

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เมษายน – กันยายน 2554 ☉ Vol.3 No.2 April – September 2011

ISSN : 1906-6724

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสาร และเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

# ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**คณะผู้จัดทำ**

**ที่ปรึกษา**

นายแพทย์ณรงค์ วินิชกุล

นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล

นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจพงษ์

นางกรรณิกา ตั้งสกุล

**บรรณาธิการ**

นางตำแหน่ง สินสวาท

**กองบรรณาธิการ**

แพทย์หญิงพนอจิต ถาวรวัฒนยงค์ นางคงขร ประวัติ นางวันเพ็ญ ศิวารมย์

นางราตรี ธนศิลป์ นางสาวกาญจนา เหลืองอุบล นางจารินี ยศปัญญา

นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์ นางธิไลภิญญา ทองไทย นางสาวชฎานิศ เขียวสด

**จัดพิมพ์และเผยแพร่**

นายไพฑูรย์ พันแสน นางสาวธนาพร พลงาม

**ศิลปกรรมออกแบบ**

นางสาวธนาพร พลงาม

**สำนักงาน**

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร.043-241-833 โทรสาร 043-241-611

Journalhpc6@hotmail.com

**กำหนดออก**

ปีละ 2 เล่ม

(ตุลาคม – มีนาคม และ เมษายน – กันยายน)

**จัดพิมพ์**

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ 64-66 ถ.วีรรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร. 043-221938, 220128

## ๒ ถ้อยแถลงจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

วารสารฉบับที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2554 นี้ ยังคงมีสาระสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ ที่คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน อาทิ ผลงานวิจัยเรื่อง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ แนวใหม่ ซึ่งหลายจังหวัดให้ความสนใจในเรื่องนี้ค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นทางเลือกหนึ่งในการปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบการณ์และแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่ตั้งครรภ์ (ไม่พร้อม) ณ คลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ผมขอถือโอกาสนี้ประชาสัมพันธ์ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ปรับปรุงพัฒนาระบบบริการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “การบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น” และจะขยายพื้นที่ “คลินิกเพื่อนวัยรุ่น” ในวันที่ 23 กันยายน 2554 นี้ ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะและบริการฟรี นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัย และบทความวิชาการอีกหลายเรื่องที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานในปีต่อไป เช่น บทความเรื่องการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) สำหรับผู้บริหาร และนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น

ผมขอถือโอกาสแสดงความยินดีต่อผู้ที่ครบวาระเกษียณราชการ ในเดือน กันยายน 2554 นี้ และ ขอเป็นกำลังใจสำหรับบุคลากรทุกท่านในการปฏิบัติงานเพื่อรับใช้ประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์ณรงค์ วินัยกุล)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น



## บทบรรณาธิการ

ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพคนไทยได้ปรับเปลี่ยนจากโรคติดต่อไป เป็นโรคเกี่ยวกับโรควิถีชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด และโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ สิ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ถูกต้อง



วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 3 เล่มที่ 2 ได้มีบทความวิชาการ เรื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพ และมีผลงานวิชาการที่ใหม่ ชุ่มชื้น และหลากหลายมากมาย เช่น บทวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน และบทวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ และยังมีบทวิจัยที่น่าสนใจอีกมากมายในเล่มนี้ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานวิชาการ และใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณท่านผู้อ่าน นักวิชาการที่ส่งผลงานมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนส่งผลงานวิชาการเผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ตามรายละเอียดที่แนบท้ายเล่มนี้

พิมพ์ สนิททา .

(นางตำแหน่ง สนิททา)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)

บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

# สารบัญ

หน้า

## บทความทั่วไป

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)	1
❖ นพ.ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์	
2. แบบฟอร์มการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ : ขั้นตอนที่สำคัญ	6
❖ นพ.เรืองกิตต์ ศิริกาญจนกุล	
3. ผลกระทบของสื่อและโทรทัศน์ต่อเด็ก	12
❖ พ.ญ.พนอจิต ถาวรวัฒนยงค์	
4. การจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management)	19
❖ ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์	
5. การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานส่งเสริมสุขภาพ	25
❖ อธิโสภิญ ทองไทย	

## บทวิทยากร

6. From Research to Action : New ANC model at Health Promotion Hospital, Khonkaen	31
❖ Narong Winiyakul and Pongsri Sanchaisuriya	
7. การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6	37
❖ บังอร กล่ำสุวรรณ	
8. การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น	51
❖ สุภาวดี ป่องสา	
9. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก อายุ 0 ถึง 5 ปีที่มีภาวะโภชนาการเกินของผู้ปกครองที่มาใช้บริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6	61
❖ กาญจนา เหลืองอุบล	

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

### บทวิททยาการ

- |   |     |
|---|-----|
| 10. การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก<br>ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น<br>❖ ชัญญาอนุช ปานนิล                | 75  |
| 11. พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี<br>จังหวัดอุดรธานี<br>❖ นุชนาฏ แก้วเป้า                          | 89  |
| 12. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์<br>ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี<br>❖ บุญหาวาย ประทุมรัตน์ | 100 |
| คำแนะนำ   | 114 |

# ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)

นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจพงษ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านสาธารณสุข) ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

Health Literacy เริ่มมีใช้ครั้งแรกเมื่อ 30 กว่าปีก่อนในงานสุขศึกษา ปัจจุบันได้ขยายความสำคัญจากงานสุขศึกษาไปสู่แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับชุมชนและปัจเจกบุคคล คำว่า “Health Literacy” ในภาษาไทยมีคำเรียกหลายคำที่แตกต่างกัน คือ *ความแตกฉานด้านสุขภาพ* ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแปลไว้ จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามไว้ *การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ* เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ *ความฉลาดทางสุขภาพ* เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทั้งนี้ ในบทความนี้ จะใช้คำว่า *ความแตกฉานด้านสุขภาพ* เมื่อกล่าวถึง Health Literacy

## นิยาม <sup>1</sup>

**การรู้หนังสือ (Literacy)** หมายถึง ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ หรือการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งเป็นความสามารถพื้นฐานสำหรับการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ในการดำรงชีวิต รวมทั้ง ความสามารถในการใช้ภาษาหลักและภาษาสากลในการสื่อสาร ทำให้ประชาชนสามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเองได้ ส่วน **ความแตกฉานด้านสุขภาพ** ถูกสร้างขึ้นจากแนวคิดที่ว่า สุขภาพและการรู้หนังสือถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ดังนั้น การรู้หนังสือจึงจัดเป็นทักษะพื้นฐานของความสำเร็จในสังคม ขณะที่ความแตกฉานด้านสุขภาพต้องการทักษะอื่นๆ เพิ่ม เช่น การค้นหาการประเมิน และการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพจากบริบทต่างๆ ตลอดจนความรู้ในศัพท์ด้านสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพ (Rootman, 2009)

องค์การอนามัยโลก (1998) นิยามความแตกฉานด้านสุขภาพว่า “คือ ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain

good health) โดยมีคำอธิบายเสริมไว้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น โดยการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสามารถใช้มันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ขีดถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน (Empowerment) และ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยามความแตกฉานด้านสุขภาพไว้ว่าเป็น “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ” ในขณะที่ National Assessment of Adult Literacy (NAAL, 2003) ทำการสำรวจระดับการอ่านออกเขียนได้ในกลุ่มผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน โดยใช้คำนิยามที่กำหนดขึ้นโดย Institute of Medicine: IOM (2004) ซึ่งนิยามไว้ว่า

“เป็นระดับความสามารถในการได้รับ การจัดกระทำและการสร้างความเข้าใจต่อข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐาน ที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม” (“...to degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions”) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคลตลอดช่วงอายุ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง ได้มีการจำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ (Don Nutbeam, 2000) คือ

**ระดับ 1 Basic / Functional Literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน** ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

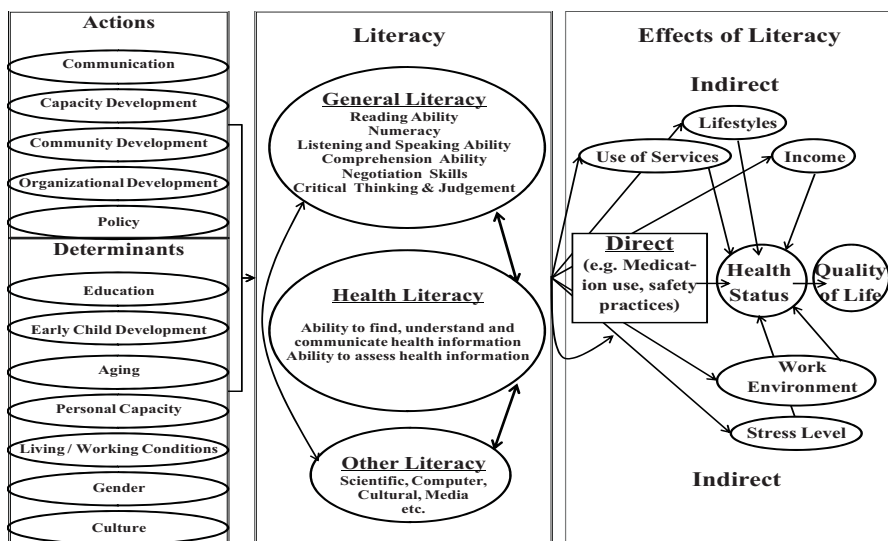
**ระดับ 2 Communicative / Interactive Literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์** ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการมีพุทธิปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

**ระดับ 3 Critical Literacy หรือความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นวิพากษ์** ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต



## ความสำคัญ <sup>2</sup>

ปัจจุบันพบว่า มีประชากรผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 16 ของโลก (ประมาณ 766 ล้านคน) ที่ขาดทักษะการรู้หนังสือขั้นพื้นฐาน โดยจำนวนนี้ 2 ใน 3 เป็นผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพที่ต่ำกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังเนื่องจากไม่สามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง รวมทั้ง เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็รอดูอาการตนเองค่อนข้างนานจึงไปพบแพทย์ ทำให้โรคเป็นค่อนข้างมาก เสี่ยงต่ออัตราการตายที่เพิ่มขึ้น และมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในหลายปีที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการเสนอรูปแบบหรือกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ กรอบแนวคิดของ Rootman (Irving Rootman, 2005) ดังรูปที่ 1 โดยกรอบแนวคิดนี้ได้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวน การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์และการตัดสินใจ กับ *การรู้หนังสือด้านอื่นๆ* เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่างๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสืออาจจะไม่เห็นผลตรงๆ แต่กลับมีผลกระทบต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ระดับความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ และวิถีในการดำรงชีวิต



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของความแตกฉานด้านสุขภาพ (Rootman, 2005)

## การพัฒนาให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ <sup>2</sup>

ก่อนที่จะพัฒนาให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา จากรูปที่ 1 Rootman ได้เสนอปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา พัฒนาการในวัยเด็ก โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษาในช่วง 3 ขวบปีแรก อายุที่มากขึ้นทำให้ความสามารถในการอ่านและเขียนลดลง คุณสมบัติเฉพาะบุคคลอันเป็นผลมาจากพัฒนาการในวัยเด็ก อายุ ประสาทสัมผัส (การมองเห็น การได้ยิน) สภาพของการทำงานหรือที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้ที่รู้หนังสือน้อยจะอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย เด็กๆ ที่พ่อแม่มีปัญหาในการอ่านหนังสือก็มักมีปัญหาในการอ่านหนังสือด้วย เพศ พบว่า เพศหญิงในประเทศด้อยพัฒนาจะมีกรู้หนังสือน้อยกว่าเพศชาย และเชื้อชาติวัฒนธรรม พบว่า คนพื้นเมืองและชนกลุ่มน้อยที่ย้ายไปอาศัยในแคนาดามีอัตราการรู้หนังสือที่ต่ำ ซึ่งจากรูปที่ 1 ได้เสนอแนวทางในการเพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การสื่อสารด้านสุขภาพ (Health Communication) อาศัยช่องทางต่างๆ ในการกระจายข่าวสารด้านสุขภาพสู่สาธารณะ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เอกสารแผ่นพับที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย คู่มือด้านสุขภาพ วิดีโอเทป เป็นต้น
2. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Development) อาศัยการจัดโปรแกรมให้ความรู้และการฝึกอบรม (Education and Training) ด้วยรูปแบบต่างๆ
3. การพัฒนาชุมชน (Community Development) เป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชนได้เอง
4. การพัฒนาองค์กร (Organizational Development) ด้วยการพัฒนาสถานที่ต่างๆ (Settings) ที่คนอยู่อาศัย ศึกษาเล่าเรียน ทำงาน เพื่อให้คนในองค์กรมีสุขภาพ สมรรถนะ และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากร ผู้เรียน รวมถึงลูกค้า
5. การพัฒนานโยบาย (Policy Development) โดยการนำเรื่องกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ มาเป็นเครื่องมือในการบังคับใช้ เช่น เกณฑ์ของการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล กำหนดให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับบอกเล่าหรือแจ้งให้ทราบอย่างละเอียดจนเกิดความเข้าใจอย่างดี สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาได้
6. การประสมประสาน (Combined Approach) เป็นการนำวิธีการต่างๆ ข้างต้น มาปรับใช้ร่วมกัน

อย่างไรก็ตามแนวทางต่างๆ ที่กล่าวมา ยังคงต้องการการศึกษาวิจัย เพื่อดูความสัมพันธ์ของผลที่เกิดจากการกระทำกับการเพิ่มขึ้นของความแตกฉานด้านสุขภาพ รวมถึงการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้ในการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ และนอกจากนี้เพื่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ทุกภาคส่วนในสังคมจำเป็นต้องเพิ่มความแตกฉานด้านสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ

- **ประชาชน** ต้องตื่นตัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ยกความรับผิดชอบในการตัดสินใจให้กับบุคคลอื่น
- **ผู้ป่วย** ต้องได้รับการเสริมพลังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดการสุขภาพของตน
- **ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ** ต้องสร้างการสื่อสารให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วย และถือเป็นการรับผิดชอบต่อการสนับสนุนความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- **ผู้กำหนดนโยบาย** นำกระบวนการที่สนใจเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพเข้าไปใช้ในการกำหนดนโยบาย การทำวิจัย และวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน

แม้ว่า Health Literacy จะเป็นคำที่มีมากกว่า 30 ปี แต่ในประเทศไทยยังให้ความสำคัญในแวดวงที่จำกัด ส่วนใหญ่จะอยู่ในผู้ที่ทำงานทางด้านงานสุขภาพเป็นหลัก การประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก ครั้งที่ 7 ที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ยกเอาเรื่อง Health Literacy ไปเป็นหัวข้อหนึ่งของการประชุม แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในระดับโลก ดังนั้น สมควรที่ผู้ที่ทำงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ จะหันมาศึกษา ทำความเข้าใจ และนำไปใช้ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12 – 15 ปี. สืบค้นจาก [http://www.thaihed.com/hot\\_news/view.php?ID=1161](http://www.thaihed.com/hot_news/view.php?ID=1161). วันที่ 21 มิถุนายน 2554.
2. Irving Rootman, Barbara Ronson. Literacy and Health Research in Canada : Where Have We Been and Where Should We Go? สืบค้นจาก <http://www.sgim.org/userfiles/file/AMHandouts/AM07/handouts/SSE2Rooman2.pdf>. วันที่ 21 มิถุนายน 2554.

## แบบฟอร์มยุติการตั้งครรภ์ : ขั้นตอนที่สำคัญ

นายแพทย์เรืองกิตต์ ศิริกาญจนกุล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เมื่อสตรีเหล่านี้มาพบกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ก็จะมีขั้นตอนสำคัญ คือ การให้คำปรึกษาทางเลือก (option counseling) และ Empowerment โดยทั่วไปผู้เดือดร้อนเรื่องนี้ ก็จะเลือกตั้งครรภ์ต่อไป หรือเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ ทางเลือกแรกจะมี 2 กลุ่ม คือผู้ที่พอช่วยเหลือตนเองได้ มีญาติ พ่อแม่ผู้ปกครอง ช่วยดูแลประคับประคอง อีกกลุ่มหนึ่งคือ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราว การอุปถัมภ์บุตร รับประทานบุญธรรม หน่วยงานที่รองรับเป็นหน้าที่รับผิดชอบของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมูลนิธิต่างๆ แต่การยุติการตั้งครรภ์ให้ปลอดภัย เป็นความรับผิดชอบของสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน โดยให้ความช่วยเหลือสตรีที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 ในทางปฏิบัติพบว่ากลุ่มแพทย์ยังมีความรู้สึก ว่าหลักเกณฑ์ที่ระบุไว้ยังไม่มีความชัดเจน หรือละเอียดเพียงพอในประเด็นปัญหาสุขภาพจิต เป็นผลให้กระทบต่อการวินิจฉัยข้อบ่งชี้ที่จะยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์คนที่ 1 หรือเป็นไปได้ว่า ไม่สามารถหาแพทย์คนแรกมาลงความเห็นได้ นับว่าเป็นอุปสรรคแอบแฝงสำคัญประการหนึ่ง นอกเหนือจากความวิตกกังวลในความถูกต้องด้านกฎหมายแพทย์มีสิทธิ์ทำแท้งได้หรือไม่ ทศนคติ ความเชื่อ เรื่องศีลธรรม ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้มีปัญหา คลินิกเพื่อนวัยรุ่น รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นได้ประสบปัญหานี้เช่นกัน คณะทำงานของคลินิก และแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้สะท้อนความไม่สะดวกในการดำเนินการปรึกษาและพิจารณาการใช้ดุลยพินิจ ในเรื่องนี้ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ขึ้นและผ่านความเห็นชอบของผู้บริหาร ขณะนี้ได้เริ่มใช้แบบฟอร์มดังกล่าวในผู้ที่มาปรึกษายุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกเพื่อนวัยรุ่น ลักษณะแบบฟอร์มนี้เป็นแบบ check list ให้ความหมายและรายละเอียดในประเด็นปัญหาสุขภาพจิต เนื้อหาในมาตรา 276 277 282 283 ระบุชื่อแพทย์คนที่ 1 และ 2 และเลขที่ใบอนุญาตฯ พร้อมให้ลงนามในแบบฟอร์ม ในส่วนต้นของแบบฟอร์มได้อธิบายข้อบังคับแพทยสภา พอเป็นสังเขป ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจตรงกันของคณะทำงานที่ประกอบด้วยพยาบาล แพทย์ และรวมถึงเครือข่ายผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชนอื่นๆ

คลินิกเพื่อนวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 6 เชื่อว่าแบบฟอร์มการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์จะเป็นประโยชน์กับผู้ให้บริการในสถานบริการต่างๆ คาดหวังให้มีการร่วมพิจารณาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยให้มีขั้นตอนที่ได้มาตรฐานต่อไป

## แบบฟอร์มการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์

### โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี  
HN.....AN.....

ก. อาศัยข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๔๘ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๑๒ ตอนที่ ๑๑๘ ง หน้า ๗-๘ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๔๘ นั้นเป็นข้อบังคับที่ออกตามความในพระราชบัญญัติ และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว จึงมีผลบังคับเป็นข้อปฏิบัติตามกฎหมาย และยังเป็นกำหนด มาตรฐานทางวิชาชีพ ข้อบังคับมีดังนี้

ข้อ ๕ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา ๓๐๕ (๑) แห่งประมวลกฎหมายอาญาให้เป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้

- (๑) เป็นกรณีจำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพกายของหญิงมีครรภ์หรือ
- (๒) เป็นกรณีจำเป็นต้อง กระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางจิตของหญิงมีครรภ์ ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองหรือเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่ใช่ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ อย่างน้อยหนึ่งคน

ข้อ ๖ การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้น ต้องมีหลักฐานหรือข้อเท็จจริงอันควรเชื่อได้ว่าหญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำตามความผิดอาญา ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๓๐๕ (๒) แห่งประมวลกฎหมายอาญา คือ “หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดทางอาญา ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๗๖ ๒๗๗ ๒๘๒ ๒๘๓ ผู้กระทำไม่มีความผิด”

ข้อ ๑๐ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามข้อบังคับนี้ให้ถือว่าได้กระทำตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ประกาศ ณ. วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๘

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

ข. ข้อบ่งชี้ที่ทำการยุติการตั้งครรภ์

1. ( ) หญิงมีครรภ์มีปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่

( ) Heart disease

( ) pulmonary hypertension

( ) Aortic Coarctation with valvular involvement

( ) Marfan syndrome with aortic involvement

( ) Persistent heart disease after cardiac decompensation

อาการ.....

( ) Advanced hypertensive vascular disease

อาการ.....

( ) invasive carcinoma of cervix

อาการ.....

( ) Renal disease

อาการ.....

( ) SLE ที่รุนแรง

อาการ.....

( ) อื่นๆ ระบุ.....

อาการ.....

2. ( ) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต (Psychiatric disorders):

2.1) ( ) **Mental disorder:** illness with psychological or behavioral manifestations associated with significant distress and impairment functioning caused by a biologic, social, psychological, genetic, physical or chemical disturbance

2.2) ( ) **Depressive disorder:** present during the same 2 week period, at least one of symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure :

( ) depressed mood most of the day, nearly everyday, as indicated by either subject report (eg. feels sad or empty) or observe by others (eg. Appears tearful)

( ) markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others)

( ) significant weight loss when not dieting or weight gain (eg.,a change of more than 5% of body weight in a month)

( ) insomnia or hypersomnia nearly every day

- ( ) fatigue or loss of energy nearly every day
- ( ) feeling of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day
- ( ) diminish ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)
- ( ) recurrent thoughts of death (not just fear of dying) recurrent suicidal ideation without specific plan, or suicidal attempt or a specific plan for committing suicide
- ( ) the symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

### 2.3) ( ) Anxiety disorders

- ( ) Fear/phobia - specific phobia is characterized by an excessive, unreasonable fear of specific objects or situation that occurs almost always on exposure to the fear stimulus
- ( ) Anxiety – chronic excessive worry that occurs more days than not and is difficult to control. The worry is associated with symptoms, such as concentration problems, insomnia, muscle tension, irritability, and physical restlessness
- ( ) Psychological symptom of Anxiety – palpitations, accelerated heart rate, sweating, shaking, sensation of shortness of breath, chest pain or discomfort , Nausea or abdominal distress, Feeling dizzy, unsteady, light head, or faint, chill or hot flush

2.4) ( ) Adjustment disorder : are diagnosed when the person's distress in response to an event is in excess of a normative reaction to the stressor or when the symptoms cause significant impairment in functioning

- ( ) depressive mood
- ( ) Anxiety
- ( ) mixed anxiety and depressive mood
- ( ) Acute stress
- ( ) suicidal idea or attempt

2.5) ( ) Mental retardation

2.6) ( ) อื่นๆ ระบุ.....

3. ( ) ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ/ความพิการ

( ) Hydrocephalus

( ) Anencephaly

( ) Hydrops fetalis

( ) มารดาติดเชื้อหัดเยอรมันในช่วง 3 เดือนแรก

( ) มารดาเป็นโรค Chicken pox ช่วง 3 เดือนแรก

( ) มารดาได้รับยารักษาสิว Isotretinoin ช่วง 3 เดือนแรก

( ) อื่นๆ ระบุ.....

4. ( ) ทารกในครรภ์เป็นโรคทางพันธุกรรม

( ) Down Syndrome

( ) Thalassemia ชนิด.....

( ) อื่นๆ .....

5. ( ) หญิงมีครรภ์เนื่องจากถูกข่มขืนกระทำชำเรา (มาตรา ๒๗๖)

6. ( ) หญิงมีครรภ์อายุยังไม่เกิน 15 ปี (มาตรา ๒๗๗)

7. ( ) หญิงมีครรภ์เนื่องจากถูกล่อลวง หรือถูกชักพาไปเพื่ออนาจาร แม้หญิงนั้นจะยินยอม (มาตรา ๒๘๒)

8. ( ) หญิงมีครรภ์เนื่องจากถูกล่อลวงหรือการชักพาไปเพื่ออนาจารหญิงโดยใช้อุบายหลอกลวง ชูเชิญ หรือ ใช้กำลังประทุษร้าย ใช้อำนาจครอบงำผิดทำนองคลองธรรม หรือใช้วิธีข่มขืนใจ ด้วยประการอื่นใด (มาตรา ๒๘๓)

9. ( ) เหตุผลร่วมอื่นๆ

( ) ปัญหาด้านครอบครัว สังคม ( ) ด้านการศึกษา กำลังเรียนหนังสือ ( ) อายุมาก

( ) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ( ) คุ่มกำเนิดล้มเหลว วิธี.....

ค. ความเห็นของแพทย์คนที่ 1 วินิจฉัยข้อบ่งชี้ ดังที่ได้ระบุไว้

ในข้อ ข และเห็นควรยุติการตั้งครรภ์

นพ/พญ.....ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....

ง. ความเห็นของแพทย์ คนที่ 2 เห็นสมควรให้ทำการยุติการตั้งครรภ์ และเป็นผู้ทำการยุติการตั้งครรภ์

นพ/พญ.....ใบประกอบวิชาชีพเลขที่.....



## เอกสารอ้างอิง

1. เบลูจพร ปัญญาภ. ภาคผนวก 3 ข้อบังคับแพทยสภา. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 1 ตุลาคม 2553 : 139-146.
2. ศักรินทร์ แก้วเฮ้า. Psychiatric Disorders version 2010 เอกสารการอบรมเวชศาสตร์ป้องกันด้านสุขภาพจิตชุมชน. โรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ ขอนแก่น 2553.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การทบทวนองค์ความรู้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภาคผนวกที่ 2 ความผิดฐานทำแท้งและความผิดทางเพศแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. มปท, มปพ.

## ผลกระทบของสื่อและโทรทัศน์ต่อเด็ก

แพทย์หญิงพนอนจิต ถาวรวัฒนยงค์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรม  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ปัจจุบันสื่อและโทรทัศน์เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลและอยู่รอบตัวเด็ก จากการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีโทรทัศน์ร้อยละ 95 ของครัวเรือนทั้งหมด ร้อยละ 43 ของประชากรฟังวิทยุ และร้อยละ 10 ของประชากรใช้อินเทอร์เน็ต<sup>(1)</sup> มีการศึกษามากมายถึงผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบของสื่อและโทรทัศน์ต่อเด็กเนื่องจากสมองของเด็กกำลังพัฒนาและซึมซับสิ่งต่างๆ รอบตัว เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กคือพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมรวมถึงการเลี้ยงดู ทั้งสองสิ่งสำคัญเท่าๆ กันเพื่อให้สมองของเด็กที่ได้รับศักยภาพจากพันธุกรรมนั้นพัฒนาอย่างเต็มความสามารถที่ได้รับมา บทความนี้จะนำเสนอถึงผลกระทบของสื่อและโทรทัศน์ต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้เราในฐานะของผู้ที่มีบทบาทด้านสุขภาพต่อชุมชนได้พิจารณาและส่งเสริมการใช้สื่อและโทรทัศน์ในทางที่เหมาะสมต่อไป

### ตารางที่ 1 พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กตามทฤษฎีของ Piaget<sup>(1)</sup>

ช่วงอายุ	ระยะพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการ
1. แรกเกิด-24 เดือน	Sensori - motor	มีพัฒนาการเร็วในทุกด้าน เช่น การรับรู้ การจำ การเลียนแบบ ตลอดจนความสามารถในการเข้าใจและแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมรอบตัว ในช่วงขวบปีแรกเด็กเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ต่อมาจึงใช้การลองผิดลองถูก สำรวจสิ่งแวดล้อมและคิดเชื่อมโยงเหตุผล
18-24 เดือน		เป็นช่วงเรียนรู้ภาษาและการวางแผน (beginning of thought) เด็กเริ่มรู้จักคิด โดยมีการวางแผนหรือทดลองกระทำในความคิด (mental experiment) ก่อนที่จะลงมือทำจริง มีความสามารถในการเรียนรู้ภาษาอย่างรวดเร็วและแม่นยำซึ่งเรียนรู้ได้ดีจากการพูดคุยโต้ตอบกับผู้เลี้ยง วัยนี้เป็นรากฐานในการพัฒนาบุคลิกภาพ เป็นการปลูกฝังความคิดรวบยอด (concept) จึงควรดูแลให้ถูกต้องทั้งด้านสุขภาพ

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ช่วงอายุ	ระยะพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการ
2. 2-7 ปี	การคิดอย่างมีเหตุผลที่ยังไม่สมบูรณ์ (pre-operational period)	<p>การเรียนรู้ภาษา การเล่น เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและบุคคล การฝึกสุขนิสัยต่างๆ ที่สำคัญคือการสร้างความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูเพื่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นต่อไปในอนาคต</p> <p>แก้ปัญหาด้วยสิ่งที่รับรู้และจินตนาการของตนเอง และยังไม่รู้จักการคิดด้วยเหตุผลที่สมบูรณ์ มักเกิดจากการตีความเอง มีจินตนาการมาก ฉะนั้นการตัดสินใจต่างๆ อาจคลาดเคลื่อนได้ มีลักษณะดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• เชื่อว่าทุกสิ่งมีชีวิต (animism) มีความรู้สึก</li> <li>• เชื่อว่าทุกสิ่งในโลกมีจุดมุ่งหมาย (perposivism) มักถามว่า “ทำไม” ผู้ใหญ่ควรตอบให้ถูกต้องโดยใช้คำง่ายๆ เพื่อให้เด็กเกิดความคิดรวบยอด</li> <li>• เชื่อมโยงเหตุการณ์ 2 อย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกันมาเป็นเหตุผลซึ่งกันและกัน เช่น ใส่รองเท้าคูใหม่แล้วหกล้ม จะคิดว่าหกล้มเพราะใส่รองเท้าคูนี้และไม่ยอมใส่อีก ดังนั้น ผู้ใหญ่จึงควรอธิบายเหตุผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง</li> </ul>
3. 7-12 ปี	การคิดอย่างใช้เหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operation)	<p>วัยประถม เริ่มรู้จักจัดระเบียบแนวคิดได้ตามลักษณะรูปธรรม ใช้การสังเกต ทดลองเพื่อการเรียนรู้ เชื่อมโยงเหตุผลและความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ คิดเป็นระบบมากขึ้น เข้าใจจำนวน มวล น้ำหนัก เวลา เด็กเรียนรู้ได้ดีผ่านการลงมือกระทำหรือสัมผัสของจริง มีความสามารถในการใช้ตาและมือทำงานประสานกัน เด็กพัฒนาทักษะใหม่ๆ ทั้งเรื่อง การอ่าน การเขียน การวาด การประดิษฐ์ และความคิดเชิงวิทยาศาสตร์และศิลปะ จึงควรให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมเหล่านี้ ฝึกการคิด การแก้ปัญหาโดยผู้ใหญ่คอยชี้แนะ</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ช่วงอายุ	ระยะพัฒนาการ	ลักษณะพัฒนาการ
4. 12 ปีขึ้นไป	การคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (formal operation)	ความคิดละเอียดซับซ้อน ใช้เหตุผลเชิงนามธรรมมากขึ้น โดยตั้งสมมติฐาน ทดสอบสมมติฐานและแก้ปัญหาได้ ใช้เหตุผลมาอธิบายเหตุการณ์ต่างๆได้ รู้จักวิเคราะห์และเข้าใจมุมมองอื่น มีความเห็นที่หลากหลาย มีตัวเลือก คาดการณ์ความเป็นไปได้แบบต่างๆ รู้จักประเมินคุณภาพความคิดและเหตุผลของตน

การตอบสนองของเด็กต่อ โทรทัศน์<sup>(2)</sup>

มีการศึกษาพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนสนใจเสียงดังและเสียงที่เกิดขึ้นฉับพลันจากโทรทัศน์ เด็กอายุ 6 ถึง 10 เดือน บางเสียงจะดึงดูดความสนใจเด็ก เช่น เสียงกลอง เสียงตัวละคร เสียงหัวเราะในโทรทัศน์ เด็กอายุ 10 ถึง 18 เดือน จะให้ความสนใจเสียงดนตรี เนื้อหาโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาง่าย และตัวแสดงบางประเภท ในโทรทัศน์ เด็กอายุ 4 ปี เริ่มเข้าใจสิ่งที่เห็นแต่ยังคิดว่าสิ่งที่นำเสนอในโทรทัศน์เป็นเรื่องจริง ไม่สามารถแยกเรื่องจริงและจินตนาการได้ การตัดสินใจเรื่องความถูกต้องเป็นไปตามสิ่งที่เห็น ยังไม่เข้าใจความเป็นไปได้แท้จริง จนกว่าจะอายุ 8 ปี (ดังตาราง ที่ 1) ซึ่งสามารถเข้าใจความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ และความหมายที่โทรทัศน์ต้องการนำเสนอ อย่างไรก็ตาม เด็กวัยรุ่นยังขาดประสบการณ์และความรู้ มักเชื่อตามสิ่งที่ได้รับจากสื่อว่าเป็นความจริง เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้แต่งงานเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ ไม่เป็นอันตรายและจะได้รับความรักจากคนรักดังในละครหลายเรื่อง และคิดว่าผลร้ายมักไม่เกิดกับตนเอง เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นมากมาย

