



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2564

Vol. 9 No. 1 January-June 2021

ISSN 2774-1362 (Online)

มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ยัดหลัก D-M-H-T-T-A



ปลอดภัย อุบัติเหตุแน่นอน



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC 10 Journal

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2564

Vol. 9 No. 1 January-June 2021 ISSN 2774-1362 (Online)



VISION : วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ
และระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี
“ดูแล ปกป้อง คัดกรอง”

MISSION : พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ใช้ความรู้และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบาย และออกแบบ
ระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการประสานงานสร้างความร่วมมือ และ
กำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการทำงาน

วัฒนธรรมองค์กรกรมอนามัย

H

- Health Model : เป็นต้นแบบสุขภาพ

E

- Ethics : มีจริยธรรม

A

- Achievement : มุ่งผลสัมฤทธิ์

L

- Learning : เรียนรู้ร่วมกัน

T

- Trust : เคารพและเชื่อมั่น

H

- Harmony : เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
Regional Health Promotion Center 10 Journal
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน 2564
Vol. 9 No.1 January-June 2021



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิชาการงานวิจัย เทคโนโลยีของภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Journal

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา	นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
บรรณาธิการ	นางไฉไล ช่างดำ	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
กองบรรณาธิการวิชาการ	ดร.เรืองอุไร ออมไชย	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
	ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
กองบรรณาธิการ	นางจุฬาร ธานี	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวนภัชช รอดเที่ยง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางอุมาพร สังข์ฤกษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางอุไรวรรณ ไชสังเกตุ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวไกรวัลย์ มัฐพา	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวมนฤดี แสงวงศ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุกานดา แก้วล้อมบึง	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ	นางกัญญนัท रिปันโน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวศศิธร บุญสุข	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
	นางสาวสุนทรีย์ พันธุ์คำ	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
สำนักงาน	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 โทรศัพท์ 045-251267-9	
เว็บไซต์	http://hpc10.anamai.moph.go.th	

ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การเสนอผลงานตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักวิชาการ นักวิจัย ผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ โดยเนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป กำหนดการออกวารสารปีละ 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและเทคโนโลยีของนักวิชาการ นักวิจัย และภาคีเครือข่ายสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเขียนด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
3. หากเนื้อหาในบทความมีความซ้ำซ้อนและการคัดลอก (Plagiarism) เกินกว่าร้อยละ 30 จะไม่ได้รับการพิจารณาจากกองบรรณาธิการ
4. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์ (คน) หรือในสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลอง แล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”
5. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
6. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความปริทัศน์ (Review article)
3. บทความพิเศษ (Special articles)

การพิจารณาบทความ (Peer review process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

1. การพิมพ์บทความ พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดและลักษณะอักษรกำหนดตามตารางที่ 1 ทั้งอักษรภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single space) การจัดแนวข้อความใช้กระจายแบบไทยและชิดซ้าย พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ B5 (18.2x25.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 2 ซม. ล่าง 3 ซม. ขวา 2 ซม. และซ้าย 3 ซม. รวมอ้างอิงต้องไม่เกินจำนวนตามที่กำหนดของแต่ละประเภทบทความ และการใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ และอักษรตัวแรก

ตารางที่ 1 ขนาดและลักษณะของตัวอักษร TH SarabunPSK สำหรับบทความตีพิมพ์

ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ	ส่วนประกอบ	ขนาด	ลักษณะ
ชื่อเรื่อง	16	ตัวหนา/กึ่งกลาง	คำสำคัญ	13	ตัวปกติ
ชื่อผู้เขียน	14	ตัวปกติ/ชิดขวา	หัวข้อหลัก	14	ตัวหนา
สังกัด	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	หัวข้อย่อย	13	ตัวหนา
e-mail	12	ตัวปกติ/*ชิดซ้าย	เนื้อหา	13	ตัวปกติ
บทคัดย่อ	13	ตัวปกติ	เอกสารอ้างอิง	13	ตัวปกติ

2. บทความที่จะตีพิมพ์

2.1 บทความวิจัย (Research article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียนซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงจำนวน 10-15 หน้า ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม โดยให้ใส่เครื่องหมาย^{1,2} ตามลำดับและใส่ดอกจัน (*) พร้อมนำดอกจันไปต่อคำสำคัญภาษาไทยส่วนท้ายกระดาษเพื่อระบุตำแหน่งกับหน่วยงานที่สังกัดของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และสำหรับผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) ให้ระบุ e-mail ด้วย

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 350 คำ และ Abstract ภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 5 คำต่อภาษาเรียงลำดับตามอักษรเนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ถ้ามี)
- วิธีการดำเนินการวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- การพิจารณาด้านจริยธรรม (ถ้ามี)
- ผลการวิจัย
- การอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง (แบบ Vancouver)

2.2 บทความปริทัศน์ (Review article) ได้แก่ บทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์รวมถึงวิจารณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนสังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

2.3 บทความพิเศษ (Special articles) ได้แก่ บทความวิชาการ ถอดบทเรียน เรื่องที่กำลังเป็นที่สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ เกี่ยวข้องในด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกรรม พยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาธารณสุข ที่เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม ลักษณะใช้การวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สังกัด บทนำ (Introduction) เนื้อหา (Content) สรุปผล (Conclusions) เอกสารอ้างอิง แบบ Vancouver ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง และเอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3.2 การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้การอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

3.2.1 การอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา ระบบแวนคูเวอร์ การอ้างอิงจะเขียนตามหลังข้อความหรือชื่อเจ้าของบทความ หน่วยงาน รวมถึงองค์กร ที่ได้มีการอ้างอิงจะใส่ตัวเลขอารบิกต่อท้ายและเป็นตัวยก โดยจะเริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 ในการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับที่ได้มีการอ้างอิงไว้ สำหรับกรณีการอ้างอิงซ้ำ เลขการอ้างอิงให้ใช้เลขลำดับเดิมที่ได้ระบุไว้ ส่วนการอ้างอิงท้าย บทความนั้น จะจัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงที่ได้ระบุไว้ในเนื้อหาของบทความ ตัวอย่าง กรมอนามัย¹... หรือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี² เป็นต้น

3.2.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความในวารสาร. ชื่อย่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

Number. Author(s) of article (surname initials). Title of article. Journal title abbreviated. Year of

publication; Volume number(issue number): page numbers.

ตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาธิคุณ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
2. Chalernvanichakorn T, Sithisarankul P, Hiransuthikul N. Shift work and type 2 diabetic patients' health. J Med Assoc Thai 2008;91:1093-6

3.2.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์.

เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

1. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน : ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณ บัญประกอบ. บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการ ตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.
2. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3.2.4 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
2. จริญญา เลิศธรรมยณี, เอมอร รักขมณี, อนุพันธ์ ต้นตึงค์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณ วรรกิจโกศาท, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

3.2.5 ตัวอย่างการอ้างอิงอื่นๆ

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันในส่วนที่เป็นชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

1. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538;24:190-204.

วิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟซัยท์เพาะเลี้ยง. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75หน้า.
2. Cairina RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen [Dissertation]. Berkeley, University of California; 1995. 156p.

อ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเลข. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อย่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ. เข้าถึงได้จาก: <http://>

ตัวอย่าง

1. นวลลอ จุลพุฒีสานน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
2. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3..2.6 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

- 1) **ผู้แต่งชาวต่างประเทศ** ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.
- 2) **ผู้แต่งชาวไทย** ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีเขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้
- 3) **ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์** ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม้ไผ่ศทางทหาร ดำรง หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ
- 4) **ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน** ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “,and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
- 5) **ผู้แต่ง 7 คน ขึ้น** ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย และคณะ (สำหรับภาษาไทย) หรือ et al.(สำหรับภาษาอังกฤษ)
- 6) **ผู้แต่งเป็นสถาบัน** ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรม และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.
- 7) **ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม** ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มพัฒน์ และจาร์มา อีชกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งบทความต้นฉบับ

- 4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ขนาด A4 พร้อมไฟล์ผลงาน Microsoft word 1 ชุด
- 4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง
- 4.3 การส่งบทความต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ พร้อมใบนำส่งหรือหนังสือราชการส่งผลงานตีพิมพ์ ระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้รับผิดชอบหลัก โดยส่งเอกสารด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
เลขที่ 45 ถนนสถลมารค หมู่ 4 ตำบลธาตุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251-264-7
Email : research.hpc10@gmail.com



และส่งไฟล์ บทความต้นฉบับ Microsoft word พร้อมไฟล์ภาพประกอบผ่านระบบออนไลน์ ที่
<https://forms.gle/iC4WBjWvRCRehofC8>

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางกัญญ์ณัฏฐ์ ธิปโน
โทรศัพท์ : 045-251-267
2. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์
โทรศัพท์ : 045-251-267
3. ผู้ช่วยกองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
นางสาวศศิธร บุญสุข
โทรศัพท์ : 045-251-267



นับจากวันที่ผมได้มาปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จวบจนถึงวันนี้เป็นเวลา 1 ปี 4 เดือน ผมได้รับรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ และมีเอกสารรูปเล่มผลงานการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของบุคลากรในหน่วยงานนำเสนอต่อผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2563 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพด้านการศึกษาวิจัยให้กับนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ในทุกตำแหน่ง และทุกระดับ ซึ่งผลผลิตที่ได้จากการพัฒนาทำให้ผู้ผ่านการพัฒนาศักยภาพสามารถผลิตผลงานการศึกษาวิจัยจำนวน 40 เรื่อง นอกจากนี้ ผลงานวิจัยได้รับการคัดเลือกให้ไปเผยแพร่ในเวทีวิชาการทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ นับว่าเป็นความภาคภูมิใจของผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และผู้บริหารทุกท่าน ที่ได้มีส่วนร่วมผลักดัน สนับสนุน และให้กำลังใจกับบุคลากรในการสร้างสรรค์ผลงาน

ช่วงไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 คุณไฉไล ช่างดำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษเลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมนุษย์ และคณะกรรมการฯ ดังกล่าว ได้มาปรึกษาและขอคำแนะนำในการพัฒนางานวิจัยของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผมได้ให้นโยบายการพัฒนางานวิจัยให้มีความต่อเนื่องและดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ ให้ศูนย์ฯ จะต้องมีส่วนที่หรือเวทีสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อรองรับผลงานการศึกษาวิจัยให้กับนักวิจัยของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และภาคีเครือข่าย ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำผลงานวิจัยไปใช้อย่างแพร่หลายซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ 10

ผมทราบมาว่า ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยเรียนเชิญอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิจากวิทยาลัยบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ พร้อมมีการประชุมต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาและคณะกรรมการศูนย์ฯ ที่ได้มีการทำงานอย่างเข้มแข็งเพื่อให้วารสารฯ เสร็จสมบูรณ์

เมื่อได้รับวารสารเล่มนี้ ผมเปิดอ่านไปทีละหน้าอย่างตั้งใจ พบว่า คำถ้อยแถลงของบรรณาธิการเชิญชวนให้อ่านติดตามยิ่งนัก มีเนื้อหาสาระผลการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทส่งท้ายมีบทความพิเศษทางวิชาการที่น่าสนใจ นับว่าเป็นวารสารวิชาการอีกเล่มหนึ่งที่มีคุณค่าทางวิชาการสามารถนำผลการศึกษาไปต่อยอด และพัฒนางานได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ในวันนี้ ผมมีความภาคภูมิใจ ขอแสดงความชื่นชม และขอขอบคุณ คณะกรรมการฯทุกท่านที่ได้ดำเนินนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กันยายน 2564

บทบรรณาธิการ



วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปีที่ 9 โดยตีพิมพ์ในรูปแบบของวารสารออนไลน์ปีละ 2 ครั้ง โดยบทความวิจัยที่ตีพิมพ์จะเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยทุกบทความได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญโดยในฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจจำนวน 8 เรื่อง โดยมีเรื่องที่น่าสนใจได้แก่ เรื่อง ประสิทธิภาพชุดทดลองภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพัลส์ฟิลด์ฟอร์ม (pf) ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผลของโปรแกรมการจัดการมูลฝอยตามหลัก 3Rs ความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเทศบาลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งบทความพิเศษในเรื่องการจัดการคลินิกนมแม่ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด- 19

แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าของวารสารศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 9 ฉบับที่ 2

สวัสดิ์ค๊ะ

นางไฉไล ช่างดำ

บรรณาธิการ กันยายน 2564



เรื่อง	หน้า
ข้อกำหนดและคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	5
คำนิยม	12
บทบรรณาธิการ	13
บทความวิจัย	
• ประสิทธิภาพชุดทดลองภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพิกัลโครีฟอร์ม (o13) ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ภูมิพัฒน์ สันโดด	15
• ผลของการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็กศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เกษแก้ว เกตุพันธ์	27
• ผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัยในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พรพิมล ช่างสาร	37
• ความรอบรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : กรณีศึกษาวัยรุ่นหญิงที่มารับบริการด้านการวางแผนคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิดในคลินิกวัยรุ่นวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี อรุณรัตน์ กาลพันธ์	48
• รับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปิยะรัตน์ จันทร์ส่อง	63
• สภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2562-2564 อรอนงค์ วัฒนพงศ์ศิริ	75
• ประสิทธิภาพของการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี เดือนิดา ศรีเสมอ และ วรณภา อินดีระธา	86
• ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ต่อความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สุทธิดา สืบทรัพย์	100
บทความพิเศษ	
• การจัดบริการคลินิกนมแม่ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 จิตพร สุขสำราญ และ เกษแก้ว เกตุพันธ์	114

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพิกัลโคริฟอร์ม (อ13)
ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Efficacy of field test kits in detecting Piccalcoriform (A13)
produced in the laboratory of The Regional Health Promotion
Center 10 UbonRatchatani

ภูมิพัฒน์ สันโดด* Poompat sandod*

บทคัดย่อ

ศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงทดลอง(Experimental Research) เพื่อผลิตชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อพิกัลโคริฟอร์ม (อ13) ที่ใช้ในพื้นที่ และวิเคราะห์การประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ Quality Control: QC ของชุดทดสอบในด้านความไว ความจำเพาะ ค่าพยากรณ์ผลบวก และค่าพยากรณ์ สำหรับความเชื่อถือได้โดยหาความคาดเคลื่อน $P < 0.05$ มีวิธีการพิจารณาจากผลลบความจำเพาะของวิธีการที่สามารถได้เฉพาะสิ่งที่ต้องการ(Specificity) ความไวที่ปริมาณสารต่ำสุดที่วิธีการทดลองจะใช้วัดได้(Sensitivity) ความแม่นยำหรือความแน่นอนของวิธีการเพื่อลดความคาดเคลื่อนของผลการทดสอบ(Precision) และความถูกต้อง (Accuracy) โดยนำชุดทดสอบ อ13 ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มาประเมินประสิทธิภาพโดยทำการทดสอบกับน้ำที่มีการปนเปื้อนอุจจาระที่มีเชื้อพิกัลโคริฟอร์ม จำนวน 120 ชุด และกับน้ำกลั่นบริสุทธิ์ จำนวน 120 ชุด ทั้งหมดจำนวน 240 ชุด

ผลวิจัย พบว่า ผลทดสอบเพื่อทำนายผลบวกกับน้ำที่มีการปนเปื้อนอุจจาระที่มีเชื้อพิกัลโคริฟอร์ม 120 ชุด ผลบวก ร้อยละ 98.3 ผลลบ ร้อยละ 1.7 และผลทดสอบเพื่อทำนายผลลบกับน้ำกลั่นบริสุทธิ์ จำนวน 120 ชุด ให้ผลลบ ร้อยละ 100.0 เมื่อคำนวณค่าความไว Sensitivity ที่ปริมาณสารต่ำสุดที่วิธีการทดลองจะใช้วัดได้ ร้อยละ 100.00 ค่าความจำเพาะ Specificity ร้อยละ 98.36 ความแม่นยำแน่นอน Precision ของวิธีการเพื่อลดความคาดเคลื่อนของผลการทดสอบได้ค่าทำนายผลบวกร้อยละ 98.33 ค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 100.00 และความถูกต้อง Accuracy ร้อยละ 99.16 และประสิทธิภาพของชุดทดสอบ อ13 มีความเชื่อมั่นมากกว่า ร้อยละ 95.0 ผิดพลาดน้อยกว่า ร้อยละ 5.0 สามารถ นำไปใช้เป็นชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อพิกัลโคริฟอร์มในพื้นที่ได้

คำสำคัญ : ชุดทดสอบภาคสนาม, ชุดทดสอบ อ13

* นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Poompat07@gmail.com

Abstract

This study is an experimental research to produce a field trial kit for Piculcoriform (A13) used in the area and analyze the product quality assessment. Quality Control: QC of the test kit in terms of sensitivity, specificity positive predictive values. and the forecast for reliability based on the uncertainty $P < 0.05$. There are methods based on the negative memory effect on methods that can obtain only what is desired is Specificity, Sensitivity, Precision and Accuracy. The test kit A13 produced in the laboratory .Was evaluated by testing 120 sets of fecal contaminated fecalchloroform, with distilled water 120 sets total 240 sets.

The results is the positive predictive test with 120 sets of contaminated with fecal chloroform was positive 98.3% , negative 1.7% and predictive test was negative with purified distilled water with 120 sets yielded a negative result 100.0% .When calculating the Sensitivity 100.00%, Specificity a positive 98.36%, Specificity Negative, 100.00% , Prediction 99.16% , Accuracy 98.33% . The efficiency the A13 test kit were more than 95% confident, less than 5% error. Can be used as a field test for local Piculcoriform in the area.

Keywords : Field test kits, Detecting Piccalcoriform (A13)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2560–2564)¹ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนให้เกิดการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามวิสัยทัศน์ของกรมอนามัย เพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนมีอายุเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ (Life Expectancy) เท่ากับ 85 ปี และอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjust Life Expectancy) เท่ากับ 75 ปี โดยการพัฒนางานด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ถือเป็นหนึ่งในการกิจสำคัญที่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ¹ และสอดคล้องกับพันธกิจหลักของกรมอนามัย ในการเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สังเคราะห์ใช้ความรู้ คู่มือรวมตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศที่รัฐบาลผลักดันในหลายมิติครอบคลุมการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ อีกทั้งเป็นไปตามทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564)² มุ่งเน้นการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ดังนั้น เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นงานสำคัญด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำซึ่งครอบคลุมประเด็นงานหลัก 4 ประเด็นด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) 2) การพัฒนาและรับรองมาตรฐานการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคตามยุทธศาสตร์ชาติภายใต้แผนบูรณาการน้ำ 3) การดำเนินงานสุขภาพอาหารและน้ำในพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญของรัฐบาล (พื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และระเบียบเศรษฐกิจภาคตะวันออก) และ 4) การพัฒนางานสุขภาพอาหารและน้ำภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ ที่ห่างไกลขาดโอกาสในการได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม¹ กรมอนามัย มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานตามนโยบายความปลอดภัยด้านอาหาร และตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ส่วนของสถานประกอบกิจการสถานที่จำหน่ายอาหาร เพื่อให้บริการอาหารที่สะอาดปลอดภัยแก่ประชาชน โดยเฉพาะสถานการณ์เจ็บป่วยของประชาชนที่เกิดจากโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อในปัจจุบัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สาเหตุมากจากการปนเปื้อนของอาหารจากเชื้อโรคจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งการปนเปื้อนของอาหารที่สำคัญ คือ เชื้อพิด์โคลิฟอร์มแบคทีเรีย เป็นสิ่งมีชีวิตเล็กๆ มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ปะปนอยู่ในอุจจาระของคน และสัตว์เลี้ยงคอก ไก่ เป็ด แบคทีเรียชนิดนี้มีอันตรายต่อคนเราน้อยเพียงแต่บ่งชี้ว่าน้ำมีการปนเปื้อนของอุจจาระ หรือสิ่งสกปรกต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นน้ำที่ไม่สะอาดซึ่งการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำทำได้ง่าย 2 วิธี 1) การตรวจสอบคุณภาพทางด้านกายภาพ รับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสของคนเรา เช่น สี ความขุ่น กลิ่น รส โดยการดูด้วยสายตา ตมกลิ่นชิมรส ลักษณะสำคัญ คือ ต้องใส ไม่มีสีไม่มีกลิ่น ไม่มีรสที่น่ารังเกียจ และ 2) การตรวจคุณภาพทางแบคทีเรีย สามารถตรวจสอบด้วยการตรวจสอบเบื้องต้นทางภาคสนามด้วยอาหารตรวจเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย(๑13) เป็นวิธีที่ง่าย และสะดวกในการปฏิบัติ โดยสังเกตจากการเปลี่ยนสีของอาหารตรวจเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จากมีม่วงเป็นสีเหลืองมีความขุ่นและฟองแก๊สฟูขึ้นเมื่อเขย่าเบาๆ² ซึ่งชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพิด์โคลิฟอร์ม (๑13) ถือเป็นการทดสอบน้ำทางด้านจุลชีววิทยาจำเป็นต้องรีบทดสอบหลังจากเก็บตัวอย่างโดยไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง ทำให้บางครั้งไม่สามารถส่งตัวอย่างทดสอบให้ห้องปฏิบัติการได้ทัน อาจมีผลทำให้ชนิดและปริมาณจุลินทรีย์ในน้ำตัวอย่างผิดพลาดไป การส่งตัวอย่างเพื่อตรวจสอบคุณภาพน้ำที่ห้องปฏิบัติการต้องใช้เวลาในการเก็บตัวอย่างส่งห้องปฏิบัติการทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพน้ำได้อย่างสม่ำเสมอ และแบคทีเรียพิด์โคลิฟอร์มเป็นจุลินทรีย์ดัชนีบ่งชี้ถึงคุณภาพน้ำ การตรวจแบบพบหรือไม่พบ จะอาศัยสมบัติของโคลิฟอร์มที่สามารถเปลี่ยนน้ำตาลแลคโตสเป็นกรดและแก๊สภายใน 24-48 ชั่วโมง³

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด มีหน่วยงานที่ต้องเฝ้าระวังน้ำและอาหาร ได้แก่ โรงเรียน จำนวน 3,162 แห่ง โรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 81 แห่ง และหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยของอาหารและน้ำให้ภาคีเครือข่ายการทดสอบ คุณภาพน้ำทางด้านจุลชีววิทยาจำเป็นต้องรีบทดสอบหลังจากเก็บตัวอย่างทำให้บางครั้งไม่สามารถส่งตัวอย่างทดสอบให้ห้องปฏิบัติการได้ทันเวลา

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การพัฒนาชุดทดสอบที่ราคาไม่แพง มีวิธีการทดสอบที่ไม่ยุ่งยาก และให้ผลการทดสอบเบื้องต้นมีความน่าเชื่อถือน่าจะเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาการส่งตัวอย่างน้ำไปทดสอบที่ห้องปฏิบัติการ กรมอนามัย ซึ่งมีกำลังการผลิตที่ไม่เพียงพอ เพราะต้องสนับสนุนเครือข่ายทั่วประเทศ มีจำนวนจำกัดต่อการนำมาใช้ในพื้นที่ ในฐานบุคลากรด้านเทคนิคการแพทย์ที่อยู่ส่วนภูมิภาคและต้องสนับสนุนเครือข่ายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ผู้วิจัยจึงได้ผลิตชุดทดสอบเชื้อโคลิฟอร์มตามสูตรของกรมอนามัย เพื่อให้เพียงพอสามารถผลิตในปริมาณมาก และเพื่อให้ได้ชุดทดสอบภาคสนามที่ได้มาตรฐานใช้ได้จริง จึงทำการศึกษาการประเมินประสิทธิภาพชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อฟิคัลโคริฟอร์ม (o13) ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จะได้ทราบปัญหาของชุดทดสอบ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ และควบคุมความเสี่ยงจากการผลิตชุดทดสอบนี้ให้ได้มาตรฐาน เกิดความมั่นใจในการนำไปขยายผลและเฝ้าระวังในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อผลิตชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อฟิคัลโคริฟอร์ม (o13) ใช้เองในพื้นที่
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ผลวิเคราะห์ชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อฟิคัลโคริฟอร์ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยการทดลองประสิทธิภาพของชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อฟิคัลโคริฟอร์มที่ผลิตขึ้นเอง ตามสูตรของกรมอนามัยในห้องทดลองที่ควบคุมการควบคุมตัวแปรที่อาจจะส่งผลให้ชุดทดสอบครั้งนี้ มีความน่าเชื่อถือน้อยลง คือ ผู้ทดสอบคุณภาพเป็นผู้วิจัยคนเดียว สถานที่ทดสอบเป็นห้องที่สะอาดและมืดชิด โต๊ะไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อภายนอกโดยการทำความสะอาดโต๊ะด้วยการเช็ดแอลกอฮอล์ 70% อายุของตัวอย่างน้ำที่ใช้ทดสอบ น้ำกลั่นต้องเป็นน้ำกลั่นที่มีฝาปิดไม่ผ่านการเปิดใช้งานเพื่อป้องกันการปนเปื้อน และน้ำผสมอุจจาระผสมในสัดส่วนอุจจาระ 1 กรัม ต่อน้ำ 100 มิลลิลิตร ใช้งานภายใน 24 ชั่วโมง ภาชนะที่ใส่ต้องผ่านการต้มหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% และประเมินประสิทธิภาพผลของชุดทดสอบหาการหาความคาดเคลื่อนโดยพิจารณาจาก Specificity Sensitivity Precision และ Accuracy

กลุ่มตัวอย่าง ใช้ชุดทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 2 ชนิด คือ

- 1) ตัวอย่างน้ำสำหรับการควบคุมผลให้ได้ผลเป็นลบ ได้แก่ น้ำกลั่นบริสุทธิ์
จำนวน 120 ชุด
- 2) ตัวอย่างน้ำสำหรับการควบคุมผลให้เป็นผลบวก ได้แก่ น้ำผสมอุจจาระ
จำนวน 120 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ

1. แบบสังเกตและบันทึกผลการทดสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบเป็นแบบบันทึกการสังเกตรายละเอียดโดยใส่เครื่องหมายถูกในช่องที่พบจากการสังเกตที่ได้ในการทดสอบแต่รอบเกี่ยวกับผลชุดทดสอบกับตัวอย่างควบคุมผลลบ (น้ำกลั่น) และตัวอย่างควบคุมผลบวก (น้ำผสมอุจจาระ) เพื่อบันทึกผลการเปลี่ยนแปลง คือ 1) มีการเปลี่ยนแปลงของสีหรือไม่ คือ สีม่วงเป็นสีเหลืองหรือสีไม่เปลี่ยน 2) มีความขุ่นหรือไม่คือ ขุ่นหรือไม่ขุ่น และ 3) การเกิดฟองแก๊สหรือไม่คือ เกิดฟองแก๊สและไม่เกิดฟองแก๊ส เมื่อบันทึกข้อมูลแล้ว นำมานับสรุปจำนวนที่ได้

