การรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Conception intake of folic acid among pregnant women who attend antenatal care clinic under the Universal Coverage Program)

นางสาวเจนจิรา อุ่นแก้ว

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2564 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1,248 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรับประทานวิตามินโฟลิก ร้อยละ 89.6 และไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก ร้อยละ 10.4 ซึ่งเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก เนื่องจากไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานวิตามิน ร้อยละ 47.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจำรัส วงศ์คำถวัลย์ วงค์รัตนสิริ มาสินี ไพบูลย์ และคณะ (2556) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของปภาพร วิไลพันธุ์ (2546) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ว่าการรับประทานโฟลิกสามารถลดความพิการแต่กำเนิดได้ ร้อยละ 3.4 และเหตุผลรองลงมาที่ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก คือไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร ไม่รู้ว่าจะไปรับวิตามินที่ไหน รับประทานวิตามินอื่น ร้อยละ 39.2 ร้อยละ 7.7 และ 5.4 ตามลำดับ

คำสำคัญ : วิตามินโฟลิก , ก่อนการตั้งครรภ์, ฝากครรภ์, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับสนับสนุนจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำการศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการรับประทานววิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบในการทำงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงวิตามินโฟลิกมากขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์ ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ จนทำให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย เพจก้าวย่างเพื่อสร้างลูกที่อำนวยความสะดวกในการส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ นพ.พีระยุทธ สานุกูล ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัย หัวหน้าและนักวิชาการกลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ บุคลากรท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามใน ณ ที่นี้ ทุกท่านที่เป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือและให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีตลอดมา สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพ่อแม่ครอบครัว และผู้ร่วมวิจัย นางปภาวี ไชยรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ได้ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และเป็นกำลังใจโดยตลอดมา

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินโฟลิกตามที่ได้รับจากแพทย์มากขึ้น

เจนจิรา อุ่นแก้ว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(2)
สารบัญ	(3)
สารบัญตาราง	(5)
สารบัญภาพ	(6)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 คำนิยามในการวิจัย	2
1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
1.5 ตัวแปร	4
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับโฟลิก	5
2.2 Precede model	9
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	22
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
3.2 เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	23
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	25

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 26
การรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ 26
ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 37
5.1 สรุปและอภิปรายรายการวิจัย 37
5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ 37
5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

บรรณานุกรม 38
ภาคผนวก 42
ภาคผนวก ก 43
แบบสอบถามการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ 43
ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ภาคผนวก ข 48
ประวัติผู้วิจัย 48

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลการฝากครรภ์	26
2 ปัจจัยนำ ข้อมูลส่วนบุคคล	27
3 ปัจจัยเอื้อในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	30
4 ปัจจัยเสริมในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	33
5 การรับประทานวิตามินโฟลิก	35

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิด	3
3.1 สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง	22
3.2 สูตรการทดสอบความเชื่อมั่น	24

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2559 (สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา "เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ" ซึ่งปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของเด็ก คือ ความพิการแต่กำเนิด ที่พบมากกว่า 20,000 รายต่อปี และจำนวนดังกล่าวจะสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความพิการแต่กำเนิดแก่ทุกประเทศทั่วโลก โดยเสนอให้หญิงวัยเจริญพันธุ์หรือหญิงที่เตรียมตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก (folic acid supplementation) ที่ประกอบด้วยธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม ก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน และ 3 เดือนแรกหลังจากการตั้งครรภ์ เพื่อลดภาวะโลหิตจางและลดความเสี่ยงการเกิดความพิการในทารกแรกเกิด ที่จะส่งผลต่อพัฒนาการการเจริญเติบโต สติปัญญา และการเรียนรู้ของเด็ก ตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) และเป็นการคุ้มครองสิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครอง และช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 48 วรรคหนึ่ง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, 2560)

การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินโฟลิก มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากกรดโฟลิกคือวิตามิน B9 ที่สังเคราะห์ขึ้นมา ซึ่งจำเป็นในการสร้างและแบ่งเซลล์ในตัวอ่อนให้สมบูรณ์ ภายใน 28 วันแรก เพื่อลดความเสี่ยงภาวะหลอดประสาทไม่ปิด การพัฒนาของสมองและไขสันหลังไม่สมบูรณ์ที่ทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดในทารก การได้รับสารอาหารเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ เนื่องจาก พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากที่สุด เพราะร่างกายเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ จากการมีประจำเดือน การได้รับสารอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ทำให้เมื่อตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและความต้องการสารอาหารที่เพิ่มขึ้น จากการนำไปเสริมสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะช็อกเมื่อสูญเสียเลือด แผลหายช้า และมีโอกาสติดเชื้อภายหลังคลอดได้ง่าย (Ricci & Kyle, 2009) (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2560) ผลกระทบต่อทารก คือ อัตราตายของทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในทารกที่คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากปอดยังไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome: RDS) ตัวเหลือง และติดเชื้อง่าย นอกจากนี้ ยังพบน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2560) ในส่วนของการป้องกันความพิการแต่กำเนิดในทารก ประเทศไทย พบทารกมีความพิการแต่กำเนิด ปีละประมาณ 15,000 คน อาการที่พบบ่อย 5 ประเภท คือ 1) กลุ่มอาการดาวน์ หรือ ดาวน์ซินโดรม จากสถิติพบว่า ในเด็กที่เกิด 800 คน จะมี 1 คน ที่เป็นดาวน์ซินโดรม โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม และมักจะพบได้บ่อยจากมารดาที่มีอายุมากกว่า

35 ปีขึ้นป 2) ระบบประสาทไม่ปิด คือ ภาวะที่สมองถูกสร้างไม่สมบูรณ์ โดยมากเกิดจากขณะตั้งครรภ์มารดาขาดสารอาหารที่สำคัญ คือ โฟเลต 3) ปากแหว่งเพดานโหว่ เกิดจากภาวะขาดสารอาหาร เช่น โฟเลต ของแม่ในขณะที่ตั้งครรภ์ และเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมด้วย ทารกจะมีปัญหาการดูดกลืนอาหาร เจริญเติบโตช้า มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ ยังกระทบกับจิตใจของเด็กเมื่อถูกเพื่อนล้อ จนกลายเป็นปมด้อยในสุด แต่โรคนี้รักษาหายได้โดยการผ่าตัด 4) ปัญหาแขนขาพิการ มักเกิดจากความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ใน 3 เดือนแรก เช่น มารดาไม่ได้วิตามินโฟลิก หรือ ไม่ได้รับประทานอาหารที่มีโฟเลตเพียงพอ จึงเกิดความผิดพลาดขึ้นในช่วงที่มีการปฏิสนธิ ทำให้เกิดการเจริญของอวัยวะผิดปกติไป และอาจมีสาเหตุมาจากมารดาหาซื้อยารับประทานเองตามร้านโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ 5) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในท้องแม่ โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคนี้ก็ยังไม่มีแน่ชัด อาจเกิดการติดเชื้อ การใช้ยาสารเสพติด การได้รับรังสี หรือมารดามีอายุมาก และมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้ ก็ทำให้มีโอกาสเกิดได้ (โครงการระดับชาติพัฒนาต้นแบบจังหวัดและอำเภอเพื่อป้องกันและดูแลรักษาความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย, 2560) เพราะฉะนั้น การส่งเสริมหญิงวัยเจริญพันธุ์รับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกจึงสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ยังส่งเสริมให้คู่รักที่วางแผนและเตรียมพร้อมจะมีบุตรเข้ารับการตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัยและตามสิทธิ ซึ่งปัจจุบันมีรายการตรวจที่เป็นประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์หลายรายการ เช่น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count; CBC) เพื่อคัดกรองหาความผิดปกติของเม็ดเลือดว่ามีภาวะโลหิตจาง หรือมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำหรือไม่ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) การวัดความดันโลหิตสูง การคัดกรองเบาหวาน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพสารเสพติด เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินโฟลิกตามที่ได้รับจากแพทย์มากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.3 คำนิยามในการวิจัย

1.3.1 หญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เคยไปรับบริการฝากครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563

1.3.2 หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ หมายถึง หน่วยบริการที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ เลือกลงทะเบียนเพื่อรับ

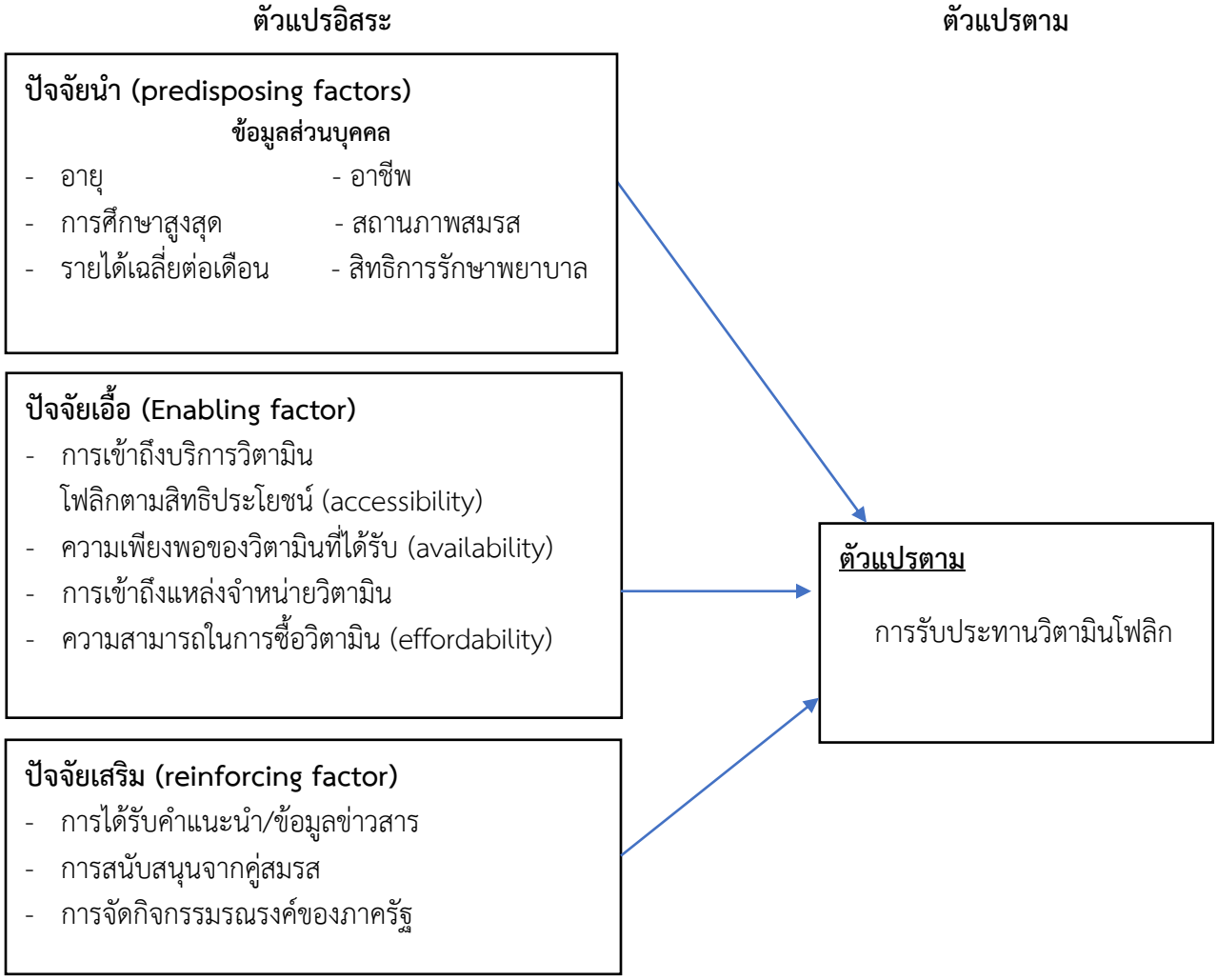
บริการสาธารณสุขเป็นประจำ โดยทั่วไปจะเป็นหน่วยบริการที่มีสถานที่ตั้งใกล้เคียงกับที่พักอาศัยของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