## ผลกระทบของและสื่อโทรทัศน์ต่อเด็ก 0 ถึง 3 ปี

เด็กวัยนี้เป็นวัยที่สมองมีการสร้างจุดเชื่อมต่อ (synaptogenesis) มากมายตามการเรียนรู้ และมีการสร้างปลอกหุ้มเส้นประสาท (myelination) ทำให้มีการพัฒนาของสมองอย่างรวดเร็วและเป็นวัยที่มีช่วงเวลาของหน้าต่างแห่งโอกาสในการเรียนรู้ (window of opportunities) ที่สำคัญหลายด้าน เช่น การฟังและการพูด การควบคุมอารมณ์ การทำงานโดยใช้ตาและมือประสานงานกัน จึงควรส่งเสริมให้เด็กได้มีประสบการณ์ที่หลากหลายผ่านการเล่น การทำงานบ้าน และการเล่านิทาน จากงานวิจัยทั้งหลายพบว่า สื่อและโทรทัศน์ไม่มีผลด้านบวกต่อเด็กในวัยนี้เลย<sup>(3-6)</sup> แต่กลับส่งผลด้านลบดังนี้

1. ทำให้มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า<sup>(3-8)</sup>
2. ปัญหาสมาธิ<sup>(3-6, 9)</sup>

## ปัจจัยที่ทำให้สื่อและโทรทัศน์มีผลเสียต่อเด็กเล็ก

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้เลี้ยงดูลดลง เนื่องจากผู้เลี้ยงดูสนใจชมสื่อและโทรทัศน์ไม่ได้คุยและเล่นกับเด็ก ทำให้พัฒนาการทางภาษาล่าช้า
2. การดูโทรทัศน์ไปแทนที่กิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเด็ก เช่น การเล่น การเล่านิทาน การวาดรูป เพราะเด็กจะเรียนรู้และมีพัฒนาการตามวัยผ่านประสบการณ์ ดังตารางที่ 1
3. การเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ (แม้เด็กจะหันหลัง) ทำให้เด็กกวอกแวกตามเสียงที่เร้าใจและไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ
4. ลักษณะของสื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วของแสง ภาพ และเสียง เป็นการเร้าและกระตุ้นระบบประสาทมากเกินไป โดยเฉพาะสมองเด็กที่กำลังพัฒนา ทำให้มีผลต่อสมาธิ นอกจากนี้เด็กจะรู้สึกชินต่อสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ทำให้ปฏิเสธกิจกรรมอื่นๆ เนื่องจากรู้สึกว่ามันไม่เร้าใจและน่าเบื่อ
5. ลดความคิดและการสร้างจินตนาการ เนื่องจากเป็นสื่อสำเร็จรูป เด็กมักใช้วิธีจดจำและเลียนแบบ

## ผลกระทบของสื่อและโทรทัศน์ต่อเด็ก 3 ถึง 5 ปี

มีการศึกษาพบว่า การให้เด็กอายุ 3 ถึง 5 ปี ดูรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้สำหรับเด็ก (educational program) จะมีผลดีในด้านการอ่านและความจำระยะสั้น แต่ไม่มีผลต่อการคิดคำนวณ และการอ่านจับใจความ<sup>(6)</sup> ซึ่งการอ่านและความจำระยะสั้นเป็นการใช้ความสามารถด้านสติปัญญาขั้นพื้นฐานเท่านั้นและไม่มีผลชัดเจนต่อด้านสติปัญญา<sup>(3, 6, 10)</sup> แต่มีผลเสียต่อเด็กดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรประมวลผลดีผลเสียจากการให้เด็กดูโทรทัศน์โดยเฉพาะเนื้อหาที่ไม่เหมาะกับวัยของเด็ก

## ผลกระทบของสื่อและโทรทัศน์ต่อเด็กและวัยรุ่น

### ผลดี

สื่อและโทรทัศน์มีประโยชน์มากถ้าใช้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันเราสามารถค้นคว้าความรู้ต่างๆ ได้จากสื่อทำให้เราได้รับประสบการณ์ทางอ้อม ได้ความรู้ใหม่ๆ จากงานวิจัยทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อยังช่วยประชาสัมพันธ์ข่าวสารความเคลื่อนไหวทำให้สังคมได้มีลักษณะเกื้อกูลกันดังเช่นเหตุการณ์สึนามิที่ญี่ปุ่น สื่อยังช่วยเตือนภัยและสอนวิธีการแก้ไขปัญหา มีการศึกษาพบว่าบางรายการยังสอนพฤติกรรมทางสังคมแก่เด็ก<sup>(2, 4, 5, 10)</sup> โดยเฉพาะรายการที่มีลักษณะให้เด็กได้มีส่วนร่วม เช่น Sesame Street เช่น สอนการแบ่งปัน<sup>(10)</sup>

## ผลเสีย

### 1. พฤติกรรมก้าวร้าว

มี meta-analysis มากมายและงานวิจัยกว่า 3000 ชิ้นแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนของการดูสื่อโทรทัศน์ที่มีความรุนแรงกับการใช้ความรุนแรงในชีวิตจริง<sup>(4, 5, 9-11)</sup> สื่อที่รุนแรงอาจนำมาซึ่งการใช้ความรุนแรงถึงร้อยละ 10<sup>(4)</sup> เช่น เหตุการณ์ที่เด็กนักเรียนใช้ปืนยิงเพื่อนในโรงเรียนมัธยมที่โคลัมเบียเมื่อปี 1999

การดูสื่อและโทรทัศน์โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 8 ปีซึ่งยังไม่สามารถแยกความเป็นจริงกับจินตนาการและมักเลียนแบบจากสิ่งที่เห็นเป็นวัยที่เปราะบางต่อผลกระทบนี้ ผู้ใหญ่จึงควรเลือกรายการให้เด็กดูและนั่งดูร่วมกับเด็กเพื่ออธิบายสิ่งที่เห็น การดูรายการที่มีความรุนแรงซ้ำๆ ทำให้เด็กและวัยรุ่นมีการรับรู้โลกผิดเพี้ยนไป เห็นว่าเต็มไปด้วยความรุนแรง โลกนี้น่ากลัว ถูกคุกคามได้ง่ายต้องป้องกันตนเอง จึงมีอาวุธไว้ในครอบครองและใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา เด็กจะซาซินต่อความรุนแรงว่าเป็นเรื่องธรรมดาและเป็นที่ยอมรับ อาจส่งผลให้เด็กมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า มีปัญหาการนอน เกิดโรค posttraumatic stress disorder หรือเกิดการแยกตัวจากสังคมได้

### 2. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

มีการศึกษาระยะยาวหลายการศึกษา พบว่า การดูสื่อที่มีเรื่องเพศตั้งแต่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์เร็วและนำมาซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<sup>(2, 4, 5, 9, 10)</sup> เนื่องจากสื่อแสดงให้เห็นว่าการมีความสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นสิ่งที่ยอมรับได้และปลอดภัย แต่มีอีกหลายการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยไม่ได้ทำให้การมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นหรือถี่ขึ้น<sup>(4, 5)</sup> ดังนั้น ผู้ปกครองควรเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องเพศกับเด็กในสิ่งที่ถูกต้อง ไม่เช่นนั้นสื่อจะเข้ามาแทนที่และจะสร้างความเชื่อที่ผิดนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศซึ่งแก้ไขได้ยาก

### 3. การใช้สารเสพติด

การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์มักมีแทรกในรายการโทรทัศน์ซึ่งทำให้เด็กและวัยรุ่นมีค่านิยมว่าตนเองมีบุคลิกภาพที่ดี เป็นที่ยอมรับของสังคมและสนุก มีหลายการศึกษาพบว่าการที่เด็กได้ดูฉากที่มีการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ในโทรทัศน์นำไปสู่การมีพฤติกรรมดังกล่าวของวัยรุ่น<sup>(2, 4, 9)</sup>

### 4. โรคอ้วน

งานวิจัยในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อและโทรทัศน์ มีผลต่อระดับความผิดปกติของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกแต่กลไกยังไม่ชัดเจน<sup>(4, 5)</sup> อาจเป็นจาก 1. มีการโฆษณาอาหารทำให้จูงใจเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ไม่มีประโยชน์ 2. การดูโทรทัศน์สัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกสุขลักษณะ 3. การดูโทรทัศน์ไปแทนที่กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว

## 5. ปัญหาการเรียน

การดูสื่อและโทรทัศน์มากเกินไปทำให้เกิดปัญหาผลการเรียนแย่ง<sup>(4,5)</sup> โดยเฉพาะการที่มีโทรทัศน์ในห้องนอนของเด็ก เนื่องจากไปแทนที่กิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การทำการบ้าน อ่านหนังสือ การทบทวนบทเรียน และทำให้ไม่มีสมาธิขณะทำงาน

## คอมพิวเตอร์ วิดีโอเกม และอินเทอร์เน็ต

วิดีโอเกมเป็นสิ่งที่ดึงดูดเด็กเนื่องจากมีภาพสวย ฉากเสมือนจริง มีเสียงเร้าใจ เด็กจะรู้สึกเหมือนตนเองเป็นพระเอก การได้รางวัลทันทีที่ใจเด็กให้อยากเล่นมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจตรงข้ามกับชีวิตจริงที่มีแต่ด้านลบ เกมเหล่านี้มักแฝงความรุนแรงไว้ และเป็นเพียงโลกเสมือนจริงที่มีความคลาดเคลื่อนเช่น ตัวละครตายแล้วฟื้นได้ ผู้ร้ายไม่ได้รับการลงโทษ ไม่มีการแสดงว่าผู้ถูกทำร้ายนั้นได้รับความทุกข์ทรมานเพียงใดและใช้เวลานานเท่าไรในการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น และเล่นเกมมากจนส่งผลกระทบต่อ การเรียน และชีวิตประจำวัน ซึ่งการติดเกมนั้นแก้ไขได้ยากและใช้เวลานาน นอกจากนี้การเข้าไปคุยในห้องสนทนาทางอินเทอร์เน็ตซึ่งมักพบว่า เป็นข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงเสียส่วนใหญ่ทำให้เด็กและวัยรุ่นหลงเชื่อและเกิดอันตรายมากมาย การใช้สื่อเหล่านี้จึงควรมีการจำกัดเวลา จำกัด website และไม่ควรมีทีวีในห้องนอน

## ข้อแนะนำการใช้สื่อและโทรทัศน์สำหรับเด็ก<sup>(2, 5, 9, 11)</sup>

1. หลีกเลี่ยงการดูสื่อและโทรทัศน์ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
2. จำกัดเวลาการใช้สื่อและโทรทัศน์ในเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไปไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวันและควรเลือกรายการที่เหมาะสมกับเด็ก รายการที่ไม่มีความก้าวร้าว เรื่องเพศ หรือสารเสพติด
3. ผู้ใหญ่ควรดูสื่อและโทรทัศน์ร่วมกับเด็ก เพื่อให้คำแนะนำและพูดคุยกับเด็ก
4. ไม่ควรมีทีวีโทรทัศน์ เกม หรือ คอมพิวเตอร์ในห้องนอนของเด็ก

## บทสรุป

สื่อและโทรทัศน์เป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อชีวิตประจำวันในปัจจุบันซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ สื่อและโทรทัศน์เป็นเหมือนคนแปลกหน้าที่สามารถเข้ามาอยู่ในบ้านและส่งผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของเด็กของเรา ถ้าเราไม่รู้ทันสิ่งที่มากับสื่อและไม่รู้จักป้องกันก็จะเกิดผลเสียอย่างมากต่อเด็กและวัยรุ่น ดังนั้นผู้เลี้ยงดูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพิจารณาการใช้สื่อและโทรทัศน์ให้เหมาะสมและเผยแพร่วิธีการใช้สื่อที่ถูกต้องแก่ชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่เด็กและสังคม

## เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา คชภักดี. พัฒนาการเด็ก. ใน: ทิพวรรณ หรรษकुณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาศรียา อธิเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู้ง, สุรลักษณ์ สุจริตพงศ์, พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, บรรณาธิการ. **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก**. กรุงเทพฯ: บ.ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2554. หน้า. 1-25.
2. ชาศรียา อธิเนตร. ผลกระทบของสื่อต่อสุขภาพเด็กและวัยรุ่น. ใน : ทิพวรรณ หรรษकुณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาศรียา อธิเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู้ง, สุรลักษณ์ สุจริตพงศ์, พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, บรรณาธิการ. **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก**. กรุงเทพฯ: บ. ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2554. หน้า. 268-84.
3. CME. Infant Media Viewing: First ,Do No Harm. *Pediatric Annal*. 2010; 39(9): 578-82.
4. Straburger VC. Children, adolescents and the media: what we know, what we don't know and what we need to find out (Quickly!). *Arch Dis Child*. 2009; 94:655-7.
5. Straburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010;125: 756-67.
6. Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's Television Viewing and Cognitive Outcome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159: 619-25.
7. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. *Chonc Acta Pediatr*. 2008; 97(7): 977-82.
8. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff A. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *J Pediatr*. 2007; 151: 364-8.
9. AAP. Policy Statement-mediaeducation. *Pediatrics*. 2010; 126:1012-17.
10. Santrock JW. Technology. **Child Development**. McGraw-Hill international ed. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 575-81.
11. AAP. Policy Statement-Media Violence. *Pediatrics*. 2009; 124: 1495-500.



# การจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management)

ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ผู้เขียนมีโอกาสได้เรียนวิชา นโยบายและการบริหารธุรกิจชั้นสูง จาก รองศาสตราจารย์ บุญเกียรติ ชิวะตระกูล ผู้บริหารของหน่วยงานเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งท่านได้เขียนหนังสือ “Strategic Management : การจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับ CEO” และท่านได้ใช้หนังสือเล่มนี้สำหรับการอบรมข้าราชการ CEO ในปี พ.ศ. 2547 ด้วย

สาระสำคัญของหนังสือ Strategic Management ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ซึ่งผู้เขียนคิดว่า น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับทุกท่านทั้งผู้บริหารและนักวิชาการที่จะต้องเริ่มเตรียมการทำแผนปฏิบัติการใน ปีงบประมาณถัดไป สรุปได้ดังนี้

**การจัดการอย่างมียุทธศาสตร์ (Strategic Management)** เป็นวิธีการจัดการที่มุ่งเอา “ผลลัพธ์” เป็นที่ตั้งแล้วพัฒนา “แนวทาง” ซึ่งต้องฟันฝ่าขวากหนามและอุปสรรคก่อนที่จะบรรลุถึงผลลัพธ์นั้น “แนวทาง” ที่ผู้บริหารพัฒนาขึ้นอาจมีอยู่มากแต่ที่เป็น “นัยสำคัญ Significance” จะมีเพียงจำนวนหนึ่งซึ่งก็คือ “ยุทธศาสตร์” นั่นเอง

ยุทธศาสตร์ หรือ Strategic ในภาษาอังกฤษ ซึ่งได้มีผู้แปลเป็นไทยว่า “กลยุทธ์” นั้น หมายถึง การมุ่งเน้นหรือทุ่มเททรัพยากรไปในเรื่องใด แล้วสามารถนำพาหมู่คณะไปสู่ความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ด้วยเหตุนี้ผู้นำที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้เป็นที่ชัดเจน พร้อมกับคิดยุทธศาสตร์ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ไว้อย่างเฉลียวฉลาด และสมเหตุสมผล ก็จะได้ชื่อว่าเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ (Vision) เป็นผู้นำที่จัดการหมู่คณะหรือองค์กรอย่างมียุทธศาสตร์

การจัดการเชิงกลยุทธ์ คือ การจัดการตามวัตถุประสงค์ (Management by Objective – MBO) อย่างหนึ่งนั่นเอง จะพิเศษก็ตรงที่ “วัตถุประสงค์” นั้น ได้รับการทบทวนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ซึ่งเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์” (Strategic Objectives) ขั้นตอนสำคัญจึงเริ่มที่การประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis) ต่อด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การกำหนดกลยุทธ์ แล้วสิ้นสุดที่การนำเอากลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Implementation) และประเมินผล (Evaluation & Control) ซึ่ง แต่ละขั้นตอนมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกองค์กร เรียกกรวมๆ ว่า SWOT Analysis ทั้งนี้ S = Strength หรือ ความแข็งแกร่งขององค์กร และ W = Weakness คือ ความไม่แข็งแกร่งขององค์กร โดย พิจารณาในประเด็น ทักษะ ทรัพยากร สมรรถนะ หรือ

ความสามารถขององค์กร สำหรับ Opportunities & Threats หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่อยู่ภายนอกองค์กรซึ่งมีโอกาสที่จะได้ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงนั้น หรือมีอุปสรรคต่อการบรรลุภารกิจ

2. **การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)** หมายถึง สิ่งที่องค์กรต้องการจะบรรลุทำนองเดียวกันกับภารกิจและวิสัยทัศน์ แต่ชัดเจนกว่า และมีระยะเวลาที่ใกล้กว่า

3. **การจัดทำยุทธศาสตร์ (Strategic Formulation)** คือ การมุ่งเน้นหรือผลักดันเพื่อให้องค์กรหรือกิจการได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้กับ “กิจกรรม” หรือ “กระบวนการการทำงาน” ภายในองค์กรโดยเชื่อว่า จะทำให้องค์กรสามารถบรรลุภารกิจ หรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พึงยึดเป็นหลักไว้ว่า..... “จะไม่มี การเขียนยุทธศาสตร์ โดยที่ยังไม่ได้กำหนดวัตถุประสงค์เป็นอันดับแรก”.....

ยุทธศาสตร์ของแต่ละกิจการ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

1) **ยุทธศาสตร์ขององค์กร (Corporate Strategy)** ซึ่งบอกทิศทาง (Direction) ขององค์กรว่า ฝ่ายจัดการได้ทุ่มทรัพยากรเพื่อผลักดันให้องค์กรพุ่งทะยานไปข้างหน้าหรือชะลอการเติบโต ยุทธศาสตร์ระดับองค์กร จะครอบคลุมเรื่องสำคัญ 3 เรื่อง คือ

1.1 องค์กรจะมุ่งเน้นไปทางใด (Directional Strategy) ระหว่างการเจริญเติบโต (Growth) การหดตัว (Retrenchment) และการอยู่กับที่ (Stability)

1.2 องค์กรจะจัดสรรทรัพยากร (ซึ่งหมายถึงการเงิน และเวลา) ลงไปในหน่วย “ธุรกิจ” ต่างๆ หรือ “ผลิตภัณฑ์” (หมายถึงสินค้า หรือบริการ) ที่มีอยู่อย่างไร (Portfolio Strategy) ซึ่งมีตัวแปร 2 ประเภท ที่ใช้ในการจัดกลุ่มธุรกิจ คือ ความน่าพิสมัย หรือความเย้ายวนของอุตสาหกรรม (Industry Attractiveness) และตำแหน่งในการแข่งขัน (Competitive Position) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์นี้ คือ “BCG Matrix”

1.3 องค์กรจะช่วยเหลือเกื้อกูล “หน่วยธุรกิจ” ตลอดจนให้หน่วยงานธุรกิจ และผลิตภัณฑ์ เกื้อกูลกันอย่างไร (Parenting Strategy) ตัวแปรที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มธุรกิจบริหารกรณีนี้ คือ ดีกรีความเข้าใจของบริษัทแม่ต่อ “กุญแจแห่งความสำเร็จ” ของธุรกิจที่บริษัทลูกเข้าไปทำ และศักยภาพที่บริษัทแม่จะช่วย Contribute ให้กับบริษัทลูกประสบความสำเร็จ

2) **ยุทธศาสตร์ของหน่วยธุรกิจ (Business Strategy)** ที่อธิบายแนวทางการดำเนินธุรกิจท่ามกลางคู่แข่ง ซึ่งอาจเน้นการเป็นหุ้นส่วนหรือ พันธมิตรกับบางราย (Competitive Strategy) ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานสายวิชาการ หรือ หน่วยงานระดับเขต มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินการ และประเมินผลการทำงานร่วมกัน

แนวทางทั่วไป (Generic Strategy) ในการแข่งขัน ผู้บริหารหน่วยงานธุรกิจอาจเลือกใช้เพื่อให้องค์กรสามารถบรรลุภารกิจ และวัตถุประสงค์ ดังแสดงในตาราง

### อาวุธในการแข่งขัน

ขอบเขตการแข่งขัน	“ขายของถูก”	“ขายความแตกต่าง”
“สนามใหญ่”	ผู้นำระดับต้นทุน (Cost Leadership)	ผู้นำด้านความแตกต่าง (Differentiation)
“สนามเล็ก”	ขายของถูก – สนามเล็ก (Cost Focus)	ขายความแตกต่าง – สนามเล็ก (Focused Differentiation)

สำหรับยุทธศาสตร์ความร่วมมือ แบ่งออกได้ 2 ประเภท ใหญ่ๆ คือ “การฮั้ว” (Collusion) และ การเป็นพันธมิตรทางธุรกิจ (Strategic Alliance) ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 แบบ คือ กิจการร่วมค้า (Joint Venture) และการซื้อ Licerce

3) ยุทธศาสตร์ของฟังก์ชันในองค์กร (Function Strategy) โดยแต่ละหน่วยธุรกิจจะต้องมี “แขนขา” คอยทำงานให้เรียกว่า “ฟังก์ชัน” หรือ “ฝ่าย” ต่างๆ นั่นเอง ซึ่งผู้บริหารต้องวางยุทธศาสตร์เหล่านี้ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของหน่วยธุรกิจ

ตัวอย่างกลยุทธ์ระดับฟังก์ชันงาน เช่น

- กลยุทธ์ด้านการตลาด (Marketing Strategy) อาจมีได้ 2 ลักษณะ คือ มุ่งเน้นการพัฒนาตลาด (Marketing Development) และมุ่งเน้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Product Development)
- กลยุทธ์ด้านการผลิต (Product Strategy)
- กลยุทธ์ด้านการเงิน (Financial Strategy)
- กลยุทธ์ด้านทรัพยากรมนุษย์ (HRM Strategy)
- กลยุทธ์ด้านการวิจัยและพัฒนา (R & D Strategy)
- กลยุทธ์ด้านระบบสารสนเทศ (Information System Strategy)

### “กั๊กยุทธศาสตร์”

บางครั้งผู้บริหารอาจวางยุทธศาสตร์แล้วก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กรเสมือนหนึ่งตกลงไปใน “บ่วงแร้ว” หรือ “กั๊ก” ดังนี้

- เห็นช้างขี่ ชี้ตามช้าง (Follow the Leader) เลียนแบบกลยุทธ์ของบริษัทใหญ่ โดยมองข้ามจุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง หรือ มีความเป็นไปได้ที่บริษัทใหญ่เดินยุทธศาสตร์ไม่ถูกต้อง
- เคยได้แล้วจะเอาอีก (Hit Another Home Run) กิจการเคยประสบความสำเร็จกับสินค้าตัวหนึ่งเป็นอันมาก และพยายามที่จะทำเช่นนั้นกับสินค้าตัวใหม่
- เจ้าบุญทุ่ม (Arms Race) กิจการอาจต่อสู้กับคู่แข่งจน โดยทุ่มทุกอย่างแล้วได้ผลไม่คุ้มกับเม็ดเงินที่ใช้ไป
- พระยาเทครัว (Do Everything) เมื่อองค์กรพบกับโอกาสทางธุรกิจที่น่าสนใจ ประจวบกับความรูสึกว่าตนเองเข้มแข็งเนื่องจากประสบความสำเร็จจามาก ก็มักจะโดดเข้าไปใน “ทุกๆ โอกาส (ทอง) เหล่านั้นโดยไม่จัดลำดับก่อนหลัง จึงมีผลกระทบต่อทรัพยากรขององค์กร”
- ตามควายหาย (Losing Hand) บางครั้งผู้บริหารตัดสินใจลงทุนผิดพลาดในกิจการอย่างหนึ่ง แต่ทำใจไม่ได้ที่จะยอมรับความผิดพลาดนั้น ทั้งยังรู้สึกว่าจะเงินที่ลงทุนไป (คำพังเพยไทยโบราณเปรียบเหมือนควายที่หายไป) นั้นมากเกินกว่าที่จะหยุดธุรกิจนั้นเสีย จึงนำเงินที่น่าจะเอาไปทำอย่างอื่นลงทุนทุ่มลงไป ในธุรกิจที่เสียหายนั้นเพื่อตามเอาเงินกลับคืน ผลสุดท้ายก็เสียหายทั้งองค์กร

**4. การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ** การวางแผนยุทธศาสตร์เป็นอย่างดีไม่ได้หมายความว่า ผลจะออกมาดีตามนั้นทั้งหมด แผนยุทธศาสตร์จะสัมฤทธิ์ผลก็ต่อเมื่อมีการนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง โดยเริ่มที่การมอบหมายให้กับ “เจ้าภาพ” (Host Function) ที่เหมาะสม จากนั้นเจ้าภาพนำเอายุทธศาสตร์นั้นไปบริหารต่อด้วยการแยกออกเป็น “งานย่อย” และมอบหมายให้ “เจ้าภาพย่อย” รับผิดชอบดูแลต่อ เพื่อแปลงแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผนต่อไป

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ มี 3 ประการ คือ

1. โครงสร้างองค์กรต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ องค์กรที่บริหารงานอย่างมียุทธศาสตร์ควรต้องมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น เพื่อจะได้ “ปรับตัว” หรือ “ปรับโครงสร้าง” ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่เปลี่ยนไป โดยทั่วไป พัฒนาการของโครงสร้างองค์กร มี 3 ขั้นตอนคือ

- 1.1 Simple Structure เป็นโครงสร้างของกิจการที่เพิ่งเริ่มต้น หรือโครงสร้างแบบ “เถ้าแก่” (Entrepreneur) ซึ่งเจ้าของกิจการแทบจะดูแลงานทุกอย่าง ด้วยตนเองทั้งหมด
- 1.2 Function Structure เป็นโครงสร้างที่เริ่มแบ่งงานตามความเชี่ยวชาญ (เมื่อกิจการเติบโตขึ้น มีงานมากขึ้น)

1.3 Division Structure (บางครั้งเรียก Conglomerate Structure) เป็นโครงสร้างของกิจการ ที่เจริญเติบโต ใช้กันมากในธุรกิจขนาดใหญ่ที่ขึ้นต้นด้วย “กลุ่ม” หรือ “เครือ” ทั้งหลาย

อย่างไรก็ตาม ยังมีโครงสร้างรูปแบบอื่น (ซึ่งบางตำราเรียกว่า Advance Structure) ที่อาจนำไปใช้ให้เหมาะสมกับยุทธศาสตร์ได้ เช่น “โครงสร้างแบบแมตริกซ์” ที่ใช้กับโครงการใหม่ๆ ซึ่งในระยะพัฒนาโครงการอาจมอบหมายให้บุคลากรประจำรับผิดชอบเพิ่มเติม “หน้าที่” ที่เขาถนัดในโครงการนั้น ต่อเมื่อโครงการเป็นรูปเป็นร่างแล้วจึงค่อยโอนบุคลากรผู้นั้นกลับไปสู่ Operation เดิม และรับบุคลากรใหม่เข้าทำงานใน Operation ใหม่

2. กำลังพลต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ทำนองเดียวกับ “โครงสร้าง” ความสอดคล้องกับ “กำลังพล” และ “ยุทธศาสตร์” เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ดังนั้นยุทธศาสตร์ที่แตกต่างกันจึงต้องการบุคลากรที่ไม่เหมือนกันทั้งในแง่จำนวนและ คุณสมบัติ

3. วัฒนธรรม ต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ โดยมีหลักพิจารณา ว่า วัฒนธรรมขององค์กรที่มีอยู่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นใหม่หรือไม่ ถ้าไม่สอดคล้องสามารถปรับ “วัฒนธรรม” นั้นให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ได้หรือไม่ หากปรับไม่ได้องค์กรพร้อมที่จะแก้ปัญหา เช่น ตั้ง “หน่วยงานย่อย” ใหม่เพื่อมาบริหารยุทธศาสตร์นั้นหรือไม่

**5. การประเมินผลและควบคุมยุทธศาสตร์** กระบวนการภายในการประเมินผลและควบคุมมีขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

1. กำหนดจุดที่จะวัด ซึ่งควรมีไม่กี่จุด หากส่งผลต่อ Performance เช่น จุดที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงสุด ก่อให้เกิดปัญหารุนแรงสุด เป็นต้น

2. การกำหนดค่ามาตรฐานของ Performance เพื่อใช้เปรียบเทียบกับค่าที่เกิดขึ้นจริง ค่ามาตรฐานอาจกำหนดเป็นค่าใดค่าหนึ่ง (point) โดยมีตัวบวกลบ (tolerance range) กำกับไว้ด้วย เพื่อให้การประเมินผลอยู่ในลักษณะ “รับได้” “รับไม่ได้” มากกว่า “ถูก” “หรือผิด”

3. วัด Performance ที่เกิดขึ้นจริง โดยอาจวัดในช่วงเวลาที่วางแผนไว้แล้วนำเอาผลนั้นมาเปรียบเทียบกับค่า “Standard”

4. เปรียบเทียบ Performance ที่วัดได้กับค่ามาตรฐาน ถ้าค่า actual อยู่ในวงที่รับได้หรือตรงกับค่า Standard กระบวนการวัด และประเมินผล ถือเป็นอันสิ้นสุด

5. ทำ Corrective Action ในกรณีที่ค่า actual ไม่ตรงค่า Standard ผู้บริหารต้องดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ Performance เป็นไปตาม Standard หรือ งบประมาณที่วางไว้

ท่านผู้อ่านลองนึกเปรียบเทียบองค์กรของเราซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นภาคราชการไม่ได้มุ่งหวังกำไร ในรูปเงินทอง แต่ผลลัพธ์ที่เราคาดหวัง คือ สุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนนั้น เราจะกำหนด ยุทธศาสตร์อย่างไรขององค์กรในแต่ละระดับให้สามารถตอบสนองต่อ วิสัยทัศน์ และภารกิจขององค์กร ลด ปัญหาเรื่อง “อยู่ในร่องเดิมไม่มีอะไรใหม่” กลยุทธ์ต่างๆ ที่นำเสนอมีรายละเอียดเพิ่มเติมในหนังสือ “Strategic Management : การจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับ CEO” เล่มนี้ หรือหากท่านประสงค์ที่จะแลกเปลี่ยนแนวคิด กับผู้เขียน โปรดติดต่อได้ที่ e-mail : wanpen\_hph@hotmail.com ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความ ฉบับนี้จะช่วยเพิ่มทางเลือก หรือจุดประกายความคิดในการที่จะเลือกกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานในปีต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

บุญเกียรติ ชีวะตระกูล. (2549). Strategic Management : การจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับ CEO. พิมพ์ครั้งที่ 6. กทม. : โรงพิมพ์สุขุมและบุตร.

# การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานส่งเสริมสุขภาพ

นางธิโสภิญ ไทย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การจัดการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานส่งเสริมสุขภาพผ่านวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความสำเร็จของชุมชนแนวปฏิบัติ (CoP : Community of Practice) เป็นอีกหนึ่งในวิธีการที่เราจะสามารถค้นพบความรู้ วิธีคิดดีๆ แรงบันดาลใจ ความสำเร็จ และวิธีการไปสู่ความสำเร็จ ในประเด็นความรู้หรือสิ่งที่เราสนใจ ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบ และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หรือเรียกอีกอย่างว่า การจัดการความรู้ (Knowledge management - KM) นั่นเอง

## ประโยชน์

1. ช่วยให้เกิดการทำงานแบบก้าวกระโดด เห็นความเชื่อมโยงของความรู้และความสำเร็จนั้นๆ ตลอดจนประสบการณ์การทำงาน อุปสรรคที่พบเจอ และการก้าวผ่านอุปสรรคของการทำงานนั้น
2. เป็นการเสริมพลังซึ่งกันและกัน (Empowerment)
3. สามารถค้นพบการพัฒนาศักยภาพของตนเองและทีม
4. มองเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น
5. สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตไปพร้อมๆ กับการทำงาน (ทำงานอย่างมีความสุข ไม่ทุกข์ใจ สุขที่ได้ทำงาน)
6. สร้างวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด ช่วยให้องค์กรลดงบประมาณในการทำงานได้
7. สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อความสำเร็จในองค์กร

## ประเภทของความรู้

1. Explicit Knowledge : ความรู้ภายนอก หรือความรู้ที่เราสามารถมองเห็นได้ หาอ่านได้ ค้นคว้าได้ เป็นความรู้ที่สามารถเผยแพร่ให้อยู่ในรูปแบบของเอกสาร วีซีดี เทป ฐานข้อมูล ตำรา ทฤษฎี คู่มือ บางครั้งเรียกว่า เป็นความรู้แบบ **รูปธรรม**

2. Tacit Knowledge : ความรู้ภายใน เป็นความรู้ที่เกิดจากทักษะ ประสบการณ์ ความคิด พรสวรรค์ เป็นความรู้ที่ฝังลึกอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล บางครั้งเรียกว่าเป็นความรู้แบบ **นามธรรม** จะได้รับความรู้นั้นมาต้องเกิดจากการสื่อสาร การเล่า การพูดคุย การแลกเปลี่ยน การเขียน จากตัวผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ และมีความสำเร็จในประเด็นนั้นๆ



ความเชื่อมโยงของการจัดการความรู้ สามารถอธิบายได้โดยใช้ “โมเดลปลาหู” (ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช, 2552) ดังนี้

1. ส่วน “หัวปลา” (Knowledge Vision : KV) หมายถึง ส่วนที่เป็นเป้าหมาย วิสัยทัศน์ หรือทิศทางของการจัดการความรู้ โดยก่อนที่จะทำจัดการความรู้ ต้องตอบให้ได้ว่า “เราจะทำ KM ไปเพื่ออะไร ?” โดย “หัวปลา” นี้จะต้องเป็นของ “คุณกิจ” หรือ ผู้ดำเนินกิจกรรม KM ทั้งหมด โดยมี “คุณเอื้อ” และ “คุณอำนวย” คอยช่วยเหลือ หัวปลามีหลายขนาด

หัวปลาใหญ่ คือ ประเด็นหลักของสิ่งที่เราอยากรู้ อยากเรียนรู้ น่าสนใจ และมีประโยชน์ เช่น ความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

หัวปลาย่อย คือ ประเด็นย่อยที่ชัดเจนขึ้น เฉพาะเจาะจงมากขึ้นของสิ่งที่เราอยากรู้ อยากเรียนรู้ น่าสนใจ และมีประโยชน์ เช่น ความสำเร็จของการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของ อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย ความสำเร็จของแม่หลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน เป็นต้น

การกำหนดหัวปลาภายในวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เข้าใจตรงกัน เป็นเรื่องสำคัญ เพราะคนฟังก็อยากฟัง คนเล่าก็อยากเล่า โดยหัวปลาต้องเสร็จก่อนเปิดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อผู้อำนวยกรการเรียนรู้ (Facilitator) จะได้ไม่เหนื่อย

2. ส่วน “ตัวปลา” (Knowledge Sharing : KS) เป็นส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญ ซึ่ง “คุณอำนวย” จะมีบทบาทมากในการช่วยกระตุ้นให้ “คุณกิจ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ โดยเฉพาะความรู้ซ่อนเร้นที่มีอยู่ในตัว “คุณกิจ” พร้อมอำนวยให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้แบบเป็นทีม ให้เกิดการหมุนเวียนความรู้ ยกระดับความรู้ และเกิดนวัตกรรม



3. ส่วน “ทางปลา” (Knowledge Assets : KA) เป็นส่วนของ “คลังความรู้” หรือ “ขุมความรู้” ที่ได้จากการเก็บสะสม “เกร็ดความรู้” ที่ได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตัวปลา” ซึ่งเราอาจเก็บส่วนของ “ทางปลา” นี้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ICT ซึ่งเป็นการสกัดความรู้ที่ซ่อนเร้นให้เป็นความรู้ที่เด่นชัด นำไปเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนใช้ พร้อมยกระดับต่อไป

### เป้าหมายของการเรียนรู้

1. เรียนรู้เพื่อใหู้ (Learning to Know) คือ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดความกระจำแจ้ง
2. เรียนรู้ไปปฏิบัติ (Learning to Do) คือ เรียนรู้เพื่อนำไปใช้จริงในชีวิต ในการทำงาน
3. เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกัน (Learning to Live Together) คือ เรียนรู้เพื่อสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
4. เรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to Be) คือ การเรียนรู้เพื่อต่อยอดความรู้ให้เพิ่มขึ้นๆ ขยายวงขึ้น เกิดประโยชน์ต่อไปเรื่อยๆ

### ส่วนประกอบของวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. Fa (Facilitator) : คุณอำนวย คือ ผู้ที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ในวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คุณอำนวยที่ดีควรมีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้ฟังที่ดี สามารถเปิดประเด็นซักถาม สะท้อน สรุปความ จับประเด็นจากเรื่องเล่าได้ว่า ใคร (ตัวละครที่อยู่ในเรื่องเล่า) ทำอะไร (วิธีการไปสู่ความสำเร็จ) และเกิดผลอย่างไร โดยไม่ตัดสินความว่าใช่หรือไม่ใช่ (เพราะสิ่งที่ผู้เล่าเรื่องเล่าคือความสำเร็จที่ผู้เล่าได้ทำผ่านมาแล้ว และเกิดผลสำเร็จในประเด็นนั้น)

2. Note taker : คุณลิขิต หรือผู้ทำหน้าที่จดเรื่องเล่า (Story telling) คุณสมบัติที่ดีของ Note taker คือ ตัวหนังสืออ่านง่าย มีทักษะการฟัง จดได้ตรงประเด็นกับหัวปลา มีศิลปะเพราะในการจดเรื่องเล่า เมื่อผู้เล่าพูดถึงตัวละครที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จ ความคิด แรงบันดาลใจ ความตั้งใจ ความรู้สึก และวิธีการที่ประสบผลสำเร็จ ควรทำ Height Light กับชื่อตัวละคร ประโยค หรือข้อความนั้นด้วย

Note taker ควรมีอย่างน้อย 2 คน ในการจัดตั้งวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยคนที่ 1 ทำหน้าที่จดบนกระดาน (Flip Chart) ซึ่งวางในตำแหน่งที่คุณอำนวย และ ผู้เล่าเรื่องสามารถมองเห็นได้ เพื่อตรวจสอบสิ่งที่จด ตรงกันกับสิ่งที่ผู้เล่าเรื่องเล่าหรือไม่ คนที่ 2 (Coordinating Note taker) ทำหน้าที่จดเรื่องเล่าในกระดาษ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเรื่องเล่าที่เขียนบน Flip Chart เพราะจะสามารถจดได้เร็ว และทันกับเรื่องเล่า กรณีที่ Note taker ผู้จดบน Flip Chart จดไม่ทัน ก็สามารถที่จะเว้นช่องว่างไว้ และนำข้อความจาก Coordinating Note taker มาเติมในภายหลัง

Note taker สามารถที่จะยกมือถามผู้เล่าเรื่องได้ กรณีจดเรื่องเล่านั้นไม่ทัน หรือได้ยินไม่ชัดเจน ทั้งนี้จะต้องมีการตกลงกติกาีก่อนเปิดวงเล่าเรื่อง (วิธีแก้ปัญหาหนึ่งของการจดไม่ทัน คือ การบันทึกเสียงของผู้เล่าเรื่องไว้)

**3. Knowledge Worker :** คุณกิจ หรือผู้เล่าเรื่อง เทคนิคของผู้เล่าเรื่อง คือ เล่าให้เห็นตัวละครที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เล่าให้เห็นวิธีคิด แรงบันดาลใจ วิธีการ ว่าทำอะไร อย่างไร เกิดผลอย่างไรกับการกระทำสิ่งนั้น ให้ความเชื่อมโยงของความสำเร็จนั้น ผู้เล่าที่เก่ง (ผู้เล่าเร้าพลัง) มักจะรู้สึกดื่มด่ำไปกับสิ่งที่เล่าและเกิดการเสริมพลังซึ่งกันและกันในวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ชื่นจิต ชูใจคนทำงาน และคนที่ร่วมวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้

## กระบวนการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**1. BAR (Before Action Review)** คือ ขั้นตอนในการเตรียมการล่วงหน้าก่อนการเริ่มวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย

**1.1 Mapping :** คือ การค้นหาคุณกิจที่เป็น Key Success Actor ตัวจริง ซึ่งมีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่เราสนใจนั้น มีผลสำเร็จ เห็นเป็นเชิงประจักษ์ การค้นหาอาจได้จากการพูดคุยกับคุณกิจโดยตรง หรือจากการสอบถาม ผู้ใกล้ชิด ผู้เกี่ยวข้อง การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลงาน การสังเกต การสอบถาม นอกจากนี้ยังต้องค้นหา คุณอำนวย และคุณลิขิตไปพร้อมกันด้วย

**1.2 จัดทำ Profile ของ Key Success Actor** นั้น ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น วันเดือนปีเกิด ตำแหน่ง หรือบทบาทในการทำงาน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ E-mail ประสบการณ์การทำงาน หลักการ หรือแนวคิดนำทางในการทำงาน ผลงานที่ภาคภูมิใจ และรางวัลเชิดชูเกียรติที่เคยได้รับ ศักยภาพหรือความสามารถเฉพาะทางและความเป็นมาของความสำเร็จตามประเด็น (ความรู้) ที่สนใจ วิธีการดำเนินงานหรือผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน ข้อมูลอื่นๆ ที่ต้องการเผยแพร่ ซึ่งการจัดทำ Profile จะทำให้คุณอำนวยได้ทำความรู้จักกับพื้นหลังของผู้เล่าเรื่อง เพื่อนำไปสู่ประเด็นในการตั้งคำถามกับผู้เล่า ให้ได้ความรู้ที่ชัดเจน แดกฉานหรือที่เรียกว่า “จุดอิม” นั้นเอง และสำหรับผู้เล่าเรื่องจะได้ใช้เป็นแนวทางในการเล่าเรื่องได้อย่างตรงประเด็น ครอบคลุมชัดเจน ภายใต้ระยะเวลาที่จำกัด และเหลือระยะเวลาในการแลกเปลี่ยนเพิ่มเติมในวง

Key Success Actor ในการจัดตั้งวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ ควรจะครอบคลุมอย่างน้อย 3 กลุ่ม (3 เหลี่ยมเขี่ยอันภูเขา) หรือ ครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากความสำเร็จนั้นๆ ดังนี้ กลุ่ม 1 คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหรือ องค์กรภาครัฐอื่นๆ กลุ่ม 2 คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ และกลุ่ม 3 คือ ชุมชน และหรือ องค์กรอิสระ (NGOs)

การจัดตั้งวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่ควรใหญ่เกินไป ประมาณ 6-8 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความสำเร็จกันได้มากที่สุดครบทุกคนกรณีที่มีตัวละครซึ่งผู้เล่าพูดถึงบ่อยว่าเป็นผู้มีส่วนผลักดันความสำเร็จ และเป็น Key Success Actor แต่ไม่ได้อยู่ในวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึก

(In-depth Interview) หรือจัดทำ Profile กับบุคคลนั้นด้วย เพื่อให้เห็นภาพของความสำเร็จที่ชัดเจนขึ้น หรือที่เรียกว่า “จุดอิม” ของความรู้

2. DAR (During Action Review) คือ ขั้นตอนระหว่างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการออกแบบวงเป็นหน้าที่ของกลุ่ม แต่โดยทั่วไปมีวิธีการ ดังนี้

- 2.1 การแนะนำตัวและบอกบทบาทของผู้ร่วมวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 2.2 การตกลงกติการ่วมกัน ได้แก่ ระยะเวลาทำกลุ่ม ระยะเวลาเล่าของแต่ละคน ระยะเวลาเลิก
- 2.3 มารยาทในการเล่าเรื่อง เช่น เมื่อใครต้องการเล่าให้ยกมือขึ้น จะจบเรื่องเล่าก็ให้บอก การปิดเสียงโทรศัพท์ หากในวงแลกเปลี่ยนฯ ต้องการซักถามเพิ่มเติม ให้เป็นสิทธิ์ของผู้เล่าว่าจะให้ถามได้เลย หรือให้ผู้เล่าได้เล่าเรื่องให้จบก่อนจึงซักถาม

3. AAR (After Action Review) คือ ขั้นตอนหลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มักใช้วิธีการสะท้อน (Reflection) โดยให้แต่ละคนที่ร่วมวงฯ ได้สะท้อนบทบาทของตนว่า รู้สึกอย่างไร ได้เรียนรู้อะไร จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ประโยชน์อย่างไร และมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปอย่างไร

## สิ่งที่จะเกิดขึ้นจากวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Appreciate Inquiring คือ ความชื่นชมยินดี ที่ คนเก่งขึ้น งานดีขึ้น เกิดการเรียนรู้ นำไปใช้ประโยชน์ ขยายผล และต่อยอดความสำเร็จ เกิดองค์กรและสังคมแห่งการเรียนรู้ มีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดการไหลเลื่อนของความรู้ หรือเรียกอีกอย่างว่า “การหมุนเกลียวความรู้” นั่นเอง

## การจัดทำแผนการจัดการความรู้

1. การจัดตั้งทีม คือใคร มาจากไหน
2. การกำหนดประเด็น/เป้าหมาย (หัวปลา) ที่ชัดเจน
3. กำหนดแผนการตั้งวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น ผู้รับผิดชอบหลัก หรือรอง การ Mapping ช่วงเวลา การตั้งวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สถานที่ งบประมาณ ช่วงเวลาของการเขียนสรุปบทเรียน
4. การออกแบบกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Output ที่คาดหวัง Outcome ที่อยากเห็น)
5. การขยายผลความรู้

เมื่อผู้อ่านได้ทำความเข้าใจถึงวิธีการจัดการความรู้ โดยการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้ว ก็อยากจะเชิญชวนให้ทุกท่านได้ลองนำเอาแนวทางในการจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้นี้ ไปลองใช้ในการทำงาน แล้วท่านจะรู้ว่า ความชื่นชมยินดีที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้เล่า หรือแม้แต่เป็นผู้ฟัง จะเป็นเหมือนดั่งน้ำหล่อเลี้ยงใจของเรา ให้อยากทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชน ชุมชน สังคม และครอบครัวของเราต่อไป อันเป็นพลังที่ประเมินไม่ได้ว่ามากมายแค่ไหน แต่เป็นพลังที่เกิดขึ้นมาได้เรื่อยๆ อย่างไม่มีวันหมด เป็นความรู้สึกปลื้มและชื่นชมยินดี เสริมพลังบวก พลังแห่งความสามัคคี ให้กับชีวิตของคนทำงานได้เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

มูลนิธิสตรี-สุขภาพดีวงศ์. สรุปบทเรียนจากการเข้าร่วมประชุมปฏิบัติการเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลเด็กปฐมวัย วันที่ 1-4 กุมภาพันธ์ 2554 ณ โรงแรมนาซาบูรี รีสอร์ท จังหวัดอุดรธานี  
วิจารณ์ พานิช. โมเดลปลาหู. สืบค้นจาก <http://www.il.mahidol.ac.th/km/index.php/about-km/5-article-from-external/4-fish-model.html>. วันที่ 20 มิถุนายน 2554.  
<http://www.gotoknow.org/blog/kobaid/444650>. วันที่ 20 มิถุนายน 2554  
[http:// th.wikipedia.org/](http://th.wikipedia.org/) การจัดการความรู้. วันที่ 20 มิถุนายน 2554

# From Research to Action: New ANC Model at Health Promotion Hospital, Khonkaen

Narong Winiyakul M.D.

Pongsri Sanchaisuriya RN.

Regional Health Promotion Centre 6 Khonkaen

## Introduction

The rationale for providing antenatal care is to screen predominantly healthy pregnant women to early detect risk factors. Abnormal condition and diseases. The result of the WHO randomized trial of antenatal care<sup>(1)</sup> and the WHO systematic review indicated that a model of care that provide fewer antenatal visits could be introduced into clinical practice without causing adverse

Consequences to the women or the fetus. Since then, “The WHO antenatal care randomized trial : manual for implementation of the new model.” was published and distributed internationally by WHO.<sup>(2)</sup> This new model has been implemented in Thailand since 2004.<sup>(3)</sup>

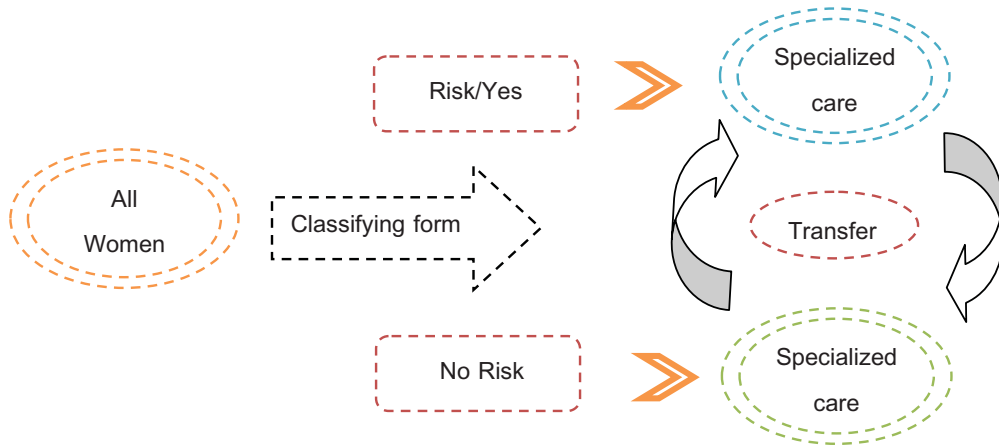
## Objectives

To evaluate the result of the antenatal care after the WHO new ANC model has been implemented in this hospital since 2004.

## Material and methods

We recruited all the women who attended antenatal care and delivered at this hospital in 2009. The characteristics of antenatal cares, interventions, complications and outcomes of the deliveries were analyzed. All women were screened for health condition likely to increase the risk of specific adverse conditions. (Fig.1)

Fig. 1 The new antenatal care model



The classifying form contained 18 checklist questions (Fig.2) and the activities distributed over the five visits were presented in the basic component checklist (Fig.3). The distributions of the five visits were :

1. The first visit (should less than 12 weeks)
2. The second visit (20 weeks)
3. The third visit (26 weeks)
4. The fourth visit (32 weeks)
5. The fifth visit (38 weeks)

Additional therapeutic interventions that are beneficial such as :

- Urine dipsticks for the screening of asymptomatic bacteriuria.

- Vaginal examination for the screening of asymptomatic vaginitis.
- Ultrasound screening at 20 weeks.
- Folate, iron, iodine and calcium supplementation

## Results

There were 899 women who had antenatal care and delivered at this hospital in 2009. Median age was 25 years(15-44). 48.2 percents firstly visited before 12 weeks. Median number of visits was 6(1-15) with 19.6 percents high risks by classifying form. (Table 1)

86.5 percents were screened for asymptomatic vaginitis by vaginal examination and 11.95 percents were

positive, mostly monilia. The prevalence of asymptomatic bacteriuria was 19 % . 70.7 percents of the pregnant women had ultrasound screening at 20-26 weeks. 27.4 percents of women had complications in pregnancy including anemia, gestational diabetes and hypertension and placenta

previa, Regarding deliveries, there were 18.9 % caesarean section and 6.9 % preterm birthe and 7.1 % low birth weight. The neonatal outcomes were shown in Table 2. There was no maternal death during this study.

**Table 1. Characteristics of the pregnant woman**

Characteristics	N = 899
Median age(year)	25(15-44)
High risk(%)	19.6
First visit before 12 wks(%)	48.2 %
Median numbers of visits	6(1-15)

**Table 2. Neonatal outcomes**

Mean birth weight(gms)	3,090
Low birth weight(%)	7.1
Apgar score < 7 at 1 min N (per 1,000 LB)	9(10.01)
Apgar score < 7 at 5 min N (per 1,000 LB)	0(0)
Stillbirth rate (per 1,000 birth)	1

## Conclusion

After the implementation of WHO new antenatal care model. There was a

reduction in the number of visits without any adverse consequences on pregnancy outcomes.

Fig.2 The classifying form

RISKS FACTORS			
<b>OBSTETRIC HISTORY</b>		<b>No</b>	<b>Yes</b>
1.	Previous stillbirth or neonatal loss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	History of 3 or more consecutive spontaneous abortions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Birth weight of last baby < 2,500 grams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Birth weight of last baby > 4,000 grams?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Last pregnancy: hospital admission for hypertension or pre-eclampsia /eclampsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Previous surgery on reproductive tract? previous cesarean section, myomectomy, conization, cervical cerclage etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CURRENT PREGNANCY</b>		<b>No</b>	<b>Yes</b>
7.	Diagnosed or suspected multiple pregnancy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Age less than 17 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Age more than 35 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Isoimmunization (Rh Negative) in current or in previous pregnancy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Vaginal bleeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pelvic mass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Diastolic blood pressure > 90 mmHg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GENERAL MEDICAL</b>		<b>No</b>	<b>Yes</b>
14.	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Renal disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Cardiac disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Known substance abuse or heavy alcohol drinking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Any other severe medical diseases : anemia, thyroid disease, SLE etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specify.....			
A <input checked="" type="checkbox"/> to any one of the above question <input type="checkbox"/> means that the women is not eligible for the basic component of the antenatal care model and should referred for special care.			
Name.....Date.....			



Fig.3 The Basic components checklist

FIRST VISIT : Date / / (before 12 wks)	Weeks				
	< 12	20	26	32	38
1. Classifying form which indicates eligible for basic components					
2. Body weight, height, blood pressure					
3. Clinical examination, ob exam : gestational age estimation, uterine height					
4. Multiple dipstick performed (urine test for protein, sugar, nitriteandleukocyte esterase)					
5. Heart and lung checkup					
6. Vaginal exam to screen asymptomatic vaginitis (can be postponed until second visit)					
7. Blood test (Hb/Hct/OF/DCIPVDRL, Anti HIV, Blood gr, Rh, HBsAg)					
8. Tetanus toxoid 1 <sup>st</sup> injection					
9. Fe/folic/ iodine supplementation					
10. Recommendation for emergencies/hot lines and health education					
SECOND VISIT : Date / / (20 wks)					
11. Body weight, blood pressure					
12. Urine test for protein, sugar					
13. Clinical examination for anemia, edema					
14. Ob exam ; gestational age exam, uterine height, fetal heart rate					
15. Vaginal examination (if not the first visit)					
16. Ultrasonography (if possible)					
17. Fe/Iodine/calcium throughout pregnancy					
18. Tetanus toxoid (second dose)					

SECOND VISIT : Date / / (20 wks)	Weeks				
	< 12	20	26	32	38
19. Posttest counseling and recommendation for emergencies					
THIRD VISIT : Date / / (26 wks)					
20. Recommendation to observed fetal movement					
FOURTH VISIT : Date / / (32 wks)					
21. Blood test for Hb/Hct. VDRL, Anti HIV					
22. Recommendation for birth place, route of delivery, lactation, contraception					
FIFTH VISIT : Date / / (38 wks)					
23. Detection of breech presentation and refer for ECV or CS					
24. If undelivered at 41 completed wks, referred for induction					

## References

1. Villar J, Br'aqueel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Betizan J, et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model or routine antenatal care. Lancet 2001; 357: 1551-64.
2. World Health Organization. **WHO antenatal care randomized trial : manual for the Implementation of the new model.** Geneva : WHO Programmer to Map Best Reproductive Health Practices; 2002
3. Lumbiganon P, Winiyakul N, Chongsomchai c. Chalsir K. From research to practice : the example of antenatal care in Thailand. Bulletin of the World Health Organization, October 2004 : 2004, 82(10)

## การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6

บังอร กล่ำสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 14 แห่ง ใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย หนองคายและอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกคน เก็บข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพนักเรียน ทดสอบสมรรถภาพทางกาย ประเมินภาวะโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) สัมภาษณ์พฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ และสำรวจสภาพแวดล้อมของโรงเรียน ในช่วงวันที่ 31 มกราคม - 2 มีนาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด ผลการศึกษาพบว่า

นักเรียนประถมศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.7 เพศชาย ร้อยละ 49.3 อายุระหว่าง 8-11 ปี ร้อยละ 65.9 อายุต่ำสุด 6 ปี สูงสุด 13 ปี อายุเฉลี่ย 9.67 ปี (S.D.=1.79) จากการตรวจสุขภาพพบว่านักเรียนมีผมและศีรษะสะอาด ร้อยละ 80.6 เป็นเหาและมีไข่เหา ร้อยละ 12.7 ใบหน้าและผิวหนังทั่วร่างกาย ใบหูและซอกหูสะอาด ร้อยละ 96.2 และ 85.7 มือ เล็บมือสะอาด ร้อยละ 56.0 เท้า เล็บเท้าสะอาด ร้อยละ 25.0 เสื้อผ้าสะอาด ร้อยละ 95.4 แต่รองเท้าและถุงเท้าพบว่าไม่สะอาด ร้อยละ 45.5 เนื่องจากนักเรียนสวมรองเท้าฟองน้ำหรือรองเท้าทั่วไปมาโรงเรียน ร้อยละ 42.9 พบความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ จมูกมีน้ำมูก ร้อยละ 13.7 รองลงมาเป็นผมและศีรษะ (เหา เชื้อรา) คอแดงหรือหนอง ทอนซิลโต เจ็บคอ ผิวหนังและ ต่อมน้ำนม ร้อยละ 12.9 5.9 4.8 และ 2.6 สายตา และการได้ยินปกติ ร้อยละ 98.2 และ 99.8 ปราศจากฟันแท้ผุ ร้อยละ 46.1 มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 40.0 ฟันแท้และฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 14.3 จำเป็นต้องรักษาเร่งด่วน ร้อยละ 14.3 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 61.4 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ 49.3 ช่องปากสะอาด ร้อยละ 26.7 นักเรียนแปรงฟันตอนเช้า กลางวัน และก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 80.4 38.2 และ 24.4 นักเรียนดื่มนมจืดเป็นประจำ ร้อยละ 96.8 ดื่มนมเปรี้ยวทุกวัน ร้อยละ 23.0 น้ำหวานหรือน้ำผลไม้และน้ำอัดลม ร้อยละ 21.2 และ 13.9 กินขนมถุงหรือขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 75.2 อมลูกอมและ กินช็อคโกแลตทุกวัน ร้อยละ 41.4 และ 17.0 การทดสอบสมรรถภาพทางกายพบว่า ผ่านทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 55.8 โดยด้าน

ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อนักเรียนผ่าน ร้อยละ 93.5 ด้านความอ่อนตัว และด้านความอดทนระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ ร้อยละ 90.3 และ 63.9 นักเรียนมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 85.49 คอชน้างผอมและผอม ร้อยละ 6.31 และ 1.58 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 1.58 และ 2.68 ตามลำดับ มีภาวะคอชน้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 8.04 และ 7.10

การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม พบว่า ทุกโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์ในเรื่อง ห้องส้วมต้องมีสบู่ล้างมือ รองลงมา เป็นไม่ผ่านเกณฑ์การบำบัดน้ำเสียต้องมีบ่อดักไขมัน หลุมซึม และไม่มีระบบป้องกันหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการดับไฟและมีการตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่เสมอ ร้อยละ 92.9 ห้องส้วมไม่มีที่ล้างมือสะอาดสภาพดี และห้องส้วมหญิงหรือบริเวณใกล้เคียงไม่มีถังขยะมีฝาปิดสภาพดี ร้อยละ 85.7 ห้องพยาบาลมีเตียงเดี่ยวไม่แยกเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 90.9 และไม่มีที่ล้างมือและทำความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ ร้อยละ 72.7 โรงอาหารพบว่า ไม่มีบ่อดักไขมันหรือมีแต่ชำรุด ร้อยละ 92.9 รองลงมาเป็นผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟไม่สวมหมวกหรือเนื้ทคลุมผม ไม่ผูกผ้ากันเปื้อน ร้อยละ 85.7 การเก็บภาชนะอุปกรณ์ประเภทช้อน ส้อม ไม่ถูกต้อง และเพียงแต่กร้าว มีราขึ้น ร้อยละ 78.6 เท่ากัน และ สุขนิสัยของผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ โดยไว้เล็บยาว ทาเล็บ ผูกค้ายหรือเชือกที่ข้อมือ สวมเครื่องประดับ และใช้มือหยิบอาหาร ร้อยละ 71.4 ส่วนส้วมพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ มากที่สุดคือด้านความสะอาด โดยทุกโรงเรียนไม่มีสบู่ล้างมือพร้อมใช้ตลอดเวลา รองลงมาเป็นพื้น ผนัง โถส้วม ที่กบปัสสาวะไม่สะอาด มีคราบสกปรก ร้อยละ 92.9 และอ่างล้างมือ ก๊อกน้ำมีคราบสกปรก ชำรุด และไม่มีถังรองรับมูลฝอยไม่มีฝาปิด เท่ากันคือ ร้อยละ 85.7

## บทนำ

เด็กวัยเรียนและเยาวชนจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพ จะต้องได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมสุขภาพตามวัย โรงเรียนจึงถือว่าเป็นสถาบันที่สำคัญ เนื่องจากเด็กจะใช้เวลาในช่วงหนึ่งของชีวิตในการเจริญเติบโต สะสมวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิต โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ตั้งขึ้นเพื่อขจัดความไม่รู้หนังสือในหมู่เด็กชาวเขาและเยาวชนที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกล การคมนาคม จะได้ติดต่อทำความเข้าใจกันได้สะดวก (ปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ, ม.ป.ป.) นอกจากสอนหนังสือแล้วตำรวจตระเวนชายแดนยังให้ความช่วยเหลือประชาชนตามแนวชายแดนโดยการแจกเสื้อผ้า

ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2523 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงริเริ่มโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทุกคนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ได้รับความรู้และฝึกฝนตนเองให้เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ พร้อมทั้งจะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนถือเป็นเป้าหมายหนึ่งของโครงการ

จากรายงานผลโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในปีพ.ศ. 2549 พบว่า เด็กประถมศึกษา มี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 5.17 และ

มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 10.26 พบคอพอกร้อยละ 1.36 (สำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2550) และจากรายงานผลการดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24 อุดรธานี ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า นักเรียนประถมศึกษามีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 1.32 และน้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 2.31 มีภาวะเตี้ยร้อยละ 1.1 และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 2.77 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ บูรณ์เจริญ และ เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ (2552) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับสมรรถภาพทางกายของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24 ซึ่งพบว่า นักเรียนประถมศึกษาที่มีปัญหาภาวะโภชนาการค่อนข้างสูงโดยพบว่ามีภาวะผอม ร้อยละ 2.58 และค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.31 พบนักเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 12.44 และค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 10.31 ดังนั้นเพื่อทราบสถานการณ์สุขภาพอนามัยของเด็กและเยาวชนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 ซึ่งมีทั้งหมด 14 แห่ง ใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย หนองคายและอุดรธานี จึงได้สำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และความปลอดภัยของนักเรียนขณะอยู่ในโรงเรียน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเฝ้าระวังส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของนักเรียนในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร เพื่อให้เจริญ

เติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีพัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพของประเทศ

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียนและอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6

## วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียน ชั้นอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกคนที่มาเรียนในช่วงการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 2 มีนาคม 2554 เก็บข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพนักเรียน ได้แก่ ตรวจความสะอาดร่างกาย และเสื้อผ้า ความผิดปกติของร่างกาย สายตา การได้ยิน สุขภาพช่องปาก ประเมินภาวะโภชนาการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง) ทดสอบสมรรถภาพทางกาย สัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพ และสำรวจอนามัยสิ่งแวดล้อมใน 3 ประเด็น ได้แก่ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลโรงอาหารและส้วม

**เครื่องมือในการศึกษา** ได้แก่ แบบตรวจสุขภาพนักเรียน แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง แผ่นตรวจสายตารูปตัววี เครื่องตรวจการได้ยิน และแบบสำรวจอนามัยสิ่งแวดล้อม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ครูใหญ่และคณะครูทราบ ขอความร่วมมือจัดเตรียมสถานที่และดูแลนักเรียนขณะดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ชี้แจงนักเรียนทุกระดับชั้นทราบถึงขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากนักเรียนอนุบาลก่อน แล้วต่อด้วยนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6

3. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียนอนุบาล ถึง ประถมศึกษาปีที่ 6 ทุกคน จำนวน 634 คน จากนักเรียนทั้งหมด 903 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2

4. ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ทุกคน จำนวน 505 คน จากนักเรียนทั้งหมด 606 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3

5. ทดสอบสมรรถภาพทางกายนักเรียนประถมศึกษาศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ทุกคน ยกเว้นนักเรียนที่มีโรคประจำตัวหรือพิการ เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ รวม 502 คน จากนักเรียนทั้งหมด 606 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8

6. สัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 จำนวน 505 คน จากนักเรียนทั้งหมด 606 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3

7. สำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนใน 3 ประเด็น ได้แก่ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การสุขาภิบาลโรงอาหาร และสัมพันธ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS

8. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแต่ละวัน และตรวจสอบข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ผล

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่โรงเรียน 4 แห่ง ได้จัดการสอบวัดผลความสามารถทางการศึกษา (NT) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 6 จึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลของนักเรียนในระดับชั้นดังกล่าวได้ และในนักเรียนอนุบาลและประถมศึกษาปีที่ 1 ในบางโรงเรียนไม่มีข้อมูลวัน เดือน ปีเกิดของนักเรียนทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะโภชนาการได้ และนักเรียนบางส่วนไม่มาโรงเรียน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนประถมศึกษา

พบว่า เป็นเพศหญิงและชายใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50.7 และ ร้อยละ 49.3 ตามลำดับอายุ อยู่ในช่วง 8-11 ปี ร้อยละ 65.9 โดยมีอายุต่ำสุด 6 ปี สูงสุด 13 ปี อายุเฉลี่ย 9.67 ปี (S.D.= 1.79) และกำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 4 ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 20.2 และ 19.4

### 2. การตรวจสุขภาพ

#### 2.1 ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า

พบว่า นักเรียนมีผมและศีรษะสะอาด ร้อยละ 80.6 ไม่สะอาด ร้อยละ 19.6 โดยพบเป็นเหาและมีไข่เหา ร้อยละ 12.7 มีรังแค ร้อยละ 5.7 ใบหูและซอกหูสะอาด ร้อยละ 85.7 ส่วนที่ไม่สะอาดพบขี้ไคล ร้อยละ 9.5 รองลงมาเป็นคราบสกปรก ร้อยละ 4.6 ใบหน้าและผิวหนังทั่วร่างกายส่วนใหญ่สะอาด ร้อยละ 96.2 มือ เล็บมือสะอาด ร้อยละ 56.0 ไม่สะอาด ร้อยละ 44.0 โดยพบขี้เล็บ ร้อยละ 33.1 รองลงมาเป็นคราบสกปรกและขี้ไคล ร้อยละ 7.9 ส่วนเท้า เล็บเท้าพบว่าสะอาดเพียงร้อยละ 25 ไม่สะอาดถึง ร้อยละ 75 โดยสาเหตุที่เท้า เล็บเท้าไม่สะอาดเพราะมีขี้เล็บ ร้อยละ 44.3 คราบสกปรก และขี้ไคล ร้อยละ 23.6 สำหรับเสื้อผ้าพบว่านักเรียนสวมเสื้อผ้าสะอาด ร้อยละ 95.4 แต่ในส่วนของรองเท้าและถุงเท้าพบว่าไม่สะอาดถึง ร้อยละ 45.5

เนื่องจากนักเรียนสวมรองเท้าฟองน้ำหรือรองเท้า  
ทั่วไปมาโรงเรียน ร้อยละ 42.9

**2.2 ความผิดปกติของร่างกาย** พบว่า  
นักเรียนส่วนใหญ่มีสภาพร่างกายปกติ โดยพบว่า  
ความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ จมูกมีน้ำมูก ร้อยละ  
13.7 รองลงมาเป็นผมและศีรษะ (เหา เชื้อรา) คอแดง  
หรือหนอง ทอนซิลโตเจ็บคอ ผิวหนัง และ ต่อมธัยรอยด์  
ผิดปกติ ร้อยละ 12.9 5.9 และ 4.8 ตามลำดับ

**2.3 การวัดสายตาและการได้ยิน** จาก  
การวัดสายต่านักเรียนด้วยแผ่นตรวจสายตา รูปตัวอี  
(E-Chart) พบว่า นักเรียนมีสายตาปกติ ร้อยละ 98.2  
และตรวจการได้ยินของนักเรียนด้วยเครื่องตรวจการ  
ได้ยิน (Impact Audiometer Model 1001) พบว่า  
นักเรียน ได้ยินปกติ ร้อยละ 99.8

**2.4 การตรวจสุขภาพช่องปาก** พบว่า  
นักเรียนที่ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 46.1 ซึ่งในส่วน  
ฟันแท้ผุแบ่งเป็นฟันแท้ที่ได้รับการรักษาด้วยการอุด  
แล้ว ร้อยละ 25.3 โดยเป็นฟันกรามใหญ่ ร้อยละ  
25.3 และอุดจำนวน 1-2 ซี่ ร้อยละ 18.0 มีฟันแท้  
ร้อยละ 17.2 โดยเป็นฟันกรามใหญ่ ร้อยละ 16.6  
และต้องรักษา 1-2 ซี่ ร้อยละ 15.2 พบฟันแท้ต้อง  
ถอน ร้อยละ 3.2 เป็นฟันกรามใหญ่ต้องถอน 1-2 ซี่  
ร้อยละ 3.0 เท่ากัน สำหรับฟันน้ำนมพบว่าฟันน้ำนม  
ร้อยละ 40.0 นอกจากนี้ยัง พบว่านักเรียนมีทั้งฟันแท้  
และฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 14.3 ส่วนอนามัยช่องปาก  
พบว่านักเรียนจำเป็นต้องรักษาเร่งด่วน โดยพบฟันแท้  
ขึ้นแล้วซ้อนกับฟันน้ำนม รากฟันน้ำนมยื่นแหลมแทง  
เหงือก บริเวณปลายรากฟันมีหนองและเป็นแผลทะลุ  
ที่เหงือก มีก้อนเนื้อในรูฟันผุ และมีอาการปวดขณะ  
ตรวจ ร้อยละ 14.3 ในส่วนสภาวะปริทันต์พบว่า  
นักเรียนมีเหงือกอักเสบร้อยละ 61.4 สำหรับการได้  
รับบริการส่งเสริมป้องกันโดยการเคลือบหลุมร่องฟัน  
พบว่า นักเรียนได้รับบริการร้อยละ 49.3 ส่วนความ

สะอาดของช่องปากพบว่า สะอาด ร้อยละ 26.7 ส่วน  
ที่เหลือพบคราบฟันเล็กน้อย ร้อยละ 50.5 และมีคราบ  
ฟันเกือบทั้งปากหรือทั้งปากร้อยละ 22.8

**3. พฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน  
ประถมศึกษา** จากการสัมภาษณ์นักเรียนประถม  
ศึกษา (ป.1 ถึง 6) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่อง  
ปาก โดยพบว่า นักเรียนแปรงฟันตอนเช้าทุกวัน  
ร้อยละ 80.4 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน  
ร้อยละ 38.2 และแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ  
24.4 ส่วนใหญ่นักเรียนตื่นนอนเป็นประจำ ร้อยละ  
96.8 ส่วนพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก  
พบว่านักเรียนดื่มนมเปรี้ยว ทุกวัน ร้อยละ 23.0 รอง  
ลงมาเป็นน้ำหวานหรือน้ำผลไม้ และน้ำดื่มน้ำตาล  
ร้อยละ 21.2 และ 13.9 ในส่วนของ ขนมถุงหรือขนม  
กรุบกรอบพบว่า นักเรียนกินทุกวัน ร้อยละ 75.2  
โดยกินวันละ 1-2 ถุง ร้อยละ 62.2 กินช็อคโกแลต  
ทุกวัน ร้อยละ 17.0 และอมลูกอมทุกวันร้อยละ 41.4  
โดยอมวันละ 1-5 เม็ด ร้อยละ 31.5

**4 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย** พบว่า  
นักเรียนผ่านการทดสอบสมรรถภาพทางกายทั้ง 3  
ด้าน ร้อยละ 55.8 ไม่ผ่านการทดสอบร้อยละ 44.2  
และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความแข็งแรง  
และความอดทนของกล้ามเนื้อนักเรียนผ่านมากที่สุด  
รองลงมาเป็นด้านความอ่อนตัว และด้านความอดทน  
ระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ ร้อยละ 93.5, 90.3  
และ 63.9

### 5. ภาวะโภชนาการของนักเรียน

**5.1 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง** ในภาพ  
รวมพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วนร้อยละ  
85.49 ค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 6.31 และ 1.58  
เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 1.58 และ 2.68 ตามลำดับ  
และเมื่อพิจารณาแยกในระดับชั้นอนุบาลพบว่า เด็ก  
อนุบาล ส่วนใหญ่มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 83.21

ค่อนข้างพอมและพอม ร้อยละ 9.16 และ 2.29 มีภาวะโภชนาการเกินคือ เริ่มอ้วน และอ้วน ร้อยละ 0.76 และ 3.05 ส่วนในนักเรียนประถมศึกษาพบว่า มีรูปร่าง สมส่วนมากกว่าเด็กอนุบาล คือร้อยละ 86.08

ค่อนข้างพอมและพอมน้อยกว่าเด็กอนุบาล คือ ร้อยละ 5.57 และ 1.39 แต่มีเริ่มอ้วนและอ้วนมากกว่าเด็กอนุบาลเล็กน้อย ร้อยละ 1.79 และ 2.58 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) ของนักเรียน

ระดับ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	พอม		ค่อนข้างพอม		สมส่วน		ท้วม		เริ่มอ้วน		อ้วน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุบาล	131	3	2.29	12	9.16	109	83.21	2	1.53	1	0.76	4	3.05
ชาย	65	1	0.76	10	7.63	50	38.17	1	0.76	1	0.76	2	1.53
หญิง	66	2	1.53	2	1.53	59	45.04	1	0.76	0	0.0	2	1.53
ประถมศึกษา	503	7	1.39	28	5.57	433	86.08	13	2.58	9	1.79	13	2.58
ชาย	243	4	0.80	7	1.39	212	42.15	8	1.59	2	0.40	10	1.99
หญิง	260	3	0.59	21	4.17	221	43.94	5	0.99	7	1.39	3	0.59
รวม	634	10	1.58	40	6.31	542	85.49	15	2.37	10	1.58	17	2.68
ชาย	308	5	0.79	17	2.68	262	41.33	9	1.42	3	0.47	12	1.89
หญิง	326	5	0.79	23	3.63	280	44.16	6	0.95	7	1.11	5	0.79

5.2 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ในภาพรวมพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 82.18 มีภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 8.04 และ 7.10 และเมื่อพิจารณาแยกตามระดับชั้นพบว่าเด็กอนุบาลมีส่วนสูง

ตามเกณฑ์ร้อยละ 78.63 ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 9.92 และ 9.16 ส่วนนักเรียนประถมศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.10 โดยมีภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ยน้อยกว่าเด็กอนุบาล คือ ร้อยละ 7.55 และ 6.56 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) ของนักเรียน

ระดับ	จำนวนนักเรียนทั้งหมด	เตี้ย		ค่อนข้างเตี้ย		ส่วนสูงตามเกณฑ์		ค่อนข้างสูง		สูงกว่าเกณฑ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุบาล	131	12	9.16	13	9.92	103	78.63	3	2.29	0	0.0
ชาย	65	8	6.11	6	4.58	50	38.17	1	0.76	0	0.0
หญิง	66	4	3.05	7	5.34	53	40.46	2		0	0.0
ประถมศึกษา	503	33	6.56	38	7.55	418	83.10	8	1.59	6	1.19
ชาย	243	13	2.58	19	3.78	207	41.15	2	0.40	2	0.40
หญิง	260	20	3.98	19	3.78	211	41.95	6	1.19	4	0.79
รวม	634	45	7.10	51	8.04	521	82.18	11	1.74	6	0.95
ชาย	308	21	3.31	25	3.94	257	40.54	3	0.48	2	0.32
หญิง	326	24	3.79	26	4.10	264	41.64	8	1.26	4	0.63



## 6. อนามัยสิ่งแวดล้อม

### 6.1 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

พบว่า ทุกโรงเรียนผ่านเกณฑ์การจัดระเบียบการจราจรโดยมีทางเข้า-ออก มีบริเวณให้นักเรียนพักผ่อน อาคารเรียนแข็งแรง ปลอดภัย มีการระบายอากาศดี และแสงสว่างเพียงพอ ขนาดของวัสดุ อุปกรณ์ เช่น โต๊ะ เก้าอี้เหมาะสม และมีท่อ รางระบายน้ำไม่อุดตัน ส่วนที่ทุกโรงเรียนไม่ผ่านเกณฑ์คือ ห้องส้วมตอม มีสบู่อ่างมือ รองลงมาเป็นการบำบัดน้ำเสียเนื่องจากไม่มีบ่อดักไขมัน หลุมซึม และไม่มีระบบป้องกันหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือในการดับไฟและไม่มีการตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่เสมอ ร้อยละ 92.9 ห้องส้วมไม่มีที่ล้างมือสะอาดสภาพดี มีน้ำใช้เพียงพอ และห้องส้วมหญิงหรือบริเวณใกล้เคียงไม่มีถังขยะมีฝาปิดสภาพดี ร้อยละ 85.7 ห้องพยาบาล (สำรวจ 11 แห่ง อีก 3 แห่ง ใช้เป็นห้องพักรักษา) พบว่า มีเตียงเดียว ไม่แยกเพศชาย เพศหญิง ร้อยละ 90.9 และไม่มีที่ล้างมือ และทำความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ ร้อยละ 72.7

### 6.2 การสุขาภิบาลโรงอาหารในโรงเรียน

พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลโรงอาหาร โดยทุกโรงเรียนผ่านเกณฑ์สถานที่สะอาด เป็นระเบียบ โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศดี มีการระบายอากาศรวมถึงกลิ่นและควันได้ดี อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะที่ปิดสนิท มีเครื่องหมาย อย. อาหารสด อาหารแห้งมีคุณภาพ แยกเป็นสัดส่วน (ส่วนใหญ่ซื้ออาหารสดมาประกอบอาหารวันต่อวัน) น้ำแข็งสะอาด และภาชนะใส่น้ำดื่ม สายชู น้ำปลา ทำด้วยแก้วกระเบื้องเคลือบ (โรงเรียน 12 แห่ง ไม่ได้บริโภคน้ำแข็งและไม่มีภาชนะใส่น้ำดื่มสายชู) และผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ส่วนข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ บ่อดัก

เศษอาหารและไขมัน พบว่า โรงเรียนไม่มีบ่อดักไขมันหรือมีแต่ชำรุด ร้อยละ 92.9 รองลงมาเป็นผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟไม่สวมหมวกหรือเนื้ทคลุมผม ไม่ผูกผ้ากันเปื้อน ร้อยละ 85.7 เก็บภาชนะอุปกรณ์ประเภท ซ้อนส้อม ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลและเขียงแตกร้าว มีราขึ้น ร้อยละ 78.6 และสุขนิสัยของผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ โดยไว้เล็บยาว ทาเล็บ ผูกด้ายหรือเชือก ที่ข้อมือ สวมเครื่องประดับ และใช้มือหยิบอาหาร ร้อยละ 71.4

### 6.3 ส้วมผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลระดับประเทศ (HAS)

พบว่า ทุกโรงเรียนผ่านเกณฑ์ด้านความเพียงพอทั้ง 2 ข้อ คือ มีส้วมนั่งราบ และพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ด้านความสะอาด ในเรื่องสภาพ ท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บไม่รั่ว แตก และด้านปลอดภัยในเรื่องที่ตั้งส้วม ไม่อยู่ในที่ลับตาและที่เปลี่ยว ส่วนที่ผ่านเกณฑ์รองลงมา เป็นเกณฑ์ความปลอดภัยในเรื่องมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 92.9 พื้นห้องส้วมแห้ง ร้อยละ 85.7 และห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไปแยกเป็นห้องส้วมชาย-หญิง ร้อยละ 71.4 และเกณฑ์ด้านความสะอาดเรื่องการระบายอากาศ ไม่มีกลิ่น ร้อยละ 71.4 ส่วนเกณฑ์ที่โรงเรียนไม่ผ่านมากที่สุดคือด้านความสะอาด โดยทุกโรงเรียนไม่มีสบู่อ่างมือพร้อมใช้ตลอดเวลา รองลงมา เป็นพื้น ผนังโถส้วม ที่กดปัสสาวะไม่สะอาด มีคราบสกปรกร้อยละ 92.9 และอ่างล้างมือ ก๊อกน้ำมีคราบสกปรก ชำรุด และไม่มีถังรองรับมูลฝอย ไม่มี ฝาปิดเท่ากันคือ ร้อยละ 85.7

## วิจารณ์

### 1. การตรวจสอบสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา

พบว่า นักเรียนเป็นเหาและมีไข่เหา ร้อยละ 12.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์

ภาคภูมิ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554) และกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2550) ซึ่งพบว่านักเรียนประถมศึกษาเป็นเพศและ มีไข้หวัดร้อยละ 10.4 และ 10.1 แต่พบเป็นโรค เหนือกว่าการศึกษาศูนย์อนามัยที่ 8 (2554) ที่ พบว่า นักเรียนประถมศึกษา (หญิง) ในพื้นที่เขตรับ ผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานีและชัยนาท เป็นโรคห้าร้อยละ 43.1 โรคเหา เกิดจากการดูแลอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ปล่อยให้ผม สีรษะ สกปรก ซึ่งเหาเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ง่ายและ พบบ่อยในนักเรียนเนื่องจากการเล่นคลุกคลี ใกล้ชิด กัน โดยเหาจะเคลื่อนตัวไปตามเส้นผมจากศีรษะคน ที่เป็นไปยั้งเส้นผมของอีกคนหนึ่ง หรืออาจเกิดจาก การใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น หวี หมวก หมอน ที่นอน เสื้อผ้า แต่ส่วนมากก็จะติดต่อกับการสัมผัสโดยตรง มากกว่าและยังพบว่า นักเรียนมีอาการแสดงของต่อม ัยรอยด์ผิดปกติหรือ โรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งจาก การตรวจโดยวิธีคลำคอ พบว่า นักเรียนมีก้อนโต ระดับ 1 ร้อยละ 2.6 และมีนักเรียนอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีก้อนโตแต่ยังไม่ถึงระดับ 1 สอดคล้องกับรายงาน ของโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ในปี พ.ศ. 2549 ที่พบว่านักเรียนยังมีปัญหาคอพอก ร้อยละ 1.36 และปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) ซึ่ง ศึกษาสภาวะสุขภาพของนักเรียน ในโรงเรียนระดับ ประถมศึกษา สังกัดกองบังคับการตำรวจตระเวน ชายแดน ภาค 2 โดยตรวจพบโรคและความผิดปกติ โดยรวมของนักเรียน ร้อยละ 89.4 โรคที่พบมาก ที่สุด 10 อันดับแรก คือ ฟันผุ ฟันมีหินปูน ต่อมัย รอยด์โต เหา ริดสีดวงตา เหงือกอักเสบ พุพอง ต่อม

ทอนซิลอักเสบ เกลิออน และเยื่อตาอักเสบ ร้อยละ 78.4 52.6 22.6 17.0 9.2 8.4 7.5 6.2 4.4 และ 4.2 ซึ่งแนวโน้มในการดำเนินงานของโรงเรียนตำรวจตระเวน ชายแดนเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน ส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยให้นักเรียนดื่มน้ำ เสริมไอโอดีน แต่จากการสอบถามและสังเกตพบว่า นักเรียนไม่ค่อยดื่มน้ำเสริมไอโอดีนที่ทางโรงเรียนจัด ไว้ให้ โดยดื่มน้ำจากก๊อกน้ำในโรงเรียนแทน และบาง ส่วนนำน้ำจากบ้านมาดื่มที่โรงเรียน

การวัดสายตาพบว่า นักเรียนมีสายตาผิดปกติ ร้อยละ 1.8 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) ที่พบว่า นักเรียนมี สายตาผิดปกติ ร้อยละ 0.5 แต่น้อยกว่าการศึกษา ของศูนย์อนามัยที่ 8 (2554) ที่พบว่านักเรียนมี สายตาผิดปกติ ร้อยละ 5.7 และอรพินท์ ภาคภูมิ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554) พบสายตาผิดปกติข้างซ้ายร้อยละ 4.5 ข้างขวาร้อยละ 2.8 และ กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริม สุขภาพ (2550) พบว่า มีสายตาผิดปกติร้อยละ 4.3 โดยเด็กหญิงมีความผิดปกติมากกว่าเด็กชาย (เด็กหญิงร้อยละ 5.2 เด็กชายร้อยละ 3.2) เนื่องจาก ปัจจุบันความก้าวหน้าของวิทยาการมีมากขึ้นโดย เฉพาะคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ ทำให้นักเรียนใช้เวลา ส่วนใหญ่กับการดูโทรศัพท์ เล่นคอมพิวเตอร์ วันละ หลายชั่วโมง จึงอาจเป็นเหตุให้สายตาผิดปกติได้ ส่วน การได้ยินพบความผิดปกติ ร้อยละ 0.2 แต่นักเรียน ที่มีปัญหาสายตา หรือการได้ยินผิดปกติ ควรได้รับการ แก้ไขอย่างเร่งด่วนเนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผล กระทบต่อการเรียนโดยตรง

สุขภาพช่องปาก พบว่า นักเรียนปราศจากฟัน ผุเพียง ร้อยละ 46.1 โดยมีฟันผุที่รักษาด้วยการอุด

ร้อยละ 25.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของศูนย์อนามัยที่ 8 (2554) ที่พบว่านักเรียนประถมศึกษาป्राจจกาโรคฟันผุในฟันถาวรร้อยละ 67.7 และถ้าพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของนักเรียนพบว่า นักเรียนแปรงฟันตอนเช้า กลางวัน และก่อนนอน ร้อยละ 80.4 38.2 และ 24.4 สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร กล่ำสุวรรณ และ ปิยะนุช เอกก้านตรง (2552) ที่พบว่านักเรียนแปรงฟัน ทุกวันตอนเช้าหลังตื่นนอน ร้อยละ 88.2 รองลงมาแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 50.4 และแปรงฟันที่โรงเรียนหลังอาหารกลางวัน ร้อยละ 42.9 และการศึกษาของอรพินท์ ภาคภูมิ และ กันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554) พบว่านักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนทุกวัน ร้อยละ 27.1 แปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 40.1 นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า นักเรียนในโรงเรียนตำราวจตระเวนชายแดนดื่มนมเปรี้ยว น้ำหวาน น้ำผลไม้ และน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 23.0, 21.2 และ 13.9 กินขนมถุ่มทุกวัน ร้อยละ 75.2 และกินลูกอมและช็อคโกแลตทุกวันร้อยละ 41.4 และ 17.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร กล่ำสุวรรณ และ ปิยะนุช เอกก้านตรง (2552) ที่พบว่าอาหารที่นักเรียนรับประทานทุกวัน 5 ลำดับแรก ได้แก่ ขนมถุ่มหรือขนมกรุบกรอบ นมเปรี้ยว น้ำหวานหรือน้ำผลไม้ ลูกอมหรือเยลลี่ และช็อคโกแลตหรือขนมเคลือบ ช็อคโกแลต ร้อยละ 36.4 17.1 13.7 13.3 และ 9.9 และกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชนสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2550) พบว่า นักเรียนดื่มเครื่องดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันมากที่สุดได้แก่นมเปรี้ยว ร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำปรุงแต่งรสผลไม้ น้ำหวาน และดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 44.7 41.5 และ 40.5 และรับประทานลูกอม

หรือ ท็อฟฟี่ทุกวันหรือเกือบ ทุกวันร้อยละ 39.7 รับประทานช็อคโกแลต ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 41.4 ปัจจุบันเป็นยุคแห่งโลกสื่อสาร การเข้าถึงสื่อโฆษณาต่างๆ ทำให้นักเรียนเฝ้าอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลได้รับกระแสการโฆษณาและการเดินทางที่มีความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีอาหาร ขนมหที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปากเข้าถึงนักเรียนได้ง่ายขึ้น และจากการสำรวจสหกรณ์ของโรงเรียนพบว่า โรงเรียนบางแห่งจำหน่ายขนมถุ่ม ขนมกรุบกรอบ มาม่า ไอศกรีม ลูกอม นมเปรี้ยวและน้ำหวานต่างๆ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพช่องปากทั้งสิ้น ประกอบกับการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยลงดังจะเห็นจากพฤติกรรมแปรงฟัน ทั้งที่บ้านและโรงเรียนส่งผลให้นักเรียนมีฟันน้ำนมผุถึง ร้อยละ 40 ปัญหาอนามัยช่องปากต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนและเหิงอกอักเสบ ร้อยละ 14.3 61.4 ช่องปากสะอาดเพียง ร้อยละ 26.7 ตลอดจนการได้รับบริการส่งเสริมป้องกันค่อนข้างต่ำโดยได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 49.1

นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนมีปัญหาเรื่องความสะอาดมือ เท้า และเล็บ โดยเฉพาะเท้าไม่สะอาดถึง ร้อยละ 75 พบขี้เล็บ ร้อยละ 44.3 คราบสกปรกและขี้โคล ร้อยละ 23.6 โดยพบว่าสาเหตุที่เท้าและเล็บเท้าไม่สะอาดเนื่องจากนักเรียนชอบสวมรองเท้าฟองน้ำหรือรองเท้าทั่วไปมาโรงเรียน ทำให้เท้าสัมผัสฝุ่น ดิน และเมื่อมาถึงโรงเรียนจะถอดรองเท้าวิ่งเล่น ทำให้เท้า เล็บเท้าสกปรก

## 2. การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

จากการศึกษาพบว่า นักเรียนผ่านการทดสอบสมรรถภาพทางกายทั้ง 3 ด้าน ร้อยละ 55.8 โดยด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ทดสอบโดยวิธีนอนยกตัวผ่านมากที่สุด ร้อยละ

93.5 ด้านความอ่อนตัว ทดสอบโดยการนั่งอตัวผ่าน ร้อยละ 90.3 และด้านความอดทนระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจทดสอบโดยการเดิน หรือวิ่ง 1.6 กิโลเมตร ผ่านน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 63.9 ทั้งนี้ เนื่องจากการตัดสินใจว่านักเรียนมีสมรรถภาพทางกายผ่านเกณฑ์นั้นจะต้องผ่านการทดสอบทั้ง 3 ด้านในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งจากทดสอบพบว่านักเรียนเกือบครึ่งไม่ผ่านการทดสอบการเดิน หรือวิ่ง 1.6 กิโลเมตร เนื่องจากการเดินหรือวิ่ง 1.6 กิโลเมตรเป็นการฝึกความอดทนระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ นักเรียนต้องออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจึงจะทำให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่เหนื่อยง่าย ในการทดสอบสมรรถภาพทางกายของนักเรียนครั้งนี้ จะใช้สถานที่ตามความเหมาะสมในบริเวณโรงเรียน เช่น สนามฟุตบอล สนามบาสเกตบอล ถนนบริเวณโรงเรียน ซึ่งมีระยะทาง (ความยาว) ไม่มากนัก ทำให้นักเรียนต้องวิ่งหลายรอบอีกทั้งช่วงเวลาการทดสอบ มักจะประมาณ 10.00 น. ถึง 11.30 น. อากาศค่อนข้างร้อน และให้เด็กทดสอบเป็นกลุ่ม โดยนักเรียนสามารถทดสอบโดยการวิ่งหรือเดินเร็วก็ได้ แต่มักพบว่าเมื่อวิ่งไปได้ระยะหนึ่งนักเรียนจะเปลี่ยนเป็นเดินแทน (เดินไปเรื่อยๆ ไม่ใช่เดินเร็ว) ทำให้ใช้เวลาค่อนข้างมาก ผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของสุภาพบุรณเจริญ และเพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ (2552) ที่พบว่าสมรรถภาพทางกายนักเรียนอายุ 7 ถึง 9 ปี และ 10 ถึง 11 ปี มีสมรรถภาพทางกายในระดับดีทุกรายการ และนักเรียนอายุ 12 ปี อยู่ในระดับดี

### 3. ภาวะโภชนาการ

นักเรียนมีภาวะค่อนข้างผอม และผอม ร้อยละ 6.31 และ 1.58 โดยเด็กอนุบาลจะ

ค่อนข้างผอมและผอม (ร้อยละ 9.16, 2.29) มากกว่าเด็กประถมศึกษา (ร้อยละ 5.57, 1.39) นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนมีภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ยร้อยละ 8.04 และ 7.10 โดยเด็กอนุบาลมีภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย (ร้อยละ 9.92 9.16) มากกว่าเด็กประถมศึกษา (ร้อยละ 7.55 6.56) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของสุภาพบุรณเจริญ และเพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ (2552) ที่พบว่านักเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนมีภาวะค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 5.31 และ 2.58 ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ยร้อยละ 10.31 และ 12.44 (การศึกษาพบภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย น้อยกว่า) และสอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ ภาควงุมิ และกันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554) พบภาวะผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 10.8 และมีภาวะเตี้ย-ค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 11.3 และกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2550) พบว่านักเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ 3.2 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.2 มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 3.5 ค่อนข้างเตี้ยร้อยละ 5.1 แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนยังมีปัญหาโภชนาการ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ส่วนปัญหาภาวะโภชนาการเกิน (เริ่มอ้วนและอ้วน) พบร้อยละ 1.58 และ 2.68 ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของอรพินท์ ภาควงุมิ และกันยารัตน์ สมบัติธีระ (2554) ที่พบว่า เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 5.9 และกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2550) พบว่านักเรียนเริ่มอ้วน ร้อยละ 5.4 และอ้วน ร้อยละ 4.7 ซึ่งเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยการรับประทานอาหาร

จำพวกแป้ง น้ำตาลมากขึ้น รับประทานผักน้อยลง และการออกกำลังกายน้อย ดังนั้นจึงควรเร่งแก้ไขปัญหานักเรียนกลุ่มนี้เพื่อไม่ให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพ อันได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

#### 4. อนามัยสิ่งแวดล้อม

##### 4.1 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก ดังนั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมจึงพบว่า ทุกโรงเรียนสามารถจัดระเบียบการจราจรโดยมีทางเข้า-ออก บางโรงเรียนมีประตูเข้า-ออกทางเดียว และอาคารส่วนใหญ่เป็นอาคารชั้นเดียว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ครูและนักเรียน พบว่า ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียนมีเพียงอุบัติเหตุเล็กน้อย (เช่น หกล้ม) มีบริเวณให้นักเรียนพักผ่อน อาคารเรียนแข็งแรงปลอดภัย มีการระบายอากาศดีและแสงสว่างเพียงพอ ขนาดของวัสดุ อุปกรณ์ เช่น โต๊ะ เก้าอี้เหมาะสมและมีท่อ รางระบายน้ำไม่อุดตัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) พบว่า สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมบริเวณโรงเรียน อาคารเรียนอยู่ในสภาพใช้งานได้ การบำบัดน้ำเสียต้องมีบ่อดักไขมัน หลุมซึม เนื่องจากโรงเรียนตั้งอยู่ห่างไกลชุมชนจึงไม่มีปัญหาน้ำท่วมขัง เน่าเสีย โรงเรียนจึงไม่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ เช่นเดียวกับการป้องกันความปลอดภัยในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดับไฟและอุปกรณ์ที่มีอยู่หมดอายุ เนื่องจากโรงเรียนมีขนาดเล็กและยังไม่เคยเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุต่างๆ สำหรับห้องพยาบาล (สำรวจ 11 แห่ง อีก 3 แห่ง ใช้เป็นห้องพักครู) พบว่า ห้องพยาบาลมีเตียงเดียวไม่แยกเพศชาย-หญิง ร้อยละ 90.9 และไม่มีที่ล้างมือและทำความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์

ร้อยละ 72.7 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) ที่พบว่าทุกโรงเรียนมีห้องพยาบาล หรือมุมพยาบาล แยกเป็นสัดส่วน ความสะอาดอยู่ในขั้นพอใช้ ร้อยละ 55.6