2. แบบฟอร์มสรุปผลการทดสอบชุดตรวจภาคสนามหาเชื้อพีคัลโครiform (o13) เป็นแบบประเมินผลคุณภาพชุดตรวจภาคสนามหาเชื้อพีคัลโครiform (o13) ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสังเกตและบันทึกผลการทดสอบของชุดทดสอบ QC มาลงในแบบบันทึกสรุปผล ประกอบด้วย ผลการทดสอบที่ได้ผลบวก Positive และผลลบ Negative ที่ได้ทดสอบกับตัวอย่างควบคุมน้ำที่มีการปนเปื้อนอุจจาระ (+) กับทดสอบกับตัวอย่างควบคุมน้ำกลั่น (-) และจำนวนผลที่ได้ เมื่อ

A = ผลการทดสอบชุดตรวจที่ผลิตและวิธีมาตรฐานที่ให้ผลการทดสอบเป็นบวกเหมือนกัน

B = ผลการทดสอบชุดตรวจที่ผลิตให้ผลลบที่เบี่ยงเบนไปจากวิธีมาตรฐานที่ให้ผลการทดสอบเป็นบวก หรือเรียกว่า false negative

C = ผลการทดสอบชุดตรวจที่ผลิตให้ผลบวกที่เบี่ยงเบนไปจากวิธีมาตรฐานที่ให้ผลการทดสอบเป็นลบหรือเรียกว่า false positive

D = ผลการทดสอบชุดตรวจที่ผลิตและวิธีมาตรฐานที่ให้ผลการทดสอบเป็นลบเหมือนกัน

N = จำนวนตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด (A + B + C + D) = 100

N+ = จำนวนตัวอย่างที่ให้ผลบวกทั้งหมดด้วยวิธีมาตรฐาน (A + C)

N- = จำนวนตัวอย่างที่ให้ผลลบทั้งหมดด้วยวิธีมาตรฐาน (B + D)

นำผลการทดสอบของทั้ง 2 วิธีมาเปรียบเทียบทางสถิติเพื่อตรวจสอบความใช้ได้ของชุดทดสอบดูค่า Relative accuracy, Relative specificity และ Relative sensitivity โดยสรุปเปรียบเทียบทางสถิติเพื่อตรวจสอบความใช้ได้ของชุดทดสอบ ดังนี้

Ture Positive สูตร = $A \times 100 / A+B$ Ture Negative สูตร = $D \times 100 / C+D$

Sensitivity สูตร = $A \times 100 / A+C$ Specificity สูตร = $D \times 100 / B+D$

Accuracy สูตร = $(A+D) \times 100 / A+B+C+D$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยได้ดำเนินการผลิตชุดทดสอบภาคสนามหาเชื้อพิคัลโครีฟอร์ม อ13 เริ่มตั้งแต่ ทบหาความรู้ และวิธีการการผลิตของกรมอนามัยในการตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในน้ำดื่มและอาหาร กำหนดวิธีการทดลองผลิตชุดทดสอบภาคสนามขึ้น เมื่อได้ชุดทดสอบ แล้วนำมาประเมินคุณภาพของชุดตรวจ ตามหลักทดสอบคุณภาพ (Quality Control : QC) ทั้งด้านความไว ความจำเพาะ ค่าพยากรณ์ผลบวก และค่าพยากรณ์ผลลบ รวมทั้งเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานที่มีความคาดเคลื่อนของวิธีการต่ำกว่า $P < 0.05$ พร้อมทั้งการคัดเลือกตัวอย่าง เพื่อมาเป็นตัวควบคุมคุณภาพที่ชัดเจนและแม่นยำมาใช้ในการประเมินผล มีการสังเกต และ บันทึกเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งด้านคุณภาพและต้นทุนการผลิต หลังจากนั้นสรุปผลการศึกษา โดยมีขอบเขต ดังนี้

1. ผลิตชุดทดสอบภาคสนามตรวจหาเชื้อพิคัลโครีฟอร์ม อ13 ในห้องปฏิบัติการของหน่วยงาน
2. ประเมินประสิทธิภาพชุดทดสอบ(QC) กำหนดความคาดเคลื่อนของวิธีการต่ำกว่า $P < 0.05$ สำหรับความเชื่อถือได้วิธีการพิจารณาจาก 1) Specificity คือ ความจำเพาะของวิธีการที่ได้เฉพาะสิ่งที่ต้องการ หมายถึง ความสามารถของชุดทดสอบที่ผลิตในการตรวจตัวอย่างที่ไม่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ได้ถูกต้องเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน ในที่นี้ คือ ความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีด้านกายภาพและด้านแบคทีเรีย ได้แก่ สี ความขุ่น ดูด้วยสายตาถ้าไม่มีเชื้อโคลิฟอร์ม แบคทีเรียสีที่ได้หลังจากหยดสารจากชุดทดลองแล้วต้องไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วงไม่ขุ่น เขียวไม่มีฟองแก๊สฟุด 2) Sensitivity คือ ความไวที่ปริมาณสารต่ำสุดที่วิธีการทดลองใช้วัดได้ หมายถึง ความสามารถของ ชุดทดสอบที่ผลิตในการตรวจตัวอย่างพบเชื้อที่ปนเปื้อนในตัวอย่างเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานในที่นี้ ความสามารถตรวจ การเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรียจาก มีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่น และฟองแก๊สฟุดขึ้นเมื่อเขย่าเบา 3) Precision คือ ความแม่นยำหรือความแน่นอนของวิธีการเพื่อลดความคาดเคลื่อนของผลการทดสอบ มีวิธีดำเนินการ 2 ขั้นตอน (1) การตรวจขั้น Presumptive Test เขย่าตัวอย่างน้ำขึ้นลง 25 ครั้ง ระยะ ห่าง 50 เซนติเมตร เพื่อให้ น้ำในขวดมีปริมาณเชื้อกระจายอย่างทั่วถึงปิเปิด ตัวอย่างน้ำ 10 มิลลิลิตรไปบ่มที่อุณหภูมิ $35 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ จำนวน $24-48 \pm 3$ ชั่วโมง ตรวจดูการเจริญโดยสังเกตการเปลี่ยนสี ความขุ่นและเกิดแก๊ส (2) การตรวจขั้น Confirmed Test ถ่ายเชื้อจากหลอดที่ให้ผลบวกจากขั้น Presumptive Test นำไปบ่มที่อุณหภูมิ $35 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ นาน $24-48 \pm 3$ ชั่วโมง ตรวจดูการเจริญโดยสังเกตสีที่เปลี่ยน ความขุ่นและการเกิดแก๊สในหลอดดักแก๊ส 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง นับจำนวนหลอดที่ให้ผลบวก คือ หลอดที่ขุ่นและเกิดแก๊ส วิธีนี้เหมาะสำหรับตัวอย่างน้ำที่มีแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มมีคุณสมบัติ เป็นพวกที่สามารถเจริญเติบโตได้ในสภาพที่มีอากาศ (aerobic) และจำแนกกลุ่มโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยพวกฟิคัล โคลิฟอร์ม จะสามารถสลายสารอาหาร EC ได้ภายในเวลา 24 ชั่วโมง ที่อุณหภูมิ 45°C

(3) ขั้นตอนวิเคราะห์การตรวจสอบขั้นแรก (Presumptive test) นำหลอดแก้ว (test tube) ขนาด 15 มิลลิลิตร ซึ่งมีหลอดดักอากาศเดอร์แรมวางคว่ำอยู่ ให้ท่วมหลอดเดอร์แรม ประมาณ 10 มิลลิลิตร แล้วนำไปนึ่งฆ่าเชื้อในหม้อนึ่งอัดไอ (autoclave) ที่อุณหภูมิ 121°C นาน 15 นาที เขย่าตัวอย่างน้ำแรงๆ ขึ้นลง 25 ครั้ง ใช้ปิเปต ขนาด 1 มิลลิลิตร ดูดตัวอย่างน้ำใส่ลงในหลอดแก้ว ที่บรรจุ 5 หลอดๆ ละ 1 มิลลิลิตร ต่อ 1 ระดับของการเจือจาง ซึ่งชุดอนุกรมของการเจือจางในการวิเคราะห์จะใช้การเจือจาง 3 ระดับ ต่อ 1 ตัวอย่างเขย่าหลอดแก้วเบาๆ ให้ผสมกับตัวอย่างน้ำ ระวังอย่าให้มีฟองอากาศในหลอดเดอร์แรม นำหลอดแก้วทั้งหมดเข้าตู้เพาะเชื้อที่อุณหภูมิ $35 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ เป็นเวลา 48 ชั่วโมง นำหลอดแก้วมาตรวจดูก๊าซที่เกิดขึ้นในหลอดเดอร์แรม ถ้าหลอดใดเกิดก๊าซแสดงว่าให้ผลทางบวก (positive) นำหลอดที่เกิดก๊าซไปทดสอบขั้นยืนยันต่อไป 4) Accuracy คือ ความถูกต้อง หมายถึง ระดับของความสอดคล้องของผลทดสอบที่ได้จากวิธีมาตรฐานและวิธีที่พัฒนาในตัวอย่างเหมือนกัน

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการผลิตชุดตรวจภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพิดีโคลีฟอร์ม อ13 โดยใช้สูตรจากกรมอนามัย ประกอบด้วย 1) สารเคมี น้ำกลั่น, Bromocresol purple, Bile salt, Lactose peptone และ Autoclave 2) วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องกรองน้ำ เครื่องวัดค่า pH เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ เครื่องชั่งไฟฟ้า ชั่งน้ำหนักได้ละเอียด 0.01 กรัม ขวดแก้วขนาด 15 มิลลิลิตร พร้อมฝาปิดขวด พลาสติกและพลาสติก ซิลิโคนขวด อุปกรณ์ตวงน้ำ

2. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพของชุดทดสอบ เลือกตัวอย่างควบคุมวิธีธรรมชาติมาเป็นตัวทดสอบและความเข้มข้นของสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ทดสอบตรวจหาเชื้อพิดีโคลีฟอร์มอาศัยความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรียที่เกี่ยวข้องกับตัวอย่างควบคุมให้ผลบวก และผลลบชัดเจนของตัวอย่างน้ำ 2 ชนิด คือ ตัวอย่างการควบคุมผลให้ได้ผลเป็นลบ คือ น้ำกลั่นบริสุทธิ์ เมื่อหยดสารลงในหลอดควบคุมผลลบ คือ น้ำกลั่น ภายใน 24- 48 ชั่วโมง ไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขย่าไม่มีฟอง แก๊สบูด แสดงว่าพบไม่พบเชื้อโคลีฟอร์มแบคทีเรีย และตัวอย่างการควบคุมผลให้เป็นผลบวก คือ น้ำผสมอุจจาระ เมื่อหยดสารลงในหลอดควบคุมผลบวก ภายใน 24-48 ชั่วโมง การเปลี่ยนสีจากสีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่นและฟองแก๊สบูดขึ้นเมื่อเขย่าเบา แสดงว่าพบเชื้อโคลีฟอร์มแบคทีเรีย



1. ทำความสะอาดพื้นที่ผิวสัมผัส ความสะอาดมือ และเครื่องมือ ด้วยแอลกอฮอล์ 70%
2. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดรอบปากขวดน้ำยา

วิธีการเก็บตัวอย่าง

3. ใช้ข้อชนขาที่ฆ่าเชื้อแล้วตักน้ำตัวอย่างการควบคุมผลใสในขวดน้ำยา
4. ลนไฟที่ปากขวดเพื่อฆ่าเชื้อแล้วปิดฝาทันที

หลังจากนั้น ทิ้งไว้ 24-48 ชั่วโมง แล้วสังเกตและบันทึกผลการทดสอบอาศัยความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรียที่ เรียกว่า คือ ตัวอย่างที่ควบคุมผลให้ได้ผลเป็นลบเมื่อหยดสารลงในหลอดควบคุมน้ำกลั่น ไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขียวไม่มีฟอง แก๊สหลุด แสดงว่า พบไม่พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และตัวอย่างน้ำควบคุมผลให้เป็นผลบวกน้ำผสมอุจจาระ เมื่อหยดสารลงในหลอดควบคุมผลบวก คือ น้ำผสมอุจจาระ มีการเปลี่ยนสีจากสีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่น และฟองแก๊สหลุดขึ้นเมื่อเขย่าเบาแสดงว่าพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย จดบันทึกผลที่ได้ในแบบสังเกต และบันทึกผล หลังจากนั้นสรุปผลว่ามีความถูกต้อง พร้อมคำนวณผลตามสูตรการคำนวณ

อุปกรณ์ที่ใช้

1. ชุดตรวจภาคสนามหาเชื้อพิคัลโคริฟอร์ม ๑13 ที่ผลิต จำนวน 240 ชุด
2. ตัวอย่างควบคุมที่ให้ผลบวก คือ น้ำผสมอุจจาระ จำนวน 120 ขวด
3. ตัวอย่างควบคุมที่ให้ผลลบ คือ น้ำกลั่น จำนวน 120 ขวด
4. แบบสังเกตและบันทึกผลการทดสอบประสิทธิภาพของชุดทดสอบ
5. แบบฟอร์มสรุปผลการทดสอบชุดตรวจภาคสนามหาเชื้อพิคัลโคริฟอร์ม(๑13)

การแปลผลการทดลอง การตรวจหาเชื้อพิคัลโคริฟอร์มโดยอาศัยความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรีย ดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ทดสอบ

ตัวอย่าง	การทดสอบ	เกณฑ์ยอมรับ	สรุปทดสอบ	ร้อยละ
1) น้ำกลั่นบริสุทธิ์ เพื่อควบคุมให้ได้ ผลลบ ใช้ 5 ขวด ภายใน 28 ชม. ต่อ 1 ตัวอย่าง	หยดสารที่ตกลงใน หลอดน้ำกลั่น ทิ้งไว้	ไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขียวไม่มีฟอง แก๊สหลุด แสดงว่าพบไม่พบ เชื้อโคลิฟอร์ม แบคทีเรีย	แสดงว่าผ่าน	95.0
		หากมีการเปลี่ยนสีจาก สีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่น ไม่ผ่าน และฟองแก๊สหลุดขึ้นเมื่อเขย่า เบาแสดงว่าพบเชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย	แสดงว่า	5.0

ตัวอย่าง	การทดสอบ	เกณฑ์ยอมรับ	สรุปทดสอบ	ร้อยละ
2) น้ำผสมอูจาระ เพื่อควบคุม ให้ได้ผลบวก ใช้ 5 ขวด ต่อ 1 ตัวอย่าง	หยดสารลงใน หลอดน้ำผสมอูจาระ ทิ้งไว้ภายใน 48 ชั่วโมง	มีการเปลี่ยนสีจากสีม่วง เป็นสีเหลือง มีความขุ่น และฟองแก๊สเกิดขึ้น เมื่อเขย่าเบา แสดงว่า พบเชื้อโคลิฟอร์ม แบคทีเรียไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขย่าไม่มีฟอง แก๊สฟุด แสดงว่าไม่พบ เชื้อโคลิฟอร์ม แบคทีเรีย	แสดงว่า ผ่าน แสดงว่า ไม่ผ่าน	95.0 5.0

การควบคุมตัวแปร การประเมินประสิทธิภาพชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพัลโคริฟอร์ม อ13 ที่ผลิตในห้องปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อทดสอบคุณภาพการใช้งานได้จริงและน่าเชื่อถือ การควบคุมตัวแปรที่อาจจะส่งผลให้ชุดทดสอบครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือน้อยลง ผู้วิจัยจึงได้มีการควบคุมตัวแปรจะส่งผลต่อการทดสอบ คือ ผู้ทดสอบคุณภาพเป็นผู้วิจัยคนเดียว สถานที่ทดสอบเป็นห้องที่สะอาดและมืดชิด โต๊ะไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อภายนอก โดยการทำมาความสะอาดโต๊ะด้วยการเช็ดแอลกอฮอล์ 70% อายุของตัวอย่างน้ำที่ใช้ทดสอบ น้ำกลั่นต้องเป็นน้ำกลั่นที่มีฝาปิดไม่ผ่านการเปิดใช้งาน น้ำผสมอูจาระจะผสมใช้งานภายใน 24 ชั่วโมง ภาชนะที่ใส่ต้องผ่านการต้มหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% จากนั้นปล่อยให้แห้งก่อนเท ตัวอย่างน้ำที่เป็นตัวควบคุมผลบวก-ผลลบการเก็บรักษาและอายุการใช้งาน การเก็บตัวอย่างน้ำ ภาชนะ ขวดเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจสอบทางแบคทีเรีย ต้องล้างให้สะอาดจริงๆ และผ่านการนึ่งฆ่าเชื้อในหม้อนึ่งอัดไอ (autoclave) โดยทำการปิดจุกขวด เอากระดาษ foil หุ้ม แล้วนำไปนึ่งที่อุณหภูมิ 121°C นาน 15 นาที (sterile) และทำลายคลอรีน (dechlorination) คลอรีนที่มีอยู่ในตัวอย่างน้ำจะไปทำลายแบคทีเรีย ในระหว่างการนำตัวอย่างมายังห้องปฏิบัติการ ดังนั้น จึงใช้น้ำกลั่นสำหรับเก็บตัวอย่างประมาณ 100 มิลลิลิตร และวิเคราะห์ทางแบคทีเรียจะทำทันที ภายหลังการเก็บตัวอย่าง เพื่อหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าไม่สามารถทำการวิเคราะห์ได้ภายในเวลา 1 ชั่วโมง ภายหลังการเก็บควรแช่ตัวอย่างน้ำในน้ำแข็งที่อุณหภูมิ 4°C แต่ไม่เกินเวลา 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงพรรณนาหาค่าความถี่ และร้อยละ โดยมีสูตรการคำนวณหาคุณภาพของชุดทดสอบที่ผลิต ดังนี้

ตารางที่ 2 สูตรการคำนวณหาคุณภาพของชุดทดสอบที่ผลิต

ผลการทดสอบ	การทดสอบ		ผลที่ได้
	ควบคุม (+) น้ำอุจจาระ	ควบคุม (-) น้ำกลั่น	
ผลบวก Positive	A	B	A+B
ผลลบ Negative	C	D	C+D
ผลที่ได้	A+C	B+D	A+B+C+D

Sensitivity = $A \times 100 / A+C$ ความสามารถของชุดทดสอบที่ผลิตในการตรวจตัวอย่างที่ไม่มีเชื้อ ปนเปื้อนอยู่ได้ถูกต้องเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน ในที่นี้ คือความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรีย เช่น สี ความขุ่น โดยการดูด้วยสายตา ถ้าไม่มีเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียสีที่ได้หลังจาก หยดสารจากชุดทดลองแล้วต้องไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขียวไม่มีฟองแก๊สฟูต ต้องได้มากกว่าร้อยละ 95.0 ถ้ามีสีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่น และฟองแก๊สฟูตขึ้นเมื่อเขย่าเบา ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 5.0

Specificity = $D \times 100 / B+D$ ความไวที่ปริมาณสารต่ำสุดที่วิธีการทดลองจะใช้วัดได้) คือ ความสามารถของชุดทดสอบที่ผลิตในการตรวจตัวอย่างพบเชื้อที่ปนเปื้อนในตัวอย่างเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานในที่นี้ คือ ความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพ และทางด้านแบคทีเรียจากมีม่วงเป็นสีเหลือง มีความขุ่น และฟองแก๊สฟูตขึ้นเมื่อเขย่าเบา ต้องได้มากกว่าร้อยละ 95.0 ถ้าไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขียวไม่มี ฟองแก๊สฟูต ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 5.0

Positive = $A \times 100 / A+B$ น้ำอุจจาระความสามารถตรวจการเปลี่ยนสีทางด้านกายภาพและทางด้านแบคทีเรียจากมีม่วงเป็นสีเหลือง ความขุ่น และฟองแก๊สฟูตขึ้นเมื่อเขย่าเบาต้องได้มากกว่าร้อยละ 95.0

Negative = $D \times 100 / C+D$ น้ำกลั่นต้องไม่เปลี่ยนสี มีสีม่วง ไม่ขุ่น เขียวไม่มีฟองแก๊สฟูต ต้องได้ มากกว่าร้อยละ 95.0

Accuracy= $(A+D) \times 100 / A+B+C+D$ โดยร้อยละของความแม่นยำ (% Recovery) ต้องมากกว่า ร้อยละ 95.0

การพิจารณาด้านจริยธรรม เสนอพิจารณาจริยธรรมของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี รหัส IC-08-63-02-E พิจารณารับรอง วันที่ 4 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

ผลการทดสอบ พบว่า ให้ผลบวก 118 ชุดทดสอบ ร้อยละ 98.3 ให้ผลลบ ร้อยละ 1.7 และใช้ชุดทดสอบกับน้ำที่ไม่มีการปนเปื้อนอุจจาระให้ผลลบ ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผลทดสอบ จำแนกตามภาชนะปนเปื้อนและไม่มีการปนเปื้อนอุจจาระ

ชุดทดสอบภาคสนาม	การทดสอบการปนเปื้อนอุจจาระ (240 ชุดทดสอบ)		จำนวนทั้งหมด
	ปนเปื้อน(+) 120 ตัวอย่าง	ไม่มี(-) 120 ตัวอย่าง	
Positive	118 (98.3%)	2 (1.7%)	120 100.0%)
Negative	0 (0.0%)	120 (100.0%)	120 (100.0%)
ผลที่ได้	118 (49.2%)	122 (50.8%)	240 (100.0%)

จากผลการทดสอบคำนวณค่าความไว (Sensitivity) ที่ปริมาณสารต่ำสุดที่ได้ ร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ได้ ร้อยละ 98.36 ความแม่นยำหรือความแน่นอน (Precision) ได้ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 98.33 ค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 100.00 และความถูกต้อง (Accuracy) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษา ร้อยละ 99.16 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คำนวณค่า Sensitivity ค่า Specificity Precision และ Accuracy

ค่า	สูตรคำนวณ	ร้อยละ
Positive predictive value	$118 \times 100 / 120$	= 98.33
Negative predictive value	$120 \times 100 / 120$	= 100.00
Sensitivity	$118 \times 100 / 118$	= 100.00
Specificity	$120 \times 100 / 122$	= 98.36
Accuracy	$138 \times 100 / 240$	= 99.16

การอภิปรายผล

1. การทดสอบชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อฟิเคิลโคริฟอร์มโดยใช้ชุดทดสอบ อ.13 จากการทดลองครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อฟิเคิลโคริฟอร์ม โดยใช้ชุดทดสอบ (อ.13) ที่ผลิตให้ผลทดสอบผ่านคุณภาพเป็นลบได้ดีกว่าเป็นบวก ซึ่งน่าจะเกิดจากตัวอย่างที่ใช้ควบคุมที่ใช้ น้ำกลั่นบริสุทธิ์ จึงทำให้ได้ผลลบร้อยละ 100

3. ประสิทธิภาพของชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อฟิเคิลโคริฟอร์มชุดทดสอบ (อ.13) ที่ถือว่ามีความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 95.0 ผิดพลาดน้อยกว่าร้อยละ 5.0 โดยนิระนารถ แจ่มทอง และปัทมา นพรัตน์⁴ การวิเคราะห์ Certified Reference Materials (CRMs) สารอ้างอิงมาตรฐานที่เตรียมขึ้นเอง (In-house Reference Materials) หรือตัวอย่างควบคุมมีความถูกต้องจึงควรวิเคราะห์ CRMs โดยใช้ความเข้มข้นใกล้เคียงกับตัวอย่าง เกณฑ์ยอมรับ $\pm$ ร้อยละ 10 ของค่าจริงและการวิเคราะห์ QC check standard (Instrument check standard) ตัวอย่างควบคุม Calibration Verification of Standard (CVS) ตัวอย่างชุดใหม่หรือตรวจสอบระหว่างการ

ทดสอบตัวอย่างแต่ละชุดเกณฑ์ยอมรับ $\pm$ ร้อยละ 10 ของค่าจริง และ Continuing Calibration Standard (CCS) ใช้สารมาตรฐานที่ใช้สร้างกราฟมาตรฐาน โดยใช้ความถี่และความเข้มข้นเช่นเดียวกับ CVS แต่เกณฑ์ยอมรับ จะแคบกว่า คือ $\pm$ ร้อยละ 5 ของค่าจริง ดังนั้น การศึกษาทดลองผลิตชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพีคัลโคลิฟอร์มชุดทดสอบ อ13 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ถือว่ามีความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของชุดทดสอบภาคสนามในการตรวจหาเชื้อพีคัลโคลิฟอร์ม โดยใช้ชุดทดสอบ อ13 อาจต้องมีการศึกษาทดลองที่มีความละเอียดมากขึ้น โดยการทดลองความไวกับชุดกลุ่มตัวอย่างที่มีการละลายตัวอย่างที่ให้ผลบวก ที่มีความเจือจางในระดับต่างกัน เช่น ใช้ชุดการเจือจาง 10 มิลลิลิตร, 1 มิลลิลิตร, 0.1 มิลลิลิตร อ่านค่าได้โดยตรงจากตารางดัชนี MPN การคำนวณหาค่าดัชนี MPN นำจำนวนของหลอดที่ให้ผล positive ของแต่ละระดับการเจือจางจำนวน 3 ระดับ ในการตรวจสอบยืนยัน มาหาค่าปริมาณของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียหรือฟิคอลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ในตัวอย่างน้ำเทียบกับตารางดัชนี MPN เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของชุดทดสอบ

2. การควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อการทดลองในห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อทดสอบคุณภาพการใช้งานได้จริงและน่าเชื่อถือ การควบคุมตัวแปรที่อาจจะส่งผลให้ชุดทดสอบครั้งนี้ มีความน่าเชื่อถือน้อยลง ที่จะส่งผลการทดสอบ คือ ผู้ทดสอบคุณภาพควรเป็นคนเดียว สถานที่ทดสอบเป็นห้องที่สะอาดมืดซิด โต๊ะไม่มีการปนเปื้อนของเชื้อภายนอก โดยการทำความสะอาดโต๊ะด้วยการเช็ดแอลกอฮอล์ 70% น้ำกลั่นที่มีฝาปิดไม่ผ่านการเปิดใช้งาน ถ้าน้ำผสมอาจจะผสมใช้งานภายใน 24 ชั่วโมง ภาชนะที่ใส่ต้องผ่านการต้มหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% และการลดความเป็นพิษของโลหะหนัก เช่น ทองแดง และสังกะสีเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมาควบคุมเมื่อทดลอง

3. เพิ่มความคุ้มค่าควรมีการคำนวณต้นทุนการผลิตได้นำมาลดค่าใช้จ่ายให้องค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2560–2564).กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กรมอนามัย.คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขภาพภิบาลอาหารและน้ำ.กระทรวงสาธารณสุข.2560.
3. อีระ ปานทิพย์อำพร.การพัฒนาชุดทดสอบโคลิฟอร์มเพื่อตรวจสอบคุณภาพน้ำทางจุลชีววิทยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://lib3.dss.go.th>
4. นิระนารถ แจ่มทองและปัทมา นพรัตน์.การควบคุมคุณภาพภายในสำหรับห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ทดสอบ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://lib3.dss.go.th>
5. กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม.แนวทางการตรวจสอบคุณภาพอย่างง่าย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3
6. ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย SI Medium [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://www.highents.Com>
7. ชุดตรวจสอบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโคลิฟอร์ม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2563] เข้าถึงได้จาก : <https://th.wikipedia.org>

บทความวิจัย

ผลของการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหาร
สำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของผู้รับบริการ

คลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Effect of Education on The Control of Marketing Promotion of Infant
and Young Child Food Act B.E. 2560 in the Maternal and Child Health
Clinic, The Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

เกษแก้ว เกตุพันธ์* Ketkaew Ketphan*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre experiment Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่อง พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ก่อนและหลังการให้ความรู้ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแผนการสอนโรงเรียนพ่อแม่ของกรมอนามัย และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่อง พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ วิดีโอ สื่อนำเสนอ และคู่มือพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้ความรู้ เท่ากับ 6.60 และหลังให้ความรู้ เท่ากับ 11.46

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริษัทนม ให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ได้เป็นกิจกรรมสำคัญที่สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยกระบวนการให้ความรู้ต้องประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติผ่านกรณีตัวอย่างหรือกรณีศึกษา สื่อการสอน มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ตัวอย่างหรือกรณีศึกษา สื่อการสอน มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: ketkaew4280@gmail.com

Abstract

Preliminary experimental research was conducted and aimed at assessing and comparing the knowledge before and after receiving education on the control and marketing of infant and young child food act B.E. 2560, The participants undertaking the sampling included 30. The instrumental of this study was a questionnaire which consisted of the following 3 parts : Part 1 general information, Part 2 a knowledge measurement form on the control of marketing promotion of infant and young child food act B.E. 2560, Part 3 the satisfaction of educating service recipients in the maternal and child health clinic. The research tools included video presentations, leaflets and the control of marketing promotion of infant and young child food act B.E. 2560 guideline book (Department of Health, Ministry of Public Health). Data was collected and analyzed by descriptive statistics. The results show that the comparison of the knowledge, before and after educating mean 6.60 score before and 11.46 score.