1.3.3 วิตามินโฟลิก หมายถึง วิตามิน B9 ขนาด 0.4 มิลลิกรัม หรือ 400 ไมโครกรัม

1.3.4 พฤติกรรมการรับประทานวิตามินโฟลิก หมายถึง การประพฤติ การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่เกี่ยวกับการรับประทานวิตามินโฟลิก

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด

1.5 ตัวแปร

1.5.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ประกอบด้วย

1.5.1.1 ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล

1.5.1.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) ได้แก่ การเข้าถึงบริการวิตามินโฟลิก ตามสิทธิประโยชน์ (accessibility) ความเพียงพอของวิตามินที่ได้รับ (availability) การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายวิตามินความสามารถในการซื้อวิตามิน (effordability)

1.5.1.3 ปัจจัยเสริม (reinforcing factor) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากคู่สมรส การจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐ

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ประกอบด้วย

1.5.2.1 การรับประทานวิตามินโฟลิก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องตามลำดับ

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับโฟลิก

2.1.1 โฟลิก

2.1.2 ประเภทของโฟลิก

2.1.3 โฟลิกกับการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

2.2 Precede model

2.2.1 ทฤษฎี Precede model

2.2.2 องค์ประกอบทฤษฎี Precede model

2.2.3 การนำ Precede model ไปใช้

2.2.4 ประโยชน์ของ Precede model ในงานสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.ข้อมูลเกี่ยวกับโฟลิก

2.1.1 โฟลิก

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโฟลิกหรือวิตามินบี 9 เป็นวิตามินที่ละลายในน้ำซึ่งถูกค้นพบครั้งแรกในปี ค.ศ. 1930 เมื่อ Lucy Wills รายงานว่าสารสกัดจากยีสต์สามารถรักษาภาวะโลหิตจางชนิดเมกาโลบลาสติก (megaloblastic anemia) ในหญิงตั้งครรภ์ได้ ต่อมาสารนี้ได้ถูกพบในพืชผักอีกหลายชนิด เช่น ผักขมอัลฟาฟาจึงถูกเรียกว่า “โฟลิก” ซึ่งมาจากคำในภาษาลาตินว่า“folium”หมายถึงใบไม้โครงสร้างของกรดโฟลิกประกอบด้วย pteridine, p-aminobenzoic acid (p-ABA)และ glutamic acid จึงมีชื่อเรียกทางเคมีอีกชื่อหนึ่งว่า pteroylglutamic acid(PteGlu(n)) โดยโฟลิกที่พบในธรรมชาติ เช่น ในเซลล์ในอาหารจำพวกพืชใบเขียวส้มตับถั่วมักเป็น pteroylpolyglutamate ซึ่งมี glutamyl 2 - 7 หมู่ เชื่อมต่อกันด้วยพันธะเพปไทด์ติดอยู่กับส่วน pteroic acid ส่วนโฟลิกในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่จำหน่ายในท้องตลาดได้จากการสังเคราะห์และอยู่ในรูป pteroylmonoglutamic acid (PteGlu1) ซึ่งมี glutamyl เพียงหนึ่งหมู่ ในธรรมชาติโฟลิกถูกสร้างขึ้นโดยพืช และจุลินทรีย์มนุษย์ไม่สามารถสังเคราะห์โฟลิกได้เอง จึงต้องได้รับจากการรับประรับประทานอาหารอาหารที่มีโฟลิกสูง ได้แก่ ผักใบเขียว ตับ ถั่ว ยีสต์ ไข่แดง ส้ม เป็นต้น ส่วนผลไม้ชนิดอื่น ๆ และเนื้อสัตว์มีโฟลิกในปริมาณที่ต่ำ ความต้องการโฟลิกของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับอายุและสภาวะของร่างกาย เช่น ขณะตั้งครรภ์ให้นมบุตร หรือได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านมะเร็งยากันชักยาต้านมาลาเรีย หรือยาปฏิชีวนะบางชนิดร่างกายจะมีความต้องการโฟลิกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความผิดปกติในการดูดซึมและโรคพิษสุรา (alcoholism) ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายขาดโฟลิกได้ (ธีรศักดิ์ โรจนราธาม, 2549)

หน้าที่สำคัญหน้าที่สำคัญของกรดโฟลิก (AmproHealth, 2560) คือ

1. เป็นกรดที่มีความสำคัญต่อการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก RNA-DNA ซึ่งเป็นสารที่มีความจำเป็นต่อการสืบพันธุ์ของเซลล์ และการเจริญเติบโต หากขาดก็จะทำให้การเจริญเติบโตช้าลง หยุดชะงัก หรือเกิดความผิดปกติได้ โดยเฉพาะในทารกในครรภ์ ซึ่งอาจพิการแต่กำเนิดได้
2. ลดความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของประสาทไขสันหลัง ที่มักจะเกิดกับทารกในครรภ์ในครรภ์ได้
3. ช่วยเสริมสร้างการพัฒนาสมอง และเป็นสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญต่อสมอง
4. เป็นโคเอนไซม์ชนิดหนึ่ง โดยมีชื่อเรียกว่า เททระไฮโดรโฟลิก ซึ่งจะช่วยให้กรดอะมิโน (Amino Acid) มีการแตกตัวได้ดีขึ้น
5. มีส่วนสำคัญในการสร้างเม็ดเลือด และช่วยให้เม็ดเลือดมีความแข็งแรงมากขึ้นสามารถป้องกันโรคโลหิตจางได้ และทำหน้าที่เป็นตัวส่งคาร์บอนในการสร้างฮีม (Heme)
6. ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร จึงไม่ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร และสามารถกระตุ้นการสร้างกรดเกลือ (Hydrochloric Acid)
7. ช่วยส่งไขมันออกจากตับ ลดความเสี่ยงจากโรคไขมันอุดตันในตับได้
8. ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์โคลีน (Choline) และเปลี่ยนกรดนิโคตินิก (Nicotinic acid) ให้เป็นเอน-เม็ทธิลนิโคตินาไมด์ (N-methylnicotinamide) พร้อมกับขับถ่ายออกไปจากร่างกาย

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หากได้รับกรดโฟลิกมากเกินไป (Thip, 2563) มีดังนี้

1. อาจทำให้เราขาดวิตามิน B12 การมีกรดโฟลิกมากไป อาจทำให้ขาดวิตามิน B12 ได้ ร่างกายต้องใช้วิตามิน B12 เอาไว้สร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง และทำให้หัวใจ สมอง และระบบประสาททำงานได้อย่างเป็นปกติ หากมีภาวะขาดวิตามิน B12 และไม่ได้รับการแก้ไขจะไปลดความสามารถในการทำงานของสมอง และอาจทำให้มีความเสียหายแก่เส้นประสาทอย่างถาวร โดยปกติแล้วความเสียหายนี้ไม่สามารถแก้ไขกลับให้เป็นปกติได้ ร่างกายมีวิธีนำกรดโฟลิก และวิตามิน B12 ไปใช้ด้วยวิธีที่คล้ายกัน และการได้รับสารอาหารทั้งสองอย่างนี้จะส่งผลลัพธ์แบบเดียวกัน มีหลักฐานบางอย่างทำให้เห็นว่าการได้รับกรดโฟลิก แบบอาหารเสริมอาจทำให้ได้รับวิตามิน B12 ลดลง ดังนั้นบางคนที่มีอาการ อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีสมาธิ ลมหายใจสั้น จึงควรไปตรวจว่ามีภาวะขาดวิตามิน 12 หรือไม่
2. อาจเร่งความเร็วที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเกิดขึ้นตามอายุขัย โดยเฉพาะกับคนที่มีการขาดวิตามิน B12 คนที่มีอายุ 60 ปี ซึ่งมีสุขภาพดี มีระดับกรดโฟลิกสูง จะทำให้เกิดภาวะตกต่ำทางจิตกับคนที่ขาดวิตามิน B12 แต่จะไม่เกิดขึ้นกับคนที่มีระดับวิตามิน B12 ตามปกติ ซึ่งการได้รับกรดโฟลิกสูง จะเกิดจากการได้รับกรดโฟลิกในอาหารเสริม หรือแบบที่ถูกเติมลงในอาหารเท่านั้น และคนที่มีกรดโฟลิกสูง แต่ขาดวิตามิน B12 จะทำให้ระบบการทำงานของสมองแย่ลง 3.5 เท่า อาหารเสริมที่มีกรดโฟลิก อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ขาดวิตามิน B12

3. อาจทำให้สมองทารกพัฒนาช้าลง ทารกในครรภ์ในครรภ์ต้องการกรดโฟลิกในระดับที่เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตของสมอง และลดความเสี่ยงของการพิการแต่กำเนิด เพราะหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับไม่เพียงพอต่อปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน หญิงตั้งครรภ์ จึงควรรับประทานอาหารเสริมที่มีกรดโฟลิก แต่อย่างไรก็ตามการได้รับกรดโฟลิกมากไป อาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินและทำให้การพัฒนาสมองของทารกช้าลง

2.1.2 ประเภทของโฟลิก

วิตามินโฟลิก ที่มีในระบบบริการสาธารณสุข และร้านขายยาทั่วไป มีหลายขนาดความแรง โดยแต่ละความแรงมีข้อแนะนำในการใช้แตกต่างกัน ดังนั้น ควรอ่านคำแนะนำโดยละเอียด ก่อนรับประทานยา เพื่อให้การใช้ยาตรงตามวัตถุประสงค์ และเกิดประโยชน์สูงสุด

1. วิตามินกรดโฟลิกเดี่ยวๆ

1.1 ยาเม็ดโฟลิก ขนาด 5 มิลลิกรัม มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคโลหิตจางชนิดที่เกิดจากการขาดกรดโฟลิก

- ขนาดและวิธีทางการให้ยา : แนะนำให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง
- อาการข้างเคียง : ผิวหนังแดง คัน ผื่นผิวหนัง
- สามารถหาซื้อยารับประทานได้ด้วยตนเองที่ร้านขายยา

