหรับในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุที่สำคัญของการตายมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดระหว่างและหลังคลอด ภาวะติดเชื้อ ภาวะเส้นเลือดอุดกั้น สาเหตุทางอ้อมได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น

ในเขตสุขภาพที่ 7 อัตราการส่วนการตายของมารดาปี 2560-2562 คือ 11.25, 19.29 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ จากสาเหตุการเสียชีวิตทางตรงถึงร้อยละ 50 และทางอ้อมร้อยละ 50 ผลการวิเคราะห์พบว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ1) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Delay in receiving adequate health care) 2) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือหลังทำหัตถการของแม่ (Delay in decision to seek care)[3] การวิเคราะห์สาเหตุการตายมีสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปัจจุบันมารดาที่ตายมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากทางอ้อม เช่นการเจ็บป่วยจากที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์ หรือเหตุอื่นๆเช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคหัวใจ และโรคไต ซึ่งอาจจะมีอาการหนักขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ความสามารถในหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง[4]

จากรายงานข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาการตายของมารดายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และเขตสุขภาพที่ 7 โดยอัตราส่วนการตายของมารดาเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาวะที่สำคัญของประชาชน และเป็นตัวชี้วัดงาน

อนามัยแม่และเด็กของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่บ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของสตรี การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอด้านสถานบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินแนวโน้มของอัตรา และสาเหตุการเสียชีวิตของมารดา เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้ทางด้านวิชาการให้มีประสิทธิภาพ และจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายของมารดา

นิยามศัพท์

1. มารดาตาย หมายถึง การตายของสตรีอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด 42 วัน

2. สาเหตุการตายของมารดา คือ สาเหตุที่มีผลทำให้มารดา[3] สรุปได้ดังนี้

2.1. สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct Obstetic Death) คือการตายมีสาเหตุจากการตั้งครรภ์โดยทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้แก่

1) ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric Hemorrhage) คือการตกเลือดทั้งก่อนคลอด หรือหลังคลอด ก็ได้ ได้แก่ การตกเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) การตกเลือดจากรกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Aruptio placenta) รกหรือเศษรกค้าง (Retained placenta) มดลูกปลิ้น (Uterine Eversion) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine Atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine Rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลการจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour) เช่น จากการกระตุ้นการคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง หรือแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนมดลูกแตกหรือแยกโดยมารดายังไม่รู้สึกเจ็บครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture or dehiscence without labour)

2) โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension) คือ มารดาที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ถือเอาความดันโลหิตที่เคยเป็น 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า หรือวินิจฉัยจากความดันโลหิต Systolic สูงขึ้นจากเดิม 300 มม.ปรอท หรือความดันโลหิต Diastolic สูงขึ้นจากเดิม 15 มม.ปรอท โดยการวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

3) ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด (Amniotic Fluid Embolism) คือ ภาวะที่มีน้ำคร่ำรั่วเข้าสู่กระแสเลือดผู้คลอด แล้วไปอุดกั้นบริเวณหลอดเลือดดำที่ปอดทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่อต้านส่วนประกอบในน้ำคร่ำ เช่น ขนอ่อน ไข ผม ขี้เทา เป็นต้น ส่งผลให้ระบบหายใจหรือหัวใจล้มเหลว มีอาการชัก มีหลอดหดตัวทั่วร่างกาย และเกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated intravascular coagulation: DIC)

4) การแท้ง มีดังนี้คือ

1. การแท้งเอง (Spontaneuos Abortion) คือการแท้งที่เกิดขึ้นได้เอง

2. การแท้งเพื่อการรักษา

(Therapeutic Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงตามความเห็นของแพทย์เพื่อประโยชน์โดยเฉพาะแก่ชีวิตมารดา เช่น มารดาที่เป็นโรคหัวใจแล้วตั้งครรภ์ ถ้าปล่อยให้ครรภ์เจริญต่อไปอาจจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ แพทย์จึงทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงตามหลักวิชาการ เป็นการช่วยชีวิตมารดาไว้

3. การทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal Abortion) คือ การทำให้การตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงโดยการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การหาวิธีทำให้เด็กแท้งออกโดยวิธีต่างๆ หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วไม่คุมกำเนิด

4. การติดเชื้อ (Sepsis) ได้แก่ การติดเชื้อเนื่องจากการแท้ง การติดเชื้อก่อนคลอด ระหว่างการคลอด และหลังคลอด

2.2. สาเหตุโดยอ้อมทางสูติกรรม (Indirect Obstetic Death) เกิดจากมารดาที่เป็นโรคอยู่ก่อนการตั้งครรภ์หรือปัญหาโรคที่เกิดขึ้นใหม่โดยไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การตายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคไทรอยด์ เป็นต้น

การลดการตายมารดา หมายถึง การลดภาวะมารดาตายมีความซับซ้อนแตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่างๆและปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา ความสัมพันธ์ในชุมชน การฝากครรภ์ การเข้าถึงบริการและการบริการระบบการ ส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เป็นต้น

อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio) คือ การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในงานแม่และเด็ก การพัฒนาระบบบริหารจัดการ และเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลและองค์ความรู้

2. ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยมุ่งหวังว่า การทราบสาเหตุการตายของมารดาจะนำไปสู่การพัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตาย ด้านระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยนำมาตรการที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบท และปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ไปปฏิบัติ

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ทราบสาเหตุการตาย นำไปใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการตายของมารดา พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

2. มีมาตรการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังการตายของมารดา และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการควบคุมเพื่อลดการตายของมารดา

3. ลดการตายของมารดาในรายที่มีภาวะเสี่ยงได้ ทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนาโดยการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive statistics) จากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential

Enquiries - CE)[5] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 และแบบรายงาน ตก. 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้จากกลุ่มตัวอย่างมารดาตาย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดา

เครื่องมือที่ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยและคณะนำแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries - CE) (5) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ของเขตสุขภาพที่ 7 รายงานเรื่องการตายของมารดา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยทั่วไป และสาเหตุการตายของมารดา

2. ผู้วิจัยและคณะนำแบบรายงาน ตก. 2[6] ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และโอกาสในการพัฒนา ในรูปแบบของเขตสุขภาพที่ 7

วิธีการดำเนินการ

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง จำนวนสตรีคลอดมารดาเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

2. กำหนดหัวข้อเรื่องรูปแบบการศึกษา

3. รวบรวมข้อมูลรายงานจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries - CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558(5) และแบบรายงาน ตก. 2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) สถานการณ์การตายมารดา โดยข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries - CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558(6) ผลการศึกษารายงานเป็นจำนวน ร้อยละ อัตราส่วน

2) สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาในการศึกษาครั้งนี้นับรวมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด 42 วัน ทั้งสาเหตุโดยตรงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และสาเหตุโดยทางอ้อมที่เกิดจากโรคอื่นๆ โดยศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE)(5) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 ผลการ ศึกษารายงานเป็นจำนวนร้อยละ

3) แนวทางการป้องกันและแก้ไขมารดาตายมารดา ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไข โอกาสการพัฒนาและนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง โดยศึกษาข้อมูลจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries - CE) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558(5) และแบบรายงาน ตก. 2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข[6] ผลการศึกษารายงานผลเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา นำเสนอเป็นค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสาเหตุการตายของมารดา แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ สถานการณ์การตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

1. สถานการณ์การตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ในเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีมารดาตายทั้งหมด 16 ราย และอัตราส่วนมารดาตายเท่ากับ 11.25, 19.25 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 4.45 รองลงมาคือจังหวัดขอนแก่น อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 15.68 จังหวัดกาฬสินธุ์ อัตราส่วนมารดาตายเฉลี่ย เท่ากับ 20.28 และจังหวัดร้อยเอ็ดมีอัตราตายมารดาเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 20.40 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ตารางที่ 1 จำนวนมารดาตาย อัตราส่วนมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพ

จังหวัด	ปีงบประมาณ 2560		ปีงบประมาณ 2561		ปีงบประมาณ 2562	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ขอนแก่น	1	8.33	3	19.2	3	19.51
กาฬสินธุ์	2	30.51	0	0	2	30.33
มหาสารคาม	0	0	3	44.73	1	16.47
ร้อยเอ็ด	0	0	1	13.36	0	0
เขตสุขภาพที่ 7	3	7.45	6	15.78	6	16.47
ประเทศ	112	18.44	102	17.15	110	19.80

ที่มา: DOH กรมอนามัย, ระบบการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2560 – 2562

2. การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา

สาเหตุการตายมารดาในปีงบประมาณ 2560 มี 3 ราย มีมารดาตายสาเหตุทางตรง ร้อยละ 33.33 (1 ราย) จากสาเหตุ Placenta percreta with massive blood loss ร้อยละ 33.33 (1 ราย) และมีมารดาตายสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 66.67 (2 ราย) จากสาเหตุ SLE ร้อยละ 33.33 (1 ราย) และ Acute fatty liver ร้อยละ 33.34 (1 ราย)

ตารางที่ 2 ร้อยละสาเหตุ ระยะเวลา และการส่งต่อ การตายมารดาปีงบประมาณ 2560

การตายของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุการตายของมารดา	3	100.0
ทางตรง		
Placenta percreta with massive blood loss	1	33.33
รวม	1	33.33
ทางอ้อม		
SLE	1	33.33
Acute fatty liver	1	33.34
รวม	2	66.67

สาเหตุการตายมารดาในปีงบประมาณ 2561 มี 7 ราย มีมารดาตายสาเหตุทางตรง ร้อยละ 71.42 (5 ราย) จากสาเหตุ Amniotic fluid embolism ร้อยละ 42.84 (3 ราย) Severe pre-eclampsia ร้อยละ 14.29 (1 ราย) และ HEELP ร้อยละ 14.29 (1 ราย) และมีมารดาตายสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 28.58 (2 ราย) จากสาเหตุ CHD ร้อยละ 14.29 (1 ราย) และ Acute enterocolitis ร้อยละ 14.29 (1 ราย)

ตารางที่ 2 ร้อยละสาเหตุการตายมารดา ปีงบประมาณ 2561

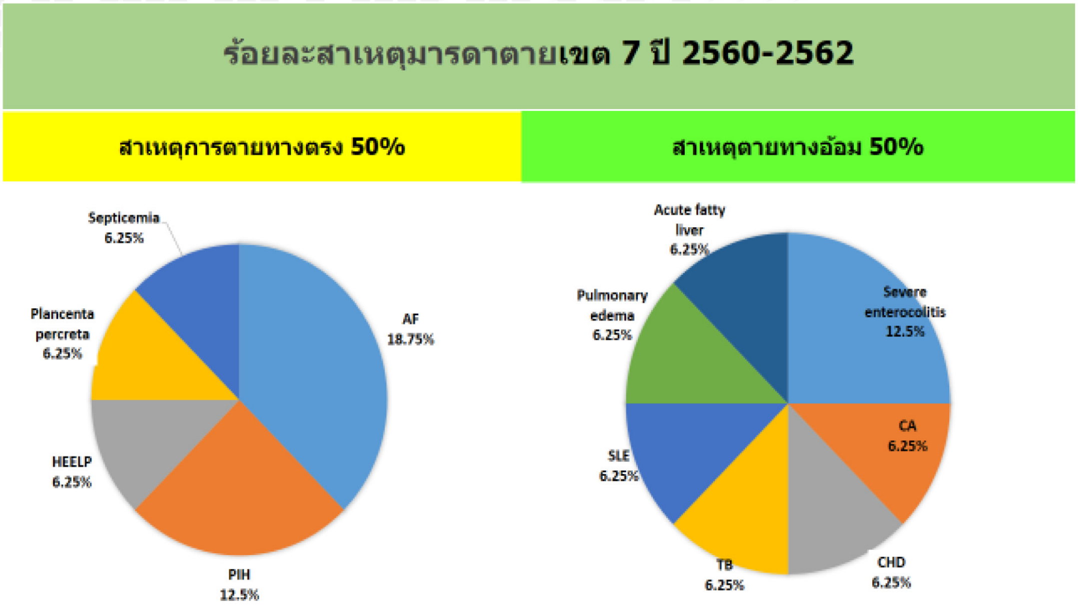
การตายของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุการตายของมารดา		100
ทางตรง		
Amniotic fluid embolism	3	42.84
Severe pre-eclampsia	1	14.29
HEELP	1	14.29
รวม	5	71.42
ทางอ้อม		
Coronary Heart Disease	1	14.29
Acute enterocolitis	1	14.29
รวม	2	28.58

สาเหตุการตายมารดาในปีงบประมาณ 2562 มี 6 ราย มีมารดาตายสาเหตุทางตรง ร้อยละ 33.32 (2 ราย) จากสาเหตุ Severe pre-eclampsia ร้อยละ 16.66 (1 ราย) และ Septicemia ร้อยละ 16.66 (1 ราย) มีมารดาตายสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 66.68 (4 ราย) จากสาเหตุ Pulmonary edema ร้อยละ 16.66 (1 ราย) CA lung ร้อยละ 16.66 (1 ราย) Severe enterocolitis ร้อยละ 16.66 (1 ราย) และ TB ร้อยละ 16.66 (1 ราย)

ตารางที่ 2 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ 2562

การตายของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุการตายของมารดา	6	100.0
ทางตรง		
Severe pre-eclampsia	1	16.66
Septicemia	1	16.66
รวม	2	33.32
ทางอ้อม		
Pulmonary edema	1	16.66
CA Lung	1	16.66
Severe enterocolitis	1	16.66
TB	1	16.66
รวม	4	66.68

สรุปสาเหตุมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2560-2562 มีมารดาตาย 16 ราย สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct causes) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีสาเหตุมากที่สุดจาก Amniotic fluid embolism ร้อยละ 18.75 (3 ราย), Severe pre-eclampsia ร้อยละ 12.5 (2 ราย) และ HEELP, Septicemia, Placenta percreta with massive blood loss ร้อยละ 6.25 (1 ราย) ตามลำดับ และสาเหตุทางอ้อม (Indirect causes) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีสาเหตุมากที่สุดจาก Severe enterocolitis ร้อยละ 12.5 (2 ราย) และPulmonary edema, CA Lung, TB, CHD, Acute fatty liver และSLE ร้อยละ 6.25 (1 ราย) ตามลำดับ



รูปภาพที่ 1 ร้อยละสาเหตุมารดาตายเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2560-2562

3. แนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตาย

ผลการประชุมความคิดเห็นของคณะกรรมการ MCH Board เขตและจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ได้จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขมารดาตายทั้งในสถานบริการ และชุมชน โดยออกเป็นข้อสั่งการในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 และให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 ลงนามเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามในพื้นที่มี ดังนี้

1. สถานบริการ โดย พัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7, Health Area 7 Model classifying pregnancy เพื่อคัดกรองความเสี่ยง เฝ้าระวัง และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7

มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7	
มาตรการทั่วไป	1. Maternal Anemia Managemen 2. Classifying High Risk ให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ 7 3. MCH Board : นิเทศงาน /รับรองคุณภาพ 4. MM Conference , Maternal Near Miss Conference

มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7	
มาตรการพัฒนาคุณภาพบริการ	1. รพ.สต.คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ข้อตามสมุดสีชมพู 2. ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด การรักษาการตกเลือดและ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ 3. ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการทีมรักษาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ 4. การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ 5. กำหนดให้Bricanyl เป็น High Alert Drug มีการจัดทำCPG การให้ยาที่ชัดเจน 6. นำ Sepsis Guideline จากคณะกรรมการ Service plan มาใช้กับกรณีมารดามีภาวะติดเชื้อทุกรายทุกโรงพยาบาล 7. กำหนด Protocol ไม่ให้ทำ Appendectomy ในรายผ่าตัดคลอด ยกเว้นมี Indication เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กรณีมีอาการไข้ ถ่ายเหลว ควรทำ Stool culture เพื่อวางแผนให้ยารักษาที่เหมาะสม 8. ในรายที่มารดามีประวัติหรืออาการแสดงของโรค TB ให้ส่งทั้ง Sputum & Gene Xpert 9. ปฏิบัติตาม CPG
มาตรการระดับชุมชน	1. ค้นหา Early ANC 2. ใช้ Early warning sign เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 3. ANC ตามนัด
มาตรการกรณีPPH	1. Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) 2. Early Blood Transfusion (BP ≤ 90/60 mmHg. P ≥ 100/min.) 3. รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock 4. การใช้ถุงตวงเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR
มาตรการกรณีPIH	1. Prevention convulsion (MgSO4) 2. Investigation LAB (CBC c plt. SGOT SGPT BUN Cr Urine protein) 3. Induction of Labour ใน Mild Pre -eclampsia เมื่อ GA 37-38 wks z / ยกเว้น Severe Pre -eclampsia, Eclampsia ให้ termination of pregnancyโดยเร็ว 4. Hospitalization (Hypertention of control and treatment)

มาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7	
มาตรการ กรณี INDIRECT CAUSE	1 .Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ ➜ FP 2. Early ANC ➜ Refer/ case management 3. จังหวัดที่มีมารดาตายจากโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย ให้จัดประชุมทบทวนมารดาตายรายกรณีร่วมกับอายุรแพทย์ 4. พัฒนาระบบการประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์

Health Area 7 Model classifying pregnancy

Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
-ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ -แพทย์พิจารณาส่งกลับดูแลที่ รพ.สต./PCU	-อายุ 16-35 ปี -เคยคลอดทารก <4,000 กรัม -เสี่ยงต่อ GDM -Previous c/s (ส่งนัดผ่า GA 35 สัปดาห์) -เลือดออกในไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-อายุ ≤15 ปี,>35 ปี -สูง<145ซม. -ประวัติเสี่ยง : ตกเลือด,คลอดติดไหล่,ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ,เคยคลอดทารก<2,500, ≥4,000กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2,3 -Thalassemia ที่ Hct.< 25 % -Hct. <25 % -GA>36 สัปดาห์ท่าก้น,ท่าขวาง -GA>40สัปดาห์ -Twin pregnancy -Controlled medical disease -Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Heart dz.ที่ functional class I,II -HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน -ติดยาเสพติด เหล้า บุหรี่ -ประเมินสุขภาพจิต9Q ได้>7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve	-Rh negative -Severe /uncontrolled medical disease -pre-eclampsia with severe feature -Heart dz.ที่ functional class III,IV -Triplet pregnancy -IUGR -Fetal anomaly -โรคจิตเวช : schizophrenia, mania, depression