The results are discussed and highlight the importance of educating the patients of maternal and child health clinics which are the target group of the dairy companies. Education empowers them to have knowledge, understanding and awareness for potential violations with the control of marketing promotion of infant and young child food act B.E. 2560. Therefore both public and private health care facilities must continue and earnestly. A successful educational process provides a combination using lectures, demonstrations and practice with clear, succinct and easily understood teaching materiel and uncomplicated outcomes.

Keywords : Breastfeeding, The Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E. 2560

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย รับผิดชอบขององค์การอนามัยโลกเรื่องหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes ในเวทีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 34 WHA 34.22 เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2524 และเริ่มประกาศใช้ Code ตั้งแต่ปี 2527-2551 โดยประกาศเป็นหลักเกณฑ์และประกาศกระทรวงแบบสมัครใจ ไม่มีบทลงโทษ สำหรับผู้ฝ่าฝืน จึงพบว่า ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ยังคงทำการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กอย่างไม่เหมาะสม และรุกหนักขึ้นเรื่อยๆ เพื่อเข้าถึงแม่ หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวยุคใหม่ และบุคลากรสาธารณสุข ปี 2557 กระทรวงสาธารณสุข ได้บรรจุเรื่องนี้เป็นนโยบายของกระทรวงฯผลักดันให้เป็นกฎหมายสำคัญลำดับต้น ๆ และได้รับความเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวันที่ 4 เมษายน 2560 และได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 72 ก เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 และมีผลใช้บังคับวันที่ 8 กันยายน 2560 ว่า “พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็กให้เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล และเพื่อคุ้มครองแม่ และครอบครัว ให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กอย่างถูกต้อง¹

จากการศึกษาของชมพูนุท ไทยจินดา และคณะในปี พ.ศ.2557 ศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรสาธารณสุข และการทำการตลาดของบริษัทนมผงในสถานพยาบาลของรัฐ ภายใต้ชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า บริษัทมีการโฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์มีการใช้กลยุทธ์การส่งเสริมการขาย โดยการลด แลก แจก แถม มีการใช้ช่องทางสื่อสารการตลาดกับแม่และครอบครัวโดยตรง ผ่านสื่อสังคมออนไลน์² ฯลฯ ทั้งนี้จากรายงานการเฝ้าระวังการตลาดนมผงขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2557 พบการละเมิด Code ทั้งในลักษณะโจ่งแจ้งชัดเจนและแบบแนบเนียน ทั้งการโฆษณาประชาสัมพันธ์ อาหารทารกและเด็กเล็ก ทางทีวี หนังสือพิมพ์ วิทยุ นิตยสาร หรือสื่อออนไลน์ การแจกตัวอย่างสินค้าและของขวัญฟรีแก่แม่ทั้งทางตรงและทางอ้อม การใช้พนักงานการตลาดติดต่อหญิงตั้งครรภ์ แม่และครอบครัว เพราะพนักงานจะมีวิธีชักจูง โน้มน้าวและให้ข้อมูลที่ทำให้แม่เข้าใจผิดว่า ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การใช้สถานบริการสาธารณสุขเป็นที่โฆษณาประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการอาหารทารก ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจากกรมอนามัย โดยข้อมูลที่ให้ต้องมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และเป็นจริง รวมถึงการใช้ฉลาก แสดงรูปภาพของทารกหรือข้อความชักจูงให้ใช้สินค้า³

พบว่า การส่งเสริมการตลาดนมผงส่วนใหญ่ใช้กลวิธี 5 รูปแบบที่บูรณาการร่วมกันและส่งผลต่อการตัดสินใจของแม่เป็นอย่างมาก ประกอบด้วย 1) การโฆษณา 2) การส่งเสริมการขาย 3) การตลาดทางตรง 4) การตลาดทางอินเทอร์เน็ต และ 5) พนักงานขาย ซึ่งบริษัทได้หลบเลี่ยงหลักเกณฑ์ด้วยการเอาผลิตภัณฑ์นมผงของเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป มาโฆษณา โดยออกแบบผลิตภัณฑ์ให้ใกล้เคียงกับนมผงทารก ทำให้แม่สามารถเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ในการเลือกซื้อ นอกจากนี้ ยังพบการละเมิดหลักเกณฑ์สากล โดยการติดต่อสื่อสารกับแม่โดยตรง โดยใช้การตลาดทางตรงผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ เฟซบุ๊ก รวมถึงการจัดกิจกรรมพิเศษในโรงพยาบาลและตามงานต่างๆ เพื่อแจกนมผงทดลองถึงแม่และผู้ปกครอง⁴

กรมอนามัย ได้ดำเนินการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 มาอย่างต่อเนื่อง โดย 1) จัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและสนับสนุนแม่และครอบครัวให้มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ.2560 ในชุมชน⁵ จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กประจำปีงบประมาณ 2563 ของกรมอนามัย พบว่า พบเรื่องร้องเรียนการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 จำนวน 9 เรื่อง และตรวจสอบข้อเท็จจริงข้อมูลความผิด จำนวน 4 เรื่อง และจากรายงานการเฝ้าระวังฯ เจริญในพื้นที่ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ด้วยการตรวจเยี่ยมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รพ.สต. Lotus Express สาขาอำเภอคงหลวง จ.มุกดาหารและร้านขายยา พบว่า ไม่พบการละเมิด และมีข้อสังเกตที่พบ ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบเนื้อหาใน พรบ.แต่ยังขาดความเข้าใจในเนื้อหาบางประเด็นและขาดการสื่อสารให้บุคลากร รวมทั้งผู้รับบริการทราบอย่างทั่วถึง เช่น ยังพบการใช้อุปกรณ์ สิ่งของที่มีโลโก้นมผสม 2) ร้านค้ารับทราบว่า มี พรบ.นี้ แต่ยังขาดความเข้าใจในเนื้อหา บางอย่าง เช่น การลดราคา⁶

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิกนมแม่ มีบทบาทในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 แก่ผู้รับบริการในคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริษัทนมผสม จึงสนใจศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 สำหรับประชาชนทั่วไป และเพื่อใช้เป็นแนวทางการเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ต่อไป

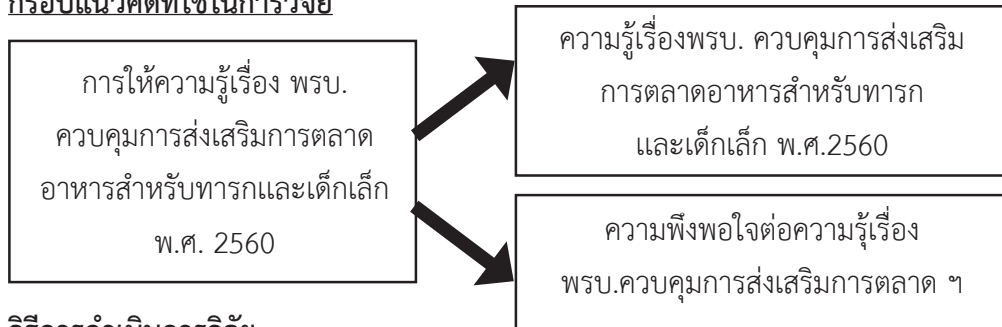
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องพรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ก่อนและหลังการให้ความรู้ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เรื่อง พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

ผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี หลังได้รับความรู้ เรื่อง พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ.2560 สูงกว่าก่อนได้รับความรู้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre experiment Research)

ประชากร คือ ผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive) จากผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2564 ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 – 30 มิถุนายน 2564 ทุกคน ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ยินดีและสมัครเข้าร่วมกิจกรรม 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีสมาร์ทโฟน 4) มีบัญชีไลน์หรือเฟสบุ๊ก 5) ยินดีและสมัครใจรายงานการละเมิดพรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดฯ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแผนการสอนโรงเรียนพ่อแม่ของกรมอนามัย โดยให้ความรู้ครั้งเดียวแบบกลุ่ม ดำเนินการสอนโดยผู้วิจัย ขั้นตอนการให้ความรู้ประกอบด้วยการบรรยาย สานิต ผักปฏิบัติ การซักถามและการแลกเปลี่ยนกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการสอน 1 ชั่วโมง สื่อที่ใช้ในการสอนผู้วิจัยจัดทำสื่อนำเสนอ นำคู่มือพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 และวิดีโอเรื่อง“Code นมแม่” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 2 ชุด ชุดที่ 1 ใช้สอบถามก่อนการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด 1 ข้อ และแบบปลายปิด 3 ข้อ ส่วนที่ 2) สอบถามความรู้เรื่อง พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สอบถามหลังสิ้นสุดการได้รับความรู้ฯทันที ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิด 1 ข้อ และแบบปลายปิด 3 ข้อ ส่วนที่ 2) สอบถามความรู้เรื่อง พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารก และ เด็กเล็ก พ.ศ.2560 มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน ส่วนที่ 3) สอบถามความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ นางสาวณัชชลด รอดเที่ยง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และนางจตุพร สุขสำราญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เฉพาะทางสาขาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และเมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้รับบริการคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี ณ รพ.สต.น้ำอ้อม ต.น้ำอ้อม อ.ค้อวัง จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ 0.77 และแบบวัดความพึงพอใจ 0.75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ดำเนินการให้ความรู้ตามแผนการสอนเป็นแบบกลุ่มครั้งเดียว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
2. ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนได้รับความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ใช้เวลา 15 นาที

4. ดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย รายละเอียดดังนี้

- เปิดวิดีโอ Code นม ใช้เวลา 5 นาที
- บรรยายเรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 แก่ผู้รับบริการคลินิกอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้สื่อการนำเสนอ และคู่มือพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ใช้เวลา 40 นาที
- สานิตและฝึกปฏิบัติการเขียนรายงาน “การเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560” ใช้เวลา 20 นาที
- ซักถามและแลกเปลี่ยนกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5 นาที

5. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังได้รับความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ทันที ใช้เวลา 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลแล้วประมวล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขตรหัสโครงการ ID-12-63-02-E

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีอายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 50.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.3

2. ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560

2.1 ระดับความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ พบว่า ก่อนให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 มีความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 อยู่ในระดับต่ำ และหลังให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.3 มีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 30 มีความรู้ในระดับดี ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก จำแนกตามระดับความรู้ก่อน และหลังการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560

ระดับความรู้		ก่อน		หลัง	
		จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(น้อยกว่า 9 คะแนน)	26	86.7	5	16.7
ปานกลาง	(9-12 คะแนน)	2	6.7	16	53.3
ดี	(12 คะแนนขึ้นไป)	2	6.7	9	30.0
รวม		30	100	30	100

$\bar{X}$ = 6.6, S.D = 3.16, Min = 1, Max =15 $\bar{X}$ = 11.46 S.D = 2.04, Min = 1, Max =15

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ก่อนให้ความรู้ เท่ากับ 6.60 และหลังให้ความรู้ เท่ากับ 11.46 ดังในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติ ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนให้ความรู้	6.60	3.16
หลังให้ความรู้	11.46	2.04

3.ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริม การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 พบว่า ผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่ และเด็กมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก

ข้อที่	ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	มีการแจ้งวัตถุประสงค์ หัวข้อ และระยะเวลา	2.66	0.47	มาก
2	ความตรงเวลาแต่ละครั้ง	2.56	0.50	มาก
3	ผู้สอนมีความรู้ความสามารถในเรื่องที่สอน	3.00	0.00	มาก
4	ความสามารถในการถ่ายทอดของผู้สอน	2.86	0.34	มาก
5	มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยน	2.96	0.18	มาก
6	เนื้อหาเป็นเรื่องใกล้ตัว ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	2.66	0.47	มาก
7	ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น	2.80	0.40	มาก
8	สื่อการสอนเหมาะสม	2.40	0.85	มาก
9	ความรู้ที่ได้รับไม่สามารถปกป้องเด็กให้กินนมแม่	2.46	0.50	มาก
10	ความพึงพอใจในภาพรวม	2.80	0.40	มาก

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังการให้ความรู้เรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีความรู้เพิ่มมากขึ้น (โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.86 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน) และมีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ในระดับมาก (เฉลี่ย 2.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) ที่ได้ผลการวิจัยเช่นนี้เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีบทบาทการเป็นมารดาของเด็ก และส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาถือเป็นวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ ด้วยบทบาทของความเป็นมารดา มารดาทุกคนย่อมรักและห่วงใย สนใจในสุขภาพ และพัฒนาการของลูกมากเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูลูกมารดาจึงเกิดความสนใจและพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับในระดับมากได้โดยง่าย อีกทั้งการให้ความรู้ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการที่สอดคล้องการเรียนรู้ของวัยผู้ใหญ่ (Adult learning) โดยมีกิจกรรมให้ผู้ใหญ่ได้ลงมือปฏิบัติจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากและมีประสิทธิภาพมากกว่าการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้มีกิจกรรมหลากหลาย ประกอบด้วย การการให้ความรู้ภาคทฤษฎี การดูวิดีโอ การศึกษาคู่มือพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การสาธิต และ สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการเขียนรายงานการเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 การซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม ด้วยวิธีการเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เครียดกับการแบ่งปันประสบการณ์ของตนกับบุคคลอื่น จึงทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับความรู้เรื่องเรื่องพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ย่อมส่งผลดีทำให้รู้เท่าทันกลวิธีการตลาดอาหารสำหรับทารก และ เด็กเล็ก เพิ่มขึ้น ไม่หลงเชื่อการโฆษณา และนำไปสู่การปฏิบัติการเลี้ยงบุตรของตนได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถเป็นแกนนำการเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กเพื่อเตือนภัยให้กับสังคมส่วนรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการคลินิกบริการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริษัทนม ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ได้เป็นกิจกรรมสำคัญที่สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง โดยกระบวนการให้ความรู้ต้องประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติผ่านกรณีตัวอย่างหรือกรณีศึกษา สื่อการสอน มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ทั้งนี้เห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในช่วงการซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าเคยได้รับการแจกตัวอย่างนมผสมสำหรับทารกแรกเกิดในการแจ้งเกิดลูกคนแรก (ปัจจุบันอายุ 7ขวบ) เคยได้รับข้อความให้สมัครเป็นสมาชิกและได้รับชุดส่งเสริมพัฒนาการ บางส่วนเคยได้รับของแถมเป็นตัวอย่างนมผสมสำหรับเด็กอายุ 1 ขวบ จากการซื้อของในห้างสรรพสินค้า

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาแบบมีส่วนร่วมในประเด็นการเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก พ.ศ.2560 ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย.พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ชัยชนะเบื้องต้นของแม่และเด็กไทย.ใน:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2561:พุทธศาสนากับการสร้างเสริมสุขภาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 1.นครปฐม : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง;2561.หน้า 50-54
2. ชมพูนุท ไทยจินดา, ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, นิสาล ศรีสฐกุล, และทักษพล ธรรมรังสี. รายงานการปฏิบัติตามนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรสาธารณสุข และการทำแผนการตลาดของบริษัทนมผงในสถานพยาบาลของรัฐภายใต้ชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2557.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/334/>
3. ฉัตรสมน พฤทธิปัญญา.การค้าและสุขภาพ : การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง.วารสารกฎหมายสุขภาพ และสาธารณสุข 2560; 3 : 87-101.
4. บวรสรรค์ เจียรดำรง.การเฝ้าระวังและติดตามกลยุทธ์การสื่อสารในการส่งเสริมการตลาดนมผงในประเทศไทยที่ละเมิดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก ระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก.วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก 2559 ;34 : 105-124.
5. วชิระ เพ็งจันทร์.นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนพรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ.2560. เอกสารนำเสนอในการประชุม :การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแกนนำวิทยากรระดับเขต พรบ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ.2560. 24 ก.ค. 2560 ; ภูเก็ต รีสอร์ท นครนายก จังหวัดนครนายก.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.สรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กประจำปีงบประมาณ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จากhttp://hp.anamai.moph.go.th/download/article/article_20180725134955.pdf

บทความวิจัย

ผลของรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมองEFเด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิต
ส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
Effect of the Executive Function Promotion Model in the Executive
Function Demonstration Center for Early Childhood Development,
The Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

พรพิมล ช้างสาร* Phornphimon Changsan*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น เพื่อพัฒนารูปแบบส่งเสริมทักษะสมองEF ของเด็กปฐมวัยในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ที่เข้ารับการเลี้ยงดูในศูนย์สาธิต ส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในรูปแบบของแผนการจัดประสบการณ์ส่งเสริมทักษะสมอง EF ของเด็กปฐมวัย จำนวน 5 แผน ใช้ร่วมกับแผนจัดประสบการณ์การส่งเสริมการฟัง-พูดภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และ แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 ดำเนินการทดลอง ระหว่าง พฤศจิกายน 2563 - มีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน t-test การวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะสมองEF รวมทุกด้านและแยกราย ด้านก่อนและหลังการใช้รูปแบบส่งเสริมทักษะสมองEF เด็กปฐมวัย พบว่าหลังใช้รูปแบบส่งเสริมทักษะสมองEF เด็กปฐมวัย คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองEF รวมทุกด้าน และแยกรายด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบส่งเสริมทักษะสมองEF เด็กปฐมวัย ส่งผลต่อทักษะสมองเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ จึงควรศึกษาพัฒนารูปแบบส่งเสริมทักษะสมองEFเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์ใช้ กิจกรรมเล่นิทาน กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมเล่นอิสระฯ เพื่อส่งเสริมทักษะสมองEFเด็กปฐมวัยต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบ, เด็กปฐมวัย, ทักษะสมองEF

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่10อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: phornphimon.ch@gmail.com

Abstract

This research is a pre-experimental research was aimed at developing a promotional model of the executive function for early childhood students in the early childhood executive function development center. The participants sampling included 14 children, ages 3–4 year old , who were recruited from the executive function development center. Teachers were asked to rate a child's behavior in the questionnaire. This consisted of the early childhood executive function assessment model and the evaluation form on the development of executive thinking in early childhood (MU.EF-101). The assessment of content validity relied on using a panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient value of the scale was 0.82. Data was collected in November 2020 to March 2021, Data were analyzed by descriptive statistics is number, percentage, mean standard deviation and pair t-test. The study results used a comparison of the mean scores of all executive functions and the separate areas before and after using the executive function model for early childhood. The results used the mean scores of brain skills in all areas and separately increased in statistical significance.

Results are discussed with respect to the importance of the executive function promotion model significantly affecting the brain skills of early childhood that links to increased physical activity in executive function skills. We suggested extending study further by applying storytelling, art activities, independent play activities, etc. to promote the executive function in early childhood.

Keywords : Model, Early childhood, Executive function

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกเปลี่ยนแปลงรวดเร็วสลับซับซ้อน พลิกผันและคาดการณ์ได้ยาก เกือบทุกอย่างรอบตัวเปลี่ยนไปหมด เทคโนโลยีมีบทบาทเกือบทุกด้าน วิถีชีวิตผู้คนเปลี่ยน อาชีพหลายอย่างหายไป อาชีพแปลกใหม่เข้ามาแทนที่ มีภัยคุกคามในหลายด้านทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น เด็กที่จะเติบโตใช้ชีวิตในยุคใหม่ ย่อมต้องมีคุณลักษณะแบบใหม่ไปด้วย นักคิดและนักการศึกษาได้ชี้ว่าคนรุ่นใหม่ที่จะอยู่รอดปลอดภัย มั่นคง จำเป็นต้องมี ทักษะศตวรรษที่ 21

ทักษะศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย ทักษะคิดวิเคราะห์ ทักษะคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะทำงานร่วมกับผู้อื่น อีกทั้งทักษะที่เกี่ยวกับเทคโนโลยี และทักษะชีวิต ทั้งนี้รากฐานที่สำคัญในการสร้างทักษะศตวรรษที่ 21 คือ ทักษะสมอง EF หมายถึง การทำงานระดับสูงของสมองในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และการกระทำ เพื่อกำกับตนเองให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมายโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบัน RLG¹ ได้กล่าวถึง ทักษะสมอง EF แบ่งเป็น 3 กลุ่ม 9 ทักษะ คือ กลุ่มทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะด้านความจำเพื่อใช้งาน ทักษะด้านการยั้งคิดไตร่ตรอง และ ทักษะด้านการยืดหยุ่นความคิด กลุ่มทักษะกำกับตนเอง ได้แก่ ทักษะด้านการจดจ่อใส่ใจ ทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ และทักษะด้านการติดตามประเมินตนเอง และกลุ่มทักษะปฏิบัติ ได้แก่ ทักษะด้านการริเริ่มและลงมือทำ ทักษะด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ และทักษะด้านการมุ่งเป้าหมาย ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เด็กปฐมวัยจนผู้ใหญ่ ทักษะดังกล่าวจึงจะติดตัวไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ในการฝึกทักษะดังกล่าวที่เหมาะสมควรฝึกในช่วงเด็กปฐมวัย (อายุ 0 – ก่อน 6 ปีบริบูรณ์) ถือเป็นช่วงวัยแห่งการเจริญเติบโตที่สำคัญที่สุดของชีวิต เพราะพัฒนาการทุก ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ภาษา จริยธรรม และความคิดสร้างสรรค์ จะสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้มากที่สุดในช่วงดังกล่าว ทั้งนี้จากรายงานผลการสำรวจพัฒนาการทักษะสมอง EF ของเด็กวัย 2 - 6 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง 2,965 คนทั่วทุกภาคของประเทศไทยในช่วงปี 2558 -2559 ด้วยแบบประเมินพัฒนาการด้านทักษะสมองEFในเด็กปฐมวัย พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้โครงการวิจัยที่สนับสนุน โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่า ปัจจุบันมีเด็กวัย 2 - 6 ปี ที่มีปัญหาพฤติกรรมที่เป็นความบกพร่องของทักษะสมอง EF ประมาณ ร้อยละ 30 คือเป็นเด็กที่มีความบกพร่องอย่างชัดเจน ร้อยละ 16 และ บกพร่องเล็กน้อยร้อยละ 14 ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้าน EF ลำช้า คือ พบประมาณร้อยละ 29 โดยเป็นเด็กที่มีพัฒนาการด้าน EF ต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างชัดเจนร้อยละ 14 และต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยร้อยละ15 สอดคล้องกับผลการสำรวจข้อมูลสถิติสภาวะการทางวัฒนธรรมของเด็กและเยาวชนไทยในช่วงที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญ 6 ด้านหลัก ได้แก่ อันดับ 1 ปัญหาเยาวชนเสพติดมากถึง 2.7 ล้านคน อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 3 แสนคน ต้องเข้ารับการบำบัด ส่วนเยาวชนอายุ 11 ปี จำนวน 7 คนเริ่มเสพยาบ้า และอายุ 7 ปีเสยาบ้า อันดับ 2 ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

จากสถิติพบว่า อายุต่ำกว่า 19 ปีลงมา ท้องถึงปีละ 1.5 แสนคน อันดับ 3 เด็กถูกละเมิด และกลั่นแกล้ง กระทำความรุนแรงโดยสื่อ อันดับ 4 การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ยุคใหม่ที่รักลูก แบบไม่ถูกทาง อันดับ 5 การเสพสื่ออนาจารผ่านสื่อออนไลน์ และอันดับ 6 การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เกิดนักดื่มหน้าใหม่ เพิ่มขึ้น 2.5 ล้านคน โดยอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถซื้อหา เครื่องดื่มได้เองถึงร้อยละ 98.7 จากปัญหาต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่าเด็กขาดทักษะสมอง EF ที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิต ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความต้องการในด้านลบของตนเอง ไม่รู้จักการหยุด การยับยั้งชั่งใจ หรือยืดหยุ่น เด็กขาดทักษะการคิดวิเคราะห์การวางแผนจัดลำดับ ความสำคัญในการดำเนินชีวิต ซึ่งหากเด็กได้รับการพัฒนาทักษะสมอง EF ที่ดี ส่งผลให้การทำงานของสมองส่วนหน้าที่ เข้มแข็งจะช่วยให้เด็กรู้จักคิดก่อนทำ ยับยั้งชั่งใจเพื่อกำกับตนเอง สู่ความสำเร็จ ซึ่งการพัฒนาทักษะสมองเหล่านี้ควรบูรณาการ ในชีวิตประจำวัน ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบัน RLG¹ ได้กล่าวถึง การดูแล และการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาเด็กไทยที่ผ่านมา นั้น ย่อมมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนบางประการอยู่ ผลลัพธ์ของการพัฒนาจึง "ติดลบ" เช่นนี้หนึ่งในสาเหตุสำคัญของปัญหานี้ ซึ่งเป็น ที่วิพากษ์วิจารณ์กันมาต่อเนื่องยาวนานก็คือ การศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาเด็กด้าน IQ เป็นสำคัญ เน้นการท่องจำเนื้อหา สอนด้วยตำรา แข่งขันด้วยการสอบทุกระดับตั้งแต่อนุบาลถึงอุดมศึกษา และไม่ได้เอาความรู้ด้านพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ รวมทั้งพัฒนาการของสมองเป็นตัว ตั้ง กล่าวได้ว่า การพัฒนาเด็กไทยที่ผ่านมาให้ความใส่ใจต่อพัฒนาการรอบด้านของเด็กน้อยกว่า ด้านท่องจำ และให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด การกำกับตนเองการพัฒนาทักษะชีวิต และการฝึกฝนจากประสบการณ์จริงน้อยมาก ปัญหาจึงได้ปรากฏดังกล่าวนี้อีก