1.2 ยาเม็ดโฟลิก ขนาด 0.4 มิลลิกรัม หรือ 400 ไมโครกรัม ถือว่าเป็นอาหารเสริม มีข้อบ่งใช้สำหรับป้องกันป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิดในช่วงก่อนและหลังการปฏิสนธิ ซึ่งนำไปสู่ความพิการแต่กำเนิดของทารก

- ขนาดและวิธีทางการให้ยา : แนะนำให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนมีบุตรรับประทานวันละ 1 เม็ด โดยเริ่มรับประทานล่วงหน้า อย่างน้อย 2 เดือนก่อนวางแผนตั้งครรภ์ และรับประทานต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์หลังตั้งครรภ์
- อาการข้างเคียง : ผิวหนังแดง คัน ผื่นผิวหนัง
- สามารถหาซื้อยารับประทานได้ด้วยตนเองที่ร้านขายยา

2. วิตามินรวมโฟลิก

2.1 วิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (เฟอร์โรโฟลิก) ประกอบด้วยธาตุเหล็ก ขนาด 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก (วิตามิน B9) ขนาด 2.8 มิลลิกรัม เป็นวิตามินที่กรมอนามัยส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์รับประทานก่อนตั้งครรภ์ เพื่อลดภาวะซีด และความพิการแต่กำเนิดในทารก เช่น ลดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มอาการดาวน์ โรคหลอดประสาทไม่ปิด ภาวะแขนขาพิการแต่กำเนิด

- ขนาดและวิธีทางการให้ยา : รับประทาน สัปดาห์ละ 1 เม็ด อย่างน้อย 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ หากทานครบ 3 เดือนยังไม่ตั้งครรภ์สามารรับประทานต่อได้
- อาการข้างเคียง : บางรายอาจพบอาการคลื่นไส้ อุจจาระสีดำ ท้องเสีย ท้องผูก ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากเหล็ก

- เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ ควรเปลี่ยนมากินยาไตรเฟอร์ดีน (triferdine) แทน ซึ่งมี Iodine เพิ่มเข้ามา เพื่อเสริมสร้างระบบประสาทและสมองของทารกในครรภ์
- สามารถหาซื้อยารับประทานได้ด้วยตนเองที่ร้านขายยา ยกเว้น เป็นผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ชนิดที่ต้องได้รับเลือดควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยานี้

2.2 ไตรเฟอร์ดีน เป็นวิตามินรวมประกอบด้วย ไอโอดีน (Iodine) 0.15 มิลลิกรัม ธาตุเหล็ก (Iron) 60.81 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก (Folic Acid) 0.4 มิลลิกรัม มีข้อบ่งใช้สำหรับป้องกันการขาดไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์

- ขนาดและวิธีทางการให้ยา : รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หรือใช้ตามแพทย์สั่ง
- อาการข้างเคียง อาจเกิดผื่นแดง ปวดท้อง ท้องผูก ท้องเสีย อุจจาระสีดำจุกแน่น อาเจียน หายใจไม่สะดวก ให้หากมีอาการ หยุดยาและปรึกษาแพทย์ทันที
- รับประทานตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังตั้งครรภ์อย่างน้อย 12 สัปดาห์
- เป็นยาที่แพทย์จ่ายสำหรับผู้ที่ไปฝากครรภ์ ให้ใช้ยานี้ตามแพทย์สั่งเท่านั้น

2.1.3 โฟลิกกับการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เป็นเรื่องสำคัญในทุกช่วงวัยของชีวิต อย่างไรก็ตามในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ก็มีสารอาหารบางอย่างที่จำเป็นต้องเสริมเพิ่มเติมให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ในครรภ์มากเป็นพิเศษ ได้แก่ ธาตุเหล็ก แคลเซียม ไอโอดีน รวมถึงกรดโฟลิก (Folic Acid) จะต้องได้รับในปริมาณสูงกว่าปกติ หลักการรับประรับประทานอาหารในช่วงตั้งครรภ์ควรเลือกอาหารที่มีความหลากหลาย และมีสารอาหารครบถ้วน บำรุงร่างกายด้วยวิตามิน และเกลือแร่อย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ในครรภ์ และส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายในช่วงตั้งครรภ์ ถึงแม้จะได้รับสารอาหารที่ดีที่สุดแล้ว ยังจำเป็นต้องรับประรับประทานอาหารเสริมให้เพียงพอ และเหมาะสมกับร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ด้วย (Huggies, 2564)

การขาดโฟลิกจะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tubedefect) พบลักษณะเป็นถุงน้ำ หรือ รูเปิดบริเวณไขสันหลัง (Spina bifida) ซึ่งทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร จนกระทั่งในรายที่เป็นมาก จะทำให้ทารกในครรภ์ไม่มีกะโหลกศีรษะจนถึงไม่มีเนื้อสมอง (Anencephaly) ดังนั้น จึงควรรับประทานโฟลิกเสริมก่อนตั้งครรภ์ 8 สัปดาห์ ไปจนกระทั่งตั้งครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ (พิชฎา อังคะนาวิน, 2559)

เนื่องจากสมอง คืออวัยวะที่สำคัญที่สุดของมนุษย์เป็นส่วนกลางของระบบประสาท นอกจากการควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ สมองเริ่มก่อตัวตั้งแต่อายุ 2 สัปดาห์ในครรภ์ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมสมองและกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ในครรภ์ด้วยการรับประรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟลิก กรดไขมัน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการกระตุ้นระบบประสาทของทารกในครรภ์

ในครรภ์ ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับความรู้สึก และการเคลื่อนไหว เพื่อให้ทารกในครรภ์มีศักยภาพในการเรียนรู้ภายหลังคลอดในระดับสูงสุด (พิชฎา อังคะนาวิน, 2559)

2.2 ทฤษฎี Precede model

2.2.1 ทฤษฎี Precede model

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE (สมคิด ทิมสาด, 2548) PRECEDE FRAMEWORK หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) มีสมมติฐานวาพฤติกรรมสุภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต ่องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ รวมกันเพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabing Causes in Education al Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช ปัจจัยหลักหรือปจจัยนำ ปจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (มหาวิทยาลัยบูรพา, มปป)

แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นรลักขณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)

2.2.2 องค์ประกอบทฤษฎี Precede model

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ในส่วน PRECEDE MODEL เนื่องจากงานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อลดความเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยในขั้นตอนที่ 4 อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น การวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการนำมาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ดังนี้

1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลนั้นคือบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ

ออกมาจะต้องอาศัยการมีเหตุผลที่จะก่อเกิดพฤติกรรมเกิดแรงจูงใจในการกระตุ้นแรงขับภายในตัวบุคคลให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม 8 ปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือความรู้ ทัศนคติ ความ เชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมแต่แนวคิดนี้ยังไม่นำมากล่าวถึงโดยตรงเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำไปสู่การจัดกระทำได้

2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุนเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ตำหนิติเตียน การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ๆ

3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Accepability) รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยเอื้อยังรวมถึงทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นทักษะใหม่ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งการจัดโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการส่งเสริมทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องกระทำหรือการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)

2.2.3 การนำ Precede model ไปใช้

การใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏแล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการดำเนินงานขั้นแรกของกระบวนการสุขศึกษาตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PECEDE FRAMEWORK ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนสุขศึกษาในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของกลุ่มประชากรหรือชุมชน ว่าลักษณะและปัญหาต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินการเป็นอย่างไรปัญหาต่าง ๆ ที่มาแต่ในอดีตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นไปในลักษณะใดมีขอบเขตและความรุนแรงของปัญหาแค่ไหนปัญหาเหล่านั้นมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้ระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพกับสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากในลักษณะ 2 ทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิตในขณะเดียวกับคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีผลต่อสุภาพ ดังนั้น ปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ

การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่ศึกษาโดยวิธีการต่าง ๆ
3. เพื่อกำหนดวาระของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชี้ชัดให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่วิเคราะห์แล้ว
5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมนั้น ๆ
6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินโครงการในเชิงเศรษฐกิจ

การวินิจฉัยสังคมสามารถจะกระทำได้ในหลายลักษณะเดียวกัน เช่น โดยการศึกษาวิเคราะห์จากข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไป และปัญหาสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจะหาได้จากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้จากการใช้เทคนิคต่าง ๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มอยู่แล้วทางวิทยาการระบาด หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบเพิ่มขึ้นใหม่ โดยวิธีการต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพความชุกชุมของโรคหรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ และเวลา) ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลสิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม) การวิเคราะห์

ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้นถ้าหากว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหาก็จำเป็นจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้มีหลักเกณฑ์และแนวการพิจารณา ดังนี้

1. พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากรหรือสังคมมากที่สุดในแง่ของการสูญเสียชีวิต การสูญเสียจากการหยุดทำงาน ค่าใช้จ่ายในการพักฟื้น ความพิการที่เกิดขึ้นทั้งชั่วคราวและถาวร ปัญหาความยุ่งยากภายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็กหรือแม่
3. ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาแล้วและมีหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบ และสามารถดำเนินการแก้ได้
4. ปัญหาใดทั้งที่ยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการแก้ไขและมีความจำเป็นหรือเหตุผลอะไรที่ไม่ได้รับการดำเนินการแก้ไข
5. ปัญหาใดบ้างเป็นที่สนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการแล้วส่งผลให้เห็นได้อย่างชัดเจนในแง่ของการทำให้สุขภาพดีขึ้นมีผลต่อเศรษฐกิจหรือผลประโยชน์ของชุมชนโดยตรง
6. มีปัญหาใดบ้างที่จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาคและประเทศที่กำลังได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยทางวิทยาการระบาดหรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมนั่นเอง บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้องหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสังคมโดยตรงแต่จะวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหากับปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในลำดับต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพประกอบไปด้วยปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล และปัญหาสุขภาพที่มิได้เกี่ยวข้องหรือมิได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล ในขั้นตอนนี้จะทำการวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่มีพฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบของปัญหาไม่ว่าจะในทางตรงหรือทางอ้อม บทบาทของพฤติกรรมของบุคคลในการทำให้เกิดปัญหานั้น ๆ เป็นไปในลักษณะใด มากน้อยแค่ไหน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น ๆ ในปัญหาเดียวกันหรือในปัญหาอื่น ๆ อย่างไร ดังนั้น พฤติกรรมที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนนี้ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานสุขศึกษาที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดจะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการบรรลุผลได้

