



วารสารการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2558 : Vol 5 No. 1 January - June 2015

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2558 : Vol 5 No. 1 January - June 2015



ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ISSN 2228-9410



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ภักดี	เลิศเรืองปัญญา	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
ทันตแพทย์วุฒิชัย	ชุมพลกุล	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาความร่วมมือ ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนพ
----------------	-------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

น.ส.กิงพิกุล	ชำนาญคง	นายกฤษณะ	จตุรงค์ศรีศรี
--------------	---------	----------	---------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์	สื่อรุ่งเรือง	นางกฤษณา	กาเผือก
-----------------	---------------	----------	---------

กองบรรณาธิการ

นางปิยพร	เสาร์สาร	รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิวัชรโรจน์
นางอโนชา	วิบูลากร	ทพ.ดร.แมนสรวง	วงศ์อภัย
น.ส.วิภาพร	เตชะสรพัศ	ดร.ธัญญภรณ์	ใจมั่ง
น.ส.พิมพ์ภาภรณ์	พรหมใจ		

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938
เว็บไซต์ <http://203.157.71.180/hpc10research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพระ พรี – เพรส 242/2 ถ. มณีนพรัตน์ ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053 – 210816, 053 – 226410, 089 – 4310468 โทรสาร 053 – 404397
E – mail : pattrar@hotmail.com เว็บไซต์ www.pattrara.com



สารบัญ

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2558

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม กับภาวะโลหิตจางและการฝากครรภ์ที่ครอบคลุมมีส่วนร่วม จากสถิติคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556	1
น.พ. สุรพันธ์ แสงสว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่กินนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	11
พ.ญ. ภคมน เชาว์ศิลป์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	
ความชุกและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กในภาวะโลหิตจางในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	21
พญ. ปิยาภา วงศ์หล้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	
การศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง ณ วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	34
อุมพร นิมตระกูล กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	
ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโดยกลุ่มบูรณาการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด จังหวัดพะเยา	47
เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	
การศึกษาเรื่อง วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพะเยา	62
ปิยพร ผดุงวงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	
การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น : ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่	75
พรณี พิณตานนท์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	89
วัลยา ชำหา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม กับภาวะโลหิตจางและการฝากครรภ์
ที่ครอบครัวมีส่วนร่วม จากสถิติคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

Low Birth Weight and Anemia in Family Involvement Antenatal Care: Health Promoting
Hospital Birth Statistics 2013 Review

สุรพันธ์ แสงสว่าง**

อัจฉรา วโรภาส *

สุทธิลักษณ์ ก้อนแก้ว *

รัชนิวรรณ จารุเลิศพงศ์ *

** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10
เชียงใหม่

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดกระบวนการฝากครรภ์ ตั้งแต่การให้คำปรึกษาแบบคู่ โรงเรียนพ่อแม่ การฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอด ตามแนวทางของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight, LBW) เป็นตัวชี้วัดหนึ่งตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยในปี พ.ศ. 2554-2556 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่มี LBW ร้อยละ 6.8-6.9 แต่ที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมาย LBW ไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอดมีชีวิต โลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่สำคัญในสตรีมีครรภ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

จุดประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการฝากครรภ์ โลหิตจางขณะตั้งครรภ์ กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จากสถิติคลอดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

วิธีการวิจัย: การศึกษาวิจัยข้อมูลย้อนหลังจากสถิติคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 – 30 กันยายน พ.ศ. 2556) มีการเกิดมีชีวิตทั้งหมด 1,557 ราย (รวมการตั้งครรภ์แฝด 7 คู่ มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 8 ราย) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ คือ การมีส่วนร่วม

ร่วมของครอบครัวในโครงการฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดจากการเจาะเลือดครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์และจากการเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ผลการวิจัย: มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 106 ราย จากการเกิดมีชีวิตทั้งหมด 1,557 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.81, สตรีมีครรภ์ที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการขณะฝากครรภ์ทั้งหมดจำนวน 338 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.55, สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดจำนวน 452 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.62, สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ทั้งหมดจำนวน 420 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14, แต่สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเฉพาะเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์โดยที่เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่มีโลหิตจาง มีจำนวน 196 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.57

สรุป: การมีส่วนร่วมของครอบครัวในโครงการฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่ต่ำลง โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่สูงขึ้น แต่โลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของครอบครัว กับโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลร่วมของทั้ง 2 ปัจจัยต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

Abstract

Background: Health Promoting Hospital has encouraged family to take part in the antenatal care (ANC) process; consisting of couple counseling, school for parents, parturient attending care practice of husband. LBW, one of the indicators for family love-bonding hospital, mostly have never ever attained the goal (less than 7% of live birth). Along with LBW, anemia is another important medical complication during ANC, and correlation between both of them has long been known.

Objective: To study the correlation of the family involvement in ANC process, anemia and LBW.

Methods: Health Promoting Hospital 1,557 live birth (including 7 twins and 8 maternal HIV/AIDS) statistics in the year 2013 (October 1, 2012-September 30, 2013) were reviewed. The numbers and percentages of the family-involvement cases in ANC process, anemia and LBW were compared.

Results: There were 106 newborns, weighed less than 2,500 g, from 1,527 live births. That is 6.94% LBW. There were 338 cases of family involvement in ANC process, resulting in 12 LBW cases, 3.55%. There were 452 cases of anemia at 1st ANC, resulting in 48 LBW cases, 10.62%. There were 420 cases of anemia after 32 gestational weeks, resulting in 30 LBW cases, 7.14%. Interestingly, there were 196 cases of anemia, after 32 gestational weeks but no anemia at 1st ANC, resulting in 7 LBW cases, 3.57%.

Conclusion: The family involvement in ANC process correlated favorably with lowering percentage of LBW. Anemia at first ANC correlated to high percentage of LBW. But anemia only after 32 gestational weeks did not correlate with LBW. The family involvement and anemia during ANC need the further study of their both management impact on LBW outcome.

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดกระบวนการฝากครรภ์ ตั้งแต่การให้คำปรึกษาแบบคู่ โรงเรียนพ่อแม่ การฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอด ตามแนวทางของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป็นตัวชี้วัดหนึ่งตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยมีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7 ของการคลอดมีชีวิตรอด แต่จากสถิติคลอดของประเทศไทยการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน^[1] (อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมของประเทศไทย ร้อยละ 8.8, 8.6, 8.1, 8.2, และ 8.4 ในปี พ.ศ. 2551, 2552, 2553, 2554, และ 2555 ตามลำดับ^[2,3]) จากสถิติคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.87, 6.80, และ 6.81, ในปี พ.ศ. 2554, 2555, และ 2556 ตามลำดับ ในขณะที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.69, 9.33, และ 9.15 ในปี พ.ศ. 2554, 2555, และ 2556 ตามลำดับ

โลหิตจางขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม^[4] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ให้บริการฝากครรภ์และการคลอดแก่ผู้รับบริการเป็นการทั่วไป โดยไม่ได้จำกัดช่วงอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ ความพร้อมของครอบครัว สิทธิการรักษา เชื้อชาติ สัญชาติ และยังรับส่งต่อสตรีมีครรภ์เพื่อการฝากครรภ์และการคลอดจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ สตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่มีโลหิตจาง

ขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญเช่นกัน แต่อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ยังคงไม่เกิน ร้อยละ 7

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการฝากครรภ์ โลหิตจางขณะตั้งครรภ์ กับ การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จากสถิติคลอดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยข้อมูลย้อนหลังจากสถิติคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 – 30 กันยายน พ.ศ. 2556) มีการเกิดมีชีวิตรอดทั้งหมด 1,557 ราย โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทุกราย (รวมทั้งการตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์ที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สตรีมีครรภ์ที่ส่งต่อมาหรือไม่เคยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มาก่อน)

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในโครงการฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดจากการเจาะเลือดครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ และจากการเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (โดยการวินิจฉัยโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ใช้เกณฑ์ความเข้มข้นของเลือดไม่เกิน ร้อยละ 33^[5,6]) และการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

นำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ในตารางเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และแผนภูมิการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ กำหนดให้ค่าโอกาสความน่าจะเป็น (probability,p) ที่น้อยกว่า 0.05 เป็นค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

จากสถิติคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 – 30 กันยายน พ.ศ. 2556) มีการเกิดมีชีวิต

ทั้งหมด 1,557 ราย (รวมทารกจากการตั้งครรภ์แฝด 7 คู่ และทารกที่เกิดจากการตกไข่ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 8 ราย) เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.81

ตาราง 1 แสดงข้อมูลที่น่าสนใจ

	ราย	ร้อยละ
การเกิดมีชีวิต(live birth)	1,557	
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight, LBW)	106	6.81
ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์	338	21.71
โลหิตจางขณะตั้งครรภ์	648	41.62

สตรีมีครรภ์ที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการขณะฝากครรภ์ทั้งหมดจำนวน 338 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.55 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมใน

โครงการขณะฝากครรภ์ทั้งหมด จำนวน 1,189 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.91 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.729$, $p < 0.01$)

ตาราง 2 แสดงการมีส่วนร่วมของครอบครัว, โลหิตจาง กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ทารกแรกเกิด	ทั้งหมด 1,557 (ราย)	LBW (ราย)	ร้อยละ	ค่า p
ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์	38	2	5.5	<0.01
โลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก	52	8	0.62	<0.0005
โลหิตจางหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	20	0	.14	>0.95
โลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกแต่ปกติหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	28	5	0.96	
โลหิตจางเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกและหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	24	3	0.27	
ความเข้มข้นเลือดปกติเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกแต่โลหิตจางหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	96	7	.57	

สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดจำนวน 452 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.62 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด

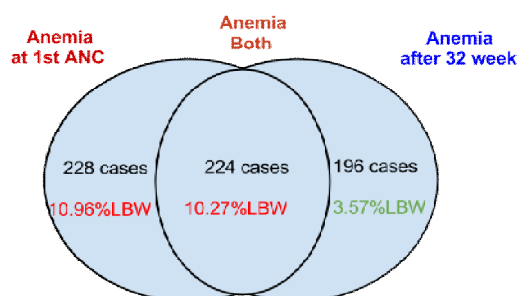
จำนวน 1,075 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 58 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.40 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.444$, $p < 0.0005$)

สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ทั้งหมดจำนวน

420 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีโลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ทั้งหมดจำนวน 1,107 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.87 ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 0.0003, $p > 0.95$)

สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่ไม่มีโลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มีจำนวน 228 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.96 ในขณะเดียวกัน สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และยังคงมีโลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ มีจำนวน 224 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.27 แต่สตรีมีครรภ์ที่โลหิตจางเฉพาะเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สอง หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ โดยที่เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่มี โลหิตจาง มีจำนวน 196 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.57 ตามแผนภูมิ 1

แผนภูมิ 1 แสดงโลหิตจางกับการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม



เมื่อวิเคราะห์สตรีมีครรภ์ที่มีโลหิตจางทั้งหมด (ทั้งครั้งแรกและ/หรือครั้งที่สอง) จำนวน 648 ราย โดยจำแนกเป็น สตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุม

มีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 125 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.60 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุมไม่มีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 523 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.03 แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 0.853, $p > 0.4$)

เช่นเดียวกับ สตรีที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก แต่ไม่มีโลหิตจางเมื่อตรวจครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จำนวน 228 ราย เมื่อจำแนกเป็น สตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุมมีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 29 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.45 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุมไม่มีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 199 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.06 ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 1.923, $p > 0.2$) และ สตรีที่โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและยังคงโลหิตจางเมื่อตรวจครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ จำนวน 224 ราย เมื่อจำแนกเป็น สตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุมมีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 40 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 เปรียบเทียบกับสตรีมีครรภ์ที่ครอบคลุมไม่มีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ จำนวน 184 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.52 ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.0038, $p > 0.9$)

ตาราง 3 แสดงการจำแนกโลหิตจางโดยเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

	ราย	ครอบครัว มีส่วนร่วม (ราย)	BW (ราย)	BW ร้อยละ	ครอบครัว ไม่มีส่วนร่วม (ราย)	BW (ราย)	BW ร้อยละ	ค่า P
โลหิตจางทั้งหมด	648	125	7	5.60	523	42	8.03	>0.4
โลหิตจางเมื่อฝาก ครรภ์ครั้งแรกแต่ ปกติหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	228	29	1	3.45	199	24	12.06	>0.2
โลหิตจางเมื่อฝาก ครรภ์ครั้งแรกและ หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์	224	40	5	12.5	184	12	652	>0.9

ตาราง 4 แสดงการจำแนกการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเปรียบเทียบการมีโลหิตจางกับการเกิดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

	ราย	โลหิต จาง (ราย)	ร้อยละ	LBW (ราย)	LBW ร้อยละ	ไม่มี โลหิต จาง (ราย)	ร้อยละ	LBW (ราย)	LBW ร้อยละ	ค่า p
ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการฯ	338	125	37.0	7	5.60	213	63.0	5	2.35	>0.1

หรือเมื่อวิเคราะห์สตรีมีครรภ์ที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในโครงการฯ ขณะฝากครรภ์ทั้งหมด จำนวน 338 ราย โดยจำแนกเป็นสตรีที่มีโลหิตจางทั้งหมด (ทั้งครั้งแรกและ/หรือครั้งที่สอง) จำนวน 125 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.60 เปรียบเทียบกับ สตรีที่ไม่มีโลหิตจาง จำนวน 213 ราย มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.35 แต่ความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 2.434$, $p > 0.1$)

การวิจารณ์ผล

สตรีมีครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ มีโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อใช้การจำแนกขององค์การอนามัยโลก^[7] (สูงกว่าร้อยละ 40) และเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ (เช่น โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบโลหิตจาง ร้อยละ 17.7 ของสตรีมีครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี^[8], โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบโลหิตจาง ร้อยละ 7.5 ของสตรีมีครรภ์^[9], โรงพยาบาลในกรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ พบโลหิตจาง ร้อยละ 10.1

ในสตรีมีครรภ์หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์^[10], มหาวิทยาลัยปักกิ่งทำการวิจัยในโรงพยาบาล ในประเทศจีน พบโลหิตจาง ร้อยละ 22.1 ในไตรมาสแรกของสตรีมีครรภ์^[11], โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์เจเอสเอส ประเทศอินเดีย พบโลหิตจาง มากกว่าร้อยละ 50 ในระหว่างการตั้งครรภ์^[12]) ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีมีครรภ์โดยใช้ค่าความเข้มข้นเลือดที่ไม่เกินร้อยละ 33 (Hematocrit $\leq$ 33%) ในขณะที่หลายแห่งใช้ค่าความเข้มข้นเลือดที่ต่ำกว่าร้อยละ 33 (Hematocrit $<$ 33%) หรือฮีโมโกลบินที่ต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตรเป็นเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ตามการพบโลหิตจางในสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

การแก้ไขภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ที่จะสามารถลดการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมได้อย่างมีนัยสำคัญนั้นจะต้องป้องกันหรือรักษาตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์^[13] ถ้าตั้งครรภ์แล้วตรวจพบโลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม^[14,15] เช่นเดียวกับที่พบในผลการศึกษานี้เมื่อสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีโลหิตจางในการตรวจครั้งแรกแล้ว (มีจำนวน 452 ราย) ไม่ว่าการตรวจครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์จะไม่มีโลหิตจาง (มีจำนวน 228 ราย) หรือยังคงมีโลหิตจางอยู่หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (มีจำนวน 224 ราย) ก็พบการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมสูงพอๆกัน (ร้อยละ 10.96 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 10.27, ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) แต่การให้การรักษาลอหิตจางในขณะตั้งครรภ์ยังคงมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด^[16] ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมารดา

ในการศึกษาวิจัยนี้การมีโลหิตจางในการตรวจเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์

โดยที่ไม่มีโลหิตจางในการเจาะเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (มีจำนวน 196 ราย) พบการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพียงร้อยละ 3.57 อธิบายจากเมื่อเริ่มตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์มีธาตุเหล็กอยู่เพียงพอแล้วจึงไม่มีโลหิตจางในครั้งแรก แต่เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปร่างกายต้องใช้ธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อไม่ตั้งครรภ์เฉลี่ย 6-7 มิลลิกรัมต่อวัน^[17] ถ้ามารดาได้รับธาตุเหล็กเพิ่มเติมไม่เพียงพอ จะทำให้โลหิตจางลงจากการที่ปริมาณเม็ดเลือดแดงที่สร้างเพิ่มขึ้นไม่สมดุลกับปริมาณพลาสมาที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าปริมาณเลือดในร่างกายจะเพิ่มขึ้นแต่ความเข้มข้นเลือดจะลดลงได้^[18] โดยไม่ส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของทารก อย่างไรก็ตามการตรวจความเข้มข้นเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ยังคงมีความสำคัญ ถ้าพบภาวะโลหิตจางจำเป็นต้องให้การรักษา^[19] เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการฝากครรภ์ตามแนวทางของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผูกพันกัน ความเข้าใจและการช่วยเหลือดูแลกัน ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด นอกจากจะทำให้ครอบครัว (สามีภรรยา) มีความรักกันใกล้ชิดกันมากขึ้น (จากการที่สามีได้เข้าใจถึงความไม่สบายกายของสตรีขณะตั้งครรภ์ ความเจ็บปวดหรือความยากลำบากของการคลอดหรือปัญหาของการให้นมบุตรในระยะแรก) มีความมั่นใจในการดูแลทารก (จากการที่ได้ร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบคู่ โรงเรียนพ่อแม่ การฝึกเฝ้าคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอด) มีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมมารดา (จากการได้ช่วยเหลือแก้ไขปัญหามารดาในการให้นมบุตรร่วมกับพยาบาลหลังคลอด) แนวทางนี้ยังส่งผลดีต่อการลดการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เนื่องจากเป็นส่วนสนับสนุนทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Support) แก่สตรีมีครรภ์

โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดที่สัมผัสได้^[20] จากคนที่มีความสำคัญที่สุดต่อสตรีมีครรภ์คือสามี^[21]

ภาวะเครียดของสตรีมีครรภ์เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยทั้ง 1.การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อาทิ การแพ้ท้อง การเกิดสิว ฝ้า หน้าท้องลาย การเดิน การหายใจ การนอน ไม่สะดวกมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น 2.การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อาทิ ความกังวลเรื่องความสมบูรณ์ของทารก การเตรียมตัวรับการเจ็บครรภ์คลอด การเลี้ยงดูทารกหลังคลอด การให้นมบุตร 3.การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาทิ สถานะทางสังคมที่ต้องเปลี่ยนไปเมื่อมีบุตรแล้ว (เปลี่ยนจากความเป็นภรรยา หรือความเป็นผู้หญิงหรือเด็กหญิง) ไปสู่ความเป็นแม่ที่คนรอบข้างจะต้องคาดหวังในการอบรมและเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม รวมทั้ง 4.จิตวิญญาณของความเป็นแม่ที่จะต้องเกิดขึ้นพร้อมกับการมีบุตร ถ้าสตรีมีครรภ์ไม่สามารถปรับตัวปรับใจรับกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นได้ และถ้าไม่มีคนคอยช่วยเหลือดูแลหรือให้กำลังใจอยู่เคียงข้าง จะทำให้สตรีมีครรภ์ต้องเผชิญความเครียดโดยลำพัง ซึ่งความเครียดสามารถส่งผลเสียโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ให้เสี่ยงต่อภาวะทารกโตช้าในครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด^[22, 23, 24, 25] อันเนื่องมาจากฮอร์โมนคอร์ติซอล^[26, 27] นอร์อิพิเนพริน^[28] และซีโรโทนินที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อการทำงานของเยื่อของเลือดเลือด ระบบภูมิคุ้มกันและสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบมีผลทำให้เกิดทารกโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth reduction, IUGR) หรือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) นำไปสู่การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม^[29,30]

จากการศึกษาวิจัยนี้ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่า ภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ และ การฝากครรภ์ที่ครบครันมีส่วนร่วมๆ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมหรือไม่ เนื่องจากเมื่อนำมา

วิเคราะห์ร่วมกันแล้วความแตกต่างของการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตโดยอาจเพิ่มจำนวนประชากรที่ศึกษาวิจัยหรือปรับปรุงแบบการศึกษาวิจัย

สรุปผล

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในโครงการฝึกฝากคลอดและเตรียมตัวดูแลหลังคลอดขณะฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่ต่ำลง โลหิตจางเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่สูงขึ้น แต่โลหิตจางเมื่อเจาะเลือดครั้งที่สองหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลรวมของทั้ง 2 ปัจจัยต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย: ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไม่ได้.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2549; 4(1): 67-79.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ผลการดำเนินงานปี 2554. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2554.นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554. 19.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ผลการดำเนินงานปี 2555. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2555.นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2555. 14.
4. Stoltzfus RJ, Mullany L, Black RE. Iron deficiency anemia. In Ezzati M, Lopez AD, Rogers A, Murray CJL,

- eds.Comperative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva.World Health Organization, 2004: 163-209.
5. Kozuma S. Approaches to anemia in pregnancy. *JMAJ* 2009; 52(4): 214-218.
6. WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control a guide for programme managers. Geneva. World Health Organization, 2001.
7. WHO. Guideline: Daily iron and folic acid supplements in pregnant women. Geneva, World Health Organization, 2012.
8. Mitgitti R, Seanchaisuriya P, Schelp FP, Marui EJ, Yanai H. Low birth weight infants born to HIV-seropositive mothers and HIV-seronegative mothers in Chiang Rai, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2008; 39(2): 273-278.
9. อรพินท์ กอสนาน. ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2556; 30(4): 287-299.
10. Park E, Lee HC, Han JY, Choi JS, Hyun T, Han Y. Intakes of iron and folate and hematologic indices according to the type of supplements in pregnant women. *Clin nutr res* 2012; 1: 78-84.
11. Ren A, Wang J, Ye RW, Li S, Liu JM, Li Z. Low first-trimester hemoglobin and low birth weight, preterm birth and small for gestational age newborns. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 98: 124-128.
12. Kumar KJ, Asha N, Murthy DS, Sujatha MS, Manjunath VG. Maternal anemia in various trimesters and its effect on newborn weight and maturity: an observational study. *Int J Prev Med* 2013; 4(2): 193-199.
13. Yi S-W, Han Y-J, Ohrr H. Anemia before pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight, small-for-gestation-age birth in Korean women. *Eur J Clin Nutr* 2013; 67: 337-342.
14. Xiong X, Buekens P, Alexander S, Demianczuk N, Wollast E. Anemia during pregnancy and birth outcome: a meta-analysis. *Am J Perinatol* 2000; 17: 137-146.
15. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000; 71(5 suppl): 1280s-1284s.
16. Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *J Health Popul Nutr* 2008; 26(2): 232-240.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics* 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010: 114-116.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics* 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010: 1080-1081.
19. Center for maternal and child enquiries (CMACE): Hemorrhage. *BJOG* 2011; 118(suppl.1): 71-76.
20. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38: 300-14.
21. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C, Sandman CA, Wadhwa PD. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosom Med* 2000; 62: 715-725.

22. Picone TA, Allen LH, Schramm MM, Olsen PM. Pregnancy outcome in North American woman. 1. Effects of diet, cigarette smoking, and psychological stress on maternal weight gain. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 1205-1213.
23. Paarlberg KM, Vingerhoets AJM, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995; 39: 563-595.
24. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PO, Lindgren A, Sjoberg NO, Marsal K. Association of a lack of psychosocial resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: A stress hypothesis. *Br J Obstet Gynecol* 2000; 107: 89-100.
25. Allen LH. Biological mechanisms that might underlie iron's effects on fetal growth and preterm birth. *J Nutr* 2001; 131(2S-2): 581S-589S.
26. Bolten MI, Wurmser H, Buske-Kirschbaum A, Papousek M, Pirke KM, Hellhammer D. Cortisol levels in pregnancy as a psychobiological predictor for birth weight. *Arch Women Ment Health* 2011; 14(1): 33-41.
27. Eisenberger NI, Taylor SE, Gable SL, Hilmert CJ, Lieberman MD. Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. *Neuroimage* 2007; 35(4): 1601-1612.
28. Rosenfeld CR, Barton MD, Meschia G. Effect of epinephrine on distribution of blood flow in the pregnant ewe. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124(2): 156-163.
29. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol* 2008; 27(5): 604-615.
30. Mendelson T, DiPietro JA, Costigan KA, Chen P, Henderson J. Associations of maternal psychological factors on umbilical and uterine blood flow. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2011; 32(1): 3-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่กินนมแม่ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

Risk Factors of Neonatal Weight Loss in Breastfed Healthy Term Newborns at Health
Promoting Hospital, Chiangmai

พญ. ภคมน เชาว์ศิลป์

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิตเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่ทารกที่มีน้ำหนักลดมากเกินไป (มากกว่าร้อยละ 7) แสดงว่ามารดาและทารกอาจประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมก็อาจทำให้มารดาขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเป็นสาเหตุให้มารดาตัดสินใจให้ทารกหย่านมแม่เร็วเกินไปได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ได้รับนมแม่เป็นหลักในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูลเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของทารกแรกเกิดทุกคนที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปและมีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 ถึง 31 กรกฎาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : มีทารกที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษารวมทั้งสิ้น 331 ราย เป็นทารกที่มีน้ำหนักลดสูงสุดมากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 179 ราย (ร้อยละ 54.1) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดพบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อายุมารดามากกว่า 30 ปีการมีภาวะล้นติดและการเกิด

ภาวะตัวเหลืองขณะอยู่ โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ LATCH score ในวันที่ทารกน้ำหนักลดลงสูงสุดและการได้รับสารน้ำเสริมนอกเหนือจากนมแม่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 7

สรุป: การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มีความชุกของทารกที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ในช่วงที่ทำการศึกษาค่อนข้างสูง โดยปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 7 ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การมีภาวะลิ่มติด และการเกิดภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่ต้องนำไปทบทวนเพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักลดลงมากเกินไป ในขณะที่ปัจจัยด้านอายุมารดา (มากกว่า 30 ปี) อาจต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดต่อไป

Abstract

Background: Neonatal weight loss during the first week of life is the normal condition. However, the neonates with excessive weight loss (over 7%) may be the results of breastfeeding problems and if without appropriate help, the mothers maybe lose confidence in breastfeeding and may decide to wean too early.

Objectives: To determine the prevalence and risk factors of neonatal weight loss in breastfed newborns at Health Promoting hospital, Chiang Mai.

Methodology: The study was descriptive and cross-sectional study conducted during 1 May 2014 to 31 July 2014. Data collection of in-patient medical records

with gestational age of 37 weeks and birth weight of 2,500 grams or above were reviewed. The data were analyzed by using multiple regression analysis which determined statistically significant at 0.05 level.

Results: The total number of study population that match the inclusion criteria is 331 newborns. There were 179 babies (54.1%) with maximum weight loss over 7%. Cesarean section, maternal age over 30 years old, tongue tie, and neonatal hyperbilirubinemia were statistically significant risk factors of neonatal weight loss over 7%, compared to the birth weight ($p < 0.05$). While LATCH score on the day of maximum weight loss and receiving supplementary fluid were not associated.

Conclusion: The prevalence of neonatal weight loss over 7% is quite high in this study. Cesarean section, tongue tie, and neonatal hyperbilirubinemia are the risk factors that must be reviewed to set guidelines to prevent excessive neonatal weight loss. While the risk factor of maternal age (over 30 years old) has to do further studies to find the correlation with neonatal weight loss.