##### 4.2 การสุขาภิบาลโรงอาหาร พบว่า โรงเรียน

ตำรวจตระเวนชายแดนจะมีโรงอาหารแยกต่างหาก มีการจัดการสุขาภิบาลโรงอาหาร ได้ดีพอสมควร โดยพบว่าส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลโรงอาหาร โดยทุกโรงเรียนผ่านเกณฑ์ในเรื่องสถานที่สะอาด เป็นระเบียบ โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศดี มีการระบายอากาศรวมถึงกลิ่นและควันได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) พบว่า โรงอาหารแยกเป็นสัดส่วนและสะอาดพอใช้ร้อยละ 77.8 อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะที่ปิดสนิทมีเครื่องหมาย อย. อาหารสด อาหารแห้งมีคุณภาพ แยกเป็นสัดส่วน (ส่วนใหญ่ซื้ออาหารสดมาประกอบอาหารวันต่อวัน) น้ำแข็งสะอาด และภาชนะใส่น้ำดื่มสะอาด น้ำปลาทำด้วยแก้วกระเบื้องเคลือบ (โรงเรียน 12 แห่ง ไม่ได้บริโภคน้ำแข็งและไม่มีการใส่น้ำดื่มสะอาด) ส่วนใหญ่ พบว่า โรงเรียนไม่มีตู้เก็บอาหารปรุงสุก โดยอาหารปรุงสุกจะเก็บใส่หม้อปิดฝาและนำมาตักให้นักเรียนรับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) พบว่า อาหารที่ปรุงสุกเก็บได้ถูกต้องเป็นบางส่วน ร้อยละ 77.8 การเก็บภาชนะอุปกรณ์ประเภทช้อน ส้อม ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร และเชียงแตก ร้าว มีราขึ้น และล้างภาชนะและเตรียมอาหารเพื่อปรุงประกอบกับพื้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) ที่พบว่าวิธีการล้างภาชนะใส่อาหารยังไม่ถูกหลักสุขาภิบาล เกือบทุกโรงเรียนไม่มีบ่อดัก

ไขมันหรือมีแต่คาร์บ ในส่วนของผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟพบว่า แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน แต่ไม่สวมหมวกหรือ เนื้ทคลุมผม ไม่ผูกผ้ากันเปื้อน ไม้เล็บยาว ทาเล็บ ซึ่ง จากการสัมภาษณ์ผู้ปรุงอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่จัดเวรเวียนกันมาทำอาหาร ยังไม่เคยผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหาร และบางคนยังไม่เคยตรวจสุขภาพ

**4.3 สัมภาษณ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารระดับประเทศ (HAS)** ผลการประเมินพบว่า ทุกโรงเรียนผ่านเกณฑ์ด้านความเพียงพอทั้ง 2 ข้อ คือ มีส้วมนั่งราบ และพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ ด้านความสะอาด ทุกโรงเรียนผ่านในเรื่องสภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บไม่รั่ว แตก และด้านปลอดภัยในเรื่องที่ตั้งส้วม ไม่อยู่ในที่ลับตาหรือที่เปลี่ยว ส่วนที่ผ่านเกณฑ์รองลงมาเป็นเกณฑ์ความปลอดภัยในเรื่องแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 92.9 พื้นห้องส้วมแห้ง ร้อยละ 85.7 และห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไปแยกเป็นห้องส้วมชายและหญิง ร้อยละ 71.4 และเกณฑ์ด้านความสะอาดเรื่องการระบายอากาศดี ไม่มีกลิ่น ร้อยละ 71.4 ส่วนเกณฑ์ที่โรงเรียนไม่ผ่านมากที่สุดคือด้านความสะอาด โดยทุกโรงเรียนไม่มีสบู่ล้างมือพร้อมใช้ รองลงมาเป็นพื้นผนัง โถส้วมที่กดปัสสาวะไม่สะอาด มีคราบสกปรก ร้อยละ 92.9 และอ่างล้างมือ ก๊อกน้ำมีคราบสกปรก ขำรด และไม่มีถังรองรับมูลฝอย และไม่มีฝาปิด เท่ากันคือ ร้อยละ 85.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ (2539) สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมพบว่า ส้วมชนิดราดน้ำมีเพียงพอ แต่ความสะอาดอยู่ในขั้นพอใช้ และควรปรับปรุง การกำจัดขยะไม่ถูกหลักสุขาภิบาลทุกโรงเรียน

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. โรงเรียนควรให้ความรู้ สร้างเสริมเจตคติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพื่อแก้ปัญหาโรคที่เกิดจากอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ เหา ฟันผุ และโรคผิวหนังต่างๆ โดยเฉพาะโรคเหาป้องกันได้โดยให้เด็กตัดผมสั้น สระผมให้สะอาดอยู่เสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ไม่เล่นคลุกคลีกับผู้ที่เป็เหา หรือใช้สิ่งของร่วมกัน นอกจากนี้โรงเรียนควรมีการสำรวจนักเรียนที่เป็นเหาและทำการกำจัดเหาร่วมกันทั้งโรงเรียน ตลอดจนแจ้งผู้ปกครองให้ช่วยดูแลความสะอาดของผผมและศีรษะของนักเรียน และถ้าที่บ้านมีคนเป็นเหาต้องรักษาไปพร้อมๆ กัน

2. โรงเรียนควรมีแนวทางการควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนในนักเรียน โดยให้นักเรียนทุกคนดื่มน้ำเสริมไอโอดีนที่โรงเรียนทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว เพิ่มอาหารประเภทที่มีสารไอโอดีน และใช้เครื่องปรุงรสที่เสริมไอโอดีน มาใช้ในการปรุงอาหารกลางวันให้กับนักเรียนตลอดจนให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ปกครองถึงผลเสียของการขาดสารไอโอดีน

3. นักเรียนที่มีปัญหาสายตา และการได้ยิน ควรได้รับการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจซ้ำ และส่งพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อแก้ไขปัญหาโดยตัดแว่นหรือใช้เครื่องช่วยการได้ยิน

4. โรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน งดจำหน่ายลูกอม ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำผลไม้ในโรงเรียน

5. โรงเรียนควรให้นักเรียนออกกำลังกายเพื่อฝึกความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ได้แก่ การวิ่ง เต้นแอโรบิค ฟุตบอล บาสเกตบอล วอลเลย์บอล กระโดดเชือก โดยออกกำลังกายอย่าง

น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที และควรจัดสถานที่ อุปกรณ์ และจัดกิจกรรมกระตุ้น ส่งเสริมให้นักเรียนอยากออกกำลังกาย เช่น การประกวด การแข่งขันกีฬาประเภทต่างๆ

6. โรงเรียนควรมีการเฝ้าระวังประเมินภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนอย่างต่อเนื่องและนำมากำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะปัญหาภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย

7. ส่งเสริมให้นักเรียนรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และจัดอาหารมื้อกลางวันและอาหารว่างให้นักเรียนได้รับสารอาหารครบถ้วน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะค่อนข้างเตี้ย และเตี้ย ควรให้นักเรียนรับประทานอาหารเช้าที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียวต่างๆ ซึ่งนมเป็นอาหารว่างที่โรงเรียนจัดให้กับนักเรียนอยู่แล้วควรให้ดื่มนมเพิ่มขึ้นจาก 1 แก้ว เป็น 2-3 แก้ว ควบคู่กับให้นักเรียนออกกำลังกายที่เน้นการลงน้ำหนักที่เท้าเน้นกิจกรรมที่มีแรงกระแทกหรือมีการลงน้ำหนักตัวในทิศทางที่หลากหลาย เช่น กระโดดเชือก วิ่ง เดิน แอโรบิก เล่นฟุตบอล การกระโดดโลดเต้น การบริหารร่างกายโดยการยืดตัว เช่น การโหนบาร์ เล่นบาสเกตบอล และควรออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่า 30 นาที

8. นักเรียนที่มีภาวะค่อนข้างอ้วนและอ้วน ควรให้นักเรียนรับประทานอาหารเช้าประเภทแป้ง ขนมหวาน และไขมันน้อยลงและเพิ่มปริมาณอาหารประเภทผักผลไม้รสไม่หวานจัดแทน งดเครื่องดื่มรสหวาน นมเปรี้ยว น้ำอัดลม ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที ตลอดจนมีการเฝ้าระวัง โดย

มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุก 1 เดือน เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเป็นประจำ จนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรมีกิจกรรมหรือมาตรการลดอ้วนลงพุง ในโรงเรียนและชุมชนใกล้โรงเรียนเป็นส่วนช่วยเสริมสร้างความสำเร็จในการลดความอ้วนให้กับเด็ก ตลอดจนมีการเฝ้าระวังโดยการชั่งน้ำหนัก เพื่อประเมิน

9. ควรให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลรักษาความสะอาดของมือ เท้า โดยให้นักเรียนตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อไม่ให้เป็นที่สะสมเชื้อโรค ล้างมือล้างเท้าให้สะอาดอยู่เสมอโดยเฉพาะซอกเล็บ ง่ามนิ้วมือ นิ้วเท้า และควรสวมรองเท้าให้นักเรียนมาโรงเรียนเพื่อป้องกันฝุ่น สิ่งสกปรก และไม่ควรถิ่น หรือวิ่งเล่นด้วยเท้าเปล่า

10. ควรสร้างสุขนิสัย พฤติกรรมที่ถูกต้องให้นักเรียน เช่น จัดเวรทำความสะอาดห้องส้วมและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน แบ่งโซนให้นักเรียนรับผิดชอบตามระดับชั้น มีผู้ตรวจสอบความสะอาด จัดกิจกรรมรณรงค์ เช่น การประกวดส้วมสะอาด ห้องเรียนน่าอยู่น่าเรียน ฝึกนิสัยการทิ้งขยะให้ถูกที่และจัดภาชนะรองรับขยะแยกประเภท เช่น ขยะแห้ง ขยะรีไซเคิล

11. ควรมีอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย สภาพดีพร้อมใช้งาน มีแผนซ้อมการดับเพลิง การปฐมพยาบาล การกู้ชีพเบื้องต้น ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องเล่นสนามให้อยู่ในสภาพดี สนามไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในโรงเรียน

12. ควรมีห้องพยาบาลแยกต่างหากและจัดเตียงแยกชาย หญิง มีที่ล้างมือ ภาชนะอยู่ในห้องพยาบาลที่สะอาดและหมั่นตรวจสอบยาให้อยู่ในสภาพดีไม่หมดอายุ และแยกเป็นสัดส่วนระหว่างยารับประทานและยาใช้ภายนอก

13. โรงอาหารควรมีระบบบำบัดน้ำเสียก่อน ที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ และควรได้รับการ  
ปล่อยออกสู่ภายนอกโดยเฉพาะไขมัน อบรมหลักสุขาภิบาลอาหารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
14. ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟอาหารควรได้รับการตรวจ ครอบคลุมทุกคน  
สุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันโรคติดต่อ

### เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ. [ม.ป.ป.]. **การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในนักเรียน ปี 2550**. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา).
- บังอร กล้าสุวรรณ & ปิยะนุช เอกก้านตรง. (2552). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 3 (1), 99-113
- ปรีชา กิจวัฒน์ชัย และคณะ. (2539) **การศึกษาวิธีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาในสังกัดกองบังคับการตำรวจตระเวนชายแดน ภาค 2**. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาพ บุรณ์เจริญ & พิณนิตา ไชยสายัณห์. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับสมรรถภาพทางกายของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 24**. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 6. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2550). **รายงานโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี**. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการฯ.
- ศูนย์อนามัยที่ 8. (2554). **โครงการประเมินภาวะสุขภาพประชากรด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. นครสวรรค์: ศูนย์อนามัยที่ 8. (เอกสารอัดสำเนา)
- อรพินท์ ภาคภูมิ & กัญยรัตน์ สมบัติธีระ. (2554). การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 2 (2), 37-48.



การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน  
ของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น  
Community Participation in the Prevention of Teenage Pregnancy,  
Vangchai Municipality Numpong District Khonkaen Province

สุภาวดี ป็องสา                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สมควร สีทาพา                      นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์            นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### บทคัดย่อ

ความรุนแรงปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นำไปสู่การตั้งครรภ์ การทำแท้ง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย ระยะเวลาดำเนินการ ปี พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. แกนนำครู และแกนนำนักเรียน 64 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ในชุมชน ผู้ปกครองมีการปรับทัศนะเรื่องเพศ คิดเชิงบวก มีการสื่อสาร และเข้าใจวัยรุ่นมากกว่าเดิมก่อนที่ยังไม่มีโครงการ เนื่องจากมีความเข้าใจถึงความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ ในเรื่องเพศและไม่คิดว่าเป็นการชี้โพรงให้กระรอก และได้ขยายผลไปสู่ครอบครัวอื่นด้วย รวมทั้งปรับให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในงานบุญประเพณี มีวัยรุ่นทำหน้าที่จัดรายการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และเสียงเพลงทางเสียงตามสายมีศูนย์การเรียนรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และมีคณะทำงานในชุมชน ส่วนในโรงเรียนมีชมรมทำกิจกรรมหลังเลิกเรียน มีการจัดตั้งคณะทำงานแกนนำนักเรียน มีห้องให้คำปรึกษา เพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีครูคอยให้การช่วยเหลือ มีการประยุกต์และบูรณาการสอนเพศศึกษาร่วมกับวิชาอื่นที่นอกเหนือจากวิชา สุขศึกษา พลานามัย และเชื่อมโยงการดูแลวัยรุ่นด้วยการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียงทั้งเชิงรุกและรับ ภาครัฐร่วมกันขับเคลื่อนทำงานไปพร้อมๆ กัน ส่งผลกระทบบั้ววัยรุ่นในทิศทางบวก มีการติดตามประเมินผล ปรับแผนการทำงานเป็นระยะๆ จากผลการวิเคราะห์

ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า เรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยผู้ปกครองมีความรู้ ร้อยละ 67 และแกนนำนักเรียนมีความรู้ ร้อยละ 87 เรื่องทัศนคติเกี่ยวกับวัยรุ่นหญิงต้องรักษานวลสงวนตัว นักเรียนเห็นด้วย ร้อยละ 82 ผู้ปกครองเห็นด้วย ร้อยละ 90 จึงเสนอแนะให้มีการดำเนินงาน ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีเทศบาลให้การสนับสนุนงบประมาณ ผู้ปกครองนักเรียนทำกิจกรรมร่วมกัน วัยรุ่นเข้าถึงบริการอย่างเป็นกันเอง และขยายผลไปชุมชนเทศบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายกัน

## บทนำ

ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยนำไปสู่การตั้งครรภ์ การทำแท้ง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการสำรวจของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2550 พบว่า วัยรุ่นไทยระดับอุดมศึกษา นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 36 และ 42.4 ตามลำดับ อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกซึ่งมีแนวโน้มเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ คือ 16 ปี เร็วกว่า 10 ปีที่แล้ว ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 19 ปี และมีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่เกิดด้วยความตั้งใจ มารดาวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีร้อยละ 14.7 ของการคลอดทั้งหมด หรือประมาณ 132,000 คน ต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งในมารดาวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 30 และเป็นเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 46.8 (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) จากการสำรวจพฤติกรรมเด็กและเยาวชนทั้งทางด้านสุขภาพ การศึกษา ภาวะทางสังคม และการใช้ชีวิตของเด็กวัยต่างๆ ของ Child Watch ปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า เด็กไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคมสูงขึ้น เช่น เด็กอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา ร้อยละ 36 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และร้อยละ 56 ยอมรับการอยู่ก่อนแต่งงาน (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553)

จากรายงานสถาบันรามจิตติ (2550) จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2550-2551 พบว่า เด็ก

ประถมศึกษาชายุทธศาสตร์ และเล่นอินเทอร์เน็ตเป็นประจำสูงถึง ร้อยละ 32.08 และ 32.25 ตามลำดับ ส่วนเด็กอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา ยอมรับว่าเคยมีเพศสัมพันธ์สูงถึง ร้อยละ 42.16 และ 53.56 ตามลำดับ ในรายงานปี พ.ศ. 2553 จังหวัดขอนแก่น พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 18.19 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2553) ดังนั้นการแก้ไขปัญหอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น หรือการให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในสังคม จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาและวางแผนทำงานร่วมกัน โดยใช้แหล่งงบประมาณในท้องถิ่น รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพให้กับแกนนำวัยรุ่น ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง ครู และวัยรุ่น เข้าถึงการรับบริการที่เป็นมิตร พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น

โรงเรียนชุมชนหนองกุงวิทยา เป็นโรงเรียนขยายโอกาส ในเขตเทศบาลตำบลวังชัย มีนักเรียนจำนวน 679 คน มีนักเรียนตั้งครรภ์อย่างน้อยปีละ 1-2 คน (ปี พ.ศ. 2550-2552) ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อได้ ผู้บริหารโรงเรียนต้องการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ และในพื้นที่เทศบาลตำบลวังชัยมี 14 ชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง อสม. มีความสนใจที่จะแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ผู้บริหารของเทศบาลให้ความสำคัญและสนใจกับปัญหาวัยรุ่น

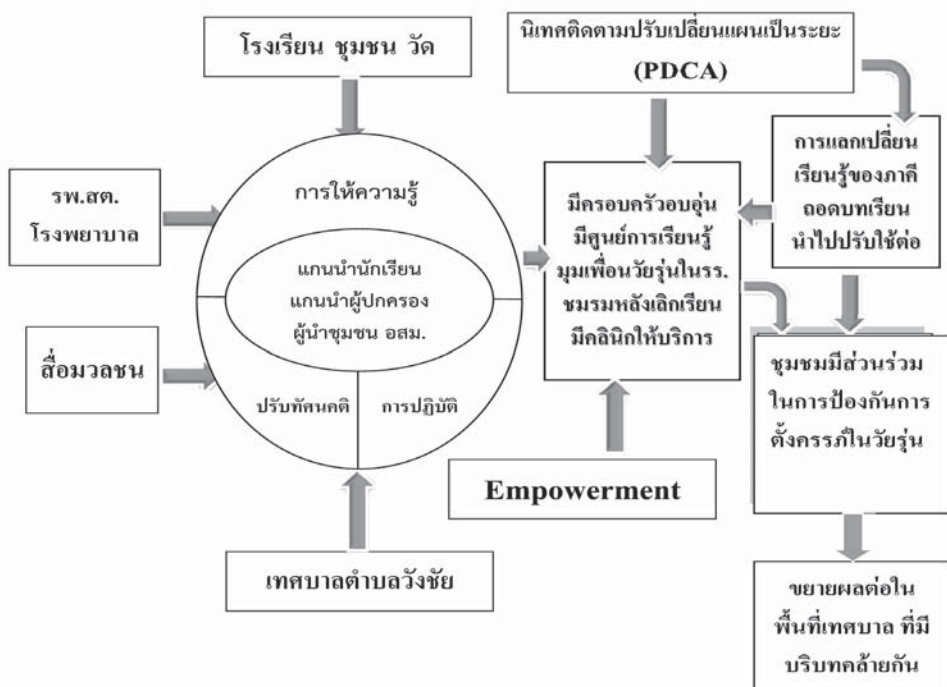
ดังนั้นปีงบประมาณ 2553 ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงมีโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ในเขตเทศบาลตำบลวังซัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยตระหนักในบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง ครู นักเรียนมีกิจกรรมร่วมกัน และปรับทัศนคติเรื่องเพศ มีการสื่อสาร คัดเชิงบวก เข้าใจ เข้าถึงวัยรุ่น อันนำไปสู่ครอบครัวอบอุ่นและการช่วยเหลือวัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาล ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ของเทศบาลตำบลวังซัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

#### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. โรงเรียนมีการสอนเพศศึกษาแบบบูรณาการ มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น และให้การปรึกษา เพื่อนช่วยเพื่อน มีครูเป็นที่ปรึกษา ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง อสม. มีการสื่อสารเข้าใจวัยรุ่น
2. ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองและ อสม. สามารถสื่อสารกับวัยรุ่นได้อย่างเข้าใจ
3. ชุมชนเทศบาลมีศูนย์การเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ในชุมชนเทศบาล
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) การมีส่วนร่วม คิด ตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมประเมิน ร่วมรับผล การ ค้นหาปัญหาเริ่มจากชุมชน วิเคราะห์โดยชุมชน และ แก้ไขด้วยชุมชน พื้นที่ดำเนินการคือเทศบาลตำบล วังชัย โรงเรียนชุมชนหนองกุงวิทยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ในชุมชนเขตเทศบาล จำนวน 1,154 คน

กลุ่มตัวอย่าง : แขนงนำนักเรียน ครู แขนงนำ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ในชุมชนเขตเทศบาล จำนวน 64 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบ เจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในชุมชนเขต เทศบาล

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

3.1 ประสานและแจ้งไปยังผู้บริหารเทศบาล ผู้บริหารโรงเรียน เพื่อสัมภาษณ์ จัดประชุมชี้แจง โครงการ และจัดอบรมแกนนำนักเรียน แขนงนำ ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. พร้อมทั้งนัดวันเวลา และ สถานที่ ที่จะอบรมและเก็บข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยและคณะผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวม ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกต การประชุมกลุ่ม การอบรม ตามวันเวลา และสถานที่ ที่นัดหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

หากมีข้อสงสัยให้ถามผู้วิจัยหรือคณะผู้ช่วยวิจัย

3.3 ประสานกับผู้เกี่ยวข้องในการติดตาม การดำเนินงาน และเก็บข้อมูลในการติดตามเยี่ยมการ สนับสนุน ที่ชุมชนเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.4 ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามและสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว รวม ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและคณะผู้ช่วยวิจัยนำ แบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และความ สมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการ ทางสถิติ

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด การปฏิบัติ ตัวเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญ พันธุ์ในวัยรุ่น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ การสื่อสารของผู้ปกครองกับวัยรุ่น ทักษะคิดเรื่องเพศของแกนนำ ภูมิปัญญา วัฒนธรรม ชาวบ้านท้องถิ่น และกระบวนการมีส่วนร่วม

### ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า แขนงนำนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 64 คน เพศชายและ หญิง ร้อยละ 39.06 และ 60.94 ตามลำดับ อายุ 13-14 ปี อยู่ระหว่างศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 สำหรับแกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน และ อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.34 เพศชาย ร้อยละ 16.66 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 40.00 รองลง มาอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 33.34 ระดับการ

ศึกษาพบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.66 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.00 ปริญญาตรี ร้อยละ 6.67 อาชีพหลัก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 50.00 รับจ้าง ร้อยละ 26.66 สำหรับรายได้ต่อเดือน พบว่า มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 33.4 รองลงมา มีรายได้ 3,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 30 และต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 20

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในชุมชน พบว่า ชุมชนมีการปรับกระบวนการทางสังคม โดยทั้งในหมู่บ้าน วัด และโรงเรียน ปล่อยให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ภูมิปัญญาชาวบ้านตามวิถีชีวิตจริงในงานประเพณีบุญสงกรานต์ บุญบั้งไฟ บุญเข้าพรรษาของชุมชน ครอบคลุมเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตร คอยซักถาม พูดคุยมี การสื่อสารกับวัยรุ่นมากขึ้น ผู้ปกครองเข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่น คิดเชิงบวก “มีผิวให้ขางย่อง มีลูกให้ขางออย” หมายถึง การให้กำลังใจ ชมเชย พูดคุยด้วยถ้อยคำที่ไพเราะเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความสุข รวมทั้งเรื่องเพศศึกษาจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนคือ

1) ในชุมชน มีคณะทำงานของชุมชน มีศูนย์การเรียนรู้คู่วัยรุ่นจำนวน 3 ศูนย์ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น มีกิจกรรมรณรงค์โดยให้วัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง มีกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย เปิดเพลงตามคำร้องขอทางเสียงตามสายทุกวันจันทร์ และวันศุกร์หลังเลิกเรียนโดยกลุ่มแกนนำนักเรียนและผู้ปกครอง

2) ในโรงเรียน มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น โดยบูรณาการกิจกรรมร่วมกับห้องปฐมพยาบาล มีชมรม

ศิลป์พื้นบ้าน ชมรมรักษาสภาพ ทำกิจกรรมหลังเลิกเรียนใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีการให้การปรึกษาเพื่อนช่วยเพื่อน มีคณะทำงานของโรงเรียนบูรณาการหลักสูตรการสอนเพศศึกษาในสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาพลานามัย ครูสอนเพศศึกษามีความมั่นใจในการสอน มีหลักการสอนที่ดี

3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียง มีคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีวัยรุ่นเข้ารับการศึกษา และปรึกษาทาง Hotline แบบเป็นกันเอง (086-4513306 และ 087-8578237)

4) เทศบาลตำบลวังชัยได้กำหนดให้โครงการเกี่ยวกับวัยรุ่นเข้าในแผน 3 ปี (2554-2556) ภาครัฐร่วมกันทำงานขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น ติดตามเยี่ยมและมีส่วนร่วมประเมินผล ปรับแผนการทำงานเป็นระยะๆ

5) มีเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่าย และถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ได้แนวทางการดำเนินงานการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน คือ การให้บริการที่เป็นมิตรของโรงเรียน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่า เรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในวัยรุ่น แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. มีความรู้ ร้อยละ 67 และแกนนำนักเรียนมีความรู้ ร้อยละ 87 เรื่องทัศนคติเกี่ยวกับวัยรุ่นหญิงต้องรักษาวลสงวนตัว แกนนำนักเรียน มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 82 แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 90 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ

แกนนำนักเรียน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า อยู่ 79.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 2 และ 3 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.7 และระดับดี ร้อยละ

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของนักเรียน แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
แกนนำนักเรียน (n=64 คน)		
ชาย	25	39.06
หญิง	39	60.94
แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ( n=30 คน)		
ชาย	5	16.66
หญิง	25	83.34
2. อายุ		
แกนนำนักเรียน ( n=64 คน)		
13 ปี	30	46.87
14 ปี	34	53.13
แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม.( n=30 คน)		
ต่ำกว่า 20 ปี	2	6.66
20-29 ปี	4	13.34
30-39 ปี	12	40.00
40-49 ปี	10	33.34
50-59 ปี	2	6.66
3. การศึกษา		
แกนนำนักเรียน ( n=64 คน)		
ม. 1	30	46.87
ม. 2	34	53.13
แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ( n=30 คน)		
ระดับประถม	17	56.66
ระดับมัธยม	9	30.00
ระดับอาชีวศึกษา	2	6.67
ระดับปริญญาตรี	2	6.67

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของนักเรียน แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. อาชีพ		
แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ( n=30 คน)		
ค้าขาย	3	10.00
เกษตรกร	15	50.00
รับจ้าง	8	26.66
พ่อบ้าน แม่บ้าน	4	13.34

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละ ของแกนนำนักเรียน จำแนกตาม ระดับความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ( n=64 คน)

แกนนำนักเรียน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับความรู้</b> การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย		
- สูง	55	87.0
- ปานกลาง	9	13.0
- ต่ำ	0	0.0
<b>ระดับทัศนคติ</b> วัยรุ่นหญิงรักนวลสงวนตัว		
- ดี	55	87.0
- ปานกลาง	7	11.0
- ต่ำ	2	2.0

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละ ของแกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. จำแนกตาม ระดับความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น

แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับความรู้</b> การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย		
- สูง	20	67.0
- ปานกลาง	10	33.0
- ต่ำ	0	0.0
<b>ระดับทัศนคติ</b> วัยรุ่นหญิงรักนวลสงวนตัว		
- ดี	27	90.0
- ปานกลาง	3	10.0
- ต่ำ	0	0.0

## สรุป และอภิปรายผล

กระบวนการทำงานการขับเคลื่อนของภาคี เครือข่ายไปพร้อมๆ กันใน Setting ของเทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในทิศทางบวก โดยใช้หลักการ สร้างพลังชุมชน (Empowerment) วงจรคุณภาพ (PDCA) การติดตามเยี่ยม และประเมินผล ปรับ แผนการดำเนินงานเป็นระยะๆ ก่อให้เกิดการปรับ ทำที่ของผู้ปกครองกับวัยรุ่นในเชิงบวก กล่าวคือ มีความไว้วางใจกัน วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเอง ตามทฤษฎีทักษะชีวิต (Life Skill) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมควร สีทาพา (2544) และกรม อนามัย (2545) ครอบครัวเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตร พุดคุยกับวัยรุ่นมากขึ้น มีความเข้าใจธรรมชาติของ วัยรุ่น และคิดเชิงบวกต่อวัยรุ่น ให้คำปรึกษาทุกเรื่อง (วิโรจน์ อารีย์กุล, 2553) วัยรุ่นเข้าถึงการให้บริการที่เป็นมิตรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นกันเอง รวมทั้งมีสายด่วนให้คำปรึกษา การดำเนินงานในชุมชน การติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง นักเรียน ครู ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ทุกคนปรับความคิดเชิงบวก จึงเกิดความสำเร็จในการสื่อสาร ความเข้าใจ และไว้วางใจกัน

สิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนคือ (1) ในชุมชนมีศูนย์ การเรียนรู้คู่มือใจวัยรุ่นจำนวน 3 ศูนย์ เกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น อย่างเป็นพลวัตร มีกิจกรรมรณรงค์โดยให้วัยรุ่นเป็น ศูนย์กลาง มีกิจกรรมให้ความรู้เสียงตามสายทุกวัน จันทร์และวันศุกร์หลังเลิกเรียน ผู้ปกครองสามารถ สื่อสาร เข้าใจวัยรุ่นมากขึ้น คิดเชิงบวกกับวัยรุ่น

“มีผิวให้ช่างย้อม มีลูกให้ช่างออย” (2) โรงเรียนมีมุม เพื่อนใจวัยรุ่น บูรณาการกิจกรรม ทรัพยากรร่วมกัน กับบริการของห้องปฐมพยาบาล มีชมรมทำกิจกรรม หลังเลิกเรียนใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ได้แก่ ชมรมศิลป์พื้นบ้าน ชมรมรักษาสภาพ มีการให้การ บริการ เพื่อนช่วยเพื่อน มีการจัดตั้งคณะทำงาน ของโรงเรียน บูรณาการหลักสูตรการสอนเพศศึกษา ในสาระการเรียนรู้สุขศึกษาพลานามัยและทอด แชรกรเรื่องเพศใน 10 นาทีท้ายคาบของวิชาอื่น ครูสอนเพศศึกษามีความมั่นใจมากขึ้น มีหลักการสอน ที่ดี (3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคลินิก ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีวัยรุ่นเข้ารับ การ บริการ และปรึกษาทาง Hotline แบบเป็นกันเอง (4) เทศบาลตำบลวังชัยได้กำหนดให้โครงการเกี่ยวกับ วัยรุ่นเข้าในแผน 3 ปี (2554-2556) และปรับระบบ บริการของศูนย์สาธารณสุขของเทศบาลให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นอย่างเป็นกันเอง ชุมชนสนับสนุน ให้เด็กวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี 12 เดือน ตามบริบทของชุมชน การติดตาม การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องร่วมกับชุมชนก่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาได้ตามกระบวนการ พัฒนาชาติเลขาทางสังคม หรือเป้าหลอมทางสังคม (Socialization) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมควร สีทาพา (2546)

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการนิเทศ ติดตามสนับสนุนการ ดำเนินงาน มีกระบวนการ วงจรคุณภาพ (PDCA) อย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง แกนนำคิดเชิงบวก “มีผิวให้ช่างย้อม มีลูกให้ช่างออย”



สร้างพลังให้กับชุมชน ปรับกระบวนการทางสังคมมากขึ้น และขยายไปชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายกัน

2. ควรมีการพัฒนา ปรับทัศนคติของผู้ปกครองและครูในเรื่องเพศเพิ่มขึ้น ให้เข้าใจวัยรุ่นสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจซึ่งกันและกันไว้วางใจกัน ปรึกษาได้ทุกเรื่อง ผู้ใหญ่เป็นแบบอย่างที่ดี

3. ควรให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ภูมิปัญญาชาวบ้าน ตามวิถีชีวิตปกติอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสนับสนุนให้แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน โครงการสุขภาพ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ชุมชนเองทราบปัญหาจากบุตรหลาน นักเรียน ปัญหาในชุมชนของตัวเอง และสามารถที่จะวางแผนแก้ไขให้ตรงกับปัญหานั้นๆ

5. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์ณรงค์

วินัยกุล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ให้การสนับสนุนอนุมัติโครงการ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำและให้การสนับสนุนรวมทั้งให้กำลังใจ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่าน ขอขอบคุณนางสมควร สีทาพา ประธานกรรมการพัฒนาวิชาการ (ปี 2553) ขอขอบคุณ ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์ กรรมการและเลขานุการ กรรมการพัฒนาวิชาการ (ปี 2554) ที่แนะนำช่วยเหลือตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ขอขอบคุณนายบุญทวนกร พรหมภักดี ที่ได้กรุณาตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูล และขอบคุณ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่สนับสนุนให้มีโครงการเพื่อเด็กและเยาวชน

ขอขอบคุณ นายกเทศมนตรีตำบลวังชัย อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่เครือข่ายสุขภาพทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม ขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน ครู นักเรียน แกนนำผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. ที่เข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2545) **คู่มือการอบรมผู้นำเยาวชนเพื่อเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;
2. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: B & B Publishing;
3. วิโรจน์ อารีย์กุล. (2553) **การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น.** กรุงเทพฯ: กองทุนกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2553.
4. สถาบันรามจิตติ.(2550) **รายงานสภาวะการณ์เด็กและเยาวชน.** มหาสารคาม : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2550.
5. สมควร สีทาพา.(2554) **การศึกษาการสอนทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันกันการใช้สารเสพติดในนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอลาด จังหวัดขอนแก่น.** (เอกสารอัดสำเนา)
6. \_\_\_\_\_ . (2546) **วิถีสุขภาพหมอลำรุ่นเยาว์ :** กรณีศึกษาบ้านผือ ตำบลพระลับ อำเภอมือเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
7. เสรี ลาดโรจน์. (2535) **สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษา.** ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 หน้า 51 – 82 นนทบุรี ทาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์;

การศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก อายุ 0 ถึง 5 ปีที่มีภาวะ  
โภชนาการเกินของผู้ปกครองที่มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6

Parent's knowledge, Attitude and Child Rearing Behaviors of  
the Overweight Children aged 0 - 5 years old: Well Child Clinic,  
Health Promotion Centre 6 Khonkaen

กาญจนา เหลืองอุบล      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
คลินิกตรวจสุขภาพเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ที่ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน ของผู้ปกครองที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 เมื่อปีงบประมาณ 2552 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ แบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กภาวะโภชนาการเกินศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 0 ถึง 5 ปี โดยการติดตามและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่า 0.67 นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ข้อมูลเด็กภาวะโภชนาการเกินในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 350 ราย แยกเป็นกลุ่มเด็กอายุ 0 ถึง 1 ปี จำนวน 170 ราย เมื่อมาตรวจสุขภาพครั้งต่อมา พบว่า ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 และกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี จำนวน 180 ราย ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1

การสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ที่ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 84 คน ได้รับจดหมายตอบกลับจำนวน 78 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.9 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 80 ข้อที่มีผู้ตอบไม่ถูกต้องจำนวนมาก ได้แก่ เด็กอ้วนมากๆ การเรียนจะเลวลงเพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ร้อยละ 74.4 ความอ้วนทำให้เด็ก

พัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 43.6 และ การออกกำลังกายในเด็กอ้วนควรเป็นการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักที่ข้อเข่า และข้อเท้าอย่างเต็มที่ ร้อยละ 20.5

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก ส่วนใหญ่ตอบเหมาะสมในแต่ละข้อ มากกว่าร้อยละ 70 ข้อที่มีผู้ตอบไม่เหมาะสมจำนวนมาก ได้แก่ เด็กอ้วนคือเด็กน่ารัก ร้อยละ 48.7 การควบคุมอาหารต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในครอบครัวหรือผู้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 30.8 และส่วนใหญ่เด็กที่อ้วนโตขึ้นจะผอมเอง ร้อยละ 25.6 สำหรับการปฏิบัติที่บ้าน ส่วนใหญ่ปฏิบัติในแต่ละข้อถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 60 ข้อที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องจำนวนมาก ได้แก่ การปรุงอาหารส่วนใหญ่ใช้น้ำมันทอดหรือผัดเป็นหลัก ร้อยละ 61.5 ให้เด็กรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ร้อยละ 59.0 ให้เด็กรับประทานไอศกรีมและขนมโดยมีกะทิ ร้อยละ 59.0 และเด็กชอบอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไก่ทอด แฮมเบอเกอร์ ข้าวขาหมู มันไก่ ร้อยละ 56.4 และผู้ใหญ่ที่บ้านชอบคะยั้นคะยอให้ลูกกินจนหมดจาน ร้อยละ 53.8

ส่วนการปฏิบัติที่บ้านเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละข้อมากกว่า ร้อยละ 80 ข้อที่สามารถปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การพาเด็กไปออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 38.5 และการงดนมขวดและนมมื่อกลางคืน ร้อยละ 35.9

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บิดา มารดา และผู้เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็ก ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กภาวะโภชนาการเกินรวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารและออกกำลังกายในชีวิตประจำวันสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิด

**คำสำคัญ :** เด็ก 0 ถึง 5 ปี ภาวะโภชนาการเกิน โรคอ้วนในเด็ก

## ABSTRACT

This descriptive research aimed to study Knowledge Attitude and Child rearing behaviors of the overweight children aged 0 – 5 years old in Well Child Clinic, Health Promotion Center 6, 2009. The samples consisted of 84 caregivers who still overweight children, 2010. The data were collected from questionnaires which sent to their home, the situation of overweight children aged 0 - 5 years old was taken from medical record. The reliability of questionnaire analyzed by using Kuder-Richardson method was 0.67 and the content was approved by the professional. In addition, The result indicated that:

The data of overweight new born – 5 years were 350 cases which divided to 2 groups. Such as 170 cases of new born – 1 year age and 180 cases of 1 – 5 years. 11.8 % of

new born – 1 year were overweight when they came to Well Child Clinic for physical check up and 36.0 % of 1- 5 years age still overweight.

