

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2556 – มีนาคม 2557

Vol.6 No. 1 October 2013 – March 2014

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์
นายแพทย์เรืองกิตต์ ศิริกาญจนกุล
นางพงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา

บรรณาธิการ

นางทัศนีย์ รอดชมภู

กองบรรณาธิการ

ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์, พญ.สุขุมพร ชีโรชติภากร
นางสาวจรรยา อินทรรัศมี, นางชนิตา รุ่งวิทยาการ, นางวาทีณี แจ่มใส
นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์, นายพิพัฒน์ พุศรีนวล, นางธิโสภิญ ทองไทย
นางสาวสุพัตรา บุญเจียม, นางบังอร กล้าสุวรรณ, นางปิยะนันท์ โพธิ์ชัย

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางพรพรรณ นามตะ, นางสาววิลาวัลย์ ซาดา

ศิลปกรรมออกแบบ

นางพรพรรณ นามตะ, นางสาววิลาวัลย์ ซาดา

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 195 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร.043-235-902-5 โทรสาร 043-243-416

[http:// www.anamai.moph.go.th/hpc](http://www.anamai.moph.go.th/hpc) 6

กำหนดออก

ปีละ 2 เล่ม เมษายน – กันยายน, ตุลาคม – มีนาคม

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์

64-66 ถ.รื่นรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร. 043-221938, 220128

ถ้อยแถลง

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น



การพัฒนาและดำเนินการทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัย สิ่งแวดล้อม สิ่งสำคัญต้องอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายในทุกภาคส่วน เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน ศูนย์อนามัยที่ 6 มีเป้าหมายในการ พัฒนาศูนย์ฯ ให้เกิดเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ หรือ Research Center ซึ่งการจัดทำวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 6 ถือเป็นภารกิจสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลงานวิจัย/คลังข้อมูลงานวิจัย ของศูนย์ ในการจัดทำวารสารของศูนย์อนามัยที่ 6 นี้ ถือเป็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ เผยแพร่งานวิจัยของบุคลากรและเครือข่ายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวิจัย ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจในการผลิตงานวิจัยและผลงานวิชาการแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งหวังให้เกิด ประโยชน์แก่ประชาชนในอนาคตต่อไป

สำหรับวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 นี้ ได้รวบรวมเนื้อหาผลงานด้านวิชาการ ทั้งบทความทั่วไป และบทความวิชาการ ซึ่งเป็นบทความที่น่าสนใจ เป็นประโยชน์ และรายงาน ผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ทั้งจากแพทย์ พยาบาล นักวิชาการของศูนย์ฯ และจากภาคีเครือข่าย ที่ให้ความสนใจและให้ความสำคัญกับการทำงานด้านวิชาการ อันจะทำให้เกิดองค์ความรู้ในการ ส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย และเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

ท้ายนี้ ผมขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการส่งผลงานวิชาการร่วมเผยแพร่ ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 และขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านและบุคลากรทุกท่านในการพัฒนางาน วิชาการและการปฏิบัติงานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

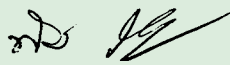
(นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ขอนำเสนอเรื่องราวที่น่าสนใจสาระความรู้ทางวิชาการบทความวิจัย โดยขอบเขตของเนื้อหาในวารสารเน้นความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และสำหรับฉบับนี้ได้รวบรวมบทความวิชาการและผลงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจ สถานการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพฉบับนี้ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารทะเลและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2556 และพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ปีงบประมาณ 2557 ส่วนบทความทั่วไปได้แก่ ภาพอนาคตระบบสุขภาพ และ นานาทัศนะ... การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ สำหรับบทความ ได้แก่ การพัฒนาคู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน และการสุขภาพโภชนาการและน้ำในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 6 ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลของโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ใต้บุญล้านใจ คนไทยลดอ้วน” ต่อดัชนีมวลกายและรอบเอวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6

วารสารฉบับนี้ได้รับความอนุเคราะห์เนื้อหาจากผู้เรียบเรียงบทความ ผู้เขียนบทวิทยากร จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร บุคลากรและคณะกรรมการพัฒนาวิชาการทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการทำให้วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ฉบับนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จได้ด้วยดี ท้ายนี้กองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณท่านผู้อ่านทุกท่าน ที่ให้ความสนใจ ในวารสารทุกฉบับ ขอให้ทุกท่านก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานมีความสุขและสุขภาพแข็งแรงตลอดไป



(นางทัศนีย์ รอดชมภู)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)

บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

สถานการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

หน้า

สถานการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทะเลผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน
จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2556 3

□ กสทแก้ว กิรพงษ์สวัสดิ์

สถานการณ์เรื่อง พัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
เขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ปีงบประมาณ 2557 16

□ ทักษิณี รอดชมภู

บทความทั่วไป

ตอนที่ 1 การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 25

□ สุภาภรณ์ ลมูลศิลป์

ตอนที่ 2 HIA ไม่ไกลจากตัวเรา 29

□ สุภาภรณ์ ลมูลศิลป์

ภาพอนาคตระบบสุขภาพ 35

□ วิลาวัลย์ เขาค

นานาทัศนะ....การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ 43

□ ดร.วันพิณ ศิวารมย์

บทวิทยากร

การพัฒนาคู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 49

□ ทักษิณี รอดชมภู

ภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนและการสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน
พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 56

□ บังอร กล่ำสุวรรณ

ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช 70

□ รุจิรา พงษ์ปรณ์พงศ์

ผลของโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจคนไทยลดอ้วน”
ต่อดัชนีมวลกายและรอบเอวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 92

□ จาริณี ยศปัญญา

สถานการณ์
ด้านส่งเสริมสุขภาพ

สถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารทะเล และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2556

กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์ และสมบูรณ์ ชินบุตร
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทสรุป

การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารทะเลและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การบริโภค ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม 2 Stage Cluster ดำเนินการจังหวัดละ 30 หมู่บ้านๆ ละ 10 ราย สัมภาษณ์การบริโภคย้อนหลัง 7 วัน ของกลุ่มแม่บ้าน ตามแบบสัมภาษณ์ จากสำนักโภชนาการและตรวจวัดปริมาณไอโอดีนในเกลือจากครัวเรือน ด้วย I-KIT

ผลการสำรวจ พบว่า จังหวัดหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 อายุ ระหว่าง 41 – 61 ปี ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 48.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.9 อาชีพหลัก เกษตรกร และแม่บ้านร้อยละ 44.1 เท่ากัน มีจำนวนคนในครอบครัว 3 – 4 คน ร้อยละ 50.7 ใช้เกลือเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 86.0 ใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 86.0 ใช้ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 41.8 บริโภคไข่ไก่ทุกวัน ร้อยละ 53.8 บริโภคอาหารทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46.5 ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 26.4 การตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือนพบว่า มีค่าไอโอดีนในเกลือ 30 ppm ร้อยละ 61.5

จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.6 อายุระหว่าง 11 – 61 ปี ร้อยละ 55.3 อายุเฉลี่ย 47.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.4 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 69.7 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 45.1 มีจำนวนคนในครอบครัว 3 – 4 คน ร้อยละ 40.5 ใช้เกลือเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 83.9 การใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 89.7 ใช้ซีอิ๊ว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 59.6 บริโภคไข่ไก่ทุกวัน ร้อยละ 82.9 บริโภคอาหารทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.4 ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.0 ผลการตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือนพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าไอโอดีนในเกลือ 40 ppm ร้อยละ 66.1

บทนำ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทะเลและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดหนองคายเมื่อปีงบประมาณ 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การบริโภคอาหารทะเลและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชน สุ่มตัวอย่างแบบ 2 Stage Cluster โดย Stage 1 สุ่มเลือก 30 หมู่บ้าน จากทุกหมู่บ้าน โดยวิธี Probability proportionate to size ส่วน Stage 2 สุ่มประชากรเป้าหมายตามกำหนด โดยวิธี Simple random sampling ดำเนินการจังหวัดละ 30 หมู่บ้านละ 10 ราย สัมภาษณ์บริโภคย้อนหลัง 7 วัน ของกลุ่มแม่บ้าน ตามแบบสัมภาษณ์จากสำนักโภชนาการและตรวจวัดปริมาณไอโอดีนในเกลือจากครัวเรือน ด้วย I-KIT

ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดหนองบัวลำภู จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 299 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 เพศชาย ร้อยละ 1.3 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 – 61 ปี ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 48.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.2 ปี อายุ 21 -40 ปี ร้อยละ 27.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.9 อาชีพหลัก เป็นเกษตรกร และแม่บ้าน ร้อยละ 44.1 เท่ากัน มีจำนวนคนในครอบครัว 3 – 4 คน ร้อยละ 50.7

จังหวัดหนองคาย จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.6 เพศชาย ร้อยละ 1.4 อายุระหว่าง 11 – 61 ปี ร้อยละ 55.3 อายุเฉลี่ย 47.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.4 ปี รองลงมาอายุ 21 – 40 ปี ร้อยละ 27.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.7 ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 45.1 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 38.2 มีจำนวนคนในครอบครัว 3 – 4 คน ร้อยละ 40.5

พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน

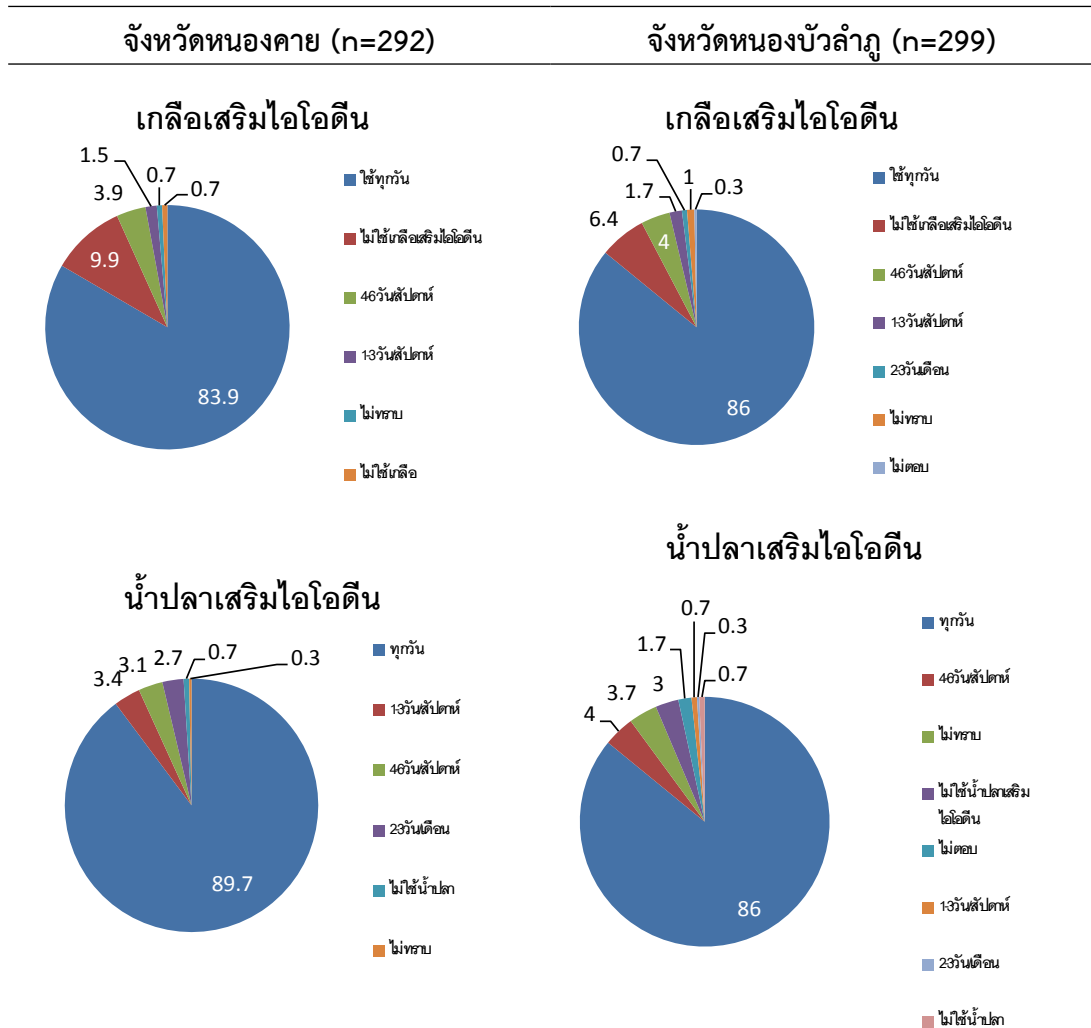
พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู อธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนของทั้งสองจังหวัด มากกว่าร้อยละ 80 ใช้เกลือเสริมไอโอดีนทุกวัน กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ใช้เกลือเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 83.9 ส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูใช้เกลือเสริมไอโอดีนทุกวัน ร้อยละ 86.0 และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจังหวัดไม่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 9.9 และ 6.4 ตามลำดับ

การใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีน พฤติกรรมการบริโภคของทั้งสองจังหวัดมากกว่า ร้อยละ 85 ใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีนทุกวัน โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ร้อยละ 89.7 และร้อยละ 86.0 ใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีนทุกวัน และมีกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายอีกร้อยละ 0.7 ไม่ใช้น้ำปลา และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 3.0 ไม่ใช้น้ำปลาเสริมไอโอดีน

และพฤติกรรมการใช้ซีอีว/ซอสปรุงรสเสริมไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย และหนองบัวลำภู ประมาณร้อยละ 40-60 ใช้ซีอีว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน ซึ่งน้อยกว่าพฤติกรรม การใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนอื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 59.6 และจังหวัด หนองบัวลำภู ร้อยละ 41.8 ใช้ซีอีว/ซอสเสริมไอโอดีนทุกวัน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ ซีอีว/ซอสเสริมไอโอดีนในการปรุงรส จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 3.4 และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ ดังแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 แสดงพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

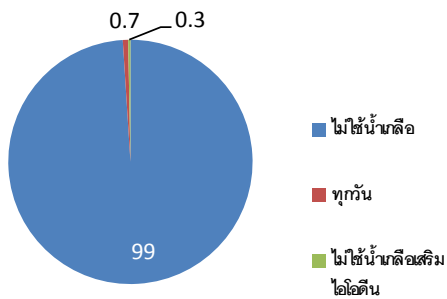


แผนภูมิที่ 1 แสดงพฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

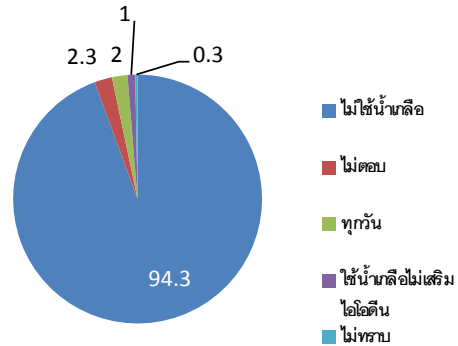
จังหวัดหนองคาย (n=292)

จังหวัดหนองบัวลำภู (n=299)

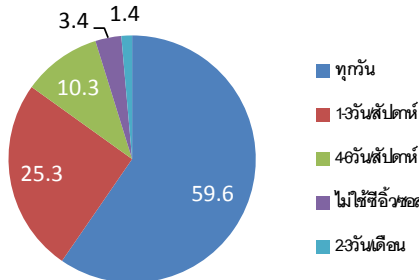
น้ำเกลือเสริมไอโอดีน



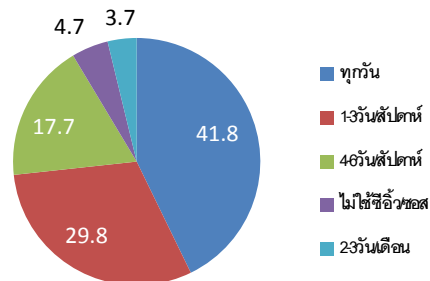
น้ำเกลือเสริมไอโอดีน



ซีอิ้ว/ซอสปรุงรสเสริมไอโอดีน



ซีอิ้ว/ซอสปรุงรสเสริมไอโอดีน



พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน

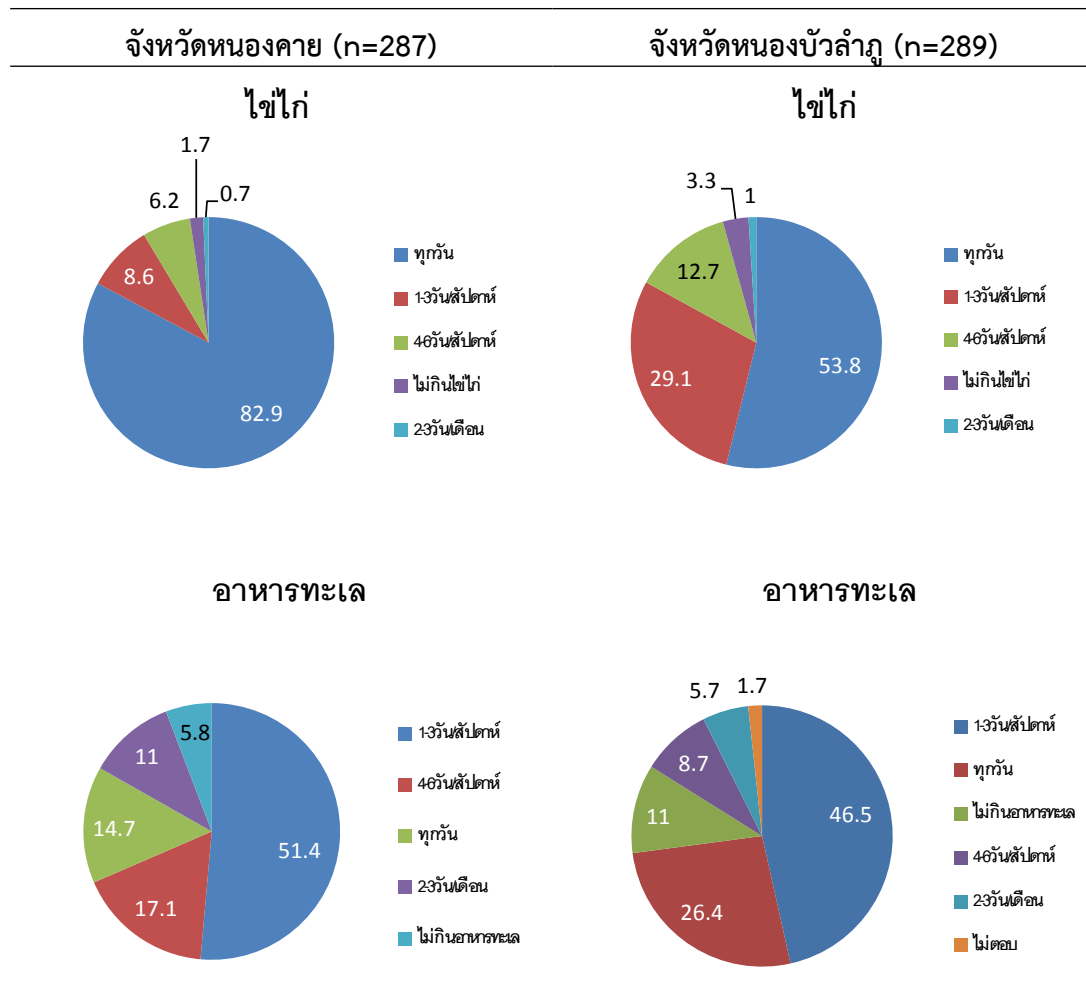
ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน ในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู อธิบายจากแผนภูมิได้ ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการบริโภคไข่ไก่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองจังหวัด มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 82.9 บริโภคไข่ไก่ทุกวัน ส่วนในจังหวัดหนองบัวลำภู บริโภคไข่ไก่ทุกวัน ร้อยละ 53.8 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่บริโภคไข่ไก่ในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ร้อยละ 1.7 และ 3.3 ตามลำดับ

สำหรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทะเล ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองจังหวัดจะบริโภคอาหารทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายบริโภคอาหารทะเล 1-3 วัน/

สัปดาห์ ร้อยละ 51.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภูบริโภคอาหารทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46.5 และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ร้อยละ 5.8 และร้อยละ 11.0 ไม่บริโภคอาหารทะเล

แผนภูมิที่ 2 แสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู



แหล่งที่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีน

แหล่งที่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีน ได้แก่ ร้านค้าในหมู่บ้าน รถเร่ ร้านค้าในตลาด ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 46.9 และหนองบัวลำภู ร้อยละ 73.6 ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รองลงมา ซื้อเกลือเสริมไอโอดีนที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 25.0 และ 26.4 ตามลำดับรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แหล่งที่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

รายการ	หนองคาย (n=292)		หนองบัวลำภู (n=299)	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
แหล่งที่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีน				
ร้านค้าในหมู่บ้าน	73	25.0	79	26.4
รถเร่	4	1.4	30	10.0
ร้านค้าในตลาด	40	13.7	23	7.7
ห้างสรรพสินค้า	45	15.4	9	3.0
ตลาดนัด	8	2.7	2	0.7
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	137	46.9	220	73.6

ผลการตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือน

ผลการตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายส่วนใหญ่มีค่าไอโอดีนในเกลือ 40 ppm ร้อยละ 66.1 รองลงมา มีค่าไอโอดีนในเกลือ 30 ppm ร้อยละ 16.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่มีค่าไอโอดีนในเกลือ 30 ppm ร้อยละ 61.5 และรองลงมา มีค่าไอโอดีนในเกลือ 50 ppm ร้อยละ 19.7 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

รายการ	หนองคาย (n=292)		หนองบัวลำภู (n=299)	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
น้อยกว่า 10 ppm	4	1.4	5	1.7
1 ppm	2	0.7	3	1.0
20 ppm	7	2.4	15	5.0
30 ppm	47	16.1	184	61.5
40 ppm	193	66.1	33	11.0
50 ppm	2	0.7	59	19.7
ไม่ได้ตรวจ	37	12.7	0	0

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของกลุ่มเด็กอายุ 3 -5 ปี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้แก่ เมนูอาหารที่เด็กบริโภค การบริโภคปลาทะเล กุ้งทะเล ปูทะเล ปลาหมึก และสาหร่าย ซึ่งมีรายละเอียดของการบริโภคอาหารแต่ละชนิด ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่บริโภคอาหารเหมือนทุกคนในครัวเรือน โดยเด็กอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดหนองคายบริโภคอาหารเหมือนทุกคนในครัวเรือน ร้อยละ 56.0 และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือเด็กอายุ 3-5 ปี บริโภคอาหารที่ทำเฉพาะเด็ก ร้อยละ 42.9 และ 35.3 ตามลำดับ นอกจากนี้เด็กอายุ 3-5 ปี ยังได้บริโภคอาหารสำเร็จรูป จังหวัดหนองคายคิดเป็นร้อยละ 1.2 และหนองบัวลำภู ร้อยละ 2.4

ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาทะเลของเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่จะได้บริโภคปลาทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายร้อยละ 41.7 และหนองบัวลำภู 67.1 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กินปลาทะเล ในจังหวัดหนองคายร้อยละ 10.7 และหนองบัวลำภูร้อยละ 2.4

การบริโภคกุ้งทะเลของเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้บริโภคกุ้งทะเล ในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดหนองคายร้อยละ 33.3 และในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 49.4 ลำดับรองลงมา ในจังหวัดหนองคาย เด็กอายุ 3-5 ปี บริโภคกุ้งทะเล 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 22.6 และในจังหวัดหนองบัวลำภู เด็กอายุ 3-5 ปี บริโภคกุ้งทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 22.4

สำหรับการบริโภคปูทะเลของเด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้บริโภคปูทะเล จังหวัดหนองคายร้อยละ 79.8 และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 89.4 โดยเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ที่ได้บริโภคปูทะเล ในจังหวัดหนองคายได้บริโภค 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 10.7 และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภูได้บริโภคปูทะเล 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 4.7

ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคปลาหมึกของเด็กอายุ 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่ได้บริโภคปลาหมึกอยู่เป็นประจำ โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู บริโภคปลาหมึก 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.8 และ 65.9 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 25 และหนองบัวลำภู ร้อยละ 14.1 ไม่ได้บริโภคปลาหมึกเลย

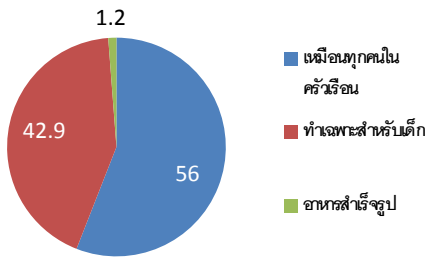
และพฤติกรรมกรรมการบริโภคสาหร่ายของเด็กอายุ 3 – 5 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย บริโภคสาหร่ายเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 50.0 และไม่ได้บริโภคสาหร่าย ร้อยละ 48.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 27.0 บริโภคสาหร่าย 2-3 วัน/เดือน และไม่ได้บริโภคสาหร่าย ร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 แสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี

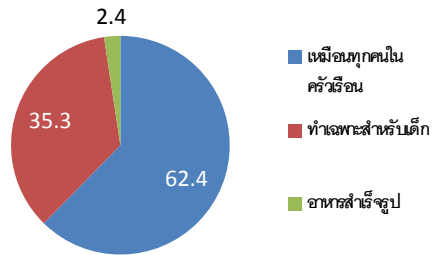
จังหวัดหนองคาย (n=84)

จังหวัดหนองบัวลำภู (n=85)

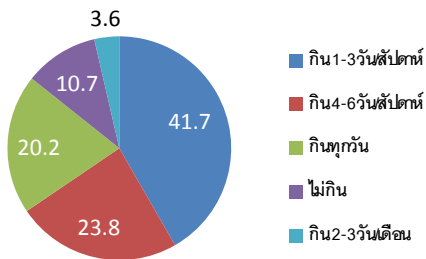
เมนูอาหารเด็ก 3-5 ปี



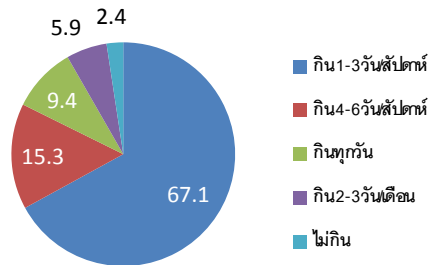
เมนูอาหารเด็ก 3-5 ปี



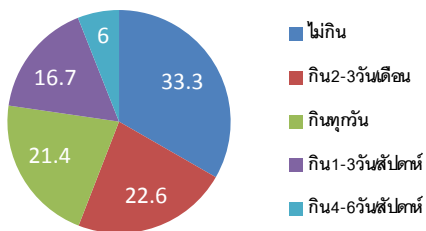
ปลาทะเล



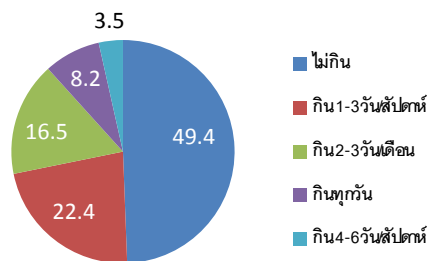
ปลาทะเล



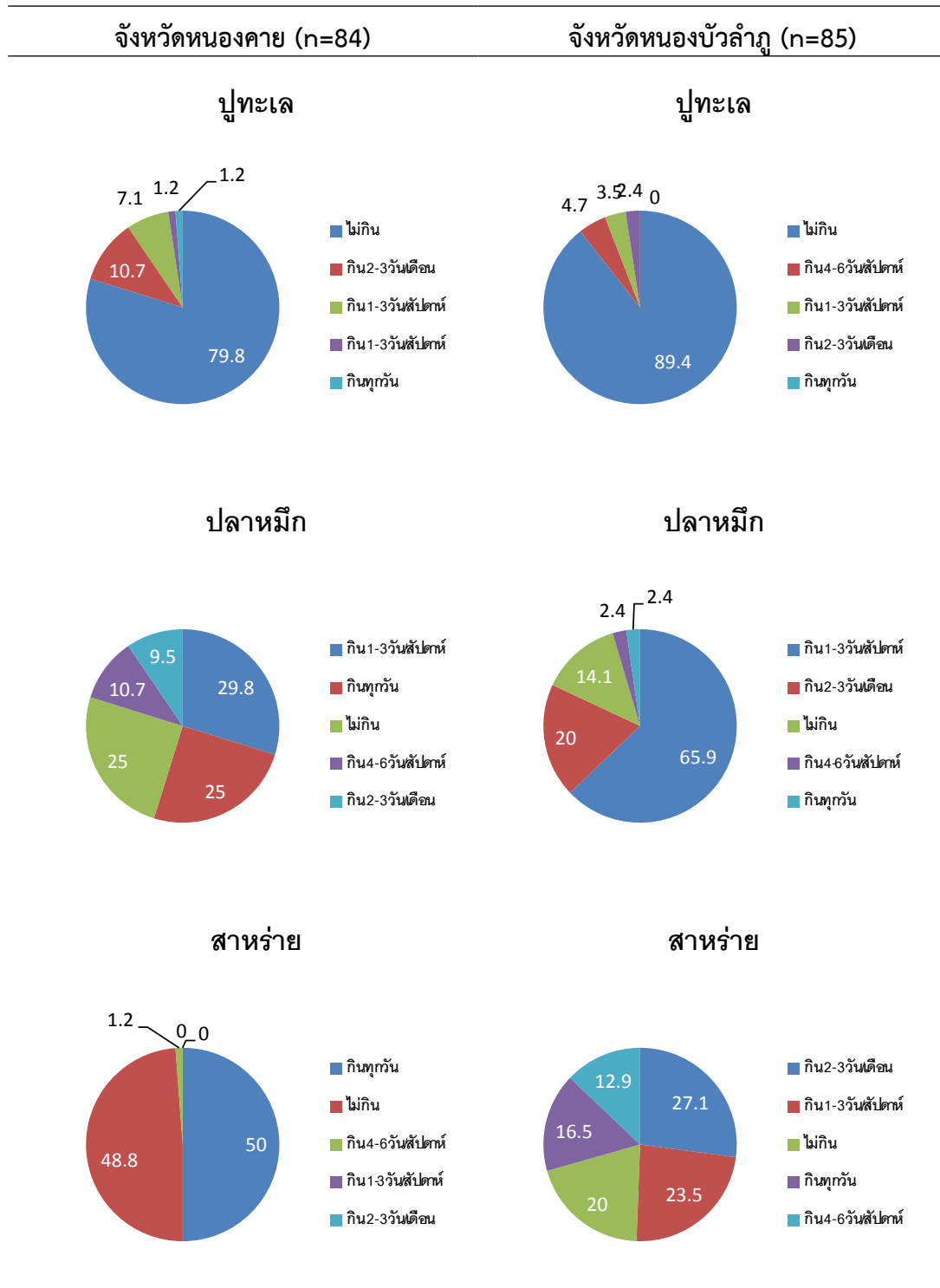
กุ้งทะเล



กุ้งทะเล



แผนภูมิที่ 3 แสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของเด็กอายุ 3-5 ปี



กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในครัวเรือน ทั้งในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 31.0 ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมา มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.4 ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 37.3 ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.2 รองลงมาเป็นโรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต โรคคอพอก และโรคอื่นๆ

ในส่วนของเมนูอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภค ทั้งในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่บริโภคเหมือนเมนูที่ทุกคนในครัวเรือนบริโภค โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 92.4 และหนองบัวลำภู ร้อยละ 94.1 และบริโภคอาหารที่ทำเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.6 และ 5.9 ตามลำดับ

สำหรับเครื่องปรุงรสอาหารของผู้สูงอายุทั้งสองจังหวัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองคาย ปรุงรสอาหารโดยเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ร้อยละ 83.4, น้ำปลาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 91.7, ซีอิ๊วขาวเสริมไอโอดีน ร้อยละ 66.9, ซอสปรุงรสเสริมไอโอดีน ร้อยละ 41.4 และเครื่องปรุงอื่นๆอีก ร้อยละ 3.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดหนองบัวลำภู

และพฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูปของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่บริโภคอาหารแปรรูปเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 89.7 และร้อยละ 51.7 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุอีกร้อยละ 10.3 และ 48.3 ไม่บริโภคอาหารแปรรูป ส่วนอาหารแปรรูปที่ผู้สูงอายุบริโภคมีหลากหลายชนิด โดยผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายบริโภคผักกาดดอง ร้อยละ 87.7, ปลาจ๋า (ใส่ในอาหาร) ร้อยละ 25.4, กุ้งแห้ง ร้อยละ 87.7, กะปิ (เช่น น้ำพริกกะปิ) ร้อยละ 71.5, เต้าหู้ยี้ ร้อยละ 100, เนื้อเค็ม/หมูเค็ม/ปลาเค็ม ร้อยละ 98.5 และไข่เค็ม ร้อยละ 93.1 ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภูบริโภคผักกาดดอง ร้อยละ 46.6, ปลาจ๋า (ใส่ในอาหาร) ร้อยละ 39.0, กุ้งแห้ง ร้อยละ 51.7, กะปิ (เช่น น้ำพริกกะปิ) ร้อยละ 51.7, เต้าหู้ยี้ ร้อยละ 51.7, เนื้อเค็ม/หมูเค็ม/ปลาเค็ม ร้อยละ 51.7 และไข่เค็ม ร้อยละ 51.7 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้สูงอายุในครัวเรือน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

รายการ	หนองคาย (n=145)		หนองบัวลำภู (n=118)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว	100	69.0	74	62.7
ไม่มีโรคประจำตัว	45	31.0	44	37.3
มี โรคคอพอก	3	2.1	3	2.5
มี โรคความดันโลหิตสูง	34	23.4	25	21.2
มี โรคหัวใจ	6	4.1	11	9.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้สูงอายุในครัวเรือน จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู (ต่อ)

รายการ	หนองคาย (n=145)		หนองบัวลำภู (n=118)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคไต	6	4.1	10	8.8
มีโรคอื่น ๆ	38	26.2	28	23.7
เมนูอาหารที่กินที่บ้าน				
เหมือนเมนูที่ทุกคนในครัวเรือนกิน	134	92.4	111	94.1
ทำเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ	11	7.6	7	5.9
ผู้สูงอายุปรุงรสอาหารโดย				
เกลือปริโภคเสริมไอโอดีน	121	83.4	110	93.2
น้ำปลาเสริมไอโอดีน	133	91.7	72	86.4
ซีอิ๊วขาวเสริมไอโอดีน	97	66.9	70	59.3
ซอสปรุงรสเสริมไอโอดีน	60	41.4	45	38.1
อื่นๆ	5	3.4	36	30.5
ไม่ตอบ				
อาหารแปรรูป				
ไม่กิน	15	10.3	57	48.3
กิน อาหารเหล่านี้ที่กินเป็นประจำ	130	89.7	61	51.7
ผักกาดดอง	114	87.7	55	46.6
ปลาร้า (ใส่ในอาหาร)	33	25.4	46	39.0
กุ้งแห้ง	114	87.7	61	51.7
กะปิ (เช่น น้ำพริกกะปิ)	93	71.5	61	51.7
เต้าหู้ยี้	130	100	61	51.7
เนื้อเค็ม / หมูเค็ม / ปลาเค็ม	128	98.5	61	51.7
ไข่เค็ม	121	93.1	61	51.7
อื่นๆ				

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ได้แก่ การบริโภคกุ้งทะเล ปูทะเล ปลาทู และสาหร่ายทะเล ซึ่งมีรายละเอียดของการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนประเภทต่างๆ ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคกุ้งทะเลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้บริโภคกุ้งทะเล และผู้สูงอายุบางส่วนได้บริโภคกุ้งทะเล โดยผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคายบริโภคกุ้งทะเล 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 22.6 และผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภูบริโภคกุ้งทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 22.4

พฤติกรรมการบริโภคปูทะเล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้บริโภคปูทะเลมากกว่าร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในจังหวัดหนองคายผู้สูงอายุไม่ได้บริโภคปูทะเล ร้อยละ 79.8 รองลงมาผู้สูงอายุบริโภคปูทะเล 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 10.7 และผู้สูงอายุจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 89.4 ไม่ได้บริโภคปูทะเล ร้อยละ 89.4 รองลงมาร้อยละ 4.7 บริโภคปูทะเล 4-6 วัน/สัปดาห์

การบริโภคปลาหมึกของผู้สูงอายุทั้งในจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่บริโภคปลาหมึกเป็นประจำ โดยผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 29.8 บริโภคปลาหมึก 1-3 วัน/สัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 25.0 บริโภคปลาหมึกทุกวัน และผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ส่วนใหญ่บริโภคปลาหมึก 1-3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาบริโภคปลาหมึก 2-3 วัน/เดือน ร้อยละ 20.0 และผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้บริโภคปลาหมึก จังหวัดหนองคายร้อยละ 25.0 และจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ

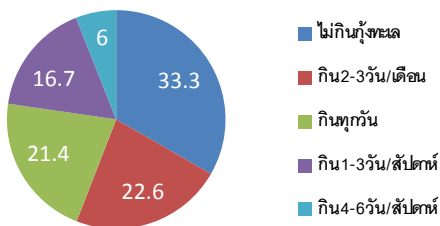
และพฤติกรรมการบริโภคสาหร่ายทะเลของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่บริโภคสาหร่ายทะเลเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 50.0 รองลงมาไม่ได้บริโภคสาหร่ายทะเล ร้อยละ 48.8 ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 27.1 บริโภคสาหร่ายทะเล 2-3 วัน/เดือน รองลงมาบริโภคสาหร่ายทะเล 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 27.1 และไม่ได้บริโภคสาหร่ายทะเล ร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโอโอดินของผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู

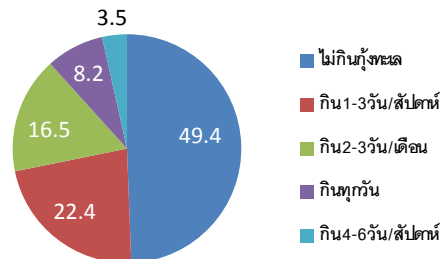
จังหวัดหนองคาย (n=145)

จังหวัดหนองบัวลำภู (n=118)

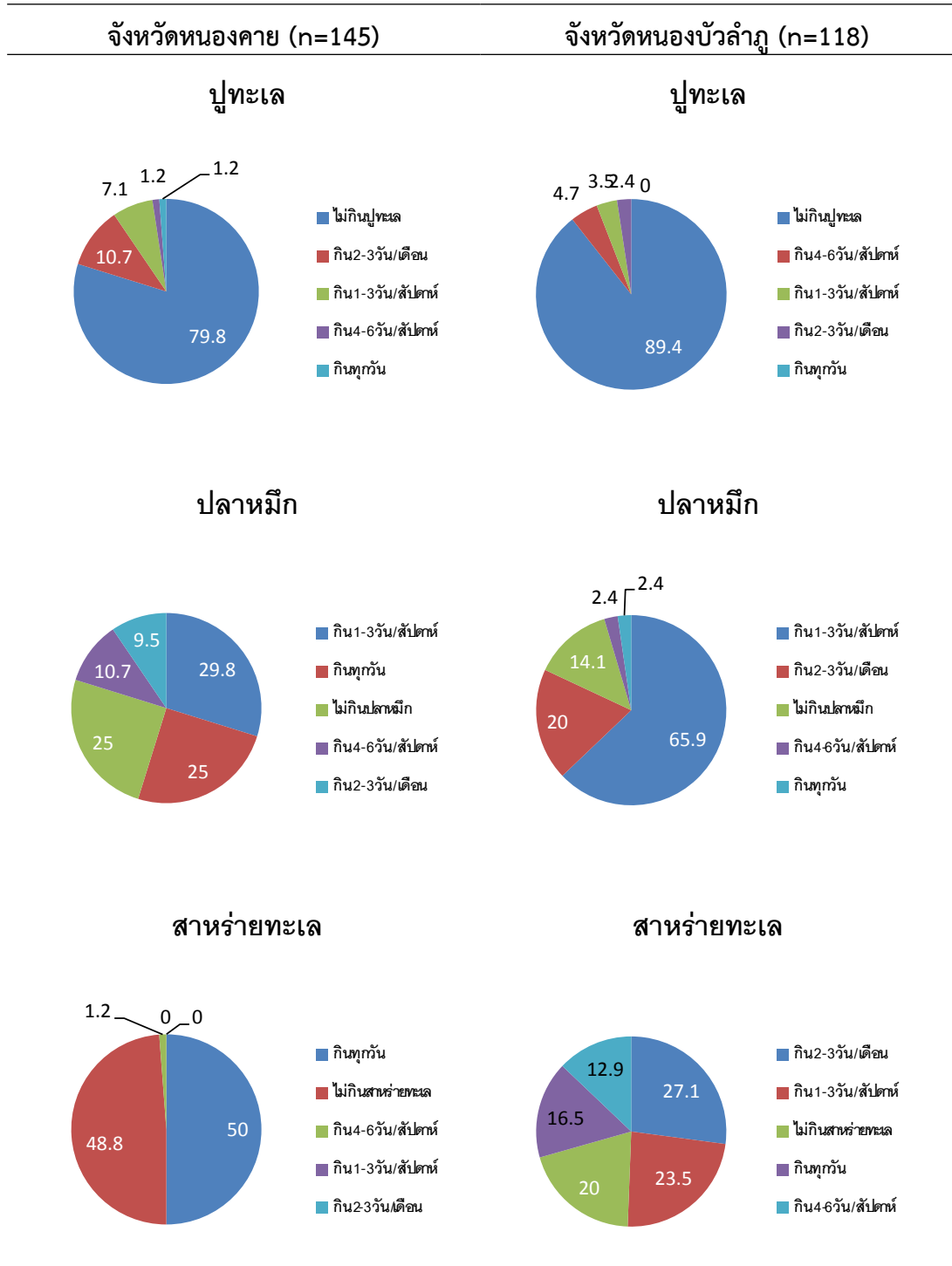
กุ้งทะเล



กุ้งทะเล



แผนภูมิที่ 4 พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนของผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู



สถานการณ์พัฒนาการเด็ก 3 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ปีงบประมาณ 2557

ทัศนีย์ รอดชมภู, กาญจนา เหลืองอุบล, ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์, เขียวรัตน์ รัตนันต์, ธิโสภิญ ทองไทย
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

คณะผู้วิจัยและคณะทำงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ดำเนินการสุ่มประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายใต้การดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3 - 5 ปีผ่านโปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น ปี 2557 โดยใช้แบบประเมินอนามัย 55 ในจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวน 2 ตำบลต่อจังหวัด รวม 18 ตำบล ณ มกราคม 2557 รวมทั้งสิ้น 725 ราย ผลการสุ่มสำรวจปรากฏดังนี้

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 3 - 5 ปีในจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ในภาพรวมมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 70.95 และเสี่ยงต่อความล่าช้า ร้อยละ 29.05 โดยเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยแบ่งเป็นพัฒนาการตามวัยร้อยละ 41.29 และพัฒนาการเกินวัย (ผ่านการประเมินทั้ง ณ อายุปัจจุบัน และ อายุที่มากกว่า 1 ระดับทุกรายการ) ร้อยละ 29.66 สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อความล่าช้าแบ่งเป็นกลุ่มสงสัยล่าช้าร้อยละ 24.16 และกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มที่ผ่านการประเมินพัฒนาการตามอายุ แต่ไม่ผ่านบางรายการในการประเมินพัฒนาการ ณ อายุที่ต่ำกว่าอายุจริง 1 ระดับ) ร้อยละ 4.89 (รายละเอียด ดังตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดร้อยเอ็ดมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดร้อยละ 78.87 รองลงมาคือ จังหวัดขอนแก่นร้อยละ 73.56 จังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 68.54 และจังหวัดมหาสารคามร้อยละ 63.75 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าสูงสุดคือ กลุ่มตัวอย่างจังหวัดมหาสารคามร้อยละ 36.25 รองลงมาคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 31.46 จังหวัดขอนแก่นร้อยละ 26.44 และจังหวัดร้อยเอ็ดร้อยละ 21.13 ตามลำดับ (รายละเอียด ดังตารางที่ 1)

สำหรับจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 61.31 และเสี่ยงต่อความล่าช้า ร้อยละ 38.69 โดยเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยแบ่งเป็นพัฒนาการตามวัยร้อยละ 51.01 และพัฒนาการเกินวัย(ผ่านการประเมินทั้ง ณ อายุปัจจุบัน และ อายุที่มากกว่า 1 ระดับทุกรายการ) ร้อยละ 10.30 สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อความล่าช้าแบ่งเป็นกลุ่มสงสัยล่าช้าร้อยละ 36.93 และกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มที่ผ่านการประเมินพัฒนาการตามอายุ แต่ไม่ผ่านบางรายการในการประเมินพัฒนาการ ณ อายุที่ต่ำกว่าอายุจริง 1 ระดับ) ร้อยละ 1.76 (รายละเอียด ดังตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 3 – 5 ปีมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดคือ กลุ่มตัวอย่างจังหวัดเลยร้อยละ 79.46 รองลงมาคือ จังหวัดหนองคายร้อยละ 64.00 จังหวัดหนองบัวลำภูร้อยละ 55.07 จังหวัดอุดรธานีร้อยละ 54.17 และจังหวัดบึงกาฬร้อยละ 53.57 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าสูงสุดคือ กลุ่มตัวอย่างจังหวัดบึงกาฬร้อยละ 46.43 รองลงมาคือ จังหวัดอุดรธานีร้อยละ 45.84 จังหวัดหนองบัวลำภูร้อยละ 44.93 จังหวัดหนองคายร้อยละ 36.00 และจังหวัดเลยร้อยละ 20.55 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

โดยสรุป ผลการประเมินพัฒนาการในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 65.66 และเสี่ยงต่อความล่าช้าร้อยละ 34.34 โดยเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยแบ่งเป็น พัฒนาการตามวัยร้อยละ 46.62 และพัฒนาการเกินวัย(ผ่านการประเมินทั้ง ณ อายุปัจจุบัน และ อายุที่มากกว่า 1 ระดับทุกรายการ) ร้อยละ 19.03 สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อความล่าช้าแบ่งเป็นกลุ่มสงสัยล่าช้า (ซึ่งมีทั้งผู้ที่สงสัยล่าช้า ณ อายุจริง และอายุที่ต่ำกว่าอายุจริงมากกว่า 1 รายการ) ร้อยละ 31.17 และกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่ผ่านการประเมินพัฒนาการตามอายุ แต่ไม่ผ่านบางรายการในการประเมินพัฒนาการ ณ อายุที่ต่ำกว่าอายุจริง 1 ระดับ) ร้อยละ 3.17 (รายละเอียด ดังตารางที่ 3)

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้า พบว่า สูงสุดมีความเสี่ยงเรื่องลอกรูปวงกลม 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.66 รองลงมาคือ การเลียนแบบลากเส้นตรง 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.81 รู้จักคำคุณศัพท์อย่างน้อย 2 คำ 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.04 การใส่เสื้อสวมศีรษะและการบอกสีได้ 4 สี 33 รายเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 14.60 และการรู้จักคำคุณศัพท์ 3 คำ 31 รายคิดเป็นร้อยละ 13.72 (รายละเอียด ดังตารางที่ 4)

ข้อเสนอจากการศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้ ในภาพรวมมี 2 กลุ่มหลักที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กล่าวคือ ก่อนเด็กจะเข้าสู่ศูนย์เด็กเล็กผู้ปกครองควรให้โอกาสเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ได้จับดินสอขีดเขียน ลากเส้นตรง วาดรูปวงกลม และรูปสี่เหลี่ยม อ่านหนังสือ เล่านิทานให้เด็กฟัง เปิดโอกาสให้เด็กได้โต้ตอบพูดคุยด้วย รวมทั้งการเริ่มฝึกเด็กให้ช่วยเหลือตนเองในการแต่งตัว นอกจากนี้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การที่ครูผู้ดูแลเด็กจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้วย 6 กิจกรรมหลักโดยไม่ได้เน้นการจัดทำแผนการสอนให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงวัยตามแบบประเมินพัฒนาการอนามัย 55 นั้น จะไม่สามารถกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยได้ ดังนั้น เด็กอายุ 3 – 5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทั้งในรูปการเล่นต่างๆ และการจัด 6 กิจกรรมหลักจากผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในด้านการฝึกเด็กจับดินสอขีดเขียนรูปทรงต่างๆ การพูดคุย เล่านิทานให้เด็กได้รู้จักคำคุณศัพท์ต่างๆ เช่น ถ้าหิวต้องกิน หนาวต้องใส่เสื้อแขนยาว เป็นต้น การสอนให้เด็กรู้จักสี จำนวนนับ ตลอดจนการเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกการดูแลตนเอง เช่น การแต่งตัว การแปรงฟัน เป็นต้น เพื่อช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการมีพัฒนาการสมวัยกันอย่างทั่วถึง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 7
จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ

ผลการประเมิน	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
เขตบริการสุขภาพที่ 7		
1. จังหวัดกาฬสินธุ์	(n=89)	
- พัฒนาการเกินวัย	28	31.46
- พัฒนาการตามวัย	33	37.08
รวมพัฒนาการสมวัย	61	68.54
- กลุ่มเสี่ยง	4	4.49
- สงสัยล่าช้า	24	26.97
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	28	31.46
2. จังหวัดขอนแก่น	(n=87)	
- พัฒนาการเกินวัย	30	34.48
- พัฒนาการตามวัย	34	39.08
รวมพัฒนาการสมวัย	64	73.56
- กลุ่มเสี่ยง	1	1.15
- สงสัยล่าช้า	22	25.29
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	23	26.44
3. จังหวัดมหาสารคาม	(n=80)	
- พัฒนาการเกินวัย	16	20.00
- พัฒนาการตามวัย	35	43.75
รวมพัฒนาการสมวัย	51	63.75
- กลุ่มเสี่ยง	7	8.75
- สงสัยล่าช้า	22	27.50
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	29	36.25
4. จังหวัดร้อยเอ็ด	(n=71)	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 7
จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ (ต่อ)

ผลการประเมิน	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
- พัฒนาการเกินวัย	23	32.39
- พัฒนาการตามวัย	33	46.48
รวมพัฒนาการสมวัย	56	78.87
- กลุ่มเสี่ยง	2	2.82
- สงสัยล่าช้า	13	18.31
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	15	21.13
รวมเขตบริการสุขภาพที่ 7	(n=327)	
- พัฒนาการเกินวัย	97	29.66
- พัฒนาการตามวัย	135	41.29
รวมพัฒนาการสมวัย	232	70.95
- กลุ่มเสี่ยง	16	4.89
- สงสัยล่าช้า	79	24.16
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	95	29.05

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 8
จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ

ผลการประเมิน	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
เขตบริการสุขภาพที่ 8		
1. จังหวัดบึงกาฬ	(n=84)	
- พัฒนาการเกินวัย	0	0.00
- พัฒนาการตามวัย	45	53.57
รวมพัฒนาการสมวัย	45	53.57
- กลุ่มเสี่ยง	2	2.38
- สงสัยล่าช้า	37	44.05
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	39	46.43

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 8
จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ (ต่อ)

ผลการประเมิน	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
2. จังหวัดหนองคาย	(n=100)	
- พัฒนาการเกินวัย	5	5.00
- พัฒนาการตามวัย	59	59.00
รวมพัฒนาการสมวัย	64	64.00
- กลุ่มเสี่ยง	1	1.00
- สงสัยล่าช้า	35	35.00
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	36	36.00
3. จังหวัดหนองบัวลำภู	(n=69)	
- พัฒนาการเกินวัย	8	11.59
- พัฒนาการตามวัย	30	43.48
รวมพัฒนาการสมวัย	38	55.07
- กลุ่มเสี่ยง	1	1.45
- สงสัยล่าช้า	30	43.48
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	31	44.93
4. จังหวัดเลย	(n=73)	
- พัฒนาการเกินวัย	24	32.88
- พัฒนาการตามวัย	34	46.58
รวมพัฒนาการสมวัย	58	79.46
- กลุ่มเสี่ยง	1	1.37
- สงสัยล่าช้า	14	19.18
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	15	20.55
5. จังหวัดอุดรธานี	(n=72)	
- พัฒนาการเกินวัย	4	5.56
- พัฒนาการตามวัย	35	48.61
รวมพัฒนาการสมวัย	39	54.17
- กลุ่มเสี่ยง	2	2.78
- สงสัยล่าช้า	31	43.05
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	33	45.83

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตบริการสุขภาพที่ 8
จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ (ต่อ)

ผลการประเมิน	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
รวมเขตบริการสุขภาพที่ 8	(n=398)	
- พัฒนาการเกินวัย	41	10.30
- พัฒนาการตามวัย	203	51.01
รวมพัฒนาการสมวัย	244	61.31
- กลุ่มเสี่ยง	7	1.76
- สงสัยล่าช้า	147	36.93
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	154	38.69

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 3 – 5 ปีจังหวัดเขตความรับผิดชอบ
ของศูนย์อนามัยที่ 6 จำแนกตามผลการประเมินพัฒนาการ

ผลการประเมิน	รวม (N = 725)	
	จำนวน	ร้อยละ
- พัฒนาการเกินวัย	138	19.03
- พัฒนาการตามวัย	338	46.62
รวมพัฒนาการสมวัย	476	65.66
- กลุ่มเสี่ยง	23	3.17
- สงสัยล่าช้า	226	31.17
รวมเสี่ยงต่อความล่าช้า	249	34.34

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของลักษณะพัฒนาการล่าช้าของเด็กอายุ 3 – 5 ปี
(ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)

ผลการประเมิน	เขตบริการสุขภาพ ที่ 7 (n = 79)		เขตบริการสุขภาพ ที่ 8 (n = 147)		ภาพรวม (N = 226)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 3 ปี ± 1 เดือน						
- ใส่เสื้อสวมศีรษะ	11	13.92	22	14.97	33	14.60
- ต่อก่อนไม้ 8 ชั้น	1	1.27	5	3.40	6	2.65
- เลียนแบบลากเส้นตรง	8	10.13	30	20.41	38	16.81
- รู้จักคำคุณศัพท์อย่างน้อย 2 คำ	13	16.46	21	14.29	34	15.04
- ยืนขาเดียว 1 วินาที	1	1.27	15	10.20	16	7.08
อายุ 3 ปี 6 เดือน						
- ชูนิ้วหัวแม่มือ	3	3.80	11	7.48	14	6.19
- บอกสีได้ 1 สี	10	12.66	15	10.20	25	11.06
- ยืนขาเดียว 2 วินาที	3	3.80	9	6.12	12	5.31
อายุ 4 ปี ± 1 เดือน						
- แต่งตัวเอง (ถ้าม)	7	8.86	7	4.76	14	6.19
- ลอกรูป ○	22	27.85	36	24.49	58	25.66
- รู้จักคำคุณศัพท์ 3 คำ	14	17.72	17	11.56	31	13.72
- ยืนขาเดียว 3 วินาที	0	0	6	4.08	6	2.65
อายุ 4 ปี 6 เดือน						
- จัดอาหาร (ถ้าม)	0	0	0	0	0	0
- บอกได้ 4 สี	15	18.99	18	12.24	33	14.60
- ลอกรูป +	8	10.13	16	10.88	24	10.62
- ยืนขาเดียว 4 วินาที	1	1.27	3	2.04	4	1.77
อายุ 5 ปี ± 1 เดือน						
- แปรงพันเอง (ถ้าม)	0	0	1	0.68	1	0.44
- เลียนแบบวาด □	2	2.53	14	9.52	16	7.08
- นับก้อนไม้ 5 ก้อน	3	3.80	7	4.76	10	4.42
- ยืนขาเดียว 5 วินาที	0	0	1	0.68	1	0.44

บทความทั่วไป

ตอนที่ 1 การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

เรียบเรียงโดย สุภาภรณ์ ลมูลศิลป์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

“การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” จริงแล้วไม่ได้ไกลจากเราเลยหลายคนอาจมองข้ามโดยเฉพาะคนที่ทำงานในวงการสาธารณสุขไม่ว่าสาขาใด ไม่ควรมองข้ามเรื่องนี้ไปลองมองกลับมาดูใกล้ใกล้ตัวเราการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพไม่ไกลอย่างที่คิดเลย ส่วนใหญ่เราไปมองถึงเรื่องใหญ่โครงการใหญ่ระดับชาติว่าควรต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งในงานสาธารณสุขส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ได้แก่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้กล่าวถึงสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารและการมีส่วนร่วมของประชาชน (มาตรา 56) “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยราชการหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการส่วนท้องถิ่นเว้นแต่การเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารนั้นจะกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ความปลอดภัยของประชาชนหรือส่วนได้เสียอันพึงได้รับความคุ้มครองของบุคคลอื่นหรือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ” และ มาตรา 57 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูลคำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการส่วนท้องถิ่นก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตหรือส่วนได้เสียอื่นใดเกี่ยวกับคนหรือชุมชน ท้องถิ่นและสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว ” และยังมีมาตราอื่นๆ อีกเช่น พรบ.สุขภาพ 2550 มาตรา 11,67 เป็นต้น

บทความของ นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ลงเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลชุมชน ฉบับกรกฎาคม-สิงหาคม 2546 ในคอลัมน์เรื่องเด่นประจำฉบับ กล่าวว่า ในช่วงสองสามปีนี้มีข่าวคราวความขัดแย้งระดับประเทศอันเนื่องมาจากโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ของรัฐบาลอยู่หลายโครงการจนบางโครงการขัดแย้งถึงขั้นเลือดตกยางออก ซึ่งสาเหตุหลักของความขัดแย้งนั้นก็มักเกิดจากกระแสความคิด 2 ทิศนะที่อยู่คนละด้านกันคือ การพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัยและการส่งออกที่คนส่วนน้อยต้องเป็นผู้เสียสละเพื่อคนส่วนใหญ่ กับ สิทธิชุมชนในการดำเนินชีวิตอย่างสุขสงบ มีสุขภาพที่ดี บนฐานทรัพยากรในท้องถิ่นที่อุดมสมบูรณ์ และวัฒนธรรมชุมชนที่อบอุ่น ถึงแม้จะมีการศึกษาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม กระบวนการทำประชาพิจารณ์ แต่ทั้งหมดนี้ก็ ยังไม่สามารถตอบคำถามเพื่อการลดปัญหาความขัดแย้งในสังคมได้

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คืออะไร

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือตรงกับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Health Impact Assessment หรือ HIA นั้นเป็นศัพท์คำใหม่สำหรับสังคมไทย และยังเป็นศัพท์ที่ค่อนข้างใหม่สำหรับมนุษยชาติที่เพิ่งได้รับการให้ความสำคัญเมื่อไม่นานมานี้เอง และเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของ “ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ” ซึ่งเริ่มเป็นหัวข้อที่วงการสาธารณสุขเริ่มให้ความสำคัญ เพราะเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการสร้างสุขภาพตามกระแส “ สร้างนำซ่อม ”

HIA. ในความหมายที่ชัดเจนนั้นหมายถึง “ กระบวนการและวิธีการในการประมาณการผลกระทบของการกระทำใดการกระทำหนึ่งที่มีต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งการกระทำดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ แผนงาน หรือนโยบายด้วย โดยการประเมินต้องครอบคลุมถึงผลกระทบทางสุขภาพในทุกมิติ ” ซึ่งถ้าเป็นไปตามความหมายข้างต้นแล้ว ก็แปลว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ก็สามารถนำมาประเมินผลกระทบของประชาชนต่อสุขภาพได้ หรือที่เห็นกันชัดๆ ก็เช่นการประเมินผลกระทบจากโครงการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ที่นครนายก หรือ แม้แต่การขยายแปรรูปโรงงานยาสูบให้แก่เอกชนก็จะต้องทำ HIA. ด้วย เพราะอาจส่งผลให้คนมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้นเมื่อไม่นานมานี้ เพิ่งเริ่มมีการนำเสนอแนวคิดของการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ หรือ HIA ขึ้นมาในสังคมไทยอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม มีความพยายามที่จะบรรจุแนวคิดนี้ไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติด้วย มีคณะทำงานขึ้นมาศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างกระแสและผลักดันแนวคิดของ HIA ให้สาธารณชนยอมรับ ซึ่งถือเป็นอีกความก้าวหน้าของสังคมไทยและการสร้างสุขภาพที่น่าจับตามอง