รูปภาพที่ 2 Health Area 7 Model classifying pregnancy

2. ชุมชน โดย จัดทำEarly warning signs เพื่อเป็นแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัว และชุมชนสามารถคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นในการส่งต่อหญิงหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้รับการดูแลในสถานบริการ

รูปภาพที่ 3 Early warning signsสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัว และ ขุมชน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4.1 ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

4.1.1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม และพชอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) และบูรณาการร่วมกับโครงการ Smart Kids 4.0 นโยบายสาวไทยแก้มแดงและมหัศจรรย์ 1,000 แรกของชีวิต ภายใต้กระบวนการจัดทำแผน ปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพมารดา ทารก และพัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มีการจัดประชุมทุก 3 - 4 เดือน โดยการพัฒนาตามมาตรการเขต 7 ได้แก่ ระบบการสื่อสาร ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษา เน้นบริการแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) ใช้ถุงตวงเลือดทุกโรงพยาบาล มอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร ทางจังหวัดลงกำกับและติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ที่มีปัญหา และ Conference Case ทั้ง Maternal Death และ Maternal Near Miss อย่างสม่ำเสมอ ผ่านระบบรายงานการตายใช้ข้อมูลการสืบสวนสาเหตุการตายของมารดา และเมื่อมีอุบัติการณ์ให้มีการรายงาน ก1 - CE[5] และรวบรวมข้อมูลส่งศูนย์อนามัยที่ 7

4.1.2. จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อหาแนวทางป้องกันมารดาเสียชีวิต ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับเขต นำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายของมารดาและทารก

4.1.3. หน่วยบริการฯทุกระดับมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการคลอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area 7 classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

4.1.4. จัดตารางสูติแพทย์ลงโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ได้แก่ รพ.กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และ รพ เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ขาดสูติแพทย์

4.1.5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทบทวนการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็วทันเวลา ไม่มีการผ่าตัด appendectomy ร่วมกับ cesarean และใช้ Sepsis guideline ครอบคลุมในกลุ่มมารดาผ่าตัดหลังคลอด กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

4.1.6. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) และระบบเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้

4.2. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

4.2.1. พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์

4.2.2. พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area 7 Classifying Model) พัฒนาสมรรถนะทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน มีระบบให้คำปรึกษา ส่งต่อ (Fast track) และมีคู่มือในการดูแล/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

4.2.3. มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

4.2.4. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application และพัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้ทันที จังหวัดมหาสารคามมีการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team

4.2.5. การฝึกปฏิบัติภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่างต่อเนื่อง

4.2.6. มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและวินิจฉัยโรควัณโรครายที่ตรวจมี

ประวัติสัมผัสโรค และมีอาการทุกราย ให้ตรวจวินิจฉัย Gene Expert ทุกราย

4.2.7. มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง (COCr9) จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาระบบสื่อสาร Nemo care เพื่อส่งต่อและส่งกลับข้อมูล และ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ กำลังพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS)

4.3. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงมารดาตาย

4.3.1 วางแผนดำเนินการเชิงรุกในทีมหมอครอบครัว (FCT) และ อสม. ค้นหาและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ทันที

4.3.2 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด

4.3.3 อบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด สำหรับครู ก จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ครู ก ระดับอำเภอ ถ่ายทอดความรู้ลงสู่ รพ.สต. และนำไปสู่การปฏิบัติและแนวทางเดียวกันเดียวกันทั้งจังหวัด

4.4. การสร้างภาคีเครือข่าย

4.4.1 ใช้กลไก MCH Board / คณะกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการงานตามภารกิจสำคัญระดับเขต (Chief Integreated Program Officer :CIPO) ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก บูรณาการงานร่วมกับ Service Plan และ พชอ. โดยการสะท้อนกลับปัญหาที่ได้จากการconference กรณีมารดาเสียชีวิต เช่น เน้นการวางแผนคุมกำเนิดและให้คำปรึกษา ประชาสัมพันธ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรังไม่ควรตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันร่วมกัน ในพื้นที่มีการประสานงานและวางแผนร่วมกันเพื่อใช้รถ EMS เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว

4.4.2 จัดประชุม/อบรมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ในทุกอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. อสม. ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตะหนักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

4.4.3 จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดขอนแก่นมีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC) อย่างเป็นรูปธรรม

4.4.4 มีการอบรม Early Warning Sign ให้ กับ อสม. ในพื้นที่ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
1. ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน		
- การใช้กลไกการขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกันระหว่าง MCH Board Service plan เพื่อวิเคราะห์ วางแผนงานโครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่มีการประชุม 2- 3 ครั้ง/ปี	- MCH Board ควรมีการประชุมอย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี และกำกับติดตามการดำเนินงานของทีม ควรเยี่ยมติดตามเสริมพลังในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ - จัดประชุมร่วมระหว่าง MCH Board กับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของแม่อย่างครอบคลุม	- MCH Board ระดับเขตประชุมและกำกับติดตามการดำเนินงานของทีมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี - จัดประชุมร่วมระหว่าง MCH Board กับสหวิชาชีพ
2. ระบบบริการคุณภาพ		
2.1 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์ และห้องคลอดตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	-ให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอยู่เสมอ - ติดตามประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก -มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC) ในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม	- ประเมินและเยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - สนับสนุนแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับ ประเทศ (PNC) อย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
2.2 บุคลากรใหม่ขาดทักษะและความชำนาญ	- จัดอบรมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่นคลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่างต่อเนื่อง	- สนับสนุนการผลิตสูติแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางสาขา ผดุงครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
2.3 การกำกับและติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	- จัดทำแนวการดูแลและเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟลิก ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่	- สนับสนุนและพัฒนาแนวทางการกำกับและติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟลิก
3 การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยง		
3.1 ไม่มีการส่งกลับข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ทำให้ชุมชนไม่มีข้อมูลความเสี่ยงต่างๆ และไม่ได้ติดตาม ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง 3.2 จัดเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม 3.3 ขาดสูติแพทย์ 2 Node	- นำโปรแกรมสารสนเทศมาใช้ในการจัดการเพื่อให้สามารถติดตามกำกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกระดับ เป็นรายกรณี สามารถส่งต่อและส่งกลับข้อมูลได้รวดเร็ว เชื่อมต่อระหว่างสถานบริการและชุมชน ชุมชนสามารถดูแลต่อเนื่องและนำ Early warning signs มาใช้ในชุมชนได้ครอบคลุม	- ขับเคลื่อนและปรานงานระดับเขต ให้มีโปรแกรมการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
	- จัดระบบ Zoning ตารางแพทย์ได้แก่ รพ.กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และ รพ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด และ Fast tract ให้ต่อเนื่อง	
3.4 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์	- จัดระบบสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้	- สนับสนุนแนวทางการสร้างความรอบรู้แก่จังหวัด - ติดตามการดำเนินงานของจังหวัด
3.5 ระบบสื่อสารเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องขาดความชัดเจน	- เชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เข้าร่วม“โปรแกรม 9 ย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารผ่าน Applicationโดยการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตลอด 24 ชั่วโมง	

ส่วนที่ 6 นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

6.1 จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS)

6.2 จังหวัดมหาสารคาม นำนวัตกรรมที่ใช้มาอย่างต่อเนื่องและเกิดผลดี ได้แก่ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team และระบบ Teleconference ในการถ่ายทอดนโยบายและกำกับติดตามการดำเนินงานทุกระดับ

6.3 จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบการนำ Early Warning Signs มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกตำบล

สรุปและอภิปราย

1. สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการตายของมารดา แนวทางการป้องกัน

และข้อเสนอแนะในการลดการตายของมารดาให้ลดน้อยลงเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาโดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ของเขตสุขภาพที่ 7 ข้อมูลที่เก็บ คือ จำนวนสตรีคลอด มารดาเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 และแบบรายงาน ตก. 2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึง 30 กันยายน 2562 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) กำหนดหัวข้อเรื่องรูปแบบการศึกษา 3) รวบรวมข้อมูลรายงานจากแบบรายงานการตายของมารดา (Confidential Enquiries – CE) ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2558 และแบบรายงาน ตก. 2 ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

สาเหตุมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างปี 2560-2562 มีมารดาตาย 16 ราย สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct causes) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีสาเหตุมากที่สุดจาก Amniotic fluid embolism ร้อยละ 18.75 (3 ราย), Severe pre-eclampsia ร้อยละ 12.5 (2 ราย) และ HEELP, Septicemia, Placenta percreta with massive blood loss ร้อยละ 6.25 (1 ราย) ตามลำดับ และสาเหตุทางอ้อม (Indirect causes) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีสาเหตุมากที่สุดจาก Severe enterocolitis ร้อยละ 12.5 (2 ราย) และPulmonary edema, CA Lung, TB, CHD, Acute fatty liver และ SLE ร้อยละ 6.25 (1 ราย) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct causes) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ยังพบมีสาเหตุการตายมารดาจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่พบสาเหตุการตายจากการตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 50 (8ราย) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล จากโรคทางอายุรกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ในโรคเรื้อรัง และการป้องกันหรือรักษามารดาจากความดันโลหิตสูง เพื่อลดการตายมารดา

แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันมารดาตาย โดยคณะกรรมการ MCH Board เขตและจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 จัดทำเป็นแนวทางการเฝ้าระวัง และแก้ไขมารดาตายทั้งในสถานบริการ มีการพัฒนามาตรการป้องกันและแก้ไขมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 7, Health Area 7 Model classifying pregnancy เพื่อคัดกรองความเสี่ยง เฝ้าระวัง และดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และในชุมชนโดย จัดทำEarly warning signs เพื่อเป็นแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์ ญาติ ครอบครัว และขุมชนสามารถคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นในการส่งต่อหญิงหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลในสถานบริการ และออกเป็นข้อสั่งการในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ลงนามเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตามในพื้นที่ต่อไป

ปัจจัยความสำเร็จ โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board

บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม และพชอ. และบูรณาการร่วมกับโครงการ Smart Kids 4.0 นโยบายสาวไทยแก้มแดง และมหัศจรรย์ 1,000 แรกของชีวิต ภายใต้กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพมารดา ทารก และพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็ก มีระบบกำกับงานโดยการจัดประชุมทุก 3 - 4 เดือน จังหวัดมหาสารคามและขอนแก่นมีแผนติดตามงานทุกเดือน จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและงานอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขมารดาเสียชีวิต เพื่อนำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายมารดาและทารก หน่วยบริการฯทุกระดับมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทยและการคลอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง จัด Zoning ตารางสูติแพทย์แพทย์ลงโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ที่ขาดสูติแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีขั้นตอนปฏิบัติ (Guide line) และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จัดเตรียมยาฉุกเฉินที่จำเป็นที่ใช้ในห้องคลอดครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และบริหารคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพตลอด 24 ชั่วโมง และระบบเครือข่ายในการสำรองเลือดให้เพียงพอ มีการอบรม Warning Sign ให้ กับอสม.ในพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชน และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application โดยกำหนดมาตรฐานเฝ้าระวังความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การคลอด และพัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Tract) เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้ทันท่วงที

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ 2)ความเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลรักษาในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ระหว่างสถานบริการของรัฐ สถานบริการของเอกชนทั้งใน และนอกพื้นที่ พื้นที่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนั้น นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งต่อและส่งกลับที่รวดเร็วและการดูแลรายกรณีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเชื่อมโยงกับการใช้ warning sign ในชุมชน และสร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรม๙ย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ และวิทยุ และ3)การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่ง ดังนั้นทางเขตสุขภาพที่ 7 มีการสนับสนุนการผลิตสูติแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทาง สาขา ผดุงครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง Best Practice ได้แก่ พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS) และการนำ Early Warning Signs มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกตำบล

2. อภิปราย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลมารดาเสียชีวิตย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2560-2562) ในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดามีค่าไม่คงที่ แต่ยังคงมีแนวโน้มมารดาเสียชีวิตสูงเกินเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีอัตราส่วนมารดาตาย เท่ากับ 11.25, 19.25 และ 16.47 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งเป้าหมายอัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และจากการศึกษาพบว่าในช่วง 3 ปีนี้ ไม่มีมารดาเสียชีวิตด้วยภาวะตกเลือดหลังคลอดในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งสอดคล้องกับค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561และ 2562 ที่ได้ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัด การตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดลดลง ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีมาตรการทบทวนสถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best Practice มีStanding Order และแนวปฏิบัติ(CPG) ในทุกโรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ มีการพัฒนาและนำถุงตวงเลือดมาใช้ในห้องคลอด ส่งผลให้เขตสุขภาพที่ 7 สามารถลดการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดลงได้ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา เป็นการแสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอดแก้ไขได้ตรงจุด แต่อย่างไรก็ดีในภาพรวมระดับประเทศมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุหลักของการตาย และในการศึกษานี้ยังพบการตายจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของสาเหตุการตายมารดาทั้งหมด ดังนั้นจึงยังต้องเน้นมาตรการในการลดการตายจากการตกเลือดหลังคลอดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์อย่างจริงจังต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ในปีงบประมาณ 2560-2562 พบสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 มีสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยโดยมีสาเหตุจาก SLE, CA Lung, TB, CHD, Acute fatty liver, Severe enterocolitis และPulmonary edema ซึ่งหญิงที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมกับการตั้งครรภ์จะมีอันตรายมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ ในช่วงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์เฉพาะทาง ร่วมกับสูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา ในการศึกษาครั้งนี้พบมารดาตายทางอ้อมด้วย Severe enterocolitisมากกว่าโรคอื่นๆ จึงได้มีการทบทวนการดูแล การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว ทันเวลา ไม่มีการผ่าตัด appendectomy ร่วมกับ ce-

sarean และใช้ Sepsis guideline ครอบคลุมในกลุ่มมารดาผ่าตัดหลังคลอด กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

3. ข้อเสนอแนะ

สาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม (Direct causes) ยังพบสาเหตุการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง แต่ไม่พบสาเหตุการตายจากการตกเลือดหลังคลอด และสาเหตุทางอ้อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงรายบุคคล การป้องกันหรือรักษามารดาจากความดันโลหิตสูง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม หรือโรคเรื้อรัง จึงควรการประชุมความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพและการให้การคุมกำเนิดในกรณีโรคทางอายุรกรรมที่ไม่ควรตั้งครรภ์ เพื่อลดการตายมารดา ที่สำคัญควรมีการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตาม 3 Delays model (7) โดยเฉพาะสาเหตุที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ1) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Delay in receiving adequate health care) 2) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือหลังทำหัตถการของแม่ (Delay in decision to seek care) และจัดทำคู่มือการดำเนินงานฯ เพื่อหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขสาเหตุการตายมารดาให้ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 (ด้านวิชาการ) หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก และทีมกลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็กทุกท่าน ที่ร่วมและอำนวยความสะดวกในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การตายมารดาไทย (Maternal Mortality). นนทบุรี; 2557.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการตายมารดาของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562. นนทบุรี; 2562
3. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerprrium: ICD-MM; 2012.
4. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเกษม เวชสุทธานนท์. สาเหตุการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2557-2559. สระบุรี; 2559
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. แบบรายงานการตายของมารดา/ทารก(แบบฟอร์ม(ก-1) ปีงบประมาณ 2560-2562. นนทบุรี; 2558.

6. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2560-2562. นนทบุรี; 2560.
7. World Health Organization. Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) technical guidance; 2013.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

THE EFFECTIVENCESS OF ANTENATAL EDUCATION PROGRAM VIA SOCIAL MEDIA ON PRIMIGRAVIDA, HEALTH PROMOTING HOSPITAL HPC 7 KHONKAEN

สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
นงลักษณ์ แสนกิจตะ *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
อภัสรา มาประจักษ์ *นักโภชนาการ*
คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 29 ธันวาคม 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 22 ธันวาคม 2563

บทคัดย่อ

โรงเรียนพ่อแม่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์การสอนแบบเดิมเป็นแบบรายกลุ่มที่แผนกฝากครรภ์ การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นกลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จำนวน 100 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย ได้รับโปรแกรมการสอนรายกลุ่มตามปกติ และกลุ่มทดลอง 50 ราย ได้รับโปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองเรื่องความรู้,ความเครียดในระยะตั้งครรภ์และผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้แก่ระดับความเข้มข้นของเลือด,พฤติกรรมการแปรงฟันและภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่,ค่าร้อยละ,ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Independent t-test, Pair t-test, Mann-Whitney Test พบว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลอง (p<0.001), คะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ภายหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.385 และ 0.191) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความเข้มข้นของเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง, มีพฤติกรรมแปรงฟันถูกต้องร้อยละ 88 และร้อยละ 92 และมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76 และ 72 สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การใช้วิธีการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้นมีความเครียดลดลงได้เท่ากับการเรียนในห้องเรียนโรงเรียนพ่อแม่ตามปกติ และมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่มีข้อดีคือ ประหยัดเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่าย ใช้บุคลากรน้อยในการดำเนินกิจกรรม เหมาะกับหน่วยบริการที่มีบุคลากรน้อยและมีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงควรนำมาใช้ในการสอนโรงเรียนพ่อแม่ จะช่วยให้หน่วยบริการฝากครรภ์สามารถจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โรงเรียนพ่อแม่,สื่อสังคมออนไลน์,การดูแลหญิงตั้งครรภ์แรก

ABSTRACT

Background: The antenatal education during antenatal care is the way to promote health for pregnant women. The traditional method of training is by in-person attendance of a class. This study of the efficacy of “pushing” antenatal education to pregnant women online via widely used social media technologies. Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with aims to examine the effectiveness of Antenatal Education Program via Social Media on Primigravida women in Antenatal clinic. The study samples consist of 100 primigravida women who were selected according to the inclusion criteria and divided into 2 groups by random sampling. The control group (n = 50) received antenatal education via routine in-clinic program, while the experimental group (n = 50) received antenatal education via an online program from the researcher. Data were collected by self-administered questionnaires which included knowledge, stress during pregnancy and health behavior outcome before and after the program. Data were analyzed by using the descriptive statistic, Independent t-test, Pair t-test, and Mann-Whitney U Test. Results: The results revealed that after participating in the program the scores of knowledge were higher and the scores of stress during pregnancy were significantly lower [p<0.001]. There were no significant

differences between the groups in scores of knowledge and stress during pregnancy after the intervention [p=.385 and .191]. Health behavior outcomes such as hematocrit level were lower than before attending the program, and teeth brushing behavior was most corrected [88% and 92%]. The Pregnant nutrition graph for pregnant woman was acceptable [76% and 72%]. Conclusion: The antenatal education online program can help to improve knowledge and reduce stress during pregnancy. It offers more convenience, ease of access, and can be utilized using technology and applications already possessed and used by most people.