อย่างไรก็ตามแม้การวินิจฉัยพฤติกรรมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมแต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่ได้เป็นพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอนด้วยกัน ดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและปัญหาที่มิได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. สำรวจพฤติกรรมภายหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภทออกจากกันแล้ว โดยทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้างทั้งที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรมโดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากหรือน้อยกว่ากันอย่างไรบ้างกล่าวคือพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ นั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาต่างกันอย่างไรและเพียงใด
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลงโดยการวิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้นสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยากเพียงใด และโดยวิธีการอย่างไร
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมายโดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้จัดจำแนกตามความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนโดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่มีความสำคัญ และสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานเป้าหมายรองลงไป ได้แก่ พฤติกรรมที่มีความสำคัญแต่เปลี่ยนแปลงได้ยากและพฤติกรรมที่มีความสำคัญในลำดับรองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นจุดอ่อนของงานสุขศึกษาที่ผ่านมาทั้งในอดีตและปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้นพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีทางการศึกษา เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ของกระบวนการสุขศึกษาก็จะทราบได้ว่าจะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ อะไรบ้างมากน้อยแค่ไหน และในลักษณะใดจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกันทั้งนั้นก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทาง และกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแต่ละอย่างต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไปและบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่าง ๆ ผสมผสานกัน ดังนั้นการเลือกกลวิธีทางการสุขศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จำเป็นตามแนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าขอบเขตสุขศึกษามิใช่เพียงแต่การให้หรือการเผยแพรความรู้เท่านั้นแต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างปัจจัยการสนับสนุนและการพัฒนาปัจจัยสร้างเสริมด้วย จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยตามกระบวนการสุขศึกษาได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis) เป็นขบวนการบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหาด้านการบริหารจัดการด้านงบประมาณ และ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้เหลือน้อยที่สุด และเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด PECEDE FRAMEWORK และเป็นขั้นตอนของการดำเนินงานที่มีการผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผนโดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่องนั่นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK เป็นการประเมินผลทุกระยะจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยรวมกันมิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อที่จะให้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ รวมกัน ซึ่งในกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK ได้ผสมผสานวิทยาการในสาขาต่าง ๆ รวม 2 สาขาอย่างเหมาะสม คือ สาขาวิทยาการระบาดทางสังคมหรือพฤติกรรมศาสตร์ ทางการบริหาร และทางการศึกษาในการนำไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นจะต้องมีพื้นฐานความรู้ในวิทยาการสาขาต่าง ๆ เป็นอย่างดี

การนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถประยุกต์ขั้นตอนที่ 3 และ 4 5 มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำไปวางแผนในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายตาม

1. ปัจจัยนำหรือปัจจัยหลักภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยม ทัศนคติของบุคคล เป็นต้น
2. ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรม เช่น ทักษะทรัพยากรหรือเครื่องมือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมตลอดจนความยากง่ายของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เป็นต้น
3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ความคิดเห็นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อโรคหรือสภาพปัญหานั้น ๆ ว่ามีความคิดเห็นในเชิงสนับสนุนหรือขัดแย้งต่อการปฏิบัติให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรม รวมถึงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมของบุคคลหรือไม่ เมื่อพบสาเหตุของปัจจัยทางด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแล้วให้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มเป้าหมายเพื่อที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการวางแผนสุขศึกษาในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยนำกลวิธีทางสุขศึกษามาดำเนินการให้สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมที่กลุ่มเป้าหมายขาดหรือประสบอยู่ตามปัจจัยที่พบ 3 ปัจจัย (มหาวิทยาลัยบูรพา, มปป)

2.2.4 ประโยชน์ของ Precede model ในงานสร้างเสริมสุขภาพ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวคิด PRECEDE MODEL เป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่ได้รับความสนใจและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลในทุก ๆ ช่วงวัย จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิทยานิพนธ์ในระดับมหาบัณฑิต และรายงานการวิจัยอื่น ๆ ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2560 พบงานวิจัยที่ใช้แนวคิดนี้ จำนวน 18 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ 6 ระดับ ของสเตทเลอร์ 15 พบว่าเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ไม่มีการสุ่มทางคลินิก (ระดับ 3) จำนวน 1 เรื่อง และการศึกษาค้นคว้าหาความสัมพันธ์และเชิงทำนาย (ระดับ 4) จำนวน 17 เรื่อง ดังตัวอย่างการศึกษาซึ่งแบ่งตามช่วงวัยได้ ดังนี้

วัยเด็ก: ปรียานุช นิธิรุ่งเรือง และนรลักขณ์ เอื้อกิจ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน อาการภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียนโรคภูมิแพ้ จำนวน 241 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ ตัวแปรของการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ความรู้ และการรับรู้อาการ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน และการรับรู้อาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันอาการภูมิแพ้ ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอาการภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียน และปัจจัยทั้งหมดเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันอาการภูมิแพ้ได้ร้อยละ 20.5 ($R2 = .205$, $p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในชุมชนตำบลลำไทร อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 158 คน วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถม ศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ คือ ลักษณะทั่วไปในการรับประทานอาหารของครอบครัว ปัจจัยเสริม คือ การได้รับอิทธิผลจากสื่อโฆษณา และการรับรู้จากสื่อบุคคล ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดน้ำหนักเกินเกณฑ์ พบว่าปัจจัยเสริมและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และสามารถใช้พยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปี ที่ 4 - 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ได้ร้อยละ 41.8 ($R^{\circ} 2 = 0.418$, $p < 0.01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพวางแผนการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีภาวะโภชนาการและเน้นด้านความเชื่อ ความรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความอ้วน เป็นต้น และการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของวัยรุ่นที่มีภาวะธาลัสซีเมีย จำนวน 64 คน ในประเทศอิหร่าน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 พบว่า มีคะแนนรวมอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ และมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ และปัจจัยเอื้อ คือ ทักษะการจัดการความเครียด การเข้าถึงและการได้รับการฝึกอบรม พบว่าความรู้และทัศนคติ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมการดำเนินชีวิตของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะธาลัสซีเมีย (r = 0.47, 0.31; p < 0.05)

วัยผู้ใหญ่: การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 253 คน ประกอบด้วยตัวแปร ดังนี้ ปัจจัยนำ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทาง เศรษฐกิจ อาชีพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเอื้อ คือ ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมของบ้าน และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนจากญาติ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.5 ปัจจัยด้านการศึกษา ความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อน แรงสนับสนุนจากญาติ ความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพบว่าแรงสนับสนุนจากญาติ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความ พร้อมของอุปกรณ์ช่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระดับการศึกษาและความรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ร้อยละ 67.8 ส่วนอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถนำผลการศึกษาไปปรับระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นอกจากนี้ วิภาวรรณ ศิริกังวาลกุล, รัตน์ศิริ ทาโต และระพิณ ผลสุข 17 ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 184 คน กำหนดตัวแปร ดังนี้ ปัจจัยนำ คือ ความเสี่ยงในการเกิดโรค สถานภาพในกองทัพบก การทำงานเป็นกะ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อ คือ ความเพียงพอของทรัพยากรทางสุขภาพ พบว่าความเพียงพอ ของทรัพยากรทางสุขภาพ ทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม การทำงานเป็นกะ และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบกได้ร้อยละ 33.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ แบบถาวรที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสาม ดังนี้ ปัจจัยนำ คือ การ ให้ความรู้ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ คือ การส่งเสริมทักษะการจับชีพจรด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นต้น และ Dizaji et al ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในปี ค.ศ. 2012 เป็นงานวิจัยแบบกึ่ง ทดลอง

แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยโปรแกรมการให้ความรู้ใช้ปัจจัยหลักของ PRECEDE MODEL เป็นตัวจัดกระทำปัจจัยนำ ประยุกต์โดยการให้ความรู้ ส่งเสริมความเชื่อและทัศนคติ ปัจจัยเสริมใช้ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับการให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว และปัจจัยเอื้อ ใช้กิจกรรมการฝึกทักษะในการควบคุมโรค และให้ข้อมูลแหล่งความรู้ต่าง ๆ โดยจัดกิจกรรม 5 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001

วัยผู้สูงอายุ: การศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่ทำงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 144 คน กำหนดตัวแปรในการศึกษา ดังนี้ ปัจจัยนำ คือ ความรู้ ทัศนคติ อายุ การศึกษา ความ เพียงพอของรายได้ ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการ นโยบายที่เอื้อ และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการสาธารณสุข การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประเภทของอาชีพ จำนวนวันทำงานในหนึ่งสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อหนึ่งวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบ และทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการสาธารณสุข อาชีพ การศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนวันทำงานในหนึ่งสัปดาห์สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบได้ร้อยละ 46.0 ดังเช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านท่าข้องเหล็ก หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 91 คน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปัจจัยเสริม คือ การได้ รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับคำ แนะนำ จากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเรื่องโรคความดัน โลหิตสูง และเป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงได้ร้อยละ 42 และการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แนวคิด

PRECEDE MODEL ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 128 คน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ใช้องค์ประกอบของแนวคิด PRECEDE MODEL ดังนี้ ปัจจัยนำ คือ ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุ และปัจจัยเอื้อ คือ การส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งในระยะเวลา 9 เดือน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุกลุ่ม ทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มควบคุมมีคะแนน คุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นพบว่า มีการนำแนวคิด PRECEDE MODEL มาใช้ทุก ๆ ช่วงวัย ทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยทุกงานใช้กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) องค์ประกอบของพฤติกรรม สุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ซึ่งทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันใน การส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเหล่านั้น และพบว่า การนำตัวแปรในปัจจัยหลักทั้ง 3 มาใช้ในการวิจัยแต่ละงานมีความหลากหลาย ตามความเหมาะสมของแต่ละงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้ ปัจจัยนำที่มีการนำมาใช้มากที่สุด คือ ความรู้ และ ทัศนคติ ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพการส่งเสริมทักษะ และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน เป็นต้น การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในงานวิจัยของประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์และเชิงทำนาย พบงานวิจัยแบบกึ่งทดลองเพียงแค่ 1 งาน คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากแนวคิดนี้เป็นกรอบแนวคิด ประเภทการวิเคราะห์รูปแบบ (Diagnosis model) สำหรับวิเคราะห์หาสาเหตุไม่ใช่รูปแบบของการจัดกิจกรรม (Intervention Model) ไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหาจะต้องดำเนินการวางแผนตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ แต่หากเราสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมได้ย่อมส่งผลให้มีการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาจะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้มีการนำมาประยุกต์ใช้ทั้งในกลุ่มคนที่มีสุขภาพดี เช่น การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน และกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมอง และผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรซึ่งมีการศึกษาทั้งในสถานบริการสุขภาพ คือ โรงพยาบาลและภายในชุมชน เป็นต้น (นรลักขณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จำรัส วงศ์คำ และคณะ (2546) ศึกษาความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการตรวจครรภ์ที่ห้องตรวจครรภ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 270 ราย ในระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556 - ธันวาคม พ.ศ. 2556 พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดน้อยมีสตรีตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 13.70 เท่านั้นที่เคยได้รับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ และมีสตรีตั้งครรภ์ส่วนมากมีทัศนคติที่ดีเชื่อว่าการรับประทานกรดโฟลิกช่วยลดความพิการแต่กำเนิด ดังนั้นควรมีแนวทางการแก้ไขโดยบูรณาการความร่วมมือกับ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มการรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนารูปแบบ การให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ จะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรับประทานกรดโฟลิก 1- 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ และ 3 เดือนหลังตั้งครรภ์มากขึ้น