บทนำ

การลดลงของน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิตเป็นภาวะปกติของทารกทุกคน ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยที่เหมาะสมของการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดและน้ำหนักที่ลดลงสูงสุดที่ยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารก อย่างไรก็ตาม American Academy of Pediatrics ระบุว่าน้ำหนักที่ลดลง

ไม่เกินร้อยละ 7 ของน้ำหนักแรกเกิดในช่วง 3-5 วันแรกเป็นระดับที่ยอมรับได้ในทารกคลอดครบกำหนดที่กินนมแม่^[1] หากน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ของน้ำหนักแรกเกิด แสดงว่ามารดาและทารกอาจประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขต้องร่วมกันหาสาเหตุและช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำในทารกและช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ เนื่องจากความมั่นใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของมารดาที่จะเลือกให้ลูกกินนมแม่ต่อไปหรือหย่านมแม่เร็วเกินไป^{[2],[3]} ซึ่งการที่น้ำหนักทารกลดมากเกินไปหรือน้ำหนักขึ้นช้าสัมพันธ์กับความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาอีกด้วย^{[4],[5]}

จากการศึกษาและทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลทารกน้ำหนักลดตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไปของน้ำหนักแรกเกิด มาใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 มีนาคม 2557 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อทารกน้ำหนักลดตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไปของน้ำหนักแรกเกิดแบ่งเป็น ปัจจัยด้านมารดาและปัจจัยด้านทารก ในด้านปัจจัยด้านมารดา พบว่า ปัจจัยหลักคือ ทำอุ้ม ทำดูลูกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 92.50 ปัจจัยรองลงมาคือ น้ำนมมารดาไหลน้อยร้อยละ 38.70 เต้านมมารดาคัดตึงร้อยละ 27.40 มารดาไม่มั่นใจว่าน้ำนมเพียงพอ ร้อยละ 27.40 มารดามีลานนมหรือน้ำนมร้อยละ 19.80 มารดามีท่อน้ำนมอุดตันร้อยละ 17.00 มารดามีหัวนมสั้นแบนหรือบวมร้อยละ 14.20 มารดามีหัวนมเจ็บแตร้อยละ 13.20 และมารดาให้ทารกดูดนมเต้าเดียวร้อยละ 12.30 ส่วนปัจจัยด้านทารก พบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้ทารกน้ำหนักลดตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไปของน้ำหนักแรกเกิดคือ ดูดนมมารดาไม่บ่อย ดูดไม่นานและดูดไม่แรงร้อยละ 43.40 และทารกมีพังผืดใต้ลิ้นร้อยละ 10.40

จากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ พบว่ามีจำนวนทารกที่น้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ในปี 2555 และ 2556 ร้อยละ 16.99 และ 17.73 ตามลำดับ โดยในทารกกลุ่มนี้มีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 คิดเป็นร้อยละ 14.46 และร้อยละ 13 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ได้รับนมแม่เป็นหลักในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ได้รับนมแม่เป็นหลักในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดและการส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ศึกษาข้อมูลของทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปและมีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ โดยไม่มีภาวะหรือโรคร่วมต่างๆในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกทารกแรกเกิดเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. ทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด Apgar score ที่ 1 และ 5 นาทียิ่งกว่าหรือเท่ากับ 8
2. สังเกตอาการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะติดเชื้อ ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ

เกณฑ์การแยกประชากรออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

ทารกแฝดเนื่องจากการดาที่คลอดทารกแฝดต้องได้รับการช่วยเหลือและให้การดูแลในการนำทารกดูนมมากกว่าทารกเดี่ยวเป็นสองเท่า

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของทารกแรกเกิดทุกคนที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 ถึง 31 กรกฎาคม 2557 โดยเก็บข้อมูลด้านต่าง ๆ ของมารดาและทารกเพื่อนำมาวิเคราะห์ดังนี้ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุของมารดา ลำดับการตั้งครรภ์ของมารดา จำนวนบุตรของมารดา (ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้) อายุครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกเกิด การประเมินการดูนมครั้งแรกหลังคลอด การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล (วันที่ 1 หลังคลอด วันที่น้ำหนักทารกลดลงสูงสุด และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) โดยประเมินจาก LATCH score^[6] ซึ่งครอบคลุมหัวข้อ 5 หัวข้อ ได้แก่ การเลียหรือการอมหัวนม (Latch on) เสียงการกลืนนม (Audible) ลักษณะหัวนมแม่ (Type of nipple) ความสบายในการให้นม (Comfort) และการอุ้มลูก (Hold) คะแนนเต็มข้อละ 2 คะแนน รวมคะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน การประเมินการไหลของระดับน้ำนมมารดา^[7] น้ำหนักของทารก รวมทั้งผลต่างและร้อยละเมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิด ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล การประเมินภาวะพึงพิงได้ลิ้น^[8] การเกิดภาวะตัว

เหลือง และการได้รับการส่องไฟระหว่างอยู่โรงพยาบาล การได้รับสารน้ำเสริมนอกเหนือจากนมแม่ (สารน้ำทางหลอดเลือดดำและ/หรือนมผสม)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2557 พบว่ามีทารกที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จำนวนทั้งหมด 385 ราย แต่มีทารกที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษารวมทั้งสิ้น 331 รายเป็นทารกที่มีน้ำหนักลดสูงสุดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 มีจำนวน 152 ราย (ร้อยละ 45.9) และมีทารกที่มีน้ำหนักลดสูงสุดมากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 179 ราย (ร้อยละ 54.1) โดยมีลักษณะข้อมูลพื้นฐานดังตาราง 1 และมีอัตราการลดลงของน้ำหนักทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลดังตาราง 2

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของทารกที่เข้ารับการศึกษ

	น้ำหนักลดสูงสุดน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 7		น้ำหนักลดสูงสุดมากกว่าร้อยละ 7	
	จำนวน (n=152 ราย)	ร้อยละ	จำนวน (n=179 ราย)	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	93	61.2	104	58.1
- หญิง	59	38.8	75	41.9

	น้ำหนักลดสูงสุดน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ7		น้ำหนักลดสูงสุดมากกว่าร้อยละ7	
	จำนวน (n=152 ราย)	ร้อยละ	จำนวน (n=179 ราย)	ร้อยละ
อายุของมารดา				
- 20 ปีหรือน้อยกว่า	22	14.5	13	7.3
- 21-30 ปี	109	71.7	107	59.8
- 31-40 ปี	19	12.5	59	33
- มากกว่า 40 ปี	2	1.3	0	0
อายุมารดาเฉลี่ย± SD(ปี)	25.6±4.9		28.3 ± 5.1	
อายุครรภ์เฉลี่ย±SD(สัปดาห์)	38.6±1.1		38.6± 1.2	
วิธีการคลอด				
- คลอดปกติ	124	81.6	126	0.4
- ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	19	12.5	44	4.6
- คลอดโดยวิธีใช้คีมช่วยคลอด	9	5.9	9	0.0
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย±SD (กรัม)	3148.2±334.7		3142.4± 332.5	
ทารกดูดนมแม่ภายใน1ชั่วโมงหลังคลอด				
- ดูด	79	52.0	90	0.3
- ไม่ดูด	0	0	3	.7
- ไม่มีโอกาส	73	48.0	86	8.0
การประเมินภาวะล้นติด				
- ไม่มีภาวะล้นติด	141	92.8	150	3.8
- มีภาวะล้นติด	11	7.2	29	6.2
การเกิดภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาล				
- มีภาวะตัวเหลือง	59	38.8	91	0.8
- ไม่มีภาวะตัวเหลือง	93	61.2	88	9.2
การได้รับสารน้ำอื่น				
- ทารกได้รับสารน้ำอื่นนอกเหนือจากนมแม่	114	75	148	2.7
- ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว	38	25	31	7.3

ตาราง 2 อัตราการลดลงของน้ำหนักรกขณะอยู่โรงพยาบาล

ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลงเทียบกับแรกเกิด	จำนวน (n=331 ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7	152	45.9
ร้อยละ 7.1 - 10	172	52.0
มากกว่าร้อยละ 10	7	2.1

การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลได้ทำการประเมิน LATCH score ปริมาณน้ำนมมารดา และประเมินร้อยละของน้ำหนักทารกที่ลดลงเทียบกับแรกเกิด ในวันที่ 1 หลังคลอด วันที่ทารกน้ำหนักลดลงสูงสุด และวันที่ทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า LATCH score เฉลี่ยและปริมาณน้ำนมมารดาเฉลี่ยของทารกทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดย LATCH score เฉลี่ยในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 เทียบกับในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 ในวันที่ 1 หลังคลอด วันที่น้ำหนักลดลงสูงสุด และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าเท่ากับ 7.1 ± 0.7 กับ 7.1 ± 0.6 , 7.9 ± 1.1 กับ 7.8 ± 0.8 และ 9.3 ± 0.8 กับ 9.3 ± 0.8 คะแนน ตามลำดับ ปริมาณน้ำนมมารดาเฉลี่ยในทารกทั้ง 2 กลุ่มในวันที่ 1 หลังคลอด วันที่น้ำหนักลดลงสูงสุด และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่ายู่ในช่วงน้ำนมเริ่มไหลถึงไหลน้อย (2.4 ± 0.8 กับ 2.3 ± 0.7 คะแนน) , ไหลน้อยถึงไหลแล้ว (3.7 ± 1.0 กับ 3.7 ± 0.8 คะแนน) และไหลแล้วถึงไหลดี (4.8 ± 0.4 กับ 4.8 ± 0.3 คะแนน) ตามลำดับ ร้อยละของน้ำหนักทารกที่ลดลงเทียบกับแรกเกิดเฉลี่ยในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 เทียบกับในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 ในวันที่ 1 หลังคลอด วันที่น้ำหนักลดลงสูงสุด และวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 3.1 ± 1.7 กับร้อยละ 4.2 ± 2.0 , ร้อยละ 5.6 ± 1.1 กับร้อยละ 8.5 ± 0.9 และ ร้อยละ 4.0 ± 1.9 กับ ร้อยละ 6.3 ± 1.6

ตามลำดับ อายุของทารกที่มีน้ำหนักลดลงสูงสุดเฉลี่ยในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 เทียบกับในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 เท่ากับ 2.2 ± 0.7 วัน และ 2.6 ± 0.8 วัน ตามลำดับระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 เทียบกับในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 เท่ากับ 3.3 ± 0.9 วัน และ 4.0 ± 1.1 วัน ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดพบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อายุมารดามากกว่า 30 ปี การมีภาวะลิ่มติด และการเกิดภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยทารกที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเสี่ยงที่ทารกจะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 เทียบกับน้ำหนักแรกเกิดเป็น 2.24 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดปกติ ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี 2.98 เท่า ทารกที่มีภาวะลิ่มติดมีความเสี่ยงมากกว่าไม่มีภาวะลิ่มติด 2.26 เท่าและทารกที่เกิดภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาลมีความเสี่ยง 1.68 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่ไม่มีภาวะตัวเหลือง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัктารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิด

ตัวแปร	Odds ratio	95% confidence interval	P value
วิธีการคลอด (เปรียบเทียบกับวิธีการคลอดปกติ)			
-การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	2.24	1.18-4.25	0.013
-การคลอดโดยวิธีใช้เข็มช่วยคลอด	0.74	0.26-2.07	0.565
อายุมารดามากกว่า 30 ปี	2.98	1.67-5.30	0.000
LATCH score วันที่ทารกน้ำหนักลดสูงสุด	0.89	0.71-1.14	0.372
การมีภาวะล้นติด	2.26	1.05-4.86	0.037
การเกิดภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาล	1.68	1.05-2.69	0.029
การได้รับสารน้ำเสริมนอกเหนือจากนมแม่	1.10	0.61-1.98	0.750

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัктารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดมากกว่า ร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดพบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อายุมารดามากกว่า 30 ปี การมีภาวะล้นติด และการเกิดภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนัктารกมากกว่าร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับน้ำหนักแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Davanzo และคณะ^[9] ที่พบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการเกิดภาวะตัวเหลืองมีผลต่อการลดลงของน้ำหนัктารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 8 โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมักมีปัญหาในการนำลูกดูนมแม่เนื่องจากความอ่อนเพลียจากการผ่าตัด ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ไม่สามารถลุกเคลื่อนไหวช่วยตนเองได้^[10] ซึ่งทำให้ทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอและมีโอกาสน้ำหนักลดมากกว่าเกณฑ์ปกติ ในมารดาที่อายุมากกว่า 30 ปี จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า มารดากลุ่มนี้มักมีปัญหาให้นมมาช้าแม้ว่าทารกจะดูนมแม่บ่อยและถูกวิธีแล้วก็ตาม และมารดากลุ่มนี้มักได้รับยากระตุ้นให้นมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านอายุมารดาควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

เกี่ยวกับปัจจัยที่ผลต่อการไหลของน้ำนมในมารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี การมีภาวะล้นติดในทารกจากการศึกษาของมณฑล เลหาเพ็ญแสง^[11] พบว่าทารกแรกเกิดที่มีปัญหาในการดูดนมแม่ มีปัญหาเกี่ยวข้องกับภาวะล้นติดสูงถึงร้อยละ 13 และในการศึกษานี้พบทารกที่มีน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 7 มีภาวะล้นติดถึงร้อยละ 16.2 ซึ่งภาวะล้นติดเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยด้านทารกในการดูนมแม่ทำให้ทารกดูนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพในด้านการเกิดภาวะตัวเหลืองขณะอยู่โรงพยาบาล การที่ทารกได้รับการส่องไฟรักษาทำให้ทารกมีการสูญเสียความร้อนไปพร้อมกับกระหายของน้ำออกจากร่างกายเพิ่มขึ้น^[12] ร่วมกับการที่มารดายังมีปริมาณน้ำนมไม่มาก จึงทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าปกติได้เช่นกัน ขณะที่ LATCH score ในวันที่ทารกน้ำหนักลดสูงสุดและการได้รับสารน้ำเสริมนอกเหนือจากนมแม่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัктารกในกลุ่มที่มีน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 7 ทั้งนี้เนื่องจาก LATCH score เป็นเครื่องมือในการประเมินมารดาในการนำทารกดูนมแม่ เพื่อช่วยให้มองเห็นปัญหาและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง แต่ไม่ได้ช่วยประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงพอหรือไม่ ซึ่งต้องประเมินจากการสังเกตการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของทารกในแต่ละวัน ความถี่ในการ

ให้ลูกดูนมแม่ ระยะเวลาในการดูนมแม่แต่ละครั้ง ร่วมกับน้ำหนักทารกที่เปลี่ยนแปลงหลังเกิด ในเรื่องของารได้รับสารน้ำเสริมนอกเหนือจากนมแม่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Davanzo และคณะ^[9] ที่พบว่า การให้นมผสมสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่าร้อยละ 8 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะแนวทางปฏิบัติในการพิจารณาให้นมผสมแตกต่างกัน โดยในการศึกษาของ Davanzo พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า มีแนวโน้มที่จะได้รับนมผสมมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวลดลงไม่มาก ในขณะที่ในการศึกษานี้ การพิจารณาให้นมผสมแก่ทารกไม่ได้พิจารณาจากน้ำหนักที่ลดลงของทารกเพียงอย่างเดียว แต่พิจารณาจากปัจจัยอื่นๆด้วย ได้แก่ มารดาไม่สามารถให้นมได้ มารดาไม่มีน้ำนม/น้ำนมไหลน้อย ทารกน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 7 และทารกที่สังเกตอาการที่หือผู้ป่วยบริบาลทารกแรกเกิด

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีความชุกของทารกที่มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ในช่วงที่ทำการศึกษาค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรทบทวนและจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกที่พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักแรกเกิดใหม่ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อเตรียมความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเริ่มตั้งแต่มารดามาฝากครรภ์ เพื่อให้มารดาเห็นความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 7 โดยอ้างอิงตามหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^[13]

2. จัดทำข้อบ่งชี้ โดยระบุข้อบ่งชี้และวิธีแก้ไขปัญหาแต่ละข้อบ่งชี้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีข้อด้อย คือ ไม่สามารถบอกอุบัติการณ์ที่แท้จริงของทารกที่มีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 7 ได้ จึงควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าและเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลานานพอสมควร เพื่อให้ทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงและนำข้อมูลไปปรับปรุงการให้บริการมารดาและทารกหลังคลอด

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดซึ่งน่าสนใจและอาจนำไปศึกษาเพิ่มเติม เช่น ฤดูกาล ปัจจัยด้านแม่ในระยะก่อนคลอดและระหว่างคลอด ความเชื่อมั่นและทัศนคติของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยที่มีผลต่อการไหลของน้ำนมมารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ปริมาณและจำนวนครั้งในการให้นมผสมเสริมแก่ทารก รวมถึงการติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลมารดาและทารกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความชุกของการลดลงของน้ำหนักทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงจากปัจจัยอื่นๆกับกลุ่มเด็กปกติที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ภักดิ์ เลิศเรืองปัญญา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ที่อนุญาตให้นำเสนอรายงานวิจัยนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)นายแพทย์ไพโรจน์ บุญลักษณ์ศิริ อาจารย์กุมารแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมิ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแปลผลทางสถิติ กุมารแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- Eidelman AI, Schanler RJ. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding : breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012Feb27. [Epub ahead of print]
- Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale:Psychometric assessment of the short form. J ObstetGynecol Neonatal Nurs2003;32:734-44.
- Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale.Res Nurs Health1999;22: 399-409.
- Kools EJ, Thijs C, Kester AD, et al. The motivational determinants of breast-feeding:Predictors for the continuation of breast-feeding. Prev Med2006;43:394-401.
- Hill PD.The enigma of insufficient milk supply.MCN Am J Matern Child Nurs 1991;16:312-6.
- กรรณิการ์ บางสายน้อย.Feeding at the breast and breastfeeding assessment.ใน: นิพนธ์ วรรณมงคล, บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.หน้า92-115.
- รวิวรรณ นิวัตยะกุล. โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการไหลของน้ำนมแม่. ใน: รวิวรรณ นิวัตยะกุล, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1 “นมแม่...ทุนสมอง”;14-16ธันวาคม 2548;โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย, 2548. หน้า 210-4.
- จรรยาพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์.ยืมออกถั่วหน้าเพราะR2Rหนุนน้ำ. ใน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยาพร ศรีศศลักษณ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์, บรรณาธิการ. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (RoutinetoResearch) R2R:เสริมพลังสร้างสรรค์และพัฒนา;2-3 กรกฎาคม 2551;โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2551.หน้า 101-22.
- Davanzo R, Cannioto Z, Ronfani L, et.al. Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. J Hum Lact2013; 29:45-53.
- วรรณพาหุวัฒนกร. แนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีปัญหาด้านแม่. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนายุ, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟรี-วัน; 2556. หน้า 193-218.
- มงคล เลหาเพ็ญแสง. ภาวะล้นติด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ครั้งที่ 20 เรื่อง วิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาลเด็ก (Pediatric nursing update); 10-12 พฤษภาคม 2553; โรงแรมเรดิสัน. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย , 2553.
- Taylor CJ, Walker J. Fluid and electrolyte management and nutritional support. In:Rickham PP, Lister J, Ivring IM, editors. Neonatal

surgery.3rd edition.Stoneham, MA:

Butterworth; 1990.p.37-41.

13. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนายุ, สุพินดา เรืองจิรัชฐีเยร, สุดาภรณ์พยัคฆเรือง, บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟรี-วัน; 2556. หน้า 117-28

**ความชุกและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กในภาวะโลหิตจาง
ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่**

Prevalence of Anemia : Results of a Therapeutic Trial of Iron in 6 - Month and 12- Month-Old
Infants Attending to Health Promotion Hospital, Health Promotion Center 10th, Chiangmai

พญ. ปิยาภา วงศ์หล้า

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง การเกิดโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในวัยทารกมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีผลกระทบต่อสติปัญญาและพฤติกรรมเมื่อเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กวิธีหนึ่งคือการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก กล่าวคือ หากพบการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็กเป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 กรัม ต่อ ดล. หรือฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 บ่งบอกว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจาง โดยการตรวจฮีมาโตคริตที่ปลายนิ้วมือ ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 และเก็บข้อมูลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กในภาวะโลหิตจาง มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ และทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ทารกที่ศึกษามีจำนวน 1,373 ราย 1,796 ราย และ 1,809 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็นทารกอายุ 6 เดือน จำนวน 712 ราย 924 ราย และ 947 ราย และทารกอายุ 12 เดือน จำนวน 661 ราย 872 ราย และ 862 ราย ตามลำดับ พบว่าในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ทารกอายุ 6 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 1.3) 10 ราย (ร้อยละ 1.1) และ 13 ราย (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ และทารกอายุ 12 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 1.5) 11 ราย (ร้อยละ 1.3) และ 18 ราย (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ เมื่อดูการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก พบว่าทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 29 ราย เท่ากัน มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือดตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) และ

16 ราย (ร้อยละ 55.2) ตามลำดับ เมื่อดูความสัมพันธ์ของขนาดธาตุเหล็กที่รักษาภาวะโลหิตจางกับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กหลังการรักษา 1 เดือน พบว่าทารกโลหิตจางที่มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นถึงระดับตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก ได้รับธาตุเหล็กเฉลี่ย 4.3 มก./กก./วัน ส่วนทารกที่ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นแต่ไม่ถึงระดับตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กได้รับธาตุเหล็กเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 มก./กก./วัน โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01)

สรุป การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยดูการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก เป็นการรักษาที่คุ้มค่าและไม่ยุ่งยาก โดยธาตุเหล็กที่ได้รับควรให้ในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก ควรใช้การวัดความเข้มข้นเลือดจากวิธีเดียวกัน เพื่อการเปรียบเทียบที่ได้มาตรฐาน นอกจากนี้การตรวจหาภาวะโลหิตจางหากใช้ค่าฮีโมโกลบินในการคัดกรอง ด้วยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ นำมาตรวจโดยใช้น้ำยาคอปเปอร์ซัลเฟต ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการวัดระดับความเข้มข้นเลือดในผู้ที่บริจาคโลหิต หรือตรวจโดยเครื่องวัดฮีโมโกลบินชนิดพกพา (HemoCue) จะทำให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เนื่องจากเป็นการคัดกรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

Abstract

Iron deficiency anemia is a major global health problem especially in developing countries. Iron is important for the development of the central nervous system. Infants who experience iron deficiency anemia are likely to experience persistent effects of the deficiency that alter functioning in adulthood. Therapeutic trial of iron to diagnose iron deficiency anemia is after therapeutic iron supplement for 1 month, hemoglobin increase of 1 g./dL. or hematocrit increase of 3% or greater. The aim of this study

was to analyze the prevalence of anemia (Hematocrit < 33%) by capillary hematocrit and response to a therapeutic trial of iron in 6 and 12-month-old infants. The subjects of this descriptive and retrospective study were 6 and 12-month-old infants attending the Well Child Clinic since 1 January 2012 - 31 December 2014. The data were analyzed by frequency and using t-test and One-Way ANOVA to compare among the groups. There were 1,373, 1,796 and 1,809 subjects attending in 2012, 2013, and 2014. Within this group, there were 712, 924 and 947 six-month-old infants and 661, 872 and 862 twelve-month-old infants, respectively. In 2012, 2013 and 2014, there were 9 (1.3%), 10 (1.1%) and 13 (1.4%) anemic six-month-old infants respectively, whereas there were 10 (1.5%), 11 (1.3%) and 18 (1.4%) anemic twelve-month-old infants, respectively. The one month therapeutic iron supplementation was satisfactorily completed by 29 in both six and twelve-month-old infants. Eighteen (62.1%) of the six-month-old and 16 (55.2%) of the twelve-month-old infants had an increase of 1 g./dL. of hemoglobin or hematocrit increase of 3% or greater. Infants that response to therapeutic trial of iron received elemental iron average 4.3 mg./kg./day, while infants that partially response received elemental iron average 3.6 mg./kg./day, which is significantly different at .05.

Conclusion: Therapeutic trial of Iron to diagnose iron deficiency anemia is worthwhile and not troublesome. The dose and duration of elemental iron should be proper and should take the same laboratory method to follow up the response of treatment. Furthermore, it is more advantageous determine the population prevalence of anemia by hemoglobinometry using hemoglobin screening test, the copper sulfate gravity method or portable hemoglobinometer (HemoCue system), which are standard acceptable methods.

บทนำ

ภาวะโลหิตจางคือ ภาวะที่ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) ของค่าเฉลี่ยประชากรที่มีอายุและเพศเดียวกัน^[1] ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งเกิดจากการลดลงของจำนวนเม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วร่างกาย ภาวะโลหิตจางนี้ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายลดลง หากภาวะโลหิตจางมีความรุนแรงมากจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการ

อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือใจสั่น และหากผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเป็นเวลานานและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมยังอาจทำให้เกิดปัญหาในระยะยาวตามมา เช่น ปัญหาด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการช้า ปัญหาการเรียน และอาจรวมไปถึงปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์^[2,3] เป็นต้น ภาวะโลหิตจางในเด็กอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ สำหรับในประเทศไทยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคธาลัสซีเมียยังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะโลหิตจาง^[4]

ตาราง 1 เกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง^[5]

อายุและเพศ	ฮีโมโกลบิน (hemoglobin; Hb) (กรัม/เดซิลิตร (ดล.))
เด็กอายุ 6 – 59 เดือน ทั้งเพศชายและหญิง	น้อยกว่า 11.0
เด็กอายุ 5 ปี - 11 ปี ทั้งเพศชายและหญิง	น้อยกว่า 11.5
เด็กอายุ 12 ปี – 14 ปี ทั้งเพศชายและหญิง	น้อยกว่า 12.0
ผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป	น้อยกว่า 12.0
ผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป	น้อยกว่า 13.0
หญิงตั้งครรภ์	น้อยกว่า 11.0

จากข้อมูลการศึกษาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่าประชากรทั่วโลกมีภาวะโลหิตจางจากเกือบสองพันล้านคน^[6] คาดว่าประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะโลหิตจาง มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็ก^[3] ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา อุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กพบมากในเด็กก่อนวัยเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์^[3] ความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กก่อนวัยเรียน ในเมืองชิตนีย์ และเมืองแอติเลต ประเทศออสเตรเลีย เท่ากับร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 6 และมากถึงร้อยละ 14 ในชาวเอเชีย^[7] สถานการณ์ปัญหาโลหิตจางของประเทศไทย พบว่าจากการสำรวจโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6-12 ปี พ.ศ. 2553 – 2555 กลุ่มเด็กปฐมวัยมีความชุกของภาวะโลหิตจางสูงในเขต

ชนบท ร้อยละ 41.7 ในเขตเมือง ร้อยละ 26 ตามลำดับ นอกเหนือไปจากภาวะโลหิตจางแล้วธาตุเหล็กยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง หลายการวิจัยที่แสดงถึงผลของการขาดธาตุเหล็กในวัยทารกซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อาจมีผลเสียต่อสมองอย่างถาวร แม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่มีภาวะโลหิตจางก็ตาม มีผลกระทบต่อนิสัยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเข้าสังคม และอารมณ์ตามมา^[1] นอกจากนี้ธาตุเหล็กยังมีความสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบทางเดินอาหาร และระบบหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย

โดยทั่วไปทารกในครรภ์จะได้รับธาตุเหล็กจากมารดาผ่านทางรก ธาตุเหล็กที่มีสำรองในทารกแรกเกิดครบกำหนด ซึ่งมีน้ำหนักรกปกติ โดยที่มารดามีระดับธาตุเหล็กในร่างกายปกติ และมีการหนีบสายสะดือหลังทารกเกิดแบบช้า ทารก

ดังกล่าวควรมีธาตุเหล็กเพียงพอจนถึง 6 เดือนตามที่ทราบกันดีว่านมมารดามีประโยชน์นานับการ เช่น มีสารอาหารครบถ้วนที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ย่อยง่าย ประกอบด้วยภูมิคุ้มกันต้านทานโรคซึ่งลดโอกาสการเจ็บป่วยและการเกิดโรคภูมิแพ้ในบุตร ช่วยส่งเสริมพัฒนาการในด้านสติปัญญา จิตใจ และอารมณ์ของบุตร แม้ว่านมมารดามีธาตุเหล็กเพียง 0.35 มก. ต่อ ล. แต่ร่างกายของทารกสามารถดูดซึมธาตุเหล็กจากนมมารดาได้สูงถึงร้อยละ 49 เมื่อเทียบกับการดูดซึมธาตุเหล็กจากนมวัวซึ่งดูดซึมได้เพียงร้อยละ 10 เนื่องจากนมมารดามีเวย์โปรตีน(whey protein) มากกว่า อีกทั้งเคซีนโปรตีน (casein protein) ในนมมารดาก็ย่อยง่ายกว่า^[8] ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) แนะนำให้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว (exclusive breast feeding) จนถึงอายุ 6 เดือน และเริ่มอาหารตามวัยเมื่อทารกอายุ 6 เดือนร่วมกับรับประทานนมมารดาต่อจนอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี อย่างไรก็ตามมีบางรายงานพบว่าธาตุเหล็กในทารกครบกำหนดจะมีเพียงพอจนถึงอายุ 4 เดือนเท่านั้น American Academy of Pediatrics (AAP) จึงแนะนำให้ exclusive breast feeding 4-6 เดือน ทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวหรือรับประทานนมมารดาร่วมกับนมผงดัดแปลงสำหรับทารก โดยรับประทานนมมารดามากกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อทารกเหล่านี้มีอายุ 4 เดือนควรได้รับการเสริมธาตุเหล็ก 1 มก. ต่อกก. ต่อวัน จนกระทั่งได้รับอาหารตามวัยที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ ส่วนทารกที่รับประทานเฉพาะนมผงดัดแปลงสำหรับทารกซึ่งมีการเสริมธาตุเหล็กเพิ่มเข้าไป ควรเริ่มอาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอหลังจากอายุ 4-6 เดือน ไม่ควรรับประทานนมครบส่วน (whole milk) ก่อนอายุ 1 ปี เนื่องจากอาจทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ และแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางเมื่อทารกอายุ 9-12 เดือน^[2]

การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กทำได้โดยการตรวจระดับฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริตและตรวจหาระดับธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกาย ซึ่งวิธีมาตรฐาน คือการตรวจ serum ferritin และ transferrin saturation^[2] แต่เนื่องจากการตรวจดังกล่าวมีราคาค่อนข้างสูง ใช้ปริมาณเลือดส่งตรวจอย่างน้อย 2-3 มิลลิลิตร และไม่สามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทางเลือกอีกทางหนึ่งในการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการคงที่และมีภาวะโลหิตจางเพียงเล็กน้อย คือ การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติทางโภชนาการที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีการขาดธาตุเหล็ก หากพบการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็กเป็นเวลา 1 เดือน กล่าวคือฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ก. ต่อ ดล. หรือฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 3 บ่งบอกว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แต่หากความเข้มข้นของเลือดไม่ดีขึ้นควรนึกถึงภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น ทั้งนี้ในการติดตามผลการรักษาต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับธาตุเหล็กอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ไม่มีปัญหาในการดูดซึมธาตุเหล็ก และการมารับการตรวจติดตามตามนัด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 มีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา พบว่าทารกที่รับประทานนมมารดาเพียงอย่างเดียวเป็นระยะเวลา 6 เดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 เท่ากับร้อยละ 53.1, 58.8 และ 79.2 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโลหิตจางตามนโยบายของกรมอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กที่ร่างกายมีการพัฒนาของสมองอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลจึงได้มีการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็กอายุ 6 ถึง 60 เดือน โดยเด็กอายุ 6 ถึง 23 เดือน จะได้รับธาตุเหล็ก 15 มก.