Keywords: Antenatal Education Program, social media online, primigravida care

บทนำ

โรงเรียนพ่อแม่ในระยะตั้งครรภ์ เป็นบริการที่จัดขึ้นสำหรับให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีที่จะเป็นพ่อแม่ มีวัตถุประสงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจตนเองในขณะตั้งครรภ์ กระบวนการสอนมุ่งเน้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้เจตคติและทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก โดยมีหลักสูตร สื่อ แผนการสอนที่ชัดเจน ในทิศทางเดียวกัน มุ่งหวังให้เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม[1] ข้อมูลที่จำเป็นจะต้องสอนแก่หญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ได้แก่การรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง การดูแลสุขภาพช่องปาก และการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง/เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วนตามที่ร่างกายต้องการกล่าวคือรับประทานอาหารมากเกินไป จะทำให้มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน[2] และอาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการคลอดไม่ดี เช่น การคลอดก่อนกำหนด จำเป็นต้องได้รับการชักนำในการคลอด ต้องผ่าตัดคลอด เนื่องจากทารกมีขนาดโตกว่าปกติ หรือ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์[3] ในทางตรงกันข้ามหากหญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารน้อยเกินไป หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการก็อาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย การขาดธาตุเหล็กอาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็ก การขาดสารอาหารกลุ่มโฟลิกอาจจะทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง[4] การขาดไอโอดีนอย่างรุนแรงอาจส่งผลให้เซลสมองของทารกไม่พัฒนา ทำให้ทารกมีภาวะปัญญาอ่อน (Cretinism) ได้[5] ความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ และโรคปริทันต์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้คลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Low Birth weight)[6],[7] ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวในบทบาทของการเป็นมารดาได้ดีขึ้น

การให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์ได้รับความนิยมในปัจจุบันจากข้อมูลการสำรวจ

พฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตในประไทยปี 2560 พบว่าคนไทยใช้เวลาเล่นอินเตอร์เน็ตในวันหยุด โดยเฉลี่ย 6 ชั่วโมง 48 นาที/วัน ประเภทสื่อสังคมออนไลน์(SocialMedia)ที่ใช้มากที่สุดคือ YouTube, Facebook และ Line[8] จากการสังเกตและสอบถามผู้รับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (Smart Phone) และเป็นผู้ใช้ Facebook และ Line ในการติดต่อสื่อสาร มีการศึกษาที่พบว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ในการเรียนให้ดีขึ้นได้[9] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำวิธีการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์มาเป็นช่องทางในการจัดกิจกรรมความรู้โรงเรียนพ่อแม่ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการสอน ระหว่าง กลุ่มที่เรียนรู้แบบปกติ กับ กลุ่มที่เรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ในด้านความรู้ ความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระดับความเข้มข้นของเลือดพฤติกรรมการแปรงฟันได้ถูกต้อง และ ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์

คำจำกัดความในการวิจัย

โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ หมายถึง โปรแกรมการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เรื่องความเครียดกับการตั้งครรภ์ การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์การรับประทานยาบำรุงครรภ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับประทานอาหาร ผ่านกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้วิจัยตั้งขึ้นคือกลุ่ม LINE และ Facebook

สื่อสังคมออนไลน์ คือ สื่อที่ผู้ส่งสารแบ่งปันสารซึ่งอยู่ในรูปแบบต่างๆ ไปยังผู้รับสารผ่านเครือข่ายออนไลน์ โดยสามารถตอบโต้กันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร หรือผู้รับสารด้วยกันเอง ในที่นี้คือกลุ่ม LINE และ Facebook

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อน-หลัง (Quasi-experimental study: 2 group pretest-posttest design ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน 2561 ถึง กันยายน 2562

ประชากรที่ศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ในช่วงเดือนกันยายน 2561 - กันยายน 2562

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์แรกก่อน12 สัปดาห์ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 จำนวน 100 คน ได้มาตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คน และกลุ่มทดลอง 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) หญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก อายุ 20-35 ปีนับถึงวันกำหนดคลอด มาฝากครรภ์ครั้งแรก และอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

2) มีโทรศัพท์สมาร์ตโฟน (smart phone) สามารถเชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเป็นผู้ใช้งาน Facebookและ LINE

3) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อ

แม่ในขณะตั้งครรภ์มาก่อน

4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

เกณฑ์เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาทำการศึกษา

2) ย้าย/เปลี่ยนสถานที่รับฝากครรภ์

3) ตัดสินใจยุติการเข้าร่วมการวิจัย

4) มีภาวะโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดความเชื่อมั่นในการทดลองร้อยละ 95 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น[10] มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 9.12 และ7.94 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ0.96 และ1.54 ตามลำดับ นำมาคำนวณโดยใช้สูตรผ่าน แอปพลิเคชัน n4Studies[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 50 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

สมมุติฐานการวิจัย

1) กลุ่มที่เรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์และกลุ่มที่เรียนรู้แบบปกติมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เรียนรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และกลุ่มที่เรียนรู้แบบปกติมีคะแนนความรู้ความเครียดไม่แตกต่างกัน

3) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของเลือด พฤติกรรมการแปรงฟันได้ถูกต้อง และ มีภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ (จากกราฟ) เป็นไปในทางบวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เป็น Intervention ในการวิจัย

1.1 โปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ประกอบด้วยเนื้อหาแผนการสอนเรื่องความเครียดกับการตั้งครรภ์การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์การรับประทานยาบำรุงครรภ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับประทานอาหารโดยปรับปรุงเพิ่มเติมจากคู่มือการดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่(12)สื่อวิดีโอเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ ของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และวิดีโอเรื่องความเครียดในขณะตั้งครรภ์ ของโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ของเสถียรธรรมสถาน มาประกอบการสอนใช้ข้อความภาพนิ่ง(Banner) เพื่อการกระตุ้นเตือนได้จัดทำแผนการสอน และวิดีโอการสอนเรื่อง การรับประทานยาบำรุงครรภ์ และโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ จากห้องสอนโรงเรียนพ่อแม่ โดยทีมผู้วิจัย

1.2 เครื่องมือในการสอน ได้แก่ โทรศัพท์ สมาร์ทโฟน, แอปพลิเคชัน ไลน์ (LINE) และเฟสบุ๊ค (Face book)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

2.1 เป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จำนวน 30 ข้อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น แบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ใช้แบบทดสอบความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่มี ได้ 0 คะแนน มีเล็กน้อย ได้ 1 คะแนน มีมากหรือบ่อยครั้ง ได้ 2 คะแนน

2.2 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความเข้มข้นของเลือดพฤติกรรมการแปรงฟันได้ถูกต้อง และกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการสอน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน, พยาบาลหัวหน้างานแผนกฝากครรภ์1 คน,นักโภชนากร 1คน, เภสัชกร 1 คน, และทันตแพทย์ 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแผนการสอน (Content Validity) แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเช่นเดียวกับข้อ 1 นำแบบทดสอบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 รายนำไปหาค่าดัชนีความยากง่าย (P) อยู่ในช่วง 0.30-0.80 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.74

3. เครื่องมือในการสอนทำการปรับปรุงสื่อการสอนและการหาคุณภาพของสื่อการสอน ด้วยการหาคุณภาพของเครื่องมือ และการหาประสิทธิภาพของสื่อดังนี้

1) การหาคุณภาพของสื่อ ทดลองถ่ายทอดการสอนผ่านสื่อออนไลน์ Facebook เพื่อประเมินคุณภาพของสื่อการสอน ในเรื่องภาพ และเสียง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพของสื่อที่ถ่ายทอด โดยการทดลองแบบกลุ่มย่อย 15 ราย (Small group testing) โดยมีเกณฑ์คะแนนภาพและเสียงคือ คะแนน 0 หมายถึงคุณภาพของภาพและเสียงต้องปรับปรุง, คะแนน 1 หมายถึงคุณภาพของภาพและเสียงดีนำผลการประเมินมาปรับปรุงคุณภาพของภาพและเสียงตามข้อเสนอแนะจนผ่านเกณฑ์ดี

2) การหาประสิทธิผลของสื่อการสอน โดยหาค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: EI) ได้ค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: EI)เท่ากับ 0.54 โดยใช้สูตร

$$EI = \frac{P_2 - P_1}{Total - P_1}$$

โดยที่ P_1 แทนผลรวมคะแนนก่อนเรียนทุกคน

P_2 แทนผลรวมคะแนนหลังเรียนทุกคน

Total แทนผลรวมของจำนวนนักเรียนกับคะแนนเต็ม

ขั้นดำเนินการวิจัย

การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงโครงการกับทีมพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองโดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมๆ กัน มีการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และการเจาะเลือดครั้งที่ 1

กลุ่มควบคุม

หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการนัดมาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามตารางให้บริการปกติของคลินิกฝากครรภ์ กิจกรรมประกอบไปด้วย การให้ความรู้ในเรื่องความเครียดและการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์, การรับประทานยาบำรุงครรภ์, การดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับประทานอาหาร ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง

กลุ่มทดลอง

หลังจากได้รับการอธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการสอนออนไลน์จากผู้วิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำถึงขั้นตอนการสมัครกลุ่มปิดบน Facebook และการสมัครเข้ากลุ่ม LINE เพื่อการเรียนรู้และเป็นช่องทางในการสอบถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวิดีโอตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยส่งเชื่อมให้ในกลุ่มสัปดาห์ละ 1 เรื่อง รวม 4 สัปดาห์ สามารถเปิดดูได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ไม่จำกัดเวลา และสามารถสอบถามข้อมูลย้อนกลับผ่านกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีการกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และสื่อสารตอบข้อซักถามผ่าน Line โดยมีขั้นตอนใส่ (Feed) เนื้อหาสื่อการสอน ได้แก่ วิดิโอ, ข้อความภาพกระตุ้นเตือน, สนทนาผ่านกระดานข้อความโต้ตอบโดยมีการส่งสื่อการสอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: เรื่องการรับประทานยาบำรุง

สัปดาห์ที่ 2: การเลือกรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 3: ความเครียดกับการตั้งครรภ์พัฒนาการทารกในครรภ์ และการกระตุ้นพัฒนาการ

สัปดาห์ที่ 4 : เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

การส่งข้อความกระตุ้นเตือนสัปดาห์ละ 3 ครั้งด้วยข้อความภาพ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยเลือกข้อความภาพจากสื่อประชาสัมพันธ์ของกรมอนามัยส่งทุกวันจันทร์วันพุธ วันศุกร์ มีการสื่อสาร กับกลุ่มตัวอย่างผ่าน Line

การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่กำหนดแล้ว ในการนัดตรวจครรภ์ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการนัดตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และติดตามผลความเข้มข้นของเลือด ในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561 - 5 กันยายน 2562 รหัส 234 ในการประชุมครั้งที่ 60-11/2561 และได้รับ

อนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ให้ทำการศึกษาได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน,ค่าสถิติ Independent t-test, Pair t-test, Mann-Whitney Test ในการเปรียบเทียบตัวแปรทั้ง 2 กลุ่มและ ก่อน-หลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 100 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 50 ราย และ กลุ่มทดลอง50 ราย มีอายุเฉลี่ย 25.57 ปี อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 10.70 สัปดาห์ ระดับการศึกษา จบมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 40 รองลงมาคือปริญญาตรี ร้อยละ 32 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ100 มีโทรศัพท์มือถือชนิด Smart Phone และใช้สื่อโซเชียลมีเดีย (Social media) ทั้ง LINE และ Facebook รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 98 ก่อนมาฝากครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ศึกษาข้อมูลการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์จากอินเตอร์เน็ต และจากเพื่อนหรือญาติ ช่วงเวลาที่ใช้โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารผ่าน Social media มากที่สุดคือเวลา 18.01-21.00น.คิดเป็นร้อยละ 40 และ เวลา 09.01-12.00 น. คิดเป็นร้อยละ 26

2. ก่อนการทดลอง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน p=0.207 และ 0.219 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	P value
ความรู้				
กลุ่มควบคุม (n=50)	16.40	4.518		
กลุ่มทดลอง (n=50)	14.88	3.855	1.280	.207
ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์				
กลุ่มควบคุม (n=50)	7.800	5.37		
กลุ่มทดลอง (n=50)	5.80	3.33	249.500	.219

3. หลังการทดลอง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน p=0.385 และ 0.191 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Mann Whitney U	P value
ความรู้				
กลุ่มควบคุม (n=50)	22.81	2.06		
กลุ่มทดลอง (n=50)	22.56	2.10	268.500	.385
ความเครียดระหว่างตั้งครรภ์				
กลุ่มควบคุม (n=50)	3.45	2.32		
กลุ่มทดลอง (n=50)	3.40	2.31	246.000	.191

4. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง2กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น (p<0.001) จาก14.88 เป็น 23.08 ในกลุ่มควบคุมและจาก 16.40 เป็น 22.56 ในกลุ่มทดลองและ มีคะแนนความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ลดลง (p<0.001) จาก 7.80 เป็น 4.16 ในกลุ่มควบคุมและจาก 5.80 ลงมาเหลือ 3.40 ในกลุ่มทดลอง ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และ หลังการทดลอง

กลุ่ม	ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มควบคุม	**ความรู้**				
	ก่อนทดลอง (n=50)	14.88	3.85		
	หลังทดลอง (n=50)	23.08	1.18	12.965	<0.001
	ความเครียดในระยะตั้งครรภ์				
	ก่อนทดลอง (n=50)	7.80	5.38		
	หลังทดลอง (n=50)	4.16	2.70	4.062	<0.001
กลุ่มทดลอง	**ความรู้**				
	ก่อนทดลอง (n=50)	16.40	4.52		
	หลังทดลอง (n=50)	22.56	2.10	7.569	<0.001
	ความเครียดในระยะตั้งครรภ์				
	ก่อนทดลอง (n=50)	5.80	3.33		
	หลังทดลอง (n=50)	3.40	2.31	4.243	<0.001

5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) ลดลง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 92 และ 84) ในจำนวนนี้มีค่าต่ำกว่า 33% (มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์) เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 16 และกลุ่มทดลองร้อยละ 20 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 8 และกลุ่มทดลองร้อยละ 16

พฤติกรรมการแปรงฟันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 ตอบว่าตนเองแปรงฟันถูกต้อง (ร้อยละ 88 และ 92) สำหรับการติดตามด้านโภชนาการ พบว่า ร้อยละ 74 มีกราฟโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติที่คาดว่าลูกจะมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 76 และ 72) โดยมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 20 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 16 และกลุ่มทดลองร้อยละ 24 และมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 6 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 8 และกลุ่มทดลองร้อยละ 4 สรุปได้ว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ใกล้เคียงกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์แรก ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์ลดลง ($p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การสอนและให้ความรู้ตามโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ ทั้งรูปแบบปกติ และรูปแบบการสอนออนไลน์ มีเนื้อหาที่จำเป็นและครอบคลุมความรู้ที่หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องรู้ และปฏิบัติให้ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ วิธีการสอนแบบปกติ มีแผนการสอนชัดเจน สอนโดยผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพวิธีการสอนเป็นไปตามลำดับขั้นตอนมีการทำแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้ก่อนเรียน และ และประเมินความรู้หลังเรียน หากไม่เข้าใจสามารถสอบถามผู้วิจัยหรือพยาบาลแผนกฝากครรภ์ได้ตลอดเวลา และในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งพยาบาลหน่วยฝากครรภ์แต่ละจุด จะเน้นย้ำข้อสำคัญในการปฏิบัติตัวไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การกินยาบำรุง, การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการทวนสอบข้อมูลจำเป็นอยู่เสมอทำให้จำได้และนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพร ถิตย์ผาดและพรรณี บัญชรหัตถกิจ[10] ที่พบว่าเมื่อจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของลักษณ์ วงษาเนาว์[13] ที่ได้จัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแก่หญิงตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากและป้องกันฟันผุดีขึ้น

สำหรับในกลุ่มที่จัดการเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ได้ใช้แผนการสอนเช่นเดียวกันกับหลักสูตรปกติ ถ่ายทอดเป็นวิดิโอมีภาพประกอบ

โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุดเดียวกับการสอนแบบปกติ ผู้วิจัยได้แสดงวิดิโอการเรียนรู้แต่ละเรื่องลงในแอปพลิเคชัน Facebook และกลุ่ม LINE ส่งให้หญิงตั้งครรภ์ทุกสัปดาห์ หากไม่เข้าใจ หญิงตั้งครรภ์สามารถไปดูซ้ำได้บ่อยเท่าที่ต้องการ มีการสอบถามข้อมูลที่ไม่เข้าใจผ่านช่องทางกลุ่ม LINE ซึ่งเปิดโอกาสให้ซักถามโดยมีทีมผู้วิจัยช่วยตอบคำถามตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจและเข้าใจเนื้อหาได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีข้อความภาพกระตุ้นเตือนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนผ่านระบบออนไลน์อยู่เป็นระยะๆ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจและเรียนรู้ได้โดยไม่ยาก ปัจจุบันมีการใช้รูปแบบการสอนด้วยวิธีเรียนผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นเนื่องจากสะดวก สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลาตามแต่ผู้เรียนต้องการ โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีคะแนนหลังเรียน สูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญผู้เรียนมีผลการประเมินผลงานอยู่ในระดับมาก และผู้เรียนมีความคิดเห็นต่อวิธีการสอนในระดับดีมาก[9] เช่นเดียวกับการสอนออนไลน์ผ่านเว็บบล็อก ที่สามารถนำมาจัดการเรียนการสอนสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ผ่านเว็บบล็อกกับเพื่อนครูที่อยู่ต่างโรงเรียนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน นั่นคือสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามความพร้อมของผู้เรียน และผู้เรียนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้ ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนสูงขึ้น[14] จึงประจักษ์แล้วว่าการสอนรูปแบบใหม่ผ่านสื่ออินเตอร์เน็ต สามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน ซึ่งเป็นยุค Thailand 4.0 ที่ผู้เรียนในยุคนี้มีความสามารถในการใช้สื่อเทคโนโลยีที่สูงขึ้นและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้เกิดการนำเทคโนโลยีเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้และส่งเสริมการเรียนรู้ให้มีการใช้สื่อและสังคมออนไลน์ที่มีวิจารณญาณมากขึ้น ดังนั้น เมื่อได้เรียนรู้จากสื่อที่เหมาะสมและเนื้อหาที่ครบถ้วน จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ ส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และมีความเครียดลดลง

ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพนั้น พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางบวก คือแปรงฟันได้ถูกต้อง และมีภาวะโภชนาการเป็นไปตามเกณฑ์ ส่วนผลลัพธ์ค่าความเข้มข้นเลือดนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าความเข้มข้นเลือดลดลงทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีระวิทยาในขณะตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์จะมีภาวะPhysiological anemia หรือภาวะ hemodilution ของการตั้งครรภ์ จากการเพิ่มพลาสมาระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าการเพิ่มของเม็ดเลือดแดง[15] จึงทำให้ค่าHematocrit ลดลง ไม่ใช่ภาวะโลหิตจางที่แท้จริง แต่ยังถือเป็นปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ Hct ต่ำกว่า 33% จำเป็นจะต้องมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือต้นทุนชีวิตว่ามีความแตกต่างกันและมีผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและบุตรหรือไม่เพียงใด ซึ่งมาลีวัล เลิศสาครศิริ[16] ได้ศึกษาพบว่าต้นทุนชีวิตของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสนใจตนเอง และมีพฤติกรรมที่ดี

ในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ กวินฑรา ปรีสงค์[17] ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ได้แก่เจตคติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่เพียงพอในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้จำเป็นต้องประยุกต์องค์ความรู้ด้านอื่นๆในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้วยเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญ และสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามความรู้ที่ได้รับ

สรุป

โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ได้เท่ากับการสอนเป็นกลุ่มในห้องเรียน จึงสามารถนำมาใช้แทนวิธีการสอนในห้องเรียนได้ในหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดเรื่องมีบุคคลากรน้อยผู้รับบริการมีจำนวนมาก จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความสะดวก ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา ผู้สอนเพียงคนเดียวสามารถทำได้โดยเริ่มจากการตั้งกลุ่มไลน์ และ Facebook แล้วจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบ Banner ให้ความรู้โดยใส่เนื้อหา Key massage ที่สำคัญๆทำวิดีโอที่ครอบคลุมเนื้อหาการสอนแบบสั้นๆ ผู้สอนนำเนื้อหาความรู้ส่งให้ผู้เรียนผ่านสื่อออนไลน์ที่ตั้งขึ้น เน้นการกระตุ้นผู้เรียนผ่านกลุ่มไลน์และใส่เนื้อหาการสอนทุกวัน กระตุ้นให้กลุ่มมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสื่อสารออนไลน์นี้ นอกจากจะเป็นช่องทางที่ให้ความรู้ตามโปรแกรมการสอนแล้ว สิ่งที่ได้รับเพิ่มเติม คือ เป็นช่องทางให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการติดตามผลลัพธ์การคลอดได้

ข้อจำกัดและเสนอแนะ

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมคุณสมบัติประชากรในเรื่อง รายได้ อาชีพ สภาพสังคมและเศรษฐกิจในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผู้สอนควรกำหนดข้อตกลงในการใช้ และกำหนดระยะเวลาในการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจนจะช่วยให้การจัดกิจกรรมไม่รบกวนเวลาส่วนตัวมากเกินไป

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาเนื้อหาโรงเรียนพ่อแม่อื่นๆ ในการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การนับลูกดิ้น การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ โดยระยะเวลาในการเรียนแต่ละเรื่องไม่ควรนานเกินไป

3. กรมอนามัย ควรพัฒนาสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพเช่นวิดิโอสั้นๆไม่เกิน 3 นาที ครอบคุลมเนื้อหาในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เพื่อให้หน่วยบริการฝากครรภ์สามารถนำไปใช้สอนผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เพราะช่องทางนี้ ง่าย สะดวกไม่ต้องใช้ผู้มีความชำนาญพิเศษ ก็สามารถทำได้

เอกสารอ้างอิง

1. นนธนวนัณท์ สุนทรา. โรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง .วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษาปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561.
2. Lim, W. Y., Kwek, K., Chong, Y. S., Lee, Y. S., Yap, F., Chan, Y. H., et al. Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: varying relations by ethnicity and gestational diabetes mellitus. Journal of Hypertension 2014; 32, 857- 864.Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390251
3. Tenenbaum-Gavish, & Hod. Impact of maternal obesity on fetal health. Fetal Diagn Ther 2013;34:1–7.DOI: 10.1159/000350170. Available from:https://www.karger.com/Article/FullText/350170
4. พวงน้อย สาครรัตนกุล. นิตยสารหมอชาวบ้าน2539; เล่มที่ 210. ชื่อไฟล์: 210-016
5. ประนอม บุพศิริ.ไอโอดีนกับสตรีตั้งครรภ์.Srinakaride Medical jurnal.2556;VOL28 N0.4.Available from: https://www.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14769/13523
6. Dunkle Schetter, C & Tanner, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy : implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry, 2012. 25 (2) : 141-148. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262028
7. Soroye M, Ayanbadejo P, Savage K, Oluwole A. (2015). Association between periodontal disease and pregnancy outcomes. Odontostomatol Trop. 2015 Dec;38(152):5-16.Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26939216
8. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์กรมหาชน) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2560. Available from: https://www.etda.or.th/content/thailand-internet-user-profile-2017-and-value-of-e-commerce-survey-in-thailand-2017l-press-conference.html
9. พิพัฒน์ อัฒพุธ, ทิพรัตน์ สิทธิวงศ์ และ ดิเรก ธีระภูธร.ผลของการเรียนโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ร่วมกับการเรียนรู้เชิงรุก. journal of education Naresuan University2017 Vol.19 No.2 145-154.Available from:https://www.tci-thaijo.org/index.php/edujournal_nu/article/view/89745

10. เฉลิมพร ถิตย์ผาด และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ.ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น.ศรีนครินทร์เวชสาร.2555;27(4). Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/710b/878668c6ec5aaddd197ad7ab5b4923f1d96a.pdf
12. กรมอนามัย.คู่มือการดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่ กรมอนามัย 2558.
13. สิริลักษณ์ วงษาเนาว์. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์2557. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2014/TU_2014_5517030366_2557_1387.pdf
14. ธัญญวัฒน์ กาบคำ.เรียนผ่านโซเชียลเน็ตเวิร์ก. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. เผยแพร่ 5 สิงหาคม.2556. Available from: https://www.m-culture.go.th/it/ewt_news.php?nid=116&filename=index
15. ธีระ ทองสง.โลหิตจาง.2554.Available from:http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=175:pregnancy-with-anemia&catid=38&Itemid=138
16. มาลีวัล เลิศสาครศิริ.ต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. Naresuan University journal: Science and Technology 2016;24(1). Available from: http://www.journal.nu.ac.th/NUJST/issue/view/24-1-2016-May-August-2016
17. กวินฑรา ปรีสงค์.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบางนา 5 จังหวัดสมุทรปราการ.2558;Available From: http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=186232

ความแม่นยำของการตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน

HOW ACCURACY OF SCREENING GESTATIONAL DIABETES MELLITUS IN LOW RISK PREGNANCY WHO HAS WEIGHT GAIN MORE THAN 3 KG PER MONTH

ธัญญารัตน์ วินิจธนา *นายแพทย์ชำนาญการ*
โรงพยาบาลปากช่องนานา

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 26 พฤศจิกายน 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 30 พฤศจิกายน 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความแม่นยำ ของการตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงต่ำที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน เป็นการศึกษาตามรุ่นย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ประชากรที่ทำการศึกษา คือสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำของการเป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ และได้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 - 31 พฤษภาคม 2562 จำนวน 302 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลปากช่องนานา

ผลการวิจัยพบว่า ผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น (50g GST) ทั้งหมด 302 คน ให้ผลบวกทั้งสิ้น 58 คน คิดเป็น 19.2 % และในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นจำนวน 2 คน คิดเป็น 0.7 เปอร์เซ็นต์ จากผลการคำนวณทางสถิติพบว่า ค่า sensitivity เท่ากับ 0.7 %, specificity เท่ากับ 99.3%, positive predictive value เท่ากับ 19.2 % และ negative predictive value เท่ากับ 80.8% ประเมินความแม่นยำโดยดูค่า Area under the curve (AROC) เท่ากับ 0.093 และลักษณะเส้นของกราฟเบ้ซ้ายค่อนข้างมาก จึงแปลผลได้ว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานโดยใช้เกณฑ์นี้ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริง

สรุป มาตรการการตรวจคัดกรองเบาหวานในขณะตั้งครรภ์โดยใช้เกณฑ์น้ำหนักขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่สามารถตรวจคัดกรองได้จริง และยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายและ ทรัพยากร โดยไม่จำเป็นอีกด้วย

คำสำคัญ : ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, Gestational diabetes mellitus, 50 g Glucose screening test (GST), excessive weight gain

Abstract

Objective : This research aimed to study the accuracy of diabetes screening in pregnant women who have low risk of developing gestational diabetes but gaining more than 3 kilograms per month.

Methods : It is a retrospective cohort study. The subjects are pregnant women who came to receive screening for diabetes while pregnant since January 1, 2017 - May 31, 2019, and giving birth at Pakchong Nana Hospital, a total of 302 people, collected information from the medical records.

Results : The research results were found that primary screening (50g GST) of a total of 302 people, a total of 58 positive(19.2%) and two of them were diagnosed with gestational diabetes(0.7%). Statistical calculation results showed that the sensitivity was 0.7%, specificity was 99.3%, positive predictive value was 19.2% and negative predictive value was 80.8%. Evaluation the accuracy of this method by using Area under the curve (AROC) were found that AROC is 0.093 and the curve is skewed to the left. Therefore the result of diabetes screening in pregnant women who have low risk of developing gestational diabetes is not practical to use in medical practice.

Conclusions : Screening for gestational diabetes by using criteria of gaining weight more than 3 kilograms in 1 month in pregnant women at low risk cannot actually be used in practice and cause unnecessary waste of resources and expenses as well.

Keyword : Gestational diabetes mellitus, 50 g Glucose screening test (GST), excessive

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ภาวะเบาหวานที่เป็นก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational or overt diabetes mellitus) และภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) โดยความชุกของการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับเชื้อชาติ อายุ สรีระของร่างกาย และเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค[1] โดยพบว่าความชุกของการเกิดโรคอยู่ที่ประมาณร้อยละ 14 ของทั่วโลก[2] ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถจัดการกับคาร์โบไฮเดรต(น้ำตาล)ได้ (carbohydrate intolerance) อย่างเหมาะสม อันเป็นผลมาจากฮอร์โมนที่ชื่อว่า human placental lactogen (hPL) โดยฮอร์โมนนี้ถูกสร้างจากรก ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin) เพื่อให้ร่างกายสามารถเก็บพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตให้แก่ทารกในครรภ์ ซึ่งในคนปกติ จะไม่เกิดเป็นโรค แต่ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติบางอย่างก่อนการตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

ซึ่งตัวโรคนี้มีผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์(Gestational hypertension), เพิ่มโอกาสผ่าตัดคลอดมากขึ้น(Caesarean delivery), ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia), ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia), เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal death), ภาวะทารกน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังการคลอด (Neonatal hypoglycemia) เป็นต้น ซึ่งการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นเครื่องมือที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

ในปัจจุบันมีเกณฑ์การตรวจคัดกรองโดยแบ่งสตรีตั้งครรภ์ออกเป็นกลุ่มตามความเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็นเบาหวานตามเกณฑ์ของ the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes1 ซึ่งจัดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความเสี่ยงสูง, ปานกลาง และกลุ่มความเสี่ยงต่ำ โดยในกลุ่มความเสี่ยงสูงจะได้รับการตรวจที่เร็วที่สุด หากผลปกติจะต้องได้รับการตรวจอีกครั้งในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มความเสี่ยงปานกลางจำได้รับการตรวจที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ซึ่งประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ไม่มีประวัติคนในครอบครัวที่อยู่ในความสัมพันธ์ระดับแรกเป็นเบาหวาน น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI< 25) ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ ไม่มีประวัติเกี่ยวกับการเผาผลาญน้ำตาลที่ผิดปกติ เช่น ผลตรวจน้ำตาลในปัสสาวะให้ผลบวก เป็นต้น จะไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการตรวจคัดกรองเบาหวานเบื้องต้น จะเป็นการให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 50 กรัม และเจาะเลือดหลังจากกินน้ำหวาน 1 ชั่วโมง โดยค่าที่ถือว่าผิดปกติ คือระดับน้ำตาลในเลือดที่มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หากตรวจพบว่าผิดปกติ จะต้องส่งตรวจเพิ่มเติมโดยการตรวจ 100g OGTT หรือ 75 g OGTT เพื่อยืนยันผลอีกครั้งก่อนการวินิจฉัยและยังช่วยให้สามารถ

วางแผนการรักษาต่อได้ด้วย

แต่ในปัจจุบัน มีหลายงานวิจัยพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์[4,5] แต่ยังไม่มีตัวเลขชัดเจนที่บ่งบอกว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเท่าไหร่จึงจะสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และจาก 2009 Institute of Medicine (IOM) guidelines ได้มีข้อแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นตามไตรมาสของการตั้งครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ตามกลุ่มที่แบ่งตามค่าดัชนีมวลกายที่กำหนด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่าข้อแนะนำ จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักขึ้นตามมาตรฐาน โดยเฉพาะภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลร้ายแรงจนถึงการเกิดภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ ทางโรงพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรการการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเพิ่มเติม โดยกำหนดค่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นที่ 3 กิโลกรัมต่อ 1 เดือน มาเป็นตัวคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำที่ตามปกติแล้วจะไม่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะนี้เลยจนถึงคลอด เพื่อค้นหาความเสี่ยงและเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ทันเวลา แต่ตัวคัดกรองนี้ ไม่เคยมีหลักฐานสนับสนุนมาก่อนว่าสามารถใช้เป็นมาตรฐานได้จริงหรือไม่ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความแม่นยำของตัวคัดกรองนี้ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การศึกษา

ศึกษาความแม่นยำของการตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน

ขอบเขตการวิจัยและแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 จนถึง 31 พฤษภาคม 2562

นิยามศัพท์

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus- GDM) คือ ภาวะที่ร่างกายไม่สามารถจัดการกับคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสม (carbohydrate intolerance) อันเป็นผลมาจากฮอร์โมนที่ชื่อว่า human placental lactogen (hPL) โดยฮอร์โมนนี้ถูกสร้างจากรก ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin)

ความแม่นยำ คือ การมีความไวและความจำเพาะต่อการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

50 g Glucose screening test (GST) คือ การตรวจเลือดหลังจากสตรีตั้งครรภ์ดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 50 กรัม แล้ว 1 ชั่วโมง โดยที่สตรีตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องงดอาหารก่อนรับการตรวจ

75 g or 100 g Oral glucose tolerance test (OGTT) คือ การตรวจเลือดเพื่อ

ยืนยันการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่วินิจฉัยได้เป็นครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (GDM) โดยเจาะเลือดหลังงดน้ำงดอาหารประมาณ 8 ชั่วโมง แล้วให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม หรือ 100 กรัม แล้วทำการเจาะเลือดหลังดื่มสารละลายกลูโคสทีละ 1 ชั่วโมง โดยหากใช้สารละลาย 75 กรัม จะตรวจที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังดื่มสารละลายกลูโคส และหากใช้สารละลาย 100 กรัม จะตรวจที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมงหลังดื่มสารละลายกลูโคส

ภาวะทารกตัวโต (Fetal macrosomia) คือ ภาวะที่ทารกมีน้ำหนักตัวขณะคลอดที่ตั้งแต่ 4000 กรัมขึ้นไป

ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) คือ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัมในขณะคลอด

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) คือ ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เคยตรวจพบมาก่อน โดยไม่พบโปรตีนรั่วในปัสสาวะและไม่พบอาการผิดปกติในระบบอื่นๆ ร่วมด้วย

ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) คือ ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ที่ไม่เคยตรวจพบมาก่อน ร่วมกับมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะและ/หรือมีอาการผิดปกติในระบบอื่นๆร่วมด้วย เช่น เกล็ดเลือดต่ำ, ตับอักเสบ, ปอดบวมน้ำ, ชัก เป็นต้น

ภาวะทารกขาดออกซิเจนในช่วงแรกเกิด (Birth asphyxia) คือ ภาวะที่เลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercapnia) และภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม หรือจากไม่มีการระบายอากาศที่ปอด (ventilation) และปริมาตรเลือดที่ผ่านปอด (pulmonary perfusion) น้อย หรือมีไม่เพียงพอ หลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปเลี้ยง ส่งผลให้อวัยวะทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความผิดปกติตามมาได้ เช่น พิการ ชัก หรือเสียชีวิต

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. หากเกณฑ์นี้มีความแม่นยำมากพอ จะทำให้สามารถคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้มากขึ้น และช่วยให้วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์

2. หากเกณฑ์นี้ไม่มีความแม่นยำมากพอ จะทำให้สามารถลดการตรวจคัดกรองที่ไม่จำเป็น ซึ่งช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้

วิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตามรุ่นย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เพื่อศึกษาถึงความแม่นยำของการเกณฑ์การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากช่องนานา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนการให้บริการของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และได้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลปากช่องนานา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม

2560 จนถึง 31 พฤษภาคม 2562

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. จัดอยู่ในกลุ่มครรภ์ความเสี่ยงต่ำ (Low risk pregnancy) ประกอบด้วย

1.1 สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 25 ปี

1.2 ไม่มีประวัติคนในครอบครัวที่อยู่ในความสัมพันธ์ระดับแรกเป็นเบาหวาน

1.3 น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI< 25)

1.4 ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติมาก่อน

1.5 ไม่มีประวัติเกี่ยวกับการเผาผลาญน้ำตาลที่ผิดปกติ เช่น ผลตรวจน้ำตาลในปัสสาวะให้ ผลบวก เป็นต้น

2. รับบริการฝากครรภ์สม่ำเสมอ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมาตรงตามนัด ซึ่งการนัดฝากครรภ์ที่รพ.ปากช่องนานา จะนัดมาตรวจครรภ์ทุก 1 เดือน ยกเว้นในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป จะนัดทุก 2 สัปดาห์ และตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จะนัดทุก 1 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ข้อมูลไม่สมบูรณ์ครบถ้วน

2. สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้คลอดบุตรที่โรงพยาบาลปากช่องนานา

3. สตรีตั้งครรภ์ที่มาตรวจไม่ตรงนัดเกิน 1 สัปดาห์ขึ้นไป (หากมาภายในสัปดาห์ที่นัด ยังถือว่ามาตรงตามนัด และไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ท่านเดิมในการตรวจ เนื่องจากมีแนวทางในการตรวจ หากเข้าเกณฑ์ที่ต้องตรวจสตรีตั้งครรภ์จะถูกส่งตรวจตามเกณฑ์)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบเก็บข้อมูล ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประวัติเกี่ยวกับการฝากครรภ์ในครั้งนี้ ประวัติโรคประจำตัวและการฝากครรภ์ก่อน ผลการตรวจเลือดคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ บันทึกการคัดกรองน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน(exposure) ตัวที่ต้องการประเมินในคนกลุ่มประชากรนี้ (เกิน=yes, w,ไม่เกิน=no)

2. ข้อมูลที่วินิจฉัยว่าเป็น GDM (yes,no)

3. ข้อมูลการคลอดเช่น วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด น้ำหนักทารกและภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลปากช่องนานา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำเอกสารเพื่อขอยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน

3. ค้นหากลุ่มเป้าหมายจากแฟ้มบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลปากช่องนานา

4. นำข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมายมาสำรวจในเวชระเบียน เพื่อเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่ง

การวิเคราะห์เป็น

1. สถิติพรรณนา (Descriptive study) ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่

2.1 ทดสอบความสามารถในการทำนาย GDM จากการคัดกรองโดยใช้น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 3 กิโลกรัมใน 1 เดือนโดยทดสอบหาค่าสถิติ sensitivity, specificity, positive /negative predictive values, likelihood ratio, number need to screening และ area under the receiver operating characteristic curve (AROC)

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคัดกรองพบความผิดปกติ กับอุบัติการณ์ของ GDM Cox proportional hazard regression ทั้ง univariable และ multivariable regression และรายงานความเสี่ยง GDM เป็น Hazard ratio ที่ 95% confidence intervalsเปรียบเทียบคุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มปกติ และผิดปกติ (จากการคัดกรองด้วยน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 3 kg ใน 3 เดือน) โดยตัวแปรเชิงกลุ่มใช้สถิติ Probability Exact Test และตัวแปรต่อเนื่องใช้ Student t test

ผลการวิจัย จากผลการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 จนถึงเดือนพฤษภาคม 2562 พบมีสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานทั้งหมด 302 คน ในกลุ่มนี้มีสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ แต่มีน้ำหนักขึ้นเกิน 3 กิโลกรัมใน 1 เดือน จำนวนทั้งหมด 302 คน หญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 20 ปี (Mean=20.31,SD ±2.977) ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.67 (SD ±2.56) และค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอดเฉลี่ย 27.14 (SD ±3.22) หากพิจารณาตามน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ในไตรมาสหนึ่ง (อายุครรภ์ก่อน 14 สัปดาห์) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.48 กิโลกรัม (SD ±1.33) ส่วนในไตรมาสที่สอง (อายุครรภ์ 14-28 สัปดาห์) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.54 กิโลกรัม (SD±2.84) และในไตรมาสที่สาม(อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนคลอด) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.96 กิโลกรัม (SD ±2.86) เมื่อพิจารณาภาพรวมของน้ำหนักที่ขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 13.95 กิโลกรัม (SD ±4.62) โดยจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่น้ำหนักจะขึ้นมากในช่วงไตรมาสที่สอง เชื้อชาติของกลุ่มวิจัยส่วนใหญ่เป็นคนไทย คิดเป็น 92.4 % เป็นครรภ์ครั้งแรก คิดเป็น 56 % รองลงมาคือ ครรภ์ที่สอง คิดเป็น 30.8 %

วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดธรรมชาติ (normal delivery) จำนวน 229 คน คิดเป็น 75.8 % และได้รับการผ่าตัดคลอด จำนวน 73 คน คิดเป็น 24.2 % โดยเหตุผลที่ผ่าตัดคลอด แบ่งเป็น สาเหตุจาก สัดส่วนของทารกและอุ้งเชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (cephalopelvic disproportion) จำนวน 50 คน คิดเป็น 16.6 % และสาเหตุอื่นๆ เช่น มีประวัติเคย C/S ทารกไม่กลับหัว (abnormal presentation)หรือมีภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติ (fetal distress) จำนวน 23 คน คิดเป็น 7.6 % ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

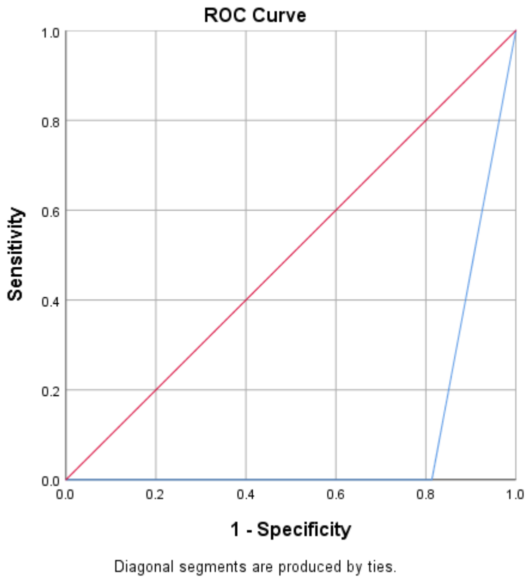
ข้อมูล	N	Minimum	Maximum	Mean	SD	%
อายุ	302	14	25	20.31	2.977	
BMI ก่อนตั้งครรภ์	302	14.82	25.00	21.6726	2.56348	
BMIก่อนคลอด	302	17.78	39.11	27.1414	3.22757	
น้ำหนักที่เพิ่มในช่วงไตรมาสหนึ่ง	302	-4.25	9.00	.4820	1.33866	
น้ำหนักที่เพิ่มในช่วงไตรมาสสอง	302	-1.40	15.70	7.5460	2.84779	
น้ำหนักที่เพิ่มในช่วงไตรมาสสาม	302	-5.50	18.00	5.9604	2.86214	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์	302	.00	32.00	13.9584	4.62028	
เชื้อชาติ						
- ไทย	279					92.38
- กัมพูชา	14					4.64
- พม่า	5					1.66
- ลาว	2					0.66
- อื่นๆ	2					0.66
จำนวนการตั้งครรภ์						
- ครรภ์ที่ 1	170					56.29
- ครรภ์ที่ 2	93					30.79
- ครรภ์ที่ 3	31					10.26
- ครรภ์ที่ 4	8					2.65
วิธีการคลอด						
Normal labor	229					75.83
Cesarean section (CPD)	50					16.56
Cesarean section (อื่นๆ)	23					7.62

การตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า การตรวจคัดกรองเบื้องต้น (50g GST) ทั้งหมด 302 คน ให้ผลบวกทั้งสิ้น 58 คน คิดเป็น 19.2 % และในจำนวนนี้ได้รับการตรวจยืนยันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการตรวจ 75 g OGTT และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน คิดเป็น 0.7 % ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูล			ภาวะเบาหวาน		Total
			positive	negative	
ผลการตรวจGST	positive	Count	2	56	58
		% of Total	0.7%	18.5%	19.2%
	negative	Count	0	244	244
		% of Total	0.0%	80.8%	80.8%
Total		Count	2	300	302
		% of Total	0.7%	99.3%	100.0%

เมื่อใช้ ROC curve ประเมินความแม่นยำของการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานโดยใช้เกณฑ์น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม พบว่ามีค่า Area under the curvce (AROC) เท่ากับ 0.093 และลักษณะเส้นของกราฟเบ้ซ้ายค่อนข้างมาก จึงแปลผลได้ว่า การตรวจคัดกรองเบาหวานโดยใช้เกณฑ์นี้ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริง ดังกราฟที่ 1



กราฟที่ 1 ROC curve

Area under the curve = 0.093

ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนในช่วงตั้งครรภ์อื่นๆ ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบมีจำนวน 38 คน คิดเป็น 12.6 % โดยพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลบวกจำนวน 8 คน คิดเป็น 13.8 % และในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบ จำนวน 30 คน คิดเป็น 12.3 % ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีจำนวน 10 คน คิดเป็น 3.3 % โดยพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลบวกจำนวน 1 คน คิดเป็น 0.3 % และในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบจำนวน 9 คน คิดเป็น 3.0 % ในส่วนของภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติในครรภ์ พบมีจำนวน 4 คน คิดเป็น 1.3 % ซึ่งพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบจำนวน 4 คน คิดเป็น 1.3 % แต่ไม่พบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานที่ให้ผลบวก แสดงว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานที่ให้ผลบวกในกลุ่มประชากรนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจทารกผิดปกติกับผลการตรวจ GST

ข้อมูล			**ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**		**ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์**		**ภาวะหัวใจทารกผิดปกติในครรภ์**	
			Positive	negative	positive	negative	positive	negative
ผลการตรวจ GST	Positive	Count	8	50	1	57	0	58
		%	13.8%	86.2%	0.3%	18.9%	0.0%	19.2%
	negative	Count	30	214	9	235	4	240
		%	12.3%	87.7%	3.0%	77.8%	1.3%	79.5%
Total	Count	38	264	10	292	4	298	
	%	12.6%	87.4%	3.3%	96.7%	1.3%	98.7%	

และไม่พบภาวะน้ำคร่ำมากผิดปกติ และภาวะคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) ในกลุ่มประชากรนี้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบน้ำคร่ำมากผิดปกติและการติดไหล่กับผลการตรวจ GST

ข้อมูล			น้ำคร่ำมากผิดปกติ negative	การติดไหล่ (ภาวะแทรกซ้อน) Negative
ผลการตรวจ GST	positive	Count	58	58
		%	19.2%	19.2%
	negative	Count	244	244
		%	80.8%	80.8%
Total		Total	302	302
		100.0%	100.0%	100.0%

สำหรับผลลัพธ์เกี่ยวกับทารก พบว่าน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยอยู่ที่ 3,100 กรัม (Mean=3076.23,SD±398.807) โดยน้ำหนักที่ต่ำสุดอยู่ที่ 2,020 กรัม และน้ำหนักมากที่สุดอยู่ที่ 4,230 กรัม เมื่อแบ่งช่วงน้ำหนักของทารกพบว่าน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (2500-3999 กรัม) จำนวน 278 คน คิดเป็น 92.1 % โดยพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลบวกจำนวน 55 คน คิดเป็น 18.2% และในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบจำนวน 223 คน คิดเป็น 73.8 % ทารกที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (น้อยกว่า 2500 กรัม) จำนวน 18คน คิดเป็น 6 %โดยพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลบวกจำนวน 1 คน คิดเป็น 0.3 % และในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบจำนวน 17 คน คิดเป็น 5.6 % และทารกที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 4000 กรัมขึ้นไป) จำนวน 6 คน คิดเป็น 2 % โดยพบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลบวกจำนวน 2 คน คิดเป็น 0.7 % และในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบจำนวน 4 คน คิดเป็น 1.3 % ซึ่งไม่พบความแตกต่างเกี่ยวกับน้ำหนักของทารกในทั้งสองกลุ่ม

สำหรับการประเมินทารกหลังคลอด พบมีภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) พบมีจำนวน 2 คน คิดเป็น 0.7 % ภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด (death fetus in utero/ still birth) พบมีจำนวน 1 คน คิดเป็น 0.3 % ดังตารางที่ 6 ซึ่งทั้งสองกรณีนี้พบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานให้ผลลบทั้งหมด และไม่พบภาวะการติดเชื้อในทารกหลังคลอด ภาวะระบบหายใจล้มเหลวและภาวะทารกพิการที่ตรวจพบหลังคลอดในกลุ่มวิจัยนี้ ดังตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับทารกในครรภ์

ข้อมูลเกี่ยวกับทารกในครรภ์	N	Min	Max	Mean	SD	%
BW	302	2020	4230	3076.23	398.807	
- Low birth weight	18					6
- Normal weight	278					92.1
- Macrosomia	6					2
ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	2					0.7
ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด	0					0
ภาวะหายใจล้มเหลวในทารกแรกเกิด	0					0
ภาวะความผิดปกติทางร่างกายในทารกแรกเกิด	0					0
ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด	1					0.3

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความผิดปกติของทารกในครรภ์

ผลการตรวจ GST			ความปกติของน้ำหนักทารก			ภาวะขาดอากาศในทารก		ทารกเสียชีวิต	
			normal	LBW	large	positive	negative	positive	negative
ผลการตรวจ GST	positive	Count	55	1	2	0	58	0	58
		%	18.2%	0.3%	0.7%	0.0%	19.2%	0.0%	19.2%
	negative	Count	223	17	4	2	242	1	243
		%	73.8%	5.6%	1.3%	0.7%	80.1%	0.3%	80.5%
Total		Count	278	18	6	2	300	1	301
		% Total	92.1%	6.0%	2.0%	0.7%	99.3%	0.3%	99.7%

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์และความผิดปกติของทารกในครรภ์ ภาวการณ์ติดเชื้อ และภาวะหายใจล้มเหลวในทารก

ผลการตรวจ GST			ความผิดปกติทางร่างกายของทารก	ภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิด	ภาวะหายใจล้มเหลวในทารก
			negative	negative	negative
ผลการตรวจ GST	positive	Count	58	58	58
		%	19.2%	19.2%	19.2%
	negative	Count	244	244	244
		%	80.8%	80.8%	80.8%
Total		Total	302	302	302
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

อภิปรายผล ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม กับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ แสดงให้เห็นว่าการใช้เกณฑ์นี้ไม่สามารถใช้ในการตรวจคัดกรองได้ โดยมีค่า sensitivity เท่ากับ 0.7%, specificity เท่ากับ 99.3% positive predictive value เท่ากับ 19.2 % และ negative predictive value เท่ากับ 80.8% ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่า sensitivity ต่ำมากเกินไป จึงไม่เหมาะกับการใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีความเสี่ยงต่ำ และนอกจากนี้ค่า likelihood ratio ได้เท่ากับ 0.10 ซึ่งไม่มีความแม่นยำของเกณฑ์นี้ในการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ ROC curve พบว่าเส้นกราฟเบ้ซ้ายค่อนข้างมาก และค่า Area under the curve (AROC) เท่ากับ 0.093 จึงช่วยสนับสนุนว่า การตรวจคัดกรองเบาหวานโดยใช้เกณฑ์นี้ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริง

ส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจคัดกรองเบาหวานในงานวิจัยนี้กับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ขณะตั้งครรภ์ พบว่า ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดได้ในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานที่ให้ผลบวกน้อยกว่าผลลบ (อัตราการเกิดอยู่ที่ 8 คน คิดเป็น 2.6% และ 30 คน คิดเป็น 9.9% ตามลำดับ) ในส่วนของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองที่ให้ผลบวกน้อยกว่าผลลบเช่นเดียวกัน (อัตราการเกิดอยู่ที่ 1 ต่อ 9 คน คิดเป็น 0.3% และ 3% ตามลำดับ) และภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติในครรภ์พบในกลุ่มที่ตรวจคัดกรองเบาหวานที่ให้ผลลบเท่านั้น และพบว่าไม่มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยยสำคัญ จึงสรุปได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมใน 1 เดือน