สถานรับเลี้ยงเด็กปฐมวัยมีบทบาทสำคัญในการจัดห้องเรียนปฐมวัย² ที่ตระหนักถึงความ สำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการทักษะ สมอง EF การเพิ่มโอกาสให้เด็กได้ตั้งทักษะสมอง EF มาใช้ปฏิบัติและฝึกฝนได้อย่างเต็มศักยภาพ นอกจากนี้ยังคำนึงถึงการจัดสิ่งแวดล้อม และการ สร้างบรรยากาศในชั้นเรียนให้สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานทางร่างกายและจิตใจของเด็ก เพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมให้เด็กมีความพร้อมในการเรียนรู้ และความกล้าที่จะเผชิญความ ท้าทาย สามารถใช้ทักษะสมอง EF ในการลองผิดลองถูก ควบคุมอารมณ์ คิดทบทวน และ ลองคิดวิเคราะห์ หาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ตัดสินใจลองทำใหม่ จนกว่าจะสำเร็จ ศูนย์สาธิต ส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการดูแลเด็กปฐมวัย โดยจัดกระบวนการเรียนรู้ ผ่านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะ สมอง EF พัฒนาการ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ซึ่งได้สำรวจพัฒนาการด้านการคิดเชิง บริหาร (EF) ของเด็กอายุ 2-4 ปี ในศูนย์สาธิตฯ ปี2562-2563 พบว่า พัฒนาการคิดเชิงบริหาร ที่น้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ ด้านการหยุด/ยับยั้ง ร้อยละ 4.65 และ 9.3 (ตามลำดับ) การยืดหยุ่น ทางความคิด ร้อยละ 6.98 และ 4.60 (ตามลำดับ) การควบคุมอารมณ์ ร้อยละ 4.65 และ 9.20

(ตามลำดับ) ความจำขณะทำงาน ร้อยละ 16.28 และ 11.6 (ตามลำดับ) และการวางแผนจัดการ ร้อยละ 2.33 และ 11.6 (ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าทักษะสมอง EF ด้านการหยุด/ยับยั้ง การควบคุมอารมณ์ และการวางแผนจัดการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ศูนย์สาธิตฯ เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ให้เต็มศักยภาพ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้พัฒนาได้ คือ การเลี้ยงดูและการอบรมสั่งสอน ครูจึงมีบทบาทสำคัญ ต่อการทักษะสมอง EF

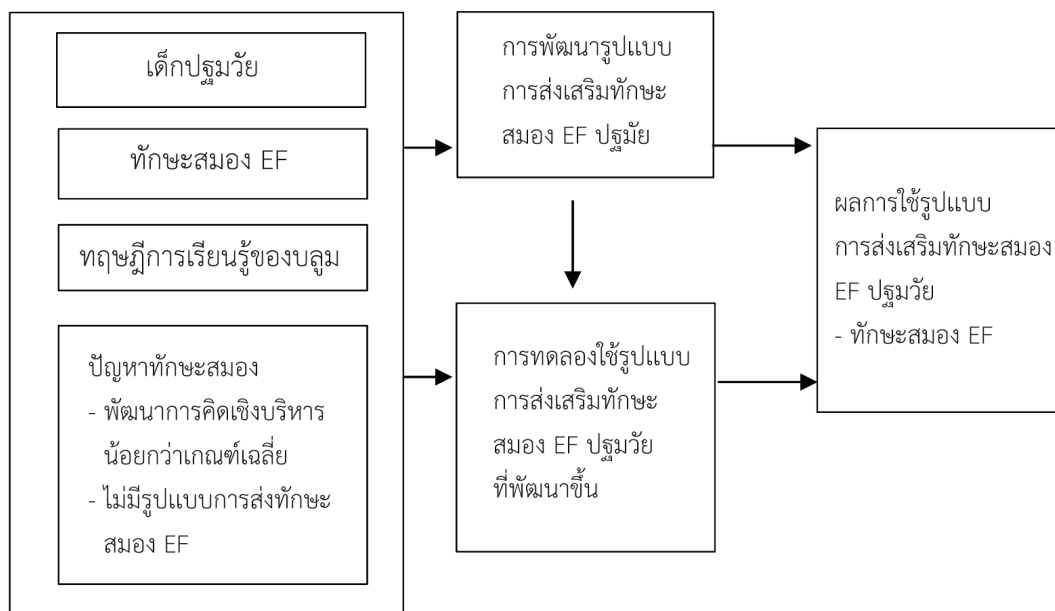
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลรูปแบบส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมอง ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ส่งผลต่อทักษะสมอง EF เพื่อให้เด็กพัฒนาทักษะด้านการคิดเชิงบริหาร ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้กับครู และบุคลากรทางการศึกษาของเด็กปฐมวัย รวมถึงพ่อแม่ผู้ปกครองในการเลือกและพิจารณากิจกรรมส่งเสริมทักษะสมอง EF ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสมองของเด็กปฐมวัยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการเลี้ยงดูในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมอง
กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ห้อง Bilingual จำนวน 14 คน ที่เข้ารับการเลี้ยงดู
ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมอง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) เด็กปฐมวัย
อายุ 3-4 ปี ห้อง Bilingual ศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองเด็กปฐมวัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 3-4 ปี และสามารถพูดสื่อสาร เข้าใจ และปฏิบัติตามคำสั่งได้

เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคประจำตัว และเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามรูปแบบส่งเสริมทักษะ

สมอง EF

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. รูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในรูปแบบของแผนการจัด
ประสบการณ์ส่งเสริมทักษะสมอง EF ของเด็กปฐมวัย จำนวน 5 แผน ประกอบด้วย การดื่มและ
การกิน การใช้ห้องอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ และ การเล่นสนาม แผนละ 2 ครั้ง ครั้งละ
45 นาที โดยประยุกต์จากคู่มือพัฒนาทักษะสมอง EXECUTIVE FUNCTIONS สำหรับครูปฐมวัย
และคู่มือเครื่องมือวิเคราะห์ เพื่อออกแบบ “การจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมทักษะสมอง EF”
สำหรับครูปฐมวัย แผนทั้ง 5 แผนดังกล่าวได้ใช้ร่วมกับแผนจัดประสบการณ์ส่งเสริมการ
ฟัง-พูดภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป้าหมาย

- 1) จุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ทักษะการฟัง พูด ภาษาอังกฤษ จนสามารถนำไปพูดสื่อสาร
ภาษาอังกฤษ
- 2) ความคิดหลักในการออกแบบกิจกรรมของรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง
EF ปฐมวัย
 - ให้เด็กเรียนรู้ คำศัพท์ บทสนทนาภาษาอังกฤษที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
 - ผ่านกิจกรรมบทบาทสมมติ
- 3) มุ่งส่งเสริม EF
 - ได้เรียนรู้การฟัง พูดภาษาอังกฤษผ่านกิจวัตรประจำวัน
 - ได้ฝึกทักษะด้านอารมณ์และสังคม : เข้าใจตนเองและผู้อื่นจัดการอารมณ์ตนเอง
และความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้
 - ได้ฝึกการจดจ่อใส่ใจ
 - ได้เรียนรู้ผ่านการเล่นบทบาทสมมติ
- 4) พัฒนาการ 4 ด้าน กิจกรรมเล่นบทบาทสมมติมุ่งเน้นพัฒนาการทางด้านสติ
ปัญญา ด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม การเล่นบทบาทสมมติได้นำความรู้
ความเข้าใจ ต่อสิ่งที่เรียนรู้มาถ่ายทอด ตอบสนองความต้องการทางอารมณ์
หรือ สื่อสารความรู้สึกนึกคิดประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ปฏิสัมพันธ์ และบทบาท
ของคนในครอบครัวในสังคม
- 5) พฤติกรรมเด็กที่คาดหวัง เด็กเข้าใจและใช้ภาษาอังกฤษได้ จากการเชื่อมโยง
ประสบการณ์และความรู้เดิม จนสามารถนำไปใช้แสดงบทบาทสมมติเป็นครูสอน
เพื่อนพูดภาษาอังกฤษได้

ส่วนที่ 2 กิจกรรม

- 6) ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์เดิมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในเรื่องนี้ เป็นอย่างไรบ้างเด็กมีประสบการณ์เรียนรู้การฟัง พูดภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน เรื่องการดื่มและการกินการใช้ห้องอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว และการเล่นสนาม
- 7) ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ใหม่/ความท้าทายที่ต้องการให้เกิดในกิจกรรมนี้เป็นอย่างไร เด็กได้เล่นบทบาทสมมติเป็นครู เพื่อให้เด็กได้เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์จากการเรียน มาถ่ายทอดผ่านการเล่นบทบาทสมมติ ช่วยให้เด็กเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้ชัดเจน แม่นยำ และก่อให้เกิดประสบการณ์ตรงในการใช้ภาษาอังกฤษ จนนำไปสู่ความมั่นใจในการใช้ภาษาอังกฤษ 8-9) ขั้นตอน/กระบวนการ และ วัตถุประสงค์ของขั้นตอน/กระบวนการ

8.ขั้นตอน/กระบวนการ	9.วัตถุประสงค์ของขั้นตอน/กระบวนการ	ทักษะสมองEF
1.ครูให้เด็กนั่งตามสัญลักษณ์ในห้องเรียน กล่าวทักทาย ครูถามเด็กจำได้ไหมว่าอุปกรณ์ สิ่งของต่างๆภาษาอังกฤษเรียกอะไร และกิริยา ท่าทางต่าง ๆ ภาษาอังกฤษเรียกอะไร	- เด็กได้สำรวจสิ่งของ และเชื่อมโยงความรู้ โดยอาศัยความทรงจำในประสบการณ์เดิม - มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรม	- working memory - focus/attention
2.ครูแนะนำกิจกรรม แจกกติกา และบอกวิธี กิจกรรมภาษาอังกฤษ เรื่องดื่มและกิน โดยให้เด็กจับคู่กับเพื่อน และให้เด็กแสดงบทบาท เป็นครู แนะนำอุปกรณ์และบอกให้เพื่อนทำตามโดยใช้ภาษาอังกฤษ ภายใน 3 นาที ให้เร็วที่สุด	- เด็กได้เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ จากการเรียน มาถ่ายทอดผ่านการ เล่นบทบาทสมมติ - เด็กมีการวางแผนว่าจะเล่นและแสดงอะไร ลำดับขั้นตอนก่อน หลัง - เด็กจะได้ฝึกทักษะความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น - เด็กจะพยายามอดกลั้น ควบคุมอารมณ์ หาวีธีผ่านอุปสรรค พยายามไปสู่เป้าหมาย	-working memory -focus/attention -emotional control -cognitive flexibility
3.ครูให้เด็กจับคู่ออกมาทำกิจกรรมที่ละคู่ และ สลับบทบาท หมดเวลา กดกริ่ง	- เด็กได้เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ จากการเรียน มาถ่ายทอดผ่านการ เล่นบทบาทสมมติ - เด็กมีการวางแผนว่าจะเล่นและแสดงอะไร ลำดับขั้นตอนก่อน หลัง - เด็กจะได้ฝึกทักษะความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น - เด็กจะพยายามอดกลั้น ควบคุมอารมณ์ หาวีธีผ่านอุปสรรค พยายามไปสู่เป้าหมาย	- working memory - focus/attention - emotional control - inhibitory control - cognitive flexibility - planning &organizing - self-monitoring - goal-directed persistence
4.ครูถามเด็กว่า - ทุกคนหลังกิจกรรมแล้วสนุกไหมคะ - เด็กจะนำไปพูดกับใครคะ - พูดภาษาอังกฤษยากไหมคะ - ทำได้ไหมคะ - แสดงว่ายากแล้วพูดได้ไหมคะ ครูกล่าวชื่นชม ประเมินให้ตนเองคะ	- เด็กเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้ชัดเจน แม่นยำ และก่อให้เกิดประสบการณ์ตรง ในการใช้ภาษาอังกฤษ - เด็กรับรู้ความสามารถการฟังและพูด ภาษาอังกฤษของตนเอง จนนำไปสู่ความ มั่นใจในการใช้ภาษาอังกฤษ	- self-monitoring

10) สื่อ/อุปกรณ์

สำหรับครู กริ่ง

สำหรับเด็ก อุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้จริงในโรงเรียน

11) การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะสมอง EF

11.1) การจัดสภาพแวดล้อมทางกาย จัดกิจกรรมโดยใช้สถานที่ และอุปกรณ์ ที่ใช้จริงในชีวิตประจำวัน เด็กเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้ชัดเจน มั่นยำ ก่อเกิดประสบการณ์จากการปฏิบัติ เชื่อมโยงไปสู่การใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน

11.2) การจัดสภาพแวดล้อมทางความคิด กระตุ้นให้เด็กคิด วางแผน เล่นบทบาทสมมติ เป็นครูสอนภาษาอังกฤษ

11.3) การจัดสภาพแวดล้อมทางจิตใจ อารมณ์และสังคม เด็กรู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย กล้าแสดงออกอย่างอิสระ เรียนรู้การทำงาน การอยู่ร่วมกัน โดยเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยการใช้วินัยเชิงบวกในการสื่อสารและปรับพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 บันทึกหลังการจัดประสบการณ์

12) การจัดประสบการณ์ของครูตามขั้นตอน/กระบวนการในข้อ 8) เป็นอย่างไร ได้ผลตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะเหตุใด

13) การจัดประสบการณ์ของครูตามขั้นตอน/ กระบวนการในข้อ 8) มีอุปสรรคหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใด

14) จะดีกว่านี้ถ้า.....

15) คุณครูได้เรียนรู้อะไรบ้างในการจัดประสบการณ์ครั้งนี้

16) แผนการจัดประสบการณ์ครั้งต่อไปควรเป็นเช่นไร เพื่อให้เด็กๆ ได้ต่อยอดพัฒนาการจากครั้งนี้

2. แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) พัฒนาโดย นวลจันทร์ จุฑาภักดี และอรพินท์ เลิศอวีศดาตระกูล³ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเชิงบวกที่แสดงถึงพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารแต่ละด้านของเด็กวัย 2-6 ปี โดยถามว่าเด็กมีพฤติกรรมเหล่านั้นบ่อยแค่ไหน ใช้ประเมินและ ติดตามพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กทักษะการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้าน รวมทั้งหมด 32 ข้อ (ค่าคะแนนก่อน-หลัง)

คำถามด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม (Inhibit) จำนวน 10 ข้อ

คำถามด้านการเปลี่ยน/ ยึดหยุ่นความคิด (Shift) จำนวน 5 ข้อ

คำถามด้านการควบคุมอารมณ์ (Emotional control) จำนวน 5 ข้อ

คำถามด้านความจำขณะทำงาน (Working memory) จำนวน 6 ข้อ

คำถามด้านการวางแผนจัดการ (Plan/Organize) จำนวน 6 ข้อ

แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน มีค่า Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.82 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของครอนบัก (Cronbach's alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.77 ในงานวิจัยนี้ได้มีการทดลองใช้ (Try Out) แบบประเมินนี้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นใหม่อีกครั้ง พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลสำหรับครูประจำชั้น ครูปฐมวัย และเจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. ผู้ประเมิน ได้แก่ ครูที่เคยสอนหรือเคยดูแลเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาแล้วอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 2-3 เดือนและเป็นผู้ที่รู้จักพฤติกรรมของเด็กที่ถูกประเมินเป็นอย่างดี นำแบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ไปใช้ประเมินเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน
3. ดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF ที่ได้กำหนดไว้
4. ผู้ประเมินคนเดิมนำแบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร (MU.EF-101) ไปใช้ประเมินเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนอีกครั้ง
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ t-test

ผลการวิจัย

ก่อนใช้การรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF พัฒนาการทักษะสมอง EF ด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวม 5 ด้าน พบว่า ด้านการเปลี่ยนความคิด ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม ด้านการวางแผนจัดการ ด้านความจำ ขณะทำงานมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยระดับดีมาก ร้อยละ 78.57, 71.42, 64.28, 64.28 และ 57.14 (ตามลำดับ) หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF พัฒนาการทักษะสมอง EF ด้านการคิดเชิงบริหารโดยรวม 5 ด้าน มากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

หลังการใช้รูปแบบส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ในศูนย์สาธิตส่งเสริมพัฒนาการทักษะสมองปฐมวัยศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 14 คน โดยให้ครูประจำชั้นทำแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) ก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย กิจกรรมบทบาทสมมติ ประกอบด้วย 5 แผน การตี๋มและการกิน การใช้ห้องอาหาร การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ และ การเล่นสนามแผนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที และใช้ร่วมกับแผนจัดประสบการณ์การส่งเสริมการฟัง-พูดภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน หลังสิ้นสุดกระบวนการให้ ครูประจำชั้นทำแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (MU.EF-101) อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัยดังกล่าว ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยถึง 2 มิติ คือ พัฒนาการด้านสติปัญญา โดยใช้แผนจัดประสบการณ์การส่งเสริมการฟัง-พูดภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และพัฒนาการด้านทักษะสมอง EF โดยการเล่นบทบาทสมมติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาคันธรส ภาพล ⁴ ผลการจัดกิจกรรมนิทานหุ่นเงาที่ส่งผลต่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสมองสำหรับเด็กปฐมวัย ศึกษาการคิดเชิงบริหารสมองของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเล่านิทานหุ่นเงาของเด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เด็กอายุระหว่าง 5-6 ปี จำนวนทั้งสิ้น 25 คน ผลการวิจัยพบว่า การคิดเชิงบริหารสมองของเด็กปฐมวัยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในด้านการใส่ใจจดจ่อรองลงมาคือ ด้านการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาอนุชนาฏ รักษี และคณะ ⁵ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหารผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัยผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสจำนวน 20 กิจกรรม (MU-EF.SI) แก่เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 3-6 ปี จากการศึกษาनोंร่งในการใช้โปรแกรม MU-EF.SI ส่งเสริมเด็กเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (32 ชั่วโมง) และมีการประเมินทักษะการคิดเชิงบริหาร ด้วยแบบประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารฉบับของมหาวิทยาลัยมหิดล (MU-EF) ทั้งก่อนและหลัง ผลการวิจัย พบว่าระดับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) ของภาพรวม ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.7 เป็นร้อยละ 70.2 และพบว่าพัฒนาการคิดเชิงบริหารด้านความจำขณะทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.4 เป็นร้อยละ 76.6 ส่วนพัฒนาการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนจัดการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.3 เป็นร้อยละ 68.1

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาโดยใช้กิจกรรมอื่น ๆ เช่น กิจกรรมเล่านิทาน กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมเล่นอิสระ เพื่อพัฒนารูปแบบส่งเสริมทักษะสมอง EF
2. ควรมีนำรูปแบบส่งเสริมทักษะสมอง EF เด็กปฐมวัย ไปใช้ทดลองใช้ในกลุ่มอื่นๆ โดยปรับรูปแบบความยากง่ายของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบัน RLG. คู่มือเครื่องมือวิเคราะห์ เพื่อออกแบบ “การจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมทักษะสมอง EF” สำหรับครูปฐมวัย. กรุงเทพฯ:รักลูกกรุ๊ป จำกัด. 2561.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบัน RLG. คู่มือพัฒนาทักษะสมอง EXECUTIVE FUNCTIONS สำหรับครูปฐมวัย. กรุงเทพฯ:รักลูกกรุ๊ป จำกัด. 2561.
3. นวลจันทร์ จุฑาภักดี และอรพินท์ เลิศอวัฒตระกุล. คู่มือการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ:ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีวโมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563
4. คันธรส ภาพล.ผลการจัดกิจกรรมนิทานหุ่นเงาที่ ส่งผลต่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารสมอง สำหรับเด็กปฐมวัยวารสารครุศาสตร์สาธิตคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. 2563;14(2): 100-113.
5. นุชนาฏ รักชี และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหาร ผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : https://op.mahidol.ac.th/ra/2018/08/15/cf_2561-06/

บทความวิจัย

ความรอบรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : กรณีศึกษาวัยรุ่นหญิงที่มารับบริการ
ด้านการวางแผนคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิดในคลินิกวัยรุ่นเรียนวัยรุ่น

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Health Literacy of Teenage Pregnancy Prevention : A case study
of Adolescent Girls Who Received an Implantable Contraceptive
Planning Service in a Teenage Student Clinic, The Regional Health
Promotion Center 10 Ubon Ratchathani

อรุณรัตน์ กาลพันธา* Aroonrat Kalpanta*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นแบบเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และพฤติกรรม ของวัยรุ่นหญิงที่มารับบริการด้านการวางแผนคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิดในคลินิกวัยรุ่นเรียนวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี ที่มารับบริการฝังยาคุมกำเนิดและมาขอคำปรึกษาวิธีการกำเนิดช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 36 คน โดยนำแบบสอบถามของนุสรณ์ เฮาพะมะ¹ มีทั้งหมด 8 ตอน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ อยู่ระดับต่ำแต่มีระดับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ระดับสูง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่มีการปฏิบัติกันมา ครึ่งร้อยละ 50 การวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์มาจากการบอกต่อกันในกลุ่มเพื่อนและรับความรู้จากเจ้าหน้าที่ แต่ไม่ได้เกิดจากการความรู้ด้านสุขภาพของตนเอง ควรส่งเสริมและเพิ่มช่องทางการเข้าถึง การสื่อสาร การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อให้วัยรุ่นได้มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมของตนเอง ได้ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : ความรอบรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นการวางแผนคุมกำเนิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: aroonrat.akt@gmail.com

Abstract

This result is Descriptive to study the knowledge, understanding of health, Access to information and services, Communication to increase expertise managing one's own health conditions media and information literacy discriminatory decision-making and behavior in Health Literacy of Teenage Pregnancy Prevention A case study of Adolescent Girls Who Received an Implantable Contraceptive Planning Service in a Teenage Student Clinic, The Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani. Specifically Randomized Samples is adolescent girls aged 13-24 years received contraceptive implantation services and counseling during January 1 - February 28, 2021 total 36 persons. The instrument used in this research was the tools of Nusran Homa1 divided into 8 parts. The data were analyzed by using descriptive statistics is number, percentage, mean, standard deviation.

The results showed that half of the respondents had a low level of knowledge but a high level of pregnancy prevention behaviors, 66.7 percent, and most had access to information and health services. Communication increases expertise. Managing one's own health conditions Information literacy and infrequent discrimination decision making 50% of this research. Pregnancy prevention behaviors come from sharing among friends and gaining knowledge from staff, But not due to their own knowledge of health It should promote and increase access, communication, and management of health conditions. Knowledge of media and information so that adolescents have the ability to manage their own behavior properly.