ต่อสัปดาห์ และเด็กอายุ 24 ถึง 60 เดือน จะได้รับธาตุเหล็ก 25 มก.ต่อสัปดาห์ และตรวจฮีมาโตคริตที่ปลายนิ้วในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนทุกราย เพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจาง หากพบภาวะโลหิตจาง (ฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33) จะได้รับการตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) และทารกมีประวัติและการตรวจร่างกายที่บ่งชี้ว่าน่าจะมีการขาดธาตุเหล็ก จะพิจารณาให้รับประทานธาตุเหล็กในขนาด 3-6 มก. ต่อ กก. ต่อวัน เป็นเวลา 1 เดือน แล้วนัดตรวจความเข้มข้นเลือดซ้ำ โดยดูระดับฮีโมโกลบิน ถ้าเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือ ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 จะให้การวินิจฉัยว่าโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก และให้ธาตุเหล็กรับประทานต่อไปอีก 2 เดือน แต่ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต จะตรวจหาสาเหตุอื่นๆ ของภาวะโลหิตจาง เช่น ธาลัสซีเมีย เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจาง และดูผลการรักษาด้วยธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 และ 12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ เพื่อนำมาวางแผนป้องกัน เฝ้าระวัง คัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก นำไปสู่การลดภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจาง ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
2. ศึกษาผลการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

วิธีการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลความเข้มข้นเลือดจากเวชระเบียนของทารกอายุ 6 และ 12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ นำมาตรวจฮีมาโตคริตโดยวิธีไมโครฮีมาโตคริตจากเครื่องปั่นฮีมาโตคริต ทารกที่มีภาวะโลหิตจางหรือค่าฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 จะได้รับการตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count; CBC) ต่อทุกราย ทารกที่สงสัยภาวะโลหิตจางจากโรคธาลัสซีเมีย เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี จะได้รับการส่งตรวจชนิดฮีโมโกลบิน (hemoglobin typing) ซึ่งตรวจวิเคราะห์โดยการแยกด้วยกระแสไฟฟ้าความต่างศักย์สูง ในหลอดแก้วนำไฟฟ้าขนาดเล็ก (capillary electrophoresis) และตรวจ Real Time polymerase chain reaction (Real Time PCR) สำหรับตรวจยีนแอลฟา-ธาลัสซีเมีย 1 SEA (α -thalassemia 1 SEA type) ซึ่งตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในกรณีที่ทารกมีภาวะโลหิตจางมาก และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีความรุนแรงมาก จะพิจารณาตรวจก่อนอายุ 1 ปี ทารกบางรายที่บิดามารดาเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย จะได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียตั้งแต่แรกเกิดจากเลือดทางสายสะดือ ทารกอายุ 6 และ 12 เดือน ที่ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก โดยการรับประทานธาตุเหล็กในขนาด 3-6 มก. ต่อ กก. ต่อวัน จะนัดตรวจ CBC หลังการรักษา 1 เดือน หากความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กจะได้รับธาตุเหล็กรับประทานต่อจนครบ 3 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผลการรักษาด้วยธาตุเหล็กหลังการรักษา 1 เดือน การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งป้อนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ

ทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA)

นิยามศัพท์

1. ฮีโมโกลบินหรือ hemoglobin (Hb) หมายถึง โปรตีนในเม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อ^[3]

2. ฮีมาโตคริต หรือ hematocrit (Hct) หมายถึง การทดสอบทางโลหิตวิทยาที่วัดร้อยละของปริมาณเม็ดเลือดแดงเมื่อเทียบกับเลือดทั้งหมด^[3]

3. ภาวะโลหิตจางหรือ anemia ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือน หมายถึง ฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 11.0 กรัมต่อ ดล. และ/หรือฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 ทั้งในทารกเพศชายและหญิง^[3]

4. ภาวะขาดธาตุเหล็ก หรือ iron deficiency คือ ภาวะที่ธาตุเหล็กมีไม่เพียงพอต่อการดำรงหน้าที่ปกติของร่างกาย โดยเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน ได้แก่ serum ferritin น้อยกว่า 15 มคก. ต่อ ล. ในผู้ที่อายุมากกว่า 5 ปี และน้อยกว่า 12 มคก.ต่อ ล. ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 5 ปี หรือ transferrin saturation น้อยกว่า ร้อยละ 16^[3]

5. ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หรือ iron deficiency anemia คือ ภาวะโลหิตจางดังกล่าวข้างต้นซึ่งเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก^[3]

6. การรักษาด้วยธาตุเหล็ก หมายถึง การให้ธาตุเหล็กรับประทานขนาด 3-6 มก. ต่อ กก. ต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน^[3]

7. การตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก หมายถึง ทารกที่มีฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 หลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก 1 เดือน^[3]

ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 พบว่า ในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ทารกที่ศึกษามีจำนวน 1,373 ราย 1,796 ราย และ 1,809 รายตามลำดับ แบ่งเป็นทารกอายุ 6 เดือน จำนวน 712 ราย 924 ราย และ 947 ราย และทารกอายุ 12 เดือน จำนวน 661 ราย 872 ราย และ 862 ราย ตามลำดับ พบว่าในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ทารกอายุ 6 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 1.3) 10 ราย (ร้อยละ 1.1) และ 13 ราย (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ และทารกอายุ 12 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 1.5) 11 ราย (ร้อยละ 1.3) และ 18 ราย (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ข้อมูลประชากรแยกตามปี พ.ศ. และ อายุ

ปี พ.ศ.	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามอายุ (ราย)	
		6 เดือน	12 เดือน
2555	1,373	712	661
2556	1,796	924	872
2557	1,809	947	862
รวม	4,978	2,583	2,395

ตาราง 3 ความชุกของภาวะโลหิตจาง ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือน ที่เข้ารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่แยกตามปี พ.ศ.

ประชากรที่ศึกษา (จำนวน)	อายุ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)			อายุ 12 เดือน จำนวน (ร้อยละ)		
	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
ภาวะโลหิตจาง (71 ราย)	9 (1.3)	10 (1.1)	13 (1.4)	10 (1.5)	11 (1.3)	18 (2.1)
ฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (4,907 ราย)	703 (98.7)	914 (98.9)	934 (98.6)	651 (98.5)	861 (98.7)	844 (97.9)
รวม (4,978 ราย)	712	924	947	661	872	862

ค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริตในทารกอายุ 6 เดือน ในปี 2555 2556 และ 2557 มีค่าเท่ากับร้อยละ 37.3 36.6 และ 36.8 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริตในทารกอายุ 12 เดือน ในปี 2555 2556 และ 2557 มีค่าเท่ากับร้อยละ 37.2 36.6 และ 36.9 ตามลำดับดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าฮีมาโตคริตของประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาแบ่งตามอายุ

อายุของประชากรที่ศึกษา	ร้อยละของฮีมาโตคริต		
	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
ทารกอายุ 6 เดือน	37.3 (2.8)	36.6 (2.7)	36.8 (2.6)
ทารกอายุ 12 เดือน	37.2 (2.7)	36.6 (2.4)	36.9 (2.6)

เมื่อดูผลความเข้มข้นเลือดหลังการรักษา ทบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 13.8) และ 9 ราย (ร้อยละ 31) ภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก 1 เดือน พบว่าทารก อายุ 6 และ 12 เดือน จำนวน 29 รายเท่ากัน มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือดตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) และ 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ตามลำดับ ตามลำดับดังตาราง 5 มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น แต่ไม่ถึงระดับที่

ตาราง 5 แสดงผลการรักษาด้วยธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน และ 1 ปี ที่มีภาวะโลหิตจาง

การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (จำนวน)	ทารกอายุ 6 เดือน ที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน (ร้อยละ)	ทารกอายุ 1 ปีที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน (ร้อยละ)
เพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก* (34 ราย)	18 (62.1)	16 (55.2)
เพิ่มขึ้นแต่ไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (13 ราย)	4 (13.8)	9 (31.0)
เท่าเดิมหรือลดลง (11 ราย)	7 (24.1)	4 (13.8)
รวม (58 ราย)	29	29

* ระดับฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือ ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3

เมื่อดูผลความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก 1 เดือน ในทารกที่ได้รับการตรวจภาวะธาลัสซีเมียจำนวน 31 ราย พบว่าทารกที่เป็นพาหะธาลัสซีเมียและพาหะฮีโมโกลบินผิดปกติ ได้แก่ Heterozygous Hb E จำนวน 8 ราย, β -thalassemia heterozygote จำนวน 10 ราย และ α -thalassemia heterozygote จำนวน 5 ราย มีการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นเลือดตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุ

เหล็กหลังการรักษา 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 62.5 ร้อยละ 50 และร้อยละ 60 ตามลำดับ โดยมีค่าใกล้เคียงกับทารกที่ผลตรวจธาลัสซีเมียปกติ จำนวน 3 ราย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 66.7 ส่วนทารกที่เป็นโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ ได้แก่ β -thalassemia/Hb E จำนวน 2 ราย, Hb H disease จำนวน 1 ราย และ Homozygous Hb E จำนวน 1 ราย รวมถึงทารก 1 ราย ที่เป็นทั้งพาหะ เบต้าและแอลฟาธาลัสซีเมีย ไม่พบว่ามี ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงผลการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กในทารกที่ได้รับการตรวจธาลัสซีเมีย (Hb typing และ PCR for α -thalassemia 1)

ผลตรวจธาลัสซีเมีย(จำนวน)	การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก เพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก จำนวน (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย ธาตุเหล็ก จำนวน (ร้อยละ)	เท่าเดิมหรือ ลดลง จำนวน (ร้อยละ)
A ₂ A PCR negative (3 ราย)	2 (66.7)	1 (33.3)	-
Heterozygous Hb E (8 ราย)	5 (62.5)	1 (12.5)	2 (25)
β -thalassemia heterozygote (10 ราย)	5 (50)	2 (20)	3 (30)
α -thalassemia heterozygote (5 ราย)	3 (60)	1 (20)	1 (20)
α -thalassemia heterozygote + β -thalassemia heterozygote (1 ราย)	-	-	1
β -thalassemia/Hb E (2 ราย)	-	1 (50)	1 (50)
Hb H disease (1 ราย)	-	1	-
Homozygous Hb E (1 ราย)	-	1	-
รวม (31 ราย)	15	8	8

* ระดับฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือ ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3

เมื่อติดตามความเข้มข้นเลือดที่อายุ 1 ปี ในทารกอายุ 6 เดือนที่ได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก ซึ่งมีบันทึกไว้ในประวัติการ

รักษา 24 ราย พบว่ามีค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริตที่อายุ 1 ปี เท่ากับร้อยละ 35 ในกลุ่มนี้ พบว่าได้รับการตรวจธาลัสซีเมียและพบความผิดปกติ

9 ราย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของฮีมาโตคริตที่อายุ 1 ปีต่ำกว่า คือเท่ากับร้อยละ 32 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.047) เมื่อแบ่งตามผลความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก 1 เดือน ที่อายุ 6 เดือน พบว่าทารกที่ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก ทารกที่ความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก และทารกที่ความเข้มข้นเลือดเท่าเดิมหรือ

ลดลงหลังรักษาด้วยธาตุเหล็ก มีค่าเฉลี่ยร้อยละของฮีมาโตคริตที่อายุ 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 36 ร้อยละ 34 และ ร้อยละ 31 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าทารกที่ได้รับการตรวจธาตุเหล็กและผลผิดปกติ ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยร้อยละของฮีมาโตคริตเท่ากับ ร้อยละ 34 ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 30 ตามลำดับ ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยร้อยละของฮีมาโตคริตที่อายุ 12 เดือน ในทารกอายุ 6 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางซึ่งได้รับการรักษาด้วยธาตุเหล็ก เปรียบเทียบระหว่างทารกทุกรายกับทารกที่ผลคัดกรองธาตุเหล็กผิดปกติ จำแนกตามผลการรักษาด้วยธาตุเหล็กที่อายุ 6 เดือน

ค่าเฉลี่ยร้อยละของฮีมาโตคริตที่อายุ 12 เดือน					
ความเข้มข้นเลือดหลังการ รักษาด้วยธาตุเหล็กใน ทารก อายุ 6 เดือน	ทารกทุกรายที่ได้รับการ รักษาภาวะโลหิตจางด้วย ธาตุเหล็ก ที่อายุ 6 เดือน		ทารกที่ผลคัดกรองธาลัสซีเมีย ผิดปกติ ที่ได้รับการรักษาด้วยธาตุ เหล็กที่อายุ 6 เดือน		p- value a
	ราย	Mean (SD)	ราย	Mean (SD)	
เพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการ รักษาด้วยธาตุเหล็ก	15	36.27 (2.71)	3	34 (1.73)	0.047*
เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยธาตุเหล็ก	4	34.00 (2.58)	2	32.00 (1.41)	
เท่าเดิมหรือลดลง	5	31.4 (4.51)	4	30.5 (4.66)	
รวม	24	34.88 (3.59)	9	32.00 (3.43)	

a) One-way ANOVA, multiple comparison (LSD)

(*) แสดงถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 (**) ระดับฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือ ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3

เมื่อดูความสัมพันธ์ของขนาดธาตุเหล็กกับการตอบสนองต่อการรักษาภาวะโลหิตจางหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก 1 เดือน ซึ่งมีบันทึกในเวชระเบียน 51 ราย พบว่าทารกที่มีภาวะโลหิตจางที่มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก ได้รับธาตุเหล็กเฉลี่ย 4.34 มก./กก./วัน ทารกที่มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นแต่ไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กได้รับธาตุเหล็กเฉลี่ย 3.65

มก./กก./วัน และทารกที่มีความเข้มข้นเลือดเท่าเดิมหรือลดลงหลังรักษาด้วยธาตุเหล็ก ได้รับธาตุเหล็กเฉลี่ย 4.35 มก./กก./วัน ซึ่งขนาดธาตุเหล็กเฉลี่ยของกลุ่มที่มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก และกลุ่มที่มีความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นแต่ไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบขนาดธาตุเหล็กที่ใช้ในการรักษาภาวะโลหิตจาง แบ่งตามผลการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยธาตุเหล็ก

การเปลี่ยนแปลงของความเข้มข้นเลือดหลังการรักษาด้วยธาตุเหล็ก	ขนาดธาตุเหล็กเฉลี่ย (มก./กก./วัน)	SD	ความแตกต่างของขนาดธาตุเหล็ก (มก./กก./วัน)	p-value ^a
- เพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (29) ^{**}	4.34	0.73	0.69	0.011 [*]
- เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (11)	3.65	0.85		
- เพิ่มขึ้นตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (29)	4.34	0.73	0.01	0.977
- เท่าเดิมหรือลดลง (11)	4.35	0.63		
- เพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก (11)	3.65	0.85	0.69	0.011 [*]
- เท่าเดิมหรือลดลง (11)	4.35	0.63		

a) One-way ANOVA, multiple comparison (LSD)

(*) แสดงถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 (**) ระดับฮีโมโกลบิน เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 กรัม ต่อ ดล. หรือ ฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3

วิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจาง โดยการตรวจฮีมาโตคริตที่ปลายนิ้วมือ ในทารกอายุ 6 และ 12 เดือนที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2557 ซึ่งมีสถิติรับประทานนมมารดาเพียงอย่างเดียวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 เท่ากับ ร้อยละ 53.1, 58.8 และ 79.2 ตามลำดับ ทารกที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 มีจำนวน 1,373 ราย 1,796 ราย และ 1,809 รายตามลำดับ แบ่งเป็นทารกอายุ 6 เดือน จำนวน 712 ราย 924 ราย และ 947 ราย และทารกอายุ 12 เดือน จำนวน 661 ราย 872 ราย และ 862 ราย ตามลำดับ พบว่าในปีพ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 ทารกอายุ 6 เดือนที่มีภาวะโลหิตจาง คือ ค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 มีจำนวน 9 ราย

(ร้อยละ 1.3) 10 ราย (ร้อยละ 1.1) และ 13 ราย (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ และทารกอายุ 12 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 1.5) 11 ราย (ร้อยละ 1.3) และ 18 ราย (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาที่ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเก็บข้อมูลความเข้มข้นเลือดของทารก วัย 6 ถึง 12 เดือนของคลินิกสุขภาพเด็กดี พบว่ามีภาวะโลหิตจาง คือความเข้มข้นเลือดต่ำกว่าร้อยละ 33 ในปี 2553, 2554 และ 2555 เท่ากับร้อยละ 17.7, 16.3 และ 14.9ตามลำดับ^[10] และน้อยกว่าการศึกษาของพรทิพย์ รักคำมี และคณะ^[11] ซึ่งได้ศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในทารกอายุ 6 เดือน จำนวน 100 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2557 โดยอาศัยเกณฑ์ฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 พบว่าความชุก

ระยะเวลาที่เหมาะสม โดยให้ในขนาด 4-6 มก./กก./วัน หากความเข้มข้นเลือดหลังการรักษา 1 เดือน เพิ่มขึ้นถึงระดับตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก ควรให้ธาตุเหล็กรับประทานต่อจนครบ 3 เดือน

เมื่อดูประวัติของทารกอายุ 6 เดือนที่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็ก และได้รับการคัดกรองโรคธาลัสซีเมียแล้วมีผลปกติ พบว่ามี 1 ราย เป็นทารกเกิดครบกำหนด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ที่น้ำหนักตัวน้อยเมื่อแรกเกิด คือ 2,420 ก. และรับประทานนมมารดาจนถึงอายุ 1 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสขาดธาตุเหล็ก โดยองค์การอนามัยโลกและ American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition ได้แนะนำว่าทารกที่เกิดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวน้อยที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียว ควรได้รับการเสริมธาตุเหล็กทุกรายในปริมาณ 2 มก. ต่อ กก. ต่อวันตั้งแต่อายุ 1 เดือน จนกระทั่งได้รับอาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ^[1, 2]

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ในอนาคตควรมีงานวิจัยที่ออกแบบไปข้างหน้า นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น เช่น เด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเป็นวัยที่พบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูง โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 แนะนำการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-9 เดือน และเด็กอายุ 3-6 ปี รวม 2 ครั้ง ถ้าไม่สามารถตรวจในเด็กทุกรายได้ ให้คัดกรองเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยง^[16] การติดตามการตอบสนองต่อการรักษาด้วยธาตุเหล็กในภาวะโลหิตจาง ควรใช้การวัดความเข้มข้นเลือดจากวิธีเดียวกันเพื่อการเปรียบเทียบที่ได้มาตรฐาน นอกจากนี้การตรวจหาภาวะโลหิตจางหากใช้ค่าฮีโมโกลบินในการคัดกรอง ด้วยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ นำมาตรวจโดยใช้ยาอะคอปเปอร์ซัลเฟต ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้

ในการวัดความเข้มข้นเลือดในผู้ที่บริจาคโลหิต หรือตรวจโดยเครื่องวัดฮีโมโกลบินชนิดพกพา (HemoCue) จะทำให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เนื่องจากการคัดกรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล^[3]

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ต่อจรัส, รัชฎะ ลำกุล. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจาง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก / <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/Anemia.pdf>
2. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). Pediatrics. 2010; 126(5): 1040-50.
3. World Health Organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001. WHO/NHD/01.3.
4. กมล เผือกเพ็ชร. Guideline in Child Health Supervision. กรุงเทพฯ: สรรพสาร จำกัด; 2557
5. McLean E, Cogswell M, Egli l et al. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr. 2009;12(4):444-54
6. Stoltzfus RJ. Defining Iron-Deficiency Anemia in Public Health Terms: A Time for Reflection. JN[Internet]. 2000[cited 2015 Jan

- 15];131 no. 2:5655-75. Available from:<http://jn.nutrition.org/content/131/2/5655.full>
7. de Benoist B et al., eds. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia Geneva, World Health Organization, 2008
8. Pasricha SS, Flecknoe-Brown SC, Allen KJ, Diagnosis and management of iron deficiency anaemia : a clinical update. MJA[Internet]. 2010; 193(9): 525-32.
9. ภาวะโลหิตจางในเด็กก่อนปฐมวัย. ศูนย์อนามัยที่ 10[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก/<http://www.hpc11.go.th/intranet/index.php?topic=653.0>
10. ชัยวัฒน์ อภิวันทนา, พรทิพย์ รักคำมี, สุจิตรา บางสมบุญ และคนอื่นๆ. ผลการศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือน ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว และที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก/http://km.libhpc8.com/?wpfb_dl=95
11. แยกดูสารอาหารในนมแม่-ทำไมนมแม่จึงดีกว่า. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2551[เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]; 6. เข้าถึงได้จาก/
12. วิณา มงคลพร, อัญชลี ภูมิจันทิก, อัมพร สมพงษ์ และคนอื่นๆ. เป็นเด็ก “ห้ามขาดธาตุเหล็ก”. เพื่อนสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2555[เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]; 6. เข้าถึงได้จาก/<http://hpc5.anamai.moph.go.th/images/factsheet/fact%20sheet%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A3%20%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%A1%E0%B8%B5%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1.pdf>
13. พชรวรรณ ลีลาภิรมย์ชัย. การศึกษาประสิทธิภาพผลการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก เปรียบเทียบกับกลุ่มรับประทานธาตุเหล็กเสริมทุกวันกับทุกสัปดาห์[วิทยานิพนธ์ วิชาชีพเวชกรรม สาขากุมารเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. Therapeutic Trials in Mild Iron Deficiency in infants. Nutr Rev [Internet]. 1982[cited 2015 Jan 15];40 (5) : 139-41.Available from: <http://nutritionreviews.oxfordjournals.org/content/40/5/139>
15. อิศรางค์ นุชประยูร. โลหิตจางในแม่และเด็ก. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.229.33/archives/Files/con_22_9_2557_3.pdf
16. พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, บรรณาธิการ. Guideline in Child Health Supervision. กรุงเทพฯ: สรรพสารจำกัด; 2557.

การศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง
ณ วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Title Research model of long-term care for elderly people in the community, measured as the
Centre at Wat Huay kang. Tambon Nong district division San Sai district, Chiang Mai.

อุมพร นิ่มตระกูล

บทคัดย่อ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

งานผู้สูงอายุ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งคัดเลือกจากผู้สูงอายุ พระ กรรมการวัด เทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรทางสาธารณสุขที่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตาม วัน เวลา และกิจกรรมที่กำหนดด้วยความตั้งใจ จำนวน 125 คน รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โครงการอบรมให้ความรู้ เครื่องมือประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุ เกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เริ่มตั้งแต่การสนทนากลุ่มและการใช้กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อระดมสมองหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ปัญหาที่ได้จากการระดมสมองซึ่งได้แก่ ปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามปัญหาดังกล่าว ความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้ประกอบด้วยความต้องการความรู้ด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านแนวคิดด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้สูงอายุความต้องการความรู้ด้านโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความต้องการความรู้ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ความต้องการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการเสริมสร้างความรู้ดังกล่าวพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ได้รับความรู้มากถึงร้อยละ 71.20 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้เรื่องการจัดนันทนาการ การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีความสุขและการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างละเอียดถี่ถ้วน ร้อยละ 66.4 สำหรับการนำความรู้ไปช่วยเหลือตนเอง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่นำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่าร้อยละ 80.0

นอกจากนี้จากการประเมินรับรองผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในตำบลหนองหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย พบว่ามีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบตามองค์ประกอบ 6 ข้อ คือ (1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 ติดบ้าน และ กลุ่ม 3 ติดเตียง)ซึ่งกระบวนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าวดำเนินการขับเคลื่อนโดยวัดเป็นศูนย์ กลางในการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสำหรับข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลางครั้งนี้เน้น กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงาน ในพื้นที่ชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เริ่มตั้งแต่กระบวนการทำความเข้าใจระบบชุมชน กระบวนการหาและการใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ กระบวนการขยายเครือข่ายในชุมชน และกระบวนการสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการระดมสมองหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อขยายผลในการนำไปใช้และควรขยายเครือข่ายวัดต้นแบบศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผลักดันให้เป็นนโยบายของกระทรวงอย่างเป็น

รูปธรรม และควรเน้นการบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

Abstract

This research is a research workshop on the participation (Participatory Action Research) with the purpose to study the model of long-term care for elderly people in the community, measured as the Center. By studying from a sample that selects from the elderly. The Committee of community leaders, municipal public health workforce capable of asom participates in research projects based on the date, time and activities determined by the intention of 125 workers gather information from tools such as survey data, in-depth interviews. Knowledge training projects. Measurement tools: well-being of the elderly The benchmark long-term elderly care of public health department Analyze data using complex statistics to describe the content and. Study results found that studies patterns of long-term elderly care in the community, measured as the Center is focused on the participation of the community in the framework. Starting from the discussion groups and the use of the power generation process. (Empowerment) to brainstorm issues and needs of the elderly. Problems that result from the brainstorm, which include physical problems. Psychological problems. Social economic problems. Bring the priority of the problem of the elderly in order to meet the needs of the elderly, according to the problem. The needs of the elderly who have comprised the knowledge requirement, welfare for the elderly. Demand for conceptual knowledge of changes to the body soul society, elderly people need knowledge of common diseases in the elderly. Knowledge of requirements management environment. Against the elderly The knowledge requirement to assist the elderly at the beginning. The knowledge requirements. Health care for the elderly by strengthening the knowledge that most research participants receive a. Know a lot about 71.20

percent common diseases in elderly people's knowledge is second to recreation. Care for the elderly and care for the elderly at home, each equally was 66.4 per cent for bringing knowledge to help yourself. I found that most of the research participants bring knowledge to help yourself get over 80.0 percent. in addition, the certification assessment of performance of long-term elderly care in Tambon Nong divided by benchmark long-term elderly care of public health department. I found that there is a standard assessment criteria, through the operation of health care the elderly have long reached the 6 elements 1. elders are based on groups of potential based on the ability to make a daily routine. (Activities of Daily Living: Barthel ADL) has 2 elderly clubs through Club ayukhunphap high criteria. 3. have a volunteer. Apply for elderly care in the community, 4. provide health care elderly people at home with quality (Home Health Care) by public health personnel 5. Dental health prevention campaigns are available in the district level. 6. the elderly care system 2 groups (Group 2 and group 3 lots next to beds), which paves the way for a process model of long-term care for elderly people in the community, operator powered by a zero measurement. The link is to engage all sectors that are relevant for the suggestion to study patterns of long-term elderly care in the community, measured as the central focus of this time. The process involved in the community on the basis of operational processes in the area of the community, measured as central to understanding processes starting from the Community system. Process of finding and using the social capital of the area. Process of expanding route networks in the community, and supports and encourages community activity occurred, and there is ongoing development activities. By focusing on community involvement to brainstorm issues and health needs in response to the problem, which is considered as a way to study the

model of long-term care for elderly people in the community, measured as the Center. In order to expand the effective implementation and should expand the network of the Central long-term elderly care in the community by the Ministry of Finance's policy is to push reforms. And should be focused on the integration of the various agencies involved.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วภายในช่วงเวลาอันสั้น จากการคาดการณ์ประชากรพบว่า อัตราการเข้าสู่ประชากรสูงอายุไทยจะใช้เวลาประมาณ 20 ปี โดยจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี 2553 และเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัวในปี 2573 โดยพบว่า ปี 2557 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.30 ภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะประชากรรวดเร็วกว่าระดับประเทศ ประมาณ 10 ปี โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุในเขต 10 คิดเป็นร้อยละ 15.19 และจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 241,217 คน รองลงมาเป็นเชียงราย จำนวน 177,892 คน และลำดับที่สามคือ นครสวรรค์ จำนวน 135,751 คน^[1] สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เวลาในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านคนและระบบมีน้อย โดยเฉพาะการเตรียมรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชากรสูงอายุ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุและการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มาเป็นระยะเวลานานในปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนแปลงไปจากการเกิดโรคติดต่อไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

สำหรับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้สูงอายุได้แก่โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ พบว่าโรคที่มีอัตราการตายสูงขึ้น ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคไต โดยในปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการตายจากโรคดังกล่าว 97.6, 88.4 และ 89.6 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ^[2] และจากข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราการตายจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบการเจ็บป่วยและการตายจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกัน

การเจ็บป่วยเรื้อรังถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะระยะเวลาการเจ็บป่วยจะยาวนาน มีอาการขึ้นๆ ลงๆ และต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงก่อให้เกิดอาการและผลกระทบจากโรคเรื้อรังต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมต่อผู้สูงอายุเองและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลลดลงอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติจากการต้องเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวนมหาศาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนหนึ่งอาจยังสามารถควบคุมโรคของตนเองได้ จึงไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล แต่อีกส่วนหนึ่งอาจมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความรุนแรง และการฟื้นฟูสภาพจะเป็นไปด้วยความยากลำบาก และกินเวลานาน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรงมักต้องการการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าวัยอื่น และต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมาก และจากการครองเตียงเป็นเวลานาน ทำให้โอกาสในการรับผู้ป่วยอื่นลดลง ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จึงมีแนวโน้มที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

เร็วขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลด้วยภาระที่มีความเจ็บป่วยและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled elderly) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการดูแลจากครอบครัวและสังคม ทั้งนี้เพราะผลจากความเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้พิการทุพพลภาพหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการการดูแลด้านต่างๆ ได้แก่ (1) การทำกิจวัตรประจำวัน (2) การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (3) การจัดการด้านอาหารและ (4) การตอบสนองด้านจิตใจ^[3]

การดูแลในด้านต่างๆ ดังกล่าวโดยทั่วไปในครอบครัวขยายจะเป็นหน้าที่ของบุคลากรในครอบครัวโดยเฉพาะบุตร แต่จากโครงสร้างครอบครัวของไทยในปัจจุบันซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นรวมทั้งความจำเป็นที่บุตรหลานต้องทำงานทำให้ครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ เห็นได้อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องจากในปี พ.ศ. 2537 มีคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 9 คนที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน จนถึงปี พ.ศ. 2550 มีคนในวัยแรงงานเพียง 6 คน ที่ช่วยอุปการะผู้สูงอายุ 1 คน^[4] ทำให้เกิดการทอดทิ้งผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเหล่านี้จึงเป็นหน้าที่ของชุมชนซึ่งหากชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุก็จะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันได้มีการศึกษาวิจัยถึงรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งพบว่าความต้องการบริการสำหรับผู้ ที่ต้องพึ่งพามีสูงขึ้น จากรายงานสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554^[1] พบว่าอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุในปี 2545 มีประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คน จะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