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมใส 1 เดือนกับทารกในครรภ์ พบว่า น้ำหนักของทารกในครรภ์ ภาวะขาดอากาศหลังคลอด ภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัมใน 1 เดือนของสตรีตั้งครรภ์ โดยค่า likelihood ratio เท่ากับ 0.169, 0.355, 0.513 ตามลำดับ และในส่วนของภาวะการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวในทารกแรกเกิดและภาวะที่ตรวจพบความผิดปกติทางร่างกาย ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดในงานวิจัยนี้ จึงสรุปได้เช่นกันว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

เมื่อนำผลวิจัยมาเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Wenjia yang และคณะ[7] ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานและมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สอง (อายุครรภ์ 15-28 สัปดาห์) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะทารกตัวโตอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในช่วงไตรมาสที่สาม (อายุครรภ์ 29 สัปดาห์ถึง 42 สัปดาห์) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์และภาวะทารกเสียชีวิตอย่างมีนัยยะสำคัญ ในส่วนของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่สัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน จะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ทารกตัวโต มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งตรงกับผลของงานวิจัยนี้ที่กลุ่มประชากรคือสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ว่าน้ำหนักจะเพิ่มมากกว่าที่กำหนด ก็ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้ในภาวะเบาหวาน

ส่วนงานวิจัยของ Monique et al[5] ที่สรุปว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยยะสำคัญ (OR 1.70, 95% CI 0.98-2.94) แต่น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากผลงานวิจัยนี้ให้ผลที่ตรงกันในเรื่องของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ในผลลัพธ์เช่นเดียวกัน แต่ในงานวิจัยนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสแรกมีผลต่อภาวะเบาหวานหรือไม่ เนื่องจากลักษณะของกลุ่มประชากรมีความแตกต่างกัน และจากการเก็บข้อมูล พบว่า ในช่วงไตรมาสแรก สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักมีภาวะแพ้ท้อง (hyperemesis gravidarum) ทำให้น้ำหนักในช่วงนี้ขึ้นไม่ค่อยมาก

Alison et al[4] พบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่อ้วน ระดับ สองและสามเท่านั้น แต่ใน

กลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายนอกเหนือจากนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันชัดเจน แต่งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มประชากรที่น้อย ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยเอง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลงานวิจัยนี้ให้ผลตรงกันในเรื่องของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายตามมาตรฐาน (BMI <25) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์น้อย

Carlos และคณะ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายตามมาตรฐานก่อนตั้งครรภ์และมีน้ำหนักที่ขึ้นมากกว่าค่ามาตรฐานตาม 2009 IOM recommendations มีอัตราการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกมากกว่า 4000 กรัม มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูง เนื่องจากในกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายสูงจะมีการเผาผลาญที่ผิดปกติอยู่แล้ว จึงไม่ส่งผลมากแม้ว่าน้ำหนักจะขึ้นเกินกำหนด ซึ่งงานวิจัยนี้ให้ผลลัพธ์ที่ตรงกันข้าม แต่อาจจะสรุปได้ไม่ชัดเจนมากนัก เนื่องจากคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยมีความแตกต่างกัน ซึ่งบางคุณลักษณะอาจมีผลต่อการวิจัยได้ เช่น อัตราการเผาผลาญ อาหารที่รับประทาน เป็นต้น

จากผลการวิจัยนี้ พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานต่ำ แม้ว่าจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด ไม่ได้มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานหรือทารกตัวโตแสดงให้เห็นว่ามาตรการการตรวจคัดกรองนี้ไม่สามารถใช้ได้จริงและยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น โดยในแต่ละครั้งที่สตรีตั้งครรภ์ต้องตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะมีค่าใช้จ่ายต่อคนประมาณ 40 บาท ตามราคาที่กรมบัญชีกลางกำหนด และหากมีการตรวจยืนยันจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นต่อคน ประมาณ 170 บาท นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเสียทรัพยากรและกำลังบุคลากรโดยไม่จำเป็น

และสิ่งที่พบในการวิจัยครั้งนี้ มีสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มวิจัยตรวจพบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2 คน โดยรายแรกได้มาตรวจหลังคลอดซ้ำผลของระดับน้ำตาลในเลือดปกติ รายที่สอง ไม่ได้มาตรวจซ้ำตามนัด จึงยังไม่ทราบว่าสตรีตั้งครรภ์รายนี้มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไรก็ตามทั้งสองรายนี้ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีปัจจัยใดที่ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเชิงลึกต่อไปและพัฒนาแนวทางการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. F.Gary Cunningham, MD, Kenneth J.Leveno,MD, Steven L.Bloom,MD, et al. Diabetes mellitus in Medical and surgical complications in Williams Obstetrics 25th edition. (p.1097-1117). United states: McGraw-Hill Education; 2018
2. Jasmine F Plows , Joanna L Stanley , Philip N Baker , Clare M Reynolds and Mark H Vickers. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus in International Journal of Molecular Sciences 2018, 19, 3342; doi:10.3390/ijms19113342; 2018.
3. Tiffany A. Moore Simas, MD, MPH, MEd, Molly E. Waring, PhD, Gina M. T. Sullivan, M D, et al. Institute of Medicine 2009 Gestational Weight Gain Guideline Knowledge: Survey of Obstetrics/Gynecology and Family Medicine Residents of the United States. National Institutes of Health, 40(4): 237-246. doi:10.1111/birt.12061; 2013.
4. Alison Tovar, Aviva Must, Odilia I. Bermudez, Raymond R. Hyatt, and Lisa Chasan-Taber, et al. The Impact of Gestational Weight Gain and Diet on Abnormal Glucose Tolerance During Pregnancy in Hispanic Women. Matern Child Health J. 2009 July ; 13(4): 520-530; 2009.
5. Monique M. Hedderson, PhD, Erica P. Gunderson, PhD, and Assiamira Ferrara, MD, PhD. Gestational Weight Gain and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2010 March ; 115(3): 597-604; 2010.
6. Carlos A. Carreno, M.D., Rebecca G. Clifton, Ph.D., John C. Hauth, M.D.,et al. (2012). Excessive Early Gestational Weight Gain And Risk of Gestational Diabetes Mellitus in Nulliparous Women. Obstet Gynecol. 2012 June ; 119(6): 1227-1233.
7. Wenjia Yang, Feifei Han, Xueying Gao, Yifei Chen, Linong Ji & Xiaoling Cai. (2017). Relationship Between Gestational Weight Gain and Pregnancy Complications or Delivery Outcome. Scientific Reports. 2017 Oct ; 7: 12531

การศึกษาการรับประทานปลาดิบในอาหารญี่ปุ่น (ซาชิมิ) และการป้องกันตนจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

THE STUDY OF EATING JAPANESE RAW FISH (SASHIMI) AND SELF PREVENTION LIVER FLUKE

ปานแก้ว รัตนศิลป์กัลชาญู* *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ** *นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ*
กาญจนา เหลืองอุบล*** *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.ขอนแก่น,*
*โรงพยาบาลร้อยเอ็ด**, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น****

รับบทความ: 1 พฤศจิกายน 2563
รับบทความที่แก้ไข: 29 ธันวาคม 2563
ตอบรับเพื่อตีพิมพ์ : 22 ธันวาคม 2563

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการรับประทานปลาดิบเป็นที่นิยมมากขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากรสชาติที่อร่อย ความแปลกใหม่และคุณค่าทางอาหารญี่ปุ่น แต่อย่างไรก็ตามการรับประทานปลาดิบมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียและพยาธิบางชนิด ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกลุ่มผู้ที่รับประทานปลาดิบ ทัศนคติในการรับประทานปลาดิบ และการป้องกันโรคที่มากับการรับประทานปลาดิบ ศึกษาในประชากรพื้นที่เทศบาลนครเมืองจังหวัดขอนแก่น และเทศบาลเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.75 เพศชายร้อยละ 40.25 มีช่วงอายุ 15-43 ปี ร้อยละ 77.5 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61 ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 36.75 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 68 จากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างไปรับประทานอาหารญี่ปุ่นในโอกาสต่าง ๆ เช่น งานสังสรรค์ ร้อยละ 80.25 ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้ในการป้องกันโรคในการบริโภคปลาดิบญี่ปุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63 (3.16±0.48) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าอาหารประเภทปลาดิบที่มีคุณภาพสูงสามารถกินดิบได้โดยไม่ติดพยาธิแน่นอน ร้อยละ 51 แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่าง

ไม่ทราบว่าเมนูปลาดิบ อิสุมิได คือปลานิล ที่เป็นปลาน้ำจืด ร้อยละ 62 ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น ร้อยละ 56 (2.79±1.2) และร้อยละ 45 (2.25±1.0) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ เชื่อว่าปลาดิบญี่ปุ่นบำรุงร่างกายและเป็นอาหารสุขภาพ ร้อยละ 52 และรับประทานแล้วไม่อ้วนซึ่งดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 44 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันนี้มีความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบในอาหารไทยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92 (4.58±0.25) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการรับประทานลาบปลาตะเพียนดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 98.5 ภาพรวมของทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย ร้อยละ 52 (2.12± 1.21) และ ร้อยละ 46 (2.3±1.9) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อย่อยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าสามารถติดโรคพยาธิใบไม้ในตับจากการรับประทานปลาน้ำจืดปรุงไม่สุก ร้อยละ 81.75 และไม่เห็นด้วยกับการรับประทานปลาส้มที่ปรุงใส่พริกมะนาวสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ในตับได้ ร้อยละ 82 แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เห็นด้วยว่าการกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบมีโอกาสเป็นพยาธิใบไม้ในตับ ร้อยละ 30 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติในการเลือกรับประทานปลาดิบญี่ปุ่นและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่มาจากปลาดิบน้ำจืด แต่บางส่วนที่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการติดพยาธิ เช่น ก้อย ลาบ ส้มตำปลาร้าดิบ ดังนั้นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและลงในรายละเอียดของชนิดอาหารจากปลาน้ำจืดและน้ำเค็มยังมีความสำคัญในประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถป้องกันโรคที่มาจากปลาดิบทั้งอาหารญี่ปุ่นและอาหารไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การรับประทานอาหารญี่ปุ่น ปลาดิบ พยาธิใบไม้ตับ อิสุมิได ปลานิล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม

Abstract

Presently eating raw fish is more popular in Thailand. Because of the delicious taste, novelty, and nutrition of raw fish. However, eating raw fish can cause a risk of infection with some bacteria and parasites. Therefore, this research aims to study the behavior and attitude of people who eat raw fish, and the prevention of diseases that come with eating raw fish. This study was observed 400 people living in the city municipality, KhonKaen Province and municipality, Roi Et province. The tools used in the study were the interview form. The statistics used for data analysis were descriptive in percentage and mean ± standard deviation. The samples were 59.75% female, 40.25% male, 77.5% aged between 15-43 years, 61% graduated with

a bachelor's degree, 36.75% worked in government service, and 68% lived in municipal areas. The survey found that the sample group usually goes to eat Japanese food on various occasions, such as parties, 80.25%. The analysis of knowledge of disease prevention in Japanese raw fish consumption showed a moderate level of 63% (3.16 ± 0.48). The sample group believed that the high quality of the raw fish might free from parasites, 51%. However, the sample group do not know that the Izumidai sashimi menu was made from tilapia, a freshwater fish, 62%. In the overview, the samples were found to have good attitudes and correct behaviors for disease prevention from Japanese raw fish, 56% (2.79 ± 1.2), and 45% (2.25 ± 1.0), respectively. The sample group believes that Japanese raw fish is nourishing and healthy, 52%, and the food does not cause obesity, which is good for health, 44%. Besides, this same sample group had a high level of knowledge in preventing liver fluke disease in Thai food, 92% (4.58 ± 0.25). The sample group agreed that eating raw LarbPla Carp can cause a risk of infection with liver fluke disease, 98.5%. The sample group had an overview of good attitudes and correct practice in the prevention of liver fluke disease 52%(2.12± 1.21) and 46% (2.3±1.9), respectively. The samples agreed that unripe freshwater fish could develop liver fluke disease, 81.75%, and did not agree with eating Plasom cooking with spicy and lemon juice can kill liver flukes. 82%. However, some of the samples did not agree that eating papaya salad with raw fermented fish can cause liver fluke, 30%. In conclusion, most of the sample has knowledge and attitudes in choosing to eat Japanese raw fish and knowledge about diseases caused by freshwater raw fish. However, some of them have eating behaviors that are at risk of infecting manu such as Koi, Laab, and Papaya Salad with fermented fish. Therefore, continual education deeply in detailing food cooking by freshwater fish and saltwater fish, is also important in Thailand to understand and effectively prevent the disease from raw fish both Japanese and Thai food.

Keywords: Eating Japanese food, raw fish, liver fluke, Izumidai, tilapia, knowledge, attitude, behavior

บทนำ

ปัจจุบันการดำรงชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมที่มีความเร่งรีบและวุ่นวายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของธุรกิจชีวิตส่วนตัว กอปรกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรจากวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ มาเป็นสังคมผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม การรับขนบธรรมเนียมประเพณี หรือแนวปฏิบัติรวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เข้ามาไม่มากก็น้อย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและโภชนาการของคนไทยทำให้เกิดพฤติกรรมการกินอาหารเปลี่ยนไปใน ชีวิตที่เร่งรีบกับความสะดวกและรวดเร็วในเวลาที่จำกัดเหลือเกินเห็นได้จากมีการเพิ่มขึ้นของร้านอาหารสำเร็จรูป ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารแบบสำเร็จรูป อาหารญี่ปุ่นเริ่มเป็นที่นิยมโดยทั่วไปในประเทศไทยตั้งแต่ประมาณก่อนหรือหลัง ค.ศ. 2000 ไม่นานนัก ซึ่งร้านอาหารญี่ปุ่นเริ่มเปิดให้บริการ ในปัจจุบันจากข้อมูลการสำรวจขององค์การส่งเสริมการค้าต่างประเทศของญี่ปุ่น[1] มีร้านอาหารญี่ปุ่นเปิดบริการอยู่ทั่วประเทศไทยจำนวน 2,346 ร้าน ในช่วงแรก ร้านอาหารญี่ปุ่นได้ปรับเปลี่ยนรสชาติเพื่อให้ถูกปากลูกค้าคนไทย อาหารญี่ปุ่นในประเทศไทยได้ก้าวผ่าน “ช่วงเวลาความนิยม”ไปสู่“ช่วงเวลาของการยอมรับความดั้งเดิมของญี่ปุ่น” จากการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลพื้นที่กรุงเทพมหานคร[1] ได้ข้อมูลผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีความชื่นชอบอาหารญี่ปุ่นมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 คือ อาหารญี่ปุ่นรสชาติดี 40.5% ผู้บริโภคคำนึงถึงสุขภาพ 28.5% และผู้บริโภครู้สึกว่าอาหารญี่ปุ่นสะอาดและใช้วัตถุดิบชั้นดี 10.5 % เมนูอาหารญี่ปุ่นที่ผู้บริโภคในกรุงเทพฯ ชื่นชอบมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 คือ ซาชิมิ (ปลาดิบ) และซูชิ 32% ตามด้วย ชาบูชาบู 13.6 % และสุกี้ยากี้ 10.4 % เมนูปลาดิบยอดนิยมทำมาจากเนื้อปลาทูน่า ปลาแซลม่อน ปลากะพงญี่ปุ่น เป็นต้น ในปี 2560 ได้มีเมนูปลาดิบสินค้าใหม่ “IZUMIDAI”คือปลา Tilapia หรือ “ปลานิล”ปลานิลเป็นปลาน้ำจืดที่ทนต่อทุกสภาพน้ำ แข็งแรง โตเร็ว เลี้ยงง่าย เนื้อมีรสดี ทำให้เป็นที่นิยม ในประเทศไทยมีเมนูอิสุมิได[2] หรือเนื้อปลานิล เริ่มจำหน่ายในร้านอาหารญี่ปุ่นในอยู่ในประเทศไทยในปี2557 โดยใช้ชื่อว่า เมนูปลาดิบอิสุมิได อยู่ในแพคเกจสีสันสวยงาม และในขอนแก่นมีข้อมูลของร้านอาหารญี่ปุ่นที่จดทะเบียนจำนวน 12 ร้าน มีเมนูปลาดิบยอดนิยมของคนไทยด้วยเช่นกัน และมีเมนูปลาดิบ “IZUMIDAI” ในเมนูของร้านจากข้อมูลผู้บริโภคพบว่าร้านค้าบางแห่งหลีกเลี่ยงการแจ้งข้อมูลว่าเมนูนี้คือเนื้อปลานิล บางแห่งแจ้งชนิดปลาไม่ตรงความจริง ถึงแม้จะยังไม่มีรายงานการพบพยาธิใบไม้ตับในปลานิล แต่ก็ถือว่าผู้บริโภคมีความเสี่ยงหากมีการนำเนื้อปลานิลดิบที่การเลี้ยงไม่ได้มาตรฐานมาทำเมนูอิสุมิได[2] จึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้ กอปรกับปัญหาการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ในตับที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดของประเทศไทย ชนิดที่ก่อให้เกิดโรคคือ *Opisthorchis viverrini*[19] พยาธิตัวเต็มวัยพบในท่อน้ำดีของคน สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาจืดเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียนที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้ม ปลาร้าดิบ