Keywords : Health Literacy, Prevention, Teenage Pregnancy, Contraceptive Planning

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากองค์การสหประชาชาติ อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยทวีปแอฟริกามีอัตราเฉลี่ยสูงถึง 103.6 ในขณะที่ทวีปยุโรปมีค่าเฉลี่ยต่ำเพียง 19.2 และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตรา 42.5 ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน ในขณะที่ประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงแต่การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีกลับเพิ่มขึ้น รายงานสถิติสาธารณสุขไทยประจำปีพบว่า อัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ณ พ.ศ. 2543 เท่ากับ 31.1 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน และเพิ่มสูงถึง 53.8 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ใน ปีพ.ศ.2555 เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอดของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ในระดับสูง ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี จีน สิงคโปร์ มีเพียง 2-6 รายต่อ 1,000 คน อัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยยังคงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions) ใกล้เคียงกับประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา ติมอร์ และหลายประเทศในลาตินอเมริกา เช่น ชิลี คอสตาริกา หรือ คิวบา นับว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยสูงกว่าของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีค่าเฉลี่ยที่ 35 ต่อ 1,000 คน โดยประเทศไทยมีหลักฐานสนับสนุนว่าบุตรสาวของแม่วัยรุ่น มีโอกาสตั้งครรภ์ และ กลายเป็นแม่วัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 33 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 17 ปีหรือน้อยกว่า และร้อยละ 17 สำหรับบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 18-19 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.0 กรณีบุตรสาวที่เกิดจากแม่อายุ 20 ปี หรือมากกว่าจะตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นประเพณี วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความยากจน การขาดโอกาส ด้านการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิดการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญ คือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาที่พบตามมาต้องหยุดหรือออกจากการศึกษาส่งผลกระทบต่อประเทศขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ เกิดปัญหาบุตรที่ไม่ต้องการ และนำไปสู่ การลักลอบทำแท้งมากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาระทางเศรษฐกิจ เนื่องจาก ไม่มีงานทำการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทุกมิติของชีวิตเด็กและครอบครัว และยังส่งผลกระทบข้ามรุ่นสู่ลูกที่เกิดมา (Intergenerational Impact) กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นมีการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมและเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่มทั้งในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาและชุมชน โดยมีมาตรการที่สำคัญ คือ การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่น เน้นการดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบองค์รวม ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต พัฒนาการด้านการเรียนรู้อารมณ์และสังคม

ทั้งนี้ กรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์ และขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มวัยรุ่นภายใต้ยุทธศาสตร์กลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมและเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่มในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาและชุมชน โดยมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) ได้กำหนดให้มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ พบว่า ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ส่วนใหญ่ คือ การจัดบริการเชิงรับเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน³ จากข้อมูลสถานการณ์วัยรุ่นในพื้นที่เขตตรวจสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญและจังหวัดมุกดาหาร ยังเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15–19 ปี ต่อพันประชากรสูงและการตั้งครรภ์ซ้ำสูง แต่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยสมัยใหม่หลังคลอดหรือหลังแท้ง เพียงร้อยละ 19.13⁴

การเข้าถึงด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการใช้บริการของวัยรุ่นให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารใช้บริการสุขภาพตามความเหมาะสมด้านการวางแผนคุมกำเนิดเรื่องยาฝังคุมกำเนิดและการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการวางแผนคุมกำเนิดเรื่องยาฝังคุมกำเนิด ในวัยรุ่นหญิงและการใช้ถุงยางอนามัยในป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นชาย เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังนั้น ผู้วิจัยอยากทราบว่าวัยรุ่นหญิงที่มารับบริการที่คลินิกมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นอย่างไร เพื่อจะได้มีข้อมูลสำหรับการส่งเสริมความรอบรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและพฤติกรรม ของวัยรุ่นหญิงที่มารับบริการด้านการวางแผนคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิดในคลินิกวัยรุ่นศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นหญิงที่มารับบริการในคลินิกวัยรุ่นศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี ที่มารับบริการ จำนวน 36 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยของชมพูช ดอกคำใต้⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เขตตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายมีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.20 แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen J ที่ $\alpha = 0.5$, Power = 0.80 Effect size = 0.20 ได้ตัวอย่าง จำนวน 24 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็น 36 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มผู้รับที่มารับบริการฝังยาคุมกำเนิดและที่มาขอคำปรึกษาวิธีการกำเนิดในช่วงเวลา วันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 28 กุมภาพันธ์ 2564 มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนด และ (2) สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และคัดออกในผู้ยินยอมสมัครใจในครั้งแรกและมาขอยกเลิกภายหลัง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนแรกและมาขอยกเลิกภายหลัง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นำแบบสอบถามเรื่องความรู้เรื่องยาฝังคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิงของนุสรณ์ เฮา มะ¹ มาใช้ มีทั้งหมดเป็น 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุกลุ่มตัวอย่าง อายุของแฟนกลุ่มตัวอย่าง การศึกษา อาชีพอาศัยพักพิง สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา(ผู้ปกครอง) รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อแต่ละค่าให้ความหมาย คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน (ระดับดีมาก) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน (ระดับดี) ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน (ระดับปานกลาง) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน (ระดับน้อย) ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน (ระดับน้อยมาก) คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ความหมาย คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน (ระดับดีมาก) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน (ระดับดี) ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน (ระดับปานกลาง) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน (ระดับน้อย) ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน (ระดับน้อยมาก) คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ความหมาย คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน (ระดับดีมาก) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน (ระดับดี) ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน (ระดับปานกลาง) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน (ระดับน้อย) ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน (ระดับน้อยมาก) คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ความหมาย คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 5 คะแนน (ระดับดีมาก) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน (ระดับดี) ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน (ระดับปานกลาง) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน (ระดับน้อย) ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน (ระดับน้อยมาก) คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 9 คะแนน

ตอนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ให้ความหมาย คือ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 5 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 1 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 75 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในวันที่ได้ให้บริการวันจันทร์-วันศุกร์ เริ่มเก็บข้อมูลวันที่ 1 ธันวาคม 2563 - 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการวิจัย โดยหลังจากมีการให้คำปรึกษาและบริการจะขอเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้รับบริการยินยอม จะให้ลงใบยินยอม
- 2) ให้การปรึกษาและความรู้เรื่องการวางแผนคุมกำเนิดโดยเน้นเรื่องยาฝังคุมกำเนิด ในผู้รับบริการ
- 3) ให้ผู้รับบริการทำแบบสอบถาม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแบ่งระดับความรู้และการปฏิบัติ ใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁸ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง โดยความรอบรู้มีทั้งหมด 7 ด้าน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนข้อ	ช่วงคะแนน	แบ่งคะแนนเป็นช่วง	
1. ความรู้	10	0-10	สูง	(8-10 คะแนน)
			ปานกลาง	(6-7 คะแนน)
			ต่ำ	(0-5 คะแนน)
2. การเข้าถึงข้อมูล	5	5-25	สูง	(20-25 คะแนน)
			ปานกลาง	(15-19 คะแนน)
			ต่ำ	(5-14 คะแนน)
3. การสื่อสาร	5	5-25	สูง	(20-25 คะแนน)
			ปานกลาง	(15-19 คะแนน)
			ต่ำ	(5-14 คะแนน)
4. การจัดการ	5	5-25	สูง	(20-25 คะแนน)
			ปานกลาง	(15-19 คะแนน)
			ต่ำ	(5-14 คะแนน)
5. การรู้เท่าทันสื่อ	5	5-25	สูง	(20-25 คะแนน)
			ปานกลาง	(15-19 คะแนน)
			ต่ำ	(5-14 คะแนน)
6. การตัดสินใจ	9	0-9	สูง	(8-9 คะแนน)
			ปานกลาง	(6-7 คะแนน)
			ต่ำ	(0-5 คะแนน)
7. พฤติกรรมการป้องกัน	15	15-75	สูง	(60-75 คะแนน)
			ปานกลาง	(45-59 คะแนน)
			ต่ำ	(15-44 คะแนน)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 17 ปี (S.D.=2.37) กลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 20.1 (S.D.=3.43) เป็นกลุ่มอายุ 21 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 91.7 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.7 ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 66.7 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 75.0 สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.0 อาชีพของบิดามารดา ทำไร่ ทำนา ทำสวนและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 มีรายได้พอเพียงและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 58.6 ความสัมพันธ์ครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 50.0 มากกว่าครึ่งไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่มีประวัติการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี ร้อยละ 58 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
อายุหญิง	10-14 ปี	9	25.0
	15-19 ปี	24	66.7
	20 ปี ขึ้นไป	3	8.3
	$\bar{X}$ = 17.0 S.D.= 2.37 Min= 14 Max= 21		
อายุชาย	10-14 ปี	3	8.3
	15-19 ปี	12	33.3
	20 ปี ขึ้นไป	21	58.3
	$\bar{X}$ = 20.2 S.D.= 3.43 Min= 14 Max= 27		
การศึกษา	กำลังศึกษาอยู่	33	91.7
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	24	66.7
	- การศึกษานอกระบบ (กศน)	6	16.7
	- อื่น	6	16.7
	จบการศึกษา	3	8.3
	- ปริญญาตรี	2	66.7
	- ไม่ตอบ	1	33.3
ศาสนา	พุทธ	36	100.0
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	24	66.7
	ทำไร่ ทำนา ทำสวน	6	16.7
	รับจ้างทั่วไป	3	8.3
	ว่างงาน	3	8.3
รายได้	พอเพียงและมีเหลือเก็บ	21	58.6
	ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง	9	25.0
	พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ	6	16.7
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	รักใคร่กันดี	18	50.0
	ดีบ้างไม่ดีบ้าง	12	33.3
	ดีบ้างส่วนใหญ่ไม่ดี	6	16.7
บุคคลใกล้ชิดมีประวัติการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี	ไม่มี	21	58.3
	คนรู้จัก	6	16.7
	ยาย/ย่า	3	8.3
	น้ำ/อา	3	8.3
	พี่น้อง	3	8.3

2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 50.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับสูง เพียง ร้อยละ 16.7 มีระดับคะแนนเฉลี่ย 5.16 คะแนน (S.D.= 2.10) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้

	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	(0-5 คะแนน)	18	50.0
ปานกลาง	(6-7 คะแนน)	12	33.3
สูง	(8-10 คะแนน)	6	16.7

$\bar{X}$ = 5.16 , S.D.= 2.10 ,Min= 0 ,Max= 8

3. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรพบว่า ข้อที่ปฏิบัติ นานๆ ครั้งมากที่สุด คือ การค้นหาข้อมูลหรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย ร้อยละ 50.0 เลือกลงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้ทันที และตรวจสอบข้อมูลสุขภาพทางเพศ ร้อยละ 41.7 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงข้อมูลและบริการจำแนกรายข้อตาม การปฏิบัติตน

ข้อความ	ร้อยละในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกัน ตั้งครรภ์ท่านเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพนั้นได้ทันที	25.0	25.0	8.3	41.7	
2. เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพทางเพศ ท่านค้นหา ข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย	8.3	16.7	25.0	50.0	
3. มักมีปัญหาเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพทางเพศ จากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นถามจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต	8.3	16.7	58.3	16.7	
4. ตรวจสอบข้อมูลสุขภาพทางเพศเช่น การคบเพื่อน ชาย การคุมกำเนิด การดูแลสุขภาพทางเพศ เพื่อ ยืนยันความเข้าใจของตนเองให้ถูกต้องโดยสืบค้นหรือ สอบถามจากหลายแหล่ง	16.7	8.3	33.3	41.7	
5. ตรวจสอบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อการ ดูแลสุขภาพทางเพศ จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ		33.0	50.0	16.7	

4. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง โดยเฉพาะการพูดคุยอย่างเปิดเผยกับเพื่อน หรือคนในครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ หรือ การดูแลสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ให้ทุกคนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ร้อยละ 66.7 และได้อ่านเอกสารเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพทางเพศและการปรับตัวทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแล้วไม่ค่อยเข้าใจ ร้อยละ 58.3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ

ข้อความ	ร้อยละในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ฟังคำแนะนำเรื่องเพศ และ การคบเพื่อนต่างเพศ จากบุคคลต่าง ๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา	8.3	16.7	33.3	25.0	16.7
2. ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการอ่านข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ในการดูแลสุขภาพทางเพศ จากสื่อสุขภาพต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ท่านประเมินสุขภาพทางเพศตนเอง		25.0	25.0	25.0	25.0
3. มีการพูดคุยอย่างเปิดเผยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ หรือการดูแลสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ให้ทุกคนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง		8.3	66.7	16.7	8.3
4. ได้อ่านเอกสารเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพทางเพศและการปรับตัวทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แล้วไม่ค่อยเข้าใจ	8.3	16.7	58.3	16.7	
5. มีการแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพทางเพศและการปรับตัวทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยให้คนอื่นเข้าใจ	25.0	16.7	8.3	16.7	

5. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ วางเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และทำให้ได้ตามเป้าหมาย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 58.3 การทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยและการมีสุขภาพ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 50.0 ส่วนที่ปฏิบัติบางครั้ง ๆ คือ การประเมินอารมณ์เครียดและจัดการความเครียดนั้นด้วยวิธีที่ดีต่อตนเองไม่นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ 41.7 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง

ข้อความ	ร้อยละในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของระบบสืบพันธุ์อารมณ์และความสนใจทางเพศของตนเอง	25.0	25.0	16.7	33.3	
2. วางเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและทำให้ได้ตามเป้าหมาย	16.7	16.7	58.3		8.3
3. ท่านมีการประเมินอารมณ์เครียดและจัดการความเครียดนั้นด้วยวิธีที่ดีต่อตนเองไม่นำไปสู่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	25.0	25.0		41.7	8.3
4. ท่านมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยและการมีสุขภาพ		50.0	41.7	8.3	
5. ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้มีการควบคุมอารมณ์ทางเพศและภัยคุกคามทางเพศต่อตนเองให้สำเร็จได้	33.3	16.7	16.7	16.7	16.7

6. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า จะมีการวิเคราะห์ประเมิน เนื้อหานั้น โดยไม่เชื่อในทันที เป็นบางครั้ง ร้อยละ 41.7 และโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์เพื่อดึงความสนใจเพศตรงข้าม ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อหรือไม่ซื้อ เป็นนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50.0 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

ข้อความ	ร้อยละในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าเสริมความงามเพื่อดึงดูดเพศตรงข้ามทางโทรทัศน์และเกิดความสนใจ ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ	16.7	25.0	25.0	25.0	8.3
2. เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์เพื่อดึงความสนใจเพศตรงข้าม ตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อหรือไม่ซื้อ	25.0	8.3	16.7	50.0	
3. ใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลสุขภาพทางเพศเพื่อเสริมความงามเสริมความสุขทางเพศหรือการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์จากสื่อนั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม	25.0	25.0	25.0	25.0	
4. ทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่นเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ท่านจะมีการวิเคราะห์ประเมิน เนื้อหานั้นโดยไม่เชื่อในทันที	8.3	25.0	41.7	16.7	8.3
5. ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่นและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยกับผู้อื่น โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม	25.0	16.7	25.0	33.3	

7. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ถ้าเพื่อนชาย ชวนท่านไปเที่ยวด้วยกันสองต่อสอง และขอมีเพศสัมพันธ์ด้วย ควรโกรธพร้อมปฏิเสธเตือนเพื่อน อย่างมีสติว่าให้รอเป็นผู้ใหญ่ก่อนดีกว่าฝืนทำแล้วมีปัญหาชีวิตตามมา ร้อยละ 100.0 รองลงมาหากมีผู้ใหญ่ หรือ ผู้มีพระคุณต่อท่าน จะให้เงินหรือให้คะแนนให้เกรดเพิ่ม หรือให้รางวัลท่านเพื่อแลกกับการยอมให้เขาได้กอดจูบ ลูบคลำ หรือมีเพศสัมพันธ์ด้วย ท่านจะทำปฏิเสธ แจ้งเตือนกลับอย่าทำเช่นนี้อีก รายงานให้ผู้ปกครองทราบ พยายามอยู่ห่าง ๆ ร้อยละ 75.0 และจะเลือกวิธีใด เพื่อช่วยเพื่อนที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์พาเพื่อนไปพูดคุยปรึกษากับพ่อแม่ผู้ปกครอง ร้อยละ 66.7 ส่วนที่ตัดสินใจไม่ถูกมากที่สุด คือ จะมีวิธีแนะนำเพื่อนที่ชอบเที่ยวกลางคืน จนติดกับเพื่อนต่างเพศ แนะนำว่าทำให้ไม่ได้พักผ่อน มีผลเสียต่อสุขภาพ และมีผลให้ไปเรียนหนังสือไม่ได้ ร้อยละ 8.3 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

ข้อ	การปฏิบัติตน	ตอบถูก ร้อยละ
1	เพื่อนชายชวนท่านไปเที่ยวด้วยกันสองต่อสอง และขอมิเพศสัมพันธ์ด้วย ควรโกรธพร้อมปฏิเสธ	100.0
2	ปฏิเสธและขอกลับบ้านก่อนเพราะพ่อแม่สั่งห้ามกลับคำพร้อมชวนเพื่อนๆ กลับด้วยไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนอ้อนวอนให้ท่านนอนค้างที่บ้าน ทั้งที่รู้ว่ามิผู้ชายที่ท่านไม่รู้จักดีพออยู่ในบ้านเพื่อน	25.0
3	หากเพื่อนสบประมาทท่านว่าเป็นพวกอ่อนหัดเรื่องผู้ชายท่านจะปฏิบัติไม่สนใจคำสบประมาท เพราะไม่ใช่สิ่งที่ดีพร้อมเตือนเพื่อนให้รักษานวลสงวนตัวให้เห็นแก่พ่อแม่	41.7
4	หากมีผู้ใหญ่หรือผู้มีพระคุณต่อท่าน จะให้เงินหรือให้คะแนน ให้เกรดเพิ่มหรือให้รางวัลท่าน เพื่อแลกกับ การยอมให้เขาได้กอดจูบ ลูบคลำ หรือมี เพศสัมพันธ์ด้วย ท่านจะทำปฏิเสธ แจ้งเตือนกลับอย่าทำเช่นนี้อีก รายงานให้ ผู้ปกครองทราบพยายามอยู่ห่าง ๆ	75.0
5	หากเพื่อน ชวนท่านไปคูวิดีโอหรือภาพลามกที่มีเนื้อหายุ่วยุอารมณ์เพศ ท่านจะปฏิบัติตนบอกเพื่อนว่า ไม่ดีนะจะกระตุ้นอารมณ์ทางเพศและอาจจะ ควบคุมไม่ได้	33.3
6	เมื่อเพื่อนบอกว่าการให้เพื่อนต่างเพศกอดจูบลูบคลำเป็นเรื่องธรรมดา นักเรียนจะบอกเพื่อนบอกเพื่อนว่า ไม่เห็นด้วย เพราะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ก่อนวัยและจะมีปัญหาต่อตนเองและครอบครัวตามมา	50.0
7	จะมีวิธีแนะนำเพื่อน ที่ชอบเที่ยวกลางคืนจนติดกับเพื่อนต่างเพศแนะนำว่าทำให้ไม่ได้พักผ่อน มีผลเสียต่อสุขภาพ และมีผลให้ไปเรียนหนังสือไม่ได้	8.3
8	จะเลือกวิธีใดช่วยเพื่อนที่ถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์พาเพื่อนไปพูดคุยปรึกษาพ่อแม่	66.7
9	หากเพื่อนชวนท่านไปหาความสุขด้วยการดื่มแอลกอฮอล์หรือของมีเมา พูดคุยแต่เรื่องทางเพศที่ทะเล่ ลามก ท่านจะปฏิบัติตนปฏิเสธและเตือนเพื่อนว่าจะเป็นการกระตุ้นอารมณ์เพศที่ควบคุมไม่ได้จะมีผลเสียต่อตนเองและครอบครัวได้	50.0

8. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร พบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง ร้อยละ 66.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 61.25 (S.D.= 7.16) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อน

ระดับความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	(15-41 คะแนน)		
ปานกลาง	(42-59 คะแนน)	12	33.3
สูง	(60-75 คะแนน)	24	66.7

$\bar{X}$ = 61.25 , S.D.= 7.16 , Min =44 ,Max=69

การอภิปรายผล

1. หญิงวัยรุ่นที่มารับการศึกษาฝึเพิ่มเติมถูกกำเนิดยังเป็นนักเรียน โดยมาจากครอบครัวที่พ่อแม่รักใคร่กันดี และไม่มีคนใกล้ชิดมีการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 21 ปี การที่กลุ่มตัวอย่างเข้ามารับบริการการศึกษาฝึเพิ่มเติมกำเนิดอาจเป็นกลุ่มที่พ่อแม่เข้าใจและยอมรับการตัดสินใจของลูกจึงทำให้เข้ามารับบริการ สอดคล้องกับบุรเทพ โชคธนากุล และ กมลชนก ขำสุวรรณ⁵ แม่วัยรุ่นในแต่ละรุ่นอายุมีวิธีคิด ทักษะ และความเชื่อเรื่องเพศที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของประสบการณ์ อบรมเลี้ยงดู สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ต่างกันในกลุ่มอายุต่างๆ ทำให้เกิดทัศนคติ รูปแบบพฤติกรรมและการใช้ชีวิต

2. ความรอบรู้ของกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีระดับความรู้ต่ำ ส่งผลให้การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจและนำไปใช้ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติเป็นบางครั้งมากถึงร้อยละ 50.0 จากการศึกษาจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ำแต่พฤติกรรมอยู่ระดับสูง ซึ่งน่าจะมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเป็นการวัดความรู้ที่เน้นการแสวงหาด้วยตนเองจึงส่งผลให้มีระดับต่ำ แต่พฤติกรรมสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นการวัดการกระทำ ซึ่งอาจจะได้มาจากการรับฟังหรือการได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการ ส่งผลให้เกิดการตระหนักและนำไปปฏิบัติ รวมทั้งน่าจะมาจากการบอกต่อและเลียนแบบในกลุ่มเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับกุลดิ เณว้อง (ราชภัฏ)⁶ เด็กที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีการกระทำและความคิดที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางเพศ มักจะเปิดรับแหล่งข้อมูลข่าวสารประเภทที่มีความเสี่ยงมากกว่าเด็กที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด ก็ทำให้กับพฤติกรรมของวัยรุ่นเปลี่ยนด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่น่าจะมาจากการการบอกต่อกันในกลุ่ม ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องการเพศและการคุมกำเนิดที่ถูกต้องจะเป็นช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรที่ดี
2. การสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มวัยรุ่น เพิ่มทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อให้วัยรุ่น ได้มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมของตนเองได้เหมาะสมและถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยที่ครอบคลุมกับวัยรุ่น และนักศึกษาในมหาวิทยาลัย จะได้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาต่อไป
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มารับบริการและมีจำนวนน้อย การให้ข้อมูลมีจำกัดควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และหลากหลาย เพื่อให้ได้รายละเอียดในข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น
3. ควรศึกษากับกลุ่มนักเรียน หรือเยาวชน ในระดับโรงเรียนมัธยมศึกษา เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงจะเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

เอกสารอ้างอิง

1. นุสรัน เฮาะมะ.ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับนักศึกษา ผู้หญิง คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.yru.ac.th>
2. กรมอนามัย.(2559).ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กระทรวงสาธารณสุข.
3. กองอนามัยการเจริญพันธุ์.(2551).คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 1โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
4. กรมอนามัย.สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th>
5. บุรเทพ โชคนานุกุล และกมลชนก ขำสุวรรณ.(2559).การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น.วารสารประชากรสถาบันวิจัยประชากร และสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลปี 4 (264-79).
6. กุลวดี เถนว่อง(ราชภัฏจ.) (2551).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแนวทางการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน:กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
7. ชมพูนุช ดอกคำใต้.(2555). การศึกษาประสบการณ์ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เขต ตำบลไม้ยา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.
8. Benjamin,S Bloom.1986. ‘Learning for mastery’. Evaluation comment. Center for the study of instruction Program.University of California at Los Angeles.Vol2:47-62

บทความวิจัย

รับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
ของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Health perception and Hypertension preventive behavior
of health checkup recipients at Regional Health Promotion
Center 10 Ubon Ratchathani

ปิยะรัตน์ จันทร์ส่อง* Piyarat Junsong*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า IOC ระหว่าง 0.76 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.73 และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 0.72 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บแบบสอบถามกับผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ ระหว่างเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 การรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 15.6 เท่านั้น เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 42.2 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.144$, $p\text{-value} = 0.175$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ ความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: inkpha.p@gmail.com

Abstract

This research is a descriptive research the study was health perception level and the level of hypertensive prevention behavior and to study the relationship between health perception and hypertension preventive behaviors of health checkup recipients ,Regional Health Promotion Center 10 Ubon Ratchathani. The sample group is those who health checkup recipients. A simple random sampling of 90 people. The research instrument was a questionnaire which consisted of 3 parts of data : general information, health perception scale, and a behavioral measure for preventing hypertension of health checkup recipients which were examined for content validity from 3 experts and qualified persons with an IOC value between 0.76 and confidence test by Cronbach's Alpha method were 0.73 and 0.72, respectively. During December 2020 - March 2021, the data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. and inference statistics, including Pearson Correlation

The results of the study were that the sample group had a high level of health perception 47.8%, moderate level 36.7% and low level. Only 15.6 percent %. When considering preventive behaviors for hypertension, 54.4% had moderate behaviors and 42.2% had bad behaviors. Knowledge of health and hypertension preventive behaviors of health checkup recipients Regional Health promotion Center 10 Ubon Ratchathani found that health perception was not related to preventive behavior of hypertension of health checkup recipients. Regional Health promotion Center 10 Ubon Ratchathani had a statistically significant ($r = 0.144$, $p\text{-value} = 0.175$). The results of this study show that The perception of good health had no effect on the behavior modification to prevent hypertension among health checkups.

Keywords : health perception, hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจสูงถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลกใน ปี พ.ศ. 2568 โดยที่ 2 ใน 3 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่งผลให้มีผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำหรับไทยข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน ปี พ.ศ. 2555 มีรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2551 อัตราผู้ป่วยเท่ากับ 500.65 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50-59ปี , 40-49 ปี และ 15-39 ปี ตามลำดับ และพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในปีพ.ศ 2555 มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 8,567 ราย ร้อยละ 1.42 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 6,557 ราย (ร้อยละ76.54) รองลงมา ภาวะแทรกซ้อนทางไต 1,289 ราย (ร้อยละ 15.05) และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 721ราย (ร้อยละ 8.42)¹ รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติ พบว่า ใน ปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 5,165 คน ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการตายปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่าอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มจากปี พ.ศ. 2546 มีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า ² จากข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พ.ศ.2559 จำนวน 35,684 ราย พ.ศ.2560 จำนวน 40,114 ราย พ.ศ.2561 จำนวน 43,366 ราย ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุกปี³

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย ได้ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2557-2559 จากการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุก มีจำนวนหน่วยงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุก 46,30 และ 36 หน่วยงาน โดยมีจำนวนผู้รับบริการ 3,884 2,289 และ 3,094 รายตามลำดับ ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.62,28.74,27.00 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2560-2561 มีมารับบริการทั้งหมด 4,810 คน และ 4,695 คน พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 474,497 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มผู้รับบริการตรวจสุขภาพมีผลการตรวจสุขภาพผิดปกติ โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพประชาชนวัยทำงานของประเทศ ทั้งนี้ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

มีการกิจหลักด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพดี เป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งให้เกิดความครอบคลุมการตรวจสุขภาพประชาชนในกลุ่มวัยทำงานในเขตรับผิดชอบให้มากขึ้นเพื่อให้การตรวจสุขภาพประจำปีเชิงรุกเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราความพิการ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกจึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น ตลอดจนได้ประเมินพฤติกรรมว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของการเรียนรู้ของ Bloom⁴ ที่ว่าการรับรู้ทำให้เกิดการตอบสนองก็จะเกิดเป็นค่านิยมและจะกลายเป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัวเช่น เมื่อเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันสูงก็จะเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยนี้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะวางแผนการดูแล รวมทั้งส่งเสริมผู้รับบริการตรวจสุขภาพที่มีโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดของการรับรู้ภาวะสุขภาพของเบคเกอร์⁵ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว และแรงจูงใจในด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ได้แก่ การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพในด้านการออกกำลังกายการจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร และสุขภาพในด้านต่าง ๆ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมและลดความดันโลหิตทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมภาวะโรคลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านการรับประทานอาหาร
ด้านการออกกำลังกาย
ด้านการควบคุมน้ำหนัก
ด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 ปังบประมาณ 2563 จำนวน 2,276 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 90 คน ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ช่วงเดือน ธันวาคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2564 ซึ่งคำนวณโดยใช้การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของของ Thorndike⁶ ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $n = 10 k + 50$

k คือ จำนวนตัวแปรต้น คือ 4 ตัวแปร

ดังนั้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง $= 10 \times 4 + 50 = 90$ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert scale)⁷ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ แต่ละค่ามีความหมายดังนี้

2.1 การรับรู้ด้านสุขภาพทางบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	0 คะแนน

2.2 การรับรู้ด้านสุขภาพทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1,3,4,6,7,10,11,14,15,18,19

ข้อคำถามที่เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 2,5,8,9,12,13,16,17,20

3.การแบ่งคะแนนระดับการรับรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁴ คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) จัดคะแนนได้ภาพรวมเป็น 3 ระดับดังนี้คือ

คะแนน ร้อยละ 0-23	หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน ร้อยละ 24-31	หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ 32 ขึ้นไป	หมายถึง การรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่10อุบลราชธานี จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตรการส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ แต่ละค่ามีความหมายดังนี้

3.1 การปฏิบัติในทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน

3.2 การปฏิบัติในทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	1 คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นการปฏิบัติในทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1,2,3,4,5,13,16,21,22,23,24