ที่มาของ HIA การประเมินผลกระทบทางสุขภาพนั้นมีการพัฒนามาจาก 2 แนวทาง

1. แนวทางแรกนั้นมีการพัฒนา HIA ขึ้นมาจากการประเมินผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) โดยเห็นว่า EIA นั้นแม้จะมีประเด็นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ด้วย แต่ยังเป็นเพียงส่วนเล็กๆ และกรอบการพิจารณาที่ไม่ชัดเจน ดังนั้นจึงมีพัฒนาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพให้ชัดเจนขึ้นมา แนวทางนี้ได้รับการพัฒนามาจากประเทศแคนาดา และ นิวซีแลนด์
2. แนวทางที่สองนั้นมีการพัฒนา HIA ขึ้นมาจากแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายหรือแผนงานโครงการของรัฐบาลหรือองค์กรท้องถิ่น ดังนั้น ด้วยแนวทางนี้จึงมีการทำ HIA ที่แยกออกมาจาก EIA แนวทางนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศอังกฤษและเนเธอร์แลนด์

สำหรับประเทศไทยนั้น แนวคิด HIA ได้เกิดขึ้นจากเจตจำนงในการปฏิรูประบบสุขภาพ การพัฒนา HIA ในประเทศไทยจึงเป็นไปตามแนวทางที่ 2 หรือ การพัฒนาจากแนวคิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และแน่นอนว่าสำหรับประเทศไทยแล้วย่อมเป็นการยากที่จะสามารถพัฒนา

HIA มาจากแนวทางการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม หรือ EIA เพราะโดยตัวของ EIA นั้นก็ยังมีประเด็นที่ยังไม่ได้รับการยอมรับและยังมีการตั้งคำถามอย่างมากต่อในวิธีการ กรอบการศึกษา และกระบวนการศึกษาของ EIA เอง

ฐานคิดสำคัญของ HIA หากมองผ่านๆ HIA. ก็ตรงไปตรงมาว่า คือการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งก็ไม่น่าจะทำได้ยาก หากผู้เชี่ยวชาญมากลุ่มหนึ่ง พร้อมงบประมาณในการศึกษาวิจัย ลงศึกษาผลกระทบในชุมชน แล้วนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้มีอำนาจ ซึ่งก็แล้วแต่ผู้มีอำนาจจะตัดสินใจอย่างไร เช่นนี้แล้ว HIA ก็คงไม่ต่างจาก EIA ในปัจจุบันที่มีฐานะเหมือนกองกระต๊ากที่เย็บเล่มมากกว่าการเป็นเครื่องมือทางสังคมในการสร้างองค์ความรู้ เสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน และลดความขัดแย้งอันเนื่องมาจากผลประโยชน์ที่ไม่ตรงกัน

ดังนั้นหลักการที่สำคัญข้อหนึ่งของ HIA. ที่แตกต่างจาก EIA ก็คือ HIA ไม่ใช่กระบวนการขออนุมัติในการดำเนินในระดับโครงการเช่นเดียวกับ EIA. แต่ HIA. เป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการการเรียนรู้ เพื่อประกอบการตัดสินใจในทุกๆระดับ คือทั้งในระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐบาล แปลว่าไม่ใช่รัฐบาลเท่านั้นเป็นผู้ตัดสินใจเหมือนกรณี EIA. เพราะหากเป็นเช่นนั้นแล้วการยอมรับในผลการตัดสินใจนั้นก็ย่อมมีปัญหาหระแว้งได้ง่าย และอาจเกิดการประท้วงไม่ยอมรับผลการศึกษามาได้ ประเภทที่ว่า “หากเปลี่ยนให้เอาความเสี่ยงมาผ่านบันไดบ้านคุณบ้าง คุณจะเอาไหม” แต่ถ้าเป็นกระบวนการตัดสินใจในทุกๆระดับอย่างร่วมกันรับรู้ ร่วมกันศึกษา และร่วมกันตัดสินใจ หาทางออกอย่างมีส่วนร่วมแล้ว คำตอบก็ย่อมเป็นที่ยอมรับได้มากกว่า ชาวบ้านนั้นมีเหตุผลหากรัฐบาลมีเหตุผลด้วย แล้วความขัดแย้งแบบท่อก๊าซ หินกรูด-บ่อนอก ท่อก๊าซจะนะ เหมือนโปแตสตุ๊ดร ก็คงไม่เกิด

ซึ่งในบทความดังกล่าวคุณหมอได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ควรทำ HIA หลายโครงการหากท่านสนใจลองหาอ่านเพิ่มเติมได้ HIA ไม่ไกลจากตัวเราเลยโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทความของคุณหมอในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชนว่ามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร

โรงพยาบาลชุมชน ถือว่าเป็นพื้นที่ของการทดลองและการวิจัยที่มีค่ายิ่ง โรงพยาบาลชุมชนมีความใกล้ชิดกับชุมชน มีศักยภาพทางวิชาการที่เป็นแหล่งความคิดความรู้ให้กับชุมชนได้ มีองค์กรที่เป็นอิสระในการสร้างสรรค์งานได้หลากหลายไม่ติดกรอบ ดังนั้น เพื่อนผองน้องพี่ชาวโรงพยาบาลชุมชนคนไหนที่มีแรงจะลองศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากโครงการแปลกๆ ในอำเภอของเราเอง อาจเป็นโครงการหรือโรงงานที่มีอยู่แล้วก็ได้ ด้วยความรู้เท่าที่เรามีอยู่ ประสานกับเครือข่ายผู้รู้หรือนักวิชาการอิสระในจังหวัด สร้างเวทีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแสวงหาความจริงและประเมินผลกระทบ รวมทั้งการมองหาทางออกที่ควรจะเป็น ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์เหมือนงานวิจัยระดับปริญญาเอก ขอแค่ได้เริ่มต้นก็ยอดเยี่ยมน่านับถือในความกล้าหาญเอาจริงแล้ว เพราะองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้ลองศึกษา HIA นั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ หากมีสัก 10 บทเรียน เชื่อได้แน่ว่า การเสนอแนวคิด HIA ให้สังคม

ยอมรับจะสัมฤทธิ์ผลง่ายขึ้นมิติทางสุขภาพที่กว้างขวางนั้นไม่ง่าย ลำพังการประเมินผลกระทบทางร่างกาย (Physical) นั้นคงไม่ยาก แต่ก็ไม่ง่ายเสมอไปเช่นกรณีของ Chronic low dose exposure การประเมินผลกระทบทางจิตใจ (Mental) นั้นละเอียดอ่อนและยากมากขึ้น นอกจากความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแล้ว ความสามารถในการปรับตัว หรือความสับสนในวิถีวัฒนธรรมก็สำคัญ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน หรือ Social health นั้นยิ่งยาก เช่นการเข้ามาของโครงการนั้นจะนำมาสู่ความแตกแยกในชุมชนหรือไม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว วิถีวัฒนธรรมจากการพัฒนาทำให้การพึ่งพาและเกื้อกูลในชุมชนลดลง การอพยพของแรงงานต่างถิ่นเข้ามา ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในการเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงเป็นต้นและสุดท้าย คือมิติของสุขภาพทางจิตวิญญาณ หรือ Spiritual health ซึ่งยังคงต้องใช้เวลาในการพัฒนาตัวชีวิตและทำความเข้าใจความหมายของมิติด้านนี้ การพัฒนาหรือโครงการบางอย่างอาจทำให้ผู้คนในชุมชนนั้นที่เคยยึดมั่นในคุณค่าของการเกื้อกูล การแบ่งปัน และศรัทธาต่อความดีงามและศาสนาเปลี่ยนไปก็ได้ ทำให้ชุมชนนั้นเปลี่ยนเป็นชุมชนที่เห็นแก่เงิน เห็นแก่ตัว ต่างคนต่างอยู่ คุณธรรมเปลี่ยนไปทุกบ้านต้องติดลูกกรงเหล็กติด ความรู้สึกถึงการเปลี่ยนชุมชนก็เสื่อมสลายลงไป คนด้อยโอกาสในชุมชนที่เคยได้รับการดูแลแม้ต่างคนต่างยากจนกลับถูกทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้คือผลพวงของการพัฒนาที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ ตัวอย่างลักษณะนี้มีให้เห็นได้ไม่ยากในสังคมไทย ดังนั้นหากแต่ละโรงพยาบาลชุมชนได้ศึกษา หาคำความรู้ ทดลองความจริงของกระบวนการ HIA ในปัญหาใกล้ตัวแล้วจะเป็นมิติใหม่ของการสาธารณสุขไทย ชีวิตในโรงพยาบาลชุมชนมีเสรีภาพมากมายที่เราจะทำอะไรก็ได้ มีงานที่ทำมากมายที่ไม่มีใครบุกเบิก มีโอกาสที่จะได้เรียนรู้เท่าที่จิตใจยังแสวงหา มีรสชาติในชีวิตที่เราเป็นผู้ลิขิตเอง แม้ว่างานบริการรับซ่อมสุขภาพทุกรูปแบบ จะยังเป็นภาระที่หนักอึ้งเพราะปัญหาการขาดแคลนแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีวิ้วแวที่จะแก้ไขได้โดยเร็ว แต่นี่ก็เป็นอุปสรรคที่ต้องฝ่าฟัน ขอให้เพื่อนมองน้องพี่ มีพลังและจิตวิญญาณของการแสวงหาร่วมสร้างสรรค์สิ่งดีให้สังคมไทย โดยเฉพาะในประเด็นการผลักดันให้เกิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการลดและป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต้นเหตุ

เห็นมัยคะว่า HIA ไม่ได้ไกลจากตัวเราเลย โดยเฉพาะคนในวงการสาธารณสุข ของเราเปิดใจทำความเข้าใจกับ HIA สักนิดท่านอาจกลับมามองใหม่ที่เราควรรักษาและผลักดันทิศทางของ HIA ไปควบคู่กับงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ ตีมัยคะ

HIA ไม่ไกลจากตัวเรา

ตอนที่ ๒ ความสำคัญของ HIA ในบริบทสังคมไทย

เรียบเรียงโดย สุภาภรณ์ ลมูลศิลป์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

คะตอนนี้ก็จะขอเก็บเกี่ยวสาระสำคัญของ HIA มาฝากในบริบทสังคมไทย เป็นเรื่อง “ความสำคัญของ HIA ในบริบทสังคมไทย” ซึ่งบรรยาย โดยนายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดี กรมอนามัย เป็นประธานในพิธีเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2555 วันที่ 23 - 25 พฤษภาคม 2555 ณ โรงแรมแก่นอินน์ จังหวัดขอนแก่น จัดโดย กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ค่ะ

การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” เป็นความร่วมมือระหว่างกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกับกรมอนามัย ซึ่งเริ่มในปีงบประมาณ 2552 ต่อเนื่องไปถึงปีงบประมาณ 2554 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาล ให้มีความรู้ในเรื่องการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ให้ครอบคลุมเทศบาลทุกระดับ จำนวน 2,082 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2554 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) กรมอนามัย โดยกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพได้ดำเนินการ จัดอบรม ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2552 - 2554 ดำเนินการอบรมบุคลากรของเทศบาลแล้ว จำนวน 1,059 แห่ง ร้อยละ 50.8 ของจำนวนเทศบาลทั้งหมดทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2555 ได้ตั้งเป้าอบรมบุคลากรของเทศบาลจำนวน 450 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.6 ของเทศบาลทั่วประเทศ อีกทั้งสร้างภาคีเครือข่ายด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ



เมื่อสังคมไทยพัฒนาจากชุมชนชนบทไปสู่ชุมชนเมืองที่มีประชากรเข้ามาอยู่รวมกัน อย่างหนาแน่น กิจกรรมของชุมชนก็มีการเปลี่ยนแปลงไป จากบริบทของสังคมเกษตรกรรมแบบชนบทไปสู่สังคมเมืองที่มีธุรกิจเชิงพาณิชย์ กิจกรรมการบริการ รวมทั้งกิจการอุตสาหกรรมอีกมากมายและหลากหลาย ความไม่สมดุลกันของการพัฒนา ระหว่างผลประโยชน์เฉพาะหน้าทางเศรษฐกิจกับผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว ซึ่งเป็นที่มาของผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน โดยเฉพาะผลกระทบจากการประกอบกิจการต่างๆ ข้างต้น ทั้งในด้านลบ โดยก่อให้เกิดภาวะมลพิษ ทั้งเรื่องน้ำเสีย มลพิษทางอากาศ กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง แสงหรือเสียง จนเป็นเหตุรำคาญหรืออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนในชุมชน ในประเทศไทยมีปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างชัดเจนในหลายพื้นที่ เช่น ปัญหามลพิษบริเวณนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง, โรงไฟฟ้าบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา, โรงไฟฟ้าถ่านหิน จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงถลุงเหล็กบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์, บ่อฝังกลบมูลฝอยอุตสาหกรรม จังหวัดสระบุรี, เข้มืองแร่โปแตช จังหวัดอุดรธานี, เข้มืองแร่ทองคำ จังหวัดเลย, โรงไฟฟ้า ชีวมวล จังหวัดเชียงราย เป็นต้น ประชาชนในพื้นที่เหล่านี้ได้รับผลกระทบในหลายด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหานั้นนับวันก็จะยิ่งประเด็นสำคัญที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบการกับประชาชนที่อาศัยอยู่ จนทำให้เกิดการฟ้องร้องต่อมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ทุกภาคส่วนต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมากขึ้น

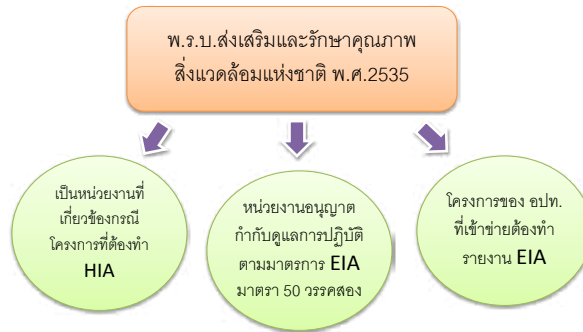
องค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักว่าปัญหาสุขภาพมักถูกละเลย จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่สามารถบูรณาการเรื่องสุขภาพเข้าไว้ในกระบวนการพัฒนา เครื่องมือนี้ เรียกว่า การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment หรือ HIA) เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ การพัฒนาด้านใดๆ ให้ถือเรื่องสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญ HIA เครื่องมือที่สนับสนุนให้เกิดความเสมอภาค ความเป็นประชาธิปไตย การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยให้มีการคำนึงถึงเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้านทั้งผลทางบวกและผลทางลบ และต้องมีมาตรการป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ เป็นต้น

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ HIA ตามกฎหมายต่างๆ

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ HIA ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

- ในฐานะหน่วยงานพัฒนานโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น โดยประยุกต์ใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น และการออกข้อกำหนด/ข้อบัญญัติของท้องถิ่น
- ในฐานะหน่วยงานอนุญาต โดยการกำหนดเงื่อนไขการขอและการออกใบอนุญาต และการให้ความเห็นต่อการดำเนินโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ในพื้นที่
- ในฐานะเจ้าพนักงานท้องถิ่น/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

บทบาท อปท. กับ HIA ตาม พรบ. ส่งเสริมและรักษา
คุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535



บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ HIA ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535

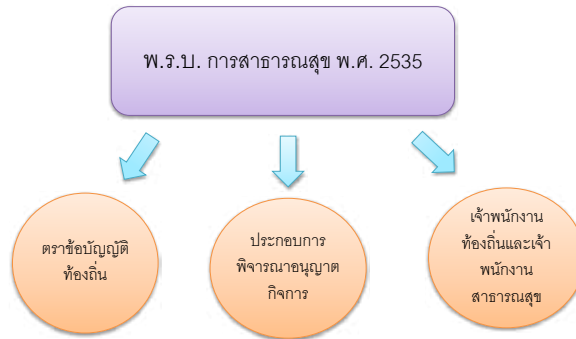
1. ในฐานะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีโครงการที่ต้องทำ HIA อปท.สามารถเข้าร่วมให้ข้อคิดเห็นอย่างน้อย 2 ครั้ง คือขั้นกำหนดขอบเขตการศึกษา (Public Scoping) และทบทวนร่างรายงาน EIA (Public Review) ซึ่งการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเจ้าของโครงการจะต้องแจ้งแก่หน่วยงานอนุญาตก่อนการดำเนินการ และหลังจากที่โครงการได้รับอนุญาตให้ดำเนินโครงการแล้ว อปท.ก็มีบทบาทร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตาม และเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากโครงการนั้น

2. ในฐานะหน่วยงานอนุญาต กำกับดูแล การปฏิบัติตามมาตรการ EIA ของโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขปรากฏใน มาตรา 50 วรรคสอง คือ นำมาตรการ EIA ที่ต้องปฏิบัติของโครงการและไปกำหนดเป็นเงื่อนไขการอนุญาตให้ครบถ้วน

3. ในฐานะเจ้าของโครงการ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะจัดทำโครงการที่เข้าข่ายต้องทำรายงาน EIA ต้องว่าจ้างนิติบุคคลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในการจัดทำรายงาน EIA และต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับทราบกำหนดการในการดำเนินงานและเข้าร่วมให้ความเห็นโครงการที่เข้าข่ายต้องจัดทำ EIA หรือ HIA ตามประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

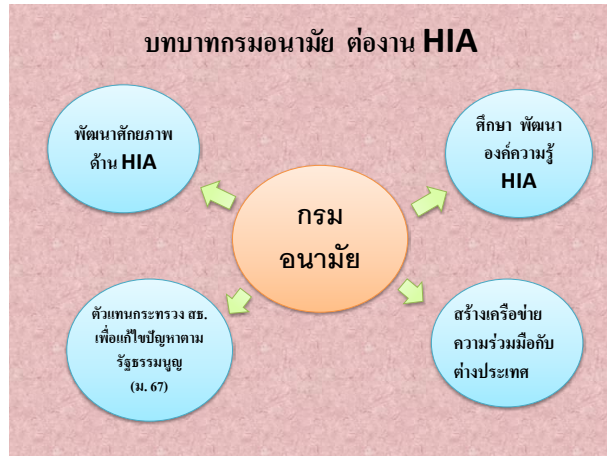
บทบาท อปท. กับ HIA
ตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535



บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ HIA ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

แม้ว่าในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ยังไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพต้องทำในขั้นตอนใดแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีอำนาจในการตรากฎหมาย การอนุญาต การออกคำสั่ง และการดำเนินคดี ก็สามารถประยุกต์ใช้หลักการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ได้ รวมทั้งริเริ่มสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม โดยใช้ HIA เป็นเครื่องมือในการร่วมกันตัดสินใจในประเด็นสาธารณะที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน และร่วมกันกำหนดมาตรการป้องกันและลดผลกระทบทางลบและเพิ่มผลกระทบทางบวกเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของคนในชุมชน

กลไกของพระราชบัญญัติการสาธารณสุขก็มีช่องทางสำหรับการนำ HIA ไปใช้ในการทำให้งานกิจการที่ได้รับการอนุญาตได้รับความไว้วางใจจากประชาชน อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการพิจารณาตัดสินใจร่วมกัน โดยอาจสามารถนำกระบวนการ HIA ไปประยุกต์ใช้ในระบับนโยบายคือคณะรัฐมนตรี ทำหน้าที่ กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข และออกกฎกระทรวงหรือประกาศกระทรวง ส่วนระดับพื้นที่คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่การตราข้อมัญญัติท้องถิ่น และการอนุญาต ในการดำเนินการทางด้าน HIA ซึ่งจะช่วยให้เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการสาธารณสุขนี้สัมบูรณ์มากยิ่งขึ้น



บทบาทกรมอนามัยกรมอนามัย ต่องาน HIA

1. การพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ที่ร้องขอ

2. พัฒนาคณะความรู้ และแนวทางเพื่อการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับโครงการ และในระดับท้องถิ่น เช่น แนวทาง HIA สำหรับโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ กรณีกิจการโรงสีข้าว กิจการหอพัก กิจการโรงไฟฟ้าชีวมวล กำลังการผลิตต่ำกว่า 10 เมกกะวัตต์ การจัดการมูลฝอย กิจการเลี้ยงหมู กิจการเลี้ยงไก่ กิจการตลาด กิจการค้าของเก่า กิจการด้านการเกษตร เป็นต้น ซึ่งการพัฒนาคณะความรู้ดังกล่าวนี้ เป็นลักษณะของการพัฒนารูปแบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในการดำเนินกิจการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ เห็นว่าเป็นปัญหาในพื้นที่ โดยกรมอนามัยจะสนับสนุนงบประมาณและเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ทั้งนี้อาจผ่านกลไกการดำเนินงานของศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

3. เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยขึ้น (คณะกรรมการสี่ฝ่าย) ในการจัดทำหลักเกณฑ์ ภาวะเบียดที่เกี่ยวข้อ เช่น ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระเบียบปฏิบัติและแนวทางในการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ

4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อเสริมสร้างบทบาทที่ส่งเสริมผลประโยชน์ของชาติในองค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะองค์กรระดับภูมิภาคต่างๆ เพื่อสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยดำเนินการภายใต้กฎบัตรความร่วมมือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศใน

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันตก-กรอบความร่วมมือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ภายใต้สาขาที่ 7 มีประเทศสมาชิก 8 ประเทศเพื่อประสานความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ องค์ความรู้ การบูรณาการกรอบนโยบาย กลยุทธ์ กฎหมาย และการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ



จะเห็นได้ว่า HIA เป็นเครื่องมือ ที่ช่วยในการหาข้อมูล องค์ความรู้ทางวิชาการ เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการอนุญาตประกอบกิจการ หรือใช้เครื่องมือ HIA เพื่อช่วยในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เช่น การหาสถานที่กำจัดมูลฝอยของท้องถิ่น อาจนำกระบวนการ HIA ไปประยุกต์ใช้เพื่อหาทางออก หรือสร้างทางเลือกให้แก่คนในชุมชน สามารถนำมาใช้ได้โดยมีต้องรอการแก้ไขกฎหมาย และยังช่วยลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นของคนในชุมชนได้

กล่าวโดยสรุป บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ HIA ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ล้วนเป็นกฎหมายสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีความเข้าใจ เพื่อจะได้ประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องตรงตามบริบทของแต่ละกฎหมายที่ได้บัญญัติไว้ อันนำไปสู่การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี ป้องกันผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้นและเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

ภาพอนาคตระบบสุขภาพ

เรียบเรียงโดย วิลาวัลย์ ขาดา และ กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 46 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องคาดการณ์ถึงปัจจัยในการกำหนดสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 10 ปีข้างหน้า ดังนั้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) ได้คาดการณ์ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า โดยใช้การวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตระบบสุขภาพ ซึ่งใช้กิจกรรมการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ (Stakeholder Analysis) การสำรวจเดลไฟ (Delphi Survey) และการวางแผนด้วยภาพอนาคต (Scenario Planning) ซึ่งมุ่งหวังให้เกิดภาพอนาคต (Scenario) ของระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า และแนวโน้มสถานการณ์ที่สำคัญของระบบสุขภาพ และบทบาทของภาคีในระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องในอนาคต ซึ่งมีขั้นตอนวิธีการศึกษา 6 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - 2) ประชุมร่วมกับนักวิจัยที่ทำการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวด
 - 3) วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ (Stakeholder analysis)
 - 4) จัดทำแบบสำรวจความคิดเห็น Delphi ให้กลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตอบผ่านเว็บไซต์
 - 5) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายจากแนวทางการตอบแบบสอบถาม และระดมความคิดเห็นเพื่อให้ได้ภาพอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
 - 6) วิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดภาพอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และสถานการณ์ระบบสุขภาพโดยรวม แนวโน้มที่จะเป็นความท้าทาย โอกาสและภัยคุกคามต่อระบบสุขภาพในภาพรวม
- ซึ่งประเด็นภาพอนาคตนั้น มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจและนำไปสู่การวางแผน ดังนี้

ภาพอนาคตระบบสุขภาพไทย ปี 2566

จากการระดมความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ภาพอนาคตระบบสุขภาพไทยจำนวน 3 ภาพ ดังนี้

ภาพที่ 1 ราษฎร์-รัฐ ร่วมคิด ร่วมสร้างสรรค์ ร่วมผลักดันระบบสุขภาพ

■ ถึงเวลาต้องเปลี่ยนแปลง

คาดการณ์ว่าในปี 2566 ความขัดแย้งทางการเมืองจะยังดำรงอยู่ คนไทยจะแตกแยก การบริหารประเทศมีการคอร์รัปชันอย่างแนบเนียน ภาคการเมืองขาดธรรมาภิบาล กฎหมายล้าสมัย และโครงสร้างการบังคับใช้กฎหมายมีปัญหา ประชาชนเสียดิตการรอความช่วยเหลือแบบให้เปล่าจากรัฐ โดยไม่คิดพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อความมั่นคง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว และระบบการศึกษาของชาติก็จะอ่อนแอลง ถึงเวลาแล้วกับการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ จะทำให้การเพาะปลูกไม่ให้ผลผลิตตามฤดูกาล และได้ผลผลิตน้อยกว่าที่ควรจะเป็น การเกษตรมุ่งเน้นการส่งออกและมุ่งเป็นแหล่งผลิตอาหารรายใหญ่ของโลก จึงมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยเพิ่มผลผลิตทั้งปริมาณและคุณภาพ เมื่อมีการส่งออกอาหารมากขึ้นทำให้มีผลกระทบต่ออาหารของคนไทยไม่ทั่วถึง อาหารแพงขึ้น และพึ่งพาการนำเข้าอาหารมากขึ้น และเริ่มมีการปลูกพืชอาหารที่ผ่านการตัดแต่งพันธุกรรม ทำให้ชนิดของพืชพันธุ์พื้นเมืองลดลง

ไทยจะยังคงเสียเปรียบในการเจรจาการค้ากับต่างประเทศ โดยประเทศที่มีอำนาจเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์จนรุกเข้ามาถึงการดำเนินการต่างๆในประเทศ มีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจแข่งขันมากขึ้น ขณะเดียวกันธุรกิจไทยบางส่วนก็ขยายตัวออกสู่ต่างประเทศด้วย

การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญามีระบบที่ชัดเจนและมีจำนวนมากขึ้น ประเทศผู้ผลิต รวมถึงบริษัทข้ามชาติ พยายามใช้กติกาที่เอาเปรียบมาใช้กับประเทศที่ด้อยกว่า ส่งผลให้ต้นทุนยาสูง ทำให้ยาแพงขึ้น และไทยต้องพึ่งพายาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศมากขึ้น การย้ายถิ่นอย่างเสรีทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคอุบัติใหม่มากขึ้น ความสมดุลของบุคลากรทางการแพทย์เริ่มมีปัญหา เนื่องจากมีการจัดสรรบุคลากรเพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือลูกค้าชาวต่างชาติ

■ ปฏิรูปประเทศ

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปกครองครั้งใหญ่ของประเทศ มีการปฏิรูปทางการเมืองและระบบการบริหารจัดการประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการเกษตรอย่างเป็นระบบ โดยทำการเกษตรโดยเน้นความต้องการของผู้บริโภคเป็นปัจจัยผลักดัน พืชตัดแปลงพันธุกรรมมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะพืชที่ไม่ใช่อาหาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางชีวภาพ ความมั่นคงอาหาร และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

ส่วนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพขององค์กรให้มีความพร้อม มีความเข้มแข็ง มีสำนึกในบทบาทการดูแลการบริหาร และการให้บริการในระดับชุมชนและ

ท้องถิ่น โดยปราศจากการครอบงำจากการเมืองและส่วนกลาง โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง คอยให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลที่จำเป็น สนับสนุนงบประมาณ และอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ

▪ ปฏิรูประบบสุขภาพ

องค์กรในท้องถิ่นได้วิวัฒนาการพัฒนาชุมชนมายาวนานกว่า 10 ปีแล้ว จึงมีความพร้อมเต็มที่ในการรับผิดชอบภารกิจพัฒนาชุมชนอย่างเต็มตัว โดยเฉพาะการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับชุมชน โดยการสนับสนุนจากส่วนกลาง ชุมชนจึงเป็นเจ้าของระบบสุขภาพโดยประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดทิศทางและตรวจสอบการทำงานที่ รวมทั้งสามารถปกป้ององค์กรจากการคุกคามของการเมืองได้อย่างเข้มแข็ง

▪ ระบบสุขภาพเข้มแข็ง คนไทยแข็งแรง

ควรจะสร้างระบบประกันสุขภาพระบบเดียว ตั้งแต่การปรับโครงสร้างด้านการเงินการคลัง การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพัฒนาบทบาทของหลักประกันสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสังคมไทย ให้สอดคล้องกับมาตรฐานในระดับนานาชาติ และเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพเท่าเทียมกันทั่วประเทศ

เทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังทางการแพทย์สูงขึ้น ในช่วงแรกผู้ที่มีรายได้สูงเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดังกล่าวได้ ต่อมาจะมีการปรับเปลี่ยนในระดับนโยบายทำให้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้

รัฐมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง เช่นการตรวจสุขภาพพื้นฐานประจำปีในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเบิกจ่ายกองทุนสุขภาพ หากต้องการตรวจสุขภาพเพิ่มเติมจากที่กำหนดก็สามารถนำรายจ่ายไปลดหย่อนภาษีได้ เป็นต้น

ภาคเอกชนมีบทบาทหลากหลายมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชน ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ ผลิตและจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ บริษัทประกันชีวิต เป็นต้น ขณะเดียวกันหน่วยงานของรัฐหลายแห่งก็มีการปรับปรุงการให้บริการที่ดีขึ้นจนแข่งขันกับภาคเอกชนได้ โดยมีกฎระเบียบที่เป็นธรรมและเอื้อให้ภาครัฐกับภาคเอกชนสามารถประสานการทำงานที่ได้เป็นอย่างดี

คนไทยเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ระบบสุขภาพมุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา และประชาชนก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีระดับหนึ่ง ความปลอดภัยของอาหารยังคงมีปัญหาคารบ่อนปนเปื้อนสารเคมีหรือจุลินทรีย์ก่อโรค แต่อุบัติการณ์ลดลงเพราะมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพทัดเทียมหรือใกล้เคียงกับประชาชนในส่วนกลาง นอกจากนี้ ภาครัฐก็มีมาตรการจูงใจให้เอกชนลงทุนวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพมากขึ้น มีการส่งเสริมความร่วมมือวิจัยด้านเทคโนโลยี

ชีวภาพทางการแพทย์กับหน่วยงานในประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น และแบ่งปันการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความคุ้มค่า

ภาพที่ 2 ระบบสุขภาพของใคร (ของมัน) ตั้งฝืนที่ไกลเกินเอื้อม

■ ปัจจัยภายในและภายนอกกรมเรื้อ

ในอนาคตรอีก 10 ปีข้างหน้ายังคงประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำในทุกๆด้าน มีการทุจริตคอร์รัปชันทุกระดับ โดยเฉพาะระดับนโยบาย การพัฒนาเศรษฐกิจแบบสุดโต่งนำไปสู่การใช้ทรัพยากรแบบไม่สมดุล ระบบนิเวศถูกทำลาย ขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติโดยเฉพาะน้ำและพลังงาน ในขณะที่ความขัดแย้งทางการเมืองยังไม่คลี่คลาย เศรษฐกิจซึ่งพึ่งพาการส่งออกและการบริการอยู่ในสภาพถดถอย มีการผูกขาดธุรกิจบางประเภท ภาคการเกษตรถูกรอบงำโดยทุนขนาดใหญ่ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในสภาวะเศรษฐกิจย่ำแย่ ส่งผลให้ระบบสุขภาพโดยรวมย่ำแย่ลง การบริโภคอย่างไร้ขอบเขตทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เกิดสภาพทุพโภชนาการ ปัญหาโรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาใหญ่ คนไทยใช้ยาเกิดความจำเป็น ยามีราคาแพง คนไทยมีความเครียดเพิ่มขึ้น

■ ระบบสุขภาพถดถอยหลังลงคลอง

ภาวะการเงินการคลังของประเทศอยู่ในภาวะวิกฤติ ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพกลับขยายตัวขึ้น โดยค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มีสัดส่วนมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลจากการไม่สามารถควบคุมการใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพและการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์โดยอิงกับผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก

ระบบอุปถัมภ์แผ่ขยายแทรกซึมไปทุกระบบ ทั้งระบบการศึกษา การบริหารราชการ การให้บริการสุขภาพ เนื่องจากงบประมาณของรัฐมีจำกัด ระบบสุขภาพจึงถูกลดความสำคัญลงมาก นโยบายด้านสุขภาพไม่ชัดเจน การเมืองครอบงำองค์กรสุขภาพ ทำให้ระบบสุขภาพขาดธรรมาภิบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพมีค่าใช้จ่ายสูง เทคโนโลยีทางการแพทย์และยามีราคาแพง ทำให้การเข้าถึงยาที่จำเป็นยากยิ่งขึ้น การลงทุนภาคเอกชนมุ่งให้บริการชาวต่างชาติ มีเพียงชนชั้นนำเท่านั้นที่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดี การดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องส่วนบุคคลมากกว่าการสนับสนุนจากรัฐ ระบบสุขภาพมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ในขณะที่ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบสุขภาพยังคงดำรงอยู่

■ การตัดสินใจที่น่ากังวล

นโยบายการเปลี่ยนการผลิตของประเทศจากภาคการเกษตรเป็นอุตสาหกรรม มีการกำหนดเขตเศรษฐกิจพิเศษ ทำให้เกิดการทะลักของทุนต่างชาติ มีการถือครองที่ดินจำนวนมากผูกขาดการผลิตอาหาร การขยายตัวของอุตสาหกรรมเบียดบังพื้นที่ทำการเกษตร การผลิตอาหารมี

เป้าหมายเพื่อสร้างรายได้มากกว่าเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต พื้นที่เกษตรกลับกลายเป็นแหล่งสร้างมลพิษ เนื่องจากมีการใช้สารเคมีมาก ซึ่งมีการปนเปื้อนในผลผลิตการเกษตรและอาหาร ทำให้ปัญหาความปลอดภัยของอาหารเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรง และประชาชนจำนวนมากตกเป็นเหยื่อของโฆษณา ให้ความสำคัญของอาหารเสริมมากกว่าการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ

การเคลื่อนย้ายของแรงงานอย่างเสรีทำให้เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ ซึ่งรัฐจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะเวลาสั้น เนื่องจากขาดงบประมาณ บุคลากร และกลไกที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความเหมาะสมในสัตว์และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ทำให้เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ เกษตรกรเข้าสู่การเกษตรแบบพันธะสัญญา ต้องพึ่งพิงกลุ่มทุนขนาดใหญ่ จนบางส่วนล้มสลายและต้องเลิกทำการเกษตร

■ เทคโนโลยี – ดาบสองคม

เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่มีการกำกับดูแลที่ดีพอ บางกรณีใช้เทคโนโลยีฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และจะมีปัญหาด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์เกิดขึ้นเป็นระยะๆ

ภาพที่ 3 ในเงามืดที่ทาทาบบ ระบบสุขภาพยั่งยืนหยัด

■ ปฏิรูปองค์รวม ประชากรร่วมพัฒนา

ในปี 2566 ประเทศไทยผ่านการปฏิรูปโครงสร้างทางการเมืองครั้งใหญ่ แต่ฝ่ายการเมืองก็ยังเข้ามามีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศมากขึ้นกว่าเดิม รัฐไม่ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพมากนัก มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่า ทำให้มีงบประมาณในการพัฒนาสุขภาพจำกัด

องค์กรสุขภาพเห็นว่า ควรสนับสนุนให้ภาคเอกชนและหน่วยงานในท้องถิ่นมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยต้องเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพในภาคประชาชนก่อน ด้วยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพให้กับประชาชน เมื่อประชาชนมีความพร้อมในระดับหนึ่งแล้ว ควรมีกองกำลังเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายพัฒนา และขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยอาจพิจารณาเป็นวาระแห่งชาติ

การกระจายอำนาจของระบบสุขภาพจากส่วนกลางโดยให้ประชาชนมีบทบาทในการกำหนดทิศทางและตัดสินใจเรื่องต่างๆ ตามความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ จะทำให้การขับเคลื่อนระบบสุขภาพตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ทันการณ์ และมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่ละเลยธรรมาภิบาลซึ่งเป็นกลไกในการกำกับดูแลระบบสุขภาพให้เป็นธรรม ทัวถึง และโปร่งใส

■ สารพันปัญหา จัดการให้สมดุล

ประชากรที่มากขึ้นและภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้นทำให้ทรัพยากรธรรมชาติที่ต้องใช้ในการผลิตอาหารมีจำนวนจำกัดและเสื่อมโทรมมากขึ้นเรื่อยๆ นำไปสู่การแย่งชิงทรัพยากร มีการใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ประชาชนถูกจำกัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร เนื่องจากอาหารมีราคาแพง และมีการผูกขาดการค้าโดยกลุ่มทุนขนาดใหญ่

การวิจัยและพัฒนาเพื่อมุ่งพัฒนาระบบเกษตรสมดุล ปลอดภัยและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จะเป็นการสร้างระบบเกษตรที่ยั่งยืน โดยอาจต้องมีมาตรการอื่นสนับสนุน และนอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนการสร้างอาหารในระดับชุมชนและครัวเรือน รวมทั้งส่งเสริมการเกษตรแบบพึ่งพาตนเอง มีมาตรการกำกับดูแลด้านโภชนาการและคุณภาพอาหาร

■ เลี่ยงไม่ได้ ใช้ให้เป็น เน้นประโยชน์ คนทั่วไป

การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การวินิจฉัยโรคด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทำได้รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น ช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น เทคโนโลยีช่วยในการรักษาโรคบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดในอดีตได้ รวมทั้งสามารถคาดการณ์โรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจนำไปสู่การฟ้องร้องจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษาเกินความจำเป็น จึงต้องการระบบที่สามารถตรวจสอบการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องปฏิรูปจริยธรรมทางการแพทย์ให้มีความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ การลงทุนวิจัยพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ของไทยจะทำให้ไทยเป็นเจ้าของเทคโนโลยีที่หลากหลายและประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้ โดยต้องสร้างบุคลากรที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีเหล่านั้นควบคู่ไปด้วย อีกทั้งต้องมีกลไกในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษาเท่านั้น

■ เจรจการค้าเสรี 10 ปี ไปไม่ถึงไหน

การเจรจการค้าเสรีกับประเทศคู่ค้าส่งผลให้เกิดการทะลักของสินค้าจากต่างประเทศ ซึ่งมักมีปัญหาการปนเปื้อนด้วยสารเคมีและจุลินทรีย์ก่อโรค โดยขาดมาตรการในการควบคุมกำกับดูแลผลกระทบที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ประเทศไทยก็ยังไม่สามารถพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างเต็มที่ จึงมักถูกเอาเปรียบในการเจรจาต่อรอง ดังนั้น จึงต้องพัฒนาศักยภาพในการเจรจาต่อรองเพื่อสร้างสมดุลเชิงอำนาจในการเจรจา โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันในการเตรียมความพร้อมในทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรม และรัฐควรเปิดเผยข้อมูลในทุกขั้นตอนให้ประชาชนทราบ และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากการนำเสนอภาพอนาคตระบบสุขภาพไทย 3 รูปแบบ พบความแตกต่างและสิ่งที่ควรเปลี่ยนแปลงในอนาคต แต่ท้ายที่สุดแล้วคณะผู้จัดทำได้สรุปและมีข้อเสนอแนะว่า ในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างรอบด้าน โดยต้องคำนึงถึงปัจจัย 3 เรื่องได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงของการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัยหลักในการดำรงชีวิตคือ น้ำ อาหารและพลังงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกันอย่างหลายมิติ ซึ่งต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและทันการณณ์

2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมสะดวกมากขึ้น ชุมชนเมืองเติบโต สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ก็ออกแบบเอื้อต่อการใช้งานของคนทุกวัยและทุกสถานภาพ มีการเคลื่อนย้ายของเงินทุน แรงงานและสินค้าจากต่างประเทศมากขึ้น ทำให้อ่อนไหวต่อการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

3) ความเหลื่อมล้ำและความเปลี่ยนแปลงในสังคม จากปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมด้านต่างๆ จะต้องได้รับการแก้ไขหรือบรรเทาด้วยกลไกต่างๆ โดยการปฏิรูปสังคมไทย ที่ควรต้องกระจายอำนาจให้ประชาชนมีขีดความสามารถในการจัดการตนเอง

นอกจากปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพแล้ว คณะผู้จัดทำมีการเสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 G's ดังนี้

1) **ระบบอภิบาล (Governance)** หมายถึง การใช้อำนาจอย่างเป็นธรรมและสร้างสรรค์ การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาวะความเป็นผู้นำที่ซื่อสัตย์ มีความกล้าหาญ กล้าตัดสินใจ เข้าใจ การกำกับดูแลเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และสนับสนุนการปฏิบัติงานใดๆ อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับกฎระเบียบ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ - ภาคเอกชน - ภาคประชาสังคมในหลายๆมิติตามความเหมาะสมในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

2) **การรวมเป็นหนึ่ง (Glomeration)** หมายถึงการทำงานอย่างมีเอกภาพ แม้จะอยู่ในหน่วยงานที่ต่างกัน แต่มีความเข้าใจและยอมรับในหลักการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน

3) **การเติบโต (Growth)** ของระบบสุขภาพ ด้วยการขยายหลักการของระบบสุขภาพไปทุกภาคส่วน การส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบสุขภาพไปยังองค์กรชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ บนพื้นฐานความต้องการที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ต้องส่งเสริมให้องค์กรต่างๆ มีศักยภาพเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

4) **ความเอื้ออาทร (Generosity)** โดยไม่เลือกชั้นวรรณะ เชื้อชาติ ฐานะ สถานะทางสังคม อายุ ความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ ทุกคนในฐานะเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ โดยมีความรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน

ดังนั้นในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในอนาคต ซึ่งมีข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีใหม่ๆหลั่งไหลเข้ามาอย่างไม่ขาดสายนั้น อาจจะต้องพิจารณากรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ ควบคู่ไปกับปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างรอบด้าน และภาพอนาคตของระบบสุขภาพพร้อมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้มองเห็นภาพอนาคตของสิ่งที่เกิดขึ้น ช่วยเตือนให้เห็นว่าในอนาคตจะเกิดปัญหาอะไรบ้าง และจะได้เตรียมรับมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่

เอกสารอ้างอิง

สุชาติ อุดมโสมภกิจ และคณะ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). ภาพอนาคตระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล. 2556.

นันททัศน์...การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ

เรียบเรียงโดย ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ เป็นภารกิจสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรทั้งด้านการศึกษาและท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จากประสบการณ์และความรู้ที่ได้เข้าอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะการนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ ซึ่งจัดโดยสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการได้มีโอกาสนำเสนอผลงานวิจัยในเวทีนานาชาติ Business and Information 2011 เรื่อง Strategies to Enhance Health Promotion Services Efficiency Based on the Health Promotion Standards of Private Hospital in the Northeast of Thailand เมื่อ กรกฎาคม 2554 ซึ่งปัจจุบันได้ผ่านการคัดเลือกให้ตีพิมพ์ในวารสาร International Journal of Business and Information (IJBI) ISSN: 1728-8673 (<http://ijbi.org>) ที่เป็นส่วนหนึ่งของ International Business Academics Consortium (IBAC)

ผู้เขียนขอเสนอสรุปสาระสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการจัดทำบทคัดย่อและสไลด์การนำเสนอ ดังนี้

ลำดับ	ประเด็น	ข้อเสนอ
1	Abstract (บทคัดย่อ) และบทความเผยแพร่	<ol style="list-style-type: none"> พิมพ์ด้วยอักษร Arial/Times Roman บทความจำนวนหน้าตามที่ผู้จัดกำหนด (10 – 12 หน้า) เลือกประเด็นสำคัญและตารางนำเสนอตามวัตถุประสงค์ บทความมักประกอบด้วยประเด็น Title, Introduction, Aims of the study, Research framework Methodology and data, Research finding, suggestion and Bibliography เป็นต้น
2	การจัดทำ Slide	<ul style="list-style-type: none"> เสนอด้วย Power point program version 2003 or 2007 พิมพ์ด้วยอักษร Arial or Times-Roman ชื่อเรื่อง/หัวข้อ พิมพ์ขนาด 40 +/-4 รายละเอียด (body) พิมพ์ขนาด 36+/-4

ลำดับ	ประเด็น	ข้อเสนอ
3	Slide 1 : Title ชื่อ เรื่องงานวิจัย/ผลงาน วิชาการ : ข้อมูลผู้วิจัย	- ข้อมูลผู้วิจัยประกอบด้วย ชื่อ – สกุล ตำแหน่งงาน สถานที่ ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์ และ e-mail
4	Slide 2 : Outline	- ระบุเฉพาะหัวข้อที่จะนำเสนอ เช่น Background, objective, Method, Data Collection, Data Analysis, Results, Suggestion และ Acknowledge เป็นต้น
5	Background	- กล่าวถึงเหตุผลสำคัญของการทำวิจัย หรือช่องว่างขององค์ความ รู้ที่จะศึกษา คำขึ้นต้นประโยค เช่น First of all, I would like to tell you about the background. The..... - หาก Slide แผ่นที่ 1 ยังไม่จำเป็นต้องเพิ่มอีก 1 Slide ต้องใส่หัว เรื่องกำกับไว้ด้วย คือ Background (cont.) และการใช้ตาราง ประกอบคำอธิบายจะช่วยให้เข้าใจง่ายขึ้น
6	Aims of the study / Purpose of the study	This study aims to examine..... next to analy..... And finally to recommend.....
7	Methodology	- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุถึง Design, Population/sample location & sampling technique เช่น - This operation research recruited 5 out of 35 private hospitals in the northeastern region of Thailand. The recruited hospitals participate in the workshop on..... - A random sampling technique was used to recruit.....
8	Instrument - section A - section B - section C (Reliability =.....)	- กล่าวถึงเครื่องมือวิจัยมีกี่ชุด ส่วนประกอบสำคัญของเครื่องมือ และผลการทดสอบเครื่องมือ โดยไม่จำเป็นต้องกล่าวทุกประเด็น ที่เขียนไว้ใน slide เช่น The questionnaire was divided into three sections section A included..... section B included..... and section C included.....

ลำดับ	ประเด็น	ข้อเสนอ
9	Data collection	กล่าวถึงการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม (หากมีมากกว่า 1 กลุ่ม) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยแต่ละข้อ เช่น Let's go on data collection. From the customers I collect..... and I interviewed the administrators about.....
10	Data Analysis - Percentage, Standard Deviation, - t-test, - Factor Analysis, Exploratory and confirmatory - Path Analysis	กล่าวถึงสถิติสำคัญที่ใช้ เช่น Next I analysed the data using descriptive statistics, t-test, Factor Analysis and Path Analysis
11	Results Result 1 :.....	กล่าวถึงผลการวิจัย โดยเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ ละวัตถุประสงค์ วิธีการนำเสนอด้วยตารางจะสื่อความหมายได้ ชัดเจนเข้าใจง่าย โดยเขียนคำสำคัญไว้ใต้ตาราง เช่น Let's move on to the results, this table shows you that.....
12	Result (cont.) Result 2 :.....	- and this slide shows you that..... - next I found.....
13	Suggestions	- กล่าวถึงข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย เช่น The suggestions from this research were 1..... next and finally.....
14	Acknowledge 1. 2. 3.	- กล่าวขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง/มีส่วนผลักดันให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ และขอบคุณผู้ฟัง เช่น I would like to thank Professor Dr....., my advisors Dr.....and Dr.....And Dr....., my director Thank you for your attention, if you have any questions, I will do my best to answer.

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ตัวอย่างการเตรียมสไลด์เพื่อการนำเสนอผลงานวิชาการ หรือผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นในการก้าวสู่เวทีนานาชาติ ซึ่งการฝึกซ้อมเรื่องการออกเสียงคำต่างๆ ให้ชัดเจนด้วยการฝึกนำเสนอหลายๆ รอบ หากเป็นไปได้ให้ฝึกนำเสนอถึง 30 รอบ โดยรอบทำยๆ ควรเสนอได้โดยไม่ต้องดูเอกสาร อธิบายให้ผู้ฟังเข้าใจเรื่องที่เรากำลังเสนอได้ ก็จะช่วยให้ท่านนำเสนอผลงานได้อย่างมีอาชีพในทุกโอกาส นอกจากนั้น แนวคิดและองค์ความรู้ในเรื่องนี้น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการนำเสนอผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัยในภาคภาษาไทยได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะการนำเสนอผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ. (เอกสารอัดสำเนา) UBI website. <http://www.knowledgetaiwan.org/ojs/index.php/ijbi>, 2554.

บทวิทยากร

การพัฒนาคู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Guideline Development of Playing Program for 3-5 Years in Child Development Center

ทัศนีย์ รอดขมภู นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข)
ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กาญจนา เหลืองอุบล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การพัฒนาคู่มือโปรแกรมการเล่นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีและใช้คู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของเล่น และการละเล่นต่างๆจากพื้นที่ 9 ตำบลใน 9 จังหวัดในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 ดำเนินการวิเคราะห์ประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการรายด้านของการเล่นทุกประเภท โดยกุมารแพทย์ ครูแนะแนว พยาบาล นักวิชาการที่ทำงานด้านเด็ก จัดทำฉบับร่างคู่มือโปรแกรมการเล่นจากของเล่น วิธีการเล่น/ขั้นตอนการเล่นที่ได้รวบรวมข้อมูล จากการจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อให้ครูที่เลี้ยงมีส่วนร่วมพัฒนาโปรแกรมและนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ทีมผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นได้ให้ครูที่เลี้ยงทดลองใช้โปรแกรมเป็นเวลา 2 เดือน จึงจัดประชุมอภิปรายกลุ่มเพื่อติดตามประเมินผลและรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และได้นำผลประเมินมาปรับปรุงคู่มือโปรแกรมฉบับสมบูรณ์รวมทั้งสิ้น 66 โปรแกรม ส่วนประกอบหลักของแต่ละโปรแกรมนี้นี้ 1) ชื่อโปรแกรม 2) วัสดุที่ใช้ผลิต 3) วัตถุประสงค์ 4) ขั้นตอนการเล่น ประกอบด้วย การนำเข้าสู่บทเรียนซึ่งมีความยืดหยุ่นให้ครูที่เลี้ยงประยุกต์ใช้หรือปรับเปลี่ยนได้โดยมีตัวอย่างให้ดู การแนะนำและการเล่น การสรุปการเล่นและข้อควรระวัง 5) การประเมินผล โดยใช้ Rubric score และบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแยกประเมินผลตามกลุ่มอายุ 3 ปีและ 4-5 ปี เป็นรายบุคคลและภาพรวมโปรแกรมเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง ผลภาพรวมกระบวนการพัฒนาทำให้ทีมผู้วิจัยได้เครือข่ายเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 31 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน 9 ตำบล/9 จังหวัด ซึ่งผู้วิจัยจะนำคู่มือโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ เป็นตัวนำเข้าในการทำวิจัยและพัฒนา “การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี”

เสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปีผ่านโปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น” คู่ขนานไปกับการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรมในปีงบประมาณ 2557 โดยใช้แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้นแบบด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 9 ตำบล และวัดประสิทธิผลโปรแกรมให้เห็นอย่างชัดเจนโดยเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข และมีแผนขยายผลให้ครอบคลุมทุกตำบลในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ในปีงบประมาณ 2558

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการพัฒนา คือ 1) ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีความจำเป็นต้องได้องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาก จึงควรพัฒนาอย่างครอบคลุม 2) ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับควรนำการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจริงจังก่อนอย่างเป็นระบบและมีการประเมินผลที่ชัดเจน 3) ท้องถิ่นและชุมชนมีความพร้อมในการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับตำบล อำเภอ จังหวัดเพียงแต่ดำเนินการสื่อสารองค์ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการหรือรูปแบบการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อกระตุ้นพัฒนาการอย่างชัดเจนเท่านั้น ดังนั้นโปรแกรมการเล่นเป็นตัวอย่างสื่อในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีที่ควรนำไปใช้ 4) ระดับนโยบายควรสนับสนุนและส่งเสริมโปรแกรมการเล่นแบบไทย หรือโปรแกรมการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม

ABSTRACT

This guideline of playing program intended to provide the child development center. And guide to promote the 3-5 years child development by sufficiency economy and local wisdom. The process of guideline development are 1) Data of toys, stories, skits, lullaby were collected from 9 districts / 9 provinces in seventh & eighth Area Health. 2) Analyzed and playing program setting from data and the development theory. 3) Developed program by teachers in the child development center and suggested by experts : pediatrician, psychiatrist, Early childhood teachers, psychologist, pediatrics' nurse, professor from nursing faculty, Khonkaen University and expert about education's measurement and evaluation from Northeastern University 4) Implemented the guideline of playing program in the child development center 5) Evaluated the guideline and received the second times of suggestions from experts for improving the guideline.

The programs include 1) program's name 2) component of toys 3) objective 4) procedure of playing : lead to the lessons, introduce and play, playing summary 5) Evaluation. Addition, the researchers team had co-ordinated and relationship building with Local governments and community leader for promoting child development.

The researchers team will implement the guideline of playing program in 9 districts and develop to the model of child development district by sufficiency economy and local wisdom in 2014, and plan to publish and increase targets cover district in seventh & eighth Area Health nine provinces in 2015. The program will be continuous development. Recommendation based on these findings is continuously develop the teachers in child development centers. about child development. The responders promote the child development with local wisdom all levels by communicating information and knowledge of child development to the local governments. Policy level should support Thai playing program for child development and this program is the good one that can be continuously developed

บทนำ

สืบเนื่องมาจากปัญหาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยต่ำ จากผลการสำรวจของศูนย์อนามัยที่ 6 ปลายปี 2552 พบว่าเด็กในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 (เขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 เดิม ได้แก่ จังหวัด เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคามและร้อยเอ็ด) มีพัฒนาการสมวัยเพียง ร้อยละ 63.5⁽²⁾ นั้น ส่วนใหญ่ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และมีสาเหตุมาจากเด็กขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมที่ถูกต้องจากผู้ปกครองและผู้ดูแล ที่ยังไม่เห็นความสำคัญ และขาดความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน และปัจจุบันกระจายครอบคลุมทุกตำบล ละ 1-3 แห่งเป็นศูนย์รวมของเด็กอายุ 3-5 ปีเป็นส่วนใหญ่ นักวิจัยจึงวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านโปรแกรมการเล่นที่เกิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชุมชนและศักยภาพในการจัดหาของเล่นที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น เนื่องจากการเล่นของเด็กวัยนี้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้และต่อการพัฒนาสติปัญญาของเด็ก ทำให้เกิดจินตนาการ เกิดความคิดในการสร้างสรรค์และการแก้ปัญหา ถ้าเล่นเป็นกลุ่มจะทำให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการเล่นร่วมกับผู้อื่น รู้จักการแบ่งปัน การรอคอย การแสดงน้ำใจ การรักษากติกาการเล่น สำหรับพัฒนาการในด้านที่ขาดทั้งภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็ก เราสามารถฝึกได้โดยพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ตามหลักการแล้วในสถานบริการสาธารณสุขที่ประเมินพัฒนาการเด็ก ถ้าเด็กไม่ผ่านเกณฑ์พัฒนาการสมวัย จะให้ออกาสพ่อแม่ฝึกทักษะด้านนั้นๆ เป็นเวลา 1 เดือนแล้วกลับมาประเมินซ้ำ ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์จึงจะส่งต่อเพื่อรับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กต่อไป การพัฒนาทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก-มัดใหญ่ ด้านภาษาและด้านสังคมสามารถส่งเสริมผ่านการเล่นได้ โดยการให้เล่นโปรแกรมที่จะส่งเสริมด้านนั้น

อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตามเวลาที่กำหนดจนสามารถทำได้ เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี ผ่านโปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่นได้อย่างดี ผู้วิจัยจึงพัฒนาคู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี สำหรับครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการเล่นของเล่น การละเล่น นิทานและเพลงกล่อมเด็กที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีคู่มือและใช้เป็นคู่มือในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี และนำโปรแกรมการเล่นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นมาประยุกต์ใช้โดยของเล่นหรือการละเล่นเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถจัดทำในท้องถิ่นได้

กระบวนการพัฒนา

1. รวบรวมรายการของเล่นที่บ้าน การละเล่นที่บ้าน เพลงกล่อมเด็กและนิทานที่บ้าน จาก 9 ตำบลใน 9 จังหวัดทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและในชุมชนที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยศึกษาวิธีการเล่น ขั้นตอนการเล่นจากผู้ดูแลการเล่น คือครูพี่เลี้ยงและผู้ผลิต ถ่ายภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวการเล่นจริง และ/หรือการสาธิตขั้นตอนการเล่น วัสดุและขั้นตอนการผลิต
2. ศึกษาสถานการณ์การใช้ของเด็กเล่น การละเล่น การเล่านิทาน การร้องเพลงกล่อมเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปัจจุบัน
3. จัดหมวดหมู่ของเล่น/การเล่นตามประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นรายด้าน จากข้อมูลการเล่นที่รวบรวมมาจากพื้นที่

และเขียนเรียบเรียงขั้นตอนการเล่น และร่างคู่มือโปรแกรมการเล่น

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ประโยชน์ของของเล่นและการละเล่นต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี โดย กุมารแพทย์พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ครูแนะแนวนักวิชาการที่ทำงานด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 20 คน วันที่ 24-25 มกราคม 2556

5. ปรับปรุงเอกสารรายละเอียดขั้นตอนการเล่น จัดทำร่างคู่มือโปรแกรมการเล่น

6. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเล่นแบบมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงและนำเสนอต่อเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อรับฟังความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่อโปรแกรมการเล่น วันที่ 23-24 เมษายน 2556 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 ตำบลละ 2 แห่ง จำนวน 58 คน ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะ ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น ครูปฐมวัย นักวิชาการที่ทำงานด้านเด็กปฐมวัย

7. ปรับปรุงคู่มือโปรแกรมการเล่นตามข้อเสนอแนะ

8. ส่งเอกสารคู่มือให้ครูพี่เลี้ยงทดลองใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

9. จัดประชุมอภิปรายกลุ่มเพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมฯและรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ วันที่ 20 สิงหาคม 2556 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก นักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริม

เสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล และ ครูพี่เลี้ยง จำนวน 22 คน รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 30 คน

10. ปรับปรุงคู่มือโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของครูพี่เลี้ยง และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้เสนอแนะการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของครูพี่เลี้ยง

ผลการพัฒนา

1. กระบวนการพัฒนาทำให้ได้คู่มือโปรแกรมการเล่น เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปีสำหรับครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงได้ทดลองใช้คู่มือโปรแกรมจากการติดตามประเมินผลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 9 แห่งโดยวิธีการประชุมอภิปรายกลุ่ม พบว่า ครูพี่เลี้ยงได้นำโปรแกรมไปใช้ทั้งสิ้นแห่งละ 5-10 โปรแกรม และส่วนใหญ่การทดลองใช้ได้ทำตามขั้นตอนของคู่มือ และได้อภิปรายปัญหาการใช้และรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเป็นรายโปรแกรม เพื่อนำมาปรับปรุงจนได้คู่มือฉบับสมบูรณ์ ได้สรุปรายละเอียดคู่มือ (Template) ดังนี้

1) วัสดุที่ใช้เล่น บอกให้ทราบว่าของเล่นเด็กทำจากวัสดุอะไร บางชิ้นมีขั้นตอนการทำให้อุด้ด้วย