ประภาพร วิไลพันธ์ (2546) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการรับประทานกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรด้านการแพทย์ซึ่งเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ประชากรที่ศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬลงกรณ์ในเดือนมิถุนายน 2546-ธันวาคม 2546 และบุคลากรด้านการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬลงกรณ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 23.5% (90/383) มีความรู้ว่าการรับประทานกรดโฟลิกสามารถลดความพิการแต่กำเนิดได้ 3.4% (13/383) ทราบว่าควรรับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ แต่มีเพียง 0.3% (1/370) ที่รับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ บุคลากรด้านการแพทย์ 84.4% (356/422) มีความรู้ว่าการรับประทานกรดโฟลิกสามารถลดความพิการแต่กำเนิดได้ 40% (169/422) ทราบว่าควรรับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ และ 14.8% (12/81) รับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกรดโฟลิกและการรับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ศิรินภา แก้วพวง และคณะ (2561) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย คือสตรีตั้งครรภ์แรกที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 109 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน 2560 พบว่าพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 6.7, SD = 2.5, คะแนนเต็ม = 16) พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่มีการปฏิบัติมากคือ การไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 91.7) และพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติน้อย คือการรับประทานกรดโฟลิก (ร้อยละ 3.7) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 17.8 (Adjust R^2 = .155, $F_{2,108}$ = 7.58, $p < .001$) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลมากที่สุด (β = .292, $p < .01$) รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (β = .263, $p < .05$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรมีการรณรงค์ให้สตรีมีการรับรู้ถึงโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีความรู้ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง และจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สตรีมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนตั้งครรภ์

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2560) ศึกษาบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ เป็นเป้าหมายหนึ่งในงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสโดยการส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อม

ก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส มีภาวะสุขภาพที่ดีก่อนการตั้งครรภ์ มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนการมีบุตร จำนวนบุตรระยะห่างในการตั้งครรภ์ และเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน เมื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้มีความตระหนักในปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ สุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสูติกรรม ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์หากสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสมีความตระหนักในการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ก็จะช่วยลดหรือป้องกันผลลัพธ์ด้านลบต่อการตั้งครรภ์ได้ เพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพและทารกมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ปภาวี ไชยรักษ์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ในเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2563 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 255 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์และวิเคราะห์การถดถอยพหุลอจิสติกแบบมีขั้นตอน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ สถานภาพสมรสและช่องทางการแสวงหาวิตามิน พบว่า กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกในระดับปานกลาง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกต่อการตั้งครรภ์ในระดับดี และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับความรู้และระดับการรับรู้สมถรรนะแห่งตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก (p>0.05) จากผลการศึกษาจึงควรมีการส่งเสริมความรู้ต่อวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกควบคู่ไปกับการสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ต่อการรับรู้ประโยชน์ของวิตามินเสริมธาตุเหล็กและฟลิก เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

พิชฏา อังคะนาวิน (2559) ศึกษาการส่งเสริมสมองเพื่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ พบว่า สมองคืออวัยวะที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ เป็นส่วนกลางของระบบประสาท นอกจากการควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้วยังเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ สมองเริ่มก่อตัวตั้งแต่อายุ 2 สัปดาห์ในครรภ์และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังคลอด โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาของสมองของทารกในครรภ์ ประกอบด้วยพันธุกรรม อาหาร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมารดาตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมสมองและกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟเลต กรดไขมัน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการกระตุ้นระบบประสาททารกในครรภ์ทั้งด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านการรับความรู้สึกและด้านการเคลื่อนไหว เพื่อให้ทารกมีศักยภาพในการเรียนรู้ภายหลังคลอดในระดับสูงสุด

เกสรา ศรีพิชญาการ และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยของความรู้และพฤติกรรมการป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์จากสตรีตั้งครรภ์ในจังหวัดเชียงใหม่ 194 ราย โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงของความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด (M=72.0/100.0 SD=10.4) ได้แก่ การศึกษา และรายได้ ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิด (M=72.4/100.0 SD=9.6) ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ปัจจัยปกป้องของพฤติกรรม ได้แก่ ศาสนา ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การได้รับสุขศึกษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด การตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติแต่กำเนิด บุคลากรทางสุขภาพควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดโดยให้ความสำคัญมากขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่ด้อยโอกาสจากสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการรับประทานวิตามินโฟลิก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ไม่รับประทานวิตามินโฟลิกเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และระหว่างการตั้งครรภ์ มาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานวิตามินโฟลิก และมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น สถานภาพสมรสและช่องทางการแสวงหาวิตามิน การศึกษา อายุ และรายได้

บทที่ 3
วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self – administered questionnaire) มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3.2 เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ หญิงที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 อ้างอิงจากจำนวนการคลอดทั้งหมด ในปี 2563 เท่ากับ 587,368 ราย ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15 - 49 ปี ที่คลอดบุตรเกิดมีชีพในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมาและได้รับการตรวจครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้องอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร้อยละ 98.6 (MICs 6) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2563 เท่ากับ 579,145 ราย

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่สนใจในประชากรกลุ่มเดียวของแดเนียล (Daniel, W.W.,2010).) โดยใช้การประมาณค่าสัดส่วน (P) ของการรับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน จากสูตร ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\alpha/2}^2}$$

ภาพที่ 3.1 สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

โดยที่

N = หญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข ในปี 2563
คำนวณจากจำนวนการคลอดทั้งหมดในปี 2563 เท่ากับ 587,368 ราย ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15 - 49 ปี ที่คลอดบุตรเกิดมีชีพในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมาและได้รับการตรวจครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้องอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร้อยละ 98.6 (MICs 6) ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข ในปี 2563 เท่ากับ 579,145 ราย

p = สัดส่วนของการรับประทานกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน ร้อยละ 13.7[13]

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้น กำหนดให้เป็น ร้อยละ 2

n = ขนาดตัวอย่าง

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่คำนวณด้วยได้จากสูตร คือ 1,134 ราย เนื่องจากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจเกิดการไม่ตอบหรือการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่าง (non-response rate) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงกำหนด non-response rate ที่ร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1,248 ราย

3.1.3 การสุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 1,134 ราย ซึ่งมีโอกาสไม่ตอบกลับหรือการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน (non-response rate) จึงกำหนด non-response rate ที่ร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1,248 ราย ทำการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง (simple random sampling) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ให้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่าง

3.1.4 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

3.1.4.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ทำการฝากครรภ์ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563
3. อ่านภาษาไทยได้
4. ใช้งานสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ได้
5. ยินยอมในการให้ข้อมูล

3.1.4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ระหว่างการเก็บข้อมูล

3.1.4.3 เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

3.2 เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self – administered questionnaire) เป็นการตอบผ่านระบบออนไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปปรับแก้ก่อนนำมาประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ส่วน คือ ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามดังนี้

1. ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยเลือกข้อ คำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถาม

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาไปทำการทดสอบ (Pilot test) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามความต้องการและมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ดังรูปที่ 3.2 สูตรการทดสอบความเชื่อมั่น (สมบัติ ท้ายเรือคา, 2551)

$$\text{สูตร } \alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right]$$

ในที่นี้กำหนดให้ α คือสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n คือ จำนวนข้อของแบบทดสอบ

$\sum S_i^2$ คือ ความแปรปรวนของคะแนนข้อหนึ่งๆ

S_t^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ภาพที่ 3.2 สูตรการทดสอบความเชื่อมั่น

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; **α**) มุ่งการประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (**α**) มากกว่า .9

มากกว่า .8

มากกว่า .7

มากกว่า .6

มากกว่า .5

น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5

การแปลความหมายระดับความเที่ยง ดีมาก ดี พอใช้ ค่อนข้างพอใช้ และ ไม่สามารถรับได้

ในการหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับดีมาก หมายถึง แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน รวม 23 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รพ.ที่ใช้สิทธิในการฝากครรภ์ และอายุครรภ์เมื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ท่านได้รับวิตามินโฟลิกหรือไม่ และได้รับจากช่องทางใด ท่านสะดวกไปรับวิตามินโฟลิกจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่ วิตามินโฟลิกที่ได้รับมีความเพียงพอหรือไม่ ท่านสามารถเข้าถึงร้านขายยาที่จำหน่ายวิตามินโฟลิกได้หรือไม่ ท่านสามารถซื้อวิตามินโฟลิกทานเองได้หรือไม่ ท่านยินดีจะซื้อวิตามินโฟลิกทานเองหรือไม่

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม (reenforcing factor) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ท่านได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลเกี่ยวกับวิตามินโฟลิกหรือไม่ ได้รับจากช่องทางใดมากที่สุด คู่สมรสมีส่วนในการสนับสนุนให้ท่านรับประทานวิตามินโฟลิกหรือไม่ การจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐมีผลต่อการรับประทานวิตามินโฟลิกของท่านหรือไม่

ส่วนที่ 5 การรับประทานวิตามินโฟลิก เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยการรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งนี้ ระยะเวลาในการรับประทานวิตามินโฟลิก ความถี่ในการรับประทานวิตามินโฟลิก ความตั้งใจในการรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไป

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ด้วยโปรแกรม Google survey และนำไปเผยแพร่ผ่านเว็ปไซต์ www.wiwahproject.com เพจวิวาห์สร้างชาติ เพจก้าวย่างเพื่อสร้างลูก และไลน์กลุ่มที่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูล คือ ช่วงกลุ่มตัวอย่างจะต้องดำเนินการตอบคำถามด้วยตัวเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องอ่านข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และกดยินยอมให้ข้อมูลการวิจัยก่อน จึงจะสามารถเริ่มให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องให้ข้อมูลสิทธิการรักษา รพ.ที่ใช้สิทธิการรักษา อายุครรภ์เมื่อไปฝากครรภ์ครั้งแรก และช่วงเดือนที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อยืนยันว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า เมื่อให้ข้อมูลครบถ้วนโดยไม่สามารถข้ามข้อใดข้อหนึ่งได้แล้วจึงสามารถส่งกลับให้กับผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำตอบอีกครั้ง จัดทำคู่มือรหัสข้อมูลแล้วทำการรวบรวมให้อยู่ในรูปแบบของข้อมูลในโปรแกรม SPSS แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานในส่วนที่ 1-5

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง การรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชนิดตอบด้วยตนเอง (Self – administered questionnaire) ผ่านระบบออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 1,248 ราย

ผลการศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,248 คน ส่วนใหญ่ไปใช้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ตรงกับสิทธิการรักษา จำนวน 932 คน คิดเป็นร้อยละ 74.7 และอายุครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรกจะอยู่ในช่วงน้อยกว่า 12 สัปดาห์ จำนวน 1,096 คน คิดเป็นร้อยละ 87.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 12 – 26 สัปดาห์ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์ (n=1,248)

ข้อมูลการฝากครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก		
เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่**ตรง**กับสิทธิการรักษา	932	74.7
เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่**ไม่ตรง**กับสิทธิการรักษา (ใช้สิทธิฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ)	316	25.3
2. อายุครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)		
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	1096	87.8
12 - 26 สัปดาห์	152	12.2