ถึง 14 คน ปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 16 คน และในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็น 18 คน ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในสถาบันสำหรับดูแลในชุมชน โดยมีการจัดบริการการดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพและโดยอาสาสมัคร และได้มีความพยายามที่จะให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามรูปแบบการบริการต่างๆ ในปัจจุบันไม่ได้แก้ปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องพึ่งพาผู้อื่นได้ ทั้งนี้เพราะปัญหาหลักของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตในครอบครัว ในขณะที่บริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพมีเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครมีเพียงวันละ 1 ครั้งเท่านั้น จะเห็นได้ว่าเป็นความจำเป็นที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องหารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องพึ่งพาที่เหมาะสมเป็นไปได้และคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจากข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคลและงบประมาณทำให้รัฐต้องกำหนดกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานด้านการดูแล^[5] ได้ให้ข้อเสนอทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการยืดอายุของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุด โดยได้เสนอให้มีทีมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแต่ละรายให้มีเกณฑ์หรือตัวชี้วัดในการจัดแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาระพึ่งพิงโดยดูใน ทุกมิติของรายได้ สุขภาพ และสังคม เพื่อให้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการการดูแลให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและให้มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการและการจัดบริการในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน และผสมผสานระบบบริการตั้งแต่สถาบันไปจนถึงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จากทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าวจะเห็นได้ว่าชุมชนเป็นกุญแจ

สำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การที่ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายรรวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน มีความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย จะทำให้เกิดระบบการดูแลที่ดีที่ทำให้ประชาชนทุกกลุ่มรวมทั้งผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามเนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วทำให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนี้น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว การวางแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของทุกภาคส่วนยังขาดประสิทธิภาพและบูรณาการ ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาผลกระทบจากประชากรสูงอายุจำกัดเนื่องจากหลายจังหวัดของภาคเหนือได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วจึงเป็นความเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือและกำหนดรูปแบบการดูแลระยะยาวที่สามารถใช้เป็นต้นแบบเพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุและคนในชุมชน สถานที่ดำเนินการวิจัยได้คัดเลือกวัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ดำเนินงานและชุมชนเป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก กระบวนการ Empowerment ส่วนที่ 4 หลักสูตรการฝึกอบรมให้ความรู้ ส่วนที่ 5 แบบประเมินรับรองมาตรฐานตำบลที่มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย วิธีการดำเนินงานศึกษาวิจัยได้กำหนด

ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนประกอบด้วยผู้สูงอายุ ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา พระ กลุ่มแม่บ้าน ชมรม ผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยการสนทนากลุ่ม และ วิเคราะห์แผนความคิดและความต้องการผู้สูงอายุ โดยกระบวนการ Empowerment เพื่อนำปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ จัดลำดับความต้องการของผู้สูงอายุมากำหนดเป็น ปัจจัยเพื่อนำเข้าในการจัดกิจกรรมเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้สูงอายุ พร้อมกับศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตามเกณฑ์ มาตรฐานกรมอนามัย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 46.4 มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ร้อยละ 40.8 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.8 และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.8 รองลงมาประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.2 โดยการ ประกอบอาชีพส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 26.5 สำหรับรายได้ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ ร้อยละ 39.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนระหว่าง 1 – 500 บาทต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 75.5 รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการทำงาน ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 39.2 และจากบุตร – หลาน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
60 - 69 ปี	21	36.21	37	63.79	58	46.40
70 – 79 ปี	30	58.82	21	41.18	51	40.80
80 ปีขึ้นไป	10	62.50	6	37.50	16	12.80

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพและรายได้

อาชีพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ	49	39.2
ทำนา	4	8.1
ทำสวน	12	24.5
จักสาน	5	10.2
เย็บปักถักร้อย	3	6.1
ค้าขาย	13	26.5
รับจ้าง	12	24.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76	60.8
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	76	60.8
มีรายได้	49	39.2

อาชีพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1 – 500 บาท	37	75.5
501 – 1,000 บาท	12	24.5
แหล่งรายได้		
บุตร – หลาน	26	20.8
ทำงานด้วยตนเอง	49	39.2

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 22.4 รองลงมาคือเป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.4 และโรคปวดข้อ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 2.4 และร้อยละ 2.4 ตามลำดับ

ข้อมูลดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือมีดัชนีมวลกายระหว่าง 20 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 28.8

ข้อมูลภาวะความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความดันโลหิตเท่ากับ 140/90 mmHg. และน้อยกว่า 140/90 mmHg. ร้อยละ 36.8 และร้อยละ 9.6 ตามลำดับ

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าดื่มสุรา ร้อยละ 15.2 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 20.0 สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าส่วนใหญ่ตรวจสม่ำเสมอ ร้อยละ 80.8 รองลงมาเคยแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 14.2 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 88.0

ข้อมูลผู้สูงอายุจำแนกตามการอยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 92.0 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 8.0 ดังตาราง 3 – 6

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัวผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคปวดข้อ	6	4.8
โรคเบาหวาน	3	2.4
โรคความดันโลหิตสูง	46	22.4
โรคหัวใจ	6	4.8
โรคตับแข็ง	1	0.8
โรคถุงลมโป่งพอง	3	2.4
โรคไตวายเรื้อรัง	1	0.8
โรคอัมพาต	1	0.8
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	18	14.4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ดัชนีมวลกาย (n = 125)</u>		
ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	11	8.8
18.5 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	36	28.8
มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร	78	62.4
<u>ความดันโลหิต (n = 125)</u>		
เท่ากับ 140/90 mm.Hg.	67	53.6
น้อยกว่า 140/90 mm.Hg.	12	9.6
มากกว่า 140/90 mm.Hg.	46	36.8

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>การดื่มสุรา</u>		
ดื่มสุรา	19	15.2
ไม่ดื่มสุรา	106	84.8
<u>การสูบบุหรี่</u>		
ไม่สูบบุหรี่	100	80.0
สูบบุหรี่เป็นประจำ	25	20.0
<u>การตรวจสุขภาพประจำ</u>		
ไม่เคย	-	-
เคยแต่ไม่สม่ำเสมอ	24	19.2
เคยสม่ำเสมอ	101	80.8
<u>การออกกำลังกาย</u>		
ออกกำลังกาย	110	88.0
ไม่ออกกำลังกาย	15	12.0

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการอยู่ร่วมกับครอบครัว

ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัว	15	92.0
ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง	10	8.0

ข้อมูลสนทนากลุ่ม โดยการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก และ ข้อมูลจากระบบการ Empowerment

ปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ
แบ่งได้ดังนี้

- ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่
ข้อเข่า เดินไม่ไหว อ่อนแรง ขาตามปลายมือปลาย
เท้า ไม่สบาย ทำงานไม่ไหว ส่วนใหญ่สุขภาพไม่ดี
ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน อยากให้หาย
ป่วย เพราะต้องดูแลตัวเอง ไม่อยากเป็นภาระของ
ผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการหุติง ไม่ค่อยได้ยิน
ปวดศีรษะบ่อยจาโรคความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อย
ตามตัว ปวดหลัง ปวดฟัน ทำให้รับประทานอาหาร
ได้น้อย

- ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ คิดมาก
ใจน้อย หงุดหงิด จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพ
ร่างกาย มีความรู้สึกเบื่อ เหงา ว้าเหว่ เครียด มี
ความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าลดลง

- ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ
พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง เนื่องจากไม่ช่วย
ทำงาน ต้องใช้เงินจากเก็บหอมรอมริบ หรือทำงาน
เล็กๆ น้อยๆ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย รอลูกหลานเอามา
จุนเจือบ้าง

**เสนอแผนความต้องการของผู้สูงอายุ
จากการนำกระบวนการ Empowerment มี
ดังนี้**

- ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่
ความต้องการการรักษาที่ดี ความต้องการมีคนดูแล
ยามเจ็บป่วย ความต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อ
เกิดโรคและการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ใน

ผู้สูงอายุ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่มีพิษต่อ
สุขภาพ ความต้องการเสริมสร้างความรู้และการ
ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ

- ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความ
ต้องการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้อย่าง
รวดเร็ว ความต้องการความปลอดภัย อยู่ใกล้ชิด
ลูกหลาน ไม่ถูกลูกหลานทอดทิ้ง โดยเฉพาะเวลา
เจ็บป่วย

- ความต้องการด้านสังคมและ
เศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการหาเลี้ยงชีพตาม
ความสามารถ มีความรู้เพิ่มเติมในการหารายได้ ใช้
ความรู้ความสามารถภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการหา
เลี้ยงชีพ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ค่อยสนับสนุน ให้
หน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการเข้ากิจกรรม
ของชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลกันเองใน
สังคม

ข้อมูลการเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรการ เสริมสร้างความรู้

ความเข้าใจในการได้รับความรู้จากการ
เข้าอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างความรู้ พบว่า
ผู้สูงอายุส่วนมาก ได้รับความรู้มากที่สุด ร้อยละ
71.20 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือ
ความรู้เรื่องการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการ
ช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างละเท่าๆ กัน คือ
ร้อยละ 64.0 และการนำความรู้จากการอบรมไป
ช่วยเหลือตนเอง พบว่าผู้สูงอายุนำความรู้ไป
ช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 80.00 รองลงมา
คือช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง คือร้อยละ 13.6
ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับความรู้ จากการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการเสริมสร้างความรู้ (n=125)

ความเข้าใจในการได้รับความรู้	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	75	60.0	35	28.0	15	12.0
2.แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ	72	57.6	31	24.8	22	17.6
3.โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	89	71.2	30	24.0	6	4.8
4.การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ	81	64.8	39	31.2	5	4.0
5.การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	80	64.0	40	32.0	5	4.0
6.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	80	64.0	35	28.0	10	8.0

ข้อมูลแนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ดำเนินงานตามองค์ประกอบดังนี้

1. มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือ

ตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ (ติดสังคม) ร้อยละ 93.44 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 5.69 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 0.87 ดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการนำความรู้ไปช่วยเหลือตนเอง

การนำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วยเหลือตัวเองได้มาก	100	80.0
ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง	17	13.6
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	5	4.0
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	3	2.4

2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ เป็นการจัดตั้งและการดำเนินกิจกรรมของชมรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย

- 2.1 กลุ่มสมาชิกและสถานที่ตั้ง
- 2.2 การแต่งตั้งกรรมการและบทบาทหน้าที่
- 2.3 การกำหนดกฎ กติกา และระเบียบในการบริหารชมรม
- 2.4 การระดมทุน
- 2.5 กิจกรรมที่สำคัญของชมรม ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ทักษะ ให้ผู้สูงอายุสามารถดูแล

ตนเองได้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ทางกาย การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย, วัดรอบเอว) การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ กิจกรรมทางสังคมและสาธารณะประโยชน์ การเป็นวิทยากร และการพัฒนาชมรม ให้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน

3. มีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีการดำเนินกิจกรรมโดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขได้แก่ PCU/ รพ.สต./สถาน

อนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ เทศบาลนครเมือง ตำบล/องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (อผส./อสม.)

4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นการดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล ประกอบด้วย

6. มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 คือ กลุ่มติดบ้าน, กลุ่ม 3 คือ กลุ่มติดเตียง)

การอภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ในการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Development) และการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Problem-Learning Process) โดยกระบวนการเริ่มตั้งแต่กระบวนการที่ 1 คือ การทำความเข้าใจระบบชุมชน และการศึกษาชุมชนจากประสบการณ์การเข้าร่วมทำงานในชุมชน พบว่าการศึกษาชุมชนทำให้มีการปรับรูปแบบการทำงานจากเดิมมากขึ้นคือ การทำงานแบบแยกส่วนไม่เชื่อมโยงกันและนอกจากนี้ การเข้าไปศึกษาชุมชนเป็นการสร้างสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับชุมชน จะเห็นได้จากชาวบ้านให้การต้อนรับดี เรียกกินน้ำ กินข้าว จากการได้รับการตอบรับจากชาวบ้านดี รู้สึกดี แสดงว่าเขาให้ความสนใจ ซึ่งนับเป็นก้าวแรกของการให้ความร่วมมือสู่การพัฒนาเป็นหุ้น ส่วนความร่วมมือของกันและกันต่อไป กระบวนการที่ 2 ของการ

ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนคือการหาและการใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่พบว่าทุนทางสังคมซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือความสามัคคีการช่วยเหลือดูแลกันด้วยความเอื้ออาทรโดยเฉพาะ “คน” ที่เป็นผู้นำทั้งไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ซึ่งมีลักษณะเป็นผู้นำที่มีความพร้อมหลายด้านเป็นผู้นำแสดงบทบาทในการบริหารจัดการเมื่อมีเหตุวิกฤติสามารถตัดสินใจเป็นผู้ประสาน แสวงหา ความร่วมมือจากกลุ่มแกนนำต่างๆ ในชุมชนให้เข้ามามีบทบาทตามความเหมาะสมรวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน สำหรับกระบวนการที่ 3 ของการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนคือ การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิเคราะห์แผนความคิดและความต้องการของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความรู้ตามความต้องการของผู้สูงอายุและการขยายเครือข่ายภายในชุมชน เน้นการดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ภายใต้การเรียนรู้ร่วมกัน โดยที่ทุกคนเป็นเจ้าของไม่ใช้ทำเพื่อหมอหรือเพื่อผู้นำคนใดคนหนึ่ง เป็นการใช้องค์ความรู้ปัญญาที่ทุกคนมี เป็นการทำงานร่วมกันที่เป็นแบบแผนมีขั้นตอนมีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งเป็นการก้าวเดินอย่างมั่นคง ทุกคนทุกกลุ่มมีความสำคัญเท่ากัน เป็นการหนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน และกระบวนการที่ 4 ของการปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน คือ การสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมถือเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมชุมชนนั้น ได้มาร่วมกันระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาด้านต่างๆ ในชุมชน นับเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากการรวมพลังของคนในชุมชนที่เข้ามาด้วยความสมัครใจจะเห็นได้ว่าการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชนและชุมชนที่มีวัดเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมในวัด อาทิเช่น ชมรม

ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในวัดในการตรวจสุขภาพประจำปี การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพทางกายจากศูนย์ฟื้นฟูกิจกรรมบำบัดในวัด การจัดบริการนวดแผนไทย การให้การรักษาแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน โดยเจ้าอาวาสวัดให้ใช้ศาลาการเปรียญเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชนในวัด นอกจากนี้ในวัดห้วยเกียงเองได้เป็นวัดพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ เริ่มตั้งแต่กลุ่มเด็กและเยาวชน รวมตัวกันเป็นกลุ่มว่า “ละอ่อนโก้วัด” เป็นลานกีฬา เป็นแหล่งเรียนรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นแหล่งอนุรักษ์และสืบทอดดนตรีพื้นบ้าน และเป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน โดยผ่านเสียงตามสาย วิทยุชุมชน และทางเว็บไซต์ www.sutermanamusit.com จากที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนรวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุและชุมชนโดยอาศัยการสนับสนุนและกระบวนการ Empowerment เพื่อระดมสมองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อนำปัญหาดังกล่าวมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้ คือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า เดินไม่ไหว อ่อนแรง ขาตามปลายมือปลายเท้า ไม่สบาย ทำงานไม่ไหว ส่วนใหญ่สุขภาพไม่ดี ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเมื่อก่อน อยากให้หายป่วย เพราะต้องดูแลตัวเอง ไม่อยากเป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการหูตึง ไม่ค่อยได้ยิน ปวดศีรษะบ่อยจาโรคความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดฟัน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ คิดมาก ใจน้อย หงุดหงิด จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย มีความรู้สึกเบื่อ เหนง ว่าเหว่ เครียด มีความรู้สึกตัวเองมีคุณค่าลดลง ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง เนื่องจากไม่ช่วยทำงาน ต้องใช้เงินจากเก็บหอมรอมริบหรือทำงานเล็กๆ น้อยๆ ไม่พอกับค่าใช้จ่าย

รอลูกหลานเอามาจนเจ็บป่วย สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุจากการนำกระบวนการ Empowerment มีดังนี้ ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการการรักษาที่ดี ความต้องการมีคนดูแลยามเจ็บป่วย ความต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคและการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ไม่มีพิษต่อสุขภาพความต้องการเสริมสร้างความรู้และการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ความต้องการความปลอดภัย อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน ไม่ถูกลูกหลานทอดทิ้ง โดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย ความต้องการด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการหาเลี้ยงชีพตามความสามารถ มีความรู้เพิ่มเติมในการหารายได้ ใช้ความรู้ความสามารถภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ค่อยสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการเข้ากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลกันเองในสังคม การเสริมสร้างความรู้หรือความเข้าใจในการเข้าร่วมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ได้มาจากการระดมสมองโดยการสนทนากลุ่มในเรื่องความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นและจากการเสริมความรู้หรือความเข้าใจในการเข้าร่วมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากได้รับความรู้มากที่สุดร้อยละ 71.2 เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รองลงมาคือความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นอย่างละเท่าๆ กัน คือร้อยละ 66.4 และนอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุนำความรู้ไปช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 80.0 รองลงมาช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ร้อยละ 13.6^[6] พบว่าผู้สูงอายุต้องการความรู้จากแพทย์และ

พยาบาลอันดับ 1 เพราะมีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.9 นอกจากนี้พบว่าตำบลหนองหาร มีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลางมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครบตามองค์ประกอบ 6 ข้อ คือ (1) มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข (5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม (กลุ่ม 2 ติดบ้าน และ กลุ่ม 3 ติดเตียง) ซึ่งกระบวนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าวดำเนินการขับเคลื่อนโดยวัดเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
ระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง จะเห็นได้
ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมใน
ชุมชนโดยอาศัยกระบวนการปฏิบัติงาน ในพื้นที่
ชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เริ่มตั้งแต่กระบวนการ
ทำความเข้าใจระบบชุมชน กระบวนการหาและ
การใช้ทุนทางสังคมของพื้นที่ กระบวนการขยาย

เครือข่ายในชุมชน และกระบวนการสนับสนุนและกระตุ้นให้ชุมชนเกิดกิจกรรมและมีกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการระดมสมองหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองปัญหา ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยวัดเป็นศูนย์กลาง เพื่อขยายผลในการนำไปใช้ การขยายเครือข่ายวัดต้นแบบศูนย์กลางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยผลักดันให้เป็นนโยบายของกระทรวงอย่างเป็นทางการ และควรเน้นการบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานการสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554.
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, (2544). แผนงาน/โครงการที่ตอบสนอง นโยบาย.กระทรวงสาธารณสุข
3. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และคณะ,(2550). การศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดเชียงใหม่
4. รายงานสำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2550.
5. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ,(2552). ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.
6. วิไลวรรณ ทองเจริญและลิวรรณ อนุนาภิรักษ์, (2543). วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1 (4).

**ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโดยกลุ่มบูรณาการ
เพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด จังหวัดพะเยา**

**Operational Effectiveness of Phayao Integrated Working Team in Response to HIV/AIDS
Problems in Accelerated Target Groups**

เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล

นักวิชาการสาธารณสุข

ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

การศึกษาผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโดยกลุ่มบูรณาการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยาใน 9 กลุ่มเป้าหมายเร่งรัด ได้แก่ กลุ่ม พนักงานหญิงบริการ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่ม ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มคู่อุปถัมภ์ที่มีผลเลือดต่าง กลุ่มเยาวชน กลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบ จากเอดส์ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ เก็บ ข้อมูลผลจากรายงานสถิติการตรวจหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และ ผู้เสียชีวิตด้วยเอดส์ และจากกลุ่มตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ องค์กร พัฒนาเอกชน แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และองค์กรระหว่างประเทศ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติค่าร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบูรณาการที่ร่วมดำเนินงานมีทั้ง หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน มีการแบ่งภาระหน้าที่ความ รับผิดชอบไปตามความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงาน โดยหน่วยงาน ด้านสุขภาพของภาครัฐจะมีบทบาทในเชิงรับ อาทิ การให้บริการตรวจ รักษา และให้การปรึกษา ส่วนองค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทเชิงรุกใน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีบทบาทในการ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ โดยมีหน่วยงานระดับท้องถิ่นอื่นๆ ให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผลการดำเนินงานตามนโยบาย Getting to Zero พบว่าปีงบประมาณ 2555-2557 อัตราการติดเชื้อและการตาย จากเอดส์ลดลงในเกือบทุกกลุ่มเป้าหมาย ยกเว้น กลุ่มชายรักชายและ กลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มติดเชื้อสูงขึ้น ส่วนการติดตามและเลือกปฏิบัติยัง พบว่าการดำเนินงานยังมีความยากลำบากในการที่จะให้สังคมยอมรับ ปัญหาในการดำเนินงานเอดส์ คือขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพทำให้ ไม่สามารถดำเนินงานเชิงรุกได้ และความไม่ยั่งยืนของแหล่งทุน

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยควรให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูทักษะเฉพาะสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่นเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกัน และการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

คำสำคัญ ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานเอดส์ กลุ่มบุคลากร กลุ่มเป้าหมายเร่ร่อน

Abstract

The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of the Phayao province's integrated working team operations against HIV/AIDS problems in 9 accelerated target groups including commercial sex workers, men who have sex with men, prisoners, injection drug users, mixed HIV-status couples, adolescents, pregnant women, people living with HIV/AIDS, and children affected by AIDS. This study employed both quantitative and qualitative approaches to obtain data from provincial epidemiological reports, representatives of domestic government/non-government and international organizations, PLHA networks and local administrative authorities. It was found that organizations involving in the operations are multi-level and diverse. Each organization was assigned to take responsibility accordingly to its expertise. For instance, public healthcare organizations provided health-related services; non-government organizations took approached specific target population at community level; and PLWHA networks took roles in domestic and international fundraising. The operations of the integrated working team were also facilitated by other local organizations. After 2-year implementation, the infection rates and number

of AIDS-related deaths among most target groups had decreased to near zero, except the infection rates among MSM and adolescents. Stigmatization still existed and that contributed to difficulty in approaching target population and reducing social discrimination.

There were some potential challenges to the effectiveness of operations against HIV/AIDS in Phayao. Insufficient number of health personnel obstructed proactive operations in communities. Vulnerable target groups were difficult to access due to their illegal status and social stigma. Withdrawal of international funders resulted in unsustainability of resources. Such findings called for political and managerial response in capacity building for healthcare practitioners, enhancing local involvement, and empowering PLWHA communities.

Keywords: Operational Effectiveness, HIV/AIDS Accelerated Groups, Self-Evaluation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ตั้งแต่ช่วงแรกของการระบาด พบมีการรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ.2532 จนถึง กันยายน 2557 มีรายงานผู้ป่วยสะสมจำนวน 17,662 ราย เป็นชาย 11,018 ราย หญิง 6,644 ราย อัตราส่วนการป่วยรวมทั้งสิ้นชาย:หญิง เท่ากับ 1.66 : 1 โดยพบว่าสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อร้อยละ 94.80 ติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกร้อยละ 4.91 และจากการยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 0.26 อย่างไรก็ตามแม้ว่าแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพะเยาลดลงจากลำดับ 1 ในปี 2540-2545 เป็นลำดับ 9 ในปี 2556 แต่ยังคงถือว่าเป็น 1 ใน 10 ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งยังต้องการเร่งรัดจัดการแก้ไขปัญหายังอย่างต่อเนื่อง^[4]

รูปแบบการดำเนินการป้องกันแก้ไข ปัญหาการเอดส์ในจังหวัดพะเยาที่ผ่านมาเป็น การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่ง สำหรับ องค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด พะเยา อาทิ มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา มูลนิธิ รักษาไทย มูลนิธิธิดาบ้านเมตตาธรรม มูลนิธิ PSI องค์การแพททุเฮลท์ มูลนิธิศุภนิมิต มูลนิธิต้นกล้า ความดี มูลนิธิหมอเสม พริ้งพวงแก้ว และ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีบทบาทในการป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์ ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ติด เชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ เด็กที่ได้รับผลกระทบจาก เอดส์ ในพื้นที่จังหวัดพะเยาอย่างยาวนาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 นอกจากนี้มีองค์กรต่างประเทศ เข้า มาสนับสนุนการดำเนินงานของจังหวัด อาทิ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ปี พ.ศ. 2540 – 2545 องค์การความร่วมมือ ระหว่างประเทศของญี่ปุ่น Japan International Cooperation Agency – JICA) ปี พ.ศ. 2541 – 2546 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ปี พ.ศ. 2545 – 2547 ศูนย์ความ ร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) ปี พ.ศ. 2547 – 2549 ศูนย์ประชาคมเอดส์จังหวัด พะเยา โดย กองทุนโลก (Global Fund) ปี พ.ศ. 2550 – 2557 จากสภาพปัญหาและผล การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้จังหวัด พะเยาได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่สาธิตการทำงาน เรื่องโรคเอดส์ในพื้นที่ ภายใต้โครงการ ASEAN Cities Getting to Zero ตามยุทธศาสตร์ของ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และ เป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน เรื่องโรคเอดส์ในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2555 – 2559

จากการระบาดของเอดส์มีมายาวนาน ประชาชนเริ่มคุ้นชินกับปัญหาเอดส์ ประชาชนเริ่ม มองว่าเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา ปี พ.ศ. 2555 เริ่มมี การกลับมาระบาดของอีกครั้งในกลุ่มประชากรต่าง ๆ

กรมควบคุมโรค ได้มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี 2555-2559 โดยเพิ่มความ เข้มข้นของการยุติปัญหาเอดส์ โดยเร่งดำเนินการ แก้ไขปัญหาจำแนกตามกลุ่มเสี่ยงและเปราะบาง เน้นในกลุ่มประชากรเป้าหมายเร่ร่อน อาทิ ประชากร 9 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานหญิงบริการ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มคู่อุปถัมภ์เลือดต่าง กลุ่มเยาวชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบ จากเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา และภาคีเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์ ได้ร่วมกัน ตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาเฉพาะหน้า ดังกล่าว ซึ่งขณะนี้ (พ.ศ. 2557) การดำเนินงานได้ ผ่านพ้นมาเป็นระยะเวลาครึ่งหนึ่งของแผน ยุทธศาสตร์ ดังนั้น ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานในฐานะ หัวหน้างานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดพะเยา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการดำเนินงานของ หน่วยงานบูรณาการด้านป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในมุมมองของหน่วยงานจากภาครัฐและ ภาคเอกชน และจากข้อคิดเห็นของผู้ดำเนินงาน เพื่อเป็นผู้สะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ของ ตนเอง และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อชี้แนะ ระหว่างกัน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและ วิเคราะห์แนวทางพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้ ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโดย รูปแบบการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์การพัฒนาเอกชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหา เอดส์ของจังหวัดพะเยา และเสนอแนวทาง ปรับปรุงพัฒนางานแก้ไขปัญหาเอดส์จำแนกตาม กลุ่มเป้าหมายเร่ร่อน 9 กลุ่มต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษา ผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed-

Method) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้แทนจากหน่วยงานระดับต่างๆ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ จากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรระหว่างประเทศ รวม 113 คน โดยเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลมี 3 วิธี ได้แก่

1. การศึกษาจากเอกสาร(Documentary Review) โดยทบทวนจากเอกสารรายงานการประชุม และนำมาสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดพะเยา ซึ่งบันทึกและประมวลข้อมูลจากการส่งรายงาน 506/1 2) รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา จากงานข้อมูลสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 3) รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา 4) เอกสารสรุปการประชุมระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่าย ในห้วงระยะเวลาดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2555–2557 5) เอกสารสรุปการนำเสนอผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายภายใต้กรอบอาเซียน และ 6) เอกสารสรุปบทบาทภารกิจ ผลการดำเนินงานองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน

2. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ร่วมกับการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ดำเนินงานจริง เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้หน่วยงานมีโอกาสประเมินตนเอง (Self-assessment) ผ่านการจัดประชุมกลุ่มย่อยของคณะทำงานเฉพาะด้าน ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัดพะเยา 1) คณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน 2) คณะอนุกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดพะเยา จำนวน 40 คน 3) ผู้บริหารหรือผู้แทนของสำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคและ

ผู้บริหารองค์กรระหว่างประเทศ (UNAIDS) จำนวน 3 คน และ 4) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 5 คน

3. การใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง (Self-administered questionnaire) ส่งไปยังคณะทำงานเฉพาะด้าน ของศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัดพะเยา ได้แก่ 1) คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและประชาสัมพันธ์จำนวน 10 คน 2) คณะทำงานการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านจำนวน 10 คน 3) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน 15 คน และ 4) คณะทำงานคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์จำนวน 10 คน โดยใช้คำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ , เครือข่ายที่สามารถดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่, การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน, การจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ อุปกรณ์ บุคลากรจากแผนงานและโครงการช่วยในการทำงาน, การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน/องค์กรอื่น, สัมพันธภาพการทำงานกับภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่, ปัจจัยความสำเร็จในการบูรณาการงานด้านเอดส์, ปัญหาอุปสรรคในการบูรณาการการดำเนินงานด้านป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ,ความต้องการสนับสนุนจากจังหวัดหรือส่วนกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติ ค่าความถี่และค่าร้อยละเพื่อแสดงจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และอัตราการตายด้วยเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเร่ร่อน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสรุป จำแนก และนำเสนอในประเด็น 1) ผลการดำเนินงานตามนโยบาย Getting to Zero และ 2) สรุปบทเรียน ในกระบวนการดำเนินงานและแนวทางพัฒนา จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด 9 กลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามนโยบาย

Getting to Zero

นโยบาย Getting to Zero มุ่งเน้นการดำเนินงานเป็น 3 ศูนย์ โดยศูนย์ที่หนึ่ง “ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่” เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ศูนย์ที่สอง “ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์” และ

ศูนย์ที่สาม “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ” ผลการดำเนินงานจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด ดังนี้

ศูนย์ที่หนึ่ง “ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่” ซึ่งผลการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด สรุปดังนี้

1. กลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มพนักงานหญิงบริการที่มาตรวจที่คลินิกทันตวัน โรงพยาบาลพะเยา ปีงบประมาณ 2553 – 2555 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 3.9 , 2.5 และ 4.0 ตามลำดับ และมีแนวโน้มลดลงใน ปีงบประมาณ 2556 – 2557 โดยไม่พบอัตราการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการที่มาใช้บริการที่คลินิกทันตวัน ระหว่าง ปีงบประมาณ 2553 - 2557

กลุ่ม/ปีงบประมาณ	2553	2554	2555	2556	2557
พนักงานบริการ	76	48	48	40	68
ตรวจเอชไอวี	76	40	25	26	68
ติดเชื้อเอชไอวี	3	1	1	0	0
	(3.9%)	(2.5%)	(4.0%)	(0.0%)	(0.0%)

ที่มา: ข้อมูลจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานคลินิกทันตวัน, 2557

2. กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มชายมีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มาตรวจที่คลินิกทันตวันโรงพยาบาลพะเยา พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ

จากการไม่พบติดเชื้อเอชไอวีเลยในปีงบประมาณ 2553-2554 เป็นร้อยละ 7.1, 13.0 และ 22.7 ในปีงบประมาณ 2555-2557 ตามลำดับ ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่มาใช้บริการในคลินิกทันตวัน ระหว่างปีงบประมาณ 2553 - 2557

กลุ่ม/ปีงบประมาณ	2555	2556	2557
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	14	23	44
ติดเชื้อเอชไอวี	1(7.1%)	3(13.0%)	10(22.7%)

ที่มา: ข้อมูลจากสรุปรายงานผลการดำเนินงานคลินิกทันตวัน, 2557

3. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ปัจจุบันมีการดำเนินงานในพื้นที่เฉพาะเขตอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดในโครงการทั้งสิ้น จำนวน 50 คน มีเชื้อเอชไอวี 25 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 50 ขอกลุ่มเป้าหมาย

4. กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพะเยาได้รับการตรวจเลือดโดยศูนย์องค์รวมโรงพยาบาลพะเยา จากข้อมูลปีงบประมาณ 2553–2557 พบว่าอัตราติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6.4, 3.7, 7.9, 3.1 และ 2.3 ตามลำดับ ตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2557

ข้อมูล/ปีงบประมาณ	2553	2554	2555	2556	2557
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	889	1,133	951	863	1,311
ได้รับการอบรมโรคเอดส์	185 (20.8 %)	50 (4.4 %)	70 (7.4 %)	80 (9.3 %)	210 (16.0 %)
ผู้ต้องขังได้เจาะเลือด(VCT)	109	27	38	64	86
และตรวจเลือดโดยสมัครใจ	(58.9%)	(54.0%)	(54.2%)	(80.0%)	(40.9%)
ติดเชื้อเอชไอวี	7 (6.4%)	1 (3.7%)	3 (7.9%)	2 (3.1%)	2 (2.3%)

แหล่งข้อมูล: เรือนจำจังหวัดพะเยา

5. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ปีงบประมาณ 2553–2557 พบว่ามีอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 1.0, 1.3, 1.4, 1.6, และ 1.4 ตามลำดับ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ต่ำกว่า 24 ปี) เฉพาะที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพะเยา ปีงบประมาณ 2553–2557 ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี ในปีงบประมาณ

2553– 2554 และเริ่มพบติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.7, 0.7 และ 0.6 ปีงบประมาณ 2555 – 2556 ติดตามสามีตรวจเลือดโดยสมัครใจ พบติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 0.0, 0.0, 2.4, 0.8 และ 1.4 ตามลำดับ ตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2557

ข้อมูล/ปีงบประมาณ	2553	2554	2555	2556	2557
หญิงตั้งครรภ์	295	374	218	244	364
ติดเชื้อเอชไอวี	3(1.0%)	5(1.3%)	3 (1.4%)	4 (1.6%)	5 (1.4%)
ฝากครรภ์วัยรุ่น(ต่ำกว่า24ปี)	-	-	150	148	154
(ต่ำกว่า 24ปี)					
ติดเชื้อเอชไอวี	-	-	1 (0.7%)	1 (0.7%)	1 (0.6%)

ข้อมูล/ปีงบประมาณ	2553	2554	2555	2556	2557
สามีวัยรุ่น(ต่ำกว่า24ปี)	-	-	150	148	154
สามีติดเชื้อเอชไอวี					
ตรวจเลือดเอชไอวี	-	-	41	127	144
ติดเชื้อเอชไอวี	-	-	1(2.4%)	1(0.8%)	2(1.4%)

แหล่งข้อมูล: งานข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา,2557

6. กลุ่มคู่ที่มีผลเลือดต่าง กลุ่มคู่ที่มีผลเลือดต่าง คือ ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี สามีไม่ติดเชื้อ หรือ ภรรยาไม่ติดเชื้อเอชไอวี สามีติดเชื้อ เจาะเลือดตรวจที่คลินิกนิรนามโรงพยาบาลแม่ใจ ปีงบประมาณ 2553 – 2557 พบจำนวนคู่สามีภรรยา สมัครใจตรวจเลือดเป็นคู่ จำนวน 45 คู่,

37 คู่, 47 คู่, 58 และ 58 คู่ ตามลำดับ พบผู้มีผลเลือดลบ เป็นผลเลือดบวก ร้อยละ 11.1 ในปีงบประมาณ 2553 หลังจากนั้น ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีในคู่ที่มีผลเลือดลบ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2557 ตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคู่ที่มีผลเลือดต่าง ระหว่างปีงบประมาณ 2552 – 2557

ข้อมูล/ปีงบประมาณ	2552	2553	2554	2555	2556	2557
คู่ผลต่าง (คู่)	50	56	53	58	58	58
ตรวจเอชไอวี(คู่)	45	45	37	47	58	58
คู่ติดเชื้อเอชไอวี	3 (6.6%)	5(11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

แหล่งข้อมูล : คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลแม่ใจ, 2557.

7. กลุ่มเยาวชน กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่เข้ารับการตรวจเลือดเอชไอวี ปีงบประมาณ 2553 – 2557 จากที่ไม่พบว่าการ

ติดเชื้อเอชไอวีปีงบประมาณ 2553-2555 พบว่าการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.2 และ 4.6 ปีงบประมาณ2556-2557 ตามลำดับ ตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษาที่รับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคลินิกทันตวัน โรงพยาบาลพะเยา ระหว่างปีงบประมาณ 2555 – 2557

ข้อมูลเยาวชน/ปีงบประมาณ	2555	2556	2557
เยาวชนระดับมัธยม/อาชีว/อุดมศึกษา	93	61	172
ติดเชื้อเอชไอวี	0 (0.0%)	2 (3.2%)	8 (4.6%)

แหล่งข้อมูล : คลินิกทันตวัน โรงพยาบาลพะเยา, 2557

8. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์จากข้อมูลที่ลงทะเบียน 506/1 พบอัตราการป่วยด้วยเอดส์ลดลงตามลำดับ ระหว่างปี 2553 – 2557 เท่ากับ 62.10, 39.67, 32.16, 19.67 และ

8.1 ต่อแสนประชากร อัตราการป่วยด้วยเอดส์ของเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี เท่ากับ 30.57, 2.62, 11.7, 10.36 และ 0.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อแสนประชากรในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557

อัตราป่วยและตาย/ปี	2555		2556		2557	
	จำนวน	ต่อแสนประชากร	จำนวน	ต่อแสนประชากร	จำนวน	ต่อแสนประชากร
อัตราป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	157	32.16	96	19.67	39	8.1
อัตราป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์(แรกเกิด- 19 ปี)	4	11.7	4	10.36	0	0.0
อัตราตายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	35	7.17	6	1.23	4	0.83
อัตราตายเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์(แรกเกิด- 19 ปี)	0	0.0	0	0.0	0	0.0

แหล่งข้อมูล : สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดพะเยา, 2557

9. กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เป็นเด็กที่พ่อหรือแม่หรือทั้งพ่อแม่มติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเด็กอาจติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อเอชไอวี จากการสำรวจข้อมูลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปีการศึกษา 2552 พบว่ามีเด็กในจังหวัดพะเยาทั้งหมดจำนวน 55,960 คน เป็นเด็กด้อยโอกาสจำนวน คน 27,426 คน (ร้อยละ 49.01) ในจำนวนนี้เป็นเด็กด้อยโอกาสเพราะได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ทั้งหมด 538 คน (ร้อยละ1.96)
ศูนย์ที่สอง “ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์” อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ จากข้อมูลที่ลงทะเบียน 506/1 พบอัตราการตายด้วยเอดส์ลดลงตามลำดับ ปีงบประมาณ 2553–2557 เท่ากับ 19.33, 8.02, 7.17, 1.23 และ 0.83 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการตายด้วยเอดส์ของ

เด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี พบปีงบประมาณ 2553–2554 เท่ากับ 8.72 และ 2.62 แต่ปีงบประมาณ 2555-2557 พบว่ายังไม่มีเด็กเสียชีวิต ตาราง 7
ศูนย์ที่สาม “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ”
ปัจจุบันยังคงพบปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราโดยสังคม และรู้สึกอับอาย เข้าสังคมแบบไม่เต็มภาคภูมิ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกกินยาสูตรที่ไม่ทำให้หน้าตบเพราะหน้าตบทำให้คนอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อแต่งงานใหม่ หรือมีคู่ใหม่ จะปิดบังคู่เรื่องผลเลือด บางคนรอจนตนเองป่วยถึงจะเข้าไปรับบริการทำให้เข้าถึงบริการช้า และอาจเสียชีวิตในที่สุด

ส่วนที่ 2 สรุปบทเรียนกระบวนการดำเนินงาน และแนวทางพัฒนา

ผลจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) คณะทำงานเฉพาะด้านของศูนย์ประชาคมเอดส์จังหวัดพะเยา และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal interview) ร่วมกับการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) คณะทำงานได้สรุปบทเรียนกระบวนการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน และเสนอแนวทางพัฒนาจำแนกรายกลุ่มเป้าหมายเร่งรัด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพนักงานหญิงบริการ

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors กลุ่มนี้มีความสำเร็จในการจัดตั้ง “คลินิกทานตะวัน” เป็นการตรวจรักษาแบบเบ็ดเสร็จในคลินิก (One Stop Service) ซึ่งเป็นการแยกคลินิกออกมาเป็นสัดส่วนจากตึกผู้ป่วยนอก และมีแพทย์ พยาบาลดูแลโดยเฉพาะ

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา “คลินิกทานตะวัน” มีพยาบาลอยู่ประจำเพียง 2 คน ทำให้ขาดการทำงานเชิงรุก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องร่วมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานร่วมกัน ผลการประชุมคือ โรงพยาบาลรวบรวมค่าใช้จ่ายรายไตรมาส นำเสนอจังหวัดเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะกิจ ออกเยี่ยมด้วยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล กรณีเป็นพนักงานหญิงต่างดาว ควรแก้ไขโดยมุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรค มากกว่ามาตรการการตรวจจับทางกฎหมาย

1.3 แนวทางการพัฒนา ควรพัฒนาทีมงานแบบสหวิชาชีพและปรับเปลี่ยนวิธีการได้แก่ การทำงานเชิงรุก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อความเข้าใจตรงกันว่าเรื่องเอดส์เป็นประเด็นสุขภาวะทางเพศที่ต้องให้ความคุ้มครองกลุ่มเป้าหมาย ตระหนักในการควบคุมโรคมากกว่าการปฏิบัติจับกุมทางกฎหมาย และควร

สงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาโรคเพื่อการป้องกันควบคุมโรค

กลุ่มที่ 2 กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors กลวิธีที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลดีคือ การทำงานเชิงรุกของผู้ประสานงานโครงการชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยทำงานร่วมกันเป็นภาคีเครือข่าย ทำให้กลุ่มเป้าหมาย กล้าเข้ามารับการปรึกษาและยอมรับการตรวจบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา กลุ่มผู้มีความผิดกรรมชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น การถูกสังคมตีตราว่าเป็น “กะเทย” ทำให้คนกลุ่มนี้ไม่กล้าเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง การสร้างความตระหนักและการส่งเสริมให้มีและใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนี้ ต้องใช้กลยุทธ์หลากหลาย และต้องสนับสนุนพร้อมสารหล่อลื่นด้วย

1.3 แนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลด้านการตรวจวินิจฉัย การให้การปรึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สนับสนุนการจัดตั้ง “จุดนัดพบ” นอกสถานบริการพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรคืนข้อมูลการตรวจพบโรคของเยาวชนแก่สถานศึกษาเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ต้องขังเรือนจำจังหวัดพะเยา

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายจ่ายยาต้านไวรัสให้ผู้ต้องขังโดยไม่ต้องคำนึงถึงภูมิลำเนาของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ต้องขังที่รับยาต้านไวรัส สามารถรับยาได้ต่อเนื่อง และไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ หลายคนไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน บางคนติดเชื้อเอชไอวีแต่

ไม่ให้ความสนใจป้องกันตนเอง ผู้ต้องขังบางรายกินยาต้านไวรัสอยู่ก่อนแล้ว พออยู่ในเรือนจำไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ทำให้ขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ บางรายเสียชีวิตในเรือนจำ ผู้ต้องขังชายบางรายมีการตกแต่งอวัยวะเพศ ที่เรียก ผิงมุก ทำให้การใส่ถุงยางอนามัยได้ยาก หรือใส่ไม่ได้

1.3 แนวทางการพัฒนา กลุ่มผู้ต้องขังหลังพ้นโทษควรมีทีมพัฒนาประชุมหารือร่วมกันช่วยเหลือเรื่องอาชีพ ทั้งนี้ปัจจุบันการหางานทำยังเป็นภาระของผู้ต้องขังและครอบครัว และให้กำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลตนเองแม้จะติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดจังหวัดพะเยา

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors จังหวัดพะเยามีจุดบริการให้เมธาโดนระยะยาว 2 จุด ได้แก่ โรงพยาบาลพะเยาและเชียงคำ และมีองค์กรพัฒนาเอกชน คือมูลนิธิ PSI เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน มีบทบาทคือ เป็นผู้ค้นหา คัดกรอง ให้การปรึกษาส่งต่อ ดูแล เยี่ยมเยียนผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ตลอดจนปกป้องคุ้มครองกรณีมีปัญหาทางกฎหมาย

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา การถูกตีตรา การไม่ยอมรับในผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยังรุนแรง ฉะนั้นโครงการนี้จะสำเร็จผลได้ ในการดูแลป้องกันโรคและได้รับความร่วมมือ จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีผู้ประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาดูแล ประเด็นเรื่องเพศ สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ถือว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่สมควรนำมาพูดแบบเปิดเผย ดังนั้นการแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยแทบจะไม่ได้ผล

1.3 แนวทางการพัฒนา ประสานกับจังหวัดใกล้เคียงเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งคืนผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดกลับไปรับยาในพื้นที่ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเพื่อความสะดวกในการให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ และควรเลือกประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับ

เรื่องเพศ โดยอบรมแกนนำซึ่งเป็นคนในชุมชนเป็นต้น

กลุ่มที่ 5 กลุ่มคู่ผู้มีผลเลือดต่าง (คือกลุ่มคู่ที่มีผลเลือดต่างกัน สามีผลเลือดบวก ภรรยาลบ หรือสามีผลเลือดลบ ภรรยาบวก)

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors การติดเชื้อเอชไอวีในคู่ต่างพบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะการรณรงค์การตรวจเลือดโดยสมัครใจส่วนหนึ่ง ทำให้มีผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ไม่ทราบสถานะตนเอง เข้ามาตรวจเลือดเพิ่มขึ้น การประกาศนโยบายเจาะเลือดฟรี แก่ประชาชนไทยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงปีละ 2 ครั้ง ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้มีผู้มาเจาะเลือดเพิ่มขึ้น

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา ปัญหาที่ทำให้คู่สมรสของคู่มือผลเลือดลบมีผลเลือดบวก ล้วนมาจากการขาดอำนาจต่อรองทางเพศของหญิง เช่น การตัดสินใจจะใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ การติดเชื้อเอชไอวีในคู่ต่าง สาเหตุหลักมาจากการไม่กล้าบอกความจริงให้ฝ่ายตรงข้ามทราบ เพราะเกรงจะสูญเสีย และอีกกรณีคือคู่ต่างไม่รู้สถานะของตนเองว่าตนเองติดเชื้อ

1.3 แนวทางการพัฒนา องค์กรพัฒนาเอกชนควรสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการละเมิดสิทธิแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเจาะเลือดก่อนเข้ารับบริการ เช่น ธกส. ฅาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น การให้การปรึกษาแบบคู่ ตั้งแต่ครั้งแรก จะส่งผลให้มีการยอมรับในการป้องกันโรค ใช้ถุงยางอนามัยอย่างเคร่งครัด ทำให้ผลเลือดลบตลอดไป

กลุ่มที่ 6 กลุ่มเยาวชนในจังหวัดพะเยา

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors มูลนิธิแพชทูเฮลท์ ได้ผลักดันการสอนเพศศึกษาอย่างรอบด้าน โดยเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรสถานศึกษา ต่อเนื่องในทุกระดับชั้น มีสถานศึกษา 16 แห่งที่สอนเพศศึกษาเต็มรูปแบบ คือ สอนอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อปี

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพศวิถีศึกษาของ

จังหวัดพะเยายังคงขาดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อน ส่วนใหญ่แต่ละหน่วยงานจะมีแผนงาน/โครงการของหน่วยงานตนเองแล้วใช้วิธีการเชิญประชุมเป็นครั้งคราว สถานศึกษาหลายแห่งที่ให้ครูเข้ารับการอบรมหลักสูตรเพชวิถี ครูบางท่านไม่สามารถสอนเพศศึกษาแก่นักเรียนได้ เนื่องจาก ไม่กล้า มีความอาย

1.3 แนวทางการพัฒนา บุคลากรทำงานเรื่องเอดส์ เพศ อนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เข้าด้วยกัน เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและพัฒนา “ ศูนย์บริการที่เป็นมิตร ” ในสถานศึกษาและชุมชน ต่อไป

กลุ่มที่ 7 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors การฝากครรภ์ตั้งแต่ครรภ์อายุน้อยและมาฝากครรภ์เป็นคู่ๆ โดยได้รับการเจาะเลือดโดยสมัครใจในคู่สามี หากติดเชื้อเอชไอวีให้การดูแลรักษาเป็นคู่ หากติดเชื้อเอชไอวีคนใดคนหนึ่งให้การปรึกษาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อต่อไป

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา การไม่ยอมบอกผลเลือดของตนเองว่าติดเชื้อเอชไอวีให้แก่คู่ ทำให้ทั้งคู่ไม่รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทันทีที่ พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอดแล้ว ตั้งครรภ์อีกกับสามีเดิมหรือสามีใหม่ การไม่ยอมบอกผลเลือดแก่สามีส่วนหนึ่งมาจากร่างกายยังปกติดีทุกอย่างไม่มีอาการเจ็บป่วยให้เห็น

1.3 แนวทางการพัฒนา การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ภาพกว้าง ถึงความตระหนักเรื่อง การเจาะเลือดก่อนแต่งงาน ก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์แต่เนิ่นๆ การฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง และการเจาะเลือดเป็นคู่ อาจใช้ดารา ผู้มีชื่อเสียงเป็นแบบอย่าง

กลุ่มที่ 8 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยามีความเข้มแข็ง ทำงานมาต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ส่วนใหญ่ยังเป็นคนเดิม มีประสบการณ์ มี

มนุษยสัมพันธ์กับผู้ป่วย และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ได้ดี ซึ่งเสกฐาภูมิ แก้ววิเศษ (2553) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา 7 แห่ง พบว่าค่าเฉลี่ยในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถอธิบายประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ 1) ปัจจัยการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2) ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ 3) ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ^[5]

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สุขภาพแข็งแรง ไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ขาดวินัย ในการกินยา ไม่มาตรวจสุขภาพตามนัด ดื้อยา เจ็บป่วยแล้วกลับมาใหม่ ความสนใจเรื่องการดูแลตนเองลดลง

1.3 แนวทางการพัฒนา พัฒนาศักยภาพ “ศูนย์องค์รวม” ให้สามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานเจ้าหน้าที่พยาบาล และทำงานเชิงรุกแทน เน้นการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการป่วยและตายด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กลุ่มที่ 9 กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการเอดส์

1.1 ความสำเร็จ และ Key Success Factors องค์กรพัฒนาเอกชนเป็นหน่วยงานที่ให้ ความสำคัญกับเด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์มากที่สุด ดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่เกิดจนโต ทั้งภาวะสุขภาพกาย ใจ เยี่ยมบ้าน ให้องค์ความรู้ชุมชน โรงเรียน สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ในสังคม จัดกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมคุ้มครองสิทธิ ให้การช่วยเหลือและสงเคราะห์เงินทุนการศึกษา สงเคราะห์อาชีพให้ผู้ปกครอง

1.2 บทเรียนการดำเนินงานและปัญหา เด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น เริ่มต่อต้าน ดื้อ เริ่มมีแฟนและอาจมีเพศสัมพันธ์ เฉพาะข้อมูลโรงพยาบาลพะเยา มีเด็กติดเชื้อเอช

ไอวีที่ayangเข้าสู่วัยรุ่น อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวน 53 คน ในจำนวน นี้เป็นเด็กที่มีแฟนและเคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 คน (28.30%) และตั้งครรภ์ 1 คน

1.3 แนวทางการพัฒนา พัฒนาศิลินวิทยา ด้านไวรัสที่ร่องรับช่วงรอยต่อวัยรุ่นกรณีเด็กที่รับ ยาต้านไวรัสเข้าสู่อายุ 15 - 18 ปี ต้องเตรียมพร้อม การย้ายไปรับยาต้านไวรัสที่คลินิกผู้ใหญ่ เด็กจะไม่ ยอมไป ไม่ให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่พยาบาลทั้ง 2 คลินิก ต้องวางแผนการดำเนินงานกับผู้ป่วยใหม่ ร่วมกัน นอกจากนี้ เด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายายมี ช่องว่างระหว่างวัย การดูแลเด็กเหล่านี้ต้องดูแลทั้ง ครอบครัว ต้องให้ความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต ปกติ ในสังคม ในโรงเรียนให้แก่ผู้ปกครองด้วย

อภิปรายผลวิจัย

การศึกษาผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานโดย กลุ่มบูรณาการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ใน กลุ่มเป้าหมายเร่งรัด จังหวัดพะเยา สะท้อนให้เห็น ว่า ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทำให้จังหวัด พะเยาสามารถจัดการปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมาย เร่งรัดในช่วงระยะเวลา 2 ปีแรกได้อย่างค่อนข้าง ประสบความสำเร็จ เมื่อจำแนกผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย Getting to Zero ในด้านการลด อัตราการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การ “ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่” นั้นจังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่ สถานการณ์เอดส์รุนแรง สะสมมานานมากกว่า 25 ปี สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีเป็นประชากร กลุ่มจำเพาะต่างๆ อาทิเริ่มจากชายโสดมี เพศสัมพันธ์กับพนักงานหญิงบริการ ติดเชื้อเอชไอ วีแต่งงานมีครอบครัว ทำให้การติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่สถาบันครอบครัว เป็นการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ ลูก พ่อแม่ลูกติดเชื้อและเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรือลูกไม่เสียชีวิตเติบโตเป็นวัยรุ่นที่เปี่ยมพฤติกรรม ต่อต้าน มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันแพร่เชื้อต่อไป ซึ่งล้วนเป็นการติดเชื้อรายเก่าที่สืบทอดกันต่อมา และมีการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มประชากรตาม

ระยะเวลาเช่นปัจจุบันแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ เป็นกลุ่มเยาวชน และกลุ่มชายที่มีพฤติกรรมมี เพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับประเด็น “ไม่มีการตายเนื่องจาก เอดส์” หลังจากนโยบายของกรมควบคุมโรคและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ กำหนดให้ผู้ติดเชื้อทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความ ค้ำครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ที่มี คุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพะเยา ในปี 2557 เข้าถึงยาต้านไวรัส ผู้ใหญ่ร้อยละ 90.3 เด็กร้อยละ 94.6 เสียชีวิต ผู้ใหญ่ ร้อยละ 9.8 เด็กร้อยละ 4.2 ซึ่งแสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพะเยา มากกว่า ร้อยละ 90 เข้าถึงบริการสุขภาพ และเสียชีวิตจาก เอดส์ไม่ถึง ร้อยละ 10^[3]

สำหรับนโยบาย Getting to Zero ประเด็นที่ท้าทายที่สุดคือ “ไม่มีการตีตราและเลือก ปฏิบัติ” พบว่าการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดพะเยา ถึงแม้จะไม่อยู่ในขั้นรุนแรงซึ่งดูได้ จากการเข้ามารับการสงเคราะห์ทุนการศึกษา เบี้ย ยังชีพ การขอรับนมผงสำหรับแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังมีจำนวนมาก ข้าราชการการไล่ออกจากงาน เพราะติดเชื้อเอชไอวียังไม่พบในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา การจัดตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา และมีสำนักงานเป็นหลักแหล่ง ระยะเวลา 23 ปีที่ ผ่านมาถือว่าการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ใน สังคมได้ระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามยังถือว่าการ ตีตราและเลือกปฏิบัติยังมีอยู่ เพราะยังมีการกีดกัน การเข้าธนาคารเพื่อการสงเคราะห์ (ธกส.) และการ ฌาปนกิจสงเคราะห์ในบางชุมชน และยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์หรือ ชายหญิงที่ตรวจพบว่าตนเองติด เชื้อเอชไอวียังไม่กล้าหรือเปิดเผยผลเลือดให้คู่ของ ตนเพราะ เกรงว่าจะไม่ยอมรับหรือมีปัญหาต่างๆ ตามมา จึงแสดงให้เห็นว่าการ ตีตราและเลือก ปฏิบัติ ยังพบเห็นอยู่ในสังคมคนทำงานเอดส์ จังหวัดพะเยา

ผลจากการประเมินผลสัมฤทธิ์บ่งชี้ว่า สิ่งที่ทำหายสำหรับการจัดการปัญหาเอดส์ในพื้นที่จังหวัดพะเยาได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ มีอัตราพยาบาลโรงพยาบาลละ 1 – 3 คน ต่อคนไข้เอดส์ ครั้งละ 100 คน ขาดความชำนาญด้านการตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลต่างๆ ไม่สามารถทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนั้น แม้ว่าการเสริมกำลังในการดำเนินงานโดยองค์กรพัฒนาเอกชน แต่ด้วยข้อจำกัดด้านขนาดขององค์กร และงบประมาณที่ไม่ยั่งยืน ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้งพื้นที่จังหวัดพะเยา

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยา ได้แก่ การที่จังหวัดพะเยามี “ทุน” (Capital) ที่แข็งแกร่งในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ 1) ทุนทางสังคม (social capital) จากการเข้ามามีส่วนร่วม (involvement) ของผู้มีส่วนได้เสียจากหน่วยงานที่หลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งจากระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ที่ระดมกำลังร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่มาโดยตลอด ทั้งยังมีคลินิก ศูนย์ หรือเครือข่ายที่ทำงานเฉพาะด้านเอดส์ที่ยังปฏิบัติการอยู่อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่อดีต 2) ทุนด้านบุคลากร (human capital) จากการมีบุคลากรด้านเอดส์ในพะเยาเป็นบุคลากรที่อยู่ในพื้นที่มานาน มีความผูกพันกับงานเอดส์ และมีความเสียสละ มุ่งมั่นที่จะสานต่องานเอดส์ต่อไปอีกในอนาคต และ 3) ทุนทางปัญญา (intellectual capital) จากการสั่งสมประสบการณ์ การต่อสู้กับปัญหาเอดส์ในพื้นที่มาอย่างยาวนาน ทำให้จังหวัดพะเยาสามารถตอบสนองต่อนโยบายได้อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่การกำหนดยุทธศาสตร์ การกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อดำเนินการในพื้นที่ภายใต้การประสานงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา อย่างไรก็ตาม จังหวัดพะเยากำลังเริ่มประสบปัญหาการขาดแคลนทุนที่เป็นตัวเงิน (financial capital) เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนขนาดใหญ่ และองค์กรนานาชาติที่เคยให้ความ

ช่วยเหลือในยุคก่อนได้ถอนตัวออกไป ในที่นี้หน่วยงานที่น่าจะเข้ามาทดแทนและให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอาจเป็นองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ซึ่งเป็นผู้ถืองบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้นความพยายามดึงเอา อปท. เข้ามามีส่วนร่วมด้วยให้มากที่สุดก็จะทำให้เกิดความเคลื่อนไหวด้านเอดส์ที่ต่อเนื่องและใกล้ชิดกับชุมชนมากยิ่งขึ้นด้วย ในขณะเดียวกันให้พัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา ให้มีศักยภาพในการทำงานช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น เพื่อแบ่งเบาภาระงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บรรจง (2555) ได้สรุปว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดพะเยา ได้รวมตัวกันตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 (ปัจจุบัน 23ปี) ได้รวมตัวกันอย่างเข้มแข็งแม้จะถูกกดดันจากสังคมนานปีการได้มีการช่วยเหลือของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาครัฐ มานานทำให้กลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตัว ต่อสู้กับปัญหาและการกดดันต่างๆ สร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ยอมรับภาวการณ์การติดเชื้อของตนเอง และมีเป้าหมายการทำงานร่วมกันคือ แก้ไขปัญหาและผลกระทบจากเอดส์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างปกติ แบ่งสมาชิกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ฉะนั้นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อระบบการดำเนินงานในพื้นที่ คือการสร้างความเป็นเจ้าของและการเป็นผู้นำในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่น โดยพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นนั้นผสมผสานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับตำบล อนึ่ง เพื่อดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพใช้รูปแบบบูรณาการ โดยสร้างความร่วมมือชอบและความ เป็นเจ้าของ โดยเฉพาะ อปท. ให้เข้ามามีบทบาท รับช่วงต่อองค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กร ที่จะสิ้นสุดโครงการสิ้นปีงบประมาณ 2557 นี้ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องมียุทธศาสตร์ในการ