หรือส้มตำใส่ปลาร้าดิบที่มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน เมื่อคนรวมทั้งสุนัขและแมว ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับพยาธิใบไม้ตับจากการกินปลาดิบที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (Metacercaria) ตัวอ่อนจะเคลื่อนจากลำไส้สู่ท่อน้ำดี และพัฒนาเป็นตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในท่อน้ำดี และออกไข่ปนออกมากับอุจจาระลงสู่แหล่งน้ำ ตัวอ่อนจะไชออกจากไข่เข้าสู่หอยและพัฒนาเป็นตัวอ่อนระยะแรก (Cercaria) ซึ่งจะไชเข้าปลา เพื่อพัฒนาเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อเข้าสู่คนต่อไป[20] มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีถูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของโรค ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดในประเทศไทย จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากกว่าปีละ 28,000 คน หรือ 80 คนต่อวัน หรือมากกว่าร้อยละ 70 เป็นมะเร็งตับชนิดมะเร็งท่อน้ำดี เกือบร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลก หรือปีละ 600,00 คนซึ่งถือว่าสูงมาก สถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น[3] พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 63 (1,108 ราย) มะเร็งตับร้อยละ 18 (320 ราย) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ค่าใช้จ่ายในการรักษา (เฉพาะค่าผ่าตัด ICC) 80,000 บาท ต่อรายประมาณ 1,960 ล้านบาท/ปี จากการศึกษาของ ลีลาวดี[4] เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนพบว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาลรวม 145,649,850 บาท แบ่งออกเป็นต้นทุนด้านค่าแรง 46,545,924 บาท (ร้อยละ 31.95) ต้นทุนด้านวัสดุ 17,723,618บาท (ร้อยละ 12.16) และต้นทุนด้านลงทุน 81,425,308 บาท (ร้อยละ 55.89) อาจกล่าวได้ว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก มีรายงานการศึกษาพบว่าสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีเกี่ยวข้องกับประวัติการติดพยาธิใบไม้ตับและการติดซ้ำซาก โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข่พยาธิที่ตรวจพบ[5] ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา พบผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด คือกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป และ 45 - 54 ปีอัตราป่วย 1.4, 1.02 และ 0.79 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[6] ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ปี 2557 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุดถึงร้อยละ 84.2 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ความชุกเฉลี่ยร้อยละ16.9 โดยพบความชุกสูงสุดที่จังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 22.3 รองลงมาเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 18.9 จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 11 และจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 10.8 ข้อมูลปี 2559 พบความชุกเฉลี่ยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 10.96 จังหวัดที่พบความชุกสูงคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ15.7 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 13.24 จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 7.76 และจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 6.71[7] โดยอุบัติการณ์ของการติดพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นเป็นสัดส่วนสัมพันธ์กับกลุ่มที่อายุมากขึ้น สาเหตุของการติดพยาธิใบไม้ตับ[8] จากผลการศึกษาความชุกพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่

เกิดจากพฤติกรรมการกินปลาดิบและอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ปลาส้มดิบ ปลาเจ่าดิบ[9] ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของกลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารญี่ปุ่นประเภทปลาดิบ พร้อมด้วยศึกษาความรู้ของประชาชนเรื่องพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่เขตเทศบาลนครจังหวัดขอนแก่น และพื้นที่เขตเทศบาลเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ(ซาชิมิ)ในอาหารญี่ปุ่น และการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ทราบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น และปลาดิบไทย และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการเนินงานวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปลาดิบ อาหารญี่ปุ่น หมายถึง อาหารญี่ปุ่นชนิดหนึ่ง ทำด้วยเนื้อปลาทะเลสด แล่เป็นชิ้นบาง ๆ แต่ในงานวิจัยนี้ รวมถึงเนื้อปลานิล ที่เป็นปลาน้ำจืดของไทยด้วย เรียกเมนูนี้ว่าซาชิมิ

ปลาดิบ อาหารไทย หมายถึง อาหารไทยชนิดหนึ่ง เป็นปลาน้ำจืดมีเกล็ดขาวที่ทำให้ติดเชื้อโรค

พยาธิใบไม้ตับในคน เช่น ปลาซิว ปลาสร้อย ปลาขาว ปลาตะเพียน ปลากระดี่ ปลากลาย เป็นต้น อาจจะรับประทานสด หรือหมักตามกรรมวิถีชาวบ้าน

ทัศนคติ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือผลกระทบต่อการเป็นโรค และการปฏิบัติที่จะเกิดผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรค ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากการบริโภคปลาดิบในอาหารญี่ปุ่น และปลาดิบอาหารไทยของประชาชนพื้นที่เทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดร้อยเอ็ด

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจ การรับรู้ข้อเท็จจริงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และโรคจากการรับประทานปลาดิบอาหารญี่ปุ่น และปลาดิบอาหารไทย

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรเพศชายและหญิงที่เคยใช้บริการร้านอาหารญี่ปุ่นในพื้นที่เขตเทศบาลอำเภอเมืองร้อยเอ็ดมีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 200 คน และพื้นที่เขตเทศบาลนคร อำเภอเมือง ขอนแก่นมีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 200 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาด้านประชากรศาสตร์ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ พื้นที่อาศัย แลโอกาสในการไปรับประทานอาหารญี่ปุ่น โดยมีแบบสอบถามด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่มีรายละเอียดคำถามอย่างละ 5 ข้อ ทั้งด้านการป้องกันโรคจากการรับประทานซาชิมิ (อาหารญี่ปุ่น) และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากอาหาร

ไทยปลาร้าดิบ ปลาจ่อมดิบ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดในเดือนพฤศจิกายน 2562 และพื้นที่จังหวัดขอนแก่นในเดือนธันวาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้รับประทานอาหารญี่ปุ่น เกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และพื้นที่อาศัยในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้การรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ ปลาดิบไทย ตัวเลือก 5 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียวมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน (บุญธรรม กิจปรีดาสุทธิ์, 2527:63-64)[10] คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคในการบริโภคปลาดิบญี่ปุ่น และปลาดิบไทย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าโดยแยกออกเป็นคำถามของส่วนการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น และการป้องกันโรคจากปลาดิบไทย จำแนกเป็นส่วนทัศนคติจำนวนส่วนละ 5 ข้อ มีมาตราวัด 5 ระดับ และส่วนพฤติกรรม จำนวนส่วนละ 5 ข้อ มีมาตราวัด 5 ระดับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงทั้งประเมินและทิศทาง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	**คะแนน**
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

ทั้งนี้นำผลมาคำนวณเป็นร้อยละ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าร้อยละของคะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538:9)[11]

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
หมายถึง สูง
คะแนนร้อยละ 61 - 79
หมายถึง ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
หมายถึง ต่ำ

เกณฑ์การพิจารณาค่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ในภาพรวมของความรู้ ทัศนทัศนคติ และพฤติกรรม จำนวนส่วนละ 5 ข้อ จำแนกเป็นปลาดิบญี่ปุ่น และปลาดิบไทย (วิเชียร เกตุสิงห์)[11]

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความรู้ / ทัศนคติ / พฤติกรรมในระดับสูงที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความรู้ / ทัศนคติ / พฤติกรรมในระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความรู้ / ทัศนคติ / พฤติกรรมในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความรู้ / ทัศนคติ / พฤติกรรมในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความรู้ / ทัศนคติ / พฤติกรรมในระดับต่ำที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเสนอแบบสอบถามจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ 3 ท่าน ตรวจ

สอบความถูกต้อง และความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)ของแบบสอบถาม ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.74 แบบสอบถามด้านทัศนคติ 0.70 แบบสอบถามด้านการป้องกันโรค 0.76 โดยภาพรวมค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่า เท่ากับ 0.75

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยเรื่อง : การศึกษาการรับประทานอาหารญี่ปุ่นประเภทปลาดิบ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (DECLARATION HELSINK’S)โดยให้วิจัยข้างต้นได้ เลขที่ใบรับรอง RE 049 / 2562 รับรองวันที่ 22 สิงหาคม 2562

การดำเนินงานเก็บตัวอย่างโดยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้รหัสแทน ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่เกิดผลเสียแต่อย่างใด และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive research)วิเคราะห์ค่าร้อยละ (Percentage)ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.75 เพศชาย ร้อยละ 40.25 อายุระหว่าง 34 - 43 ปี ร้อยละ 28 รองลงมาคืออายุ 25 - 33 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.75 และอายุระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 22.75 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 61 รองลงมาการศึกษาระดับมัธยม/ปวช ร้อยละ 16.5 และระดับอนุปริญญา/ปวส ร้อยละ 13 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 36.75 รองลงมาประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่นฟรีแลนด์ ร้อยละ 33.5 และอาชีพรับจ้าง 16.75 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 40,345 บาท ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 68 รองลงมาอาศัยอยู่ในเขต อบต. ร้อยละ 32 ครอบครัวจะรับประทานอาหารญี่ปุ่นในโอกาสต่าง ๆ เช่นสังสรรค์ ฉลองยอดขาย ร้อยละ 80.25 รองลงมาอื่นๆ งานเลี้ยงบริษัท เลี้ยงลูกน้อง ฉลองยอดขาย ร้อยละ 16.75 และเป็นอาหารประจำวันในครอบครัว ร้อยละ 3 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	SD
เพศ			SD = 0.49
ชาย	161	40.25	
หญิง	239	59.75	
อายุ	จำนวน	ร้อยละ	SD = 1.26
15 - 24 ปี	91	22.75	
25 - 33 ปี	107	26.75	
34 - 43 ปี	112	28	
44 - 53 ปี	51	12.75	
54 - 63 ปี	36	9	
64 ปี - ขึ้นไป	3	0.75	
Min : Max	18 : 67		
การศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	SD = 0.93
ประถมศึกษา	11	2.75	
มัธยมศึกษา/ ปวช	66	16.5	
อนุปริญญา / ปวส	52	13	
ปริญญาตรี	244	61	
สูงกว่าปริญญาตรี	27	6.75	
การประกอบอาชีพ	ร้อยละ	จำนวน	SD = 1.11
เกษตรกรรม	10	2.5	
รับจ้าง	67	16.75	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	42	10.5	
รับราชการ	147	36.75	
อื่น ๆ	134	33.5	
ในรอบปีที่ผ่านมารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนโดยประมาณ	40,345 บาท		
ที่อยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ	SD = 0.47

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	SD
เขตเทศบาล	272	68	
เขต อบต	128	32	
ครอบครัวของท่านหรือตัวท่านไปรับประทานอาหารญี่ปุ่นในโอกาสใด	จำนวน	ร้อยละ	SD = 0.34
เป็นอาหารประจำวันในครอบครัว	12	3	
ฉลองในงานต่าง ๆ เช่น งานบุญ สังสรรค์	321	80.25	
อื่น ๆ เช่น งานเลี้ยงบริษัท	67	16.75	

ส่วนที่ 2 ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคในการบริโภคปลาดิบญี่ปุ่น

ภาพรวมระดับความรู้การป้องกันโรคจากการบริโภคปลาดิบญี่ปุ่น พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63 (253 คน) รองลงมาคือความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29 (116 คน) และระดับต่ำ ร้อยละ 8 (31 คน) (คะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 3.16, S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า อาหารญี่ปุ่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่นๆ ร้อยละ 82.75 รองลงมาคือ เมนูปลาดิบญี่ปุ่น “อิสุมิได”เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่น ๆ ร้อยละ 81.25 ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างไม่รู้จัก ปลาดิบ “อิสุมิได” เป็นปลาน้ำจืด ปลานิลของไทย ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ อาหารประเภทปลาดิบมีมาตรฐานสูงสามารถกินดิบได้โดยไม่ติดพยาธิแน่นอน ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ภาพรวมของทัศนคติการป้องกันโรคในการบริโภคปลาดิบญี่ปุ่นส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคที่ดี โดยมีทัศนคติในการไปรับประทานปลาดิบญี่ปุ่นระดับต่ำ ร้อยละ 56 (224 คน) รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39 (157 คน) และทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 5 (19 คน) ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ = 2.79, S.D.= 1.2) เมื่อพิจารณารายข้อทัศนคติ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความเห็นว่า ซาสึมิหรือปลาดิบญี่ปุ่นที่เป็นปลาทะเลปลอดภัยจากพยาธิแน่นอน ร้อยละ 61 รองลงมาคือ ไปรับประทานอาหารญี่ปุ่นเพราะแพคเกจน่ารัก รสชาติอร่อยและปลอดภัย ร้อยละ 57 และปลาดิบญี่ปุ่นรับประทานได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ปลอดภัยไม่เป็นโรคพยาธิต่างๆ ร้อยละ 44 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ภาพรวมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคจากการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่นพบว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องโดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45 (180คน) รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 43 (173คน) และระดับระดับสูง ร้อยละ 9 (48 คน) ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย $\overline{X}$ =2.25, S.D.= 1.0) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มเป้าหมายรับประทานอาหารญี่ปุ่นเฉลี่ยสัปดาห์ละครั้งและรับประทานปลาดิบที่ร้านอาหารญี่ปุ่นเพื่อทดสอบรสชาติ ร้อยละ 46 รองลงมาคือ

รับประทานอาหารญี่ปุ่น ประเภทเมนูซาชิมิ และซูชิ มากที่สุด ร้อยละ 45 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ส่วนที่ 3 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปลาดิบไทย

ด้านความรู้การป้องกันโรคจากปลาดิบอาหารไทย พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 92 (366 คน) รองลงมาความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 6 (25 คน) และความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 2 (9คน) (ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 4.58S.D.= 0.25) เมื่อพิจารณารายข้อ กลุ่มเป้าหมายตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 98.5 คือลาบปลาตะเพียนดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ รองลงมาคือ การรับประทานก้อยหอยดิบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 91.75 และคนเคยกินปลาน้ำจืดปรุงไม่สุก มีโอกาสเป็นพยาธิใบไม้ตับทุกคน ร้อยละ 81.75 ส่วนคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบได้น้อยมากที่สุด คือ ลาบปลานิล เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.75 รองลงมาคือ ปลานิลที่ย่างไม่สุกเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่นๆ ได้ ร้อยละ 8.75 (ตารางที่ 5)ด้านทัศนคติการป้องกันโรคในปลาดิบไทย พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคที่ต่ำร้อยละ 52 (205 คน) รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 32 (133 คน) และระดับดี ร้อยละ 16 (61 คน) ตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$ = 2.12,S.D.= 1.21) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มเป้าหมาย เห็นด้วยกับการส้มตำใส่ปลาร้าดิบ มีโอกาสเป็นพยาธิ ใบไม้ตับ ร้อยละ 30 รองลงมา เห็นด้วยว่าการรับประทานปลาสุกด้วยความร้อน สามารถป้องกันการเกิดพยาธิใบไม้ตับได้ ร้อยละ 24 และคนที่รับประทานปลาส้มดิบปรุงใส่มะนาว พริกขี้หนู เผ็ด ๆ สามารถฆ่าเชื้อพยาธิใชไม้ตับให้ตายได้ ร้อยละ 24 ตามลำดับ (ตารางที่ 6) ภาพรวมด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคจากปลาดิบไทยพบว่ามีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติที่น้อย ร้อยละ 46 (184 คน) รองลงมามีพฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 (114 คน) และพฤติกรรมระดับสูง ร้อยละ 22.5 (102 คน) (ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ =2.3, S.D.= 1.29) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ปรุงอาหารประเภทก้อยปลาดิบจากปลาเกล็ดขาว เช่น ลาบปลากราย ลาบตะเพียน เป็นต้น ร้อยละ 14 รองลงมาคือ ทานปลาร้าบองหรือแจ่วเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 25 และ ประกอบอาหารจากปลาร้าและปลาส้ม โดยรับประทานรับประทานทั้งสุกและดิบ ที่บ้าน ร้อยละ 28 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้การป้องกันโรคจากการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น

ระดับความรู้การป้องกันโรคในปลาดิบญี่ปุ่น	จำนวน	ร้อยละ
สูง	116	29
ปานกลาง	253	63
ต่ำ	31	8
$\bar{X}$ = 3.16 S.D.= 0.48	400	100
ความรู้: ปลาดิบญี่ปุ่น	**ตอบถูก**	**ร้อยละ**
1. ปลาอิสุมิได เป็นปลานิลของไทย	152	38
2. อาหารประเภทปลาดิบญี่ปุ่น เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ	250	62.5
3. อาหารประเภทปลาดิบญี่ปุ่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่นๆ	331	82.75
4. ปลาดิบญี่ปุ่นเมนูอิสุมิได เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่นๆ	325	81.25
5. อาหารประเภทปลาดิบมีมาตรฐานสูงสามารถกินดิบได้โดยไม่ติดพยาธิแน่นอน	206	51.5

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น

ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคในปลาดิบญี่ปุ่น			จำนวน	ร้อยละ
ดี			19	5
ปานกลาง			157	39
ต่ำ			224	56
$\bar{X}$ = 2.79 S.D.. = 1.2			400	100
ทัศนคติ: ปลาดิบญี่ปุ่น	**ค่าเฉลี่ย**	**S.D.**	**%**	**ระดับทัศนคติ ทัศนคติ**
1. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ซาสึมิ หรือปลาดิบญี่ปุ่นที่เป็นปลาทะเลปลอดภัยจากพยาธิแน่นอน	3.05	1.03	61	ปานกลาง
2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การบริโภคปลาดิบญี่ปุ่นในร้านที่สะอาดเชื่อถือได้ จะทำให้ปลอดภัยจากพยาธิแน่นอน	2.80	1.84	56	น้อย
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ปลาดิบญี่ปุ่นรับประทานได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ปลอดภัยไม่เป็นโรคพยาธิต่างๆ	2.68	1.09	44	น้อย

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น (ต่อ)

ทัศนคติ: ปลาดิบญี่ปุ่น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	%	ระดับทัศนคติ ทัศนคติ
4. ท่านไปรับประทานอาหารญี่ปุ่น เพราะแพคเกจน่ารัก รสชาติอร่อย และปลอดภัย	2.85	1.20	57	น้อย
5.ท่านเห็นด้วยว่าการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น เชื่อว่าเพิ่มพลังบำรุงร่างกาย และเป็นอาหารสุขภาพ	2.58	1.11	52	น้อย

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น

ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคในปลาดิบญี่ปุ่น	จำนวน	ร้อยละ
ดี	19	5
ปานกลาง	157	39
ต่ำ	224	56
$\overline{X}$ = 2.79 S.D.. = 1.2	400	100