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ (ข้อมูลส่วนบุคคล) (n=1,248)

พบว่า การสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20 – 34 ปี จำนวน 878 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 35 ปี จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ระดับการศึกษาจบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 645 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 590 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่ของรัฐจำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 มีสถานภาพสมรสที่ไม่มีการจดทะเบียนสมรส จำนวน 659 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 สิทธิการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) จำนวน 528 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=1,248)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	12	1.0
15 – 19 ปี	88	7.1
20 – 34 ปี	878	70.3
มากกว่า 35 ปี	270	21.6
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 29.56 ± 6.149		
Min - Max = 14 - 46		
2. การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา หรือ ต่ำกว่า	39	3.1
มัธยมศึกษาต้น	163	13.1
มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	263	21.1
ปวส./อนุปริญญา	130	10.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	645	51.7
อื่น ๆ เช่น กศน. ไม่ได้เรียน	8	0.6
3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	590	47.3
10,001-20,000 บาท	371	29.7
20,001-30,000 บาท	156	12.5
30,001-40,000 บาท	80	6.4
40,001-50,000 บาท	12	1.0
มากกว่า 50,000 บาท	39	3.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ	304	24.4
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	274	22.0
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	135	10.8
เกษตรกร	54	4.3
รับจ้างทั่วไป	158	12.7
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	270	21.6
นักเรียน/นักศึกษา	53	4.2
4. สถานภาพสมรส		
ไม่จดทะเบียนสมรส	659	52.8
จดทะเบียนสมรส	589	47.2
5. สิทธิการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	528	42.3
ประกันสังคม	408	32.7
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	241	19.3
อื่น ๆ เช่น ประกันชีวิต, จ่ายเอง, ไม่มีสิทธิ	71	5.7

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสำรวจปัจจัยเอื้อในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของกลุ่มตัวอย่าง 1,248 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวิตามินโฟลิก จำนวน 1,139 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 ได้รับผ่านช่องทางของหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 773 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ซึ่งมีความสะดวกในการไปรับวิตามินโฟลิกจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 978 คน คิดเป็นร้อยละ 78.4 และไม่สะดวกเข้ารับเข้ารับวิตามินโฟลิกจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 เนื่องจากไม่อยากลางานเพื่อไปหน่วยบริการสาธารณสุข และไม่ต้องการไปนั่งรอเป็นเวลานาน ร้อยละ 33.3 สำหรับความเพียงพอของวิตามินโฟลิกส่วนใหญ่ได้รับวิตามินโฟลิกเพียงพอ จำนวน 1,163 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 ส่วนการเข้าถึงวิตามินโฟลิกจากร้านขายยา ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงร้านขายยาที่จำหน่ายวิตามินโฟลิกได้ จำนวน 1,132 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 ไม่สามารถเข้าถึงร้านขายยาที่จำหน่ายวิตามินโฟลิกได้ จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 โดยสาเหตุ ที่ไม่สามารถเข้าถึงวิตามินโฟลิกได้ เนื่องจากร้านขายยาใกล้บ้านไม่มีวิตามินโฟลิกขาย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 สำหรับความสามารถในการซื้อวิตามินโฟลิกทานเอง ส่วนใหญ่สามารถซื้อวิตามินโฟลิกทานเองได้ จำนวน 950 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 และมีความยินดีที่จะซื้อวิตามินโฟลิกทานเอง จำนวน 821 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 ซึ่งเหตุผลยินดีที่จะซื้อวิตามินโฟลิกทานเอง เนื่องจากวิตามินโฟลิกสามารถหาซื้อได้ง่าย จำนวน 408 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (n=1,248)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับวิตามินโฟลิกหรือไม่ และได้รับจากช่องทาง		
ไม่ได้รับ	109	8.7
ได้รับ (ระบุช่องทางที่ได้รับ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1,139	91.3
- หน่วยบริการสาธารณสุข	773	76.0
- เพจวิวาห์สร้างชาติ	15	1.5
- ซื้อจากร้านขายยา	151	14.8
- อื่น ๆ เช่น คลินิก ซื้อทานเอง	78	7.7
2. สะดวกไปรับวิตามินโฟลิกจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
สะดวก	978	78.4
ไม่สะดวก	270	21.6
- ไม่อยากลางานเพื่อไปหน่วยบริการสาธารณสุข	90	33.3
- ต้องจ่ายค่าเดินทางเพื่อไปรับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุข	63	23.3
- ไม่ต้องการไปนั่งรอเป็นเวลานาน	90	33.3
- อื่น ๆ เช่น เดินทางลำบาก เลี้ยงลูก สถานการณ์โรคโควิด 19 ระบาด	27	10.0
3. วิตามินโฟลิกที่ได้รับมีความเพียงพอ		
เพียงพอ	1,163	93.2
ไม่เพียงพอ	85	6.8
4. สามารถเข้าถึงร้านขายยาที่จำหน่ายวิตามินโฟลิกได้		
ได้	1,132	90.7
ไม่ได้ (ระบุเหตุผล)	116	9.3
- ไม่มีร้านขายยาอยู่ใกล้บ้าน	32	27.6
- ร้านขายยาใกล้บ้านไม่มีวิตามินโฟลิก	63	54.3
- อื่นๆ เช่น ไม่กล้าซื้อ ได้รับจากโรงพยาบาล	21	18.1

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
5. สามารถซื้อวิตามินโฟลิกทานเอง		
ไม่ใช่	298	23.9
ใช่	950	76.1
6. ยินดีจะซื้อวิตามินโฟลิกทานเอง		
ไม่ใช่	427	34.2
ใช่ (ระบุเหตุผล)	821	65.8
- ราคาไม่แพง	277	33.7
- หาซื้อได้ง่าย	408	49.7
- ไม่ต้องการไปหน่วยบริการสาธารณสุข	124	15.1
- อื่น ๆ เช่น จำเป็นต้องทาน	12	1.5

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสำรวจของปัจจัยเสริมในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของกลุ่มตัวอย่าง 1,248 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลเกี่ยวกับวิตามินโฟลิก จำนวน 1,034 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 โดยได้รับผ่านช่องทางของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 679 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 รองลงมาคือช่องทางของเพจ/เว็บไซต์อื่น ๆ จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 ส่วนการสนับสนุนในการรับประทานวิตามินโฟลิกจากคู่สมรสส่วนใหญ่มีส่วนในการสนับสนุนให้รับประทานวิตามินโฟลิก จำนวน 1,049 คน คิดเป็นร้อยละ 84.1 สำหรับการจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐมีผลต่อการรับประทานวิตามินโฟลิก ส่วนใหญ่คิดว่าการจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐมีผลต่อการรับประทานวิตามินโฟลิก จำนวน 770 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 ซึ่งการจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงประโยชน์ของวิตามินโฟลิกมากที่สุด จำนวน 688 คน คิดเป็นร้อยละ 89.4 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสริมในการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (n=1,248)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
1. ได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลเกี่ยวกับวิตามินโฟลิก		
ไม่ได้รับ	214	17.1
ได้รับ (ระบุ ช่องทางรับข้อมูล)	1,034	82.9
- บุคลากรสาธารณสุข	679	65.7
- อสม.	37	3.6
- เพจ/เว็บไซต์วิวาห์สร้างชาติ	13	1.3
- เพจ/เว็บไซต์อื่น ๆ	264	25.5
- โปสเตอร์/แผ่นพับ/สื่อสิ่งพิมพ์	25	2.4
- อื่น ๆ เช่น คลินิก เรียนมา	16	1.5
2. คู่สมรสมีส่วนในการสนับสนุนให้รับประทานวิตามินโฟลิก		
ไม่มีส่วนสนับสนุน	199	15.9
มีส่วนสนับสนุน	1,049	84.1
3. การจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐมีผลต่อการรับประทานวิตามินโฟลิก		
ไม่มีผล	478	38.3
มีผล (ระบุเหตุผล)	770	61.7
- ทำให้รู้ประโยชน์ของวิตามิน	688	89.4
- ทำให้เข้าถึงวิตามิน	82	10.6

ส่วนที่ 5 การรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสำรวจเกี่ยวกับการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของกลุ่มตัวอย่าง 1,248 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก จำนวน 1,118 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่ คือ ไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานวิตามิน จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 และรองลงมาคือ ไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 สำหรับระยะเวลาในการรับประทานวิตามินโฟลิก (เฉพาะคนที่รับประทาน) ส่วนใหญ่จำไม่ได้ จำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 รองลงมา รับประทานก่อนตั้งครรภ์ 1-3 เดือน จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 และส่วนใหญ่รับประทานทุกวัน วันละ 1 เม็ด จำนวน 991 คิดเป็นร้อยละ 88.6 สำหรับความตั้งใจในการรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไป ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจะรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไปอย่างแน่นอน จำนวน 1,173 คน คิดเป็นร้อยละ 94.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าจะไม่รับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไป จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ไม่สะดวกเรื่องการเดินทางไปหน่วยบริการสาธารณสุข และไม่ทราบว่าจะไปรับวิตามินโฟลิกได้ที่ไหน ร้อยละ 26.0 และ ร้อยละ 24.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การรับประทานวิตามินโฟลิก (n=1,248)

การรับประทานวิตามินโฟลิกก่อนตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านรับประทานวิตามินโฟลิกหรือไม่	N = 1,248	
รับประทาน	1,118	89.6
ไม่ได้รับประทาน (ระบุเหตุผล)	130	10.4
- เพราะไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานวิตามิน	62	47.7
- เพราะไม่รู้ว่าจะไปรับวิตามินที่ไหน	10	7.7
- เพราะไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร	51	39.2
- เพราะรับประทานวิตามินอื่น	7	5.4
2. ระยะเวลาในการรับประทานวิตามินโฟลิก (เฉพาะคนที่รับประทาน)	N = 1,118	
น้อยกว่า 1 เดือน	201	18.0
1-3 เดือน	303	27.1
มากกว่า 3 เดือน	272	24.3
จำไม่ได้	342	30.6
3. รับประทานวิตามินโฟลิก (เฉพาะคนที่รับประทาน)	N = 1,118	
รับประทานทุกวัน วันละ 1 เม็ด	991	88.6
รับประทานทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 เม็ด	127	11.4
4. ความตั้งใจในการรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไป	N = 1,248	
รับประทานแน่นอน	1,173	94.0
ไม่รับประทาน (ระบุสาเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	75	6.0

การรับประทานวิตามินโฟลิก	จำนวน	ร้อยละ
- เพราะไม่อยากลางานเพื่อไปรับวิตามินโฟลิกที่หน่วยบริการสาธารณสุข	15	15.0
- เพราะไม่สะดวกเรื่องการเดินทางไปหน่วยบริการสาธารณสุข	26	26.0
- เพราะไม่ทราบว่าจะไปรับวิตามินโฟลิกได้ที่ไหน	24	24.0
- เพราะหน่วยบริการสาธารณสุขที่ใช้สิทธิการรักษาไม่มีวิตามินโฟลิก	5	5.0
- เพราะ ไม่มีร้านขายวิตามินโฟลิกใกล้บ้าน	8	8.0
- เพราะไม่มีเงินซื้อวิตามินโฟลิก	10	10.0
- อื่น ๆ ไม่รู้จะกินทำไม ไม่รู้ว่าต้องรับประทานยา ไม่ได้วางแผนว่าจะมีบุตร คิดว่าไม่จำเป็นต้องกิน	12	12.0