ข้อคำถามที่เป็นการการปฏิบัติในทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 6,7,8,9,10,11,12,14,15,17,18,19,20,25

3.3 แล้วนำคะแนนระดับการปฏิบัติ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁴

คิดจากร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) จัดคะแนนได้ภาพรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ

คะแนน ร้อยละ 0-29	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน ร้อยละ 30-39	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ 40 ขึ้นไป	หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อเตรียมวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยการแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 38.9 มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 74.4 มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.2 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 84.4 มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 38.9

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพ ผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เรื่อง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆอาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตกได้ ร้อยละ 85.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ 82.0

ผู้รับบริการตรวจสอบสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิด(ต่ำ) 2 อันดับแรก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เรื่อง การหยุดรับประทานยาเอง หรือไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย ร้อยละ 76.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 66.7 และการตรวจร่างกายประจำปีไม่มีความจำเป็น ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ร้อยละ 66.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ด้านสุขภาพ

ข้อที่	การรับรู้ n = 90 คน	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ		
		เห็นด้วย	ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน				
1	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น	77.8	22.2	
2	การเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานานไม่ทำให้เป็นโรคไตวายมากกว่าคนปกติอื่นๆ	31.1	44.4	24.4
3	การเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตได้	70.0	27.8	2.2
4	การหยุดรับประทานยาเองหรือไม่รับการรักษาย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย	4.5	19.1	76.4
5	ความอ้วนไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มขึ้นต่อโรคความดันโลหิตสูง	13.3	37.8	48.9
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน				
6	ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายต่อสุขภาพ	82.0	14.6	3.4
7	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมอง ตีบ อุดตัน หรือแตกได้	85.4	11.2	3.4
8	การดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงรุนแรงขึ้น	36.7	20.0	43.3
9	ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ส่งผล กระทบใดๆ ต่อสุขภาพ	21.1	12.2	66.7
10	โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน	77.8	18.9	3.3
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค				
11	การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้	79.8	16.9	3.4
12	การออกกำลังกาย เช่น การยกน้ำหนัก การแบกหาม จะช่วยลดความดันโลหิตได้	34.4	44.4	21.1
13	การตรวจร่างกายประจำปีไม่มีความจำเป็นถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น	17.8	15.6	66.7
14	การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ปลาจืด ซีอิ๊ว กะปิ สามารถลดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงได้	69.7	21.3	9.0
15	การทำจิตใจให้สบายไม่หงุดหงิดโมโหง่าย จะสามารถช่วยลดความดันโลหิตลดลงได้	73.0	25.8	1.1
การรับรู้อุปสรรคของการของการป้องกันโรค				
16	การที่ต้องรอนานในการตรวจรักษาทำให้เบื่อและไม่มาตรวจ	26.7	36.7	36.7
17	การที่ต้องออกกำลังกายเป็นประจำเป็นภาระมากเกินไป	12.2	22.2	65.6
18	การให้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาลยุ่งยาก และไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอ	78.7	19.1	2.2
19	การควบคุมอาหารไม่เป็นการระต่อครอบครัวในการเตรียมอาหาร	63.3	31.1	5.6
20	การมาตรวจตามนัด และการรักษาทำให้ขาดรายได้ จึงไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง	17.8	23.3	58.9

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก คือ พักผ่อน นอนหลับ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการดังนี้ คือ มือสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ตาพร่า หิว เจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 52.2 ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง (ทางลบ) 2 อันดับแรก ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ทุกวัน ร้อยละ 42.2 รองลงมา คือ ไม่จำกัดเกลือในอาหาร ไม่เกินวันละ 2 ช้อนชา ร้อยละ 31.1 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 และระดับไม่ดี ร้อยละ 42.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (0-29คะแนน)	38	42.2
ปานกลาง (30-39คะแนน)	49	54.4
ดี (40คะแนนขึ้นไป)	3	3.3
รวม	90	100.0

$\bar{X} = 30.21, S.D. = 5.03, \text{Min} = 19, \text{Max} = 42$

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.144, p\text{-value} = 0.175$) ดังแสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ($n = 90$)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		ระดับความสัมพันธ์
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	
	.144	.175	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.8 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มากที่สุด เรื่อง ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆอาจทำให้เกิดหลอดเลือดสมอง ตีบ อุดตัน หรือแตกได้ ร้อยละ 85.4 และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มากที่สุด เรื่อง การหยุดรับประทานยาเองหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่าย ร้อยละ 76.4 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งอธิบายได้ว่า สติปัญญาและความสามารถส่วนตัว (Intelligence and capacity) คนที่ฉลาดหรือมีการศึกษาสูงย่อมเข้าใจสิ่งต่างๆได้ง่ายกว่าผู้มีการศึกษาน้อย การได้รับการศึกษาสูงทำให้มีโอกาสเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาข้อมูลและการใช้แหล่งบริการให้เกิดประโยชน์มากขึ้น การรู้จักใช้ไหวพริบในการปรับตัวหรือการแสดงออก เพื่อทำความรู้จักบุคคลอื่นได้ง่าย อีกทั้งยังใช้ ความฉลาดในการพิจารณา และวิเคราะห์บุคคลได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถตั้งประสบการณ์ การเรียนรู้ในอดีตมาช่วยในการตีความสิ่งที่สัมผัสได้ดีกว่าคนโง่ ดังนั้น คนฉลาดจึงมีโอกาสรับรู้ บุคคลได้แม่นยำชัดเจนกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของหนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สิก๊ะ⁸ ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี ($\mu = 3.21, \sigma = .40$)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง มากที่สุด คือ พักผ่อน นอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 54.4 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลายหรือพฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของหนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สิก๊ะ⁸ ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี ($\mu = 2.80, \sigma = .26$)

3.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี การศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.144$, $p\text{-value} = 0.175$) ผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี⁹ การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมน้ำหนักในระดับต่ำ ($r = .23$, $p < .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom⁴ ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้บริโภครู้สึกเกิดความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้บริโภครู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ และความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม แล้วได้มีการนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญมากขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง ก็จะเริ่มการเรียนรู้ที่จะหาความรู้เกี่ยวกับโรค หลักการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกิดเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกันโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค แล้วจะเกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ เกิดเป็นพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรจึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองขึ้นก็จะทำให้เรามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีของตนเองด้วย

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านนโยบายควรมีการผลักดันเป็นนโยบายให้หน่วยงานต่างๆ สนับสนุนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการคัดกรองและป้องกันการมีภาวะความดันโลหิตสูงอีกทั้งเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วย

2.จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องจากในปัจจุบันสื่อการสอนในโรงพยาบาลยังเป็นแค่สื่อสิ่งพิมพ์ ดังนั้นจึงควรมีการผลิตสื่อที่เป็นเทปบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆ ได้สามารถเปิดฟัง หรือ ดูภาพเหล่านั้นได้เมื่อต้องการเพื่อเป็นการกระตุ้นการรับรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.ด้านปฏิบัติพยาบาลควรมีการให้ความรู้และจัดทำสื่อการเรียนรู้เรื่อง เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และการจำกัดเกลือในอาหาร พร้อมทั้งส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจ รวมทั้งให้สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. อมรา ทองหงษ์,กมลชนก เทพสิทธิ,และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์.[อินเทอร์เน็ต].2555. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <http://apheit.bu.ac.th> .บทความวิจัย_3_Paper198.pdf
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. โรคความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
3. สาธารณสุข, กระทรวง กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] .เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/leaflet/.pdf>
4. Benjamin,S Bloom.1986. 'Learning for mastery'.Evaluation comment.Center for the study of instruction program.University of California at Los Angeles.Vol2:47-62.
5. Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 2,4 winter : 354-385.
6. Thorndike.R.M.1978.Correlational procedure for research.New York:Gardner Press.
7. สมชาย รัตนทองคำ . การวัดและประเมินผลทางการศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก<https://ams.kku.ac.th/aalearn/resource/edoc/tech/56web/13eva56.pdf>
8. หนึ่งนุช บุญเรืองและสายสุนีย์ สีเกะ. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <https://www.nno.moph.go.th/research/index.php/2556/item/72-2556-72>
9. อุมพร ปุณณโสพรรณ ,ผดุงศิลป์ เฟิงมาก และ จุฑามาศ ทองคำลึง. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง ในตำบลท่าฉาง อำเภوتاฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563] เข้าถึงได้จาก : <https://thaidj.org/index.php/PHCD/article/view/2695>.

บทความวิจัย

สภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ปีงบประมาณ 2562-2564

Health status of personnel at Health Center 10, Ubon Ratchathani,
fiscal year 2019-2021

อรอนงค์ วัฒนพงศ์ศิริ*

Oranong wattanapongsiri*

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อ วิเคราะห์สภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในกลุ่มบุคลากรสังกัดศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2562-2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้อมูลผลสภาวะสุขภาพและผลการตรวจสุขภาพประจำปี นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่า สภาวะสุขภาพของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562- 2564 จากการตรวจร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบปัญหาสุขภาพและความผิดปกติ ดังนี้ พบว่า บุคลากรมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้ (1) มีภาวะโลหิตจาง (2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (3) ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูง (4) ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (5) ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานและยังพบภาวะอ้วน (6) เส้นรอบเอวเกิน (7) ภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาครั้งนี้ ปัญหาสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เกิดจากภาวะ Metabolic syndrome ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยจัดโปรแกรมสุขภาพรายบุคคลในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถแก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของตนเองได้

คำสำคัญ: สภาวะสุขภาพ, บุคลากร

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email:oranong_pu@hotmail

Abstract

This is a descriptive study to analyze the health status of personnel at Health Center 10 Ubon Ratchathani. It is a retrospective study. Among the personnel under the Health Center 10 Ubon Ratchathani who received the annual health check-up 2019-2021, the research instruments were health status data and annual health check-up results. The descriptive statistical data were analyzed for frequency, percentage and mean.

The results of the study revealed that the health status of the personnel Health Center 10, Ubon Ratchathani, 2019-2021, from the physical examination and laboratory test results, the following health problems and abnormalities were found. It was found that the personnel had health problems as follows : (1) Anemia (2) Hyperglycemia (3) hypercholesterolemia (4) high triglycerides (5) excess BMI and obesity (6) excess waist circumference (7) hypertension from this study Health problems of personnel at the Health Center 10 Ubon Ratchathani are caused by Metabolic syndrome. Health promotion activities should be organized by modifying health behaviors by organizing individual health programs in the sick, at risk and normal groups in order to develop skills in self-care that correct able to solve problems and monitor their own health problems

Keywords : Health status, personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน การมีสุขภาพที่ดีย่อมก่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพและคุณภาพงานเต็มที่ และการมีสุขภาพดีเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย วิธีการตรวจสุขภาพประจำปีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลช่วยคัดกรองสิ่งผิดปกติในร่างกาย รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น การตรวจสุขภาพประจำปีอาจกระทำได้โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความสงสัยในโรคที่อาจจะเป็นและช่วยบอกความผิดปกติบางอย่างที่แฝงอยู่ภายในร่างกาย โดยยังไม่ปรากฏอาการ เพื่อจะได้กระตุ้นเตือนให้ดูแลรักษาป้องกันตัวเองก่อนที่จะเกิดโรค การดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค จะช่วยให้หายจากโรคนั้นได้ง่ายลดปัญหาที่จะนำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติต่อไปอีก ประการหนึ่งคือ ตามเกณฑ์การประเมินสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงานของกรมอนามัย สำหรับเกณฑ์มีชีวิตชีวา

ให้หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ จะต้องมีการจัดหรือสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน และมีการตรวจตามความเสี่ยงที่เจ้าหน้าที่ต้องสัมผัสพร้อมทั้งมีรายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ในแต่ละกลุ่มงานเป็นหลักฐานประกอบการประเมินและองค์ประกอบที่ 4 ของการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล โดยต้องมีกิจกรรมพัฒนาเพิ่มพูนทักษะและเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ มีระบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหา และ กำหนดแนวทางป้องกันและมีการจัดทำรายงานประจำปีด้านสุขภาพเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง โดยกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่จัด คือ กิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีและประเมิน สภาวะสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562 พบความผิดปกติมากที่สุด มีดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกิน BMI 23.00 ขึ้นไป ร้อยละ 41.87 เส้นรอบเอว เกินในเพศหญิง ร้อยละ 36.97 และเพศชาย ร้อยละ 39.02 ระดับไขมัน Cholesterol สูง ร้อยละ 50.00 น้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 24.28 ระดับไขมัน Triglyceride สูง ร้อยละ 21.42 และความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 23.12 และในปี 2563 มีดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกิน BMI 23.00 ขึ้นไป ร้อยละ 57.68 เส้นรอบเอว เกินในเพศหญิง ร้อยละ 45.37 และเพศชาย ร้อยละ 48.64 ความเข้มข้นของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 15.78 ระดับไขมัน Cholesterol สูง ร้อยละ 51.85 ระดับไขมัน Triglyceride สูง ร้อยละ 18.51 จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพของบุคลากรจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องภาวะน้ำหนักตัวเกิน รอบเอวเกิน โดยเฉพาะระดับไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของบุคลากรตั้งแต่ปี 2559 – 2563 พบว่า ปัญหาสุขภาพอันดับแรกที่พบทุกปี คือ ภาวะไขมันโคเลสเตอรอลสูง พบร้อยละ 48.15, 40.57, 55.10, 50.00, 51.85 ตามลำดับ รองลงมาคือภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 15.56, 16.66, 28.57, 21.42, 18.51 ซึ่งเป็นโอกาสเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงหรือเมตาบอลิกซินโดรม¹ และที่ผ่านมาศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้นำข้อมูลมาจัดกลุ่มสุขภาพโดยแบ่งเป็นกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มปกติได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วย Diet control ตามหลัก 3อ. ในกลุ่มเสี่ยงส่งเสริมสุขภาพด้วยใบสั่งสุขภาพ แนะนำให้เข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรมคลินิกไร้พุง หรือ CBT ตามสมัครใจ และ กลุ่มที่มีโรคประจำตัว จัดโปรแกรมการออกกำลังกาย และการรับประทานให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ติดตามผลการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกเดือน สรุปผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสนอผู้บริหาร และในปีงบประมาณ 2564 ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังการตรวจสุขภาพของบุคลากรที่มีผลการตรวจสุขภาพ ครบ 3 ปี ในปี 2562-2564 เพื่อดูแนวโน้มสภาวะสุขภาพของบุคลากร จำนวน 139 คน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปี 2562-2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ ตำแหน่ง

ตัวแปรตาม สภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการเอกซเรย์ทรวงอก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาศาสนการณ์แนวนอนสภาวะสุขภาพของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562-2564 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสังกัดศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่เข้าร่วมกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี งบประมาณ 2562-2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกเฉพาะเจาะจงบุคลากรที่มีผลการตรวจสุขภาพครบ 3 ปี จำนวน 139 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ตำแหน่ง
- 2.สภาวะสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต รอบเอว
- 3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจน้ำตาลในเลือด การตรวจความเข้มข้นของเลือด ตรวจไขมันในเลือด ตรวจการทำงานของไต ตรวจการทำงานของตับ ตรวจโรคเก๊าท์ ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก
4. ผลการเอกซเรย์ทรวงอก ตรวจปัสสาวะ ตรวจอุจจาระ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากบันทึกเวชระเบียนข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ที่เข้าร่วมกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2562-2564 ที่มีผลการตรวจสุขภาพครบ 3 ปี จำนวน 139 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562 - 2564
บุคลากรทั้งหมด จำนวน 139 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.50 เพศชาย ร้อยละ 24.50
อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 89.20, 89.90, 90.60 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ
66.18 รองลงมาพนักงานกระทรวงฯ ร้อยละ 15.10 และพนักงานราชการ ร้อยละ 9.35
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ประจำปี 2562- 2564 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

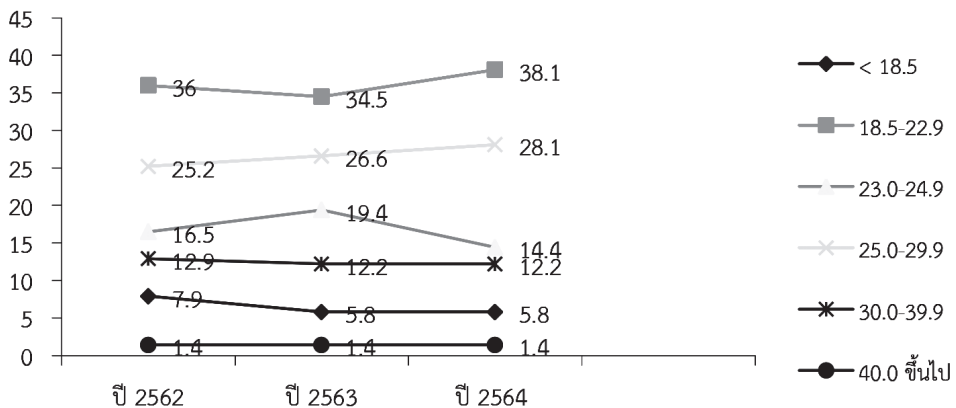
ข้อมูลทั่วไป		ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรที่ตรวจสุขภาพ		139	100.00	139	100.00	139	100.00
เพศ	ชาย	34	24.50	34	24.50	34	24.50
	หญิง	105	75.50	105	77.00	105	75.50
อายุ	อายุ <35 ปี	15	10.80	14	10.10	13	9.40
	>35 ปี ขึ้นไป	124	89.20	125	89.90	126	90.60
ตำแหน่ง	ข้าราชการ	92	66.18	92	66.18	92	66.18
	ลูกจ้างประจำ	6	4.31	6	4.31	6	4.31
	พนักงานราชการ	13	9.35	13	9.35	13	9.35
	พนักงานกระทรวงฯ	21	15.10	21	15.10	21	15.10
	พนักงานเหมาบริการ	7	5.03	7	5.03	7	5.03

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562- 2564

2.1. ผลการประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)

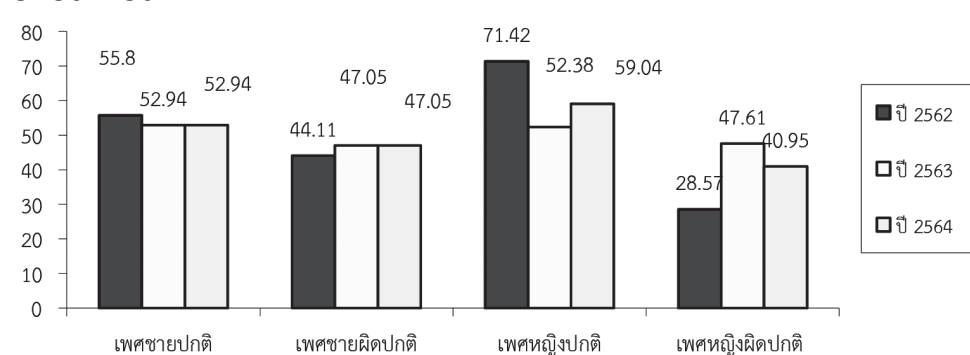
พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรมีดัชนีมวลกาย BMI ปกติ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 36.00, 34.50, 38.10 และมีดัชนีมวลกาย BMI อ้วน ระดับที่ 1 25-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.20, 26.60, 28.10 ตามลำดับ ดังกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 แนวโน้มร้อยละภาวะโภชนาการ โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ของบุคลากรประจำปี พ.ศ. 2562- 2564



2.2. ประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดเส้นรอบเอว

ผลการประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดเส้นรอบเอว ปี 2562-2564 พบว่า เพศหญิงมีเส้นรอบเอวผิดปกติ ร้อยละ 28.57, 47.61, 40.95 และเพศชาย มีเส้นรอบเอวผิดปกติ ร้อยละ 44.11, 47.05, 47.05 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังกราฟที่ 2

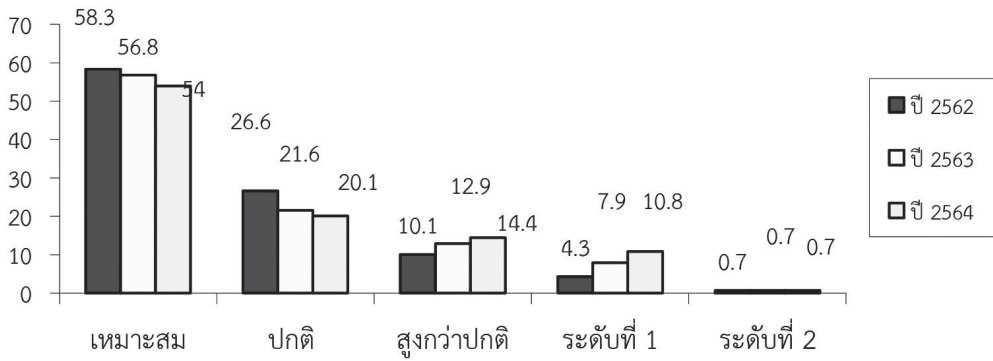


*หมายเหตุ : เพศหญิง รอบเอวผิดปกติคือ 80 ซม. ขึ้นไป n=105, เพศชาย รอบเอวผิดปกติคือ 90 ซม. ขึ้นไป n=34

2.3. การตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง

ผลการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง ปี 2562-2564 พบว่า บุคลากรมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 10.1, 12.9, 14.4 และมีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ร้อยละ 4.3, 7.9, 10.8 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังกราฟที่ 3

กราฟที่ 3 แนวโน้มร้อยละของการตรวจคัดกรองความดันโลหิต ประจำปี 2562- 2564

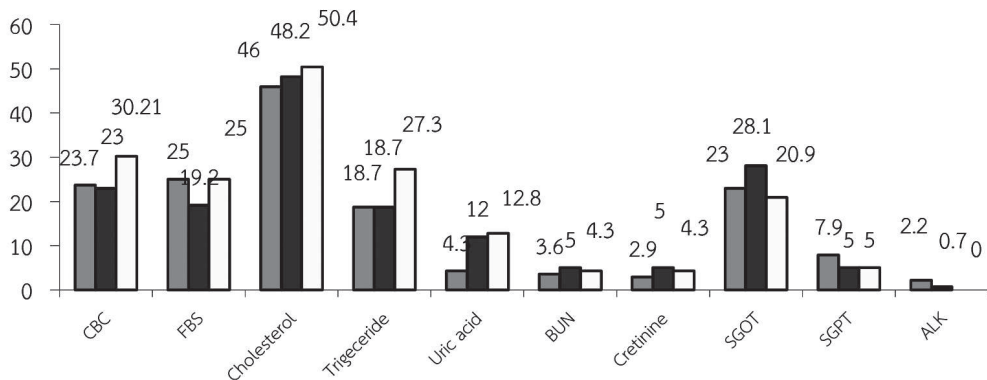


ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

3.1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตั้งแต่ปี 2562 – 2564 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ระดับไขมัน Cholesterol สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 46.00, 48.20, 50.40 และระดับไขมัน Triglyceride สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 18.70, 18.70, 27.30 ตามลำดับ ดังกราฟที่ 4

กราฟที่ 4 แนวโน้มร้อยละของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของบุคลากร ปี 2562- 2564



3.2 ผลการตรวจคัดกรองการตรวจปัสสาวะ ตรวจอุจจาระ และการเอกซเรย์ปอด

ผลการตรวจปัสสาวะ(Urine analysis) การตรวจอุจจาระ (Stool examination) และผลเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) พบว่า มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 7.19, 5.03, 6.47 การตรวจอุจจาระ (Stool examination) ไม่พบความผิดปกติ และผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) พบความผิดปกติ ร้อยละ 2.87, 3.59, 0.71 ตามลำดับ (พบมีหัวใจโต มีจุดที่ปอด และมีรอยโรคจากวัณโรค) ตรวจมะเร็งเต้านม โดยการคลำโดยเจ้าหน้าที่ พบความผิดปกติ ร้อยละ 0.71 ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการเอกซเรย์ปอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจปัสสาวะ และอุจจาระ ประจำปี 2562- 2564

รายการ	ผลตรวจที่ผิดปกติ					
	ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัสสาวะ	10	7.19	7	5.03	9	6.47
เอกซเรย์	4	2.87	5	3.59	1	0.71
ตรวจมะเร็งเต้านม ด้วยการคลำโดยเจ้าหน้าที่	1	0.71				

อภิปรายผล

สภาวะสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับไขมัน Cholesterol ระดับไขมัน Triglyceride และภาวะโลหิตจาง มีผลการตรวจที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และผลการตรวจร่างกายพบค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรมีดัชนีมวลกาย BMI ปกติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ก็ยังพบมีดัชนีมวลกาย BMI อ้วนระดับที่ 1 เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่า การมีปัญหาสภาพที่เกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดสูงรวมทั้งภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสภาพที่เกิดจากพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการขาดการเคลื่อนไหวออกแรง หรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีการสะสมของไขมันในร่างกายสูงกว่าปกติโดยเฉพาะในบริเวณช่องท้อง ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนภัทร อินทรทรง² การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ 3 อันดับแรก คือ คอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 65.79 รองลงมาคือ ภาวะไขมัน ไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.99 (ปกติ) ร้อยละ 70.59 รองลงมา คือ ดัชนีมวลกาย 25-29.9 (อ้วนระดับที่ 1) ร้อยละ 17.65 และค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 (ผอม) ร้อยละ 11.76 สอดคล้องกับมธุรส เพ็ชรดี และคณะ³ หลังการตรวจสุขภาพประจำปี พบผลผิดปกติ 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งแบ่งเป็น คอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 66.78 ไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 57.74 ภาวะกรดยูริก ในเลือดสูง ร้อยละ 19.95 และการทำงานของตับผิดปกติ ร้อยละ 18.57 สรุปได้ว่า สภาวะสุขภาพของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2562- 2564 จากการตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบปัญหาสุขภาพ และ ความผิดปกติ ดังนี้ พบว่า บุคลากร มีปัญหาสุขภาพ ดังนี้ (1) มีภาวะโลหิตจาง (2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (3) ภาวะไขมัน คอเลสเตอรอลสูง (4) ภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (5) ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และ ยังพบภาวะอ้วน (6) เส้นรอบเอวเกิน (7) ภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนอื่น ๆ พบผิดปกติ เพียงเล็กน้อย เช่น ตรวจทางรังสี เป็นต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปกติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นภัยเงียบที่คอยคุกคามการดำเนินชีวิต และ ส่งผลกระทบกับการ ทำงานด้วย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กรมอนามัย นอกจากจะดำเนินการผลักดัน ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเป็นกลยุทธ์หลักในการกระตุ้นและสนับสนุน เครือข่ายในการดำเนินการส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แล้ว ยังได้มีการเสนอ ยุทธศาสตร์ คนไทยไร้พุง เพื่อส่งเสริมให้คนไทยได้ สนใจและเห็นความสำคัญของการ ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี กลุ่มเจ้าหน้าที่และบุคลากรทาง สาธารณสุขเป็นเป้าหมาย ที่สำคัญในการเป็นต้นแบบที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพ ซึ่งภาวะผิดปกติทางสุขภาพนั้นไม่ได้แก้ไขโดยการออกแรงหรือออกกำลังกายที่เพียงพอ ตามเกณฑ์เท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และอื่น ๆ ด้วย และ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สำรวจพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ดังนั้นในการผลักดัน เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี มีสภาวะสุขภาพที่ดี จะต้องมีการ เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และควรสำรวจพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถ พัฒนารูปแบบที่มีความจำเพาะ สำหรับกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ โดยเฉพาะกลุ่มต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปัญหาสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ส่วนใหญ่มีความผิดปกติเรื่อง ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง น้ำหนักตัวเกิน และเส้นรอบเอวเกิน เป็นโอกาสเสี่ยงของภาวะ อ้วนลงพุง หรือ Metabolic syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยในกลุ่มวัยทำงาน ดังนั้น ควรมีนโยบายสร้างความรอบรู้หรือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการ โดยเฉพาะการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มวัยทำงาน