The answer was found 92.9 % returned questionnaires. Most of them had knowledge about the obesity in children > 80 %. The items, which parents misunderstood were: obesity was contribute to slow learning (74.4%) and delayed development (43.6%). The appropriate attitude about obesity was > 70 %. The inappropriate attitude 3 items were the obese child is so cute (48.7 %), Diet control depended on the cooperation of relatives (30.8%) and they will be slim, when they grow up (25.6 %). The life style were appropriate > 60%, The in appropriate life styles 3 items were they liked to cook by deep fried and stir fried with oil (61.5%), Let their children have meal any time when they want (59.0%) and Let their children have ice cream or dessert with coconut milk (59.0%)

This study include questionnaires for help their overweight childrens. Most of them could done > 80 %. The 3 items which they couldn't done more were the exercise in children at least 1 hr/day (38.5%) and use no bottle of milk or give milk at night (35.9%).

This study suggest that parents played the important role on behavioral change of the exercise and diet control in daily life for children since birth. So they should be empowered about knowledge, attitude and child rearing of the overweight children.

**Keyword:** Children aged 0- 5 years old , Overweight children, Obesity children

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นดัชนีบ่งชี้ที่ดีของภาวะสุขภาพโดยรวมของเด็ก และภาวะโภชนาการที่ดีเป็นต้นทุนสำคัญที่ส่งเสริมให้เด็กเติบโตได้เต็มศักยภาพ หลังจากที่ภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงไม่ใช่ปัญหาอีกต่อไป ประเทศไทยกลับประสบปัญหาใหม่ เด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วนรุนแรงถึงขั้นบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ในอนาคตได้ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ ใน [www.cf.mahidol.ac.th](http://www.cf.mahidol.ac.th))

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายสะสมไขมันไว้มากกว่าปกติ (อุมพร สุทัศน์วรุฒิ, 2547) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วนมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม และ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พันธุกรรมจะเป็นตัวกำหนดน้ำหนักตัวผ่านทางกลไกที่หลังสารออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง อวัยวะของระบบทางเดินอาหารและต่อมไร้ท่อต่างๆ จากสถิติพบว่า ถ้าบิดา และมารดาอ้วนทั้งคู่ร้อยละ 80 ของลูกจะอ้วน ถ้าบิดา หรือ มารดา คนใดคนหนึ่งอ้วน โอกาสที่ลูกจะอ้วนลดลงเหลือร้อยละ 14.00 เท่านั้น

แต่ถ้าบิดาและมารดามีน้ำหนักปกติทั้งคู่ โอกาสที่ลูกจะอ้วนเหลือเพียงร้อยละ 7.00 (Buiten & Metzger, 2000 อ้างใน สุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2548) ส่วนโรคอ้วนที่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญได้แก่ อาหารและโภชนาการ รวมทั้งพฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น การให้อาหารเสริมแก่เด็กเร็วหรือมากเกินไป ให้อาหารเสริมแก่เด็กหรือเมื่อเด็กเล็กๆ ร้องไห้ก็ให้กินนมทันที เพราะเข้าใจว่าเด็กหิวเป็นสาเหตุที่ส่งเสริมทำให้เด็กอ้วนได้ (วลัย อินทร์พรชัย, 2541 อ้างใน สุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2548)

องค์การอนามัยโลกได้รายงานตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ว่าโรคอ้วนได้ระบาดไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยโรคอ้วนก็มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นเช่นเดียวกัน จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2546 และมีการรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุต่างๆ คือ 0 ถึง 5 ปี 6 ถึง 14 ปี และ 15 ถึง 19 ปี เพิ่มขึ้นตามอายุคือ ร้อยละ 4.0 5.4 และ 12.9 ตามลำดับ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะสิ่งแวดล้อมสภาพเศรษฐกิจและสังคมและชีวิตประจำวันของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต มีการบริโภคอาหารประเภทไขมัน แป้งและน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น แต่การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานกลับน้อยลง จึงทำให้เกิดโรคอ้วนได้ง่าย (อุมาพร สุทัศน์วรวิทย์, 2543)

สำหรับคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 พบสถิติผู้รับบริการเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึง 2552 ร้อยละ 0.62 2.06 3.26 3.40 1.49 และ 2.99 ตามลำดับซึ่งคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก

มีการคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันการเป็นโรคอ้วนของเด็กในอนาคต

โรคอ้วนเมื่อเกิดขึ้นกับใครมักทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจได้ เช่น ปวดข้อ ข้ออักเสบ ขาโก่ง เหนื่อยง่าย ขาดความมั่นใจในตัวเอง เครียดหรือมีปัญหาทางอารมณ์และซึมเศร้า นอกจากนี้ในเด็กที่เป็นโรคอ้วนยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง ในเด็กเล็กที่อ้วนจะทำให้มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กเล็กที่มีน้ำหนักปกติ เช่น การหัดนั่ง หัดคลาน หรือ หัดเดิน ที่สำคัญคือ เมื่อเด็กกลุ่มนี้โตขึ้นเป็นผู้ใหญ่เมื่ออ้วนมากๆ จะทำให้หายใจไม่สะดวก เกิดอาการหัวใจล้มเหลว ตายโดยฉับพลันได้ ซึ่งร้อยละ 5.70 ถึง 7.00 ของเด็กอ้วนจะมีอาการหยุดหายใจเมื่อเด็กอ้วนนอนหลับ นอกจากนี้เด็กอ้วนเกือบทุกคนจะนอนกรน (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2546)

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็ก 0 ถึง 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินของผู้ปกครองที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงบริการในคลินิกเด็กภาวะโภชนาการเกิน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินในเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพในปีงบประมาณ 2552
2. ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง 0 ถึง 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินที่มารับบริการที่คลินิกตรวจสุขภาพ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานกรอบแนวคิด คำว่า ความรู้ (Knowledge) นั้น ในทัศนะของฮอสเปอร์ (อ้างถึงในมาโนช เวชพันธ์, 2532) นับเป็นขั้นแรก ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการ จดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้นี้ เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ จึงถือว่าเป็น กระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความ เข้าใจ

โรเจอร์ (Roger, 1978 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2542) ได้กล่าวถึง ทัศนคติ ว่า เป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไรกับคน รอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ ต่าง ๆ โดย ทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อ ที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรม ในอนาคตได้ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจาก การรับ สาร อันจะมีผลต่อ พฤติกรรม ต่อไป

ปัญหาด้านสุขภาพและอนามัยส่วนใหญ่ มักเกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์เป็นหลัก และจะ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและอนามัย ความ สัมพันธ์ของพฤติกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหา สุขภาพและอนามัยของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการ ดูแลเด็ก เบญจา ยอดดำเนิน, 2542 และ ดร.เลอง แยร์วี หัวหน้าสาขาพฤติกรรมและสังคมวิทยาของ ศูนย์สุขภาพเด็กและพัฒนามนุษย์แห่งชาติ กล่าว ว่า ช่วง 6 เดือนแรกของเด็ก ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ใกล้ชิด และมีอิทธิพลต่อเด็ก คือ พ่อ แม่ ฉะนั้นพฤติกรรม การเลี้ยงดูของ พ่อ แม่ย่อมส่งผลต่อการเจริญเติบโต

และพัฒนาการของ เด็ก (จรัสศรี สุวรรณวงศ์ และ คณะ, 2550)

## วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive study) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0 ถึง 5 ปี ที่มีภาวะ โภชนาการเกินของผู้ปกครองเด็กที่มาใช้บริการคลินิก ตรวจสุขภาพเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2552

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กภาวะ โภชนาการเกินที่มาใช้บริการในคลินิกตรวจสุขภาพ เด็กในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 350 ราย (รายงาน สถิติคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก, 2552)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ปกครองของเด็ก ที่ยังคงมีภาวะโภชนาการเกินเมื่อมาใช้บริการใน ปีงบประมาณ 2553 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน การศึกษาครั้งนี้ จำนวน 84 คน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและคำอธิบายพร้อมข้อ ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีน้ำหนักเกิน ทางไปรษณีย์ ให้ตอบกลับถึงคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 รวมทั้งใช้สอบถาม ผู้ปกครองซึ่งพาเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินมารับ บริการตามนัด ณ คลินิกตรวจสุขภาพเด็กด้วย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้มารับ บริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 0 ถึง 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 350 คน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 0 ถึง 1 ปี จำนวน 170 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.57 และกลุ่มอายุ 15 ถึง 5 ปี จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 51.42 ในสองกลุ่มนี้ส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.94 และ 55.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประวัติน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,000 ถึง 3,500 กรัม ร้อยละ 48.89 และ 39.64 ตามลำดับ ผลการติดตามภาวะโภชนาการในเวชระเบียนเมื่อมารับบริการในปีงบประมาณ 2553 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 0 ถึง 1 ปี ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 11.88 และกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี พบร้อยละ 36.11 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกิน

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุแรกเกิด - 1 ปี	170	
1.1 ชาย	124	72.94
1.2 หญิง	46	27.06
2. อายุ 1 ปี - 5 ปี	180	
2.1 ชาย	99	55.00
2.2 หญิง	81	45.00
3. น้ำหนักแรกเกิดของเด็กอายุแรกเกิด - 1 ปี	90	
น้ำหนัก < 2,500 กรัม	1	1.11
น้ำหนัก 2,500 - 2,999 กรัม	16	17.78
น้ำหนัก 3,000 - 3,500 กรัม	44	48.89
น้ำหนัก > 3,500 กรัม	29	32.22
4. น้ำหนักแรกเกิดของเด็กอายุ 1 - 5 ปี	111	
น้ำหนัก < 2,500 กรัม	14	12.61
น้ำหนัก 2,500 - 2,999 กรัม	40	36.04
น้ำหนัก 3,000 - 3,500 กรัม	44	39.64
น้ำหนัก > 3,500 กรัม	13	11.71



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ต่อ)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อายุแรกเกิด - 1 ปี มีภาวะโภชนาการเกิน*	170	
มีภาวะโภชนาการปกติ	129	75.88
คงมีภาวะโภชนาการเกิน	19	11.18
ติดตามไม่ได้	22	12.94
6. อายุ 1 - 5 ปี มีภาวะโภชนาการเกิน*	180	
มีภาวะโภชนาการปกติ	53	29.44
คงมีภาวะโภชนาการเกิน	65	36.11
ติดตามไม่ได้	62	34.44

\* ติดตามทางเวชระเบียนการมารับบริการในปีงบประมาณ 2553

การสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดและพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง เด็กทั้งสองกลุ่มที่ยังคงมีภาวะโภชนาการเกิน ได้รับจดหมายตอบกลับจำนวน 78 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.9

การสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องในแต่ละข้อมากกว่า ร้อยละ 80 โดยตอบคำถามถูกทุกคนจำนวน 2 ข้อ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใหญ่ทุกคนในครอบครัว และการควบคุม

น้ำหนักในเด็กอ้วนผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ทางโภชนาการและผลเสียของโรคอ้วน และข้อที่พบว่าตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เด็กอ้วนมากๆ การเรียนจะเลวลงเพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ ร้อยละ 74.4 ความอ้วนทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 43.6 และการออกกำลังกายในเด็กอ้วน ควรเป็นการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักที่ข้อเข่าและข้อเท้าอย่างเต็มที่ ร้อยละ 20.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	โรคอ้วนเป็นโรคที่เกินจากภาวะร่างกายสะสมไขมันไว้มากกว่าปกติ หรือมีความผิดปกติของฮอร์โมน	72	92.3	6	7.7
2	โรคอ้วนในเด็กจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง	74	94.9	4	5.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน (ต่อ)

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3	การออกกำลังกายในเด็กอ้วนควรเป็นการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักที่ข้อเข่า และข้อเท้าอย่างเต็มที่	62	79.5	16	20.5
4	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินอาหาร และการออกกำลังกายต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ใหญ่ทุกคนในครอบครัว	78	100	0	0
5	ควรมีขนมเก็บไว้ในตู้เย็นที่บ้านมาก ๆ เมื่อเด็กหิวจะรับประทานได้ตามต้องการ	76	97.4	2	2.6
6	เมื่อพบว่าลูกอ้วนมาก ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล เนื่องจากพ่อแม่ไม่อ้วน โตขึ้นก็ผอมเอง	74	94.9	4	5.1
7	การควบคุมน้ำหนักในเด็กอ้วนพ่อแม่ผู้ดูแลควรมีความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้องรวมถึงสาเหตุผลเสียของโรคอ้วน	78	100	0	0
8	เด็กอ้วนจะเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว เหมือนเด็กไม่อ้วน	76	97.4	2	2.6
9	กระดูกและข้อต่อของเด็กอ้วนจะเสื่อมเร็วกว่าวัยอันควร เนื่องมาจากรับน้ำหนักมากตั้งแต่เด็ก	72	92.3	6	7.7
10	เด็กอ้วนมากมักนอนกรน บางรายมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และอาจหยุดหายใจได้ในขณะหลับ	72	92.3	6	7.7
11	การเจาะเลือดหรือให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดในเด็กอ้วนทำได้ยากกว่าเด็กผอม	64	82.1	14	17.9
12	หากเด็กน้ำหนักยังไม่ลดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะทำให้เด็กมีปมด้อยถูกเพื่อนล้อ	66	84.6	12	15.4
13	โรคอ้วน ป้องกันได้เริ่มตั้งแต่เล็กๆ โดยกินนมแม่ 6 เดือน	68	87.2	10	12.8
14	ความอ้วนทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้ เช่น การหัดนั่ง	44	56.4	34	43.6
15	เด็กอ้วนมากๆ การเรียนจะเลวลงเพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้	20	25.6	58	74.4

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก ส่วนใหญ่ มีทัศนคติเหมาะสมในแต่ละข้อ มากกว่าร้อยละ 70 ข้อที่มีผู้ตอบว่าเหมาะสมจำนวนมากที่สุดคือ ค่านิยม เรื่องการออกกำลังกายสำคัญกับเด็กสมัยนี้มาก และการเปลี่ยนแปลงการพาเด็กออกไปกินอาหารจานด่วนลดลง เปลี่ยนเป็นกินผัก งดอาหารทอด น้ำหวาน กินน้ำเปล่าแทน ร้อยละ 92.3 จำนวนเท่ากัน ส่วนข้อ

ที่มีผู้ตอบไม่เหมาะสมจำนวนค่อนข้างมากได้แก่ เด็ก อ้วนคือเด็กน่ารัก ร้อยละ 48.7 การควบคุมอาหาร ต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุก คนในครอบครัวหรือ ผู้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 30.8 และ ส่วน ใหญ่เด็กที่อ้วนโตขึ้นจะผอมเอง จำนวน และ 25.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน

ข้อ	ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	เด็กอ้วนคือเด็กที่น่ารัก	40	51.3	38	48.7
2	เด็กอ้วนคือเด็กที่มีสุขภาพดี แข็งแรง	66	84.6	12	15.4
3	ส่วนใหญ่เด็กที่อ้วนตั้งแต่เล็กโตขึ้นจะผอมเอง	58	74.4	20	25.6
4	ค่านิยมเรื่องการออกกำลังกาย สำคัญกับเด็กสมัยนี้มาก	72	92.3	6	7.7
5	ควรพาเด็กกินอาหารจานด่วน ลดลงและเปลี่ยนเป็นกินผัก และงดอาหารทอด งดน้ำหวาน ดื่มน้ำเปล่าแทน	72	92.3	6	7.7
6	การควบคุมอาหาร ต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกคน ในครอบครัวหรือผู้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก	54	69.2	24	30.8

การปฏิบัติที่บ้าน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ ถูกต้องในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 60 ข้อที่ปฏิบัติ ถูกต้องได้แก่ ครอบครัวไม่ได้พาเด็กไปรับประทานอาหารนอกบ้านบ่อยๆ ร้อยละ 87.2 และไม่มีขนมหวาน หรือน้ำอัดลมที่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 79.5 ข้อที่พบว่าปฏิบัติไม่ถูกต้องจำนวนมาก ได้แก่ การปรุงอาหารส่วนใหญ่ใช้น้ำมันทอดหรือผัดเป็นหลัก ร้อยละ

61.5 ให้เด็กรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ร้อยละ 59.0 ให้เด็กรับประทานไอศกรีมและขนมโดยมีกะทิ ร้อยละ 59.0 เด็กชอบอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไก่ทอด แฮมเบอเกอร์ ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ร้อยละ 56.4 และผู้ใหญ่ที่บ้านชอบคะยั้นคะยอให้ลูกกินจนหมดจาน ร้อยละ 53.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกตามการปฏิบัติที่บ้าน

ข้อ	การปฏิบัติที่บ้าน	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	ตูเย็นที่บ้านมีขนมหวาน หรือน้ำอัดลมเป็นประจำ	62	79.5	16	20.5
2	ผู้ใหญ่ที่บ้านชอบคะยั้นคะยอให้ลูกกินจนหมดจาน	36	46.2	42	53.8
3	การปรุงอาหารส่วนใหญ่ใช้น้ำมันเป็นหลักเช่นทอด หรือผัด	30	38.5	48	61.5
4	เด็กยังคงดูคนมขวิดวันละหลายขวิดหรือยังคงตื่นมาทานนมกลางดึก	36	46.2	42	53.8
5	เด็กชอบกินน้ำหวาน น้ำอัดลม แทนน้ำเปล่า	50	64.1	28	35.9
6	ส่วนใหญ่เด็กทานอาหารไม่เป็นเวลา บางครั้งไม่หิวก็กิน เพราะอยาก	32	41.0	46	59.0
7	เด็กรับประทานอาหารครั้งละปริมาณมากๆ เช่น ข้าว 3 -4 ทัพพี /ครั้ง หรือวันละหลายมื้อ	52	66.7	26	33.3
8	เด็กชอบอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไก่ทอด แฮมเบอเกอร์ ข้าวขาหมู ไขมันไก่	34	43.6	44	56.4
9	เด็กชอบกินขนมจุกจิก ขนมถุง ที่ให้พลังงานมาก แต่คุณค่าอาหารน้อย	42	53.8	36	46.2
10	เด็กไม่ชอบทานผักผลไม้	44	56.4	34	43.6
11	ครอบครัวมักพาเด็กไปทานอาหารนอกบ้านบ่อยๆ	68	87.2	10	12.8
12	เด็กไม่ชอบออกกำลังกาย	54	69.2	24	30.8
13	พ่อแม่และคนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ชอบออกกำลังกาย	50	64.1	28	35.9
14	เด็กใช้เวลาวันหลายชั่วโมง ดูทีวี เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ หรือเกมส์กด	56	71.8	22	28.2
15	เด็กชอบกินไอศกรีมและขนมโดยที่มีกะทิ	32	41.0	46	59.0

ข้อปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละข้อมากกว่า ร้อยละ 80 ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่ยังมีจำนวนน้อยกว่าที่ปฏิบัติได้ คือ การพาเด็กไป

ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงร้อยละ 38.5 และการงดนมขวิดและนมมื่อกลางคืน ร้อยละ 35.9 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองจำแนกการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีน้ำหนักเกิน

	ปฏิบัติได้		ปฏิบัติไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านอาหาร</b>				
1. ไม่ซื้อขนมหรือน้ำอัดลมเก็บไว้ในบ้าน	66	84.6	12	15.4
2. ให้งดขนมจุกจิก ขนมหวาน ผลไม้หวานจัด	70	89.7	8	10.3
3. ให้งดอาหารมัน ๆ เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารผัดทอด หรือใส่กะทิ	74	94.9	4	5.1
4. ให้เด็กดื่มนมพร่องมันเนยวันละไม่เกิน 3 แก้ว / 3 กล่อง	56	71.8	22	28.2
5. งดนมขวดและนมมือกลางคืน	50	64.1	28	35.9
6. ส่งเสริมให้เด็กรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัด แทนขนมหวาน	76	97.4	2	2.6
7. อาหารมื้อหลัก ควรให้เด็กรับประทานผักทุกวัน	66	84.6	12	15.4
8. ตักอาหารใส่จานที่เด็กรับประทานให้น้อยลง	78	100	0	0
9. ให้เด็กทานอาหารด้วยตนเองโดยนั่งโต๊ะกับผู้ใหญ่ไม่ตามป้อน	64	82.1	14	17.9
10. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารนอกบ้านบ่อยๆ	78	100	0	0
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>				
11. พาเด็กไปออกกำลังกายทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง	48	61.5	30	38.5
12. ส่งเสริมการเดินแทนการนั่งรถ หรือขึ้นลิฟท์	60	76.9	18	23.1
13. ให้เด็กมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ และชมเชยเมื่อเด็กทำได้	78	100	0	0
<b>การปรับพฤติกรรม</b>				
14. เมื่อเด็กขอกินอาหารโดยไม่หิวควรหันเหให้เด็กไปทำกิจกรรมอื่น เช่น เล่นิทานให้ฟัง	70	89.7	8	10.3
15. จำกัดการดูทีวี เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ หรือเกมส์กด ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมงต่อวันและไม่กินขนมระหว่างดูทีวีเล่นเกมส์	76	97.4	2	2.6
16. พ่อแม่ควรบันทึกการเจริญเติบโตโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุก 3 เดือน และเปรียบเทียบกับการเจริญเติบโตที่ปกติ	78	100	0	0
17. งดการให้อาหารเป็นรางวัลแก่เด็กจะทำให้เด็กติดนิสัยการกินไม่ดี	78	100	0	0
18. ผู้ใหญ่ในบ้านทุกคนควรร่วมมือในการปรับพฤติกรรมการกินของเด็กและกำลังใจเมื่อเด็กทำได้	76	97.4	2	2.6
19. บันทึกสิ่งที่เด็กรับประทานในแต่ละวัน (เสาร์-อาทิตย์)	74	94.9	4	5.1

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็ก 0 ถึง 5 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 350 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.99 ของจำนวนเด็กที่มาใช้บริการที่ คลินิกตรวจสุขภาพเด็กทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 0 ถึง 1 ปี จำนวน 170 คน คิดเป็น ร้อยละ 48.57 และกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี จำนวน 180 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.42 (สถิติคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก ปีงบประมาณ 2552) ผลการติดตามเมื่อมารับบริการในปีงบประมาณ 2553 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 0 ถึง 1 ปี ยังคงมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 11.88 และกลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี พบร้อยละ 36.11 แต่จากผลการสำรวจของกองโภชนาการ กรมอนามัย ปี 2546 พบภาวะอ้วนในวัยทารก ร้อยละ 2.6 ซึ่งมากกว่าเด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี ที่พบร้อยละ 1.5 (จรัสศรี สุวรรณวงศ์ และคณะ 2549) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มในอนาคตเด็กจะเสี่ยงต่อภาวะอ้วนมากขึ้น เด็กวัยนี้มักเลือกกินอาหารที่ตัวเองชอบ เช่น อาหารกรุบกรอบ ไอศกรีม คูกี้ น้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม ในสองกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีประวัติน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 3,000 ถึง 3,500 กรัม จิตติวัฒน์ สุประสงค์ ลิน (2543) กล่าวว่า น้ำหนักแรกเกิด และเด็กเพศชาย มีผลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในช่วงปีแรก (อ้างใน สุภาภรณ์ ปัญหาราช, 2548) แต่การศึกษาของ สุวีจนา น้อยแนม (2551) พบว่าอาหารนมของเด็กอายุเริ่มให้อาหารเสริม อายุที่เริ่มปรุงรสหวานของเด็ก กิจกรรมการเล่น การดูโทรทัศน์ น้ำหนักแรกเกิด ดัชนีมวลกายของมารดา การศึกษาของบิดา ไม่มีผลต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินในเด็กอายุ 2 ปี ส่วนการศึกษาของ ชาปวา และคณะ

(2005) (อ้างใน สุวีจนา น้อยแนม (2551) พบว่า น้ำหนักแรกเกิดที่มากกว่า 4,000 กรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคอ้วน 7.6 เท่าของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,501 ถึง 3,000 กรัม

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็ก ส่วนใหญ่มีทัศนคติเหมาะสม ข้อที่มีผู้ตอบว่าเหมาะสมจำนวนมากที่สุดคือ ค่านิยมเรื่องการออกกำลังกายสำคัญกับเด็กและการเปลี่ยนแปลงการพาเด็กออกไปกินอาหารจานด่วนลดลง เปลี่ยนเป็นกินผัก งดอาหารทอด น้ำหวาน ดื่มน้ำเปล่าแทนร้อยละ 92.3 จำนวนเท่ากัน ส่วนข้อที่มีผู้ตอบไม่เหมาะสมจำนวนค่อนข้างมากได้แก่ เด็กอ้วนคือเด็กน่ารัก ร้อยละ 48.7 การควบคุมอาหาร ต้องอาศัยความร่วมมือ จากทุกคนในครอบครัวหรือผู้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 30.8 และส่วนใหญ่เด็กที่อ้วนโตขึ้นจะผอมเอง ร้อยละ 25.6 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ปัญหาราช (2548) ที่ผู้ปกครองเห็นว่าเด็กที่มีร่างกายอ้วนท้วน จำหมาเป็นเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย ถึงร้อยละ 72.50 แต่การศึกษาดังกล่าวพบว่า ผู้ปกครองมีการรับรู้ที่ถูกต้องว่า พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเป็นผู้มีความสำคัญที่สุดในการป้องกันโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 73.0 แต่ก็พบเช่นเดียวกันว่า มีผู้ตอบว่าโตขึ้นจะมีร่างกายสมส่วนได้เองเป็นส่วนใหญ่

การปฏิบัติที่บ้าน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติถูกต้อง ข้อที่ปฏิบัติถูกต้อง ได้แก่ ครอบครัวไม่ได้พาเด็กไปรับประทานอาหารนอกบ้านบ่อยๆ ร้อยละ 87.2 และไม่มีขนมหวานหรือน้ำอัดลมที่บ้านเป็นประจำ ร้อยละ 79.5 ผลการศึกษานี้จะเห็นว่า ผู้ดูแลเด็กจะเป็นผู้จัดหาและเตรียมอาหารให้แก่เด็กเองและมีแนวโน้มว่าจะไม่ได้ส่งเสริมการบริโภคน้ำตาลใน

อาหารหวานเกินความจำเป็น ข้อที่พบว่าปฏิบัติไม่ถูกต้องคือ การปรุงอาหารส่วนใหญ่ใช้น้ำมันเป็นหลัก ร้อยละ 61.5 และ ให้เด็กรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รวมทั้งให้เด็กรับประทานไอศกรีมและขนมโดยมีกะทิ ร้อยละ 59.0 ทั้งนี้เนื่องจากจากการประกอบอาหารจะเป็นการผัด ทอดซึ่งง่ายกว่าการต้ม นึ่ง ปิ้งย่าง และการให้เด็กรับประทานไอศกรีมและขนมที่มีกะทินั้น เนื่องจาก พ่อ แม่ผู้เลี้ยงดูมักจะจัดอาหารที่เด็กชอบให้กิน หรือใช้เป็นรางวัลแก่เด็ก เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เด็กเชื่อและปฏิบัติตาม

ข้อปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ การพาเด็กไปออกกำลังกาย

กำลังกายอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 38.5 ทั้งนี้หากผู้ปกครองไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือไม่มีเวลาออกกำลังกาย การที่จะพาเด็กไปออกกำลังกายอย่างเป็นกิจลักษณะย่อมปฏิบัติได้ยาก และการงดนมขวดและนมมีอ็อกกลางคืนในเด็กปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 35.9 เนื่องจากเด็กที่ติดขวดนมและการดื่มนมแล้ว มักจะร้องกวนและผู้ปกครองจะมีความสงสารเมื่อไม่ให้เด็กกินนมอย่างที่เคยปฏิบัติมา

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้มีความรู้ถูกต้อง ปรับทัศนคติและการเลี้ยงดูเด็กไม่ให้มีภาวะโภชนาการเกิน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **เด็กอ้วนน่ารักหรือโรคร้าย**. ค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2554 จาก [http://www.dmh.go.th/sty\\_lib/news/view.asp?id=558](http://www.dmh.go.th/sty_lib/news/view.asp?id=558).
- จรัสศรี สุวรรณวงศ์ และ คณะ. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี ของมารดาที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา, 2549**. มทป.
- นันทวดี สาลิกานนท์. (2551) **การพัฒนาสื่อการสอนเพื่อปรับพฤติกรรมดูแลน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, ดร. **เด็กไทยกับนิสัยการกิน**. นิตยสารหมอชาวบ้าน เล่มที่ 288 04/2546.
- เบญจภา สนามทอง. **พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของเด็กโรคอ้วน ที่อยู่ในโปรแกรมการควบคุมน้ำหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- มานิช เวชพันธ์, นาวาอากาศเอก. **เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่องการมีส่วนร่วมทางการเมืองของ ข้าราชการประจำ : ศึกษาเปรียบเทียบข้าราชการพลเรือน ทหารและตำรวจ**. , 2532 มทป.