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

5.1 สรุปและอภิปรายรายการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรับประทานวิตามินโฟลิก ร้อยละ 89.6 และไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก ร้อยละ 10.4 ซึ่งเหตุผลที่ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก เนื่องจากไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานวิตามิน ร้อยละ 47.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจำรัส วงศ์คำถวัลย์ วงค์รัตนสิริ มาสินี ไพบูลย์ และคณะ (2556) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของปภาพร วิไลพันธุ์ (2546) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ว่าการรับประทานโฟลิกสามารถลดความพิการแต่กำเนิดได้ ร้อยละ 3.4 และเหตุผลรองลงมาที่ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก คือ ไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร ไม่รู้ว่าจะไปรับวิตามินที่ไหน รับประทานวิตามินอื่น ร้อยละ 39.2 ร้อยละ 7.7 และ 5.4 ตามลำดับ

5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิตามินโฟลิกมากขึ้น โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของวิตามินโฟลิก ข้อควรระวังในการใช้วิตามิน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินโฟลิกตามที่ได้รับจากแพทย์มากขึ้นได้

5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบในการสร้างความรอบรู้ เรื่องการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการรับประทานวิตามินโฟลิกมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบในการส่งเสริมการเข้าถึงวิตามินโฟลิกที่มีความสะดวก เหมาะสมกับวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

บรรณานุกรม

AmproHealth. (2560). ประโยชน์ของกรดโฟลิก (โฟเลต หรือวิตามินบี 9). Retrieved from https://amprohealth.com/nutrition/folic-acid-vitamin-b9/.

BangkokHospital. (2564). ครรภ์คุณภาพ ดูแลเจ้าตัวน้อยให้ออกมาแข็งแรง. Retrieved from https://www.bangkokhospital.com/content/antenatal-class-for-healthy-baby.

Hfocus. (2559). กสม.แนะเผยแพร่สิทธิ รับรู้ประโยชน์โฟลิกแอซิด ลดทารกพิการแต่แรกเกิดได้. Retrieved from https://www.hfocus.org/content/2016/11/13011.

Huggies. (2564). กรดโฟลิกสำหรับผู้หญิงตั้งครรภ์สำคัญอย่างไร? Retrieved from https://www.huggies.co.th/th-th/baby/age-1-3-months/folic-acid-in-pregnancy.

Momster. (2563). ตั้งครรภ์คุณภาพ อย่าให้ขาดกรดโฟลิค. Retrieved from https://www.momster.in.th/content/7362Thip. (2563). 4 ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น หากได้รับกรดโฟลิคมากเกินไป. Retrieved from https://www.vrunvride.com/4-side-effects-of-too-much-folic-acid/.

กรมอนามัย DOH Dashboard ข้อมูลเฝ้าระวัง. อัตราตายทารกแรกเกิด ปี พ.ศ. 2563. Retrieved from ข้อมูลเฝ้าระวัง (moph.go.th). สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2562 ฉบับสมบูรณ์. (2562). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 : UNICEF Thailand. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

โครงการระดับชาติพัฒนาต้นแบบจังหวัดและอำเภอเพื่อป้องกันและดูแลรักษาความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย, 2558-2560. (2560). ความพิการแต่กำเนิด. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/Content/35535.html. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์ พ.บ., สุทธิพงษ์ ปังคานนท์. (2561). พ.บ.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี , Birth defect. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 43 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2561

จำรัส วงศ์คำและคณะ. (2559). ความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์, ศรีนครินทร์เวชสาร, 31(4).

ชีวิตดีดี. (2563). วางแผนมีลูก หมอแนะนำ “กินโฟลิก” รอไว้เลย. Retrieved from https://www.gedgoodlife.com/health/17871-folic-for-pregnancy/.

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2560). พยาบาลกับการจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.

ถวัลย์วงค์ รัตนสิริ. (2559). ความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์.

ถวัลย์วงศ์รัตนสิริ และคณะภาควิชาสูตินารีเวชมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2559). รศ.นพ. ถวัลย์วงศ์รัตนสิริและคณะภาควิชาสูตินารีเวชมหาวิทยาลัยขอนแก่นศรีนครินทร์เวชสาร.

ไทยรัฐออนไลน์. (2561). การปฏิบัติตัวตอนตั้งครรภ์ วิธีดูแลตัวเองตอนท้อง. Retrieved from https://www.thairath.co.th/lifestyle/woman/momandkid/1271284.

ธนาภา เรขาวศิน. (2563). การปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์. Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=175.

ธีรศักดิ์ โรจนราธาม. (2549). โฟเลต: จากวิตามินสู่การพัฒนายา.

นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562.

บวรศิลป์ เชาวน์ชื่นและคณะ. (มปป). บัติการณ์ของภาวะปากแหว่ง/เพดานโหว่ในประชากรไทยที่มีปัจจัยเสี่ยงในโรงพยาบาล 6 จังหวัด (ขอนแก่น, เลย,บุรีรัมย์, พิษณุโลก, สงขลา, และสระบุรี) จาก 4 ภาค ของประเทศ ไทย.

ปภาวี ไชยรักษ์. (2564). ปัจจัยคาดทานายการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทย. วารสารสหศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564.

ประภาพร วิไลพันธุ์. (2546). ความรู้และพฤติกรรมการรับประทานกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ และบุคลากรด้านการแพทย์ซึ่งเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์. Retrieved from http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/2449

พิชฎา อังคะนาวิน. (2559). การส่งเสริมสมองเพื่อพัฒนาการของทารกในครรภ์.

พิชิต ศิริวรรณ. (2560). ป้องกันความพิการด้วยโฟเลต. Retrieved from https://www.healthtodaythailand.in.th.

ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (มปป). อัตราส่วนการตายมารดาไทย. Retrieved from http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3715 สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

ราชกิจจานุเบกษา. (2560). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ.2559. Retrieved from http://www.scmhospital.go.th/main/images/NHSO/service_10.pdf. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

เรืองศิลป์ เชาวรัตน์. (2564). กรดโฟลิค ช่วยเพิ่มคุณภาพไข่หรือเปล่า. Retrieved from https://www.akarabut.com/.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560). มาตรา 48 วรรคหนึ่ง. Retrieved from https://cdc.parliament.go.th/draftconstitution2/ewt_dl_link.php?nid=1038&filename=index. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

วชิระ เพ็งจันทร์. (2559). โฟเลตกับหญิงตั้งครรภ์ ลดเสี่ยงลูกพิการแต่กำเนิด. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/Content/3119594.html.

วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์. (2559). โฟเลตกับหญิงตั้งครรภ์ ลดเสี่ยงลูกพิการแต่กำเนิด. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/Content/3119594.html.

วาริชา เจนจินดามัย. (2550). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. 427-446.

วิไลพันธ์ ประภาภรณ์ และคณะ. (มปป). การศึกษาเกี่ยวกับความตระหนัก/ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโฟเลตในการป้องกันความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย.

ศรีนครินทร์เวชสาร. (2559). ความรู้และทัศนคติในการรับประทานกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดของสตรีตั้งครรภ์.

ศิรินภา แก้วพวง, วรรณี เดียวอิศเรศ, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 29 มกราคม 2563. กระทรวงมหาดไทย. Retrieved from Gazette2020TH.pdf (mahidol.ac.th). สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563.

สังวาลย์ เตชะพงศธร. (2564). เทคนิคดูแลตัวเองระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีสุขภาพดีทั้งแม่และทารกในครรภ์. In. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2555). แผน 11 ของกระทรวงสาธารณสุข, p. 11.

สินี กะราลัย, & จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.

สุรวดี คัทสิงห์, วรรณี เดียวอิศเรศ, & สุพิศ ศิริอรุณรัตน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก.

สุวัจฉรา เปี่ยมญาติ. (2557). การจัดสวัสดิการสำหรับครอบครัว. หน่วยที่6 ตอนที่6.2 เอกสารการสอนชุดวิชาสวัสดิการสังคมและการจัดการบริการสำหรับครอบครัว.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

พ.ศ. 2558. Retrieved from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2558/E/082/20.PDF. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564.

สำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (มปป). จำนวนการเกิดทั่วประเทศย้อนหลัง 10 ปี, สำนักทะเบียนราษฎร์กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. Retrieved from https://stat.bora.dopa.go.th. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2563.

สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

หนังสือพิมพ์แนวหน้า. (2559). โฟเลตกับหญิงตั้งครรภ์ ลดเสี่ยงลูกพิการแต่กำเนิด. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/Content/31195-94.html.

อมรรัตน์ เพ็ญภัทรกุล. (2563). เลี้ยงลูกให้ดี ฉลาดสมวัย. Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1014.

อรวิน วัลลิภากร. (2560). วิตามินโฟลิก ลดความเสี่ยงภาวะพิการแต่กำเนิด.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

****

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลของโครงการวิจัย : การรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Conception intake of folic acid among pregnant women who attend antenatal care clinic under the Universal Coverage Program) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับประทานวิตามินโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีนางสาวเจนจิรา อุ่นแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สังกัดสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 02 590 4238 อีเมล์ : 2533.pueng@gmail.com เป็นหัวหน้าโครงการ แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยการสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการวิตามินโฟลิกตามสิทธิประโยชน์ (accessibility) ความเพียงพอของวิตามินที่ได้รับ (availability) การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายวิตามินโฟลิก ความสามารถในการซื้อวิตามิน (effordability)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำในการรับประทานวิตามินโฟลิกการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส

ส่วนที่ 5 การรับประทานวิตามินโฟลิก

โครงการวิจัยนี้จะมีประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินโฟลิกตามที่ได้รับจากแพทย์มากขึ้น จึงขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

คำแนะนำ : กรุณาตอบแบบสอบถามโดยเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดในช่อง (☐) ที่ต้องการเลือก หรือระบุข้อมูลในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการฝากครรภ์

1. หน่วยบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก

☐ 1.1 เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่**ตรง**กับสิทธิการรักษา

☐ 1.2 เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่**ไม่ตรง**กับสิทธิการรักษา (ใช้สิทธิฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ)

2. อายุครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ (predisposing factors)

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. การศึกษาสูงสุด

☐ 2.1 ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ☐ 2.2 มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3

☐ 2.3 มัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6/ปวช. ☐ 2.4 ปวส./อนุปริญญา

☐ 2.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ 2.6 อื่นๆ (ระบุ).....