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรภายในหน่วยงานหรือสถานประกอบการมีการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และติดตามผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้งเพื่อประเมินผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายให้อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมากร้อยละ 15.79 ตามลำดับ และ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรคืนข้อมูลให้กับผู้บริหารหน่วยงานและหัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างานเพื่อทำหน้าที่ กำกับ ติดตาม และ เสริมพลังให้บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. รวบรวมฐานข้อมูล และนำผลที่ได้ไปวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ บุคลากรภายในหน่วยงานมีการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และติดตามผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งเพื่อประเมินผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายให้อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ปัญหาสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะ Metabolic syndrome เช่น ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง น้ำหนักตัวเกิน และเส้นรอบเอวเกิน ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3อ. จัดโปรแกรมสุขภาพรายบุคคลในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถแก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของตนเองได้

2. การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพสุขภาพบุคลากร ดังนี้

2.1 กลุ่มปกติ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ควบคุมด้วย Diet control ตามหลัก 3อ. อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพ รักษาน้ำหนักให้คงที่และไม่ให้เพิ่มขึ้น และ จัดโปรแกรมการออกกำลังกายรายบุคคลตามภาวะสุขภาพ

2.2 กลุ่มเสี่ยง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมใบสั่งสุขภาพ และแนะนำให้เข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรมในคลินิกไร้พุง หรือ CBT ด้วยความสมัครใจ พร้อมจัดโปรแกรมการออกกำลังกายและการรับประทานเพื่อดูแลสุขภาพรายบุคคล ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกเดือน และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสนอผู้บริหาร

2.3. กลุ่มที่มีโรคประจำตัว จัดกิจกรรมแนะนำการรักษาจัดโปรแกรมการออกกำลังกายและการรับประทานให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ติดตามผลการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกเดือน สรุปผลการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสนอผู้บริหาร

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. สรุปรายงานการตรวจสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2563. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี; 2563.
2. นภัทร อินทรทรง. บัตรสนับสนุนให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคที่พบบ่อย 10 โรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2564] เข้าถึงได้จาก : <http://hpc9.anamai.moph.go.th>
3. มธุรส เพชรดีและคณะ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลกหลังการตรวจสุขภาพประจำปี 2548. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2564] เข้าถึงได้จาก : <http://hpc9.anamai.moph.go.th/research>

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล

ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

The Effectiveness of Using the Health Pattern on the Health Behavior
of the elderly, Ubon Ratchathani Province

เดือนธิดา ศรีเสมอ^{1*} Duanthida Srisamer^{1*}

วรรณภา อินทะราชา^{2**} Wannapa Intaracha^{2**}

บทคัดย่อ

แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบสอบถามการวิจัยประสิทธิผลของการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลมีค่ามากกว่า ระยะก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่าแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล/พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

*,** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: poonpun9@hotmail.com

Abstract

The health pattern is one of the strategies for enhancing health behaviors of the elderly to be healthy. This research was a quasi-experimental research. The objective was to compare health behaviors before and after using health pattern. The sample group consisted of 44 members of the elderly club who participated in health promotion activities in the elderly club. Total of 44 elderly were selected by the simple random sampling. They were divided into experimental and control groups and each group had 22 elderly people. The experimental group was given an individual health pattern. The control group received normal health care services. The data were collected by the pre-experimental, post-trial and follow-up periods. The research instruments consisted of 2 parts: 1) the instrument used to collect data and the instrument used in the experiment that was the research questionnaire on the effectiveness of using an individual health promotion plan on the health behaviors of the elderly which had a reliability in value of 0.80 and 2) the health pattern for the elderly in a period of 6 weeks. The data were analyzed by descriptive statistics and repeated one-way ANOVA. The results showed that the average score on health behaviors of the elderly between the experimental group and the control group were overall significantly different at the statistical level of .05 ($p < .05$). The mean score on health behaviors of the elderly on the experimental group in the post-trial and the follow-up periods were higher than the pre-experimental period and control group with statistical significance ($p < .001$). It can be concluded that individual health promotion plan can encourage the elderly to have better health behaviors.

Keywords : health Pattern/ health behaviors of the elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553–2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นฐานในการประมาณ พบว่า ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด แต่จะมีประชากรวัยแรงงานเพียง 35.18 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 ที่มีประชากรวัยแรงงาน จำนวน 42.74 ล้านคน หรือลดลง 7.6 ล้านคน¹

โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวน และ สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานกระทบกับศักยภาพการผลิต นอกจากนี้ การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคม ให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95.0 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.0) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.0) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9.0) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6.0) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1.0) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1.0) ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ 5.0 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ²

จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของ United Nations เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 10 การลดความเหลื่อมล้ำ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 กำหนดเป้าหมาย “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในประเด็น 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม คือ นโยบายด้านที่ 3การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ ดังนี้ ข้อ 4 เตรียมความพร้อมสังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคม ในอนาคตโดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบ การเงิน การคลัง สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2563 มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.96 โดยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรมากเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 94.81 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 4.88 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.57 ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2563 มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.96 โดยจังหวัดที่มีผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนที่สุดคือ จังหวัดยโสธร คิดเป็นร้อยละ 17.19 รองลงมา คือ จังหวัดศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ คิดเป็นร้อยละ 16.41 และ 16.31ตามลำดับ ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมพึงประสงค์ผ่านทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 23.99 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีพฤติกรรม กิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ ต่ำ เมื่อเทียบกับพฤติกรรมพึงประสงค์ข้ออื่น ๆ ผ่านเพียง ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ การกินผักผลไม้ ทุกวัน ผ่านร้อยละ 50.5 และการดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้ว ผ่านร้อยละ 62.1 ตามลำดับ³

จากข้อมูลดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 10 เห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถส่งเสริมและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Individual wellness Plan) โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี 6 ด้าน ดังนี้ 1. การเคลื่อนไหว 2. สมองดี 3.โภชนาการดี 4. มีความสุข 5.สุขภาพช่องปาก และ 6. สิ่งแวดล้อมซึ่งผู้วิจัยต้องการทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนาแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ฉบับปรับปรุง ค.ศ. 2006. Pender, Mundaugh & Parson ⁴ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงกับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการสร้างแรงจูงใจ และนำไปใช้ในการจัดกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ Pender, Mundaugh & Parson ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ ดังนี้

ตัวแปรต้น

เป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผนโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Mundaugh & Parson 2015) ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ส่งเสริมการรับรู้ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพ “ผู้สูงอายุสมองดี” สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุความสุขของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

2. การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ส่งเสริมความสามารถของตนเอง ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพ “ผู้สูงอายุสมองดี” สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุความสุขของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3. ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพ “ผู้สูงอายุสมองดี” สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design : Two group) 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและ ระยะติดตามผล เพื่อศึกษาผลการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ใช้การสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ G^* Power³ กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นการประมาณขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลางตามที่ Cohen⁵ งานวิจัยครั้งนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติที่ซึ่ง Polit and Sherman⁶ เสนอแนะให้ใช้ขนาดอิทธิพลขนาดกลางเช่นกัน อีกทั้งเป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากการเปิดตาราง Statistical Power Tables ของ Kraemer and Thiemann, (cited in Burns and Grove,) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนต่อกลุ่ม ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิดจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

1.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁷ ได้แก่ เป็นคำถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมการเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ การข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ พฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงซึ่งมีจำนวน 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

2.1 แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาวสำหรับผู้สูงอายุ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และการจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้น นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุตำบลวารินชำราบ อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 รูป และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ มีอิสระในการเลือกตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล สำหรับกลุ่มควบคุมต้องได้รับการดูแลตามปกติแต่ไม่ได้รับแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564) ดังนี้

ผู้สูงอายุจำนวน 44 คน

กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตำบลแสนสุขสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การใช้แผนการส่งเสริม สุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ

ระยะดำเนินการทดลอง

แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (90 นาที) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลแสนสุข
- การสร้างสัมพันธภาพและการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพตนเอง ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ ดังนี้
ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการสำหรับผู้ สูงอายุด้านการดูแลสมอง “ผู้สูงอายุสมองดี” สุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุความสุขของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 (90 นาที) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาล แสนสุข

- การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดย ประเมินตนเอง ตามแนวทางการประเมินเพื่อรับรู้ สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ

กลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน

ระยะก่อนการทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุตำบลในเมือง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การใช้แผนการ ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ

มารับการตรวจรักษาและรับบริการทางสุขภาพตามปกติ จากแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกตามสถานบริการ /กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุและให้ความรู้การดูแล สุขภาพผู้อายุ

ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 (90 นาที) ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ ข้อมูลชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล

เว้น 2 สัปดาห์

ระยะติดตามผล

สัปดาห์ที่ 8 (90 นาที) ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ ข้อมูลชุด เดิม ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคลและให้คู่มือเช่นเดียวกับกลุ่ม ทดลองและยุติสัมพันธภาพ

ระยะดำเนินการทดลอง (ต่อ)

สัปดาห์ที่ 3 (90 นาที) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลแสนสุข

- จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว หรือ Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนาทักษะกายใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี

สัปดาห์ที่ 4 (90 นาที) ณ บ้านผู้สูงอายุ

- นำแผน Individual Wellness plan สู่การปฏิบัติจริง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแกนนำผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแผน

สัปดาห์ที่ 5 (90 นาที) ณ บ้านผู้สูงอายุ

5. ประเมิน หลังจากปฏิบัติตามแผนแล้ว ประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ และค้นหาอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 6 (90 นาที) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลแสนสุข

- ปรับปรุงพัฒนาแผน และนำไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพดีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ

ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 (90 นาที) ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ ข้อมูลชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคล

เว้น 2 สัปดาห์

ระยะติดตามผล

สัปดาห์ที่ 8 (90 นาที) ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ ข้อมูลชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลส่วนบุคคลและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi - square และ t - test

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบความแตกต่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และ ตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between - subjects Variable and Within - subjects Variable)

3. เมื่อพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของการทดลอง ให้ทำการทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณของบอนเฟอโรนี (Bonferroni's method)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 44) ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2562		ปี 2563		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.94
60 - 69 ปี	13	59.1	14	63.7	
70 -79 ปี	8	36.4	7	31.8	
80 -89 ปี	1	4.5	1	4.5	
ระดับการศึกษา					.81
ประถมศึกษา	3	13.6	4	18.2	
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	-	1	4.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	40.3	9	40.9	
ปวช. ปวส./ อนุปริญญา	3	13.6	3	13.6	
ปริญญาตรี	6	27.3	5	23.7	
ปริญญาโท	1	4.5	-	-	
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					.32
น้อยกว่า 1 ปี	4	18.2	8	36.4	
1-5 ปี	11	50.0	7	31.8	
6-10 ปี	7	31.8	7	31.8	

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ในระยะก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง คือ 142.59 (S.D. = 3.62) และในกลุ่มควบคุม คือ 141.51 (S.D.= 2.53) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($t = 1.01, p=.10$) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 44$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p -value
	Mean	S.D.	M	S.D.			
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	142.59	3.62	141.51	2.53	1.01	42	.10

3. ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง ($p=.70$)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณของบอนเฟอโรนี (Bonferroni's method)

ระยะเวลา	Mean difference	Standard error	p -value
ระยะก่อนการทดลอง – ระยะหลังการทดลอง	3.30	0.46	.001
ระยะก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	3.63	0.47	.001
ระยะหลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.32	0.45	.70

การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และผู้สูงอายุที่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าระยะก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ วิจัยโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ฉบับปรับปรุงในปี 2006 Pender, Madaugh & Parson⁵ ได้อธิบายว่า พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลได้ปฏิบัตินั้นเกิดจากกระบวนการทางสติปัญญาที่เกิดขึ้นจากการสัมผัส และการรับรู้สิ่งแวดล้อม ทั้งภายในภายนอก ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นว่าดี มีประโยชน์ มีคุณค่า และยังเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ก็จะปฏิบัติมากขึ้น ก็จะทำให้การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพลดน้อยลง โดยบุคคลสำคัญ ครอบครัว เพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการเพิ่มหรือลดพฤติกรรมสุขภาพ โดยต้องมีการผสมผสานพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ⁶ วิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านพัฒนาการทางจิตวิญญาณ หลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการจัดการความเครียดไม่มีความแตกต่างเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติสูงสุด คือ ด้านการจัดการความเครียด ด้านที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ปิ่นนเรศ กาศอุดม⁷ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59, p < .001$)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ได้ใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ ยังมีการมอบคู่มือการคู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการทบทวน และเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว ส่งผลให้เกิดการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุ ได้นำไปปฏิบัติแล้วจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจทำให้มีกำลังใจที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมุ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการให้ผู้สูงอายุปฏิบัติจนประสบความสำเร็จด้วยตนเองโดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ และใช้แผนดูแลสุขภาพรายวัน (Weekly plan) เป็นตัวกำกับการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมจนสำเร็จ และในส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สำเร็จ ให้เจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ญาติและเพื่อนผู้สูงอายุ พุดคุยให้กำลังใจช่วยปรับปรุงพัฒนาแผนและนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพดี ได้แก่ การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การบริหารสมอง การมีกิจกรรมนันทนาการ การจัดสภาพแวดล้อม ได้เห็นตัวแบบ การให้ผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และยังการได้เห็นตัวแบบจากคู่มือคู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาวสำหรับผู้สูงอายุ การลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุเล่าถึงอุปสรรคการปฏิบัติตัวการออกกำลังกาย วิธีผ่อนคลายความตึงเครียด ร่วมวางแผนและหาแนวทางการลดอุปสรรคการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พี่เลี้ยง และครอบครัว และยังมีการติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้นำไปใช้ในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ สามารถนำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชมรมผู้สูงอายุได้
2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาและนักศึกษาพยาบาล สามารถนำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปเป็นทางเลือกในการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ด้านการวิจัย นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในสถานบริการ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้แผนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลของกลุ่มวัยก่อนเกษียณ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ 2563- 2565; 2562. หน้า1- 13.
2. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563 หน้า 1- 9.
3. กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและพิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี. โรงพิมพ์วชิรวิทย์.ปี; 2556. หน้า 30-31.
4. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988. p 8-14.
5. Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parson, M. A. Health Promotion in Nursing Practice (7 thed.). Boston: Harrisonburg; 2015. p 34-40.
6. Polit, D. F & Sherman, R. E. Statistical Power in Nursing Research. Nursing Research; 1990.39 (6), 365-368.
7. มะลิ โพธิพิมพ์และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ มะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.วารสารมฉก.วิชาการ :ปีที่ 22 ฉบับที่ 43 -44 ; 86-95.
8. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, มัณฑนา เหมชะญาติ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบล บางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. Journal of Phrapokklao Nursing College 2011; 22(2) : 61-70.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ต่อความรู้การจัดการ
ขยะมูลฝอยของประชาชนเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ
จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of 3Rs waste management program on knowledges relating
to waste management among people of mueang sri kai subdistrict
municipality warin chamrap district ubon ratchathani province

สุทธิดา สืบทรัพย์* Sutthida Suebsap*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ซึ่งโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ โดยใช้การอบรม เปิดวิดิทัศน์และซักถาม แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในเรื่อง ลดการเกิดขยะมูลฝอย การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และการนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร two dependent means ของ App N4Studies เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.73 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 26 กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เท่ากับ 11.71 (S.D.=3.22) และหลังการให้ความรู้ เท่ากับ 15.50 (S.D.=3.83) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

บทคัดย่อ (ต่อ)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs คือ การใช้ซ้ำเป็นการซ่อมแซม อุปกรณ์ภายในบ้าน ซึ่งตอบถูกน้อยที่สุด ควรมีการจัดทำสื่อ เช่น วิดีโอ หรือลงพื้นที่ศึกษา ดูงานเพื่อสร้างความเข้าใจมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs, ความรู้การจัดการขยะมูลฝอย

*นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

*ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: sutthida4672@gmail.com

Abstract

This preliminary experimental research The objective was to compare the knowledge of people's solid waste management. Mueang Sikai Subdistrict Municipality Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province Before and after joining the program Waste management according to the 3Rs principle, which the program is an educational activity using training. Show video and share questions about solid waste management in the topic. Reduce the generation of solid waste Reuse of solid waste and recycling of solid waste. The sample group used in this research were people in Muang Si Kai Sub-District Municipality. Warin Chamrap District The number of 24 people in Ubon Ratchathani Province was selected by purposive sampling, which was calculated using the two dependent means formula of App N4Studies. solid waste management. The research tools are validated for content validity. and the confidence test by Cronbach's Alpha method, the value was 0.73. Data were collected by using a questionnaire during February 1 February 26, 2021. Data were analyzed using descriptive statistics, i.e. percentage, mean, deviation. standard and inferring statistics, including Paired t-test, the significance level was set at 0.05.

The sample group had a mean score of knowledge before participating in the 3Rs solid waste management program was 11.71 (S.D.=3.22) and after the education was 15.50 (S.D.=3.83). It was found that the average knowledge score after participating in the 3Rs solid waste management program was significantly increased at the 0.05 level ($p<0.05$).

The results of this study show that after participating in the 3Rs solid waste management program, the knowledge of the 3Rs of solid waste management was reuse for home equipment repair. the least correct answer There should be media such as videos or visits to study sites to create more understanding.

Keywords : solid waste management program according to the 3Rs principle, knowledges relating to waste management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีปริมาณขยะสูงขึ้นต่อเนื่องขึ้นทุกปี โดยพบว่า ปี 2561 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 27.8 ล้านตัน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2560 มีปริมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.64 เนื่องจาก การขยายตัวของชุมชนเมือง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมเมือง การเพิ่มขึ้นของประชากร ในปี 2558 รัฐบาลไทยได้ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงสถานที่กำจัดขยะ พบว่า มีสถานที่กำจัดขยะเพียง 328 แห่งที่สามารถนำขยะไปใช้ประโยชน์และกำจัดได้อย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 26.3 ของปริมาณขยะเกิดใหม่รวมกับขยะตกค้างทั้งหมด และขยะที่เหลือกว่าร้อยละ 73.26 นั้นถูกกำจัดด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง เกิดสภาพเทกอง เมากลางแจ้ง เมาในเตาที่ไม่มีระบบกำจัดมลพิษทางอากาศ และ ฝังกลบแบบเทกองควบคุมหรือไม่ถูกจัดการเลยตามกฎหมายควบคุมมลพิษ¹

จังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่ทั้งหมด 15,774.00 ตารางกิโลเมตร มีประชากร 1,869,633 คน แบ่งเขตการปกครองส่วนภูมิภาคเป็น 25 อำเภอ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 239 องค์กรจากการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยในพื้นที่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12 มีปริมาณขยะเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2560 ประมาณวันละ 1,481.72 ตันต่อวัน ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 45.51 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด โดยสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12² อุบลราชธานีในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 1,800.76 ตัน/วัน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการรวบรวมขยะมูลฝอยไปกำจัด จำนวน 102 แห่ง มีการเก็บรวบรวมไปกำจัดประมาณ 765.95 ตัน/วัน

ในปี 2559 มีบทความปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย เป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ทุกหน่วยงานและประชาชนที่เกี่ยวข้องต่างเล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นต้องร่วมมือกันแก้ไข เพราะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนทุกระดับตั้งแต่ระดับองค์การบริหารส่วนตำบลเรื่อยไป จนถึงระดับเทศบาลหรือเทศบาลนคร ซึ่งปัญหานี้ในปี 2559 นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีผลผลิตทางเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น และมาตรฐานการครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้มีวัสดุเหลือใช้และปริมาณขยะมูลฝอยมากขึ้นตามไปด้วย³

กิจกรรมที่เราทำอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้ก่อให้เกิดมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหลายประการจึงมีการนำหลักการ 3Rs ของหน่วยงานทางการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการจัดการขยะมูลฝอย ได้แก่ Reduce, Reuse, Recycle โดยเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ 3Rs ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการรณรงค์ลด คัดแยก และการซ่อมแซมจากขยะมูลฝอยให้ได้มากที่สุดก่อนการกำจัดทิ้งในขั้นสุดท้าย ได้แก่ ลดการเกิดขยะมูลฝอย (Waste Reduction) การใช้ประโยชน์วัสดุรีไซเคิลแต่ละประเภทในรูปแบบการใช้ซ้ำ (Reuse) และการนำกลับมาใหม่ (Recycle)⁴

โดยเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี⁵ มีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทส่งผลให้มีปริมาณขยะสูงขึ้น จากการสำรวจพบการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโคนั้นไม่มีการคัดแยกก่อนทิ้งให้ถูกวิธี โดยนำไปทิ้งรวมใส่ถังขยะที่เทศบาลตำบลเมืองศรีโคได้จัดเตรียมให้ทำให้การจัดการขยะในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

จากปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ต่อความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้การจัดการขยะมูลฝอยที่ดีส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากมีการจัดการขยะมูลฝอยที่ดีขึ้นจะเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการขยะมูลฝอย ลดปริมาณขยะมูลฝอย และแบ่งเบาภารกิจของเทศบาลตำบลเมืองศรีโคได้ในอนาคต

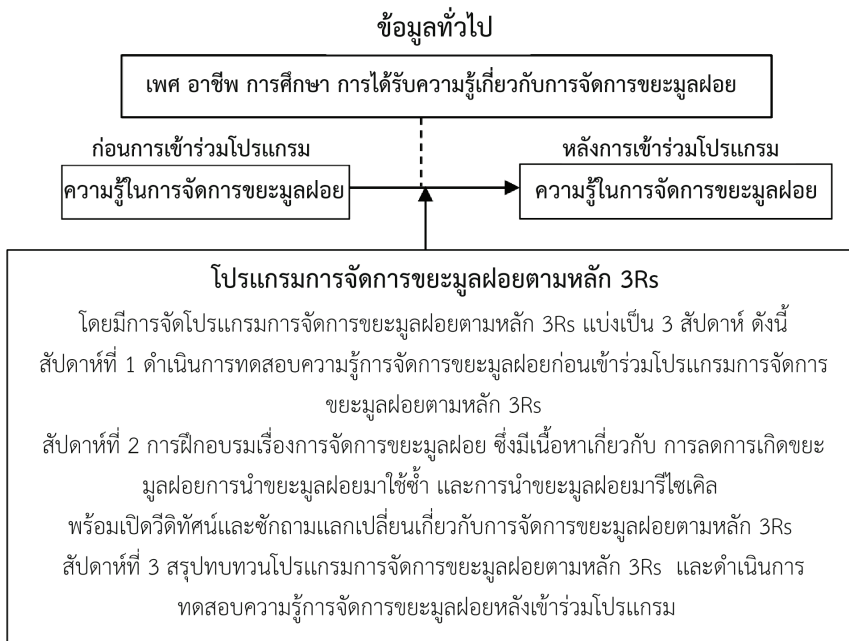
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานของการวิจัย

การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ของประชาชน เทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research)

ประชากร คือ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 7,691 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน ซึ่งคำนวณหาโดยใช้สูตร two dependent means ของ App N4Studies

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) เป็นประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

โดยมุ่งให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย โดยมีการจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 3 สัปดาห์ มีกิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการทดสอบความรู้การจัดการขยะมูลฝอยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

สัปดาห์ที่ 2 การฝึกอบรมเรื่องการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการลดการเกิดขยะมูลฝอย การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และการนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล พร้อมเปิดวิทัศน์และซักถามแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

สัปดาห์ที่ 3 สรุปบทวนโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs และดำเนิน การทดสอบความรู้การจัดการขยะมูลฝอยหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

2.1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยเป็นแบบ ทดสอบแบบถูกผิด (True/False) มีจำนวน 2 ตัวเลือก ถูกและผิด จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถูก ให้ 1 คะแนน

ผิด ให้ 0 คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom

แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ เมื่อได้คะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ 0-11 คะแนน

ระดับปานกลาง เมื่อได้คะแนนความรู้ ร้อยละ 60-79 หรือ 12-15 คะแนน

ระดับสูง เมื่อได้คะแนนความรู้ ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 16-20 คะแนน

วิธีดำเนินการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1) ติดต่อประสานงานกับเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ผู้ใหญ่บ้านศรีไคออก และ ผู้ใหญ่บ้านศรีไค-ตก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
- 2) ประสานงานรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนบ้านศรีไค
- 3) ดำเนินการในพื้นที่จริงและหากกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด
- 4) จัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ ที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ปากกา กระดาษ แก้ว ไม้ขีด เอกสาร และอุปกรณ์ ต่างๆ เป็นต้น

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

- 1) ศึกษาหลักการการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยแบบสอบถามและแบบทดสอบ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย
- 3) ดำเนินการจัดโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง

3. ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs อีกครั้ง โดยแบบทดสอบความรู้การจัดการขยะมูลฝอยด้วยชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ยกเว้นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลที่ได้ จะนำไปวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ต่อความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน เทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7, มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3, ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ร้อยละ 66.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=24)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	33.3
หญิง	16	66.7
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	8	33.3
ประถมศึกษา	7	29.2
ปวช.	6	25.0
ปวส.	3	12.5
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย		
ไม่เคย	16	66.7
เคย*	8	33.33
- ป้ายประชาสัมพันธ์	3	37.50
- การอบรมให้ความรู้ของเทศบาลหรือหน่วยงาน	3	37.50
- อินเทอร์เน็ต	1	12.5
- แผ่นพับ	0	0.00
- เสียงตามสาย	1	12.5