ขับเคลื่อน การกิจนี้ สอดคล้องกับ อารีย์ ตันบรรจง (2553) ศึกษาเรื่อง “การบริหารแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันเอดส์ในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:กรณีศึกษาจังหวัดพะเยา”พบว่า การบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ให้ประสบผล มีข้อเสนอ เช่น การมอบหมายภารกิจหน่วยงานควรมีหนังสือสั่งการจากประธานคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ถึงหน่วยปฏิบัติทุกครั้งที่มีมติจากที่ประชุม และมีรูปธรรมความร่วมมือตั้งแต่ระดับกระทรวง เพื่อเป็นตัวอย่างแก่จังหวัด และเอื้อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานอื่นๆได้ตามระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน^[6,7]

การสรุปบทเรียนและการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสามารถสะท้อนลักษณะการดำเนินงาน และบ่งชี้เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดพะเยาได้อย่างละเอียด ทำให้ผู้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงาน สามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน และประเมินสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาล 1) จัดตั้งศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล 2) สนับสนุนการดำเนินงานของ “ศูนย์องค์รวม” ให้ครบทุกโรงพยาบาลเพื่อให้มีบทบาทการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ 3) ส่งเสริมและประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์ในสตรีและโดยเฉพาะในสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป

จังหวัด 1) ประสานและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกันเรื่อง การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐอื่น ผู้นำชุมชนและเครือข่ายผู้

ติดเชื้อเอชไอวี 2) สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีบทบาทในสังคมในโอกาสต่างๆ เพื่อลดการตีตราและเข้าสู่บริการสุขภาพเร็วขึ้น 3) สนับสนุนและคืนข้อมูลการเฝ้าระวังเรื่องเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้สถาบันการศึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ส่วนกลาง 1) ประชาสัมพันธ์ภาพกว้าง เรื่องการตรวจเลือดเป็นคู่ การตรวจเลือดก่อนมีบุตร การตรวจเลือดเพื่อรู้สถานะตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพเร็วที่สุด 2) จัดฝึกอบรมพื้นที่ผู้ทักษะการตรวจและวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการให้การปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลให้ครบทุกโรงพยาบาล 3) สนับสนุนโครงการนำร่องต่างๆ แก่องค์กรพัฒนาเอกชนโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีปัญหาเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์.(2555).ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.5
2. รายงานสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดพะเยา.(2557) (อัดสำเนา).กันยายน ;1-6.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.สรุปผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้บริหาร ปี ง บ ป ร ะ ม า ณ 2557, [http://www.napdl.nhso.go.th/Napdownload\(2557\)](http://www.napdl.nhso.go.th/Napdownload(2557))
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, (2556) สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2556 :14 – 15.,255 – 271
5. เสฎฐวุฒิ แก้ววิเศษ (2553). ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด

พะเยา.[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาการ
จัดการมหาบัณฑิต].นนทบุรีมหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช ;2553

6. สุจิรา บรรจง(2555).การวิเคราะห์
สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ
แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอปง
จังหวัดพะเยา.[วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2555
7. อารีย์ ตันบรรจง(2553). การบริหารแบบ
บูรณาการเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
ป้องกันเอดส์ในหน่วยงานภาครัฐและ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น :กรณีศึกษา
จังหวัดพะเยา.[ส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง] .สถาบัน
พัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงานก.พ;
2553

การศึกษาเรื่อง วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพะเยา

The Study of Analyze Factors Associated With Suicidal Ideation of HIV Infected
And AIDS Patients in Phayao Province

ปิยพร ผดุงวงศ์

บทคัดย่อ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพะเยา โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับทราบผลการตรวจเลือดหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดพะเยา จำนวน 450 คน ในช่วงพฤศจิกายน 2554 – มีนาคม 2555 และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเอง และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สำหรับ window ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าร้อยละ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านต่างๆกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใช้สถิติ T - Test ที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = 0.01$)

ผลการศึกษา พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 41.1 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 35 – 39 ปีร้อยละ 32.2 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.6 สถานภาพคู่ ร้อยละ 65.7 และสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.1 ระยะเวลาที่ติดเชื้อ 4 - 5 ปี ร้อยละ 17.4 ติดเชื้อไม่มีอาการ ร้อยละ 47.6 อยู่ระหว่างการกินยาต้านไวรัส ร้อยละ 93.1 และระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส 4 - 5 ปี ร้อยละ 28.9 และกินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 95.0 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์รักต่างเพศ ร้อยละ 81.8 มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 65.0 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 0.2 เข้ารับการรักษาจิตเวช ร้อยละ 24.5 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.8 ประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.6 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประวัติการทำร้าย

ตนเองหรือฆ่าตัวตายเมื่อทราบว่าติดเชื้อใหม่ๆ ร้อยละ 76.7 และเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเมื่อไม่ทราบว่าติดเชื้อ ร้อยละ 16.3 ระดับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับต่ำค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 (SD=5.20) กลุ่มที่ใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 การมีโรคหรืออาการทางจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 และอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ

ABSTRACT

The aims of this study was analyze suicidal ideation of HIV infected and AIDS patients and study factors associated with suicidal ideation of HIV infected and AIDS patients in Phayao province. Group example are HIV infected and AIDS patients 450 people who receiving antiretroviral holistic center of all hospital in Phayao, study period between November 2011 - March 2012. Methods: Questionnaire ,questionnaire consisting of general assessment of the patient, assessment of relationships within the family, self- esteem questionnaire and assessment of suicidal ideation. Data analyze by SPSS for window program; mean standard deviation and percentage for analyze standard data and relationships between others factors with suicidal ideation of HIV infected and AIDS patients, using T – test at the confidence level $p = 0.01$.

Results: Found that 41.1 percent were male, age between 35 - 39 years 32.2 percent, elementary level of education 68.6 percent,

married 65.7 percent, poor revenue and cannot saving 35.0 percent, infection period 4-5 years 17.4 percent, infection without symptoms 47.6 percent, period of Antiviral therapy 4-5 years 28.9 percent, regularly take the medicine 95.0 percent, heterosexual 81.8 percent, always use condom 65.0 percent, take drug 0.2 percent, psychiatric therapy 24.5 percent, history of self-harm attempts in family at 5.8 percent, ever suicide 9.6 percent , self-harm when they knew that be new infected 76.7 percent, and self-harm when they didn't knew that be infected 16.3 percent. The suicidal is low level, the mean score was 3.82 (SD = 5.20). Group of people who take drugs have the mean of suicidal ideation higher than group of people who didn't take drugs, statistically significant level 0.029. The psychosis of infected and AIDS patients have different, statistically significant level 0.029. And age, family relationship, self- esteem is associated with suicidal ideation of HIV infected and AIDS patients, statistically significant level 0.005 and 0.000 respectively.

บทนำ

ในปัจจุบันสังคมของประเทศไทยกำลังพัฒนานั้น มนุษย์ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดจากสิ่งแวดล้อมโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าบุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติภายใต้ความเครียด บุคคลนั้นถือว่าไม่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ (Crisis) แต่ถ้าความเครียดนั้นส่งผลกระทบในระดับสูง วิธีที่เคยใช้ปรับตัวกลับใช้ไม่ได้ผล เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ก็อาจทำให้หาทางออกโดยการฆ่าตัวตายตามมา^[1] การฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า ประชากรโลกประมาณ 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆปี พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 3,000 คนต่อวัน หรือประมาณ 2 คนต่อนาที

และยังมีบางคนที่พยายามฆ่าตัวตายแต่กระทำไม่สำเร็จ และไม่ได้รับการรายงานอีกเป็น 20 เท่าของจำนวนที่ได้รับรายงานจริง และกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มักอยู่ในช่วงวัยทำงาน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดในเพศชาย ช่วงอายุ 20 – 29 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยทำงานที่เป็นกำลังขับเคลื่อนของเศรษฐกิจของประเทศ^[2] ภายในปี พ.ศ. 2563 มีการพยากรณ์ว่าจะมีคนฆ่าตัวตายปีละ 1.5 ล้านคน และการพยายามฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นมากกว่าการฆ่าตัวตายเป็น 20 เท่า^[3] ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่บอกผู้รักษาว่าตนเองมีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย^[4] นอกจากนี้ ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติทางจิตทั่วประเทศไทย พบ ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.1 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต อันดับที่ 5^[5] โดยผู้ที่มารับบริการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลศิริราช พบ ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 70^[6]

สำหรับการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 8.4 ถึง 5.77 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีประชากร ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3,756 คน คิดเป็น 5.97 ต่อประชากรแสนคน (ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต้องไม่เกิน 7.7 ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้เป็นชาย 3,420 คน (ร้อยละ 76.37) หญิง 1,060 คน (ร้อยละ 23.63) หรืออัตราชาย : หญิง เท่ากับ 3.2 : 1 โดย 5 อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรมากที่สุดคือ จังหวัดลำพูน มีอัตราสูงสุด 17.02 ต่อแสนประชากร ในจำนวน 5 จังหวัดแรกนี้เป็นจังหวัดในเขตภาคเหนือทั้ง 5 จังหวัดได้แก่ ลำพูน เชียงราย เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน และพะเยา ซึ่งช่วงอายุของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมทั้งประเทศช่วงอายุที่มีการ

ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด ได้แก่ วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 631 คน คิดเป็นร้อยละ 14.07 ของจำนวนทั้งหมด (อายุมากที่สุด 99 ปี) ช่วงอายุ 10 – 14 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 1.09 ของจำนวนทั้งหมด (อายุน้อยที่สุด 10 ปี) จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นลำดับต้นๆของประเทศ จากข้อมูลการฆ่าตัวตายระหว่างปีงบประมาณ 2550 – 2554 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 18.10, 15.82, 17.88, 12.95 และ 15.01 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ในปี 2552 อัตราการฆ่าตัวตายกลับเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาข้อมูลรายอำเภอ พบว่า อำเภอเชียงม่วนเป็นอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในจังหวัด เท่ากับ 36.05 ต่อแสนประชากร ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข (กำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 7.1 ต่อแสนประชากร) และอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดในจังหวัดคือ อำเภอแม่ใจ เท่ากับ 2.81 ต่อแสนประชากร ส่วนอำเภอที่เหลืออีก 7 อำเภอ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอจุน, อำเภอดอกคำใต้, อำเภอเชียงคำ, อำเภอภูซาง, อำเภอปง, อำเภอเมือง และอำเภอเชียงคำ (27.12, 24.96, 18.13, 18.02, 15.92, 15.09, และ 12.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) การฆ่าตัวตายใช้วิธีแขวนคอตายมากที่สุด ร้อยละ 70 รองลงมา ได้แก่ กินสารกำจัดแมลง/วัชพืช ร้อยละ 14.94 กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ อายุ 35 – 45 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเป็นอัตราส่วน 3.4 : 1 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ และปัญหาสุขภาพก่อนการฆ่าตัวตายคือ โรคจิต ร้อยละ 7.45 รองลงมาคือ โรคเอดส์ ร้อยละ 3.55

โดยสาเหตุสำคัญของผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จในประเทศไทยนั้น เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่ง^[7,8] จึงทำให้สาเหตุการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแตกต่างไปจากต่างประเทศ คือ พบผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีอัตราการฆ่าตัวตายในสัดส่วนที่สูงถึง 1 ใน 3 ของสาเหตุจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด^[9,10] หรือประมาณ ร้อยละ 35.4^[11]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง ประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดพะเยา โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดไม่มีอาการ มีอาการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลการตรวจเลือดหรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดพะเยาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2554 – มีนาคม 2555 จำนวน 450 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 7 แห่งของจังหวัดพะเยา โดยใช้วิธีเจาะจง จำนวน 450 คน ดังนี้

1. โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 150 คน
2. โรงพยาบาลเชียงคำ จำนวน 150 คน
3. โรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวน 50 คน
4. โรงพยาบาลแม่ใจ จำนวน 20 คน
5. โรงพยาบาลจุน จำนวน 50 คน
6. โรงพยาบาลปง จำนวน 20 คน
7. โรงพยาบาลเชียงม่วน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

1. แบบสอบถาม ออกแบบโดย

1.1 นายปริยศ กิตติธรรพ์ศักดิ์ นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผ่านการทดสอบมาแล้ว และผู้ศึกษาได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของจังหวัดพะเยา และทำการทดสอบก่อนกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลพะเยา ก่อนนำไปใช้จริง

- 1.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1.2.1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.2.2 แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว

1.2.3 แบบประเมินการเห็น
คุณค่าในตัวเอง

1.2.4 แบบประเมินความคิด
ฆ่าตัวตาย

การคิดคะแนนแบบสอบถาม

1. คะแนนแบบประเมินสัมพันธภาพใน
ครอบครัว ให้คะแนนดังนี้ คำตอบ ความหมาย
คะแนน

จริงมากที่สุด	5
จริงเป็นส่วนใหญ่	4
จริงบ้าง	3
จริงเล็กน้อย	2
ไม่จริงเลย	1

แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 3 รายด้าน
ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใยอาทรซึ่งกัน
และกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันใน
ครอบครัว ด้านการเคารพซึ่งกันและกัน รวม
ทั้งหมด 18 ข้อ การคิดคะแนนใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย
ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มี
สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มี
สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มี
สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มี
สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มี
สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับน้อยที่สุด

2. คะแนนแบบประเมินการเห็นคุณค่าใน
ตนเอง ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

แบบประเมินชุดนี้ มีทั้งหมด 30 ข้อ ใช้
เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง
เห็นคุณค่าในตนเองในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง
เห็นคุณค่าในตนเองในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง
เห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง
เห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง
เห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อยที่สุด

3. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มี
ทั้งหมด 10 ข้อๆ ละ 2 คะแนน ลักษณะเป็น
คำถามให้เลือกตอบ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 20
คะแนน ถ้าคะแนนสูงสุดแสดงถึงความคิดฆ่าตัว
ตายสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์และ
ประมวลผลข้อมูลด้วยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
ค่าสถิติ ได้แก่ ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่า t - test
ซึ่งประเด็นของการวิเคราะห์ คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเพศ
อายุ ปีที่ติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อ ประวัติการ
เจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา
ต้านไวรัส ระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว
และการเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยใช้สถิติร้อยละ
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยด้านเพศ การใช้สารเสพติด การเคยเข้ารับ
การรักษาหรือเคยมีอาการของโรคทางจิต
ครอบครัวมีประวัติการฆ่าตัวตาย และการเคยมี
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอ
วี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ

ค่า t (t – test statistic) ที่ระดับความเชื่อมั่น
ค่า $p = 0.01$

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาการติด
เชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติทดสอบค่าความ
แปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of
Variance : ANOVA)

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง
โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ
เพียร์สัน (Pearson's Product Moment
Correlation Coefficient) และทดสอบความมี
นัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการ
ทดสอบสถิติทดสอบค่า t (t – test statistic) ที่
ระดับความเชื่อมั่น ค่า $p = 0.01$

เกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์
ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีดังนี้

เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 มีความสัมพันธ์ใน
ระดับสูง

เมื่อ r เข้าใกล้ 0.05 มีความสัมพันธ์ใน
ระดับปานกลาง

เมื่อ r เข้าใกล้ 0.00 มีความสัมพันธ์ใน
ระดับต่ำ

ส่วนเครื่องหมาย + หรือ - แสดงถึง
ความสัมพันธ์ทางบวก หรือความสัมพันธ์ทางลบ
เท่านั้น ไม่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง
เป็นหลัก เริ่มจากประเมินคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่างด้วยตนเอง ตามคุณสมบัติของกลุ่ม
ตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วน
ก่อนพบกลุ่มตัวอย่างจากแพทย์ที่เป็นรหัสของผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิก
องค์รวมในทุกโรงพยาบาล และผู้ศึกษาได้ประชุม
ชี้แจงให้ผู้รับผิดชอบงานคลินิกองค์รวมในทุก
โรงพยาบาลให้รับทราบเกี่ยวกับการศึกษา และ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อจะได้ชี้แจงแก่ผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิก
องค์รวม ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา
ในครั้งนี้ และสอบถามผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วย
เอดส์ว่ายินยอมเปิดเผยข้อมูล และเข้าร่วม
การศึกษาหรือไม่

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้ว จึง
อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและ
ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา พร้อม
ชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธในการ
ตอบแบบสอบถามได้โดยที่ไม่ผลกระทบใดๆ
ทั้งสิ้น โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและ
นำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้
เท่านั้น พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และ
ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นการนำเสนอใน
ภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้ง
ขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้
เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าว
จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และต่อการรักษาของ
แพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด และในระหว่าง
เก็บข้อมูลแล้วพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงควรมีการส่งต่อ
เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

ผลการศึกษา

ส่วนของข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็น
เพศชาย ร้อยละ 41.1 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง
35 – 39 ปี ร้อยละ 32.2 จบการศึกษาระดับชั้น
ประถมศึกษา ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่
ร้อยละ 65.7 และสถานะทางเศรษฐกิจของ
ครอบครัวมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 42.1
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ 4 - 5 ปี ร้อยละ 17.4 ติดเชื้อ
ไม่มีอาการร้อยละ 47.6 อยู่ระหว่างการกินยาต้าน
ไวรัส ร้อยละ 93.1 และระยะเวลาที่กินยาต้าน
ไวรัส 4 - 5 ปี ร้อยละ 28.9 และกินยาสม่ำเสมอ
ร้อยละ 95.0 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ต่าง
เพศ ร้อยละ 81.8 มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มี
เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 65.0 ไม่ใช้สารเสพติด

ร้อยละ 99.8 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.9 เข้ารับการรักษาด้านจิตเวช ร้อยละ 24.5 สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.8 ประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.6 ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เมื่อทราบว่าติดเชื้อใหม่ ร้อยละ 76.7 และเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเมื่อไม่ทราบว่าติดเชื้อ ร้อยละ 16.3

สรุปผลการศึกษา

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ทั้งหมด 0 – 25 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 (SD = 5.20) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน

3. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างผู้ที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 โดยกลุ่มที่ใช้สารเสพติดมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ($X = 4.7$) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สารเสพติด ($X = 3.5$)

4. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 โดยกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ($X = 4.7$) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต ($X = 3.5$)

5. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยกลุ่มที่มี

สมาชิกในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ($X = 8.5$) สูงกว่ากลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวไม่เคยมีประวัติฆ่าตัวตาย ($X = 3.5$)

6. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างผู้ที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยผู้ที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ($X = 10.3$) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ($X = 3.1$)

7. ปัจจัยด้านอายุ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005, 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ ($r = -0.133$, -0.258 และ -0.263 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษาดังนี้ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สารเสพติด การเคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ผู้ที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย สัมพันธภาพในครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาของการติดเชื้อ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากการศึกษา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบมีความคิดฆ่าตัวตายในอัตราเฉลี่ย 3.82 (SD = 5.20) จากคะแนนความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมดระหว่าง 0 – 25 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่าง 0 – 20 คะแนน นั่นคือ ไม่พบความคิดฆ่าตัวตายเลย จนถึงระดับที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในทุกระดับ ทั้งในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ เพราะเนื่องจากในปัจจุบันทัศนคติต่อโรคเอดส์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น สังคมให้การยอมรับมากขึ้น มีหน่วยงานองค์กรต่างๆให้การดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนมากขึ้น มีการรณรงค์เพื่อสร้างทัศนคติของสังคมที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้เจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้การค้นพบยาที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อเอชไอวี

อีกทั้งประเทศไทยเป็นผู้ค้นพบและพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถรับประทานได้ง่าย นอกจากนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการบริการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขยายผลครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ และทุกกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ใหญ่ เด็ก และมารดาหลังคลอด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา ทำให้จำนวนผู้มารับยาต้านไวรัสในโครงการเพิ่มมากขึ้น ทำให้สถานการณ์โรคเอดส์เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จนในที่สุดโรคเอดส์จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่สามารถช่วยเหลือประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้หลายปี ถ้าสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากเกิดความสนใจและมีการปรับตัวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว

ด้วยเหตุนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงมีความตั้งใจในการแสวงหาหนทางในการรักษาโรคของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูง และมุ่งความสนใจมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงทำให้เกิดความหวังมากขึ้น และประกอบกับครอบครัวและสังคมในทางภาคเหนือจะเป็นสังคมที่เอื้ออาทร ถึงแม้ว่าบุคคลในครอบครัวจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ก็ตาม ครอบครัวก็ยังคงให้ความรัก ความอบอุ่น และให้กำลังใจเสมอ จึงอาจเป็นเหตุผลให้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลของสารเสพติดสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายได้มากที่สุด ในขณะที่สารเสพติดนั้นอยู่ในร่างกายในระดับสูง ซึ่งจะมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดความหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์รุนแรง ส่งผลการตัดสินใจและทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาหรือมีอาการของโรคทางจิตกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เคยและไม่เคยเข้ารับการรักษาหรือเคยมีอาการของโรคทางจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังจะทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพและการตัดสินใจได้ หรืออยู่ในสภาพทางจิตใจที่สับสน ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้แคบลง จนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารอย่างมาก โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยยาเสพติดฆ่าตัวตาย คือ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่ง

ตามปกติแล้วผู้ป่วยที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังดังกล่าว ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทาง เพื่อให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องจึงจะดำเนินชีวิตในสังคมได้

ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จากผลการศึกษาพบว่า เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาหรือเคยมีอาการของโรคทางจิต จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลแล้ว แต่การรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยอาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความคิดฆ่าตัวตายได้

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างผู้ที่มีและไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษา เนื่องจากการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น ซึ่งสามารถส่งผลถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปัจจุบันของผู้ที่ได้รับการเลียนแบบ เพราะการเลียนแบบเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมอย่างหนึ่ง

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theories) ได้กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงที่เกิดจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น บุคคลแต่ละคนจะเรียนรู้ความแตกต่างด้านทัศนคติ ความประพฤติ และพฤติกรรมต่างๆ เมื่อตอนที่บุคคลเติบโตขึ้นโดยจะ

เรียนรู้จากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดมากที่สุด การมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวจึงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้ที่มีประวัติของการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้ และเลียนแบบวิธีการในการหาทางออกของปัญหาส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้สูง

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้สมาชิกในครอบครัว มีความเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรกัน เคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีเวลาอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ รวมทั้งได้รับความใกล้ชิดทางสัมผัส

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีและเหมาะสมคือ ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิต โดยชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะดำเนินไปอย่างมีความสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างพอเหมาะ และมีความผูกพันกัน

จากที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ถือเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิตครอบครัวได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพราะครอบครัว

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถือเป็นสถาบันที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตไม่สิ้นหวัง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จะดำรงชีวิตได้ปกติสุขมากกว่าผู้ที่เผชิญปัญหาเพียงลำพังที่มีแนวโน้มไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา จนทำให้ถึงกับฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมหน่วยแรกที่มีส่วนผลักดันให้คนในครอบครัวเมื่อมีความทุกข์ ความเจ็บป่วย อารมณ์ว้าวุ่น คิดจะอยู่ต่อสู้อย่างไรหรือคิดทำร้ายตนเอง เพื่อหนีความทุกข์หรือความเจ็บป่วยนั้น ดังนั้น การสร้างครอบครัวอบอุ่น เข้มแข็งสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บ ความยากจน ความไม่สมหวังในชีวิต ความมั่นคงในชีวิต จะเป็นปราการด่านแรกที่จะช่วยลดความคิดการทำร้ายตนเองของผู้ประสบปัญหาในชีวิตได้

2. การเตรียมความพร้อมของครอบครัว เช่น คนในครอบครัวสามารถให้คำปรึกษาสมาชิกในครอบครัวได้ เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว การอบรมให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีความเสี่ยง เคยมีประวัติคนในครอบครัวทำร้ายตนเอง ควรได้รับคำปรึกษาและติดตามอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับ ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก

3. สมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายมาก่อน จะมีส่วนอย่างมากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้วมักจะคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายตามบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่จะคิดทำร้ายตัวเองมากที่สุดคือ ระยะเวลาที่ทราบผล

เลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีใหม่ๆ ดังนั้นการช่วยเหลือที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพของผู้ให้คำปรึกษาที่จะบอกผลเลือดที่มีประสบการณ์ และทันเวลา

4. การประชาสัมพันธ์ในทุกรูปแบบให้ทราบถึงสาเหตุการติดเชื้อโรคเอดส์ การปฏิบัติตัว การรักษา การดูแลตนเอง การเสริมสร้างคุณค่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะช่วยลดความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และการมีชีวิตอยู่ต่อไป เพื่อเป็นที่พึ่งของครอบครัว และทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

5. การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่เป็นวิธีที่ดีที่สุด เพราะถึงแม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะผ่านวิกฤตการติดเชื้อระยะแรกๆก็ตาม เมื่อต้องรับประทานยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต ซึ่งเชื่ออาจจะดื้อยาได้ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจากการดื้อยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องทนทุกข์ทรมานจากการกินยาทุกวัน ความคิดทำร้ายตนเอง อาจกลับมาอีก ดังนั้นนอกจากครอบครัวเป็นกำลังใจ ผู้ติดเชื้อเข้มแข็ง สังคมให้ความรัก ความเห็นใจแล้ว หากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในทุกระดับมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนไม่ให้มีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ นอกจากจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายแล้ว ยังเป็นผลดีต่อประชาชนในจังหวัดพะเยาที่จะลดปัญหาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังเป็นปัญหาของจังหวัดพะเยาได้

อภิปรายผล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบ มีความคิดฆ่าตัวตายในอัตราเฉลี่ย 3.82 (SD = 5.20) จากคะแนนความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมดระหว่าง 0 – 25 ซึ่งค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่าง 0 – 20 คะแนน นั่นคือ ไม่พบความคิดฆ่าตัวตายเลย จนถึงระดับที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่ำ โดยในการศึกษานี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในทุกระดับ ทั้ง

ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย

แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ เพราะเนื่องจากในปัจจุบันทัศนคติต่อโรคเอดส์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น สังคมให้การยอมรับมากขึ้น มีหน่วยงานองค์กรต่างๆให้การดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนมากขึ้น มีการรณรงค์เพื่อสร้างทัศนคติของสังคมที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้เจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้การค้นพบยาที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อเอชไอวีอีกทั้งประเทศไทยเป็นผู้ค้นพบและพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถรับประทานได้ง่าย นอกจากนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการบริการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขยายผลครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่และทุกกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ใหญ่ เด็ก และมารดาหลังคลอด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา ทำให้จำนวนผู้มารับยาต้านไวรัสในโครงการเพิ่มมากขึ้น ทำให้สถานการณ์โรคเอดส์เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จนในที่สุดโรคเอดส์จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่สามารถช่วยเหลือประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้หลายปี ถ้าสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากเกิดความสนใจและมีการปรับตัวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว

ด้วยเหตุนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงมีความตั้งใจในการแสวงหาหนทางในการรักษาโรคของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูง และมุ่งความสนใจมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงทำให้เกิดความหวังมากขึ้น

และประกอบกับครอบครัวและสังคมในทางภาคเหนือจะเป็นสังคมที่เอื้ออาทร ถึงแม้ว่าบุคคลในครอบครัวจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ก็ตาม ครอบครัวก็ยังคงให้ความรัก ความอบอุ่น และให้กำลังใจเสมอ จึงอาจเป็นเหตุผลให้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

ส่วนการใช้สารเสพติดกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลของสารเสพติดสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายได้มากที่สุด ในขณะที่สารเสพติดนั้นอยู่ในร่างกายในระดับสูง ซึ่งจะมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดความหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์รุนแรง ส่งผลต่อการตัดสินใจ และทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิตกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายที่เคยและไม่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังจะทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพและการตัดสินใจได้หรืออยู่ในสภาพทางจิตใจที่สับสน ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้แคบลง จนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารอย่างมาก โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งตามปกติแล้วผู้ป่วยที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังดังกล่าว ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทาง เพื่อให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องจึงจะดำเนินชีวิตในสังคมได้ โดยในกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษามีอาการของโรคทางจิต จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการ

รักษาในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลแล้ว แต่การรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยอาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตายได้ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายกับความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายผู้ที่มีและไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการศึกษา เนื่องจากการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น ซึ่งสามารถส่งผลถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปัจจุบันของผู้ที่ได้รับการเลียนแบบ เพราะการเลียนแบบเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมอย่างหนึ่ง ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theories) ได้กล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงที่เกิดจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น บุคคลแต่ละคนจะเรียนรู้ความแตกต่างด้านทัศนคติ ความประพฤติ และพฤติกรรมต่างๆ เมื่อตอนที่บุคคลเติบโตขึ้นโดยจะเรียนรู้จากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดมากที่สุด การมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวจึงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้น ผู้ที่มีประวัติของการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้ และเลียนแบบวิธีการในการหาทางออกของปัญหาส่งผลให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบค่อนข้างต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้สมาชิกในครอบครัว มีความเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรกัน เคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีเวลาอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ รวมทั้งได้รับความใกล้ชิดทางสัมผัสครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีและเหมาะสมคือ ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิต โดยชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะดำเนินไปอย่างมีความสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างพอเหมาะ และมีความผูกพันกัน

แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวถือเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิตครอบครัวได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพราะครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถือเป็นสถาบันที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตไม่สิ้นหวัง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จะดำรงชีวิตได้ปกติสุขมากกว่าผู้ที่เผชิญปัญหาเพียงลำพังที่มีแนวโน้มไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา จนทำให้ถึงกับฆ่าตัวตาย

สรุปได้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้สารเสพติด การเคยเข้ารับการรักษาหรือมีอาการของโรคทางจิต ผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ผู้ที่เคยมี

ประวัติการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาของการติดเชื้อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2543.
2. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. การป้องกันการฆ่าตัวตาย : ยุทธศาสตร์ของประเทศเพื่อคุณภาพชีวิตคนไทย เอกสารประกอบการสัมมนาการป้องกันการฆ่าตัวตาย : ประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ. เชียงใหม่ ; 2547.
3. World Health Organization : WHO. (2006)Mental Health retrieved march,2010.Available from:<http://www.who.int/management/schizophrenia/en>.
4. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 4 (ตุลาคม – ธันวาคม 2544).
5. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย การรักษา และการป้องกัน. โครงการตำรารามธิบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล2553.
6. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลภ. การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 (มกราคม – มีนาคม 2541): 39 – 53.
7. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตายการสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร : พลัสเพรส ; 2541.
8. วาริณี โอภาสนันท์,ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลสุภักษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในจังหวัดพะเยา ปี 2540. งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา; 2542.
9. กรมสุขภาพจิต ค. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543 – 2544. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.
10. งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2551.
11. อารัง สมบุญตนนท์ และคณะ. การฆ่าตัวตาย : เปรียบเทียบปัจจัยคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วงก่อนและระหว่างเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8 (ตุลาคม 2542 – ธันวาคม 2543) : 1 – 7.