2) ขั้นตอนการผลิต เพื่อให้ท้องถิ่นหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นศึกษาขั้นตอนการผลิตอาจนำไปเลียนแบบวิธีทำ และทำใช้เองได้

3) วัตถุประสงค์ของการเล่น ถ้าเล่นได้ครบถ้วนตามที่โปรแกรมวางไว้จะเกิดประโยชน์ต่อพัฒนาการด้านใด

4) ขั้นตอนการเล่น ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการเล่น

(1) การนำเข้าสู่การเรียนรู้หรือนำเข้าสู่บทเรียน เป็นขั้นตอนการรวมเด็กและเรียกความสนใจจากเด็กทุกคน ก่อนเริ่มเล่นตามโปรแกรมการเล่นที่จะให้เด็กเล่นเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ อาจเป็นการร้องเพลงในบทเพลงที่เกี่ยวข้อง การตบมือ การตั้งคำถามอะไร่อย การเล่านิทาน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องขึ้นกับเทคนิคของครู ดังนั้นในคู่มือนี้การนำเข้าสู่การเรียนรู้จึงเป็นเพียงตัวอย่างเท่านั้น ผู้อ่านอาจนำไปใช้หรืออาจคิดใหม่ตามหลักการนำเข้าสู่การเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้น

(2) การแนะนำและการเล่น เป็นขั้นตอนการแนะนำให้รู้จักของเล่นหรือสิ่งที่จะเล่น เช่น รู้จักชื่อ รู้จักวัสดุที่ใช้ทำ รู้จักรูปร่าง รู้จักสี รู้ข้อกำหนดการเล่น วิธีเล่น ขั้นตอนการเล่น กติกาการเล่น นอกจากนี้ยังเป็นขั้นตอนที่ให้โอกาสเด็กมีส่วนร่วมวางแผนการเล่นและความสมัครใจเล่นของเด็ก และครูพี่เลี้ยงควรคำนึงถึงความเป็นอิสระในการคิดและการเล่นด้วย ควรเป็นผู้อำนวยความสะดวก คอยดูแลและไม่แทรกแซงหรือขัดจังหวะขณะเล่นโดยไม่จำเป็น

(3) สรุปการเล่น เป็นการตรวจสอบว่าเด็กทุกคนพอใจกับการเล่นเพียงใด ฝึกเด็กให้คิดว่าเล่นแล้วได้ประโยชน์อย่างไร และที่สำคัญเป็นการส่งเสริมกำลังใจ ความภาคภูมิใจ การเก็บของเข้าที่ให้เป็นที่เรียบร้อย การรักษาความสะอาดหลังการเล่น

5) การประเมินผล เป็นการประเมินผลภาพรวมการเล่นแต่ละโปรแกรมเพื่อทราบปัญหาการใช้โปรแกรมแต่ละครั้งเพื่อการวางแผนใช้ในครั้งต่อไป และประเมินผลเด็กรายบุคคลตามแบบ Rubric Score เพื่อให้ทราบระดับพัฒนาการและ

ความก้าวหน้าการเล่นตามโปรแกรมแต่ละครั้ง และบันทึกข้อสังเกตด้านพฤติกรรมของเด็ก เป็นการประเมินผลเชิงคุณภาพ

2. กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ทำให้ได้เครือข่าย ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 31 แห่ง ยินดี นำคู่มือโปรแกรมไปใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และเครือข่ายองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ตลอดจนผู้นำชุมชนทั้ง 9 ตำบลยินดีให้การสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในพื้นที่ ให้สามารถใช้โปรแกรมการเล่นตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จัดทำขึ้นนี้

สรุปและอภิปรายผล

คู่มือโปรแกรมการเล่นเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3-5 ปี สำหรับครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนี้ เป็นฉบับสมบูรณ์ ณ วัน เวลานั้น แต่เมื่อเรานำไปใช้จริง ใช้เป็นระยะเวลา นานขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น และใช้ซ้ำมากขึ้น จะทำให้ทราบข้อจำกัดที่ควรแก้ไขปรับปรุงในหลาย หัวข้อ ดังนั้นคู่มือนี้ถือเป็นฉบับแรกที่จะใช้จริง กับเครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 31 แห่ง ใน ปีงบประมาณ 2557 นี้ หลังการประเมินผลจะมีการปรับปรุงครั้งต่อไป และปีงบประมาณ 2558 มีแผนขยายการใช้คู่มือโปรแกรมการเล่นในเขต สุขภาพที่ 7 และ 8 ให้ครอบคลุมและแพร่หลายมากขึ้น อย่างไรก็ตามครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนและท้องถิ่นในพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 9 ตำบล 9 จังหวัดดังกล่าวมาแล้ว ได้เห็น ความสำคัญของโปรแกรมการเล่นต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านต่างๆมากขึ้นหลังจากได้ สันทนากลุ่ม และยินดีที่จะจัดโปรแกรมการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประกอบกับคณะผู้

เชี่ยวชาญได้มีความเห็นต่อโปรแกรมต่างๆที่จัดทำขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงนี้ ว่าเป็น ประโยชน์ และส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กจริงไม่แตกต่างจากของเล่นที่ซื้อจากท้อง ตลาด ที่สำคัญการส่งเสริมการเล่นที่ดีสามารถส่งเสริมการพัฒนาการด้านสติปัญญาและการแก้ไขปัญหาของเด็กอย่างดี เป็นการส่งเสริมภูมิปัญญา ท้องถิ่น และเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น คณะผู้วิจัยจึงได้วางแผนที่จะส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งใน 9 ตำบล 9 จังหวัดนำ คู่มือโปรแกรมการเล่นนี้ไปใช้จริง โดยการเสริมพลังท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุน อย่างเป็นทางการ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และเป็นต้นแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นทางการ ซึ่งคณะ ผู้วิจัยจะวัดประสิทธิผลด้านพัฒนาการเด็กให้ เห็นอย่างชัดเจนในปี 2556 (โดยใช้เครื่องมือ มาตรฐานประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ สถานบริการสาธารณสุข) เปรียบเทียบกับแบบ ประเมินรายบุคคลของแต่ละโปรแกรมที่คณะ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมิน พัฒนาการแบบไทยๆ ใช้ประเมินเด็กที่เล่นตาม โปรแกรมการเล่นแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย ซึ่งจะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ท้องถิ่นและชุมชนมีความพร้อมในการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับตำบล อำเภอ จังหวัดเพียงแต่ดำเนินการสื่อสารองค์ ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการหรือรูปแบบการเล่นตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อกระตุ้นพัฒนาการอย่าง ชัดเจนเท่านั้น ดังนั้นโปรแกรมการเล่นเป็น

ตัวอย่างสื่อในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดี ควรนำไปใช้

2. ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังมีความจำเป็นต้องให้องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอีกมาก โดยเฉพาะการใช้ของเล่นส่งเสริมพัฒนาการ ควรดำเนินการพัฒนาให้ครอบคลุม

3. ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ควรนำการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไปวางแผนส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจริงจัง อย่างเป็นระบบและมีการประเมินผลที่ชัดเจน

4. ระดับนโยบายควรสนับสนุนและส่งเสริมโปรแกรมการเล่นแบบไทย หรือโปรแกรมการเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ณ สุสม. การศึกษาความคิดสร้างสรรค์ และความสามารถในการสังเกตของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการเล่นสร้างสรรค์ วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.
2. ทศนีย์ รอดชมภู และคณะ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12, 2552 .
3. ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์. 2541.
4. เพียงทิพย์ หังสพฤกษ์. การเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก <http://manarom.com/article-detail.php?id, 2553>.
5. ศรีเรื่อน แก้วกังวาน. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, เล่ม 1, 2549.
6. สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, พิมพ์ครั้งที่ 4, 2540.
7. Eugene F., Provenzo Jr. Friedrich Froebel's Gifts Connecting the Spiritual and Aesthetic to the Real World of Play and Learning America Journal of play, 2009.
8. Hurlock E.B. Child Development. McGraw-Hill International Editions – psychology series, 1987.
9. Hurlock, E., Harron R., Sutton-Smith B. (1971), Experimental investigation of childhood play. Child's Play. Wiley, New York. 1971.
10. Joachim Liebschner. A Child's Workg: Freedom and Guidance in Froebel's Educational Theory and Practice. 2001.
11. Lorraine McCune Nicolich. Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development Vol. 23, No. 2, 1977.

ภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนและการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6

บังอร กล่ำสุวรรณ และคณะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1,575 คน แบ่งเป็นนักเรียนประถมศึกษา 698 คน นักเรียนมัธยมศึกษา 877 คน จาก 30 โรงเรียน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนหรือผู้แทนเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำของโรงเรียน สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน สัมภาษณ์ผู้สัมผัสอาหาร ตรวจสอบสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจผมและศีรษะ และช่องปาก ตรวจสอบผู้สัมผัสอาหาร ตัวอย่างอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร และน้ำดื่มด้วยน้ำยาตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราเสี่ยง (OR) การประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% และไค-สแควร์ (χ^2) ผลการสำรวจ พบว่า

เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.3 น้ำหนักค่อนข้างมากและมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.3 รูปร่างสมส่วน ร้อยละ 78.0 มีภาวะตัวม เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.4 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป ร้อยละ 91.7 เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 8.4 นักเรียนประถมศึกษาเป็นเหา ร้อยละ 16.5 ปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 58.6 มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ ผอน อุด 0.95 ซี่ต่อคน เหงือกปกติ ร้อยละ 24.4 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 46.9 มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ ผอน อุด 1.63 ซี่ต่อคน ส่วนนักเรียนมัธยมศึกษาเป็นเหา ร้อยละ 2.3 ปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 42.4 มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ ผอน อุด 1.67 ซี่ต่อคน และเหงือกปกติ 21.4 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 40.4 มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ ผอน อุด 1.74 ซี่ต่อคน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน (ตัวม เริ่มอ้วนและอ้วน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหารเย็น (p value = 0.002) การรับประทานอาหารว่าง (อาหารว่างมือเช้าและหรืออาหารว่างมือบ่าย) (p value = 0.012) การรับประทานผักชนิดต่างๆ (p value = 0.037) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะค่อนข้างดีและดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มนมจืด (p value = 0.039) โดยกลุ่มนักเรียนที่ดื่มนมจืด น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ จะมีโอกาสมีภาวะค่อนข้างดีและดีเป็น 1.55 เท่าของกลุ่มที่ดื่มนมจืด ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ (95% CI of OR:1.02-2.35) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหาของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสระผมของนักเรียน (p value < 0.001) โดยนักเรียนที่สระผมน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ จะมีโอกาสเป็นเหา 2.11 เท่าของนักเรียนที่สระผมทุกวัน สระวันเว้นวัน และสระ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (95% CI of OR:1.43-3.09) และการคลุกคลีใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่น (p value = 0.049) โดยนักเรียนที่คลุกคลีใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่น จะมีโอกาสเป็นเหาเป็น 1.43 เท่าของนักเรียนที่ไม่ได้คลุกคลีใกล้ชิด หรือใช้ของร่วมกับคนอื่น (95% CI of OR:1.00-2.03) การบริหารจัดการของโรงเรียนพบว่า โรงเรียนที่มีโครงการหรือกิจกรรมที่ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเหา มีความสัมพันธ์กับโรคเหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001) โดยโรงเรียนที่ไม่มีโครงการดังกล่าว นักเรียนจะมีโอกาสเป็นเหา 3.00 เท่าของนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนที่มีโครงการ (95% CI of OR:1.84-4.89) และการบูรณาการด้านสุขภาพกับกลุ่มสาระการเรียนรู้ในโรงเรียน (p value = 0.002) โดยโรงเรียนที่ไม่มีการบูรณาการดังกล่าว นักเรียนจะมีโอกาสเป็นเหา 2.01 เท่าของนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนที่มีการบูรณาการ (95% CI of OR:1.27-3.17) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียน (p value = 0.046) โดยนักเรียนที่ไม่แปรง/แปรงบางวัน จะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุเป็น 0.72 เท่าของนักเรียนที่แปรงทุกวัน (95% CI of OR:0.53-1.00) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานขนมถุง กรูบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ทอฟฟี่ (p value = 0.002) โดยนักเรียนที่รับประทาน 4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุเป็น 0.65 เท่าของนักเรียนที่รับประทานน้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ (95% CI of OR:0.49-0.86)

การสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน พบว่า ผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ แม่ครัว ผู้เสิร์ฟ ผู้ทำความสะอาดภาชนะ/อุปกรณ์ใส่อาหาร เคยได้รับการอบรมเรื่องการสุขาภิบาลอาหารเพียง ร้อยละ 33.3 มีความรู้ขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี ร้อยละ 32.4 แต่ทำได้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 14.7 โรงเรียนมีการตรวจการปนเปื้อนแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ มือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 45.7 ซึ่งผู้ตรวจการปนเปื้อน ได้แก่ นักเรียน/อย.น้อยร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 29.2 ครูอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 20.8 ความถี่ในการตรวจปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 72.9 การตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำดื่ม ภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร ได้แก่ งาน ถาดหลุม ช้อน ส้อม ฯลฯ อาหารที่นักเรียนรับประทาน และมีผู้สัมผัสอาหาร พบเชื้อ ร้อยละ 81.8, 65.6, 53.1 และ 38.1 ตามลำดับ การสุขาภิบาล โรงอาหาร พบว่า โรงอาหารผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารมากที่สุดคือ ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นอาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิด

สนธิมติเครื่องหมายของออย. ร้อยละ 90.0 และสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไปมีการระบายอากาศที่ดี และห้องส้วม (ในบริเวณโรงอาหาร) ต้องสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้เพียงพอเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือไม่ผ่านเกณฑ์โดยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟไม่มีการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 96.7 รองลงมาเป็นบริเวณที่เตรียมปรุงอาหารไม่สะอาด การเก็บช้อน ส้อม ตะเกียบไม่ถูกต้อง และไม่มีบ๊อตกเศษอาหารและดักไขมันเท่ากันคือ ร้อยละ 90

บทนำ

เด็กวัยเรียนและเยาวชน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ เพราะเด็กที่มีคุณภาพจะนำไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ การสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนเกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถตัดสินใจ จัดการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่จากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้เด็กวัยเรียนและเยาวชนได้รับค่านิยมและวัฒนธรรมตะวันตก เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตอย่างมากมาย ส่งผลต่อพฤติกรรมเกิดการเลียนแบบ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ทั้งต่อตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ เอดส์ ยาเสพติด ปัญหาสุขภาพ อุบัติเหตุ เป็นต้น

จากการศึกษาสถานะสุขภาพเด็กวัยเรียน ปี 2550 โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ พบว่า นักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะผอม ร้อยละ 3.2 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.2 เริ่มอ้วน ร้อยละ 5.4 และอ้วน ร้อยละ 4.7 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 3.5

ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 5.1 นักเรียนเป็นเหา ร้อยละ 10.1 โดยพบนักเรียนนอกเขตเทศบาลเป็นหามากกว่าในเขตเทศบาล (นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 13.5 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 6.8) ส่วนพฤติกรรม การบริโภคพบว่า นักเรียนดื่มเครื่องดื่ม ทุกวัน/เกือบทุกวันมากที่สุดได้แก่ นมเปรี้ยว ร้อยละ 44.2 น้ำผลไม้/น้ำปรุงแต่งรสผลไม้ น้ำหวาน และ ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 44.7, 41.5 และ 40.5 ตามลำดับ รับประทานลูกอมหรือท็อฟฟี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 39.7 รับประทานช็อคโกแลต ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 41.4 และจากการประเมินภาวะสุขภาพประชาชนด้านส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 8⁽⁵⁾ พบว่า นักเรียนประถมศึกษาหญิงเป็นโรคเหา ร้อยละ 43.1 ภาวะโภชนาการพบว่า นักเรียนชายในโรงเรียนนอกเขตเทศบาลมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 77.7 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 68.8 นักเรียนหญิงนอกเขตเทศบาลมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.5 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 74.8 และพบว่า นักเรียนชายนอกเขตเทศบาลมีภาวะค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 7.3 และเตี้ย ร้อยละ 5.1 ส่วนในเขตเทศบาลพบค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 4.3 และเตี้ย ร้อยละ 3.1 และในนักเรียนหญิงพบว่า นอกเขตเทศบาลมีภาวะค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 5.9 และเตี้ย ร้อยละ 4.4 ในเขตเทศบาลค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 5.5 และเตี้ย

ร้อยละ 3.8 ปราศจากโรคฟันผุในฟันแท้ ร้อยละ 67.7 และการสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ของอรพินท์ภาคภูมิ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ⁽⁷⁾ พบว่านักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10.8 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 5.9 และมีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 11.3 เป็นเหาและมีไข่เหาสด ร้อยละ 10.4 การดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า นักเรียนประถมศึกษาแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 27.1 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 40.1 ตีมน้ำอัดลม 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 46 ตีมน้ำ 3-4 วัน/สัปดาห์ และ 5-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 17.1 และ 14.4 ตามลำดับ และกินขนมกรุบกรอบหรือลูกอม 5-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 37.3 จากการศึกษาข้างต้น พบว่า เด็กวัยเรียนยังมีปัญหาสุขภาพได้แก่ ภาวะโภชนาการ โรคฟันผุและเหา อีกทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น บริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปากค่อนข้างน้อย ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กวัยเรียนมักได้จากการศึกษาวิจัยดำเนินการเป็นระยะขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อทราบสถานการณ์สุขภาพของเด็กและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 จึงได้สำรวจสุขภาพเด็กวัยเรียน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้เจริญเติบโตสมวัยเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน
2. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน

4. สุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน

วิธีดำเนินการ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 30 แห่ง (โรงเรียนประถมศึกษา 15 แห่ง โรงเรียนมัธยมศึกษา 15 แห่ง)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น

1. ผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คัดเลือกจากผู้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการ/รักษาการผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการโรงเรียนหรือครูซึ่งได้รับมอบหมาย 1 คน/โรงเรียน รวม 30 คน

2. ผู้สัมผัสอาหารได้แก่ผู้ปรุงอาหารผู้เสิร์ฟผู้ทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหารในโรงเรียนตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้
 - โรงเรียนที่มีผู้สัมผัสอาหารมากกว่า 5 คนขึ้นไป ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ร้อยละ 50 ของผู้สัมผัสอาหารทั้งหมด

- โรงเรียนที่มีผู้สัมผัสอาหารตั้งแต่ 1-5 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน

3. อาหารพร้อมรับประทานน้ำดื่ม ภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร ได้แก่ จาม ชาม ถาดหลุม แก้วน้ำ ซ้อน ส้อม คัดเลือกดังนี้

- โรงเรียนขนาดใหญ่และใหญ่พิเศษ เก็บอาหาร ร้านละ 1 ตัวอย่าง โดยเก็บตัวอย่างอาหารให้หลากหลายมากที่สุด น้ำดื่ม 3 จุดขึ้นไป เก็บ 2 ตัวอย่าง ภาชนะ อุปกรณ์ ร้านละ 1 ตัวอย่าง

- โรงเรียนขนาดเล็กและกลาง เก็บอาหารทั้งหมด น้ำดื่ม 1-2 จุด เก็บ 1 ตัวอย่าง ภาชนะ อุปกรณ์เก็บตัวอย่าง 3 ประเภทๆ ละ 1 ตัวอย่าง ได้แก่ ภาดหลุม แก้วน้ำ ซ้อน/ ส้อม

4. เด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6-18 ปี ในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,630 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้วิธี Multi-Stage Sampling แบ่งออกเป็น

ขั้นที่ 1 Cluster แบ่งตามจังหวัด ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 75 ได้จำนวน 5 จังหวัด

ขั้นที่ 2 Stratified แบ่งตามระดับโรงเรียนเป็นโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

ขั้นที่ 3 Stratified แบ่งตามขนาดโรงเรียน ดังนี้

- โรงเรียนประถมศึกษา แบ่งเป็น 3 ขนาด ได้แก่ 1) ขนาดเล็ก 2) กลาง 3) ใหญ่และใหญ่พิเศษ

- โรงเรียนมัธยมศึกษาแบ่งเป็น 3 ขนาด ได้แก่ 1) ขนาดเล็กและกลาง 2) ใหญ่ 3) ใหญ่พิเศษ

ขั้นที่ 4 Cluster แบ่งตามโรงเรียน Sampling สุ่มตัวแทนโรงเรียนขนาดละ 1 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่าย 6 แห่ง ในกรณีนี้ที่สุ่มได้โรงเรียนขนาดเล็กที่มีจำนวนนักเรียนไม่เพียงพอตามขนาดตัวอย่างจะสุ่มโรงเรียนขนาดเล็กที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงเพิ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

ขั้นที่ 5 สุ่มนักเรียนโดยสุ่มแบบมีระบบตามสัดส่วนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียนที่สุ่มได้ โดยแบ่งตามระดับชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ การบริหารจัดการของโรงเรียน การสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และความรู้ พฤติกรรมผู้สัมผัสอาหาร 2) แบบสำรวจการสุขาภิบาลโรงอาหาร 3) แบบบันทึกการตรวจการปนเปื้อนแบคทีเรีย และผลการตรวจสุขภาพนักเรียน 4) เครื่องมือสำรวจภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ตุ่มเทียบน้ำหนักขนาด 5 กิโลกรัม และ 5) อุปกรณ์ตรวจหาเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI 2)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราเสี่ยง (OR) การประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% และ ไค-สแควร์ (χ^2)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ (นักเรียน 301-1,500 คน) ร้อยละ 33.3 ขนาดเล็ก (นักเรียนไม่เกิน 120 คน) และขนาดกลาง (นักเรียน 121-300 คน) เท่ากัน ร้อยละ 26.7 แบ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 (ประถมศึกษา ร้อยละ 30.0 ขยายโอกาส ร้อยละ 20.0) และมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.0 ตั้งอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 56.7 เทศบาล ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80.0

2. การบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพนักเรียน ซึ่งส่วนใหญ่ตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 96.7 รองลงมาเป็นแกนนำนักเรียน ร้อยละ 73.3 ตรวจโดยครูเพียง ร้อยละ

30.0 โรงเรียนมีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพทุกคน ร้อยละ 33.3 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ใช้เกลือหรือเครื่องปรุงรสที่เสริมไอโอดีน ร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นควบคุมการจำหน่ายน้ำอัดลม เครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 66.7 ควบคุมการจัดหรือจำหน่ายอาหารรสหวานจัด เช่น ลูกอม ไอศกรีม ช็อคโกแลต ร้อยละ 46.7 การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 เม็ด ดำเนินการเพียงร้อยละ 23.3 โรงเรียนมีการบูรณาการด้านสุขภาพกับกลุ่มสาระการเรียนรู้ โดยทุกโรงเรียนมีการบูรณาการเรื่องการรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ ตามธงโภชนาการ รองลงมาเป็นเพศศึกษา ร้อยละ 96.7 และเหา ร้อยละ 70.0 การจัดโครงการหรือกิจกรรมที่ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีโครงการป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศ สารเสพติด ร้อยละ 83.3 โรคอ้วน ร้อยละ 70.0 ภาควิชาขายสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนมากที่สุดได้แก่ ผู้ปกครองและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่ากันคือ ร้อยละ 70.0

3. การบริหารจัดการด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำของโรงเรียน ทุกโรงเรียนมีนโยบายการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำเรื่องอาหารปลอดภัย รองลงมาเป็นความสะอาดของจุดบริการน้ำดื่ม ร้อยละ 93.3 และสุขอนามัยของผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 56.7 ครู นักเรียนในโรงเรียน ทุกแห่งไม่เคยป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีโรงอาหารเฉพาะ ร้อยละ 76.7 ใช้อาคารเอนกประสงค์เป็นโรงอาหาร ร้อยละ 16.7 มีการจัดเตรียมและบริการอาหารให้นักเรียน

โดยให้บุคคลภายนอกเข้ามาขายและโรงเรียนดำเนินการเองใกล้เคียงกันคือร้อยละ 63.3 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ โรงเรียนเคยได้รับการตรวจประเมิน โรงอาหารตามเกณฑ์ของกรมอนามัย ร้อยละ 50 ผู้ประเมิน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 93.3 และครูผู้รับผิดชอบโรงอาหาร ร้อยละ 40.0 โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจการปนเปื้อนในอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ และมีผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 83.3 มีการตรวจเพียง ร้อยละ 16.7

การจัดบริการน้ำดื่มพบว่า น้ำที่จัดไว้บริการเป็นน้ำฝนและน้ำบ่อ/น้ำบาดาลเท่ากันคือร้อยละ 30.0 รองลงมาเป็นน้ำประปา ร้อยละ 26.7 โรงเรียนมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำโดยผ่านเครื่องกรอง ร้อยละ 73.3 โดยเปลี่ยนไส้กรองภาคเรียนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 30.0 รองลงมาเป็นปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 26.7 ทุกโรงเรียนไม่มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำ ภาชนะที่ใส่น้ำเป็นตู้ น้ำเย็น ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นกระติกน้ำแบบเปิดฝาด้านบน ร้อยละ 16.7 โรงเรียนมีการล้างทำความสะอาดภาชนะใส่น้ำดื่มทุกวัน ร้อยละ 23.3 รองลงมาเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และภาคเรียนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 16.7 จากการสังเกตพบว่า ภาชนะใส่น้ำดื่มและจุดบริการน้ำดื่มสะอาดเพียง ร้อยละ 56.7 และ ร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ที่ตั้งจุดบริการน้ำดื่มส่วนใหญ่สูงจากพื้น 60 เซนติเมตร ร้อยละ 96.7 มีแก้วน้ำวางไว้ที่จุดดื่ม ร้อยละ 60.0 โดยวางแก้วน้ำรวมในภาชนะเดียวกัน ร้อยละ 66.7 แก้วน้ำมีความสะอาด ร้อยละ 50.0

4. ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน

4.1 ข้อมูลทั่วไป เด็กวัยเรียนเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.4 เพศชาย ร้อยละ 44.6 กำลัง

ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.3 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.7 อายุอยู่ในช่วง 13-18 ปี ร้อยละ 55.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 12.68 ปี (S.D.=3.20) อายุต่ำสุด 6 ปี สูงสุด 18 ปี

4.2 ภาวะโภชนาการ เด็กวัยเรียน มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.4 (95% CI=76.2-80.4) น้ำหนักค่อนข้างมากและมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 14.3 (95% CI=12.7-16.3) น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และค่อนข้างน้อย ร้อยละ 7.3 (95% CI=6.1-8.7) มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 78.0 (95% CI=67.8-84.3) โดยมีภาวะท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.4 (95% CI=12.6-16.5) ผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 7.6 (95% CI=6.3-9.0) และส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 84.3 (95% CI=82.9-86.5) ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 7.4 (95% CI=5.9-8.5) เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 8.4 (95% CI=6.7-9.4)

4.3 ผมงและศีรษะ นักเรียนประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่เป็นเหา ร้อยละ 83.5 (95 % CI=80.5-86.2) เป็นเหา ร้อยละ 16.5 (95 % CI=13.7-19.5) ส่วนนักเรียนมัธยมศึกษาไม่เป็นเหา ร้อยละ 97.7 (95 % CI=96.5-98.6) เป็นเหา ร้อยละ 2.3 (95 % CI=1.3-3.5)

4.4 สุขภาพช่องปาก

(1) สุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา พบว่า ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 58.6 (95% CI=54.8-62.2) มีฟันแท้ผุ ถอนอุด ร้อยละ 41.4 (95% CI=37.7-45.2) มีฟันผุที่ยังไม่ได้รักษา ร้อยละ 24.5 (95% CI=21.3-27.8) โดยส่วนใหญ่ผุ 1-3 ซี่ ร้อยละ 98.2 (95% CI=94.9-99.6) มีฟันแท้หลุดแล้ว 22.3 (95% CI=19.3-25.6) ส่วนใหญ่ได้รับการอุดฟันแท้

1-3 ซี่ ร้อยละ 96.8 (95% CI=92.7-98.9) และถูกถอนฟันแท้ไปแล้ว ร้อยละ 2.1 (95% CI=1.2-3.5) มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 0.95 ซี่ต่อคน (S.D.=1.54) พบฟันตกกระ ร้อยละ 0.1 (95% CI=0.0-0.7) เหงือกปกติ ร้อยละ 24.4 (95% CI=21.2-27.7) ส่วนนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า นักเรียนปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 46.9 (95% CI=37.5-56.5) โดยมีค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 1.63 ซี่ต่อคน (S.D.=2.33)

(2) สุขภาพช่องปากนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่าปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 42.4 (95% CI=39.2-45.7) มีฟันแท้ผุ ถอน อุด ร้อยละ 57.6 (95% CI=54.2-60.8) มีฟันผุที่ยังไม่ได้รักษา ร้อยละ 36.3 (95% CI=33.0-39.5) ส่วนใหญ่ผุ 1-3 ซี่ ร้อยละ 97.8 (95% CI=95.5-99.1) มีฟันแท้หลุดแล้ว 33.8 (95% CI=30.6-36.9) ส่วนใหญ่ได้รับการอุดฟันแท้ 1- 3 ซี่ ร้อยละ 92.6 (95% CI=88.9-95.2) และถูกถอนฟันแท้ไปแล้ว ร้อยละ 8.8 (95% CI=6.9-10.8) มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 1.67 ซี่ต่อคน (S.D.=2.18) พบฟันตกกระ ร้อยละ 0.5 (95% CI=0.1-1.1) และเหงือกปกติ 21.4 (95% CI=18.7-24.3) ส่วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 40.4 (95% CI=32.7-48.3) โดยมีค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 1.74 ซี่ต่อคน (S.D.=2.16)

5. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน

5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป นักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่น ร้อยละ 45.3 ไม่ได้เล่นใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 54.7 ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 83.3 สระผมวันเว้นวัน

ร้อยละ 48.8 และสระผมทุกวัน ร้อยละ 27.0 มีพฤติกรรมล้างมือหลังใช้ส้วมเป็นประจำ ร้อยละ 73.0 ล้างมือบางครั้ง ร้อยละ 24.3 และไม่ล้างมือ ร้อยละ 2.7 โดยการล้างมือจะล้างด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 58.3 ในส่วนการล้างมือก่อนรับประทานอาหารพบว่า เด็กวัยเรียนล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 60.4 และล้างมือบางครั้ง ร้อยละ 37.3 โดยส่วนมากล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 53.2 การใช้ช้อนกลางตักอาหารพบว่า ใช้ช้อนกลางตักอาหารบางครั้ง ร้อยละ 47.4 และใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 28.6