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ทำจากวัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น ขนมหีบบรรจุอยู่ในถุงกระดาษไม่สามารถลดปริมาณขยะได้ การลดการเกิดขยะจากครัวเรือนไม่ใช่สิ่งที่สำคัญที่สุดในการลดปริมาณขยะในชุมชนได้ ร้อยละ 91.70 รองลงมา คือ เรื่องการนำขยะอินทรีย์กลับมาใช้ประโยชน์ เช่น ทำปุ๋ยหมักได้ ร้อยละ 83.30 และตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่อง การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ (reuse) หมายถึง การใช้ซ้ำสิ่งของ อุปกรณ์ โดยไม่ต้องผ่านการแปรรูป การซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้านที่ชำรุด คือ การใช้ซ้ำ ร้อยละ 33.30 รองลงมา คือ เรื่องการใช้กระดิกน้ำหรือแก้วน้ำแทนการซื้อน้ำบรรจุขวดพลาสติกซึ่งจะช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยได้ ร้อยละ 37.50

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการขยะมูลฝอยตามหลัก3Rs ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการใช้ซ้ำเป็นการนำถุงพลาสติก ถุงหิ้ว ที่ยังมีสภาพดีมาใช้ซ้ำ การนำขวดน้ำพลาสติกที่ผ่านการใช้แล้วนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง การนำขยะอินทรีย์กลับมาใช้ประโยชน์ เช่น ทำปุ๋ยหมักได้ ร้อยละ100 รองลงมา คือ เรื่องการซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ทำจากวัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น ขนมหที่บรรจุอยู่ในถุงกระดาษ ไม่สามารถลดปริมาณขยะได้ ร้อยละ 92.70 และตอบถูกน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่องการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้านที่ชำรุด คือ การใช้ซ้ำ ร้อยละ 33.63 รองลงมา คือ เรื่องการใช้กระติกน้ำหรือแก้วน้ำแทนการซื้อน้ำบรรจุขวดพลาสติกดื่มจะช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยได้ ร้อยละ 41.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกต้องก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs (n=24)

ข้อ ที่	ความรู้	ให้ความรู้	
		ก่อน	หลัง
1.	การลดการเกิดขยะมูลฝอย(reduce) หมายถึง การซื้อสิ่งของตามความจำเป็น ปริมาณเหมาะสม คงทน ลดการใช้บรรจุภัณฑ์	41.70	75.00
2.	การลดปริมาณขยะมูลฝอยจะต้องใช้ภาชนะที่ใช้แทนถุงพลาสติก เช่น ใส่ตะกร้า ปิ่นโต ถุงผ้า	54.20	91.70
3.	การเลือกซื้ออาหารที่ใช้ภาชนะบรรจุ เช่น ถุงพลาสติก โฟม เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการกำจัด	45.8	75.00
4.	การใช้กระติกน้ำหรือแก้วน้ำแทนการซื้อน้ำบรรจุขวดพลาสติกดื่ม	37.50	41.70
5.	เมื่อไปตลาดหากนำถุงผ้าไปใส่ของ โดยไม่รับถุงพลาสติก จะช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยได้	58.30	91.70
6.	การซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ทำจากวัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น ขนมหที่บรรจุอยู่ในถุงกระดาษ ไม่สามารถลดปริมาณขยะได้	91.70	92.70

ข้อ ที่	ความรู้	ให้ความรู้	
		ก่อน	หลัง
7.	การลดการเกิดขยะจากครัวเรือนไม่ใช่สิ่งที่สำคัญที่สุดในการลดปริมาณขยะในชุมชน	91.71	91.97
8.	การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ (reuse) หมายถึง การใช้ซ้ำสิ่งของ อุปกรณ์ โดยไม่ต้องผ่านการแปรรูป	33.30	45.30
9.	การใช้ซ้ำเป็นการนำถุงพลาสติก ถุงหิ้ว ที่ยังมีสภาพดีมาใช้ซ้ำ	58.30	100.00
10.	การใช้ซ้ำสิ่งของ อุปกรณ์ หรือข้าวของที่ใช้ได้ เช่น การบริจาคเสื้อผ้าเก่า ๆ หรือนำมาทำประโยชน์อื่น ๆ เป็นผ้าเช็ดจาน ผ้านูพื้น เป็นต้น	62.50	91.70
11.	การซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้านที่ชำรุด คือ การใช้ซ้ำ	33.30	33.63
12.	การเลือกใช้ถ่านไฟฉายแบบชาร์ตได้ คือ การใช้ซ้ำ	66.70	91.70
13.	การนำเสื้อผ้าเก่าไปบริจาค หรือถูพื้นเป็นการรีไซเคิล	62.50	70.45
14.	การใช้ซ้ำโดยนำกระดาษรายงานที่เขียนแล้ว 1 หน้า มาใช้ในหน้าที่เหลือ หรืออาจนำมาทำเป็นกระดาษโน้ต	62.50	82.45
15.	การนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล (recycle) หมายถึง การนำเอาวัสดุที่ไม่ใช่เข้าสู่กระบวนการผลิตใหม่ ทำเป็นผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ	58.30	91.70
16.	การนำยางรถเก่ามาแปรรูปเป็นกระถางปลูกต้นไม้เป็นการนำกลับมาใช้ใหม่	45.80	62.50
17.	การนำเอาวัสดุที่ไม่ใช่แล้วหรือมูลฝอยบางชนิดขาย เพื่อนำกลับเข้าสู่กระบวนการผลิตใหม่ เพื่อนำมาทำเป็น ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นวัสดุจำพวกพลาสติก กระดาษ โลหะ แก้ว	50.00	70.80
18.	การนำขวดน้ำพลาสติกที่ผ่านการใช้แล้วนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง	66.70	100
19.	การนำถุงพลาสติกมาทำเป็นชุดรีไซเคิลเป็นการนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล	66.70	91.70
20.	การนำขยะอินทรีย์กลับมาใช้ประโยชน์ เช่น ทำปุ๋ยหมัก ได้	83.30	100

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ใน ระดับสูงร้อยละ 58.30 ดังแสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs (n=24)

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน)	10	41.10	2	8.30
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	12	50.00	8	33.30
สูง (16-20 คะแนน)	2	8.30	14	58.30
รวม	24	100	24	100

$\bar{X}$ =11.71 , S.D.=3.22, Min=3, Max=17 $\bar{X}$ =15.50 , S.D.=3.83, Min=3, Max=20

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เท่ากับ 11.71 และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 15.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้ความรู้	11.71	3.22	-8.91	.000
หลังการให้ความรู้	15.50	3.83		

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย จากการอบรมบรรยายการจัดการขยะตามหลัก 3Rs ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการลดการเกิดขยะมูลฝอย การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และการนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้ ในเรื่องของ reuse คือ การนำถุงพลาสติก ถุงหิ้ว ที่ยังมีสภาพดีมาใช้ซ้ำ การนำขวดน้ำพลาสติกที่ผ่านการใช้แล้วนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้อีกครั้ง และrecycle คือ การนำขยะอินทรีย์กลับมาทำปุ๋ยหมัก

ความรู้การจัดการขยะมูลฝอย

จากการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs อยู่ในระดับสูงร้อยละ 58.30 ซึ่งต่างกับผลการศึกษาวิจัยของ เอกนรินทร์ กลิ่นหอม⁶ ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษามีความแตกต่างกันเนื่องจากบริบท หน้าที่ การงานหากมีระดับการศึกษาที่ดีจะมีความสามารถในการรับรู้ข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ และการอบรมให้ความรู้ของเทศบาลหรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของอมร อภิสิทธิ์อมร⁷ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ของประชาชนในการจัดการขยะครัวเรือน กรณีศึกษา คอนโดมิเนียมในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมากที่สุด คือ จากกิจกรรมประชาสัมพันธ์ แสดงให้เห็นว่าหากต้องการสื่อสารเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ควรสื่อสารผ่านการประชาสัมพันธ์เพราะจะเข้าใจปัญหาและสภาพแวดล้อมของชุมชนมากที่สุดทำให้สามารถสร้างรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น

จากการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ เนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ โดยจัดอบรมบรรยายการจัดการขยะตามหลัก 3Rs ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการลด การเกิดขยะมูลฝอย การนำขยะมูลฝอยมาใช้ซ้ำ และการนำขยะมูลฝอยมารีไซเคิล ประกอบกับการฉายวีดิทัศน์เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญจะ หัตตะโสภณ^๑ ที่ศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรม 5R ต่อความรู้ และ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในตำบลพนมสารคาม อำเภอนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งใช้โปรแกรม 5R คือ reduce, reuse, recycle, repair and reject ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายถึงการลดระดับการใช้ในปัจจุบัน, การบรรยายถึงประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าที่สุด, การบรรยายถึงการลดปริมาณขยะโดยคัดแยกขยะประเภท แก้ว, กระดาษ, พลาสติก และโลหะ/อโลหะ การบรรยายให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมใส่ใจและเห็นคุณค่าในของที่ใช้พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่า การมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอยจะสามารถช่วยให้มีการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพสูง และถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ควรมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องการควบคุมการทิ้งขยะมูลฝอย การรวบรวมขยะมูลฝอย การขนถ่ายและการขนส่ง การแปรรูปของขยะมูลฝอยและการกำจัดขยะมูลฝอย เพราะขยะมูลฝอยเป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนต่าง ๆ มากมาย เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคต่าง ๆ ก่อปัญหา กลิ่นเหม็นและน้ำเสียที่มาจากขยะรอบๆ บริเวณ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก^๑ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการช่วยรักษาความสะอาดภายในชุมชนด้วยการทิ้งขยะลงถังทุกครั้ง มักนำขยะมูลฝอยประเภทขยะทั่วไปนำขยะมูลฝอยในครัวเรือนมาทิ้งในถังขยะที่ทางเทศบาลเมืองอรัญญิก จัดให้วันละ 1 ครั้ง มีความรู้ด้านการลดปริมาณขยะมูลฝอยบ้าง การเก็บถุงพลาสติกที่ใช้แล้วนำกลับมาใช้อีก มีการซ่อมแซมขยะประเภทไม้ เพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ และส่วนใหญ่เลือกใช้วัสดุที่สามารถนำกลับมาใช้ได้

ข้อเสนอแนะ

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยตามหลัก 3Rs คือ การใช้ซ้ำเป็นการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน ซึ่งตอบถูกน้อยที่สุด ควรมีการจัดทำสื่อ เช่น วิดีโอ หรือลงพื้นที่ศึกษาดูงานเพื่อสร้างความเข้าใจมากขึ้น

2. โปรแกรมฯ มีผลให้ความรู้การจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนดีขึ้น ดังนั้นควรมีการนำโปรแกรมฯ นี้ไปขยายผลใช้กับประชาชนทั้งหมู่บ้าน หรือ อสม. ในหมู่บ้านที่จะช่วยในเรื่องนี้ เพื่อให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pcd.go.th/file/Thailand%20Pollution%20Report%202018_Thai.pdf
2. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 12. สถานการณ์ขยะมูลฝอยในจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mnre.go.th/ckeditor/upload/files/id164/pdf/garbage2560.pdf>
3. ขวัญเรือน จันทรเปล่ง. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบุญชู ตำบลกู่ทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://mkho.moph.go.th>
4. พิศพร บุญตามช่วย. โครงการขะนี้มีคุณค่าสร้างสรรค์ปัญญาชาวเสนา [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://localfund.happynetwork.org/project/27298>
5. เทศบาลตำบลเมืองศรีโค. สถานการณ์และการจัดการขยะมูลฝอย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.muangsrikai.go.th>
6. เกอนรินทร์ กลิ่นหอม. ทศนคติและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2004/1/58601711>
7. อมร อภิสทธีอมร. พฤติกรรมและการรับรู้ของประชาชนในการจัดการขยะครัวเรือนกรณีศึกษา คอนโดเนียมในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.e01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/133306>
8. กรมปศุสัตว์ หัตตะโสภณ. ผลของการเข้าร่วมโปรแกรม 5R ต่อความรู้และพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนของประชาชนในตำบลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : http://library.rsu.ac.th/rsulibrary7s/lib7s_subcomitte.html
9. นภัส น้ำใจตรง. พฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในตำบลระทุมลัม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://graduate.hu.ac.th/thesis/2558/mpa/Sompong.pdf>

การจัดบริการคลินิกนมแม่ ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19

จตุพร สุขสำราญ¹และเกษแก้ว เกตพันธ์²
^{1,2}ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

นมแม่ คือ อาหารสำคัญของทารก ไม่ใช่เพียงอาหารสำหรับลูกเท่านั้น แต่เป็นการให้ทุกสิ่งทุกอย่างที่ดีที่สุดที่แม่ทำให้ลูกเติบโต ทั้งวุฒิปัญญา (I.Q. - Intelligent Quotient), วุฒิอารมณ์ (E.Q.- Emotional Quotient), วุฒิคุณธรรม (M.Q. - Moral Quotient), ตลอดจนวุฒิความอดกลั้นอดทน (A.Q.-Adversity Quotient) ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะส่งผลให้เด็กมีค่าเฉลี่ยระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ดีกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ 3-10 จุดเพราะในน้ำนมแม่เป็นอาหารที่ช่วยให้เซลล์สมองเจริญเติบโต ส่งเสริมการสร้างเยื่อหุ้มใยประสาทจะทำให้สื่อสารประสาทได้เร็ว 1/1000 เร็วกว่าใยประสาทที่ไม่มีเยื่อหุ้มกว่า 100 เท่า ขณะที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการโอบกอดสัมผัส อุ้มลูกไว้ในอ้อมอก ส่งเสียง พูดคุย หยอกล้อ ทำให้เด็กได้รับประสาทสัมผัสทุกด้าน ส่งผลให้พัฒนาการเด็กสมวัยและฉลาดมากขึ้น อีกทั้งยังมีภูมิคุ้มกันโรคลดโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคหูชั้นกลางอักเสบ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งโรคติดเชื้อทั่วร่างกายและโรคลำไส้เน่าในทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแม่กับลูก เกิดการปรับตัวเข้าหากัน และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะเห็นได้ว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในขวบปีแรกช่วยให้เด็กได้มีพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านอารมณ์ เด็กมีความสุข มั่นใจในสิ่งแวดล้อม นำไปสู่ความรู้สึกไว้วางใจในบุคคล เกิดความกล้าและมีความสนใจใฝ่รู้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทางอารมณ์ของเด็กในวัยต่อไป

คลินิกนมแม่ เป็นสถานที่ที่ให้บริการในเรื่องส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ต้องการจะเลี้ยงลูกด้วยนมของตนเอง โดยมีบริการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ ให้คำปรึกษาในกรณีมีปัญหาเรื่องให้นมลูก การฝึกทักษะเช่นทำอุ้ม การดูนมลูกวิธีและการรักษาเต้านม เช่น นวดประคบ ให้อา มีรูปแบบการให้บริการโดยการมารับบริการที่คลินิกได้ทันทีที่มีปัญหา แต่ในปัจจุบันเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคที่ระบาดรวดเร็วจนแพร่กระจายไปทั่วโลก ติดต่อผ่านทางสัมผัสละอองฝอยจากการไอหรือจาม อาการของโรคจะคล้ายกับอาการของไข้หวัดใหญ่ แต่รุนแรงจนเกิดมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง จากสถานการณ์ดังกล่าว ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงได้มีการทบทวนวางแผนทางการให้บริการในคลินิกนมแม่ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ ลดความแออัดและลดการรอคอยในการเข้ารับบริการ โดยดำเนินการปรับเปลี่ยนแนวทางในการให้บริการแบบวิถีใหม่ (New normal) ภายใต้แนวคิดการให้บริการคลินิกนมแม่ในสถานการณ์โควิดด้วยการให้บริการแบบออนไลน์

เริ่มจากการทบทวนระบบการให้บริการแบบเดิม ซึ่งมารดาที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเข้ามาใช้บริการที่คลินิกโดยตรง และมาได้ตลอดเวลา การให้บริการมารดาที่มีปัญหา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใช้เวลาในการให้บริการแต่ละราย ประมาณ 30-45 นาที ซึ่งหากมารดา บริการพร้อมกันจะเกิดความแออัดและลดการรอคอยในการเข้ารับบริการ ในกรณีต้องมีการ รักษาเต้านม เช่น นวดประคบและให้ยาต้องมีการประสานส่งต่อ เช่น คลินิกนวดแพทย์ไทย อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์โควิด-19 ทางทีมอนามัยแม่และเด็กได้ดำเนินการระดมสมองกัน ในกลุ่มงานอนามัยแม่ และเด็ก โดยยึดหลักมาตรการ D-M-H-T-T-A ได้แก่ D : Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H : Hand washing ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจล ล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้ารับบริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย T : Testing ตรวจหาเชื้อโควิด 19 และ A : Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง

ขั้นตอนการเข้ารับบริการคลินิกนมแม่ในสถานการณ์โควิด 19 มีดังนี้ เริ่มจากผู้รับบริการ โทรศัพท์หรือไลน์เข้ามาแจ้งเกี่ยวกับอาการที่ตนเองมีปัญหา เจ้าหน้าที่สอบถามอาการเพิ่มเติม เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ ในกรณีอาการไม่รุนแรงเช่น เต้านมคัดตึง น้ำนมมาน้อย การอุ้มลูกไม่ถูกวิธี จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและติดตามอาการทางโทรศัพท์หรือไลน์ ในวันถัดมา ถ้าผู้รับบริการมีอาการแนวโน้มที่ดีขึ้นจะติดตามจนครบ 7 วัน แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น จะติดตามอาการ 1-2 วันและนัดมารับบริการที่คลินิกนมแม่ตามวันและเวลาที่ทางคลินิกแจ้ง ในส่วนกรณีที่ผู้รับบริการโทรศัพท์หรือไลน์เข้ามาแจ้งเกี่ยวกับอาการที่ตนเองมีปัญหา แล้วพบ มีอาการรุนแรง เช่น เต้านมอักเสบหรือเป็นฝี มีอาการปวด บวม แดงร้อน ไข้สูงหนาวสั่นร่วมด้วย จะนัดเข้ามาใช้บริการที่คลินิกนมแม่ตามวันและเวลาที่ทางคลินิกแจ้ง เมื่อผู้รับบริการมาถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีต้องมาเข้าระบบคัดกรองความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ Covid-19 ถ้าคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยงสามารถเข้ามาใช้บริการที่คลินิกนมแม่ ได้เลย เจ้าหน้าที่จะประเมินเต้านมและซักประวัติเพิ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขพร้อมอธิบาย ให้แม่เข้าใจเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ เช่น เปลี่ยนท่าให้นม ควรให้ดูดจากเต้านั้นบ่อยขึ้น พร้อมทั้งให้ดูดจนเกลี้ยงเต้า ถ้ายังเหลือควรบีบออกและควรให้เริ่มดูดนมเต้าที่มีปัญหาก่อน แต่ถ้าเจ็บ ให้เปลี่ยนไปดูดนมเต้าที่ดีก่อน ในกรณีที่แม่ยังเจ็บมากควรประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่นจัด และส่งต่อ ให้แพทย์แผนไทยเพื่อนวดประคบ และส่งพบแพทย์เพื่อให้ยาหลังจากนั้นโทรศัพท์ติดตามอาการ ทุกวัน หากใน 7 วันอาการยังไม่ดีขึ้นนัดมาที่คลินิกอีกครั้งเพื่อประเมินการปฏิบัติตัว สอบถามปัญหา ช่วยนวดประคบระบายน้ำนมและให้คำแนะนำซ้ำ ในกรณีคัดกรองที่ระบบคัดกรองความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ Covid-19 แล้วพบมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องเข้าระบบการดูแลต่อของคลินิก ARI โดยทางคลินิก ARI จะส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการให้คลินิกนมแม่เพื่อติดตามอาการตามแนวทาง ของคลินิกนมแม่ทางโทรศัพท์หรือไลน์ต่อไป

หลังได้มีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ มีผู้รับบริการจำนวน 15 ราย ซึ่งทั้งหมดสามารถแก้ไขปัญหาได้ โดยไม่ต้องมารับบริการที่คลินิกนมแม่ ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัดในการมารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และยังประหยัดเวลาในการรับบริการจากความสะดวกรวดเร็ว และการให้บริการอย่างเข้าใจมากขึ้น โดยมีสนมแม่ที่ให้บริการเองจะติดต่อกับตัวผู้รับบริการแบบตัวต่อตัวจึงสามารถพูดคุยให้คำปรึกษาได้ ตัวผู้รับบริการเองก็รู้สึกเป็นส่วนตัว เพราะมีการ VDO Call เพื่อประเมินเต้านม หรือถ่ายภาพเต้านม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานให้บริการแนวทางใหม่ในสถานการณ์โควิด 19 ก็พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคดังนี้ มีสนมแม่ไม่สามารถตอบข้อซักถามผู้รับบริการได้ทันทั่วทั้งที่ในบางคนเนื่องจาก ภารกิจอื่น ๆ ในงานประจำด้วย เช่น ในบริการฉีดวัคซีนเด็ก ฝากครรภ์ ปัญหาในเรื่องสัญญาณของอินเทอร์เน็ต ที่ไม่เสถียรในบางครั้งต้องใช้อินเทอร์เน็ตส่วนตัวของมีสนมแม่เอง

การจัดบริการคลินิกนมแม่ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่ต้องจำกัดการพบปะผู้คน ลดการไปในสถานที่แออัด กลุ่มแม่ และเด็กเป็นกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จึงเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายสำหรับการให้บริการในคนกลุ่มนี้ สำหรับแนวทางในการพัฒนาเพิ่มเติม

1. ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในรูปแบบ New normal
2. ทำแบบ Check list กลุ่มอาการของโรคที่พบบ่อยเพื่อให้เจ้าหน้าที่คนอื่นสามารถวินิจฉัยและดูแลได้
3. ทำแบบ Check list การดูแล คำแนะนำ กลุ่มอาการของโรคที่พบบ่อยเพื่อให้เจ้าหน้าที่คนอื่นสามารถดูแลได้ต่อไป รวมทั้งการประเมินระยะเวลาในการให้บริการแต่ละ Case เพื่อเก็บเป็นข้อมูลในการประเมินการดำเนินงานและการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และคณะ. ปัญหาที่พบบ่อย. ใน : กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. บรรณาธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน; 2555. หน้า 23-30.
2. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. เอกสารประกอบการสอนพยาบาลเฉพาะทางสาขาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562. หน้า 3 - 4.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การแก้ไขปัญหาด้านนม. ใน : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย บรรณาธิการ. คู่มืออบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 40-45.
4. ศิราภรณ์ สวัสดิ์, กุสุมา ชูศิลป์ และกรรณิการ์ บางสายน้อย. คุณค่าของน้ำนมแม่ต่อลูก. ใน : วิบูลพรรณ ฐิตะตลก, มานี ปิยะอนันต์ และยุพียง แห่งเชาวนิช. บรรณาธิการ. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแพทย์ ประจำบ้านสาขาสูตุนีเวชวิทยา พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตุนีแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรม ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม ; 2548. หน้า 15-37.

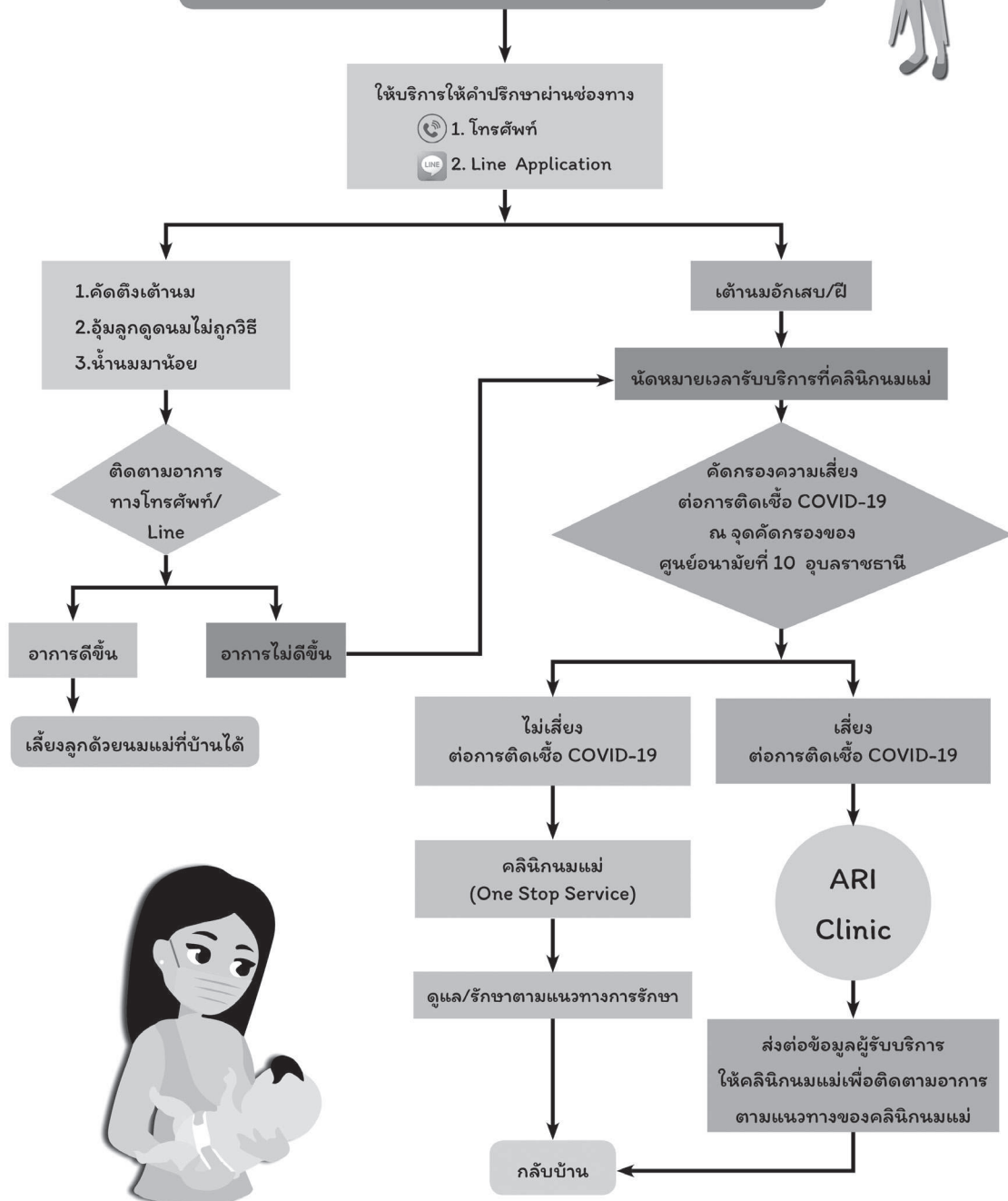


กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ผังการจัดการระบบบริการคลินิกนมแม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19



มารดาที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่





กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

45 หมู่ 4 ถ.สถลมารค ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ

จ.อุบลราชธานี 34190

โทร.045-251267-9



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