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น : ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

Teenage Pregnancy Care System Development: ONE STOP SERVICE
Health Promoting Hospital Chang Mai

พรรณิ พินตานนท์*

ดร.ณิ ทองคำฟู*

ชนานันท์ ปัญญาธิลป์*

สุรัสวดี เวียงสุวรรณ*

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์
อนามัยที่10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ และศึกษาผลของการนำระบบ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยมีกระบวนการดังนี้ 1) การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาในการให้บริการ 2) การวางแผนการพัฒนาระบบ การนำไปทดลองใช้และปรับปรุง 3) การประเมินผลระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ จำนวน 41 ราย ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกและได้รับคำปรึกษาแนะนำอย่างน้อย 3 ครั้ง มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน และให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ สังคม ในปี 2556 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการมีอายุระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 75.6 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.6 และพบว่ามีฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 29.3 น้อยกว่าเป้าหมายของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ 60% เมื่อมารับบริการในคลินิกวัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อขั้นตอนบริการร้อยละ 100, มั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถเก็บข้อมูลเป็นความลับได้และสื่อการสอนที่ใช้มีความเหมาะสมร้อยละ 97.6 ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีโดยพบว่า การกินเนื้อสัตว์เป็นประจำร้อยละ 43.9 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 82.9 ไม่สวมรองเท้า ส้นสูงร้อยละ 87.8 เล่นออกกำลังกายเบาๆ ร้อยละ 53.6 การสังเกตการดิ้นของลูก/การนับลูกดิ้นเป็นประจำ ร้อยละ 68.3 มารดา มีการคลอดปกติ จำนวน 26 ราย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 6 ราย และคลอดที่อื่นตามสิทธิการรักษา (ไม่สามารถติดต่อได้)

จำนวน 9 ราย ทารกมีน้ำหนักแรกคลอด มากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 100 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาและเพื่อการนำไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ควรให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษาแนะนำการเฝ้าระวังและการติดตามการคลอด หลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี

Abstract

Background: Teenage is the Period of time for dramatic change both physical and mentality from child to adult. There for the uncertain the immaturity ones face with the most common problem teenage pregnancy which huge impact to families and the societies. Objective to assess the development of teenage pregnancy care system one stop service. Methodology Studied representative samples 41 teenage pregnancy with Questionnaire analysis and compare in percent. The studies teenage pregnancy care system one stop service as follow 1) obstacle in service system 2) Plan for system development deploy, trial, reform for instance 3) Assess teenage pregnancy care system.

Results:

- 1) Pattern Teenage pregnancy care for adolescent friendly setting.
- 2) The studied revealed teens at 17-19 years old 75.6 percent secondary school; Only 29.6 percent of teenage pregnancy 1st visit at ANC before 12 weeks of gestational age under The Department of Health goal setting (60%)
- 3) Satisfaction; 100 percent of teenage pregnancy (client of The Health Promoting Hospital) favor the teenage care system at teenage clinic.
- 4) Revealed self-care conducting in teenage pregnancy; 43.9 percent well diet regular protein consumption, 82.9 percent non alcohol consumption, 87.8 percent no high

footwear, 53.7 percent strolling soft exercise, 98.3 percent regular fetal kick count.

5) Mother and Child teenage pregnancy data; 26 cases normal delivery 6 cases cesarean section; 100 percent of the baby 2500 grams body weight at birth; 19 cases leave before give birth for credential

Suggestion: Focus in consulting advise and monitoring postpartum care breast feeding contraception to prevent teenage pregnancy.

บทนำ

ประชากรวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้วัยรุ่นที่ยังไม่มีความสุขุมรอบครอบเพียงพอ อาจจะทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับวัย ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงและเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ประเพณี ทั้งนี้พบว่าปัญหาที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้คือการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น (Teenage pregnancy)^[1] เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมด้านความพร้อมของร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ และสามารถตั้งครรภ์ได้ หากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมายทั้งต่อสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ครอบครัว และสังคม

สถานการณ์ปัจจุบันพฤติกรรมสุขภาพและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยที่ส่งผลชัดเจนต่ออุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 กำหนดเป้าหมายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 จากรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก พบว่าสถิติการตั้งครรภ์ในอายุต่ำกว่า 20 ปี ใน 8 จังหวัดภาคเหนือเกินเป้าหมายและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2551-2555 พบเป็น ร้อยละ 14.60, 14.29, 15.29, 16.86 19.35ตามลำดับ ในจังหวัด

เชียงใหม่พบเป็น ร้อยละ 15.45, 14.34, 14.55, 20.98, 18.21 ตามลำดับ^[2] ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบเป็น ร้อยละ 9.7, 7.9, 7.1, 8.2 ,8.39 ตามลำดับ^[3] จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังไม่ประสบผลสำเร็จและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยลำดับต้นๆ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้กรมอนามัยได้รับมอบหมายให้มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557 โดยส่งเสริมให้สถานบริการมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญเพื่อการส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรู้ คำแนะนำปรึกษาและการดูแลทางสังคมและการแพทย์ ให้ทันทั่วถึง ก่อนที่ปัญหาที่มีอยู่จะทวีความรุนแรงจนยากต่อการป้องกันแก้ไข โดยเฉพาะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทภารกิจในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและรักษาทุกกลุ่มวัย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านโครงสร้างจึงไม่มีคลินิกวัยรุ่น หากวัยรุ่นมีคำถาม ต้องการขอคำปรึกษา หรือมีปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ต้องไปรับบริการที่คลินิกฝากครรภ์หรือคลินิกวางแผนครอบครัวจึงกล่าวได้ว่าบริการที่มีอยู่ไม่ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นมิตร รักษาความลับ และมีความเป็นส่วนตัว ทำให้บริการสุขภาพ เข้าไม่ถึงวัยรุ่นและวัยรุ่นมาใช้บริการไม่มากโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของผู้รับบริการกลุ่มวัยรุ่น จึงมีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น บริการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมแก่วัยรุ่นทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเปิดให้บริการเฉพาะวันพฤหัสบดีในหน่วยบริการโรงเรียนพ่อแม่คลินิกฝากครรภ์ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการวัยรุ่นใน

ปี 2551-2553 จำนวน 47, 32 และ 30 รายตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2554 มีนโยบายจัดตั้งคลินิกเพื่อให้บริการวัยรุ่นโดยเฉพาะมีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการให้บริการวัยรุ่น สถานที่ที่ตั้งปลอดภัย เดินทางสะดวก มีความเป็นส่วนตัว มีกระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร และมีผู้ให้บริการที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS^[4] เพื่อให้บริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นทั่วไปและให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแยก โดยแยกออกจากการให้บริการฝากครรภ์ทั่วไป เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นช่วงวิกฤตของชีวิตมีความสับสนในเรื่องการปรับตัวสู่พัฒนาการตามวัย และการตั้งครรภ์ บทบาท อารมณ์ จิตใจมากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ การตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทางร่างกายแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สังคม อารมณ์เป็นอย่างมาก จากรายงานมากกว่าครึ่งของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจจึงไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ยังไม่พร้อมที่จะเป็นมารดาทำให้ขาดการเอาใจใส่ต่อการตั้งครรภ์^[1] ในทางตรงกันข้ามหญิงตั้งครรภ์ที่ยอมรับบทบาทมารดา ยอมรับบุตรและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่และเป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตใน ระยะตั้งครรภ์ที่ดีซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ตามมาด้วย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์พบว่ามีปัจจัยได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ จำนวนบุตรที่มีชีวิต การวางแผนการมีบุตร พื้นที่ที่อาศัย และมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือ ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหรือให้ความสำคัญกับโปรแกรม ที่มีอยู่ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในเขตชนบท สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย รายได้น้อย ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์^[5] ดังนั้นจึงมีการปรับระบบบริการการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการบริหารจัดการให้บริการ : ONE STOP

SERVICE ดำเนินการตามเกณฑ์การดูแลผู้ตั้งครรภ์ แนวใหม่ ขององค์การอนามัยโลก เน้นกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบคู่และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษา แนะนำส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในทุกระยะของการตั้งครรภ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เข้าใจ ไม่ตำหนิซ้ำเติม รวมถึงการให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตนเองเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมถึงการจัดทำสื่อการสอน ที่เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ผู้ให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพอันดีทั้งหญิงวัยรุ่น สามี และบุตร การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาไปปฏิบัติจริงและประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มา พัฒนาระบบบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ONE STOP SERVICE

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการวัยรุ่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ได้รับการบริการฝากครรภ์ตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกและได้รับคำปรึกษาแนะนำอย่างน้อย 3 ครั้ง มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 มีนาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 41 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, การศึกษา, รายได้, ที่อยู่อาศัย, สถานภาพสมรส, สถานภาพครอบครัว, การวางแผนการมีบุตร,

ระบบการให้บริการคลินิกวัยรุ่น, และการประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ พฤติกรรมการกิน การพักผ่อน หย่อนใจ ความปลอดภัย การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ

วิธีการศึกษา

การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น : ONE STOP SERVICE โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ (1) การศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาในการให้บริการ การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์ด้านบุคลากร มีบุคลากรที่รับผิดชอบได้รับการพัฒนาศักยภาพ “ผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน” จำนวน 2 คน ให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในวันพฤหัสบดี (บ่าย) มีขอบเขตการให้บริการเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและมีปัญหาด้านจิตสังคม ด้านสถานที่ปัจจุบันใช้ร่วมกับห้องสอนสุขศึกษาคลินิกฝากครรภ์ จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานพบว่า การให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความเชื่อมโยงส่งต่อเพื่อให้บริการมีความต่อเนื่อง และสรุปประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนา (2) การวางแผนการพัฒนาระบบและการนำไปทดลองใช้และปรับปรุงตามประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนา (3) การประเมินผลระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการจัดบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการวัยรุ่น แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว และแบบบันทึกการติดตามการคลอดของมารดาและทารก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ความพึงพอใจพฤติกรรมการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ทำการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรกลุ่มศึกษา ผู้ศึกษาได้ทำเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้ตรงตามความเป็นจริงซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เมื่อกลุ่มผู้ศึกษายินดีและลงนามในเอกสารยินยอม จึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

1) มีระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ONE STOP SERVICE ที่มีการจัดบริการตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีสถานที่เป็นส่วนส่วน สามารถเข้าถึงง่าย มีสื่อรูปแบบต่างๆ เอกสารคู่มือ แผ่นพับ

โมเดล ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น บุคลากรมีความรู้ทักษะ เจตคติที่ดีในการให้บริการและมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

2) คุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอายุระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 75.6 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 13 - 26 สัปดาห์ ร้อยละ 53.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 85.7 มีรายได้ 5001-10,000 บาท ร้อยละ 71.4 มีแหล่งรายได้จากพ่อแม่/ญาติ ร้อยละ 45.0 มีจำนวนพี่น้องสองคนขึ้นไป ร้อยละ 65.9 สถานภาพครอบครัวพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.0 พ่อแม่มียังมีชีวิตอยู่ทั้งคู่ร้อยละ 63.4 ขณะตั้งครรภ์พักอาศัยอยู่กับฝ่ายชาย ร้อยละ 56.1 ประวัติก่อนตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ดื่มสุรา แอลกอฮอล์ เบียร์ นานๆ ครั้ง ร้อยละ 48.8 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.9 ไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 92.7 ไม่เที่ยวกลางคืน ร้อยละ 46.3 มีสัมพันธ์ภาพกับฝ่ายชายก่อนตั้งครรภ์ คือ รักกันและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 43.9 ปัจจุบันยังอยู่ด้วยกัน และครอบครัวรับทราบ ร้อยละ 78.0 ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 97.6 การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 56.1 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 31.7 การตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้วางแผนร้อยละ 70.7 ตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 คุณลักษณะของประชากรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 17 ปี	10	24.4
17-19 ปี	31	75.6
การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	3	7.3
ประถมศึกษา	4	9.8
มัธยมศึกษา	31	75.6
ปวช.	2	4.9

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี	1	2.4
อาชีพ		
รับจ้าง	18	85.7
ค้าขาย	3	14.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	48.8
แหล่งรายได้		
ฝ่ายชาย	5	25.0
พ่อแม่ ญาติ	9	45.0
อื่นๆ	1	5.0
ไม่ตอบ	5	25.0
รายได้ต่อเดือน		
รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท	3	14.3
รายได้ 5,001-10,000 บาท	15	71.4
รายได้มากกว่า 10,000 บาท	3	14.3
จำนวนพี่น้อง	11	26.8
คนเดียว		
สองคนขึ้นไป	27	65.9
ไม่ตอบ	3	7.3
สถานภาพครอบครัว		
พ่อ-แม่ อยู่ด้วยกัน	25	61
พ่อ-แม่ แยกทางกัน	13	31.7
ไม่ตอบ	3	7.3
พ่อ-แม่		
ยังมีชีวิตทั้งคู่	26	63.4
พ่อเสียชีวิต	10	24.4
แม่เสียชีวิต	4	9.8
เสียชีวิตทั้งคู่	1	2.4
การพักอยู่อาศัยก่อนตั้งครรภ์		
พ่อแม่หรือญาติ	17	41.5
อยู่ตามลำพัง	1	2.4
อยู่กับฝ่ายชาย	23	56.1

ตาราง 2 ประวัติก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประวัติก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
การฝากครรภ์ครั้งแรก		
อายุครรภ์ ≤12 สัปดาห์	12	29.3
อายุครรภ์ 13-26 สัปดาห์	22	53.6
อายุครรภ์ 27-40 สัปดาห์	7	17.1
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่เลย	17	41.5
นานๆ ครั้ง	20	48.8
บ่อย	4	9.7
สูบบุหรี่		
ไม่เลย	34	82.9
นานๆ ครั้ง	5	12.2
บ่อย	2	4.9
เที่ยวกลางคืน		
ไม่เลย	19	46.3
นานๆ ครั้ง	16	39.0
บ่อย	4	9.8
ไม่ตอบ	2	4.9
การใช้สารเสพติด		
ไม่เลย	38	92.7
บ่อย	1	2.4
ไม่ตอบ	2	4.9
สัมพันธ์ภาพกับฝ่ายชาย		
ก่อนตั้งครรภ์		
คนรู้จัก/เพื่อน	5	12.2
หลังตั้งครรภ์		
คนรักยังไม่ได้อยู่ด้วยกัน	11	26.8
คนรักและอยู่ด้วยกัน	18	43.9
สามี ภรรยา	7	17.1
สถานภาพกับฝ่ายชาย		
แยกกันอยู่	4	9.8
ในปัจจุบัน		
อยู่ด้วยกัน ครอบครัวรู้บางคน	5	12.2
อยู่ด้วยกัน ครอบครัวรู้ทุกคน	32	78.0
การตั้งครรภ์ ครั้งนี้เกิดจาก		
ไม่ใช่	40	97.6
การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์		
ใช่	1	2.4

ประวัติก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์	จำนวน (n=41)	ร้อยละ
การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์		
ไม่ได้คุมกำเนิด	17	41.5
คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ	23	56.1
คุมกำเนิดสม่ำเสมอ	1	2.4
การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ตั้งใจหรือวางแผนจะมีบุตร		
ตั้งใจและมีการวางแผน	12	29.3
ไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้วางแผน	29	70.7

3) ความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการ
 วิทยุรับบริการมั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถ
 เก็บข้อมูลเป็นความลับได้ ร้อยละ 97.6 ได้รับ
 บริการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัด
 ส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการร้อยละ 97.6
 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย
 และการประเมินความเครียด ร้อยละ 92.7

คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์
 ได้ ร้อยละ 97.6 มีความพึงพอใจต่อการให้
 คำปรึกษาการตรวจเลือดร้อยละ 97.6 เห็นว่า
 สถานที่ตั้งคลินิกวิทยุรับบริการมีความเป็นส่วนตัว ร้อยละ
 34.4 มีความพึงพอใจต่อขั้นตอนบริการ ร้อยละ
 100 ตาราง 3

ตาราง 3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการในคลินิกวิทยุรับ

การรับบริการ		จำนวน(n=41)	ร้อยละ
สื่อการสอนที่ใช้ในคลินิกวิทยุรับ เหมาะสม		40	97.6
มีความเหมาะสม ไม่ตอบ		1	2.4
ท่านมีความมั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษา	มั่นใจ	40	97.6
สามารถเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ	ไม่มั่นใจ	1	2.4
ท่านได้รับการบริการการชักประวัติ	ได้รับการบริการ	40	97.6
และตรวจร่างกายทั่วไป	ไม่ตอบ	1	2.4
ท่านได้รับการบริการชั่งน้ำหนัก	ได้รับการบริการ	40	97.6
วัดส่วนสูงและประเมินภาวะโภชนาการ	ไม่ได้รับการบริการ	1	2.4
ท่านได้รับการบริการพฤติกรรม	ได้รับการบริการ	38	92.7
การบริโภคอาหาร	ไม่ได้รับการบริการ	2	4.9
และการออกกำลังกาย	ไม่ตอบ	1	2.4
ท่านได้รับการบริการ	ได้รับการบริการ	38	92.7
การประเมิน	ไม่ได้รับการบริการ	2	4.9
ความเครียด	ไม่ตอบ	1	2.4
คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	ได้	40	97.6
ท่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์	ไม่ได้	1	2.4
ท่านมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ	พอใจ	40	97.6
ให้คำปรึกษาการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ	ไม่พอใจ	1	2.4
ท่านมีความพึงพอใจในขั้นตอนบริการของคลินิกวิทยุรับโดยรวม –	พอใจ	41	100

ผู้รับบริการให้ข้อเสนอแนะในเรื่องสื่อการสอนที่ใช้มีความเหมาะสม ร้อยละ 97.6 มีรูปแบบสื่อที่ดีเหมาะสมและง่ายต่อการเข้าใจเหมาะสมกับวัยรุ่น

ได้แก่ เอกสาร แผ่นพับมากที่สุด ร้อยละ 62.8 ต้องการให้สามีมีส่วนร่วมขณะรับบริการบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 57.4 ตาราง 4

ตาราง 4 ความคิดเห็นในการปรับปรุงบริการ

การรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่ตั้งคลินิกวัยรุ่น	(n=93)	
มีความเป็นส่วนตัว	32	34.4
เข้าถึงง่าย	28	30.1
รู้สึกปลอดภัย	25	26.9
เก็บรักษาความลับได้	8	8.6
รูปแบบสื่อที่ดี เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าใจเหมาะสมกับวัยรุ่น	(n=78)	
เอกสาร แผ่นพับ	49	62.8
ซีดี วีดีทัศน์	29	37.1
ผู้ที่ท่านต้องการให้มีส่วนร่วมขณะรับบริการบริการปรึกษา	(n=61)	
พ่อ	3	4.9
แม่	18	29.5
สามี	35	57.4
อื่นๆ	5	8.2

4) ด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและการปฏิบัติตัว หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการกินที่ดี ได้แก่ การกินเนื้อสัตว์ ไข่ ผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 43.9, 29.3, 29.3 ตามลำดับ พฤติกรรมการพักผ่อนหย่อนใจที่ดี ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เที่ยวกลางคืนหรือนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง มีการพักผ่อนด้วยการ ฟังเพลง ดูทีวี และอ่านหนังสือ ร้อยละ 8 2.9, 65.9 และ 53.7 ตามลำดับ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อที่ดี ได้แก่ การไม่สวมรองเท้าส้นสูง และการไม่กลืนปัสสาวะ

ร้อยละ 87.8 และ 56.1 ตามลำดับ พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี ได้แก่ การเดินเล่นออกกำลังกายเบาๆ และการบริหารร่างกายประจำ ร้อยละ 53.6 และ 46.3 ตามลำดับ พฤติกรรมการสังเกตอาการผิดปกติที่ดี ได้แก่ การคอยสังเกตการดิ้นของลูกในท้อง/นับลูกดิ้น และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีมูกเลือดหรือมีน้ำเดินเป็นประจำ ร้อยละ 68.3 และ 43.9 ตามลำดับ ตาราง 5

ตาราง 5 การประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การปฏิบัติตัวใน 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ค่อนข้าง บ่อย จำนวน (ร้อยละ)	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ตอบ จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมกรกิน					
1.ฉันดื่มนม อย่างน้อยวันละ 3 แก้ว	3(7.3)	17(41.5)	13(31.7)	8(19.5)	-
2.ฉันกินไข่วันละ 1 ฟอง	2(4.9)	14(34.1)	12(29.3)	12(29.3)	1(2.4)
3.ฉันกินเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา เนื้อวัวควายเป็นต้น มีอยู่ 4 ซ่อน	-	11(26.8)	12(29.3)	18(43.9)	-
4.ฉันกินผลไม้ มีอยู่ 1 จาน เล็ก	-	15(36.6)	14(34.1)	12(29.3)	-
5.ฉันควบคุมปริมาณอาหารไม่ให้มากเพื่อให้ลูกตัวเล็กและคล่องตัว	18(43.9)	17(41.5)	5(12.2)	1(2.4)	-
6.ฉันควบคุมปริมาณอาหารไม่ให้มากเพื่อจะได้ไม่อ้วนเทอะทะ	19(46.4)	14(34.1)	6(14.6)	2(4.9)	-
7.ฉันกินขนมถุงที่ซื้อจากร้าน	4(9.8)	22(53.6)	12(29.3)	3(7.3)	-
8.ฉันกินอาหารหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง	16(39.0)	23(56.1)	2(4.9)	-	-
9.ฉันกินอาหารที่ปรุงด้วยเกลือเสริมไอโอดีน	6(14.6)	18(43.9)	6(14.6)	11(26.8)	-
10.ฉันลืมนกินยาบำรุงครรภ์ที่ได้รับจากโรงพยาบาล	11(26.8)	20(48.8)	7(17.1)	3(7.3)	-
พฤติกรรมกรพักผ่อน					
11.ฉันยังคงสูบบุหรี่เหมือนก่อนตั้งครรภ์	36(87.8)	3(7.3)	1(2.4)	1(2.4)	-
12.ฉันดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า ในช่วงตั้งครรภ์	34(82.9)	4(9.8)	1(2.4)	2(4.9)	-
13.ฉันเที่ยวกลางคืนหรือนอนกลางคืนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง	27(65.9)	8(19.5)	3(7.3)	3(7.3)	-
14.ฉันพักผ่อนหย่อนใจด้วยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือเป็นต้น	2(4.9)	3(7.3)	14(34.1)	22(53.7)	-
15.ฉันอยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปไหน	3(7.3)	15(36.6)	12(29.3)	10(24.4)	1(2.4)
พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อ					
16.ฉันเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะบ่อยและไม่กลั้น	-	7(17.1)	11(26.8)	23(56.1)	-
17.ฉันสวมรองเท้าส้นสูง	36(87.8)	2(4.9)	2(4.9)	1(2.4)	-
18.ฉันหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับคนที่ป่วยเช่น เป็นหวัด	9(22.0)	14(34.1)	7(17.1)	10(24.4)	1(2.4)
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
19.ฉันทำงานหรือเล่นกีฬากลางแจ้งที่ต้องใช้กำลังมากๆ	27(65.9)	10(24.4)	2(4.9)	2(4.9)	-
20.ฉันเดินเล่นหรือออกกำลังกายเบาๆ	3(7.3)	9(22.0)	22(53.6)	7(17.1)	-
21.ฉันบริหารร่างกายเป็นประจำ	6(14.6)	19(46.4)	14(34.1)	2(4.9)	-
พฤติกรรมด้านการสังเกตอาการผิดปกติ					
22.ฉันคอยสังเกตอาการบวมและปวดศีรษะ	5(12.2)	16(39.0)	8(19.5)	12(29.3)	-
23.ฉันคอยสังเกตการดิ้นของลูกในท้องและนับลูกดิ้น	-	5(12.2)	8(19.5)	28(68.3)	-
24.ฉันคอยสังเกตอาหารผิดปกติ มีมูกเลือดหรือมีน้ำเดิน	5(12.2)	3(7.3)	15(36.6)	18(43.9)	-

5) การคลอดของมารดาและทารก

จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 41 ราย สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝากครรภ์ร้อยละ 85.3 และมีส่วนร่วมเท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งร้อยละ 70.7 ผลการคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ จำนวน 32 ราย คลอดปกติ จำนวน 26 ราย ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 6 ราย มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 100 คลอดที่อื่นตามสิทธิการรักษา ไม่สามารถติดต่อได้จำนวน 9 ราย

อภิปรายผล

1) การพัฒนาระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามคู่มือการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ และเพิ่มเติมในประเด็นการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ/สังคม ให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการความเครียด เน้นการมีส่วนร่วม/การสนับสนุนของสามีและครอบครัวในการฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์/สามีและครอบครัว มีโอกาสเข้าถึง

บริการได้สะดวก รวดเร็ว มีความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับ ด้วยรูปแบบ ONE STOP SERVICE สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นโดยการให้บริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้บริการมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่าระบบคุณภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ให้การบริการแบบองค์รวมครอบคลุม 4 มิติ คือการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ทำให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง^[8]

2) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 17-19 ปี และมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด เป็นวัยรุ่นตอนปลายที่มีการเจริญเติบโตเหมือนผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศอย่างรวดเร็ว ชอบพบปะเพื่อนต่างเพศ อยากรู้ อยากลอง และวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงจะมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น วัยรุ่นในช่วงอายุนี้อาจมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ และมีบุตรของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 17.3 ปี วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการมีบุตรและส่วนใหญ่ไม่คาดว่า จะตั้งครรภ์ แต่เป็นวัยเจริญพันธุ์ระบบอวัยวะสืบพันธุ์พร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ได้^[9] และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ก่อนตั้งครรภ์คุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ การตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้วางแผน ดังนั้นจึงควรให้คำปรึกษาแนะนำการให้ความรู้ในเรื่องวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องรวมทั้งการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดเพื่อการวางแผนครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มนี้อย่างจริงจัง ทำให้สามารถวางแผนการมีบุตรครั้งต่อไปไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้สามารถดูแล

ตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างมีคุณภาพและประเด็นสำคัญในการฝากครรภ์คุณภาพหญิงตั้งครรภ์ควรรับฝากครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์และอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ น้อยกว่าเป้าหมายของกรมอนามัยที่กำหนดไว้ 60% ซึ่งองค์ประกอบที่ทำให้ฝากครรภ์ช้า เนื่องจากเกิดความกลัวว่าผู้ปกครองจะโกรธ การปฏิเสธการตั้งครรภ์ ไม่เอาใจใส่ ต่ออาการของการตั้งครรภ์ หรือการที่มีระดูมาไม่สม่ำเสมอ มีรายงานพบว่าร้อยละ 10 ของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าจนกระทั่งถึงไตรมาส 3 หรือไม่ฝากครรภ์เลย^[1] ดังนั้น ควรมีการประชาสัมพันธ์/การให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ทันทีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงง่าย และถ้าหากสามีไม่ได้มาด้วยในการฝากครรภ์ครั้งแรกก็ให้คำแนะนำให้มาในครั้งต่อไป เพื่อการคัดกรองความเสี่ยงต่างๆ และในกลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อมสามารถเข้ามาขอคำปรึกษาที่หน่วยบริการวัยรุ่นได้เลยโดยไม่ต้องทำบัตร

3) ความพึงพอใจต่อระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อระบบการดูแลในหน่วยบริการวัยรุ่นพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความพึงพอใจต่อขั้นตอนบริการ มั่นใจว่าผู้ให้คำปรึกษาสามารถเก็บข้อมูลเป็นความลับได้ สื่อการสอนที่ใช้มีความเหมาะสม ซึ่งการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ได้จัดให้มีหน่วยบริการวัยรุ่น มีการจัดบริการตามมาตรฐานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน โดยเน้นระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่าย ลดข้อจำกัดในด้านต่างๆ จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความพึงพอใจสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้สรุปไว้ว่าบริการที่ไม่เป็นที่ยอมรับของวัยรุ่น (Not acceptable) จะเป็นรูปแบบการให้บริการโดยปกติทั่วไป มักจะเป็นรูปแบบที่วัยรุ่นไม่ยอมเข้าไปใช้บริการ เช่น การต้องไปนั่งรอในที่ ที่อาจมีคนรู้จัก ใช้เวลาในการรอนาน กลัวว่าผู้ให้บริการจะถามคำถามต่างๆ

ที่ไม่อยากตอบ กล่าวว่า ผู้ให้บริการจะมองว่าตัวเองเป็นคนไม่ดี หรือกลัวว่าข้อมูลการมารับบริการจะไม่เป็นความลับ^[10] นอกจากนี้การให้บริการแบบ ONE STOP SERVICE ของทางโรงพยาบาลได้ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นทั้งนี้เพราะการลดขั้นตอนบริการและมีช่องทางพิเศษเพื่อการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีความอ่อนไหวทางสังคม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการต้องเอื้อให้วัยรุ่นเหล่านั้นเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ภาพพจน์ วัยรุ่นไม่เสียหาย^[11] และขณะฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการให้สามีมีส่วนร่วมขณะรับบริการบริการปรึกษา ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีการให้บริการฝากครรภ์โดยเน้นและสนับสนุนให้สามี/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกและทุกระยะของการฝากครรภ์ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเฝ้าคลอด ทั้งนี้เพราะการให้สามี/ครอบครัวมีส่วนร่วมจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความสุขและสามารถพัฒนาทักษะที่ดีในการปรับตนเองให้สามารถ อยู่ในสังคมได้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ และมีการปรับตัวให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เพื่อให้ทั้งตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพดีและจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามีและครอบครัวให้การยอมรับและมีความพึงพอใจในการจัดระบบการให้บริการวัยรุ่น โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและการเข้าถึงได้สะดวก ให้บริการด้วยความเป็นมิตรรวดเร็ว มีพฤติกรรมบริการที่ดี ส่งผลให้การประเมินความพึงพอใจหน่วยบริการวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 85.02 และไม่มีข้อร้องเรียน เป็นแบบอย่างการจัดบริการที่หน่วยงานอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

4) พฤติกรรมการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมกินที่ดีได้แก่การกินเนื้อสัตว์ไข่ ผลไม้เป็นประจำ พฤติกรรม การพักผ่อนหย่อน

ใจที่ดี ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เที่ยวกลางคืนหรือนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง มีการพักผ่อนด้วยการฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อที่ดีโดยการไม่สวมรองเท้าส้นสูง การไม่กลั่นปัสสาวะ พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีด้วยการเดินเล่นออกกำลังกายเบาๆ การบริหารร่างกายประจำ พฤติกรรมด้านการสังเกตอาการผิดปกติได้แก่การคอยสังเกตการดันของลูก ในท้อง/การนับลูกดิ้น การสังเกตอาการผิดปกติเช่นมีมูกเลือดหรือมีน้ำเดิน เป็นประจำ แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์มีความพร้อมที่จะมีการปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดา ได้ค่อนข้างดี สามารถดูแลตนเองได้โดยการที่สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และการที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมีโอกาสสะท้อนปัญหา และความต้องการและร่วมวางแผนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์และแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ แสดงถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ และมีความตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์^[12]

จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์โดยสามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝากครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งเป็นส่วนมาก ทำให้ทีมการพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านของการตั้งครรภ์วัยรุ่นไปสู่บทบาทมารดาวัยรุ่น มีโอกาสในการให้คำปรึกษาแนะนำสนับสนุนส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะ ฝากครรภ์ ระยะคลอด

ระยะหลังคลอด ในการดูแลตนเองและบุตรรวมถึง การวางแผนชีวิตในอนาคต สอดคล้องกับผล การศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมจากสามีกับ การเลี้ยงดูบุตรของมารดาหลังคลอด ในประเด็น การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์ควรจะได้รับ การสนับสนุนจากสามีและ ครอบครัว พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพล ต่อภาวะสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ เหตุการณ์และกลไกการประเชิญปัญหาที่มี ประสิทธิภาพ จะช่วยให้ภาวะเครียดลดลง เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ การดูแลเอาใจใส่ ทำให้รู้สึกปลอดภัยอบอุ่น เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ตนส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีตามมา^[13]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นเพื่อการบริการที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลดีต่อ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. การให้บริการโดยยึดหลักหัวใจของ ความเป็นมนุษย์ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ควรนำไปปรับใช้ในหน่วยบริการอื่นๆ
3. ควรมีติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะ คลอด หลังคลอดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ คุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว เพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำก่อนอายุครบ 20 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. อุดม เชาวรินทร์. การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. ในเย็น ตันนินันดร,บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและ ทารก ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สร้างสื่อ และอุษาการ พิมพ์ ; ปี 2544. หน้า 163-168.
2. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก เขต 15-16 .การประชุมวิชาการงานอนามัยแม่ และเด็กเขต พื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 พ.ศ. 2556.