พฤติกรรม : ปลาดิบญี่ปุ่น	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ระดับพฤติกรรม
1. ท่านรับประทานอาหารญี่ปุ่นเฉลี่ยสัปดาห์ละครั้ง	2.31	0.89	46	ปานกลาง
2. ท่านไปรับประทานปลาดิบที่ร้านอาหารญี่ปุ่น เพื่อทดสอบรสชาติ	2.32	1.03	46	ปานกลาง
3. ท่านไปรับประทานอาหารญี่ปุ่นช่วงวันหยุด วันเสาร์ - วันอาทิตย์	2.18	0.97	44	น้อย
4. ท่านรับประทานอาหารญี่ปุ่น เนื่องจากทานแล้วไม่อ้วนดีต่อสุขภาพ	2.22	1.07	44	น้อย
5. ท่านไปรับประทานอาหารญี่ปุ่น ประเภทเมนูซาซิมิ และซูชิ มากที่สุด	2.23	1.05	45	น้อย

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย

ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคในปลาดิบญี่ปุ่น	จำนวน	ร้อยละ
สูง	366	92
ปานกลาง	25	6
ต่ำ	9	2
$\overline{X}$ = 4.58 S.D. = 0.25	400	100
ความรู้ : ปลาดิบไทย	**ตอบถูก**	**ร้อยละ**
1. ลาบปลาตะเพียนดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ	394	98.5
2. ลาบปลานิล เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ	23	5.75
3. ปลานิลที่ย่างไม่สุก เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิอื่น ๆ ได้	35	8.75
4. การรับประทานก้อยหอยดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	367	91.75
5. คนเคยกินปลาน้ำจืดปรุงไม่สุก มีโอกาสเป็นพยาธิใบไม้ตับทุกคน	327	81.75

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย

ระดับทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย			จำนวน	ร้อยละ
ดี			61	16
ปานกลาง			133	32
ต่ำ			205	52
$\overline{X}$ = 2.12 S.D. = 1.21			400	100
ทัศนคติ :ปลาดิบไทย	**ค่าเฉลี่ย**	**SD**	**%**	**ระดับทัศนคติ**
1. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การรับประทานปลาสุกด้วยความร้อน สามารถป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้	2.23	1.30	24	น้อย
2. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า คนที่รับประทานปลาประเภทปลาเกล็ดขาวสุกๆ ดิบๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ	2.20	1.22	24	น้อย

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย (ต่อ)

ทัศนคติ :ปลาดิบไทย	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ระดับทัศนคติ
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การรับประทานปลาส้มดิบที่ปรุงใส่มะนาว พริกขี้หนูเผ็ดๆ สามารถฆ่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้ตายได้	1.9	1.22	18	น้อย
4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ปลาที่ขอดเกล็ดสะอาด รับประทานดิบได้ ไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ	1.8	1.05	16	น้อย
5. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า การกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ	2.5	1.37	30	น้อย

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย

ระดับทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากปลาดิบไทย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	102	25.5
ปานกลาง	114	28.5
ต่ำ	184	46
$\overline{X}$ = 2.3 S.D. = 1.29	400	100

พฤติกรรม : ปลาดิบไทย	ค่าเฉลี่ย	SD	%	ระดับพฤติกรรม
1.ท่านรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ใส่ปูดิบเพราะอร่อย รสชาติดี	3.07	1.42	38	น้อย
2.ท่านมักจะซื้ออาหารประเภทปลาร้า ปลาส้มมารับประทานในครอบครัว	2.53	1.22	31	น้อย
3.ท่านประกอบอาหารจากปลาร้าและปลาส้มโดยรับประทานรับประทานทั้งสุกและดิบที่บ้าน	1.99	1.22	28	น้อย
4.ท่านปรุงอาหารประเภทก้อยปลาดิบจากปลาเกล็ดขาว เช่น ลาบปลากราย ลาบตะเพียน เป็นต้น	1.61	0.99	14	น้อย
5.ท่านทานปลาร้าบอง หรือแจ่วเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.26	1.25	25	น้อย

บทสรุป และอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.75 กลุ่มอายุ 34-43 ปี ร้อยละ 28 รองลงมากลุ่มอายุ 25-33 ปี ร้อยละ 26.75 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,345 บาท อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 68 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของรุ่งทิวา ดุษฎีเชษฐากุล[12] ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมผู้บริโภคในการเลือกร้านอาหารญี่ปุ่นในตัวเมืองเชียงราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสัมภาษณ์เป็นเพศหญิง และจะมารับประทานในโอกาสต่าง ๆ ร้อยละ 80.25 และรับประทานอาหารญี่ปุ่นนานๆครั้ง ร้อยละ 72.75 ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลสรณ์ โคกราน.[13] พฤติกรรมการบริโภคอาหารญี่ปุ่นของผู้บริโภคในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ได้ผลการศึกษาว่า ผู้มารับประทานอาหารญี่ปุ่นส่วนใหญ่นั้นอยู่ในช่วงอายุ 16-25 ปีร้อยละ 21.6 และ ช่วงอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 18.3 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 36.2 อาชีพส่วนใหญ่กลุ่มอาชีพเป็นพนักงานเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 30.7 รองลงมาคืออาชีพข้าราชการ ร้อยละ 22.6 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25,001 - 35,000 บาท และความถี่ในการรับประทานอาหารญี่ปุ่นนานๆ ครั้ง ร้อยละ 28.6

ส่วนที่ 2 ความรู้การป้องกันโรคในปลาดิบญี่ปุ่นและปลาดิบไทย

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองส่วนใหญ่มีความรู้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง (ตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ ประสมรักษ์[14] ผลงานวิจัยเปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันในประชาชนกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหล่งน้ำชุมชนและชุมชนเมือง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปจังหวัดยโสธรในเขตชนบทพบความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง แต่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่ากลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง

ผลการศึกษาความรู้การป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้จักปลาดิบเมนู “อิสุมิได” (ตารางที่ 2) (IZU-MIDAI) ซึ่งเป็นเมนูเนื้อปลานิล (ปลาน้ำจืด) จากการค้นคว้าข้อมูลของเมนู อิสุมิไดจากเพจ Kensakushopร้านซูชิ ที่เป็นร้านอาหารญี่ปุ่น (Kensakushop)[2] กล่าวว่า ประเทศผู้ผลิตปลานิลเพื่อทานดิบมีทั้งอเมริกา ยุโรป แอฟริกา และไต้หวัน การเลี้ยงมีทั้งแบบเลี้ยงในบ่อดินไปจนถึงบ่อพลาสติกขนาดใหญ่ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเขามีการควบคุมเรื่องการปนเปื้อน โรค และระบบน้ำอย่างเข้มงวด สินค้าเขาถึงกับเป็นที่ยอมรับจากอเมริกาและสหภาพยุโรปเพื่อนำไปใช้ในร้านอาหารญี่ปุ่นพวกซูชิได้ มาเป็น Pack vacuum แช่แข็งทำให้ง่ายต่อการจัดเก็บและสะดวกใช้สำหรับพ่อครัวถุงในสมัยนี้ แถมราคาไม่แพง ชื่อแปลกใหม่ โดนใจร้านอาหารในไทยที่อยากได้อะไรใหม่ๆดี ๆ แต่ต้นทุนต่ำแต่สิ่งที่กลัว คือ ความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบต่อผู้รับประทาน ถ้าหากกลายเป็นว่าเอาปลานิลบ้าน ๆ จากบ่อหนองคลองบึงมาแล่ขายเป็นปลาดิบ

ถึงแม้ว่าไม่มีรายงานว่าในปลานิลมีพยาธิใบไม้ตับแต่จากการศึกษาของ ชนกนต์ จิตมนัส[15] เรื่องโรคปลานิลพบว่าปลานิลมีปรสิต และการติดเชื้อแบคทีเรีย ที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกายผู้บริโภคดิบๆ ได้

ส่วนที่ 3 ทัศนคติการป้องกันโรคจากปลาดิบญี่ปุ่น และปลาดิบไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคที่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติในการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น ระดับต่ำ ร้อยละ 56 ถึงแม้ว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าสี่หมื่นบาทประกอบด้วยอาชีพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อคิดเปอร์เซ็นต์แล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 มีทั้งรับราชการ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และอื่น ๆ เช่นฟรีแลนด์ ขายของออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชลสรณ์ โคกราน[13] ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารญี่ปุ่นของผู้บริโภคในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี ว่าผู้บริโภคจะไปรับประทานอาหารญี่ปุ่นนาน ๆ ครั้ง และปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ที่มีความสดใหม่ของอาหาร รสชาติดี และสอดคล้องกับข้อคำถามของวิจัยคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับต่ำ ร้อยละ 61 ว่าซาสึมิ หรือปลาดิบญี่ปุ่นที่เป็นปลาทะเลปลอดภัยจากพยาธิแน่นอน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติการป้องกันโรคต่อปลาดิบไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในปลาดิบไทยในระดับต่ำ โดยมีทัศนคติในการรับประทานปลาดิบไทยในระดับต่ำ ร้อยละ 52 เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุดคือ ปลาที่ขอดเกล็ดสะอาด รับประทานสุกไม่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16 รองลงมาการรับประทานปลาส้มดิบที่ปรุงใส่มะนาวพริกขี้หนูเผ็ดๆ สามารถฆ่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้ตายได้ร้อยละ 18 แต่ยังมีกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่นิยมทานปลาสุกด้วยความร้อน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคจากการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น และปลาดิบไทย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคจากปลาดิบ โดยมีระดับทัศนคติในการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับประทานปลาดิบญี่ปุ่นเพื่อทดสอบรสชาติ ร้อยละ 46 มีข้อสังเกตว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ ไปรับประทานดิบญี่ปุ่นประเภทเมนูซาชิมิ และซูชิ ร้อยละ 46 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของวรเมธ อุปการ[18] ศึกษาทัศนคติการบริโภคปลาดิบของคนไทยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่มีผลการศึกษาว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่นิยมบริโภคซาซิมิ (ปลาดิบ) แซลมอน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75.3 เหตุผลที่บริโภคปลาดิบ ชอบรสชาติของปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 31.5 แต่มีความถี่ในการไปบริโภคปลาดิบคือ นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 37.8 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้คือกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะไปรับประทานปลาดิบเฉลี่ยสัปดาห์ละครั้งร้อยละ 46 และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายเดียวกับเมื่อพิจารณาการรับประทานปลาดิบไทย ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่ามีระดับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการรับประทานดิบในระดับต่ำ ร้อยละ 46 เมื่อพิจารณารายข้อแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติระดับต่ำ ร้อยละ 14 ในหัวข้อย่อยเรื่องปรุงอาหารประเภทก้อยปลาดิบจากปลาเกล็ดขาว เช่น ลาบปลากราย ลาบปลาตะเพียน เป็นต้น และทานปลาร้าบอง หรือแจ่ว ประจำทุกสัปดาห์ในระดับต่ำ ร้อยละ 25 แต่ยังมีประชาชนที่มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องโดยรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ปูดิบ เพราะอร่อย รสชาติดี ร้อยละ 38

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติในการเลือกรับประทานปลาดิบญี่ปุ่นและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่มาจากปลาดิบน้ำจืด แต่บางส่วนที่มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการติดพยาธิ เช่น ก้อย ลาบ ส้มตำปลาร้าดิบ ดังนั้นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องและลงในรายละเอียดของชนิดอาหารจากปลาน้ำจืดและน้ำเค็มยังมีความสำคัญในประเทศไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถป้องกันโรคที่มาจากปลาดิบทั้งอาหารญี่ปุ่นและอาหารไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคควรมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

- ตรวจสอบร้านอาหารญี่ปุ่นที่จดทะเบียนการค้า ด้านสุขอนามัย ด้านสถานที่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในร้าน และสิ่งสำคัญคืออาหารทั้งปรุงสุกและปรุงดิบ ได้ดำเนินการตามมาตรฐานหรือไม่ พร้อมสุ่มตรวจตัวอย่างอาหารสถานที่

- ตรวจสอบร้านแผงลอยที่ขายอาหารญี่ปุ่น เรื่องความสะอาดของสถานที่วัตถุดิบของอาหาร และสุ่มตรวจตัวอย่างอาหาร

- ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานราชการต่าง ๆ และจัดให้มีการออกเสียงตามสาย มีรายการแจกของรางวัลเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มผู้บริโภคอาหารญี่ปุ่นและอาหารไทยประเภทปลาร้า สามารถเข้าถึงและจดจำได้ และปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมทั้งมีทัศนคติที่ถูกต้องและดีงาม

2. สถานศึกษาควรบรรจุหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับ และการป้องกันโรค ในทุกระดับชั้น รวมทั้งให้ความรู้เรื่องชนิดของปลาดิบทั้งปลาทะเล และปลาน้ำจืดในประเทศไทยที่ร้านนำมาประกอบอาหาร

3. ระดับกระทรวงควรมีการประสานงานกันของกระทรวงการค้า กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงพาณิชย์ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคที่มากับอาหารและน้ำ เพื่อให้ได้แนวทาง (SOP) การประสานงานระดับเครือข่ายและการดำเนินงานที่ถูกต้องและไม่ทับซ้อนกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยศึกษาการรับประทานปลาดิบญี่ปุ่น และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้รับความกรุณาจากท่านอาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัธคพัชพ รัตนพิทูลย์ นักวิจัยศูนย์วิจัยโรคปรสิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และ นางอรนาถ วัฒนวงษ์ หัวหน้ากลุ่มหนอนพยาธิ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้คำปรึกษาแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. ฉิราซิ ซูชิ. จากญี่ปุ่น “อาหารญี่ปุ่นอาหารยอดนิยม” ฉบับที่ 1 / 2559 [ระบบออนไลน์]. [วันที่สืบค้น 13 มีนาคม 2563] แหล่งที่มา https://www.th.emb-japan.go.jp/th/jis/publ/59_1.pdf. 2559.
2. Kensakushop· ร้านซูชิ. อิสุมิได คืออะไร. [ระบบออนไลน์]. [วันที่ค้นข้อมูล:8 กันยายน 2563]. แหล่งที่มา https://www.facebook.com/kensakushop/posts/1559804830775694/.
3. โรงพยาบาลศรีนครินทร์. The National and International Graduate Research Conference. 2016.
4. ลีลาวดี พิริยะตระกูลและคณะ. การศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจากการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี. 2556.
5. Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P, KaewkesS, Mairiang E, Loukas A, et al. Opisthorchiasisand Opisthorchis-associatedcholangiocarcinomain Thailand and Laos. Acta Trop; 2011. 120(suppl 1):158-68.
6. ธนพร หล่อปิยานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค. นนทบุรี. สำนักระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข. 2552.
7. กระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยขอนแก่นและภาคีเครือข่าย. แนวทางทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปีในพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษาตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559-2568. 2559.
8. Tomokawa S, Kobayashi T, Pongvongsa T, Nisaygnang B, Kaneda E, Honda S, et al. Risk factors for Opisthorchisviverrini infection among school children in Lao PDR. May; 2012. 43(3):574-85
9. บรรจบ ศรีภา. อุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. วิทยาลัยสำนักบริหารการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550. 2(3): 13 – 5
10. บุญธรรม กิจปรีดาสุทธิ์. ความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ. 2527.
11. วิเชียร เกตุสิงห์, การสร้างเสริมสุขภาพ. 2538.

12. รุ่งทิวา ดุษฎีเชษฐากุล. พฤติกรรมผู้บริโภคในการเลือกร้านอาหารญี่ปุ่นในอำเภอเมืองเชียงราย. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. สาขาการตลาด. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2522.
13. ชลสรณ์ โคกราน. พฤติกรรมการบริโภคอาหารญี่ปุ่นของผู้บริโภคในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี. การค้นคว้าอิสระส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรบริธุรกิจมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี. 2552.
14. ประเสริฐ ประสมรักษ์, เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน ในประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหล่งน้ำชุมชนชนบทและชุมชนเมือง(ออนไลน์), [วันที่สืบค้น 7 กันยายน2563]. 2552. แหล่งที่มา http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=2401.
15. ชนกนต์ จิตมนัส. โรคปลานิล. เชียงใหม่สัตวแพทยสาร. 2556. 11(1): 75 – 86.
16. ชนกนต์ จิตมนัส และคณะ. แบคทีเรียที่แยกจากปลานิลซึ่งเลี้ยงในระบบต่างกันบริเวณหมู่บ้านแม่แก้ด จังหวัดเชียงใหม่. ภาควิชาเทคโนโลยีการประมง คณะผลิตกรรมการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้. เชียงใหม่. 2550.
17. ประเสริฐ สายเชื้อ. ซูชิ และซาชิมิ : การปนเปื้อนของแบคทีเรียและหนอนพยาธิแนวทางการป้องกัน. 2557.
18. Domingo JL. Omega-3 fatty acids and the benefits of fish consumption: Is all that glitters gold?. 2007. Environment; 33 : 993-8.
19. วรเมธ อุปการ. ทัศนคติการบริโภคปลาดิบของคนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. บทความวิชาการค้นคว้าอิสระ คณะบริหารธุรกิจ. 2561. [วันที่สืบค้น 9 ตุลาคม 2563] สืบค้นจาก http://www.ba-abstract.ru.ac.th/index.php/abstractData/ index.ru?AbstractDataModel_sort= year&AbstractDataModel_page=10.
20. Wykoff D. E., Harinasuta C., Juttijudata P., Winn M.M..“OpisthorchisviverriniinThailandthe life cycle and comparison with O.felineus”.J Parasitol. 1965. 51: 207–214.
21. ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ความสำคัญของพยาธิใบไม้ตับและปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย. [ออนไลน์]. 2549. [วันที่สืบค้น 25 ตุลาคม2563]. แหล่งที่มา https://home.kku.ac.th/liverfl/2008/postdetail_print.php?contentsid=164.

พิมพ์ที่ : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์
64-66 ถ.รื่นรมย์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ / แฟกซ์ : 043-221938
Email : khonkaenprint@yahoo.com