5.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเข้าทุกวัน ร้อยละ 61.5 รับประทานอาหารบางวัน ร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 74.7 รับประทานอาหารบางวัน ร้อยละ 24.8 และรับประทานอาหารเย็นทุกวัน ร้อยละ 70.3 รับประทานอาหารบางวัน ร้อยละ 28.1 ส่วนอาหารว่างพบว่า นักเรียนจะรับประทานเป็นบางวัน ร้อยละ 67.6 และรับประทานทุกวัน ร้อยละ 23.7 และไม่รับประทานอาหารก่อนนอน (หลังจากมือเย็นแล้ว) ร้อยละ 46.9 รับประทานบางวัน ร้อยละ 44.4 และรับประทานทุกวัน ร้อยละ 8.7 จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า เด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเช้าประเภทต้มยำต้มไก่เลือดสัตว์และเนื้อสัตว์ทุกวัน ร้อยละ 11.4 รับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 16.1 รับประทานอาหารเช้าทะเล เช่น ปลาทุ ปลาหมึกทุกวันเพียงร้อยละ 2.9 รับประทาน 4-6 วัน ร้อยละ 18.4 ผักชนิดต่างๆ รับประทานทุกวัน ร้อยละ 45.9 รับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 30.0 และผลไม้ชนิดต่างๆ

รับประทานทุกวัน ร้อยละ 26.2 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 30.9 นอกจากนี้พบว่า เด็กวัยเรียนรับประทานอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังเป็ด หนังไก่ทุกวัน ร้อยละ 5.2 และรับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 17.9 อาหารประเภทผัด ทอดหรือปรุงด้วยกะทิทุกวัน ร้อยละ 10.4 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 30.4 ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ทอฟฟี่ทุกวัน ร้อยละ 32.8 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 22.4 อาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ลาบ ปลาจี่ ปลาต้ม ปลาจ่อม พบว่า ไม่เคยรับประทาน ร้อยละ 39.6 และรับประทาน 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 39.7 ต้มนมจืดทุกวัน ร้อยละ 31.5 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 29.5 ต้มเครื่องต้มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอ่อม น้ำหวาน น้ำปั่น นมเปรี้ยว นมหวาน ชาเขียวทุกวัน ร้อยละ 24.1 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 31.0 การเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารปรุงสุก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว พบว่า เติมทุกครั้ง ร้อยละ 70.9 และเติมน้ำตาลในอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้าทุกครั้ง ร้อยละ 37.7 โดยส่วนใหญ่เติมน้ำตาลไม่เกิน 2 ช้อนชา ร้อยละ 72.7 เติมน้ำตาลบางครั้ง ร้อยละ 52.5 โดยส่วนใหญ่เติมน้ำตาลไม่เกิน 2 ช้อนชา ร้อยละ 68.6 และไม่เติมน้ำตาลเลยมีเพียง ร้อยละ 9.8 การเติมน้ำพบว่า ต้มน้ำที่ทางโรงเรียนจัดไว้ให้ ร้อยละ 74.5 โดยใช้ภาชนะที่โรงเรียนจัดไว้บริการ ร้อยละ 36.4 และใช้แก้วเฉพาะตัว ร้อยละ 25.9 และล้างทำความสะอาดทุกวัน ร้อยละ 60.5

5.3 พฤติกรรมการแปรงฟัน เด็กประถมศึกษาแปรงฟันตอนเช้าหลังตื่นนอนทุกวัน ร้อยละ 85.4 แปรงบางครั้ง ร้อยละ 12.3

แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 32.8 แปรงฟันบางครั้ง ร้อยละ 38.5 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่บ้านทุกวัน ร้อยละ 24.2 แปรงฟันบางครั้ง ร้อยละ 38.0 และแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 38.3 แปรงฟันบางวัน ร้อยละ 41.0 ส่วนเด็กมัธยมศึกษาพบว่า แปรงฟันตอนเช้าทุกวันมากถึง ร้อยละ 96.2 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนทุกวันน้อยเพียง ร้อยละ 4.6 แปรงฟันบางวัน ร้อยละ 17.9 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่บ้านทุกวันพบเพียง ร้อยละ 16.8 แปรงฟันบางวัน ร้อยละ 41.7 และแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 55.1 และแปรงฟันบางวัน ร้อยละ 38.5

5.4 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เด็กวัยเรียนออกกำลังกาย 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นออกกำลังกาย 4-5 วัน/สัปดาห์ และ 6-7 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 19.3 และ 16.4 ตามลำดับ ออกกำลังกายโดยการวิ่ง ร้อยละ 62.3 รองลงมาเป็นการเล่นกีฬา ร้อยละ 40.4 และทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรง เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ ร้อยละ 17.8 ระยะเวลาที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 43.1 ระหว่าง 30 นาที ร้อยละ 32.5 และมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 24.2

5.5 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและการพักผ่อน พบว่า เมื่อไม่สบายใจเด็กวัยเรียนจะใช้วิธีการคุยกับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ อยู่คนเดียวเงียบๆ ร้อยละ 26.4 และเล่นกีฬา ร้อยละ 22.4 กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นการรับประทานอาหารร่วมกัน ร้อยละ 80.3 รองลงมาเป็นดูทีวี ร้อยละ 67.7 และเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่จะใช้เวลานอน

ระหว่าง 8-10 ชั่วโมง ร้อยละ 78.8 และนอนน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 9.3

5.6 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดและเล่นการพนัน เด็กประถมศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.3 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.7 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.8 เคยดื่ม ร้อยละ 8.2 ไม่เคยใช้สารเสพติด เช่น ดมกาว ทินเนอร์ ยาบ้า ร้อยละ 99.7 และไม่เคยเล่นการพนัน ร้อยละ 81.9 และเคยเล่น ร้อยละ 18.1 เด็กมัธยมศึกษาพบว่า ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 84.5 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.5 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 55.0 เคยดื่มมากถึง ร้อยละ 45.0 ไม่เคยใช้สารเสพติด เช่น ดมกาว ทินเนอร์ ยาบ้า ร้อยละ 97.1 เคยใช้ ร้อยละ 2.9 และพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาเคยเล่นการพนันมากถึง ร้อยละ 55.5 ไม่เคยเล่นเพียง ร้อยละ 44.5

5.7 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้ยานพาหนะ พบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่จะขี่ขี่หรือซ้อนรถมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 71.4 สวมหมวกกันน็อคทุกครั้งเพียง ร้อยละ 7.1 สวมหมวกกันน็อคบางครั้ง ร้อยละ 48.7 และไม่สวมหมวกกันน็อคเลยมากถึง ร้อยละ 44.2 การใช้โทรศัพท์มือถือขณะขี่รถมอเตอร์ไซด์พบไม่ใช้ ร้อยละ 29.3 ใช้โทรศัพท์บางครั้ง ร้อยละ 35.5 และใช้โทรศัพท์ทุกครั้ง ร้อยละ 0.9 และพบว่าขณะขี่รถมอเตอร์ไซด์มีผู้ซ้อนมากกว่า 1 คน ทุกครั้ง ร้อยละ 4.6 และบางครั้งสูงถึง ร้อยละ 53.0

5.8 พฤติกรรมการรักษาสิ่งแวดล้อม เด็กวัยเรียนทิ้งขยะลงถังทุกครั้ง ร้อยละ 47.9 ทิ้งขยะลงถังบางครั้ง ร้อยละ 50.2 และไม่เคยทิ้งขยะลงถัง ร้อยละ 1.9 เคยเข้าร่วมกิจกรรม

ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 81.0 โดยส่วนมากเป็นการคัดแยกขยะ ร้อยละ 73.5 รองลงมาเป็นการรณรงค์ประหยัดพลังงาน เช่น ประหยัดน้ำ ประหยัดไฟฟ้า ร้อยละ 71.0

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน

6.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน (น้ำหนัก/ส่วนสูง) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน (ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหารเย็น (p value=0.002) การรับประทานอาหารเช้า (อาหารว่างมือเช้าและหรืออาหารว่างมือบ่าย) (p value=0.012) การรับประทานผักชนิดต่างๆ (p value=0.037)

6.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคอขวดเตี้ยและเตี้ย พบว่า การดื่มนมจืดมีความสัมพันธ์กับภาวะคอขวดเตี้ยและเตี้ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value=0.039) โดยกลุ่มนักเรียนที่ดื่มนมจืด น้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ จะมีโอกาสมีภาวะคอขวดเตี้ยและเตี้ยเป็น 1.55 เท่าของกลุ่มที่ดื่มนมจืด ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ (95% CI of OR :1.02-2.35)

6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคเหา ได้แก่ การสระผม (p value<0.001) นักเรียนที่สระผมน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ จะมีโอกาสเป็นเหา 2.11 เท่าของนักเรียนที่สระผมทุกวัน สระวันเว้นวัน และสระ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (95% CI of OR:1.43-3.09) และการคลุกคลีใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่น (p value=0.049) โดยนักเรียนที่คลุกคลีใกล้ชิด หรือใช้ของร่วมกับคนอื่นจะมีโอกาสเป็นเหาเป็น 1.43 เท่าของ

นักเรียนที่ไม่ได้คลุกคลีใกล้ชิด หรือใช้ของร่วมกับคนอื่น (95% CI of OR:1.00-2.30) การบริหารจัดการของโรงเรียนพบว่า โรงเรียนที่มีโครงการหรือกิจกรรมที่ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคเหามีความสัมพันธ์กับโรคเหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value<0.001) โดยโรงเรียนที่ไม่มีโครงการดังกล่าว นักเรียนจะมีโอกาสเป็นเหา 3.00 เท่าของนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนที่มีโครงการ (95% CI of OR:1.84-4.89) และการบูรณาการด้านสุขภาพกับกลุ่มสาระการเรียนรู้ในเรื่องเหา (p value=0.002) โดยโรงเรียนที่ไม่มีการบูรณาการดังกล่าว นักเรียนจะมีโอกาสเป็นเหา 2.01 เท่าของนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนที่มีการบูรณาการ (95% CI of OR:1.27-3.17)

6.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนระดับประถมศึกษา พบว่าการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ในเด็กประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value=0.046) โดยนักเรียนที่ไม่แปรง/แปรงบางวันจะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุเป็น 0.72 เท่าของนักเรียนที่แปรงทุกวัน (95% CI of OR:0.53-1.00)

6.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเกิดโรคฟันผุของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่า การรับประทานขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ทอฟฟี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value=0.002) โดยนักเรียนที่รับประทาน 4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุเป็น 0.65 เท่าของนักเรียนที่รับประทานน้อยกว่า 4 วัน/สัปดาห์ (95% CI of OR:0.49-0.86)

7. การสุขาภิบาลอาหารและน้ำในโรงเรียน

7.1 ความรู้ พฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหาร จากการสัมภาษณ์ผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ แม่ครัว ผู้เสิร์ฟ ผู้ทำความสะอาดภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร จำนวน 105 คน พบว่า เคยได้รับการอบรมเรื่องการสุขาภิบาลอาหารเพียง ร้อยละ 33.3 มีความรู้ขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้องเพียง ร้อยละ 32.4 และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารพบว่า ทำได้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 14.7 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สัมผัสอาหารล้างมือก่อนปรุงอาหาร ร้อยละ 99.0 ล้างมือเมื่อสัมผัสสิ่งสกปรก ร้อยละ 89.5 และล้างมือหลังการใช้ส้วม ร้อยละ 74.3 วิธีการล้างมือจะล้างด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 98.1 ล้างด้วยน้ำยาล้างจาน ร้อยละ 76.2 โรงเรียนมีการตรวจการปนเปื้อนแบคทีเรียในอาหาร ภาชนะ มือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 45.7 ซึ่งผู้ตรวจการปนเปื้อนได้แก่ นักเรียน/อ.น้อย ร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นเจ้าของที่สาธารณสุข ร้อยละ 29.2 ครูอนามัยโรงเรียน ร้อยละ 20.8 ความถี่ในการตรวจปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 72.9

7.2 การตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ผลการตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำดื่มในโรงเรียน ภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร ได้แก่ งาน ถาดหลุม ซ้อน ส้อม ฯลฯ อาหารที่นักเรียนรับประทานและมีผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 81.8, 65.6, 53.1 และ 38.1 ตามลำดับ

7.3 การสุขาภิบาลโรงอาหาร พบว่าโรงอาหารผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารมากที่สุดคือ ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นอาหารและเครื่องดื่ม

ในภาชนะบรรจุที่เปิดสนิทต้องมีเครื่องหมายของอย. ร้อยละ 90.0 และสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไปมีการระบายอากาศที่ดี และห้องน้ำห้องส้วม (ในบริเวณโรงอาหาร) ต้องสะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น มีน้ำใช้เพียงพอเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือไม่ผ่านเกณฑ์โดยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคผิวหนัง สำหรับผู้ปรุงจะต้องมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบได้ โดยพบว่าไม่มีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 96.7 รองลงมาเป็น 1) บริเวณที่เตรียมปรุงอาหารสะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร แข็งเรียบสภาพดี 2) ซ้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือวางเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาด และมีการปกปิด ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และ 3) มีบ่อดักเศษอาหารและ ดักไขมันที่ใช้การได้ดีก่อนระบายน้ำเสียทิ้งเท่ากันคือ ร้อยละ 90

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า โรงเรียนมีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียนทุกคน ร้อยละ 33.3 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการประเมินงานส่งเสริมสุขภาพในแผน 9 ของกรมอนามัย⁽⁶⁾ ที่พบว่า นักเรียนใช้แบบบันทึกสุขภาพและตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 39.8 จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนยังไม่สอดคล้องกับแนวนโยบายของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้นักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไป สามารถตรวจสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยมีครูหรือนักเรียนแกนนำให้การดูแลช่วยเหลืออีกทั้งได้มีการ

สนับสนุนแบบบันทึกสุขภาพครอบครัวนักเรียนทุกคน ในส่วนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า โรงเรียนมีการดำเนินงานน้อย โดยเฉพาะการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้นักเรียนรับประทาน สัปดาห์ละ 1 เม็ด ร้อยละ 23.3 มีการควบคุมการจำหน่ายอาหารไขมันสูงหรือเค็มจัด อาหารรสหวานจัดและการจำหน่ายน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น นมเปรี้ยว นมปรุงแต่งรสชาเขียว เพียง ร้อยละ 33.3, 46.7 และ 66.7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพช่องปากที่พบว่า เด็กประถมศึกษาปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 58.6 และมีเหงือกปกติเพียง ร้อยละ 24.4 ในเด็กมัธยมศึกษาปราศจากฟันแท้ ร้อยละ 42.4 และมีเหงือกปกติเพียง ร้อยละ 21.4 และเด็กวัยเรียนมีภาวะท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.4

โรงเรียนได้รับการตรวจประเมินโรงอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัยเพียง ร้อยละ 50.0 โดยผู้ตรวจประเมินเป็นเจ้าของหน้าที่ยุทธศาสตร์ ร้อยละ 93.3 และไม่มีมีการตรวจการปนเปื้อนในอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์และมือผู้สัมผัสอาหารถึง ร้อยละ 83.3 และพบว่าโรงอาหารส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลศักดิ์ ปริญญา⁽⁴⁾ ที่พบว่าโรงอาหารโรงเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 94.2 ส่วนการจัดการน้ำดื่มพบว่า โรงเรียนทุกแห่งไม่มีการตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม ภาชนะใส่น้ำ และจุดบริการน้ำดื่มสะอาดเพียงร้อยละ 56.7 และ 50.0 ตามลำดับ และโรงเรียนจัดบริการแก้วนํ้าให้นักเรียน ร้อยละ 60.0 โดยมีทั้งวางแก้วใบเดียว และแก้วหลายใบในภาชนะเดียวกันไม่มี

การแยกแก้วใช้แล้วและแก้วที่ยังไม่ได้ใช้ ครั้งหนึ่งของแก้วนํ้าไม่สะอาดสอดคล้องกับพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่ใช้แก้วนํ้าส่วนตัวเพียง ร้อยละ 25.9 และไม่ล้างแก้วหรือล้างนานๆ ครั้ง ร้อยละ 21.4

ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กวัยเรียนมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 78.0 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภย์อนามย์⁽⁵⁾ ที่พบว่านักเรียนประถมศึกษาขนาดนอกเขตเทศบาลมีรูปร่างสมส่วน เพศชาย ร้อยละ 77.7 เพศหญิง ร้อยละ 75.5 และการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผน 9 ของกรมอนามัย⁽⁶⁾ พบว่า นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 77.0 และในการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า มีเด็กท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนถึง ร้อยละ 14.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของช่อแก้ว คงการคำ⁽²⁾ ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 15.5 เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 6.8 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ พบว่า เด็กประถมศึกษาเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.1 พบเด็กเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 8.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาสำนักส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ ที่พบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 8.6 และพบนักเรียนประถมศึกษาเป็นเบา ร้อยละ 16.5 และนักเรียนมัธยมศึกษาเป็นเบา ร้อยละ 2.3 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของบังอร กล้าสุวรรณ และคณะ⁽³⁾ ที่สำรวจภาวะสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน พบว่า เด็กประถมศึกษาเป็นเบา ร้อยละ 12.7 อรพินท์ ภาคภูมิ⁽⁷⁾ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ พบว่า นักเรียนเป็นเบาประมาณ ร้อยละ 10 โรคเหาติดต่อได้จากการสัมผัสโดยตรง โดยการ ใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น หวี หมวก หมอน ที่นอน และการเล่นใกล้ชิดกันโดยเฉพาะเด็กผู้หญิง

ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า นักเรียน ชอบเล่น คลุกคลีใกล้ชิดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่น ร้อยละ 45.3 ส่วนสุขภาพช่องปากพบว่า เด็กนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 ปรากฏจากฟันผุ ร้อยละ 46.9 มีค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 1.63 ซี่ต่อคน และ ในเด็กมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปรากฏจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 40.4 โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.74 ซี่ต่อคน ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากของสำนักทันตสาธารณสุข ที่สำรวจใน ปี 2549-2550 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ปรากฏจาก ฟันแท้ผุ ร้อยละ 43.1 และค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุ ถอน อุด 1.55 ซี่ต่อคน และเด็กอายุ 15 ปี ปรากฏจาก ฟันแท้ผุ ร้อยละ 33.7 ค่าเฉลี่ย 2.24 ซี่ต่อคน

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียนควรนำแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาดำเนินอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น โรงเรียนไม่จัดจำหน่ายน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น นมเปรี้ยว น้ำหวาน น้ำปั่น อาหารว่างที่มีไขมันสูง รสเค็มจัด เช่น ขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอด อาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ไอศกรีม ลูกอม ช็อคโกแลต การจัดกิจกรรมการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ทุกวันเปิดเรียน การจัดการสุขาภิบาลโรงอาหาร และการจัดการน้ำดื่มให้สะอาดและปลอดภัย เป็นต้น
 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโรงเรียนเพื่อให้นักเรียน ประถมศึกษาทุกคน ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 3. ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินภาวะ การเจริญเติบโตของนักเรียนอย่างต่อเนื่องและ
- เมื่อพบปัญหา เช่น ภาวะโภชนาการเกิน (เริ่มอ้วน อ้วน) ทูพโภชนาการ (ผอม ค่อนข้างเตี้ย เตี้ย) ควรมีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง ท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้าใจ วางแผน และกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหามิติดำเนินไป และกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหามิติดำเนินไป เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตตามวัย
4. ควรส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพของ นักเรียนไปยังผู้ปกครองเพื่อให้มีส่วนร่วมในการ เฝ้าระวังติดตามแก้ไขปัญหสุขภาพของเด็ก วัยเรียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
 5. ควรมีการอบรมการสุขาภิบาลอาหาร และน้ำดื่มให้แก่ผู้สัมผัสอาหารอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจให้กับ ผู้สัมผัสอาหารทั้งรายเก่า และเพิ่มความรู้ให้กับ ผู้สัมผัสอาหารรายใหม่
 6. โรงเรียนควรเฝ้าระวังการสุขาภิบาล อาหารในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนและบุคลากรใน โรงเรียนได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยจาก เชื้อโรค สารเคมีต่างๆ โดยการพัฒนาโรงอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยอย่างต่อเนื่อง และการตรวจสอบการปนเปื้อนเชื้อโรค ในอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ใส่อาหาร มีผู้สัมผัส อาหารโดยใช้ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ภาคเรียนละ 1 ครั้ง
 7. ควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มใน โรงเรียน โดยมอบหมายให้มีผู้ตรวจสอบดูแล ประจำ มีการทำความสะอาดเครื่องกรองน้ำทั้ง ภายในนอกภายใน การเปลี่ยนไส้กรองน้ำตามระยะ เวลาที่กำหนด ดูแลให้จุดดื่มน้ำสะอาดปลอดภัย จัดวางแก้วน้ำดื่มโดยแยกระหว่างแก้วใช้แล้วกับ

แก้วที่ยังไม่ได้ใช้เพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ภาชนะร่วมกัน ทำความสะอาดภาชนะใส่ น้ำดื่มเป็นประจำ ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มโดยใช้ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบบคที่เรียกอย่างน้อยภาคเรียน ละ 1 ครั้ง ตลอดจนปลูกฝังสุขนิสัยส่วนบุคคลให้นักเรียนใช้แก้วน้ำส่วนตัวและล้าง ทำความสะอาดทุกครั้งที่ใช้

กิตติกรรมประกาศ การสำรวจครั้งนี้สำเร็จลงได้อย่างดีจึงต้องขอขอบคุณนายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 และนางตาแหน่ง สีนสวาท หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ที่ได้ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ชี้แนะ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ ขอขอบคุณ รศ.ฉวีวรรณ บุญสุยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และอาจารย์สุทิน ชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดขอนแก่น ที่ปรึกษาด้านสถิติ ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานเด็กวัยเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพื้นที่เป้าหมายทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ.2549-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักกิจกรรมองค์การทหารผ่านศึก, 2551.
- 2 ช่อแก้ว คงการคำ. การศึกษาภาวะโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสามเสนวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. [10 มิถุนายน 2555]. Availaber from:URI: <http://www.thairath.co.th/content/edu/117835>, 2550.
- 3 บังอร กล่ำสุวรรณ และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. ขอนแก่น: กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 2554.
- 4 วิมลศักดิ์ ปริยงค์. การสุขาภิบาลอาหารของโรงอาหารโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ ปีพ.ศ. 2547. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- 5 ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์. โครงการประเมินภาวะสุขภาพประชากรด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์, 2554.
- 6 สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การสำรวจสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน ปี 2550. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา), 2550.
- 7 อรพินท์ ภาคภูมิ, และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ. การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 2 (2), 37-48, 2554.

**ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน
ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดนครศรีธรรมราช**

**Organizational Commitment and Working Happiness of
Tambon Health Promoting Hospitals Personel in
Nakhon Si Thammarat Province**

รุจิรา พชรปรกรณ์พงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรและความสุขในการทำงาน เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของบุคลากรกับความผูกพันต่อองค์กรและความสุขในการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 300 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาการทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาข้อเสนอแนะการสร้างความสุขให้แก่บุคลากรในเชิงลึก กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จำนวน 30 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกระจายตามแต่ละสายงาน เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน 2556 โดยใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการพรรณนา ผลการศึกษา ดังนี้

บุคลากร รพ.สต. มีความผูกพันต่อองค์กร และมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบลักษณะ ส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. พบว่า ระยะเวลารับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผูกพันต่อองค์กร และรายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความสุขในการทำงาน ($P\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสุขในการทำงาน ($P\text{-value} < 0.01$) ในระดับสูง ($r = 0.762$)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.01$) ในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงานในทุกด้านดังกล่าว ($r = 0.556 - 0.692$) ในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากรในด้านการทำงาน ควรปรับปรุงการทำงานเป็นทีม มีการประชุมปรึกษาหารืองานร่วมกัน สนับสนุนกำลังคนและงบประมาณให้เพียงพอ ลดระบบรายงานต่าง ๆ ลง ควบคุมดูแล จัดการสถานที่ทำงานให้น่าอยู่ น่าทำงาน ผู้อำนวยการ รพ.สต. ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับหน่วยงานอื่น

จากผลการศึกษาดังกล่าว ควรดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาส่วนขาดให้เจ้าหน้าที่เกิดความผูกพันต่อองค์กรและมีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ความผูกพันต่อองค์กร ความสุขในการทำงาน

Abstract

This research was both quantitative and qualitative study. The objectives of quantitative research were to study organizational commitment and working happiness, comparison between different personnel characteristics and organizational commitment and working happiness, relationship of the factors that contributed working happiness and working happiness. The samples were 300 personnel of Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) by multi stage sampling. Data was collected by questionnaire in July – August 2013, and analyzed by using descriptive statistics, Independent t-test, analysis of variance (ANOVA), and Pearson's product moment correlation. For qualitative research was to study suggestions for happiness creation in depth. The samples were 30 personnel of THPH by purposive sampling which was distributed according to each line. Data was collected by guideline for in-depth interviewing in September 2013, and analyzed by content analyzing. The results were as followings;

The personnel of THPH had organizational commitment and working happiness at high level. There was statistically significant difference when compared the different personnel characteristics and organizational commitment and working happiness ; Time served at THPH had different organizational commitment, income had different working happiness ($P\text{-value} < 0.05$). Factors that caused, a whole working happiness had positive statistical significance relation ($p\text{-value} < 0.01$) with working happiness at high level ($r = 0.762$). Moreover, such factors; types of job, relations in the

workplace, quality of work life, commander, support from supervisors, and physical environment had positive statistical significance relation (p -value < 0.01) with working happiness at moderate level ($r = 0.556 - 0.692$). Creating happiness for personnel; regarding to working field there should be improving team work, a consultation meeting together, support manpower and adequate budget, reduce reporting system, workplace management to work, THPH director must be a role model, provide for the exchange of knowledge. and share experiences with other units.

According to such results, there should be improving and developing deficits in order to personnel would have more organizational commitment and working happiness.

Keywords: organizational commitment, working happiness

ความสำคัญของปัญหา

ความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร⁽¹⁾ การสร้างความสุขในการทำงาน ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การบริหารองค์กรเป็นไปได้ด้วยความราบรื่น เนื่องจากการที่คนในองค์กร มีความสุขจะเป็นการเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของผลผลิต ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม ลดความเครียดและความขัดแย้งในองค์กร ซึ่งช่วยให้องค์กรเจริญก้าวหน้า⁽²⁾ บุคลากรที่มีความสุข จะทำให้มีการแสดงพฤติกรรมในการทำงานที่เหมาะสม มีจิตใจที่เบิกบาน มีความยินดีและกระตือรือร้นในการทำงาน นำไปสู่การเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของผลผลิต⁽³⁾ ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชาและด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา^(4,5,6,7) นอกจากนี้

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือกับองค์กร และปฏิบัติงานกับองค์กรในระยะเวลายาวนาน ผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูง จะปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ⁽⁸⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ที่กล่าวว่า การที่บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีความเต็มใจทุ่มเทปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร เพื่อความสำเร็จและความสุขในการอยู่ร่วมกันของคนในองค์กรทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ลดความขัดแย้ง สร้างความอบอุ่นในองค์กร มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้⁽⁹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในมิติทางสังคมอื่นที่มีใช้ปัจจัยทางด้านการแพทย์^(10, 11) จังหวัดนครศรีธรรมราช มี รพ.สต. จำนวน 252 แห่ง

และมีบุคลากรสาธารณสุขประจำอยู่ทุกแห่ง ซึ่งบางพื้นที่ก็ห่างไกลทุรกันดารแตกต่างกันไป ทั้งนี้ในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. ถือได้ว่าเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และทำงานอย่างมีความสุข⁽¹²⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ จะได้นำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา สร้างความผูกพัน และความสุขในการทำงานให้กับบุคลากร รพ.สต.ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต.
2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของบุคลากร รพ.สต. กับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากร รพ.สต.

4. เพื่อหาข้อเสนอแนะในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากร รพ.สต.

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรและมีความสุขในการทำงาน เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของบุคลากรกับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต.

ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ บุคลากรซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. (ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ /พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานการแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานธุรการ และผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่) จำนวนทั้งสิ้น 802 คน ได้คำนวณหา

จากสูตร
$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ เจ้าหน้าที่ทั้งหมดใน รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 802 คน

e คือ ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ = 0.05

$$n = \frac{802}{1+802 (0.05)^2} = 266.8$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Yamane⁽¹³⁾ ซึ่งกำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ 0.05

ในการศึกษาครั้งนี้ควรใช้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 267 คน เพื่อเป็นตัวแทนอ้างอิงถึงเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 300 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยมีวิธีการเลือกดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 เลือกอำเภอตัวอย่างมา 12 อำเภอ จาก 23 อำเภอ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ได้อำเภอสีชล อำเภอท่าศาลา อำเภอเข็ญใหญ่ อำเภอหัวไทร อำเภอทุ่งใหญ่ อำเภอนาบอน อำเภอฉวาง อำเภอพิปูน อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอพรหมคีรี อำเภอร่อนพิบูลย์ และอำเภอจุฬาภรณ์

ขั้นตอนที่ 2 เลือก รพ.สต. จากอำเภอที่ได้รับการเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอมาร้อยละ 70 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ได้ รพ.สต. กลุ่มตัวอย่าง 100 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในแต่ละ รพ.สต. กลุ่มตัวอย่าง ตามบัญชีรายชื่อของแต่ละ รพ.สต. โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก มาแห่งละ 3 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 300 คน

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน กระจาย

ตามแต่ละสายงาน เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2556

ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และตัวแปรที่ศึกษาความผูกพันต่อองค์กร ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ความสุขในการทำงาน และข้อเสนอแนะการสร้างความสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เริ่มด้วยการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลโดยการให้บุคลากรทั้งหมดใน รพ.สต. ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 300 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) โดยวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาข้อเสนอแนะการสร้างความสุขให้แก่บุคลากรในเชิงลึก โดยใช้แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ลักษณะต่าง ๆ ของประชากรที่ศึกษา
พบว่า บุคลากร รพ.สต. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.3 มีอายุ 40 – 49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.7 รองลงมาอายุ 30 – 39 ปี ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 28.7, 20.3 และ 18.3 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 40.4 ปี (SD = 9.7) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.0 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.7 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีรายได้/เดือน ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 41.0 รองลงมา มีรายได้ 20,000 - 29,999 บาท 10,000-19,999 บาท และน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 28.0, 21.3 และ 9.7 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย มีรายได้ 24,788.9 บาท/เดือน (SD = 10,345.9) บุคลากร รพ.สต.ดังกล่าวนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 28.7 รองลงมาเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 27.7, 17.7 และ 5.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ เป็นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ (เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงาน การแพทย์แผนไทย เจ้าพนักงานเภสัชชุมชน และเจ้าพนักงานธุรการ) รวมกัน ร้อยละ 20.7 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 เป็นข้าราชการ / พนักงานราชการ รับราชการ ณ รพ.สต.ที่อยู่ ปัจจุบัน นานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 65.0 โดย

เฉลี่ยรับราชการ ณ รพ.สต.ที่อยู่ในปัจจุบัน 8.7 ปี (SD = 8.0) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รับราชการมานาน ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.6 รองลงมา รับราชการนาน 10 – 19 ปี และน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 31.7 และ 22.7 ตามลำดับ

2. ความผูกพันต่อองค์กร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.15$) เมื่อพิจารณาความผูกพันต่อองค์กรในแต่ละประเด็น พบว่าความผูกพันต่อองค์กรในข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ อยู่ในระดับสูง ซึ่งได้แก่ เต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ รพ.สต. นี้ประสบความสำเร็จ ทำงานโดยคำนึงถึงชื่อเสียงของ รพ.สต. พร้อมทั้งจะปกป้อง รพ.สต.นี้ ถ้าถูกกล่าวหาหรือถูกโจมตีจากบุคคลอื่น มีความรู้สึกจงรักภักดีต่อ รพ.สต.นี้ ภูมิใจที่จะบอกใคร ๆ ว่าเป็นบุคลากรใน รพ.สต.แห่งนี้ ได้รับประโยชน์ในการอยู่ รพ.สต.แห่งนี้ และยินดีที่จะใช้เวลาส่วนตัวทำงานให้ รพ.สต.นี้ แม้ว่าจะไม่ได้รับผลตอบแทนส่วนในข้อคำถามเชิงลบ พบว่าในเรื่องพร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น ถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รู้สึกว่าคิดผิดที่เลือกทำงานใน รพ.สต.แห่งนี้ และการตัดสินใจทำงานใน รพ.สต.แห่งนี้เป็นการตัดสินใจที่ผิด มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับต่ำ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายประเด็น และโดยรวม (n = 300)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. เต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ รพ.สต. ประสบความสำเร็จ	4.48	0.56	สูง
2. ทำงานโดยคำนึงถึงชื่อเสียงของ รพ.สต.	4.42	0.60	สูง
3. พร้อมที่จะปกป้อง รพ.สต.นี้ ถ้าถูกกล่าวหาหรือถูกโจมตีจากบุคคลอื่น	4.39	0.69	สูง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร รพ.สต.
จำแนกรายประเด็น และโดยรวม (n = 300) (ต่อ)

รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
4. มีความรู้สึกจงรักภักดีต่อ รพ.สต.นี้	4.33	0.65	สูง
5. ภูมิใจที่จะบอกใคร ๆ ว่าเป็นบุคลากรใน รพ.สต.แห่งนี้	4.29	0.74	สูง
6. ได้รับประโยชน์ในการอยู่ รพ.สต.แห่งนี้	4.01	0.84	สูง
7. ยินดีที่จะใช้เวลาส่วนตัวทำงานให้ รพ.สต.นี้ แม้ว่าจะไม่ได้ รับผลตอบแทน	3.88	0.80	สูง
8. พร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น ถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า*	2.73	1.21	ปานกลาง
9. รู้สึกว่าคิดผิดที่เลือกทำงานใน รพ.สต.แห่งนี้*	1.82	0.95	ต่ำ
10. การตัดสินใจทำงานใน รพ.สต.แห่งนี้เป็นการตัดสินใจที่ผิด*	1.74	0.92	ต่ำ
รวม	4.15	0.51	สูง

หมายเหตุ * คือ ข้อคำถามเชิงลบ

3. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.90$) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานในแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานทุกด้าน อยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านลักษณะงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

($\bar{X} = 3.95$) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ($\bar{X} = 3.90, 3.89, 3.88, 3.86$ และ 3.84) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายด้าน และโดยรวม (n = 300)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านลักษณะงาน	3.95	0.45	สูง
ด้านความสัมพันธ์ที่ทำงาน	3.90	0.62	สูง
ด้านผู้บังคับบัญชา	3.89	0.60	สูง
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	3.88	0.69	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	3.86	0.57	สูง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน	3.84	0.59	สูง
รวม	3.90	0.45	สูง

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานในแต่ละด้าน รายประเด็น พบว่า

1) **ด้านลักษณะงาน** เกือบทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยลักษณะงานในเรื่องงานที่ทำอยู่มีความสำคัญต่อ รพ.สต. มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$) ส่วนในเรื่องมีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$)

2) **ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน** ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยในเรื่องเพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทร มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.09$)

3) **ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน** ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยในเรื่องอยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่

ดี ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.90$)

4) **ด้านผู้บังคับบัญชา** ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ ในเรื่องเป็นที่ไว้วางใจและนับถือของคนทั่วไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.97$)

5) **ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา** ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยในเรื่องการรายงานปัญหาการทำงานต่าง ๆ ต่อผู้บังคับบัญชาได้เสมอ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.91$)

6) **ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยในเรื่องสถานที่ทำงานเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.97$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านต่าง ๆ ของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายประเด็น (n = 300)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านลักษณะงาน			
1. งานที่ทำอยู่มีความสำคัญต่อ รพ.สต	4.35	0.60	สูง
2. งานที่ทำอยู่ ต้องใช้ความรับผิดชอบเป็นอย่างมาก	4.21	0.64	สูง
3. มีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบอยู่	4.07	0.68	สูง
4. งานที่ได้รับมอบหมาย มีความเป็นระบบ ระเบียบแบบแผน ที่แน่นอน	3.96	0.68	สูง
5. สามารถควบคุมงานที่ทำได้ด้วยตนเอง	3.95	0.65	สูง
6. ได้รับงานที่มีความท้าทายต่อความสามารถ	3.92	0.60	สูง
7. งานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน มีความน่าสนใจ หลากหลายและท้าทายความสามารถ	3.92	0.67	สูง
8. มีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่	3.89	0.70	สูง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ด้านต่าง ๆ ของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายประเด็น (n = 300) (ต่อ)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
9. ได้ทำงานที่มีความชำนาญ	3.82	0.67	สูง
10. มีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน	3.40	0.89	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน			
1. เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทร	4.09	0.70	สูง
2. เพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจ	4.02	0.72	สูง
3. เพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญ	3.97	0.76	สูง
4. มีความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน	3.95	0.74	สูง
5. เพื่อนร่วมงานต่างเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน	3.93	0.78	สูง
6. รู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญต่อองค์กร	3.87	0.69	สูง
7. ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในทุก ๆ เรื่อง	3.82	0.69	สูง
8. มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงาน	3.80	0.73	สูง
9. เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษากับเพื่อนร่วมงานได้ทุกเรื่อง	3.77	0.79	สูง
10. เพื่อนร่วมงาน ได้มีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผย และกว้างขวาง	3.74	0.78	สูง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน			
1. อยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ	3.90	0.70	สูง
2. สามารถแบ่งหรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.85	0.67	สูง
3. ผู้บังคับบัญชามีการบริหารที่เป็นธรรม	3.83	0.74	สูง
4. มีชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน	3.78	0.73	สูง
ด้านผู้บังคับบัญชา			
1. ผู้บังคับบัญชามีความซื่อสัตย์ เป็นที่ไว้วางใจและนับถือของคนทั่วไป	3.97	0.63	สูง
2. ผู้บังคับบัญชา ให้เกียรติและรับฟังความเห็นของผู้อื่น	3.96	0.65	สูง
3. ผู้บังคับบัญชามีความยืดหยุ่นในการทำงาน	3.94	0.67	สูง
4. ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงาน	3.88	0.71	สูง
5. ผู้บังคับบัญชา เมื่อกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วมักจะทำให้สำเร็จตามที่กำหนดไว้	3.87	0.70	สูง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ด้านต่าง ๆ ของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายประเด็น (n = 300) (ต่อ)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
6. ผู้บังคับบัญชากล้าตัดสินใจ บนพื้นฐานของเหตุผล	3.86	0.71	สูง
7. ผู้บังคับบัญชากล้าคิดและตัดสินใจในสิ่งแปลกใหม่	3.78	0.77	สูง
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา			
1. การรายงานปัญหาการทำงานต่าง ๆ ต่อผู้บังคับบัญชาได้เสมอ	3.91	0.73	สูง
2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา กรณีมีปัญหาในการทำงาน หรือกรณีต้องการความช่วยเหลือ	3.90	0.76	สูง
3. สามารถปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชาได้ตลอดเวลา	3.87	0.78	สูง
4. ได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา	3.82	0.73	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ			
1. สถานที่ทำงานเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน	3.97	0.68	สูง
2. สถานที่ทำงานมีความสะอาด เป็นระเบียบ	3.92	0.73	สูง
3. มีการจัดสภาพแวดล้อมนอกเหนือจากการทำงานอย่างเหมาะสม น่าอยู่	3.86	0.70	สูง
4. มีอุปกรณ์ / เครื่องมือสำหรับปฏิบัติงานที่เพียงพอ	3.71	0.76	สูง

4. ความสุขในการทำงาน พบว่า โดยรวม ความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 3.76) เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานในแต่ละด้าน พบว่า ความสุขในการทำงานทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านความพึงพอใจในงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (\bar{X} = 3.87) รองลงมาคือ ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน และด้านความรื่นรมย์ในงาน (\bar{X} = 3.83 และ 3.62) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสุขในการทำงาน ของบุคลากร รพ.สต. จำแนกราย ด้าน และโดยรวม (n = 300)

ความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความพึงพอใจในงาน	3.87	0.61	สูง
ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน	3.83	0.61	สูง
ด้านความรื่นรมย์ในงาน	3.62	0.60	สูง
รวม	3.76	0.54	สูง

เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานในแต่ละประเด็น พบว่า

4.1 ด้านความรื่นรมย์ในงาน เกือบทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยรู้สึกสนุกสนานกับงานที่ปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.78$) และไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใด ๆ กับงานที่ทำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36$)

4.2 ด้านความพึงพอใจในงาน พบว่าทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า รู้สึกยินดี และเต็มใจ ที่จะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.00$) รองลงมาเป็นเรื่องรู้สึกชอบหรือพึงพอใจ

ในหน้าที่ ที่รับผิดชอบ และรู้สึกเพลิดเพลินกับงานที่ได้รับมอบหมาย ($\bar{X} = 3.84$ และ 3.77 ตามลำดับ)

4.3 ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน พบว่า ทุกประเด็นมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าทำงาน ด้วยความกระตือรือร้นและตื่นตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.87$) รองลงมาเป็นเรื่องปฏิบัติงานด้วยความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว รวดเร็ว และมีชีวิตชีวา และรู้สึกอยากทำงานทุกวัน ($\bar{X} = 3.81$ และ 3.80 ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสุขในการทำงาน ของบุคลากร รพ.สต. จำแนกรายประเด็น (n = 300)

ความสุขในการทำงาน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรื่นรมย์ในงาน			
1. รู้สึกสนุกสนานกับงานที่ปฏิบัติ	3.78	0.68	สูง
2. ทำงานด้วยความรู้สึกเป็นสุข ไม่หม่นหมองหรือโศกเศร้า	3.70	0.69	สูง
3. รู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลายขณะปฏิบัติงาน	3.63	0.70	สูง
4. ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใด ๆ กับงานที่ทำ	3.36	0.78	ปานกลาง
ด้านความพึงพอใจในงาน			
1. รู้สึกยินดี และเต็มใจที่จะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย	4.00	0.63	สูง
2. รู้สึกชอบหรือพึงพอใจในหน้าที่ที่รับผิดชอบ	3.84	0.67	สูง
3. รู้สึกเพลิดเพลินกับงานที่ได้รับมอบหมาย	3.77	0.67	สูง
ด้านความกระตือรือร้นในการทำงาน			
1. ทำงานด้วยความกระตือรือร้นและตื่นตัว	3.87	0.64	สูง
2. ปฏิบัติงานด้วยความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว รวดเร็ว และมีชีวิตชีวา	3.81	0.67	สูง
3. รู้สึกอยากทำงานทุกวัน	3.80	0.69	สูง

5. เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล กับ ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต.

5.1 ลักษณะส่วนบุคคล กับความผูกพันต่อองค์กร พบว่า ระยะเวลารับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ กับความผูกพันต่อองค์กร (P-value = 0.003) โดยบุคลากร รพ.สต. ที่รับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน 10 – 19 ปี มีความผูกพันต่อองค์กร (\bar{X} = 4.31) มากกว่าบุคลากร รพ.สต. ที่รับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน น้อยกว่า 10 ปี (\bar{X} = 4.08) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากร รพ.สต. (n = 300)

ลักษณะส่วนบุคคล	n	\bar{X}	SD	t / F	P-value	คู่ที่แตกต่าง
เพศ						
ชาย	74	4.18	0.51	0.531	0.596	
หญิง	226	4.14	0.51			
อายุ						
น้อยกว่า 30 ปี	55	4.08	0.51	1.069	0.363	
30 - 39 ปี	86	4.12	0.52			
40 - 49 ปี	98	4.17	0.46			
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	61	4.23	0.57			
สถานภาพสมรส						
โสด	61	4.09	0.52	1.429	0.241	
คู่	222	4.18	0.50			
หม้าย/หย่า/แยก	17	4.02	0.59			
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	6	4.35	0.22	0.310	0.818	
อนุปริญญา	36	4.15	0.51			
ปริญญาตรี	242	4.15	0.52			
ปริญญาโท	16	4.14	0.54			
รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 10,000 บาท	29	4.07	0.49	1.618	0.185	
10,000 - 19,999 บาท	64	4.17	0.48			
20,000 - 29,999 บาท	84	4.07	0.52			
ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป	123	4.22	0.52			

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากร รพ.สต. (n = 300) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	n	\bar{X}	SD	t / F	P-value	คู่ที่แตกต่าง
ตำแหน่ง						
พยาบาลวิชาชีพ	86	4.05	0.53	2.361	0.053	
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	83	4.29	0.48			
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	62	4.12	0.54			
นักวิชาการสาธารณสุข	53	4.15	0.50			
ผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่	16	4.11	0.35			
ประเภทตำแหน่ง						
ข้าราชการ พนักงานราชการ	250	4.16	0.52	0.318	0.728	
ลูกจ้างชั่วคราว	44	4.11	0.46			
ลูกจ้างประจำ	6	4.03	0.71			
ระยะเวลารับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน						
น้อยกว่า 10 ปี	195	4.08	0.52	5.997	0.003	1, 2
10 – 19 ปี	74	4.31	0.45			
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	31	4.24	0.52			
ระยะเวลารับราชการ				2.171	0.116	
น้อยกว่า 10 ปี	68	4.06	0.53			
10 – 19 ปี	95	4.13	0.52			
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	137	4.21	0.49			

5.2 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล กับความสุขในการทำงาน พบว่า รายได้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความสุขในการทำงาน (P-value = 0.041) โดยบุคลากร รพ.สต. ที่มีรายได้ 10,000 - 19,999 บาท

มีความสุขในการทำงาน (\bar{X} = 3.84) มากกว่า บุคลากรที่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท (\bar{X} = 3.78) และมากกว่าบุคลากร ที่มีรายได้ 20,000 - 29,999 บาท (\bar{X} = 3.62) รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความสุขในการทำงาน ของบุคลากร รพ.สต. (n = 300)

ลักษณะส่วนบุคคล	n	\bar{X}	SD	t / F	P-value	คู่ที่แตกต่าง
เพศ						
ชาย	74	3.74	0.61	-0.338	0.735	
หญิง	226	3.76	0.52			
อายุ						
น้อยกว่า 30 ปี	55	3.80	0.55	1.254	0.290	
30 – 39 ปี	86	3.67	0.62			
40 – 49 ปี	98	3.76	0.49			
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	61	3.83	0.48			
สถานภาพสมรส						
โสด	61	3.69	0.55	2.298	0.102	
คู่	222	3.79	0.51			
หม้าย/หย่า/แยก	17	3.55	0.81			
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	6	3.87	0.52	1.013	0.387	
อนุปริญญา	36	3.88	0.56			
ปริญญาตรี	242	3.74	0.54			
ปริญญาโท	16	3.63	0.55			
รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 10,000 บาท	29	3.78	0.42	2.783	0.041	1,2
10,000 - 19,999 บาท	64	3.84	0.68			2,3
20,000 - 29,999 บาท	84	3.62	0.51			
ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป	123	3.80	0.49			
ตำแหน่ง						
พยาบาลวิชาชีพ	86	3.75	0.56	1.245	0.292	
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	83	3.82	0.50			
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	62	3.67	0.64			
นักวิชาการสาธารณสุข	53	3.70	0.47			
ผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่	16	3.93	0.39			

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับความสุขในการทำงาน ของบุคลากร รพ.สต. (n = 300) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	n	\bar{X}	SD	t / F	P-value	คู่ที่แตกต่าง
ประเภทตำแหน่ง						
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	250	3.74	0.55	0.664	0.516	
ลูกจ้างชั่วคราว	44	3.84	0.49			
ลูกจ้างประจำ	6	3.75	0.67			
ระยะเวลารับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน						
น้อยกว่า 10 ปี	195	3.76	0.54	0.198	0.821	
10 – 19 ปี	74	3.73	0.58			
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	31	3.80	0.44			
ระยะเวลารับราชการ				2.620	0.074	
น้อยกว่า 10 ปี	68	3.79	0.54			
10 – 19 ปี	95	3.65	0.62			
ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป	137	3.81	0.48			

6. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน กับความสุขในการทำงาน พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) ในระดับสูง (r = 0.762) กับความสุขในการทำงาน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงานด้านความสัมพันธ์

ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.01) ในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน ในทุกด้านดังกล่าว (r = 0.556 – 0.692) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. (n = 300)

ตัวแปรปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความสุขในการทำงาน	ระดับความสัมพันธ์
ด้านลักษณะงาน	0.605**	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	0.611**	ปานกลาง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน	0.692**	ปานกลาง
ด้านผู้บังคับบัญชา	0.571**	ปานกลาง

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.สต. (n = 300) (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความสุขในการทำงาน	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	0.586**	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	0.556**	ปานกลาง
โดยรวม	0.762**	สูง

หมายเหตุ ** หมายถึง P-value <0.01

7. ข้อเสนอแนะในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากร รพ.สต. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรใน รพ.สต. จำนวน 30 คน ให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

7.1 ด้านการทำงาน

- ควรทำงานเป็นทีม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามความรู้ความสามารถ โดยยึดหลักการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือกันแบบที่แบบน้อง เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ร่วมกันทำงานเป็นทีม และบูรณาการงานร่วมกัน
- ควรมีการประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ร่วมกันเป็นระยะ ๆ
- การสนับสนุนจากหน่วยงานในสังกัด อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรให้การสนับสนุนการทำงานให้เกิดความคล่องตัว และเพียงพอในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ และควรพิจารณาลดระบบรายงานต่าง ๆ ลง

7.2 ด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ทำงาน

บุคลากรควรดูแลจัดการให้ที่ทำงานน่าอยู่ โดยใช้หลัก 5 ส. ในการดำเนินการ และควรทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด / เครือข่ายบริการควรหางบประมาณสนับสนุนจัดสร้าง / ปรับปรุง รพ.สต. ให้หน้าทำงาน

7.3 ด้านการบังคับบัญชา ผู้อำนวยการ

รพ.สต. ในฐานะหัวหน้าต้องเป็นแบบอย่างที่ดีช่วยเหลือและรับผิดชอบงานร่วมกับผู้ใต้บังคับบัญชา โดยยึดหลักธรรมาภิบาลในการจัดการ

7.4 ด้านอื่น ๆ ควรจัดเจ้าหน้าที่ให้

เหมาะสมกับปริมาณงาน และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับหน่วยงานอื่น เพื่อสร้างความสุขให้กับบุคลากร รพ.สต.

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากร รพ.สต. มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง โดยบุคลากรดังกล่าว เต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ รพ.สต. ประสบผลสำเร็จ มีความรู้สึกจงรักภักดีต่อ รพ.สต. ภาคภูมิใจที่จะบอกใคร ๆ ว่าเป็นบุคลากรของ รพ.สต. และยินดีที่จะใช้เวลาส่วนตัวทำงานให้ รพ.สต. นี้ แม้ว่าจะไม่ได้รับผลตอบแทน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความรักความผูกพันต่อ รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพอเตอร์ และคณะ (Porter, et al.)⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายาม

อย่างมากเพื่อองค์กร เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรอย่างแท้จริง

2. บุคลากร รพ.สต.มีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ การทำงานใน รพ.สต. ค่อนข้างมีอิสระในการทำงาน มีจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่มาก และระบบต่าง ๆ ในการจัดการและการบังคับบัญชาไม่มีความซับซ้อนยุ่งยาก เจ้าหน้าที่จึงมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานในแต่ละประเด็น พบว่า ในทุกเรื่อง (รู้สึกสนุกสนานกับงานที่ปฏิบัติ ทำงานด้วยความรู้สึกเป็นสุข ไม่หม่นหมองหรือโศกเศร้า รู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลายขณะปฏิบัติงาน รู้สึกยินดี และเต็มใจที่จะปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกชอบหรือพึงพอใจในหน้าที่ที่รับผิดชอบ รู้สึกเพลิดเพลินกับงานที่ได้รับมอบหมาย ทำงานด้วยความกระตือรือร้นและตื่นตัว ปฏิบัติงานด้วยความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว รวดเร็ว และมีชีวิตชีวา) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ มาร์ติน เซลลิกันแมน (Martin Seligman)⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า การทำงานอย่างมีความสุข คือการที่บุคคลมีความรู้สึกตื่นตันทึ่งกับสิ่งที่ตนปรารถนาหรือพอใจ ผูกพันกับงานอย่างจริงจัง ทำงานด้วยความรื่นรมย์ ความรัก และความรู้สึกว่าการทำงานนั้น ตอบสนองหรือมีส่วนกับความสำเร็จขององค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อ่องคณา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า พยาบาลประจำการมีความมุ่งมั่น และตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน มีความผูกพัน เอาใจใส่งาน มีความรับผิดชอบต่องานที่กระทำ แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากร รพ.สต. ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใด ๆ กับงานที่ทำอยู่ใน

ระดับปานกลาง ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าในปัจจุบัน รพ.สต.มีภารกิจต่าง ๆ มากมายตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการเพิ่มงานให้ รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น อาทิ เพิ่มการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ.สต. เจ้าหน้าที่ก็มีปริมาณจำกัด จึงทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีความรู้สึกวิตกกังวลในการดำเนินงานดังกล่าว

3. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลารับราชการ ณ รพ.สต.ปัจจุบัน กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร รพ.สต. พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคลากร รพ.สต. ที่รับราชการ ณ รพ.สต. 10 - 19 ปี มีความผูกพันต่อองค์กรมากกว่าบุคลากร ที่รับราชการ น้อยกว่า 10 ปี ทั้งนี้ การที่บุคลากรปฏิบัติงานที่ไหนดานกิจกรรมที่ดำเนินการต่าง ๆ ที่นั่นก็จะมีมาก ความรู้สึกที่มีต่อที่นั่นก็จะมีมาก ทั้งในเรื่องงาน สถานที่ บุคคล จนกลายเป็นความผูกพันที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรที่รับราชการ ณ รพ.สต. ที่มีระยะเวลานาน จึงมีความผูกพันต่อ รพ.สต. มากกว่าบุคลากรที่รับราชการ ณ รพ.สต. ที่มีระยะเวลาน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชดาพร ร้องเสียง⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า พนักงานที่มีอายุงานนานจะมีความผูกพันต่อองค์กรสูงกว่าพนักงานที่มีอายุงานน้อยกว่า และสุทธิวรรณศรีสุพรรณ⁽¹⁷⁾ พบว่า ประสพการณ์ในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร

4. กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรายได้ กับความสุขในการทำงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะอำนวยความสะดวก

ในการได้มาซึ่งปัจจัยหรือสิ่งที่ต้องการ และเมื่อคนเราได้สิ่งที่ต้องการแล้วก็จะเกิดความสุข คนที่มีรายได้มาก ก็ย่อมหาสิ่งที่ตัวเองต้องการ ได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย ก็จะก่อให้เกิดความสุข ได้มากกว่า แต่ขณะเดียวกัน การที่มีรายได้มาก ก็ต้องทำงานมาก หรือต้องรับผิดชอบต่อสิ่งที่ทำ มาก งานที่ทำก็มีความซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้มากจึงอาจมีความสุข ในการทำงานน้อยกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า ดังเช่น การศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า บุคลากร รพ.สต. ที่มีรายได้ 20,000 - 29,999 บาท มีความสุข ในการทำงานน้อยกว่าบุคลากรที่มีรายได้ 10,000 - 19,999 บาท ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของ นภัชชล รอดเที่ยง⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน และนภตล กรรณิก⁽¹⁹⁾ และนันทรัตน์ อยู่ประเสริฐ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า รายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกัน ทำให้มีความสุขในการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน

5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง กับความสุขในการทำงาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน เช่นกัน ในทุกด้านดังกล่าว ทั้งนี้

5.1 ด้านลักษณะงาน ในการทำงาน ที่มีลักษณะงานที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลรู้สึกอยากทำงานเพื่อสร้างผลงานให้มีคุณค่าและเป็น

รางวัลตอบแทนตนเอง ลักษณะงานที่มีคุณค่า จะทำให้ผู้ทำงานเกิดความต้องการทุ่มเทและเกิดความรู้สึกอยากทำงาน⁽²¹⁾ อาทิ ต้องใช้ทักษะ ความชำนาญและความสามารถหลาย ๆ อย่าง ทำลายความสามารถ การตัดสินใจด้วยตนเอง ผลงานของงานนั้นมีคุณค่าและมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลหรืองานของผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุข ในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรธนิภา สืบสุข⁽²²⁾ ที่พบว่า การรับรู้ลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล ในระดับปานกลาง

5.2 ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยการมีความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลิน เมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทร ให้ความสำคัญ ให้ความใส่ใจ เอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน สามารถปรึกษาหารือเพื่อร่วมงานได้ ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมงาน ได้มีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผย สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ นียดา มุยเจริญ⁽²³⁾ ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดี ช่วยเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สร้างเสริมคุณภาพงาน นำมาซึ่งความสุขความสำเร็จในการทำงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รวมศิริ เมณะโพธิ์⁽²⁴⁾ พบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยก่อให้เกิดการทำงานอย่างมีความสุขของนักศึกษาระดับปริญญาโท และ นภัชชล รอดเที่ยง⁽¹³⁾ พบว่า สัมพันธภาพในที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

5.3 ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ทั้งนี้ การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน

จะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกที่ดีกับงาน พอใจที่จะทำงาน และจะส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ รอมศิริ เมนะโพธิ⁽²⁴⁾ และ ปฏิภาศ บุญมั่งมี⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

5.4 ด้านผู้บังคับบัญชา หรือผู้นำ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดความสุขในการทำงาน โดยลักษณะของผู้นำที่จะเสริมสร้างการทำงานที่มีความสุขให้เกิดขึ้น ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุ ผลสำเร็จ เป็นผู้จูงใจผู้อื่นให้ปฏิบัติตาม เป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งผู้นำที่สามารถใช้อำนาจอิทธิพลต่าง ๆ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเพื่อนำกลุ่มประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ผู้นำจะต้องมีความยุติธรรม มีความมั่นใจกล้าตัดสินใจ บริหารงานอย่างโปร่งใส และให้ความสำคัญกับความสำคัญที่เกิดขึ้น⁽²⁶⁾ ดังนั้น ผู้นำจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะเสริมสร้างความสุขให้กับพนักงาน / บุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิภาศ บุญมั่งมี⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้นำมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

5.5 ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนเป็นสิ่งส่งเสริมให้การทำงานเกิดความสำเร็จในการทำงาน เกิดความคล่องตัว ความเชื่อใจ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลรู้สึกอยากทำงาน เพื่อสร้างผลงานให้มีคุณค่าและเป็นรางวัลตอบแทนตนเอง⁽²¹⁾ ดังนั้น การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขในการทำงาน ผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิภาศ บุญมั่งมี⁽²⁵⁾

ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้นำมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

5.6 ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการปฏิบัติงาน ถ้าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสนใจและมีกำลังใจในการทำงาน เกิดความสุขในการทำงาน เป็นไปตามหลักของมาสโลว์ ที่กล่าวว่า มนุษย์เราทุกคนต้องการความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อ่องคณา⁽¹⁵⁾ และนัชชลดโรตเทียง⁽¹⁸⁾ พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากร รพ.สต. มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงทั้งในภาพรวม และรายประเด็น ยกเว้นในเรื่องพร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น ถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า ซึ่งควรนำมาพิจารณาหาแนวทางพัฒนาให้บุคลากร รพ.สต. ที่มีความรู้สึกที่อยากจะทำงานใน รพ.สต. นั้น ๆ ทั้งนี้ อาจต้องศึกษาถึงความต้องการ หรือเหตุผลในการคิดจะไปทำงานที่อื่น แล้วให้การสนับสนุนความต้องการ / ส่วนขาดนั้น ๆ เพื่อให้บุคลากร รพ.สต. มีความผูกพันต่อ รพ.สต. ไม่เปลี่ยนใจไปทำงานที่อื่น

2. บุคลากร รพ.สต. มีความสุขในการทำงานในระดับสูงทั้งในภาพรวม และรายประเด็น ในเกือบทุกเรื่อง ยกเว้น ในเรื่องการไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใด ๆ กับงานที่ทำ ซึ่งควรพิจารณาหาสาเหตุความวิตกกังวลในงานที่ทำ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข เช่น ถ้าบุคลากร รพ.สต. ขาดความรู้ ความเข้าใจในงานนั้น ๆ ก็ควรอบรม /

สอนงานให้มีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ จะทำให้ ลด ความวิตกกังวลลงได้ ทั้งนี้ ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ รพ.สต. และสาธารณสุขอำเภอ) จะต้องให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหามี เพื่อลดความวิตกกังวลให้กับบุคลากร รพ.สต.