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่. รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปี พ.ศ. 2555.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐาน บริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ ฯ มพท.: 2552.
5. นิตยา สีนสุกใส, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรี ตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2551 ; 1: หน้า 69-78.
6. ภิเศก ลุมพิกานนท์, ณรงค์ วินัยกุล, โฉมพิลาศ จงสมชัย.คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้ ตั้งครรภ์รายใหม่. เอกสารประกอบการ อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง คลินิกฝากครรภ์ การประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และ เด็ก ระดับเขต ปี 2555.
7. ดร.เกสร ศรีพิชญาการ และคณะ. รายงานการวิจัย การสร้างเสริมสุขภาพ มารดาวัยรุ่น บิดา และ ทารกใน สถานพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2555.
8. วราภรณ์ ประทุมรัตน์. รูปแบบการบริหาร ทีมสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพในการ พัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง.ศึกษานิพนธ์โรงพยาบาลขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2545.
9. พิชานัน หนูวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการ ตั้งครรภ์และมีบุตรของหญิงอายุต่ำ กว่า 20 ปี. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. 2550.
10. บุญฤทธิ์ สุจริตน์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และ ติดตามประเมินผล. 2557 โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.

11. ยุพา พูนขำ,สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์,
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย.การจัดบริการ
คลินิกวัยรุ่น. 2556 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. สำนัก
อนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
12. รพีพรรณ วิบูลย์พัฒนกิจ. ความสัมพันธ์
ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์และแบบ
แผนการดำเนินชีวิตใน ระยะตั้งครรภ์ของ
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยาลัยพยาบาล
สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์.2550.
13. อมรรัตน์ สว่างเกตู, จิราภรณ์ อนุชา,
อฤญชยา จูบัง .การสนับสนุนทางสังคม
จากสามีกับการเลี้ยงดู บุตรของมารดาหลัง
คลอด. เอกสารการประชุมวิชาการคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประจำปี 2551 ครั้งที่ 19 ห้างหุ้นส่วนจำกัด
เอ็น พี เพรส กทม.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Health Promoting Behaviors of Hypertension Patients.
Doingam Sub Districk, phan Districk, Chiang Rai Province

วัลยา ขำหา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2556 จำนวน 220 คน เลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.78 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.20 (SD = 0.68) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับสูง 5 ด้านเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป มีค่าเฉลี่ย 3.66 (SD = 0.55) ด้านการพัฒนาจิตใจ มีค่าเฉลี่ย 3.49 (SD = 0.58) ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.43 (SD = 0.66) ด้านสัมพันธ์กับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ย 3.28 (SD = 0.71) และด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 3.25 (SD = 0.66) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.08 (SD = 0.91)

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

The purpose of this research was to the health promoting behaviors of hypertension patients. The subjects were 220 hypertension patients who lived in Doingam Subdistrict, Phan Districk, Chiang Rai Province, from 1-31 December 2013. There were selected by simple random sampling. The research instrument used for collection data was questionnaire consisted of demographic Data Profile, the health – promoting behaviors form which developed by the researches based on Pender concept. The values of the content validity index was 0.78 and the valum of Conbach's Alpha Coefficient determining the reliability was 0.80. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that the health – promoting behaviors subjects had a high with mean 3.20 (SD = 0.68). The list of health promoting behaviors in high level 5 in order. As follows general health care with mean 3.66 (SD = 0.55), spilitual growth with mean 3.49 (SD = 0.58), stress management with mean 3.43 (SD = 0.66), interpersonal relation with mean 3.28 (SD = 0.71), physical activity with mean 3.25 (SD = 0.66) . The health promoting behaviors in mide nutrition with mean 2.08 (SD = 0.91).

Keywords : Health promoting behaviors of hypertension patients.

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่มีผู้ป่วยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วยสองค่า ได้แก่ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (ความดันช่วงหัวใจบีบ; systole) และ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (ความดันช่วงหัวใจคลาย; diastole) ความดันเลือดปกติขณะพักอยู่ในช่วง 100-140 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจบีบ และ 60-90 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจคลาย ดังนั้นผู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูงจึงหมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง แบ่งออกได้เป็นความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (ไม่ทราบสาเหตุ) และ ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ราวร้อยละ 90-95 จัดเป็นความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ หมายถึงมีความดันโลหิตสูงโดยไม่มีสาเหตุชัดเจนที่เหลืออีกร้อยละ 5-10 เป็นความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มักจะมีสาเหตุจากภาวะอื่นที่มีผลต่อไต หลอดเลือดแดง หัวใจ หรือระบบต่อมไร้ท่อ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด หัวใจวาย หลอดเลือดโป่งพอง (เช่นหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาโป่งพอง) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตที่สูงในระดับปานกลางก็มีความสัมพันธ์กับอายุขัยที่สั้นลง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการกินอาหารสามารถช่วยลดความดันเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวได้ แต่สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้วไม่ได้ผล หรือไม่เพียงพอ จำเป็นต้องรักษาด้วยยาร่วมด้วย^[1]

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้ต้องใช้เวลารักษาต่อเนื่อง และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือแต่จากการศึกษาของคาร์ลเวลล์และคณะ^[2] พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ร่วมมือในการรักษา

เพราะปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ประสิทธิภาพและระยะเวลาการรักษา ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและวิธีการรักษาของแพทย์ จากรายงานการสัมมนาแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย แนะนำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ไม่รับประทานอาหารเค็ม ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ คลายเครียด พักผ่อนให้เหมาะสม และการมาตรวจตามนัดซึ่งไม่ใช่เรื่องง่าย แม้จะได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากแพทย์พยาบาลแล้วก็ตาม^[2] ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์^[3] ที่สำคัญ 6 ด้านได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) พฤติกรรมด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ 3) พฤติกรรมด้านโภชนาการ 4) พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด และ 6) พฤติกรรมด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ รวมทั้งลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและรุนแรงขึ้น และยังพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วย

เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ 8 ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน และโรคความดันโลหิตสูงนี้ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน มีจำนวนผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ จากปี 2544 และปี 2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 287.5 เป็น 1433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน และ สิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในชาย และ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้นเพราะไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้^[5]

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2553 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 15-74 ปี ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรครายงานว่า 1 ใน 5 (ร้อยละ 22.2) ของประชากรอายุ 35-74 ปี

ไม่ได้รับการตรวจความดันโลหิตจากแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ชายอายุ 35-74 ปี ไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 26.8 หญิงอายุ 35-74 ปี ไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 18 ข้อมูลจากรายงานการคัดกรองความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” พ.ศ. 2554 ในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ราย เก่า 2,661,954 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83)^[6] สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงราย, พะเยา, แพร่, น่าน, เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, แม่ฮ่องสอน) มีผู้ป่วยสะสม 264,441 ราย อัตราความชุก 7,444.91 ผู้ป่วยรายใหม่ 55,542 ราย อัตราอุบัติการณ์ 1,563.70 ต่อประชากรแสนคน พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.38 : 1 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกสูงสุด คิดเป็น 29,716.30 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3,909 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.48 ของผู้ป่วยสะสมทั้งหมด จังหวัดที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ปี 2554 จำนวนผู้ป่วย 30,759 ราย คิดเป็น 2,566.59 ต่อประชากรแสนคน และ ในปี 2555 มีผู้ป่วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 79,253 ราย ซึ่งพบว่าอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50^[7] ส่วนอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ปี 2554 – 2556 มีดังนี้ 509, 597, และ 945 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น^[8]

การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2556 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Morgan ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 220 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรที่ให้ และโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ด้าน 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมนั้นเลย คะแนน 2 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ และ คะแนน 4 หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ การแปลผลคะแนนเมื่อได้คะแนนจากแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยนำเอาคะแนนดังกล่าวมาหาค่าเฉลี่ยโดยรวม รายข้อ และรายด้าน แต่ละข้อจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 4 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.33 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ, 1.34 – 2.67 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับกลาง และ 2.68 – 4.00 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.78 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน แล้วนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยบอกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ตรงกับความเป็นจริง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ และค่าร้อยละ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.09 เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.46 สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.18 และมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 47.27 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 57.73 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 36.36 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.27 ดังตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน (N=220)	ร้อยละ
อายุ		
- ต่ำกว่า 40 ปี	6	2.73
- 40 - 45ปี	18	8.18
- 46 – 50 ปี	41	18.64
- 51 – 55 ปี	41	18.64
- 56 – 60 ปี	39	17.73
- 60 ปีขึ้นไป	75	34.09
(Range=35-90, ($\bar{X}$ = 57.26, SD=10.54)		
เพศ		
- ชาย	76	34.54
- หญิง	144	65.46
สถานะภาพสมรส		
- โสด	14	6.36
- คู่	172	78.18
- หม้าย หย่า แยก	34	15.46
อาชีพ		
- เกษตรกร	104	47.27
- แม่บ้าน	40	18.18
- รับจ้าง	39	17.73
- อื่นๆ	21	9.55
- ค้าขาย	12	5.48
- ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	1.82
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	41	18.64
- ประถมศึกษาตอนต้น	127	57.73
- ประถมศึกษาตอนปลาย	36	16.36
- มัธยมศึกษาตอนต้น	8	3.64
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	1.82
- ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	1	0.45
- ปริญญาตรี	3	1.36
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	58	26.36
- 1,001 - 5,000 บาท	80	36.36
- 5,001 – 10,000 บาท	43	19.55

	จำนวน (N=220)	ร้อยละ
- 10,001 – 15,000 บาท	11	5.00
- 15,001 – 20,000 บาท	15	6.82
- >20,000 บาท	13	5.91

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วมีโรคประจำตัวอื่นร่วม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=220)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
- < 5 ปี	115	52.27
- 6 - 10 ปี	77	35.00
- 11 - 15 ปี	15	6.82
- 16 - 19 ปี	10	4.55
- 20 - 25 ปี	3	1.36
(Range=1-24, $\bar{X}$ = 6.22, SD=4.51)		
โรคประจำตัวอื่นที่เป็นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง		
- ไม่มี	182	82.73
- มี	38	17.27
➢ โรคข้ออักเสบ	21	9.55
➢ ไขมันในเส้นเลือด	6	2.73
➢ โรคเบาหวาน	3	1.36
➢ โรคหัวใจ	2	0.91
➢ โรคหอบหืด	2	0.91
➢ โรคกระเพาะอาหาร	2	0.91
➢ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	1	0.45
➢ โรคภูมิแพ้	1	0.45

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างนอกจากโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 82.73 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 17.27 โรคที่เป็นมากที่สุดได้แก่ ได้แก่โรคข้ออักเสบ ร้อยละ 9.55

ส่วนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนากิจวัตรชีวิต ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านการจัดการกับความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.20, SD = 0.68) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับสูง 5 ด้านเรียงตามลำดับดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ($\bar{X}$ =3.66, SD = 0.55) ด้านการพัฒนาจิตใจ ($\bar{X}$ =3.49,SD=0.58) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}$ =3.43, SD=0.66) ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ($\bar{X}$ = 3.28,SD=0.71) และด้านการออกกำลังกาย

($\bar{X}$ = 3.25, SD = 0.66) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X}$ = 2.08 , SD = 0.91) ดังแสดงใน ตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (N=220)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.20	0.68	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	3.66	0.55	สูง
ด้านการพัฒนาจิตใจ	3.49	0.58	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.43	0.66	สูง
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น	3.28	0.71	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.25	0.66	สูง
ด้านโภชนาการ	2.08	0.91	ปานกลาง

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.66, SD = 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกข้อ เรียงตามลำดับคะแนนสูงสุด ได้แก่ ไปตรวจและรับยาตามนัดทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.36) รักษาความสะอาดของร่างกายโดยการอาบน้ำทุกวัน ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.52) รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอย่างเคร่งครัด ($\bar{X}$ = 3.73, SD = 0.51) แปร่งฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ($\bar{X}$ = 3.69, SD = 0.57) สังเกตอาการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่เสมอ ($\bar{X}$ = 3.67, SD = 0.51) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว ($\bar{X}$ = 3.60, SD = 0.57) นอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.67) แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ ($\bar{X}$ = 3.36, SD = 0.68)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.58) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจอยู่ในระดับสูง

ตามลำดับดังนี้ เมื่อมีงานสังคมในหมู่บ้านท่านไปร่วมงานอยู่เสมอ ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.58) รองลงมา ได้แก่ ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.58) ร่วมบริจาคเงินหรือสิ่งของช่วยงานกุศลต่างๆ ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.58) เมื่อมีเวลาว่าง ท่านหางานอดิเรกทำอยู่เสมอ เช่น อ่านหนังสือ ดูแลบ้าน พังวิทย์ ดูโทรทัศน์ ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.58)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.43, SD = 0.66) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เรียงตามลำดับดังนี้ สามารถทำใจยอมรับสภาพการป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.54) รองลงมาได้แก่ พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือเพื่อนบ้าน ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.63) เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยและขอคำแนะนำ จากคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ($\bar{X}$ = 3.34, SD = 0.75) และ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจท่านพยายามทำใจให้สงบหางานอดิเรกทำ ($\bar{X}$ = 3.30, SD = 0.71)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.28, SD = 0.71) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นอยู่ในระดับสูงทุกข้อเรียงตามลำดับดังนี้ เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพท่านสอบถามจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการท่านจนเข้าใจ ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.63) รองลงมาได้แก่ พุดคุยและปรึกษาหารือกับคนในครอบครัวเป็นประจำ ($\bar{X}$ = 3.49, SD = 0.61) ไปร่วมงานสังสรรค์ต่างๆ ($\bar{X}$ = 3.10, SD = 0.77) และสามารถให้อภัยผู้อื่นที่ทำให้ท่านโกรธ ($\bar{X}$ = 3.04, SD = 0.83)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับสูงต่ำ ($\bar{X}$ = 3.25, SD=0.66) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าระดับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำสวน ขุดดิน ($\bar{X}$ = 3.51, SD = 0.59) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.98, SD = 0.74) ซึ่งการออกกำลังกายถือว่าเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง จากการศึกษาของ รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2536) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการออกกำลังกายสามารถจัดการได้ยากที่สุด แต่ได้ผลประโยชน์มากที่สุด และจากการศึกษาของ เอกพล ผักไผ่พวก และ รักใจ บุญระทม (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (N=220)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปโดยรวม	3.66	0.55	สูง
1. ไปตรวจและรับยาตามนัดทุกครั้ง	3.86	0.36	สูง
2. รักษาความสะอาดของร่างกายโดยการอาบน้ำทุกวัน	3.84	0.52	สูง
3. รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอย่างเคร่งครัด	3.73	0.51	สูง
4. แปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.69	0.57	สูง
5. สังเกตอาการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่เสมอ	3.67	0.51	สูง
6. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	3.60	0.57	สูง
7. นอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.50	0.67	สูง
8. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ	3.36	0.68	สูง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการพัฒนาจิตใจโดยรวม รายด้าน	3.49	0.58	สูง
1. เมื่อมีงานสังคมในหมู่บ้านท่านไปร่วมงานอยู่เสมอ	3.62	0.56	สูง
2. ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา	3.48	0.58	สูง
3. ร่วมบริจาคเงินหรือสิ่งของช่วยงานกุศลต่างๆ	3.44	0.61	สูง
4. เมื่อมีเวลาว่าง ท่านหางานอดิเรกทำอยู่เสมอ เช่น อ่านหนังสือ ดูแลบ้าน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	3.40	0.55	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวม รายด้าน	3.43	0.66	สูง
1. สามารถทำใจยอมรับสภาพการป่วยจากโรคความ ดันโลหิตสูงได้	3.58	0.54	สูง
2. พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกันหรือเพื่อน บ้าน	3.48	0.63	สูง
3. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยและขอ คำแนะนำ จากคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน	3.34	0.75	สูง
4. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจท่านพยายามทำให้ สงบหางานอดิเรกทำ	3.30	0.71	สูง
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยรวม รายด้าน	3.28	0.71	สูง
1. เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพท่านสอบถาม	3.49	0.63	สูง
2. จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการ ท่านจนเข้าใจ			
3. พูดคุยและปรึกษาหารือกับคนในครอบครัว	3.49	0.61	สูง
4. เป็นประจำ			
5. ไปร่วมงานสังสรรค์ต่างๆ	3.10	0.77	สูง
6. สามารถให้อภัยผู้อื่นที่ทำให้ท่านโกรธ	3.04	0.83	สูง
ด้านการออกกำลังกาย โดยรวม รายด้าน	3.25	0.66	สูง
1. ทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทำสวน ขุดดิน	3.51	0.59	สูง
2. ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยครั้งละ30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น ปั่นจักรยาน เดิน วิ่ง	2.98	0.74	ปานกลาง

การอภิปรายผล

การวิจัยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง(ร้อยละ 65.46) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.09) อายุเฉลี่ย 57 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 90 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.18) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 57.73) รายได้สุทธิต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท (ร้อยละ 36.36) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่เกิน 5 ปีร้อยละ 52.27 ส่วนใหญ่นอกจากโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่มีโรคประจำตัวอื่น(ร้อยละ 83.81)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.20, SD = 0.68) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.46 ในแง่ของสังคมและวัฒนธรรมไทย เพศหญิงมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่แล้ว ดังนั้น เพศหญิงจึงดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า^[9] เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.09 อายุเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือปัญหา มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆด้วยตนเอง ได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำของผู้อื่น จึงควบคุมโรคได้ดี^[10] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 58.4การมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่คอยให้กำลังใจ สนใจ เอาใจใส่ ปลอดภัย เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสนใจตัวเองมากขึ้น และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี รายได้สุทธิต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 36.36

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงอยู่ 5 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ด้านการพัฒนาจิตใจ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ 1 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาอธิบายในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และบางด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้

1. ในเรื่องของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่ 4 ถึง ร้อยละ 57.73 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำจากการศึกษาของโอเรม^[10] พบว่าการศึกษามีสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ดังเช่น การศึกษาของคาสส์ และ คอบป์^[11] พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ นั่นคือผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ

2. กลุ่มตัวอย่างมีรายได้สุทธิต่อครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท ถึงร้อยละ 36.36 จากการศึกษาของเพนเดอร์^[11] พบว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และเอื้ออำนวยให้สามารถได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ตลอดจนการเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมดูแลตนเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน และโดยเฉพาะพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ เกี่ยวเนื่องมาจากการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำ และรายได้น้อย จึงทำให้ขาดทั้งความรู้ ความเข้าใจ และขาดทักษะของความสามารถในการวิเคราะห์แก้ไขปัญา จึงทำให้ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือ หรือดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลดอยงาม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย นั้น ควรเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้มากขึ้นและควรทำอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดียิ่งขึ้นไปอีก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในส่วนที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ เช่น ในเรื่องโภชนาการ และการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้นด้วย

2. ควรมีการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการ โดยผู้ให้บริการควรจัดกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสนใจ และเข้าใจการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น เช่น มีการสอน การสาธิตในเรื่องอาหาร หรือฝึกการออกกำลังกาย รวมทั้งอาจมีการจัดเสวนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป และการในจัดกิจกรรมดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ โดยหารูปแบบที่เหมาะสม เช่น มีการจัดตั้งทีมออกเยี่ยมซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี และอาจมีเจ้าหน้าที่ร่วมด้วย เป็นต้น กิจกรรม

ลักษณะนี้นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจแล้ว ทีมเยี่ยมก็จะได้ทราบถึงปัญหาหรืออุปสรรค และสามารถหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้ด้วย

4. ควรมีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีการกำหนดระยะเวลาโครงการรวมทั้งอาจแทรกไปกับกิจกรรมของทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก็ได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรกที่พบผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วย กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากการขาดความรู้ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. สร้างรูปแบบการให้สุขศึกษา และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

5. ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความรู้ระดับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณ คุณศักดิ์ดา ธานินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอพาน คุณสุทธิพรณ เกตุก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพาน ที่ได้

ให้ข้อเสนอแนะตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งให้ความรู้ข้อคิดเห็นและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตั้งแต่ต้นจนกระทั่งสำเร็จ ช่วยให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

พรณนุกรม

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2557). โรคความดันโลหิตสูง. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา <http://www.thaihypertension.org/> (6 มกราคม 2557).
2. อรพินท์ กายโรจน์. (2542). ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. พรทิพา ศุภราศรี. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
4. ธาริณี พังจันทน์ และนิตยา พันธุเวช. ประเด็นสารณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.thaincd.com/document/file> (6 มกราคม 2557)
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานผลการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” ปี 2554 [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา <http://203.157.10.11/screen/sphp/reportncd1year54.php>
6. สำนักประชาสัมพันธ์เขต 3.(2556). ความดันโลหิตสูง. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://region3.prd.go.th/showsearch_N.php.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยงาม. (2556). สรุปผลงานประจำปี 2556. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอยงาม อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย.
8. กมลพรรณ หอมมาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. สมทรง เค้าผาย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. กาญจนา ประสานปราน. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล.



ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่และภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสาร เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อจัดพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้
2. **บทนิพนธ์ปริทัศน์ (Review Article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียนมา วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง
3. **บทความพิเศษ (Special Article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ
4. **บทความทั่วไป (General Article)** เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาที่ยังไม่สมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขปหรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน
5. **ปกิณกะ (Miscellany)** เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป
6. **บทความย่อ (Abstract Article)** เป็นเรื่องย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ

คำแนะนำในการเขียนและส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. **การเตรียมต้นฉบับ พิมพ์** โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไต์ล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point จัดพิมพ์ระยะบรรทัดเว้นบรรทัด
2. **รายงานการวิจัย หรือบทความหนึ่งๆ** ควรมีความยาวระหว่าง 12 – 16 หน้า โดยพิมพ์ลงในขนาดกระดาษ A4 ใส่หมายเลขหน้าให้อยู่บนมุมขวาบน
3. **ส่งต้นฉบับรายงานการวิจัย** ส่ง File ข้อมูลต้นฉบับในรูปแบบ Word ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com



4. องค์ประกอบของรายงานการวิจัย หรือบทความประกอบด้วย

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนาศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ใช้อักษรตัวหนา

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ระบุชื่อ นามสกุล ของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด ส่งทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

4.3 บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเขียนให้สั้นที่สุดไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำ กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

4.4 บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.5 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

4.6 วิธีการดำเนินงานหรือขั้นตอนการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือหลักสถิติมาประยุกต์

4.7 ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

4.8 วิจารณ์ผล อภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และความเกี่ยวข้องกับผลงานวิจัยที่เคยมีผู้ค้นคว้าไว้ก่อน

4.9 สรุปผล (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัยวิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย(ให้สรุปตรงประเด็น) และข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.10 ตาราง ให้ระบุลำดับที่ของตาราง ใช้คำว่าตาราง “ตาราง...” และมีคำอธิบายเหนือตารางไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.11 รูป ให้ระบุลำดับที่ของรูปใช้คำว่า “รูป...”และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูปไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.12 รายงานการวิจัยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ ผู้เขียนควรระบุให้เห็นได้ว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรม และแสดงหลักฐานว่าได้มีคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงานพิจารณาประเด็นที่สงสัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.13 บทความที่เสนอ ต้องไม่เคยได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นมาก่อนและหากบทความที่เสนอได้รับการตอบรับให้ จัดพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ผู้เสนอบทความต้องรับรองว่าจะไม่นำบทความไปจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นอีก (เว้นแต่จะได้รับความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) และหากเกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น ผู้เสนอบทความยินดีรับผิดชอบความเสียหายนั้น



5. หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

5.1 รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ

ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90^[1]

5.2 รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรกตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No))/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง.

วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.

Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.



บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.)

[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก

<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>

Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA)

[Accessed 2009 Aug 28].

6. ผลงานจะได้รับการพิจารณา/ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากภายในและภายนอกก่อนการตีพิมพ์

7. ผลการพิจารณา/ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้เจ้าของบทความทราบ

8. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข และแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) ทางไปรษณีย์ หรือแนบ ไฟล์ ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

9. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

10. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ฉบับที่ลงตีพิมพ์ จำนวน 1 เล่ม



แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ
ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน
ขอส่งบทความประเภท.....
ชื่อเรื่อง(ไทย).....
ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย
ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์
โทรสาร.....E-mail:
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อ
พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ลงนาม
(.....)



ใบสมัครสมาชิก

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ชื่อ-สกุล ในนาม.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....อาคารชั้น.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
เนื้อหาบทความที่สนใจ.....

สถานที่ส่ง () ที่ทำงาน () ที่บ้าน
การสมัคร () สมัครสมาชิกใหม่ () ต่ออายุสมาชิก (เลขที่สมาชิก.....)
() 2 ปี 4 ฉบับ 300 บาท ตั้งแต่ฉบับที่.....
() 4 ปี 8 ฉบับ 500 บาท ตั้งแต่ฉบับที่

การชำระค่าสมาชิก () เงินสด (เฉพาะชำระที่ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ เท่านั้น)
() โอนเงินเข้าบัญชี
“ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”
เลขที่บัญชี 533-1-10153-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างคลาน
และโปรดแนบสำเนาใบฝากเงินและแบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกที่กรอกชัดเจน
กับมายังหมายเลข 0-53818-938 หรือ 0-5327-2740 “ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”

ส่งมาที่ กองบรรณาธิการ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
51 ถนนประชาสัมพันธ์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง เชียงใหม่ 50100

สอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณกิงพิกุล ชำนาญคง

คุณกฤษณะ จตุรงค์ศรี

โทรศัพท์ 053 – 272740 ต่อ 218 e-mail : lannajournal@gmail.com