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ 3.1 ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 3.2 10,001-20,000 บาท

☐ 3.3 20,001-30,000 บาท ☐ 3.4 30,001-40,000 บาท

☐ 3.5 40,001-50,000 บาท ☐ 3.6 สูงกว่า 50,000 บาท

4. อาชีพ

☐ 4.1 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ ☐ 4.2 พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน

☐ 4.3 ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว ☐ 4.4 เกษตรกร

☐ 4.5 รับจ้างทั่วไป ☐ 4.6 แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ

☐ 4.7 นักเรียน/นักศึกษา ☐ 4.8 อื่นๆ(ระบุ).....

5. สถานภาพสมรส

☐ 5.1 จดทะเบียนสมรส ☐ 5.2 ไม่จดทะเบียนสมรส

6. สิทธิการรักษาที่ท่านใช้ในปัจจุบัน

☐ 6.1 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ☐ 6.2 ประกันสังคม

☐ 6.3 สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ☐ 6.4 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)

1. ท่านได้รับวิตามินโฟลิกหรือไม่ และได้รับจากช่องทางใด
    - ☐ 1.1 ไม่ได้รับ
    - ☐ 1.2 ได้รับ ผ่านช่องทาง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
        - ☐ 1.2.1 หน่วยบริการสาธารณสุข
        - ☐ 1.2.2 เพจวิวาห์สร้างชาติ
        - ☐ 1.2.3 ซื้อจากร้านขายยา
        - ☐ 1.2.4 อื่น ๆ ระบุ.....
2. ท่านสะดวกไปรับวิตามินโฟลิกจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่
    - ☐ 2.1 สะดวก
    - ☐ 2.2 ไม่สะดวก เพราะ
        - ☐ 2.2.1 ไม่อยากลางานเพื่อไปหน่วยบริการสาธารณสุข
        - ☐ 2.2.2 ต้องจ่ายค่าเดินทางเพื่อไปรับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุข
        - ☐ 2.2.3 ไม่ต้องการไปนั่งรอเป็นเวลานาน
        - ☐ 2.2.4 อื่น ๆ ระบุ.....
3. วิตามินโฟลิกที่ได้รับมีความเพียงพอหรือไม่
    - ☐ 3.1 เพียงพอ
    - ☐ 3.2 ไม่เพียงพอ
4. ท่านสามารถเข้าถึงร้านขายยาที่จำหน่ายวิตามินโฟลิกได้หรือไม่
    - ☐ 4.1 ได้
    - ☐ 4.2 ไม่ได้
        - ☐ 4.2.1 ร้านขายยาใกล้บ้านไม่มีวิตามินโฟลิก
        - ☐ 4.2.2 ไม่มีร้านขายยาอยู่ใกล้บ้าน
        - ☐ 4.2.3 อื่น ๆ ระบุ .....
5. ท่านสามารถซื้อวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกทานเอง
    - ☐ 5.1 ไม่ใช่
    - ☐ 5.2 ใช่
6. ท่านยินดีจะซื้อวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกทานเองหรือไม่
    - ☐ 6.1 ไม่ใช่
    - ☐ 6.2 ใช่ (เลือกเหตุผลเพียงข้อเดียว)
        - ☐ 6.2.1 ราคาไม่แพง
        - ☐ 6.2.2 หาซื้อได้ง่าย
        - ☐ 6.2.3 ไม่ต้องการไปหน่วยบริการสาธารณสุข
        - ☐ 6.2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม (reenforcing factor)

1.ท่านได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลเกี่ยวกับวิตามินโฟลิกหรือไม่ ช่องทางใดมากที่สุด

- ☐ 1.1 ไม่ได้รับ
- ☐ 1.2 ได้รับ ผ่านช่องทาง (เลือกตอบ 1 ช่องทาง)
  - ☐ 1.2.1 บุคลากรสาธารณสุข
  - ☐ 1.2.2 อสม.
  - ☐ 1.2.3 เพจ/เว็บไซต์วิวาห์สร้างชาติ
  - ☐ 1.2.4 เพจ/เว็บไซต์อื่น ๆ
  - ☐ 1.2.5 โปสเตอร์/แผ่นพับ /สื่อสิ่งพิมพ์
  - ☐ 1.2.6 อื่นๆ ระบุ.....

2.คู่สมรสมีส่วนในการสนับสนุนให้ท่านรับประทานวิตามินโฟลิกหรือไม่

- ☐ 2.1 ไม่มีส่วนสนับสนุน
- ☐ 2.2 มีส่วนสนับสนุน

3. การจัดกิจกรรมรณรงค์ของภาครัฐมีผลต่อการรับประทานวิตามินโฟลิกของท่านหรือไม่

- ☐ 3.1 ไม่มีผล
- ☐ 3.2 มีผล คือ
  - ☐ 3.2.1 ทำให้รู้ประโยชน์ของวิตามิน
  - ☐ 3.2.2 ทำให้เข้าถึงวิตามิน

ส่วนที่ 5 การรับประทานวิตามินโฟลิก

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านรับประทานวิตามินโฟลิกหรือไม่

- ☐ 1.1 ไม่ได้รับประทานวิตามินโฟลิก เพราะ
  - ☐ 1.1.1 ไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานวิตามิน
  - ☐ 1.1.2 ไม่รู้ว่าจะไปรับวิตามินที่ไหน
  - ☐ 1.1.3 ไม่ได้วางแผนที่จะมีบุตร
  - ☐ 1.1.4 รับประทานวิตามินอื่น
  - ☐ 1.1.5 อื่น ๆ ระบุ .....
- ☐ 1.2 รับประทานวิตามินโฟลิก

2. ระยะเวลาในการรับประทานวิตามินโฟลิก

- ☐ 2.1 น้อยกว่า 1 เดือน
- ☐ 2.2 ตั้งครรภ์ 1-3 เดือน
- ☐ 2.3 มากกว่า 3 เดือน
- ☐ 2.4 จำไม่ได้

3. ท่านรับประทานวิตามินโฟลิกอย่างไร

- ☐ 3.1 รับประทานทุกวัน วันละ 1 เม็ด
- ☐ 3.2 รับประทานทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 เม็ด

4. ความตั้งใจในการรับประทานวิตามินโฟลิกครั้งต่อไป

- ☐ 4.1 รับประทานแน่นอน
- ☐ 4.2 ไม่รับประทาน เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - ☐ 4.2.1 ไม่อยากลางานเพื่อไปรับวิตามินโฟลิกที่หน่วยบริการสาธารณสุข
  - ☐ 4.2.2 ไม่สะดวกเรื่องการเดินทางไปหน่วยบริการสาธารณสุข
  - ☐ 4.2.3 ไม่ทราบว่าจะไปรับวิตามินโฟลิกได้ที่ไหน
  - ☐ 4.2.4 หน่วยบริการสาธารณสุขที่ใช้สิทธิการรักษา ไม่มีวิตามินโฟลิก
  - ☐ 4.2.5 ไม่มีร้านขายวิตามินโฟลิกใกล้บ้าน
  - ☐ 4.2.6 ไม่มีเงินซื้อวิตามินโฟลิก
  - ☐ อื่น ๆ .....

ภาคผนวก ข

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวเจนจิรา อุ่นแก้ว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

สถานะในโครงการ ☑ ผู้วิจัยหลัก/หัวหน้าโครงการ ☐ผู้ร่วมวิจัย ☐ นักวิเคราะห์ ☐ พนักงานเก็บข้อมูล ☐อื่นๆ .....

วันเดือนปีเกิด 22 กุมภาพันธ์ 2533

ที่ทำงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

โทรศัพท์ 02-5904238 โทรสาร 02-5904163

e-mail add 2533.pueng@gmail.com

ประวัติการศึกษา

วุฒิ (ตั้งแต่ปริญญาตรี)	ชื่อย่อวุฒิ	วิชาเอก	ปีที่สำเร็จ
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	สบ.	สาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน)	2555

สาขาความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์การทำงาน

- วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
- การขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- การจัดทำคู่มือการอบรมแกนนำเยาวชนด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- การผลิตสื่อวิชาการ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
- การดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
- การจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมก่อนใช้ชีวิตคู่และก่อนตั้งครรภ์เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ประสบการณ์การวิจัย

ร่วมวิจัย

- ร่วมเป็นทีมวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น (ปี 2560-2561)
- การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 -2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน) (ปี 2564) ร่วมกับ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นางปภาวี ไชยรักษ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

ประวัติผู้วิจัยผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ-สกุล นางปภาวี ไชยรักษ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานะในโครงการ ☐ ผู้วิจัยหลัก/หัวหน้าโครงการ ☑ผู้ร่วมวิจัย ☐ นักวิเคราะห์
☐ พนักงานเก็บข้อมูล ☐อื่นๆ .....
วันเดือนปีเกิด 19 กันยายน 2518
ที่ทำงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
โทรศัพท์ 093-516-3593 โทรสาร 02-590-4239
e-mail chpapavee@gmail.com

ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ (ชื่อปริญญาและสาขา/วิชาเอก)	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต) สาขาอนามัยครอบครัว	2556	มหาวิทยาลัยมหิดล
บธ.ม.บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการจัดการ	2559	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต) สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	2541	มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาความเชี่ยวชาญ/ประสบการณ์การทำงาน

- เป็นอาจารย์พิเศษสอนวิชาสุขภาพอนามัยสตรี หัวข้อ การส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ให้กับนักศึกษาพยาบาลทหารกองทัพอากาศ พ.ศ. 2559 - 2561
- เป็นหัวหน้าโครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น ปี 2557-2561
- เป็นหัวหน้าโครงการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน
- พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ จนผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2559

- พัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จนผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2560
- จัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 รวม 3 ฉบับ ซึ่งในฉบับที่ 1 ได้รับรางวัล product champion กรมอนามัย ฉบับอื่น ๆ ไม่ได้มีการประกวด

ประสบการณ์การวิจัย

เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (ถ้ามี)

1. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสอนเพศศึกษาของบิดาต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรชายอายุ 10 - 12 ปี ในเขตปริมณฑล ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) (ปี 2556)
2. ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อมาตรการและสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนนโยบายการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ปี 2563)
3. ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับท้องถิ่น (ปี 2560-2561)
4. ปัจจัยคาดทำนายการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทย (ปี 2564)
5. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน) (ปี 2564) ร่วมกับ รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นผู้ร่วมการวิจัย

1. การรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ของหญิงที่ฝากครรภ์กับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ปี 2564)
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร (ปี 2563)
3. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557) (ปี 2557)
4. โครงการศึกษาการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทย (2556)

การเผยแพร่ในวารสารวิชาการ (ถ้ามี)

1. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการสอนเพศศึกษาของบิดาต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรชายอายุ 10-12 ปี ในเขตปริมณฑล ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 44 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2557 หน้า 17 - 29
2. ปัจจัยคาดทำนายการรับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทย ตีพิมพ์ในวารสารสหศาสตร์ (Interdisciplinary Studies Journal) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564 อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยอยู่ใน กลุ่มที่ 2 หน้า 136 - 151
3. บทความพิเศษ จากนโยบายคุมกำเนิด สู่ การส่งเสริมการเกิดคุณภาพ (นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ปภาวี ไชยรักษ์) วารสารกรมอนามัย ปีที่ 39 ฉบับที่ 1