3. บุคลากร รพ.สต. ที่รับราชการ ณ รพ.สต. 10 – 19 ปี ซึ่งถือได้ว่านานพอสมควร มีความผูกพันต่อองค์กรมากกว่าบุคลากร รพ.สต. ที่รับราชการ ณ รพ.สต. น้อยกว่า ดังนั้น ในกลุ่มที่รับราชการ ณ รพ.สต. ไม่นานหรืออย่างน้อย ก็ควร ปลุกฝัง สร้างความรักความผูกพันต่อ รพ.สต. ให้มาก เพื่อให้อยู่กับ รพ.สต.แห่งนั้นให้นาน

4. ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่มีรายได้ น้อย ควรพิจารณาเพิ่มรายได้ให้ เช่น ให้อยู่เวร นอกเวลาราชการ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความสุขในการทำงานให้แก่บุคลากร รพ.สต.

5. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน พบว่า ด้านลักษณะงาน ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิต ในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ดังนั้น การปรับปรุง พัฒนาให้เกิดความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ก็ควรทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ในที่ทำงาน มีคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีผู้บังคับบัญชาที่ดี ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการทำงานที่ดี เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น

6. ควรปรับปรุงตามข้อเสนอแนะในการ สร้างความสุขในการทำงาน เพื่อให้เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น ได้แก่

6.1 ควรทำงานเป็นทีม และช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามความรู้ความสามารถ โดยยึดหลักการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือกันแบบที่แบบนึ่ง เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง ร่วมกันทำงานเป็นทีม และบูรณาการงานร่วมกัน

6.2 ควรมีการประชุมปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ร่วมกันเป็นระยะ ๆ

6.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรให้การสนับสนุนการทำงานให้เกิดความคล่องตัว และเพียงพอในเรื่องกำลังคนงบประมาณ และควรพิจารณาลดระบบรายงานต่าง ๆ ลง

6.4 บุคลากรใน รพ.สต.ควรดูแลจัดการให้ที่ทำงานน่าอยู่ โดยให้ใช้หลัก 5 ส. ในการดำเนินการ และควรทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / เครือข่ายบริการควรหางบประมาณสนับสนุนจัดสร้าง / ปรับปรุง รพ.สต. ให้นำอยู่ นำทำงาน

6.5 ผู้อำนวยการ รพ.สต. ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ช่วยเหลือและรับผิดชอบงานร่วมกับผู้ใต้บังคับบัญชา โดยยึดหลักธรรมาภิบาลในการจัดการ

6.6 ควรเพิ่มเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละ รพ.สต.โดยเฉพาะ รพ.สต.ที่มีเจ้าหน้าที่น้อย ปริมาณงานมาก และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับหน่วยงานอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. บุญฤทธิ์ มหามนตรี. ความสุขในการทำงาน. [ระบบออนไลน์]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.pmat.or](http://www.pmat.or).
2. จรรยา ดาสา. ความสุขในที่ทำงาน (Happy Workplace). [ระบบออนไลน์]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2556]. เข้าถึงได้จาก:http://www.il.mahidol.ac.th/th/images/stories/exchange/7-05-52_Column 6.pdf.
3. ขนิษฐา แก้วกัลยา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกองทัพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548.
4. Porter LW, Steers RM, Mowday RT, and Boulian PV. Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover among Psychiatric Technicians. *Journal of Applied Psychology* 1974;59(5):603-609.
5. Robert K and Greenleaf. Servant leadership. [Online]. 1970. [Retrieved 2012 July 8]. Available from: http://www.12manage.com/methods_greenleaf_servant_leaderships.html.
6. Schultz WC. Firo: A Three – Demensional Theory of Interpersonal Behavior. New York: Rinehart. 1990.
7. Maslow, Abraham H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970.
8. อมร ทองรักษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กรของทีมสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
9. Steers RM. Antecedents and Outcome of Organizational Commitment, *Administrative Science Quarterly*. 1977; 22: 46-56.
10. Bodenheimer Lo. & Casalino. Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *JAMA*. 1999; 281(21): 2,045.
11. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. PCU Management : ประสบการณ์การจัดการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.). 2550.
12. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หน่วยบริการปฐมภูมิ). [ระบบออนไลน์]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://phmahidol-bhusita.blogspot.com/2010/02 /blog-post.html>.

13. Yamanae Taro. Statistics : An Introductory Analysis. London: John Weather Hill,Inc; 1967.
14. Martrin Seligman. The Power of Happiness. Rotman Magazine 2002;Spring / Summer.
15. กัลยารัตน์ อ่องคณา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้คุณค่าในตนสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
16. รัชดาพร ร้องเสียง. ความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร : กรณีศึกษาบริษัทชั้นยางอุตสาหกรรมอาหาร จำกัด. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
17. สุทธิวรรณ ศรีสุพรรณ. ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน). [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
18. นภัชชล รอดเที่ยง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
19. นภดล กรรณิกา. ความสุขของคนทำงาน : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18-60 ปี ที่ทำงานในสถานประกอบการและองค์กรธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร. [ระบบออนไลน์]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ryt9.com>.
20. นันทรัตน์ อยู่ประเสริฐ. ความสุขในการทำงานของพนักงานบริษัทเฟิสต์รักจำกัด จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
21. ธงชัย สันติวงษ์. องค์กรและการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2545.
22. พรรณิภา สืบสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสุข ในการทำงานของพยาบาลประจำโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
23. นียดา หุยเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
24. รวมศิริ เมนะโพธิ. เครื่องมือวัดการทำงานอย่างมีความสุข : กรณีศึกษา นักศึกษาภาคพิเศษระดับปริญญาโทสถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. [สารนิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.
25. ปฏิภาศ บุญมั่งมี. ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร ศูนย์การจราจร ตำรวจภูธร จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
26. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน. [ระบบออนไลน์]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tsu.ac.th>.

ผลของโครงการ“เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” ต่อดัชนีมวลกายและรอบเอวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6

นางจารินี ยศปัญญา นักโภชนาการชำนาญการ
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและของประเทศ ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันไม่ให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอาศัยเทศกาลเข้าพรรษา ปี 2555 นี้เป็นวาระพิเศษ ตรงกับพุทธชยันตี 2,600 ปี แห่งการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า จึงได้จัดทำโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ” ภายใต้แนวคิด “ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนไทยทำความดีในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา 90 วัน ด้วยการลดน้ำหนักเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน”

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 342 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 อายุเฉลี่ย 44.74 ปี ดำเนินกิจกรรมในช่วงเดือนสิงหาคม – พฤศจิกายน 2555 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม และบันทึกน้ำหนักส่วนสูงและรอบเอว โดยมีการติดตามผลทุกเดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน – หลังของค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว โดยใช้ Paired t-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับการลดลงของดัชนีมวลกาย โดยใช้ Chi-square และ Fisher’s exact test

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 6 ที่สมัครเข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.0007) ในส่วนของพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ ได้แก่ (1) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรือดื่มน้ำเปล่า (2) กินผักผลไม้ทุกมื้อ (3) เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำที่มีรสหวาน และพบว่ามี 1 พฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์ครั้งละ 30 นาที

ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ 6 ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมกระตุ้นและฟื้นฟูความรู้ 3 อ 2 ส และพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะๆ ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ตระหนักในการปฏิบัติ ตามหลัก 3 อ 2 ส อย่างสม่ำเสมอและเป็นต้นแบบที่ดี เพื่อให้ศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานต้นแบบ ในการลดความอ้วนอย่างถูกวิธี

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหา สุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญต่างๆ ที่เรียกว่า โรควิถีชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรค มะเร็ง เป็นที่ทราบกันดีว่า สาเหตุสำคัญคือ ภาวะ อ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสืบเนื่องจาก วิถีชีวิตของคนยุคใหม่ ที่บริโภคอาหารเกิน ขนาด ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่า มีคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคอ้วน ติดอันดับ 5 ของ เอเชียแปซิฟิก โดยมีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคน ทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท และพบว่าความชุกของโรคอ้วน ในผู้ใหญ่เป็นร้อยละ 28.3 ซึ่งไม่ใช่ก่อให้เกิดปัญหา เกี่ยวกับความสวยงามของรูปร่างสรรระเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจด้วย⁽³⁾ ผลของ โรคอ้วนคือหนทางสู่โรคเรื้อรายนานาชนิด

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญ ในเรื่องนี้ จึงมีนโยบายให้มีการดำเนินงาน ฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภายใต้อา “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัย ในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชน” เพื่อถวายเป็น พระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

เนื่องในโอกาสที่ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554 ด้วยการดำเนินการแบบ บูรณาการเพื่อรวมพลังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ ภาระทางสังคม ตลอดจนการ เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว โดยมี เป้าหมายให้ประชาชนชาวไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับบริการคัดกรอง การฝ้าระวังและป้องกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เหล่านี้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจน สร้างกระแสให้ประชาชนใส่ใจดูแลสุขภาพ ตัวเอง รวมทั้งการได้รับคำแนะนำในการดูแล สุขภาพตนเองที่เหมาะสม กระตุ้นให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ตนเองอย่างแท้จริงมากขึ้น และมอบหมาย ให้กรมวิชาการทุกกรม ดำเนินโครงการบูรณาการ สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2555 และในเทศกาลเข้าพรรษา เป็นเทศกาลที่พุทธศาสนิกชนงดเว้นอบายมุข และความชั่วต่างๆ เช่น การดื่มสุรา สิ่งเสพติด และการเที่ยวเตร่เฮฮา เป็นต้น⁽⁴⁾ และในปี 2555 นี้เป็นวาระพิเศษ ตรงกับพุทธชยันตี 2,600 ปี แห่งการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า กระทรวง สาธารณสุขจึงได้จัดโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ” ภายใต้อาแนวคิด “ได้บุญสันใจ คนไทย ลดอ้วน” เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนไทยทำความดี

ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา 90 วัน ด้วยการลดน้ำหนัก เพื่อการสร้างสุขภาพที่ดี โดยดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม เป็นต้นไป และได้จัดตั้งกองทุน “ลดอ้วนสร้างบุญ” มีเงินกองทุนเริ่มต้น 1 ล้านบาท ซึ่งจะนำเงินนี้ไปทำบุญกับมูลนิธิหรือวัดตามความประสงค์ของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยตั้งเป้าจะลดน้ำหนักส่วนเกินทั้งประเทศได้ไม่น้อยกว่า 1 หมื่นตัน คาดว่าจะมีประชาชนร่วมโครงการประมาณ 10 ล้านคน

กรมอนามัยได้ดำเนินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาโรคอ้วนคนไทย และในฐานะหน่วยงานหลักในการแก้ปัญหาโรคอ้วนคนไทย จึงได้จัดทำโครงการกรมอนามัยรณรงค์ทำความดีเข้าพรรษา ลดน้ำหนักสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยภายใต้แนวคิด “เข้าพรรษา ลดอ้วนสร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” เป็นการใช้อุบัติเทศกาลเข้าพรรษา เป็นการสร้างแรงบันดาลใจแก่บุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความอ้วนอย่างถูกวิธี และสร้างนิสัยอย่างต่อเนื่อง โดยทุกหน่วยงานของกรมอนามัยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคร่วมดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการดังกล่าวเพื่อเป็นหน่วยงานต้นแบบในการลดความอ้วนอย่างถูกวิธี

ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้จัดทำโครงการรณรงค์ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2555 - 2556 ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 มีพฤติกรรม 3 อ 2 ส อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง และศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานต้นแบบในการลดความอ้วนอย่างถูกวิธี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลการดำเนินโครงการนี้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ที่เข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วนสร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน”

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของผู้เข้าร่วมโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

- เพื่อหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 9 ข้อ กับค่าดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมโครงการ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน”

วิธีการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินงานกับบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกคนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยดำเนินกิจกรรมในช่วงเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกใบสั่งทำความดีเข้าพรรษา บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย และวัดรอบเอว และข้อปฏิบัติพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ใช้ในทุกคนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ มีพฤติกรรมให้เลือกปฏิบัติได้ 9 ข้อ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยสำนักงานสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการเลือกข้อปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ก่อนเข้าร่วมโครงการ และแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการโดยถามถึงข้อปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 เข้าร่วมโครงการ
2. ชั่งน้ำหนัก/วัดรอบเอวกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ สำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินตั้งเป้าหมายจำนวนน้ำหนักที่ต้องการลดในช่วงเข้าพรรษา ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักและรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถรักษาน้ำหนักและรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเลือกพฤติกรรมดี 9 ข้อ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถปฏิบัติได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา
3. จัดกิจกรรมโครงการอย่างต่อเนื่องดังนี้
 - ประกาศนโยบาย โดยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6
 - จัดนิทรรศการ 3 อ 2 ส บริเวณโถงอาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ชั้น 1
 - จัดกิจกรรมรณรงค์ประกาศเจตนารมณ์ทำความดีเข้าพรรษา “ลดอ้วน สร้างบุญ” ในโครงการรณรงค์ “เข้าพรรษาลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” ศูนย์อนามัยที่ 6 ในวันที่ 21 กันยายน 2555 โดย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ให้นโยบาย

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ “ลดอ้วน สร้างบุญ”

- จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการด้านการส่งเสริมสุขภาพ พื้นฟูความรู้ 3 อ 2 ส จำนวน 2 ครั้ง เพื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกคน ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติพฤติกรรมดี 9 ข้อ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปฏิบัติด้วยหลัก 3 อ 2 ส อย่าง ถูกวิธี เดือนละ 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การแสดงธรรมเทศนา เรื่อง อโรคยา ปรมาลาภา : การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ และร่วมกันออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 2 การบรรยายพิเศษเพื่อเสริมพลังมุ่งมั่นทำความดีเข้าพรรษา “ลดอ้วนสร้างบุญ” การบรรยายพิเศษ เรื่อง ฉลากโภชนาการ GDA เพื่อการจัดการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานที่เหมาะสม และการชมวิดีโอ สุขภาพดีด้วยโยคะ และฝึกปฏิบัติโดย

ครั้งที่ 3 สรุปผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ “เข้าพรรษา ลดอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” เสริมพลังมุ่งมั่นทำความดีเข้าพรรษา “ลดอ้วนสร้างบุญ” การมอบเกียรติบัตรและรางวัล (เสื้อแจ็กเก็ตสีขาวยุคคนลดอ้วน สร้างบุญ) แก่ผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากที่สุด 8 อันดับ โดย ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 และร่วมออกกำลังกายด้วยการเดินบาสโลบ 13 จังหวัด

- ประชาสัมพันธ์การออกกำลังกาย โดยร่วมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องกับชมรมสร้างสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ได้แก่ ชมรม

จักรยานเพื่อสุขภาพ ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ ชมรมแอโรบิก ชมรมออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ (Fitness) ชมรมโยคะ เป็นต้น

- ประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการทางช่องทางต่างๆ เช่น Intranet เสียงตามสาย แผ่นปลิว/ แผ่นพับ จดหมายเวียน

4. การติดตามและประเมินผล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการชั่งน้ำหนักและวัดรอบเอวเดือนละ 1 ครั้ง (ทุกสิ้นเดือน) จำนวน 3 ครั้ง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและรอบเอว

5. เมื่อเสร็จสิ้นโครงการใช้แบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการโดยถามถึงข้อปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ตลอดช่วงเข้าพรรษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อน - หลัง ของค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว โดยใช้ Paired t-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดี เพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับการลดลงของดัชนีมวลกาย

และรอบเอว โดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ในปี 2555 จำนวน 342 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 มีอายุเฉลี่ย 44.74 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.39) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.2 โดยเรียงจากมากไปน้อย 5 ลำดับได้แก่ ไมเกรน ร้อยละ 18.4 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 3.8 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.2 เบาหวาน ร้อยละ 2.6 และภูมิแพ้ ร้อยละ 2.3

เมื่อเริ่มโครงการพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายปกติมากกว่าเพศชาย และพบเพศชายมีภาวะอ้วนถึงอ้วนอันตรายมากกว่าเพศหญิง ในส่วนของรอบเอว พบว่าเพศชายมีรอบเอวเกินมากกว่าเพศหญิง เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะอ้วนและอ้วนอันตรายลดลง และพบรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ

สัดส่วนร่างกาย	เริ่มต้นโครงการ				สิ้นสุดโครงการ			
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย								
- ผอม	1	1.3	16	6.0	1	1.3	17	6.4
- ปกติ	29	38.2	127	47.8	30	39.5	136	51.1
- น้ำหนักเกิน	22	28.9	55	20.7	20	26.3	48	18.1
- อ้วน	20	26.3	61	22.9	22	28.9	58	21.8
- อ้วนอันตราย	4	5.3	7	2.6	3	3.9	7	2.6

ตารางที่ 1 สัดส่วนของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างเพศชายเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ (ต่อ)

สัดส่วนร่างกาย	เริ่มต้นโครงการ				สิ้นสุดโครงการ			
	ชาย		หญิง		ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รอบเอว								
- ปกติ	23	30.3	209	78.6	26	34.2	218	82.0
- เกิน	53	69.7	57	21.4	50	65.8	48	18.0

เมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 342 คน สามารถลดน้ำหนักได้ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีน้ำหนัก

ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลกรัม ร้อยละ 49.0 ลดน้ำหนักได้สูงสุด 5.1 – 6 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 2.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถลดน้ำหนักได้ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการ

น้ำหนักที่ลดได้ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการ	จำนวน (n= 153 คน)	ร้อยละ
- < 1 กิโลกรัม	75	49.0
- 1.1 - 2 กิโลกรัม	56	36.6
- 2.1 - 3 กิโลกรัม	12	7.8
- 3.1 - 4 กิโลกรัม	6	3.9
- 4.1 - 5 กิโลกรัม	1	0.7
- 5.1 - 6 กิโลกรัม	3	2.0

การเปรียบเทียบรอบเอว และดัชนีมวลกายก่อนกับหลังเข้าร่วมโครงการ “เข้าพระราชลตอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญสันใจ คนไทยลตอ้วน” ก่อนการเข้าร่วมโครงการ “เข้าพระราชลตอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญสันใจ คนไทยลตอ้วน” กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 78.07 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.26) หลังเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 77.65 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.17) โดยรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.006) มีรอบเอวลดลง 0.42 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79) (95 % ช่วงเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.12 ถึง 0.73 เซนติเมตร)

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม “เข้าพระราชลตอ้วน สร้างบุญ : ได้บุญสันใจ คนไทยลตอ้วน” มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.53) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63) โดยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.007) มีดัชนีมวลกายลดลง 0.19 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.31) (95 % ช่วงเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.06 ถึง 0.33 เซนติเมตร) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบรอบเอวและดัชนีมวลกายก่อนกับหลังเข้าร่วมโครงการ “เข้าพรรษาลดอ้วน สร้างบุญ : ใต้บุญล้นใจ คนไทยลดอ้วน” (n= 342 คน)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		ผลต่าง		95% CI of μ_d	p-value
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.	\bar{d}	s.d. _d		
รอบเอว	78.07	8.26	77.65	8.17	0.42	2.87	0.12 ถึง 0.73	0.006
ดัชนีมวลกาย	23.27	3.53	23.08	3.63	0.19	1.31	0.06 ถึง 0.33	0.007

พฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา

เมื่อเริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างเลือกพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษาที่จะปฏิบัติในช่วงเข้าพรรษา เรียงจากมากไปน้อยดังนี้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรืองดสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.6 กินผักและผลไม้ทุกมื้อ ร้อยละ 85.5 เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม/น้ำที่มีรสหวาน ร้อยละ 82.7 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 74.5 ลดการกินหวาน มัน เค็ม (เช่น กินอาหารทอดเพียง 1 อย่างใน 1 วัน ไม่เติมเครื่องปรุงรสเมื่อกินก๋วยเตี๋ยว) ร้อยละ 70.7 สวดมนต์ไหว้พระ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด และทำจิตให้สงบ ร้อยละ 65.7 ลดน้ำหนักให้ได้ร้อยละ 59.7 กินอาหารเจหรือมังสวิรัติตู่วันพระหรือวันเกิดตลอดช่วงเข้าพรรษา ร้อยละ 18.4 กินข้าวกล้องทุกมื้อร้อยละ 11.7

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ พฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ ได้แก่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรืองดสูบบุหรี่

ร้อยละ 79.2 เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม/น้ำที่มีรสหวาน ร้อยละ 62.4 กินผักและผลไม้ทุกมื้อ ร้อยละ 48.2 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้บางครั้ง ได้แก่ กินข้าวกล้องทุกมื้อ ร้อยละ 70.6 ลดการกินหวาน มัน เค็ม (เช่น กินอาหารทอดเพียง 1 อย่างใน 1 วัน ไม่เติมเครื่องปรุงรสเมื่อกินก๋วยเตี๋ยว) ร้อยละ 61.9 สวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด และทำจิตให้สงบ ร้อยละ 60.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 56.4 ลดน้ำหนักให้ได้ ร้อยละ 48.4 กินอาหารเจหรือมังสวิรัติตู่วันพระหรือวันเกิดตลอดช่วงเข้าพรรษา

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับการลดลงของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับการลดลงของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที (p-value = 0.004) ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	การลดลงของดัชนีมวลกาย				P-value
	ลดลง		ไม่ลดลง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์					0.004 ^F
ครั้งละ 30 นาที					
ไม่ปฏิบัติ	3	100.0	0	0.0	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	63	39.9	95	60.1	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	66	55.5	53	44.5	
กินผักและผลไม้ทุกมื้อ					0.484
ไม่ปฏิบัติ	0	0.0	2	100.0	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	51	45.1	62	54.9	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	81	49.1	84	50.9	
กินข้าวกล้องทุกมื้อ					0.254
ไม่ปฏิบัติ	29	48.3	31	51.7	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	89	45.2	108	54.8	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	14	63.6	8	36.4	
ลดการกินหวาน มัน เค็ม (เช่น กินอาหารทอด					0.266 ^F
เพียง 1 อย่าง ใน 1 วัน ไม่เติมเครื่องปรุงรส					
เมื่อกินถ้วยเดียว)					
ไม่ปฏิบัติ	3	33.3	6	66.7	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	77	44.8	95	55.2	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	52	53.6	45	46.4	
กินอาหารเจหรือมังสวิรัตทุกวันพระหรือวันเกิด					0.300
ตลอดช่วงเข้าพรรษา					
ไม่ปฏิบัติ	42	42.9	56	57.1	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	75	47.8	82	52.2	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	15	60.0	10	40.0	
เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม/น้ำที่มีรสหวาน					0.052 ^F
ไม่ปฏิบัติ	0	0.0	6	100.0	

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของการปฏิบัติพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

รายการ	การลดลงของดัชนีมวลกาย				P-value
	ลดลง		ไม่ลดลง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	46	46.5	53	53.5	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	86	49.4	88	50.6	
งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรือ					0.563
งดสูบบุหรี่					
ไม่ปฏิบัติ	6	54.5	5	45.5	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	19	40.4	28	59.6	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	106	48.0	115	52.0	
สวดมนต์ไหว้พระ หรือปฏิบัติตามหลักศาสนา					0.641 ^F
อย่างเคร่งครัด และทำจิตให้สงบ					
ไม่ปฏิบัติ	4	50.0	4	50.0	
ปฏิบัติได้บางครั้ง	76	45.0	93	55.0	
ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ	52	50.5	51	49.5	

วิจารณ์

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด จำนวน 342 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 มีอายุเฉลี่ย 44.74 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.39) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.2 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน อันตราย ร้อยละ 49.4 เพศชายมีภาวะอ้วนถึงอ้วนอันตรายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งต่างจากข้อมูลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ปีพ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ที่พบว่าผู้มีภาวะอ้วน (อ้วนถึงอ้วนอันตราย) มากที่สุดในวัยทำงาน (ช่วงอายุ 40 – 49 ปี) และพบในเพศหญิงมากกว่า

เพศชาย ในส่วนของรอบเอว พบว่าเพศชาย มีรอบเอวเกินหรือภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศหญิง ต่างจากข้อมูลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ปีพ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย พบว่าความชุกของคนอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 50 – 59 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ⁽¹⁾

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 342 คน สามารถลดน้ำหนักได้ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 กิโลกรัม ร้อยละ 49.0 ลดน้ำหนักได้สูงสุด 5.1 – 6 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 2.0 และเมื่อนำค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวกลุ่มตัวอย่าง

ที่เข้าร่วมโครงการฯ ตลอดช่วงเข้าพรรษา มาวิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 78.07 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.26) หลังเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 77.65 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.17) โดยรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.006$) ก่อนการเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.53) หลังเข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.08 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63) โดยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ สุขใจ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีความอ้วนเกินที่อยู่ที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าสัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของดาวลอย กลิ่นศรีสุข⁽²⁾ ได้ศึกษาการเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง : กรณีศึกษาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการมีรอบเอวเฉลี่ยลดลง 7 เซนติเมตร

เมื่อเริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างเลือกพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ที่จะปฏิบัติในช่วงเข้าพรรษา เรียงจากมากไปน้อย 3 อันดับแรกดังนี้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรืองดสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.6 กินผักและผลไม้ทุกมื้อ ร้อยละ 85.5 เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม/น้ำที่มีรสหวาน ร้อยละ 82.7 เมื่อเสร็จสิ้นโครงการฯ พฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำความดีเข้าพรรษา ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ 3 อันดับแรก ได้แก่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ/หรืองดสูบบุหรี่ ร้อยละ 79.2 เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม/น้ำที่มีรสหวาน ร้อยละ 62.4 กินผักและผลไม้ทุกมื้อ ร้อยละ 48.2 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้บางครั้ง 3 อันดับแรก ได้แก่ กินข้าวกล้องทุกมื้อ ร้อยละ 70.6 ลดการกินหวาน มัน เค็ม (เช่น กินอาหารทอดเพียง 1 อย่างใน 1 วัน ไม่เติมเครื่องปรุงรสเมื่อกินก๋วยเตี๋ยว) ร้อยละ 61.9 สวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด และทำจิตให้สงบ ร้อยละ 60.4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพกับการลดลงของดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ($p\text{-value} = 0.004$) ส่วนพฤติกรรมอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 2 ข้อเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรม 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์

สุรา บุหรี่) ซึ่งส่งผลต่อการลดลงของค่าดัชนีมวลกาย ส่วนพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ มีผลในทางอ้อมในการลดค่าดัชนีมวลกาย

การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในทุกช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย บอร์ดประชาสัมพันธ์และการจัดกิจกรรมกระตุ้นและฟื้นฟูความรู้ 3 อ 2 ส เป็นการจัดกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับเสริมแรงในทางบวก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่แล้ว เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรม 3 อ 2 สอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการตลอดช่วงการดำเนินโครงการ นอกจากนี้การนำกิจกรรมการออกกำลังกายใหม่ๆ มาให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ให้ความสนใจมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างหลากหลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เบื่อในการออกกำลังกายแบบเดิมๆ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อไป แต่ก็ยังมีตัวแปรในด้านระยะเวลาของการดำเนินโครงการซึ่งมีระยะในช่วงเข้าพรรษาซึ่งเป็นช่วงระยะเวลานสั้น อาจทำให้หลังจากเสร็จสิ้นโครงการแล้วกลุ่มเป้าหมายอาจกลับมามีพฤติกรรมเหมือนเดิมก่อนเข้าร่วมโครงการ

ข้อเสนอแนะ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมกระตุ้นและฟื้นฟูความรู้ 3 อ 2 ส และพฤติกรรมดีเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ตระหนักในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส อย่างสม่ำเสมอและเป็นต้นแบบที่ดี เพื่อให้ศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นหน่วยงานต้นแบบในการลดความอ้วนอย่างถูกวิธี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่และเด็ก และนางตำแหน่ง สินสวาท หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เป็นพี่ปรึกษาและให้การสนับสนุนการดำเนินงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณอาจารย์สุทิน ชนะบุญ วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น ที่เป็นพี่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2549.
2. ดาวลอย กลิ่นศรีสุข. การเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2556, จาก <http://WWW.thaihealth.or.th/news.php?id=324>, 2551.
3. พรหมมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์. แนวทางการลดน้ำหนักเพื่อการมีสุขภาพดี. วารสารศูนย์บริการวิชาการ: ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ค. - ก.ย. 2548, 2548.
4. สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. (2538). วันเข้าพรรษาและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2538.
5. อารีรัตน์ สุขโข. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องนำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (general article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกหยิบยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน มีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่นำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

เรื่องแปล (translated article) เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการหรือบทความอื่นๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปลจากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่าง ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุม ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) เป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติเฉพาะที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อเป็นภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลา ของผู้อ่านใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินการ อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ (Vancouver)
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ

Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้นให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงกระดาษขนาด A4 (21.6 x 27.9 ซม.) ส่งเอกสารและไฟล์เนื้อหาในแผ่น CD หรือส่งไฟล์เอกสารทาง E-mail address: plan6@hotmail.com

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่น ซีดี การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบเพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง จำนวนรูปภาพ ไม่เกิน 4 ภาพ

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ถึงศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

4.4 จำนวนตาราง ไม่เกิน 4 ตาราง

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