### เอกสารอ้างอิง

- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กไทย. ในลัดดา เหมาะสุวรรณ, บรรณาธิการ. พัฒนาการด้านกายของเด็กไทย: การเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกาย. หน้า 11 – 18 . กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โภชนาการของเด็กไทย ค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2554 จาก <http://www.cf.mahidol.ac.th>
- สุภาภรณ์ ปัญหาราช. การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ต่อโรคอ้วนในเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จ.หนองบัวลำภู. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548. เอกสารอัดสำเนา
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2542) การสื่อสารทางการเมือง. กรุงเทพฯ: ประสิทธิ์ภักดิ์ แอนด์ พรีนติ้ง.
- สุวัจนาน น้อยนม. (2551) ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุ 2 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
- อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ. เด็กอ้วน โรคจากการเลี้ยงดูไม่ถูกวิธี ปัญหาสุขภาพในความน่ารัก. วารสารหมอชาวบ้าน, 22( 258) หน้า 9- 16, 2543.
- Baughcum,A.E, Chamberine, L.A, C.Ab, Powers, S.W.& Whitaker, R.C. Maternal perception of overweight preschool children. Pediatrics, Children’s hospital Medical Center; and the University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio.106 (6), 2000.
- Robert Ferry, Jr., MD . Obesity in Children. In Melissa Conrad Stoppler, MD Medical Editor ค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2554 จาก [http://www.emedicinehealth.com/obesity\\_in\\_children/page4\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/obesity_in_children/page4_em.htm)



การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

Changing in Body Mass Index of Clients in Weight Control Clinic,  
Regional Health Promotion Centre 6, Khonkaen

ชญัญญาช ปานนิล      นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาควิชาโภชนวิทยา)  
ภัทระ แสนไชยสุริยา      ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และประเมินความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายกับมวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว หลังการควบคุมน้ำหนัก เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 50 คน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2554 และกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วยแบบสอบถาม แบบบันทึกอาหาร 24 ชั่วโมงและใช้เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายกับการเปลี่ยนแปลง มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอวด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังควบคุมน้ำหนักผู้รับบริการมีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 3.48 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 1.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงเฉลี่ย 2.78 เเปอร์เซ็นต์ มวลไขมันลดลงเฉลี่ย 3.06 กิโลกรัม มวลกล้ามเนื้อลดลงเฉลี่ย 0.31 กิโลกรัม ไขมันช่องท้องลดลงเฉลี่ย 10.89 ตารางเซนติเมตร รอบเอวลดลงเฉลี่ย 3.66 เซนติเมตร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) ยกเว้น มวลกล้ามเนื้อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ( $p$ -value 0.150)

ดังนั้นจึงสรุปผลการวิจัยได้ว่า การควบคุมน้ำหนักโดยใช้โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 สามารถลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว ลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจากการลดน้ำหนักได้ และสามารถนำโปรแกรมการลดน้ำหนักนี้ไปใช้ควบคุมน้ำหนักในคลินิกอื่นๆ ต่อไปได้

**คำสำคัญ :** ค่าดัชนีมวลกาย, ควบคุมน้ำหนัก

## ABSTRACT

The objective of this cross-sectional, descriptive research are to study the body weight control which effect the body mass index , muscle mass, body fat mass, percent body fat, Visceral Fat Area, waist circumference and the correlation evaluation of body mass index change to muscle mass, body fat mass, percent body fat, Visceral Fat Area and waist circumference. It was done in weight control clinic of Health Promotion Hospital of Health Promotion Center Region 6, KhonKaen with the sample size 50 case who received the 12 weeks weight control program by behavior change in diet, exercise and emotion control. The data were collected by pre and post program questionnaire, record form 24 hour diet recall, Bioelectrical Impedance Analysis --BIA, then analyzed by ordinary descriptive statistics for frequency distribution, calculation of proportion, mean, standard deviation, minimum-maximum values, pre – post comparation by Paired t-test and pearson's Product moment correlation test. The Statistical significance was assumed at  $p < 0.05$ .

The result of study was found that after the program, the mean was decreased by 3.4 kg in body weight, 1.36 kg/m<sup>2</sup> in body mass index, 2.78 % in percent body fat, 3.06 kg in body fat mass, 0.31 kg in muscle mass, 10.89 cm<sup>2</sup> in Visceral Fat Area and 3.66 cm in waist circumference, with statistical significance ( $p$ -value $<0.001$ ). The analysis of the correlation was found possitive statistical significance ( $p$ -value $<0.001$ ) in body mass index with body fat mass, percent body fat, Visceral Fat Area and waist circumference with the exception of the muscle mass ( $p$ -value = 0.150).

This can be the model of weight control program and may be implemental by other clinics.

**Keyword :** *Body Mass Index, Weight Control*

## บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ทั่วโลก โรคอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับจากอาหารกับพลังงานที่ใช้ทำกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะจากการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันมากเกินไปที่ร่างกายจะเผาผลาญได้ทัน กินผักผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่ได้ทำงานที่ต้องใช้แรงงาน ไม่ได้ออกกำลังกาย รวมทั้งพันธุกรรม รายได้ การศึกษา สภาพแวดล้อม และปัจจัยที่ทำให้สัดส่วนของโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การขยายตลาดบริโภคอาหารจานด่วน (fast food) การโฆษณาชวนและของขบเคี้ยวแก่เด็ก วิธีการดำเนินชีวิตและการทำงานที่เปลี่ยนแปลงเป็นการนั่งโต๊ะและใช้เครื่องทุ่นแรง เครื่องจักรกลและคอมพิวเตอร์มากขึ้นจากสาเหตุเหล่านี้จึงทำให้ร่างกายเกิดการสะสมของไขมันตามส่วนต่างๆ และพัฒนาจนเกิดเป็นโรคอ้วนขึ้นได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกขณะนี้พบว่าประชากรทั่วโลกราว 1 พันล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน และในจำนวนนี้ 300 ล้านคนเป็นโรคอ้วน คาดว่าถึงปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้น้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น 500 ล้านคน จากการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พ.ศ.2547 ใน 14 ประเทศ ปรากฏว่าไทยอยู่ลำดับที่ 5 มีความชุกถึงร้อยละ 50 ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 3 พ.ศ.2547 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ผู้มีน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนมีมากที่สุดในวัยทำงาน โดยในเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 48 และน่าจะแปลผลได้ว่าคนไทยผู้หญิงอ้วนถึง 10 ล้านคน พบในเขตเมืองมากกว่าชนบท ปัจจุบัน

มีข้อมูลชัดเจนว่า โรคอ้วนและอ้วนลงพุงเพิ่มโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็งบางชนิด โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคหยุดหายใจขณะหลับ สูง 3 ถึง 5 เท่า ซึ่งส่งผลให้แค่ช่วงเวลา 5 ปี จาก พ.ศ. 2544 ถึง 2549 คนไทยป่วยด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 2 เท่า และป่วยเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า ซึ่งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก คือประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา อ้างถึงใน WHO, 2002)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนทางการแพทย์ใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งในการวัด แต่แพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโภชนาการและความอ้วนแนะนำว่า ไม่ควรดูที่ BMI อย่างเดียว สิ่งที่เราควรใส่ใจคือปริมาณไขมันในร่างกายมากกว่าน้ำหนักตัว เพราะสิ่งที่เป็นอันตรายและเป็นสาเหตุให้คนอ้วนเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่างๆ คือปริมาณไขมัน โดยใช้วิธีวัดปริมาณมวลไขมันและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ซึ่งความหมายของมวลไขมันหมายถึง น้ำหนักไขมันทั้งหมดในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย หมายถึง อัตราส่วนของน้ำหนักตัวต่อน้ำหนัก ไขมันในร่างกาย เกณฑ์ปกติ ค่าเฉลี่ยของผู้ชายอยู่ในช่วง 10 ถึง 20 เปอร์เซ็นต์ และค่าเฉลี่ยของผู้หญิงอยู่ในช่วง 18 ถึง 28 เปอร์เซ็นต์ (Administrator, 2008) ซึ่งปัจจุบันสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดไขมันแบบใช้สือไฟฟ้า (เครื่อง Inbody 720) หรือดูจากลักษณะการอ้วนคือดูการกระจายตัวของไขมันที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยแบ่งลักษณะการอ้วนเป็น 2 ชนิด คืออ้วนแบบผู้ชาย (male type) ลักษณะการอ้วนเป็นแบบสะโพกเล็ก มีไหล่กว้างและ

ลงพุง และอ้วนแบบผู้หญิง (female type) ลักษณะการอ้วนเป็นแบบท่อนล่างใหญ่ มีไขมันสะสมมากที่บริเวณสะโพก ทำให้สะโพกใหญ่และผาย วิธีการตัดสินว่าอ้วนแบบใด คือ หาอัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอว และเส้นรอบวงสะโพก (waist-to-hip circumference ratio, WHR) ถ้ามากกว่า 0.85 ในหญิงหรือมากกว่า 1.0 ในชาย ถือเป็น female type หรือดูจากระอบเอว ผู้ชายเกิน 90 เซนติเมตร ผู้หญิงเกิน 80 เซนติเมตร ถือว่าอ้วนอันตราย คนอ้วนชนิด male type มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ มากกว่าคนอ้วนชนิด female type (สุรพันธ์ โคมินทร์, 2546)

เห็นได้ว่าปัญหาน้ำหนักตัวเกินส่วนใหญ่ที่พบคือปัญหาการสะสมของไขมันมากเกินไปในร่างกายจนส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นการลดน้ำหนักเพื่อให้มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แนวทางการลดน้ำหนักที่ถูกต้องจึงต้องลดน้ำหนักส่วนเกินที่เป็นไขมันนั้นออกไป และระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการลดไขมันคือ ให้น้ำหนักตัวลดลงประมาณ 0.5 ถึง 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ การตั้งเป้าหมายของการลดไขมันควรตั้งเป็นเป้าหมายระยะยาว เช่น โปรแกรมการลดไขมันที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 8 ถึง 12 สัปดาห์ขึ้นไป ขึ้นอยู่กับปริมาณไขมันที่ต้องลด และปัจจัยต่างๆ เช่น ความสามารถในการจัดและควบคุมโปรแกรมอาหาร เพื่อลดไขมันให้มากที่สุดและรักษากล้ามเนื้อไว้มากที่สุด เพราะการที่เราไม่เสียกล้ามเนื้อไประหว่างการลดน้ำหนัก ทำให้ส่วนที่หายไปคือไขมัน น้ำหนักตัวลดลงแต่กล้ามเนื้อยังคงอยู่ และข้อควรระวังหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการลดไขมันคือ ควรระวังการสูญเสียกล้ามเนื้อระหว่างลดน้ำหนัก

(Administrator,2008) เพราะการลดน้ำหนักหากลดผิดวิธี เช่น การอดอาหารหรือจำกัดการกินอย่างเคร่งครัดรวมทั้งการลดน้ำหนักในระยะเวลาสั้นๆ อาจทำให้กล้ามเนื้อสูญเสียไปส่วนหนึ่ง หรือสูญเสียน้ำในร่างกายแทนไขมัน ดังนั้นการลดน้ำหนักโดยการลดไขมันและรักษากล้ามเนื้อ ทำได้โดยการจัดโปรแกรมอาหารที่ดี มีสัดส่วนสารอาหารสมดุล มีโปรตีนเพียงพอ พลังงานไม่ลดต่ำจนเกินไป เป็นไปตามวิถีชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการที่ถูกต้องคือวิธีการ (3 อ.) ซึ่ง อ.ที่ 1 คือ อ.อาหาร ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภค เลือกกินอาหารที่มีพลังงานต่ำ เพิ่มการบริโภคปลา ผัก เต้าหู้ งดของหวาน ของทอด ของมัน ของเค็ม ลดการบริโภคแป้ง อ.ที่ 2 คือ อ.ออกกำลังกาย โดยทำให้เป็นกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อ.ที่ 3 คือ อ.อารมณ์ คือการควบคุมอารมณ์ให้แจ่มใสอยู่เสมอ และการควบคุมอารมณ์การกินอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งหากทำได้จะลดน้ำหนักได้เฉลี่ยเดือนละ 1 ถึง 2 กิโลกรัม โดยเป็นวิธีการลดน้ำหนักอย่างปลอดภัยและดีต่อสุขภาพ (วนิษา กิจวรพัฒน์, 2548)

จากสถานการณ์ของความชุกโรคอ้วนดังกล่าว ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้จัดตั้งคลินิกควบคุมน้ำหนักหรือคลินิกคนไทยไร้พุง (คลินิก DPAC) ตามนโยบายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข บริการให้คำปรึกษา การควบคุมและลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนและอ้วนลงพุง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากความอ้วน โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาในคลินิกควบคุมน้ำหนัก (3 อ.) เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับควบคุมและลดน้ำหนักของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการควบคุมน้ำหนักและ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้รับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

### คำถามวิจัย

1. ค่าดัชนีมวลกายของผู้รับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนักมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร
2. การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของมวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ อย่างไร

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการควบคุมน้ำหนัก ผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักมีค่าดัชนีมวลกายลดลง
2. หลังการควบคุมน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงมวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว
3. หลังการควบคุมน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอวและมวลกล้ามเนื้อของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก
2. เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักกับการเปลี่ยนแปลงมวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว หลังการควบคุมน้ำหนัก
3. เพื่ออธิบายการปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 อายุตั้งแต่ 20 ถึง 60 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตั้งแต่เดือน มกราคม 2554 ถึง เมษายน 2554

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในประชากรที่มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกคนที่มี

คุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 ถึง เมษายน 2554 โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้รับบริการมีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี
2. มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
3. มีรอบเอว 90 เซนติเมตรขึ้นไป ในเพศชาย และรอบเอว 80 เซนติเมตรขึ้นไป ในเพศหญิง

#### เกณฑ์คัดออก

ผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมหรือยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ไขมันและกล้ามเนื้อ เช่น ยาเบาหวาน ยาไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

#### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวินน์กุล, 2551) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติด้านโภชนาการ แบบบันทึกผลการควบคุม น้ำหนัก เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย (Inbody 720) และเครื่องวัดส่วนสูง

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ และผลการควบคุมน้ำหนัก ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและควอไทล์ที่ 1 ถึง 3

2. เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย มวลไขมัน เปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันในช่องท้อง รอบเอว มวลกล้ามเนื้อ และปริมาณ

พลังงานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกาย กับเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันในช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 45 ถึง 60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.65) พบกลุ่มอายุ 41 ถึง 50 ปี ร้อยละ 42.0 รองลงมาอายุ 51 ถึง 60 ปี ร้อยละ 30.0 มีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 20,000 บาทต่อเดือน (ควอไทล์ที่ 1 = 12,490 บาทควอไทล์ที่ 3 = 31,850) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 74.0 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 54.0 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 50.0 สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.0 ส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.9 เท่ากัน มีคนอ้วนในครัวเรือน ร้อยละ 56.0 โดยเกี่ยวข้องเป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นผู้หรือน้อง ร้อยละ 32.1

##### 2. ข้อมูลสุขภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ ในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ก่อนกับหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ก่อนการควบคุมน้ำหนัก ผู้มารับบริการประเมินรูปร่างของตนเองในลักษณะรูปร่างอ้วนมาก ร้อยละ 50.0 รองลงมาเป็นรูปร่างอ้วน ร้อยละ 44.0 พบว่าผู้มารับบริการไม่เคยลดน้ำหนักเลย ร้อยละ

54.0 เหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่ลดน้ำหนัก คือ ไม่ทราบโทษของความอ้วน ไม่มีเวลา และเป็นเรื่องยากที่จะทำได้ พบ ร้อยละ 25.9 เท่าๆ กัน ส่วนผู้ที่เคยลดน้ำหนักแต่ไม่สำเร็จ จึงเลิกลดน้ำหนัก พบร้อยละ 26.0 และ เคยลดน้ำหนักแต่ไม่สำเร็จ จะพยายามต่อไป พบร้อยละ 20.0 ซึ่งพบว่า เหตุผลในการลดน้ำหนักส่วนใหญ่เพื่อความสวยงาม ร้อยละ 34.8 รองลงมา คือ เพื่อสุขภาพ เริ่มมีปัญหาสุขภาพ กลัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง และอึดอัด เคลื่อนไหวไม่สะดวก พบร้อยละ 21.7 เท่ากัน ผู้ที่เคยลดน้ำหนักส่วนใหญ่ใช้วิธีการลดน้ำหนักด้วยการอดอาหารบางมื้อ ถึงร้อยละ 91.3 รองลงมา คือ การควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ร้อยละ 69.6 และ 39.1 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการลดน้ำหนักน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 52.2 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักขึ้นๆ ลงๆ ร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ น้ำหนักลดลงเร็วและน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง พบร้อยละ 26.1 เท่ากัน หลังการลดน้ำหนักส่วนใหญ่มีสุขภาพเหมือนเดิม ร้อยละ 56.5 รองลงมาสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 30.4

หลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าการประเมินรูปร่างของตนเอง เป็นรูปร่างอ้วน ร้อยละ 48.0 รองลงมา ประเมินรูปร่างเป็น เริ่มจะอ้วน ร้อยละ 26.0 ทุกคนสามารถลดสำเร็จ และจะพยายามลดต่อไป โดยทุกคนมีเหตุผลในการลดน้ำหนัก คือ เพื่อสุขภาพ และพบว่าทุกคนใช้วิธีการลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยใช้ระยะเวลาในการลดน้ำหนักต่อเนื่อง 3 ถึง 6 เดือน การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก พบว่าทุกคนมีน้ำหนักลดลงหลังการลดน้ำหนัก และส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 92.0

การออกกำลังกาย ก่อนการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 68.0 ส่วนที่มีการออกกำลังกายมีเพียงร้อยละ 32.0 โดยมีวิธีการออกกำลังกายคือ การเดินเร็วและแอโรบิค ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่ใช้เวลาออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 93.8 รองลงมา คือ มากกว่า 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ร้อยละ 6.3 โดยทุกคนมีการออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และเมื่อรับประทานอาหารปริมาณมาก พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายมากตามไปด้วย ร้อยละ 93.8

หลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าทุกคนมีการออกกำลังกาย และส่วนใหญ่ใช้วิธีการออกกำลังกาย โดยการเดินเร็วและแอโรบิค ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่ใช้เวลาออกกำลังกาย 45 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง ร้อยละ 30.0 พบว่ามีการออกกำลังกาย 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.0 และออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 22.0 พบว่า มีการเพิ่มการออกกำลังกายให้มากขึ้นเมื่อรับประทานอาหารปริมาณมาก ร้อยละ 58.0

ลักษณะงานประจำ ก่อนการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ลักษณะงานประจำส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย ร้อยละ 60.0 และแทบไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเลย ร้อยละ 34.0 หลังการควบคุมน้ำหนักครั้งนี้ พบว่า มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย ร้อยละ 48.0 และ มีการเคลื่อนไหวปานกลาง ร้อยละ 46.0

การควบคุมอาหาร ก่อนการควบคุมน้ำหนักครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการควบคุมอาหาร ร้อยละ 74.0 ส่วนผู้ที่ควบคุมอาหาร พบร้อยละ 26.0 โดยใช้การควบคุมบางมื้อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การลดปริมาณอาหารประเภทข้าว แป้ง หวาน มัน เค็ม อาหาร

ทอด และแอลกอฮอล์ ร้อยละ 92.3 หลังการควบคุม น้ำหนักครั้งนี้ พบว่า ทุกคนมีการควบคุมอาหาร โดยมีการควบคุมบางมื้อ ร้อยละ 64.0 และควบคุมทุก มื้อ ร้อยละ 36.0 โดยทุกคนใช้การลดปริมาณอาหาร ประเภทข้าว แป้ง ลดหวาน มันเค็ม อาหารทอด และ แอลกอฮอล์ และเพิ่มผักปลาผลไม้ไม่หวาน

### 3. ข้อมูลการปฏิบัติด้านโภชนาการก่อน และหลังการควบคุมน้ำหนัก

ผลการศึกษากิจการปฏิบัติด้านโภชนาการ โดย ภาพรวมของผู้มารับบริการ ก่อนการควบคุมน้ำหนัก

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติด้านโภชนาการของผู้มารับบริการ ในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ศูนย์อนามัยที่ 6 โดยภาพรวม ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก

ระดับการปฏิบัติด้านโภชนาการ (1-5 คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน)	13	26.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	37	74.0	1	2.0
ระดับดี (3.67-5.00 คะแนน)	0	0.0	49	98.0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) :	2.59(0.40)		4.37(0.27)	

### 4. การเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนัก มวลไขมัน เปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก

ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าค่าดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ 0.38 ของค่าดัชนีมวลกายก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 1.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (95% CI: 1.06 ถึง 1.66 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ซึ่ง

พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติด้านโภชนาการ อยู่ใน ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.59 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 คะแนน หลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าการปฏิบัติด้านโภชนาการโดย ภาพรวม ส่วนใหญ่การปฏิบัติด้านโภชนาการ อยู่ใน ระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27 คะแนน รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 1

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) น้ำหนักก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า น้ำหนักลดลง ร้อยละ 2.5 ของน้ำหนักก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 3.48 กิโลกรัม (95%CI: 2.69 -4.28 กิโลกรัม) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

**มวลไขมัน** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า มวลไขมันลดลงร้อยละ 0.80 ของมวลไขมันก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 3.06



กิโลกรัม (95%CI:2.27-3.85 กิโลกรัม) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

**เปอร์เซ็นต์ไขมัน** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า เปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงร้อยละ 0.36 ของเปอร์เซ็นต์ไขมันก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 2.78 เปอร์เซ็นต์ (95%CI:2.05 -3.51เปอร์เซ็นต์) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

**ไขมันช่องท้อง** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าไขมันช่องท้องลดลง ร้อยละ 12.51 ของไขมันช่องท้องก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 10.89 กิโลกรัม (95%CI : 7.98 -13.80 กิโลกรัม) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบข้อมูลผลการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		ความแตกต่าง		95%CI of Mean Difference	p value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	$\bar{d}$ (%)	SD		
น้ำหนัก (กก.)	72.23	9.98	68.75	9.26	3.48	2.81	2.69 -4.28	<0.001
ค่าดัชนีมวลกาย (กก.ต่อ ม.2)	28.19	3.25	26.83	3.09	1.36	1.06	1.06 - 1.66	<0.001
มวลไขมัน (กก.)	26.44	7.12	23.38	6.67	3.06	2.78	2.27 -3.85	<0.001
เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%)	36.55	7.16	33.76	7.38	2.78	2.57	2.05 -3.51	<0.001
มวลกล้ามเนื้อ (กก.)	25.11	4.63	24.80	4.51	0.31	0.77	0.09 -0.53	<0.001
ไขมันช่องท้อง (ซม.2)	115.51	25.05	104.62	24.80	10.89	10.23	7.98 -13.80	<0.001
รอบเอว (ซม.)	93.93	8.88	90.27	8.20	3.66	3.34	2.71 -4.61	<0.001

**คาร์โบไฮเดรต** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับลดลงเฉลี่ย 52.15 กรัมต่อวัน (95% CI: 39.32 ถึง 64.97 กรัม) พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

รอบเอว ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า รอบเอวลดลงร้อยละ 3.43 ของรอบเอวก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 3.66 เซนติเมตร (95% CI: 2.71 ถึง 4.61เซนติเมตร) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

**มวลกล้ามเนื้อ** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า มวลกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 0.07 ของมวลกล้ามเนื้อก่อนการควบคุมน้ำหนัก หรือลดลงเฉลี่ย 0.31 กิโลกรัม (95% CI: 0.09 ถึง 0.53 กิโลกรัม) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) รายละเอียดดังแสดงในตาราง ที่ 2

โดยก่อนการควบคุมน้ำหนัก ได้รับคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 289.62 กรัมต่อวัน หลังการควบคุมน้ำหนัก ได้รับคาร์โบไฮเดรตเฉลี่ย 237.47 กรัมต่อวัน

**ไขมัน** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ไขมันที่ได้รับลดลงเฉลี่ย 31.39 กรัมต่อวัน (95% CI: 26.82 ถึง 35.97กรัม) พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) โดยก่อนการควบคุม น้ำหนักได้รับไขมันต่อวันเฉลี่ย 60.11 กรัม หลังการควบคุมน้ำหนัก ได้รับไขมันเฉลี่ย 28.71 กรัมต่อวัน

**โปรตีน** ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าโปรตีนที่ได้รับเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 15.91 กรัมต่อวัน

(95% CI: 11.25 ถึง 20.56กรัม) พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) โดยก่อนการควบคุมน้ำหนักได้รับโปรตีนเฉลี่ย 69.72 กรัมต่อวัน หลังการควบคุมน้ำหนัก ได้รับโปรตีนเฉลี่ย 85.62 กรัมต่อวัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบข้อมูลปริมาณพลังงานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และปริมาณสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ก่อนและหลังการควบคุมน้ำหนัก

พลังงานและ สารอาหาร	ก่อน		หลัง		ความแตกต่าง		95%CI of Mean Difference	p- value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$		
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	1995.78	207.31	1560.59	159.28	435.19	159.20	389.94 ถึง 480.43	<0.001
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	289.62	39.58	237.47	37.84	52.15	45.13	39.32 ถึง 64.97	<0.001
ไขมัน (กรัม)	60.11	15.48	28.71	7.90	31.39	16.10	26.82 ถึง 35.97	<0.001
โปรตีน (กรัม)	69.72	14.18	85.62	13.45	-15.91	16.37	-20.56 ถึง -11.25	<0.001

**6. ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย กับมวลไขมัน เฮอร์เซ็นตีไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอวและมวลกล้ามเนื้อ หลังการควบคุม น้ำหนัก**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย กับ เฮอร์เซ็นตีไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ ผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ศูนย์อนามัยที่ 6 หลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) กับมวลไขมัน รอบเอว เฮอร์เซ็นตี

ไขมัน ไขมันช่องท้อง ตามลำดับดังนี้

มวลไขมัน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าดัชนีมวลกายสูงที่สุด โดยมีค่า  $r$  เท่ากับ 0.918 รอบเอว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าดัชนีมวลกายรองลงมา โดยมีค่า  $r$  เท่ากับ 0.849 เฮอร์เซ็นตีไขมัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าดัชนีมวลกาย โดยมีค่า  $r$  เท่ากับ 0.796 และไขมันช่องท้อง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าดัชนีมวลกาย โดยมีค่า  $r$  เท่ากับ 0.724

ส่วนมวลกล้ามเนื้อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ( $p$ -value= 0.150) โดยมีค่า  $r$  เท่ากับ 0.206 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่า p-value ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อของผู้มารับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (p value)				
	มวลไขมัน	เปอร์เซ็นต์ไขมัน	มวลกล้ามเนื้อ	ไขมันช่องท้อง	รอบเอว
ดัชนีมวลกาย	.918*	.796*	.206	.724*	.849*
	(<.001)	(<.001)	(.150)	(<.001)	(<.001)

หมายเหตุ \* หมายถึง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนี มวลกาย มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ หลังการควบคุมน้ำหนัก พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยค่าดัชนีมวลกายลดลงเฉลี่ย 1.36 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร มวลไขมันลดลงเฉลี่ย 3.06 กิโลกรัม เเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงเฉลี่ย 2.78 เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ช่องท้องลดลงเฉลี่ย 10.89 กิโลกรัม รอบเอวลดลงเฉลี่ย 3.66 เซนติเมตรและมวลกล้ามเนื้อลดลงเฉลี่ย 0.31 กิโลกรัมโดยค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) กับมวลไขมัน ( $r=0.206$ ) เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ( $r=0.796$ ) ไขมันช่องท้อง ( $r=0.724$ ) และรอบเอว ( $r=0.849$ ) หมายความว่า การเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย และการเปลี่ยนแปลงเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอวเกิดในทิศทางเดียวกัน ส่วนมวลกล้ามเนื้อพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับค่าดัชนีมวลกาย ( $r=0.206$ ,  $p\text{-value}=0.150$ ) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากผู้รับบริการสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

ควบคุมน้ำหนัก จึงทำให้มีความมุ่งมั่นในการลดน้ำหนักสูง และได้รับโปรแกรมการให้บริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักโดยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ โดยด้านการบริโภคอาหาร แนะนำให้ผู้รับบริการคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและตามระดับกิจกรรมและกำหนดความต้องการสารอาหารหลักโปรตีน 20 ถึง 25 เเปอร์เซ็นต์ หรือไม่น้อยกว่า 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม คาร์โบไฮเดรต 50 ถึง 55 เเปอร์เซ็นต์ ไขมัน 20 ถึง 25 เเปอร์เซ็นต์ ของพลังงานทั้งหมด โดยกำหนดสัดส่วนของอาหารให้เป็นหน่วยครัวเรือนคือ ท็อปและซันโตะ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และสอดคล้องกับวิถีชีวิต รวมทั้งให้เลือกกินอาหารที่พลังงานต่ำในทุกกลุ่มอาหาร สามารถปฏิบัติได้ง่ายในชีวิตประจำวัน โดยเลือกกินอาหารตามโชนสี ประกอบด้วย โชนสีเขียว เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ไขมันหรือ

น้ำตาลต่ำควรเลือกกินให้มากที่สุด โชนสีเหลือง เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ไขมันหรือน้ำตาลปานกลางควรเลือกกินให้น้อยลง โชนสีแดง เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ไขมันหรือน้ำตาลสูงไม่ควรกินบ่อยนักเพราะจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นง่าย และใช้หลักการกินอาหารแบบ 3 เพิ่ม 3 ลด 3 งด คือกินเพิ่มแต่อาหารพลังงานต่ำ และลดหรืองดอาหารที่พลังงานสูง ประกอบด้วย เพิ่มการบริโภคปลา ผัก และธัญพืช ให้เพียงพอ ลดการบริโภคแป้ง น้ำตาลและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และงดอาหารหวาน อาหารมันและแอลกอฮอล์ รวมทั้งการกินอาหารแบบ 2:1:1 เพื่อให้ผู้รับบริการเลือกกินอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสมหากต้องกินอาหารที่ต้องรวมไว้ในงาน จึงทำให้ได้รับพลังงานจากอาหารลดลงเฉลี่ย 435.19 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยคาร์โบไฮเดรตลดลง และไขมันลดลง ส่วนโปรตีนเพิ่มขึ้น ด้านการออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้รับบริการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต สามารถทำได้โดยไม่จำกัดสถานที่และทำได้ทุกเวลาที่ว่าง โดยให้มีการเคลื่อนไหวให้หนักพอ นานพอ บ่อยพอ คือออกกำลังกายให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนถึงอัตราที่เป็นเป้าหมายอยู่ระหว่าง 65 ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ ระยะเวลาในการฝึกหรือออกกำลังกาย 40 ถึง 60 นาทีอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และด้านการควบคุมอารมณ์ แนะนำให้ผู้รับบริการการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยการควบคุมสิ่งกระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอก พยายามตัดวงจรหรือพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการกิน รวมทั้งผู้รับบริการมีการประเมินปัญหาจากการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง

ทำให้ทราบสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเลือกปัญหาหรือสาเหตุที่ต้องแก้ไขที่เป็นไปได้ในวิถีชีวิต ร่วมกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการลดน้ำหนัก ทำให้ผู้มารับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง จึงพบว่า หลังการควบคุมน้ำหนักผู้มารับบริการส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านโภชนาการโดยภาพรวมในระดับดีและพบว่าทุกคนมีการควบคุมอาหาร โดยการลดปริมาณอาหารประเภทข้าว แป้ง ลดหวาน มัน เค็ม อาหารทอด แอลกอฮอล์ และเพิ่มผัก ปลา ผลไม้ไม่หวาน ซึ่งผู้รับบริการปรับเปลี่ยนโดยการลดการกินอาหารประเภทผัด ทอดลดลง เปลี่ยนเป็นการกินอาหารบึ่งนึ่ง ย่าง อบ ตุ่นมากขึ้น ซึ่งวิธีที่ปรับเปลี่ยนสามารถลดพลังงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา ตริณิติ (2552) ได้ศึกษาผลการคงอยู่ ณ ปีที่ 2 ของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในหญิงชนบท พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ณ. ปีที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานในแต่ละวันมีพลังงานเฉลี่ย 1,314.19 กิโลแคลอรี และวิธีการปรุงอาหารที่กลุ่มตัวอย่างใช้คือ ต้ม แกง บึ่ง ย่าง ปั่น ต้ม ลาบ แจ่ว และซุบร่างกายของเรา ประกอบด้วย น้ำ กระดูก มวลกล้ามเนื้อ เอ็น เนื้อเยื่อต่างๆ ที่ไม่ใช่ไขมัน และมวลไขมัน กรณีที่ร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารน้อยกว่าพลังงานที่ใช้ไป ร่างกายจะมีการสลายไขมันออกมาใช้เป็นพลังงาน โดยเฉพาะไขมันที่สะสมไว้ในช่องท้อง (Visceral fat) จะถูกสลายมาใช้ก่อนการสลายของไขมันที่สะสมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat) และกล้ามเนื้อ เมื่อไขมันที่

สะสมไว้ในช่องท้องลดลง จึงพบว่ารอบเอวลดลง ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญา ชุมแวง วาปี (2550) ได้ศึกษาผลการออกกำลังกายด้วย โปรแกรมเดินเร็วและการควบคุมอาหารที่มีต่อการ ลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัย ขอนแก่น พบว่า เเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลังการออกกำลังกายด้วย โปรแกรมเดินเร็วและการควบคุมอาหาร มีน้ำหนัก ลดลงและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้มารับบริการมีมวลกล้ามเนื้อลดลงเฉลี่ย 0.1 กิโลกรัมต่อเดือน อาจเป็นเพราะ เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อตามวัย และก่อนการ ควบคุมน้ำหนัก ผู้มารับบริการได้รับโปรตีนน้อยกว่า 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ถึงแม้ว่าหลังการ ควบคุมน้ำหนักผู้รับบริการจะมีการบริโภคอาหาร ประเภทโปรตีนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมก็ตาม จึงทำให้การลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย หลังการ ควบคุมน้ำหนักจากโปรแกรมให้คำปรึกษาในคลินิก ควบคุมน้ำหนักครั้งนี้

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย ของผู้รับบริการในคลินิกควบคุมน้ำหนักศูนย์อนามัย ที่ 6 มีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

### 2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.1.1 ผลการศึกษา พบว่าหลังการควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง รอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และค่าดัชนีมวลกาย

มีความสัมพันธ์เชิงบวก มวลไขมัน เเปอร์เซ็นต์ไขมัน ไขมันช่องท้อง และรอบเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)แสดงว่า โปรแกรมการลดน้ำหนักของในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ศูนย์อนามัยที่ 6 มีประสิทธิภาพ และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มอื่นๆได้

2.1.2 จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการ มีมวลกล้ามเนื้อลดลง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย แสดงว่าผู้มารับบริการยังไม่สามารถ ควบคุมน้ำหนักได้เท่าที่ควร อาจเนื่องจากผู้มารับบริการมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่มีการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบต้านน้ำหนัก (Weight/strength/ resistance training) ซึ่งจะช่วยลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ทำให้การควบคุมน้ำหนักมีประสิทธิภาพขึ้นในระยะยาว ป้องกันการเพิ่มของน้ำหนักภายหลังอย่างรวดเร็ว ดังนั้นในการบริการคลินิกควบคุมน้ำหนักจึง ควรพัฒนาการให้การศึกษาเพื่อควบคุมน้ำหนักให้มากขึ้นโดยเน้นการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำให้เพียงพอเพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อ และเน้นการออกกำลังกายที่สามารถรักษามวลกล้ามเนื้อร่วมด้วย

2.1.3 จากผลการศึกษา พบว่า ผู้มารับบริการค่าดัชนีมวลกายลดลง แต่มีการลดของน้ำหนักตัวเพียงร้อยละ 2.5 เนื่องจากในการควบคุมน้ำหนักในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน ดังนั้น เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากภาวะอ้วนลงพุง ควรลดน้ำหนักให้ได้ร้อยละ 5 ถึง 10 ของน้ำหนักตัว จึงควรใช้ระยะเวลาในการควบคุมน้ำหนักมากกว่า 3 เดือน และเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลง

น้ำหนัก ดัชนีมวลกายเปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมัน มวลกล้ามเนื้อ ไขมันช่องท้อง และรอบเอว ของกลุ่มผู้รับบริการในระยะต่อไป

และแต่ละช่วงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ สำหรับการลดน้ำหนักต่อไป

## 2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2.1 ควรมีการศึกษาผลการเปลี่ยนแปลง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมัน มวลกล้ามเนื้อ ไขมันช่องท้อง และรอบเอว ของผู้มารับบริการกลุ่มวัยอื่นต่อไป เช่น เด็กวัยรุ่น เป็นต้น

2.2.2 ควรมีการศึกษาส่วนการบริโภค โปรตีนที่เหมาะสมในการควบคุมน้ำหนัก และวิธีการออกกำลังกายเพื่อคงรักษากล้ามเนื้อไว้ในกลุ่มวัยอื่นๆ

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ผู้รับบริการ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกควบคุมน้ำหนัก ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรระ แสนไชยสุริยา ดร.สุพรรณิ ศรีปัญญากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวลี โสวีรกรรม ที่ได้คำชี้แนะในการวิจัยเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (1999). **สถานการณ์โรคอ้วน**. อ้างถึงใน WHO (World Health Organization). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical report series 894. Geneva, Switzerland.
- เนตรนภา ตรีนิติ. (2552). **ผลการคงอยู่ ณ ปีที่ 2 ของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในหญิงชนบท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรัชญา ชุมแวงวาปี. (2550). **ผลการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมเดินเร็วและการควบคุมอาหารที่มีต่อการลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วณิช กิจวรพัฒน์. (2546). **โรคอ้วนลงพุง**. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2546). **โรคอ้วนในผู้ใหญ่**. วารสารประกอบกรอบรมนักรกำหนดอาหาร (The Thai Dietetic Society) ประจำปี 2546, 185-207.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Administrator. (2008). **แนวทางการลดไขมันที่ถูกต้อง**. 10 พฤศจิกายน 2552 จาก : <http://www.thaibodybuilding.net/index>.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี  
จังหวัดอุดรธานี

Fast-food Consumption Behaviors of Students in Udonthani  
Vocational College, Udonthani Province

นุชนาฏ แก้วเบา นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาควิชาโภชนวิทยา)  
สุวดี โลวีวรรณ ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือนักศึกษาระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1 ถึง 3 จำนวน 330 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA เป็นสถิติเชิงพรรณนา การประเมินคุณค่าทางโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป INMUCAL V.2.0

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีการบริโภคอาหารจานด่วน 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 43.0 โดยบริโภคอาหารจานด่วนในมือกลางวัน ร้อยละ 70.9 นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางที่ค่าเฉลี่ย 10.09 ด้านทัศนคติต่อการบริโภคอาหารจานด่วน นักศึกษาเห็นด้วยว่า การเลือกบริโภคอาหารจานด่วนเพราะเห็นว่ารวดเร็วดี ด้านความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วน นักศึกษาบริโภคไอศกรีมขนมปัง ไก่ทอด ไก่ย่าง แซนด์วิช และโดนัท 1 ถึง 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 37.9 บริโภคอาหารแช่แข็ง แช่เย็นประเภทข้าวผัด 3 ถึง 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.5 ประเภทก๋วยเตี๋ยว นักศึกษาบริโภคกะหล่ำปลี เนื้อหมู ไก่ (น้ำ) ร้อยละ 40.3 ส่วนข้าวผัดกระเพราหมู ไก่ บริโภค 3 ถึง 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.1 ะหมี่กึ่งสำเร็จรูป รสต่าง ๆ บริโภคมากกว่า 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.7 และเหตุผลที่นักศึกษาเลือกบริโภคอาหารจานด่วนพิจารณาจากด้านรสชาติของอาหาร ความสะดวกในการบริโภคอาหาร และคุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 29.7 28.8 และ 27.6 ตามลำดับ อาหารจานด่วนที่บริโภคเมื่อเช้า นักศึกษาบริโภค โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวเปียก แกงเส้น ร้อยละ 33.3 ส่วนมือกลางวัน และ มื้อเย็น บริโภคข้าวราดแกง ร้อยละ 32.4 และ 25.8 ตามลำดับ ด้านปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับประจำวัน นักศึกษาได้รับพลังงานเฉลี่ย 1,653.06 กิโลแคลอรี การกระจายพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร้อยละ 50.48 17.31 และ 32.21 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานด่วนที่นิยมบริโภคมัก พบว่า ข้าวราดผัดพริกแกง ให้พลังงานและคาร์โบไฮเดรตสูง ข้าวคะน้าหมู

กรอบให้โปรตีน ไขมัน และวิตามินซีสูง ข้าวราดแกงพะแนง ให้ใยอาหาร วิตามินบีหนึ่ง และไนอาซินสูง ข้าวคลุกกะปิ ให้แคลเซียม และเหล็กสูง ก๋วยเตี๋ยวหมูน้ำ ให้ฟอสฟอรัสสูง ส่วนสุกี้ ให้วิตามินเอ และวิตามินบีสองสูง

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้นักศึกษาบริโภคธัญพืช ผัก และผลไม้ ให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารครบทุกหมู่ให้หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอทุกวัน

**คำสำคัญ:** การบริโภคอาหารจานด่วน, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา

### Abstract

The purpose of this study was to examine the fast-food consumption behaviors of students in Udonthani vocational college, Udonthani province. The sample of 330 students, including 56 boys and 274 girls, Information was obtained by questionnaires. Descriptive statistics were applied by using the STATA statistical software. The nutritive values of fast food were analyzed using the INMUCAL V.2.0 program.

The study found 43.0 % had fast food meal 2 times a day, while 70.9% had fast food for lunch, The average score of nutrition fast food knowledge was 10.09 points did know well about nutrition fast food. Concerning the attitude towards fast food consumption, 37.9% of students agrees that the fast food has the filtration consumes because it's very quick. Ander regarding fast food frequencies, student had ice-cream, bread, chicken fried chicken grilled, sandwich and donut 1-2 times per week. 31.5% ate frozen meals such as fried rice 3-4 times per week. 40.3% ate rice noodles /with beef or pork or chicken. 39.1% ate rice with stir fried pork, chicken with holy basil leaves 3-4 times per week. 29.7% ate wheat instant noodles with seasoning more than 5 times per week. Concerning the reason for fast food consumption was good taste 29.7%, the convenient 28.8% and the nutritive values 27.6%. Concerning the kind of fast food that the students had on the breakfast, 33.3% had some rice porridge, boiled rice, rice noodle and mungbean noodle soup. 32.4% for lunch, and 25.8% for dinner which had ate rice with curry. Regarding energy and nutrients intake, student had energy intake mean of 1,653.06 Kcal, the energy distribution from carbohydrate,



protein and fat was 50.48%, 17.31%, and 32.21%. Nutritional values of most favorite fast foods namely showed that rice with fried chili paste was higher energy and carbohydrate. Kale rice with crispy pork was high protein, fat and vitamin C. Curry with rice provided fiber, vitamin B1 and niacin. Rice mixed with shrimp paste was high calcium and iron. Pork noodle was high phosphorus whereas Sukiyaki was high vitamin A and vitamin B2.

In conclusion, the students should be promoted to eat more cereal, fruits and vegetables, with balanced and varied kind of food

**Keyword :** *fast food consumption, health related behavior, vocational college student*

## บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยเฉพาะความก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งเทคโนโลยีของการสื่อสาร ทำให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกสามารถแลกเปลี่ยนข่าวสารและเผยแพร่วัฒนธรรมได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ได้มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่เป็นสากลนิยมมากขึ้น เช่น การยอมรับวัฒนธรรมการบริโภคจากต่างประเทศ มีผลให้รูปแบบการบริโภคของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบสังคมเมืองมากขึ้น โดยเน้นความสะดวกสบาย รวดเร็ว เป็นหลัก มีการกินอาหารนอกบ้านมากขึ้น จำนวนร้านอาหารริมบาทวิถีซึ่งอาจเป็นอาหารจำพวกอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานด่วนหรืออาหารจานด่วนต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) ซึ่งปัจจุบันอาหารจานด่วนมีบทบาทต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความเป็นอยู่ของคนไทยเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งถือว่าเป็นวัยสำคัญเพราะประชากรวัยรุ่นมี

แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นอายุ 10 ถึง 24 ปี มีจำนวนถึงร้อยละ 23.8 ของประชากรทั้งหมด (สุวรรณ เรื่องกาณจนเศรษฐ์, 2547)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอิสระและเป็นตัวของตัวเองและไม่ต้องการให้ตัวเองมีความแตกต่างจากกลุ่มเพื่อนทั้งในเรื่องรูปร่าง พฤติกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ล้วนเป็นสิ่งที่มียุทธิต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของวัยรุ่น (เบญจา มุกตพันธ์, 2542) ซึ่งในยุคปัจจุบันอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนได้เข้ามามีบทบาทในวิถีชีวิตมากขึ้น จากการรายงาน อาหารจานด่วนเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 55.20 (ณัฐฉิณี ทิพย์ธรรม, 2545) อาหารจานด่วนที่รู้จักกันเป็นอย่างดีในหมู่วัยรุ่นที่เป็นวัยรุ่นในลักษณะของขนมปัง พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด อาหารปิ้งย่าง อาหารเหล่านี้มีพลังงานสูง แต่มีกากใยน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ซึ่งต้องการแสดงความทันสมัย โดยการนิยมบริโภคอาหารจานด่วน ถ้าร่างกายได้รับพลังงานหรือสารอาหารบางอย่างในปริมาณที่มากเกินไปความต้องการจะ

ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายได้ จากการรายงานการสำรวจสถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2548 พบว่า เด็กไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วนร้อยละ 12 ท้วม ร้อยละ 5 เด็กและวัยรุ่นป่วยเป็นโรคเบาหวานประเภท 2 มากถึง ร้อยละ 18.4 ซึ่งโรคอ้วน เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ถือเป็นภาระของประเทศในเรื่องค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาล นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล จากการรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการในประเทศไทยครั้งล่าสุด ปี พ.ศ.2546 พบว่า กลุ่มนักเรียนช่วงอายุ 15 ถึง 18 ปี เริ่มมีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 17.2 ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลมากเกินไปร่างกายต้องการ และขาดการออกกำลังกาย และยังพบว่าพฤติกรรมการบริโภคของวัยรุ่นส่วนใหญ่ชอบบริโภคอาหารจานด่วนในรูปแบบใหม่ซึ่งแพร่หลายเข้ามาโดยสื่อโฆษณาต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับประทานมากที่สุด (ลลดา จันทรสมบูรณ์, 2551) นักเรียนวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานีส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารจานด่วนจำพวกอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานด่วนแบบไทย เช่น อาหารตามสั่ง ข้าวราดแกง และอาหารจานด่วนแบบต่างชาติ ซึ่งประกอบไปด้วย แป้ง น้ำตาล ไขมันสูง เป็นส่วนใหญ่นิยมรับประทานเป็นอาหารมื้อหลัก และรับประทานเล่นหรือเมื่อต้องการเปลี่ยนรสชาติอาหารเป็นบางครั้ง และยังเป็นสถานที่ใช้สำหรับพบปะสังสรรค์ เป็นแหล่งนัดพบ พักผ่อนหย่อนใจ ที่สำคัญคือ ความรู้สึกดูทันสมัยสำหรับกลุ่มวัยรุ่นด้วย ซึ่งให้เห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน ดังนั้นวัยรุ่นจึงควรได้รับการส่งเสริมโภชนาการที่ถูกต้อง

รวมถึงการปลูกฝังให้มีโภชนาการที่ดีและเหมาะสมก็จะเกิดผลดีต่อช่วงชีวิตในวัยต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากเป็นวัยที่เป็นกลุ่มผู้บริโภคที่สำคัญในสังคมปัจจุบัน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียน และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน ตลอดจนวางแผนแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียน เสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้ถูกหลักการ มีความรู้ในการเลือกกินอาหารจานด่วนที่เหมาะสมให้สอดคล้องส่วนครบถ้วนทั้งในแง่ของปริมาณ ชนิดและคุณภาพตามหลักโภชนาการ ใช้เป็นข้อมูลในการเผยแพร่พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนอันเป็นการช่วยป้องกันและลดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศชาติต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาที่วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 ถึง 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2553 จำนวนทั้งสิ้น 330 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงก่อนส่งแบบประเมิน

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วน แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหารจานด่วน และแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วน

**ส่วนที่ 3** เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์การบริโภคอาหารและคุณค่าทางโภชนาการ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ วิธี 24-Hour Dietary Recall เป็นเวลา 3 วัน และวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานด่วนที่นิยมบริโภคสูงสุด 10 ถึง 15 รายการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป INMUCAL V.2.0

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และ 95% CI แต่หากข้อมูลมีการ

แจกแจงไม่ปกติแสดงผลด้วย (Median) และค่าควอไทล์ที่ 1 ถึง 3 (Q1- Q3) และ 95% CI

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.0 อายุเฉลี่ย 16.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 มีภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย) ระดับปกติ ร้อยละ 50.5 ส่วนค่าใช้จ่ายในการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 50 บาทต่อวัน ร้อยละ 85.8 อยู่ระหว่าง 20-40 บาทต่อวัน ในปัจจุบันนักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยกับผู้ปกครอง ร้อยละ 72.2 และโทรทัศน์เป็นสื่อที่นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารจานด่วน ร้อยละ 56.1 สำหรับจำนวนและมื้ออาหารจานด่วนที่นักศึกษาบริโภคอาหารต่อวัน ส่วนใหญ่ นักศึกษาบริโภคอาหารจานด่วน 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 43 นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่บริโภคอาหารจานด่วนในมื้อกลางวัน ร้อยละ 70.9 ส่วนระดับความรู้ทางโภชนาการของนักศึกษาในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 70.61 โดยมีค่าเฉลี่ย 10.09 ด้านทัศนคติต่อการบริโภคอาหารจานด่วน พบว่า นักศึกษาเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยว่าการเลือกบริโภคอาหารจานด่วนเพราะรวดเร็วดี ร้อยละ 27.6 และ 52.7 ตามลำดับ ด้านความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วนพบว่าอาหารสากล นักศึกษารับประทานไอศกรีมและขนมปัง 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 37.9 และ ร้อยละ 41.8 ตามลำดับ ส่วนอาหารแช่แข็ง แช่เย็นพบว่า นักศึกษารับประทานข้าวผัด ข้าวกะเพรา และข้าวเหนียวหมูย่าง 3 ถึง 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.5 ร้อยละ 32.1 และ ร้อยละ 27.9 ตามลำดับ อาหาร

ประเภทถ้วยเดียวพบว่า นักศึกษารับประทานบะหมี่เนื้อ หมู ไก่ (น้ำ) ถ้วยเดียวเนื้อ หมู ไก่(น้ำ) 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 40.3 อาหารประเภทข้าวพบว่า นักศึกษารับประทานข้าวผัดกะเพราหมู ไก่ 3 ถึง 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 39.1 และพบว่า นักศึกษารับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปสัปดาห์ต่าง ๆ มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 29.7 และนักศึกษามีเหตุผลของการเลือกรับประทานอาหารจานด่วนเนื่องจากรสชาติของอาหาร ร้อยละ 29.7 ส่วนชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเช้าส่วนใหญ่คือ โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวเปียก แกงเส้น ร้อยละ 33.3 ส่วนแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเช้า คือนั่งรับประทานที่ร้านอาหาร ร้อยละ 43 และชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อกลางวันส่วนใหญ่ ข้าวราดแกง ร้อยละ 32.4 และแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อกลางวัน นั่งรับประทานที่ร้านอาหาร ร้อยละ 79.7 นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเย็นส่วนใหญ่คือ ข้าวราดแกง ร้อยละ 25.8 และแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเย็น ได้แก่ ผู้ปกครองเป็นผู้ประกอบอาหาร ร้อยละ 41.5 ส่วนการรับประทานอาหารจานด่วนระหว่างมือ รับประทาน ร้อยละ 77.6 และชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานระหว่างมือส่วนใหญ่ คือ ข้าวราดแกง ร้อยละ 23.0 มีนักศึกษาที่ซื้ออาหารจานด่วนจากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 91.2 โดยส่วนใหญ่ซื้ออาหารจานด่วนจากร้านสะดวกซื้อ 1 ถึง 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 80.73 ด้านปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับประจำวัน นักศึกษาได้รับพลังงานเฉลี่ย

1,653.06 กิโลแคลอรี การกระจายพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร้อยละ 50.48 17.31 และ 32.21 ตามลำดับ ส่วนด้านความชอบในการบริโภคอาหารจานด่วนพบว่า อาหารจานด่วนที่นักศึกษานิยมบริโภค 10 ชนิด ได้แก่ ถ้วยเดียวหมูน้ำ ข้าวคะน้าหมูกรอบ ข้าวผัดหมู ข้าวกะเพราหมู ข้าวกะเพราหมูกรอบ ข้าวคลุกกะปิ ข้าวราดแกงพะเนียง ข้าวราดผัดพริกแกง ข้าวเหนียวหมูปั้น และสุกี้ ตามลำดับ จากการศึกษาคุณค่าทางโภชนาการของสารอาหารต่าง ๆ ของอาหารจานด่วนที่นักศึกษานิยมบริโภค พบว่า ข้าวราดผัดพริกแกงให้พลังงานและคาร์โบไฮเดรตสูงสุด ให้พลังงาน 669.1 กิโลแคลอรี และคาร์โบไฮเดรต 75 กรัม ข้าวคะน้าหมูกรอบที่ให้โปรตีน วิตามินซี และไขมันสูงสุด ให้โปรตีน 24.12 กรัม วิตามินซี 46.1 มิลลิกรัม และไขมัน 36.61 กรัม ข้าวราดแกงพะเนียงให้ใยอาหาร โนอาซิน และวิตามินบีหนึ่ง สูงที่สุด ให้ใยอาหาร 3.83 กรัม โนอาซิน 8.56 มิลลิกรัม และวิตามินบีหนึ่ง 1.04 มิลลิกรัม ข้าวคลุกกะปิ ให้แคลเซียมและเหล็กสูงที่สุด ให้แคลเซียม 371.04 มิลลิกรัม และเหล็ก 6.24 มิลลิกรัม ถ้วยเดียวหมูน้ำ ให้ฟอสฟอรัสสูงที่สุด ให้ฟอสฟอรัส 376.05 มิลลิกรัม ส่วนสุกี้ให้วิตามินเอและวิตามินบีสองสูงที่สุด ให้วิตามินเอ 968.1 ไมโครกรัมของเรตินอล และวิตามินบีสอง 0.58 มิลลิกรัม

### บทสรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาคั้งนี้มีนักศึกษามากกว่า นักศึกษาชาย ส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจานด่วนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 40 บาทต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับ

ลลดา จันทร์สมบูรณ์ (2551) ที่พบว่า วัยรุ่นในจังหวัด เพชรบุรีมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อครั้งในการบริโภค อาหารจานด่วนคือ น้อยกว่า 100 บาท คิดเป็น ร้อยละ 40.00 และปัจจุบันนักศึกษาส่วนใหญ่พัก อาศัยกับผู้ปกครอง นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสารมาก ที่สุดจากสื่อทางโทรทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับทัศนีย ลิมมั้นเจริญ (2535) ที่พบว่า วัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารจานด่วนจากสื่อทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 75.33 นั่นก็เป็นเพราะว่าโทรทัศน์เป็นสื่อที่เข้าถึง ผู้บริโภคได้ดีที่สุด อีกทั้งผลิตภัณฑ์อาหารฟาสต์ฟู้ด ยังมีการลงทุนในการโฆษณาทางโทรทัศน์สูง เป็นที่ สนใจในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนและ มื้ออาหารจานด่วนที่นักศึกษารับประทาน พบว่า นักศึกษารับประทานอาหารจานด่วนจำนวน 2 มื้อต่อ วัน ร้อยละ 43 นักศึกษา ส่วนใหญ่บริโภคอาหารจาน ด่วนในมือกลางวัน ร้อยละ 70.9 ซึ่งอาจมาจากหลาย สาเหตุด้วยกัน ได้แก่ นักศึกษาบริโภคอาหารไม่เป็น เวลา มีเวลาในการบริโภคมือกลางวันมากกว่ามื้อื่นๆ และมักงดอาหารมื้อเช้า นักศึกษาบางคนตื่นสาย เนื่องจากนอนดึก ทำให้ไม่ได้บริโภคอาหารเช้า และ มักจะรวมไปบริโภคมือเดียวในมือกลางวัน เด็กวัยรุ่น หลึงบางคนอดอาหารเช้าเพราะกลัวอ้วน ซึ่งถ้าปฏิบัติ เป็นประจำทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางโภชนาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับอบเชย วงศ์ทอง (2546) ที่พบว่า เด็ก วัยรุ่นยังรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาตามมื้ออาหาร มักรับประทานอาหารตามใจตัวเอง เมื่อมีอาหารไม่ ถูกใจก็อาจไม่บริโภคหันไปบริโภคอาหารที่ถูกใจแต่ ไม่มีประโยชน์แทน ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารจานด่วนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.61 สอดคล้องกับ ณีฎฐิณี ทิพย์ธรรม

(2545) ที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ด้าน โภชนาการอยู่ในระดับปานกลางโดยนักศึกษาชอบ บริโภคอาหารจานด่วนมากที่สุดร้อยละ 59.40 เนื่องจากนักศึกษาได้รับข่าวสาร และมีการเรียนรู้ด้าน โภชนาการ โดยส่วนมากนักศึกษาจะมีความรู้มาก ที่สุดในเรื่องที่เกี่ยวกับอาหารประเภทผัก ผลไม้ มีเส้นใยอาหารที่มีประโยชน์ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น และเรื่องการกินอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อให้มีภาวะ โภชนาการดีควรกินอาหารแต่ละหมู่ให้หลากหลายใน ปริมาณที่พอเหมาะ ด้านทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร จานด่วน พบว่า นักศึกษาเห็นด้วยว่า สีสนของอาหาร จานด่วนทำให้น่ารับประทาน การเลือกบริโภคอาหาร จานด่วนเพราะเห็นว่ารวดเร็วดี การบริโภคอาหาร จานด่วนเหมาะกับสังคมปัจจุบันที่ต้องรีบเร่งแข่งกับ เวลา และอาหารจานด่วนมีความหลากหลายหรือมี ชุดพิเศษแปลกใหม่ทำให้อยากบริโภค สอดคล้องกับ พันธะจิต ดังก้อง (2546) ที่พบว่า นักศึกษาเห็นด้วย ว่า อาหารจานด่วนมีหลายประเภท หลายชนิดและ หลายขนาด จูงใจให้ไปใช้บริการ ร้อยละ 69.01 ด้าน ความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาพบ ว่า อาหารสากล นักศึกษาส่วนใหญ่รับประทาน ไอศกรีมและขนมปัง เป็นประเภทอาหารกึ่งขนม สอดคล้องกับภัทราวรรณ สุขพันธ์ (2547) ที่พบว่า วัยรุ่นที่บริโภคอาหารจานด่วน ส่วนใหญ่นิยมสั่ง อาหารกึ่งขนมประเภทไอศกรีมมารับประทานมาก ที่สุด ร้อยละ 41.5 พบว่า อาหารเหล่านี้มีคุณค่าสาร อาหารของแร่ธาตุ ต่าง ๆ ค่อนข้างต่ำ มีส่วนประกอบ ของกากใยอาหารน้อย บางชนิดมีเกลือโซเดียมมาก เกินความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ส่วนใหญ่จะ มีปริมาณไขมันที่สูงและมีส่วนประกอบของโปรตีนที่

ไม่เหมาะสม ทำให้อาหารเหล่านี้มีพลังงานมากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการต่อวัน ผลเสียของการบริโภคมากเกินไปและเป็นระยะเวลาอันยาวนานคือ เสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก เนื่องจากมีกากใยอาหารน้อย เกิดการสะสมของไขมันและมีไขมันในเลือดสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เนื่องจากเป็นอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ส่วนอาหารแช่แข็ง แช่เย็น ส่วนใหญ่นักศึกษาบริโภคข้าวผัด ข้าวกะเพรา และข้าวเหนียวหมูป่าง ส่วนข้าวแกงเขียวหวาน ข้าวคะน้าหมูกรอบ ข้าวมันไก่ ข้าวต้มกุ้งหมู รับประทาน 1 ถึง 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ พบว่า นักศึกษานิยมซื้อและชอบบริโภคอาหารแช่แข็งที่พร้อมบริโภคประเภทอาหารมื้อหลัก ประเภทอาหารจานเดียว อาจเพราะสะดวกในการบริโภค และราคาไม่แพง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรลดา โรจนพิบูลย์พันธ์ (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่บริโภคอาหารจานเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาหารประเภทจานเดียวบริโภคสะดวก แล้วเป็นที่รู้จักมากกว่าอาหารประเภทอื่น และมีเมนูให้เลือกหลากหลาย จึงทำให้เป็นที่นิยมและชอบบริโภค ประเภทก๋วยเตี๋ยว ส่วนใหญ่นักศึกษาบริโภคบะหมี่เนื้อ หมู ไข่ (น้ำ) ก๋วยเตี๋ยวเนื้อ หมู ไข่ (น้ำ) 3 ถึง 4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับ อินทิรา แก้วมาตร (2553) ได้ศึกษาการบริโภคอาหารของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาบริโภคก๋วยเตี๋ยวในมื้อกลางวัน ร้อยละ 41.41 อาจเนื่องจากก๋วยเตี๋ยวมีรสชาติอร่อย และสะดวกรวดเร็วในการบริโภค โดยเฉพาะช่วงเวลาที่นิยมบริโภคก๋วยเตี๋ยวกันมาก คือ มื้อกลางวัน ประเภทข้าว ส่วนใหญ่นักศึกษาบริโภคข้าว

ผัดกระเพราหมู ไข่ และยังพบว่า นักศึกษานิยมบริโภคข้าวผัดหมู ไข่ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ข้าวหมูทอด หมูกรอบ ไก่กรอบ หมูแดง ข้าวไข่พะโล้ ข้าวเหนียว และหมูปิ้ง ไข่ปิ้ง เครื่องในปิ้ง 1 ถึง 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ นักศึกษาบริโภคอาหารประเภทข้าว อาหารตามสั่งจานเดียว และอาหารปรุงสำเร็จ เพื่อต้องการประหยัดเวลา ไม่ต้องเสียเวลาในการปรุงอาหาร เพราะต้องรีบเร่งในการเดินทางไปเรียน และต้องการให้อิ่มนานๆ จึงจำเป็นต้องบริโภคอาหารประเภทนี้เป็นอาหารหลัก โดยนิยมนั่งบริโภคที่โรงอาหารของวิทยาลัย สอดคล้องกับอัมพวัลย์ วิศวธีรานนท์ (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องวิถีของคนไทยรุ่นใหม่ พบว่า การดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในสถาบันศึกษา ซึ่งวัยรุ่นจะซื้ออาหารที่ร้านอาหารในโรงเรียน และอาหารหลักส่วนใหญ่เป็นอาหารจานเดียว และส่วนใหญ่นักศึกษาบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปต่าง ๆ ซึ่งอาหารเหล่านี้หาบริโภคง่าย มีความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย นักศึกษามักมีแต่ความรีบเร่งในการเดินทางไปเรียน จึงต้องการกินอาหารที่รวดเร็วทันใจ และราคาไม่แพงจะเห็นได้จากนักศึกษานิยมบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โดยเฉพาะนักศึกษาที่อาศัยหอพัก เนื่องจากบะหมี่ใช้เวลาปรุงไม่มาก ง่ายรวดเร็ว เพียงใส่น้ำร้อนลงไปสักครู่ก็ทานได้ สอดคล้องกับ จริญญา ไชยเสริฐ (2538) ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักศึกษาหอพัก สถาบันราชภัฏสุรินทร์ พบว่า การบริโภคอาหารของนักศึกษาหอพักจะเป็นไปในลักษณะที่ง่าย และประหยัดอาหารที่บริโภคส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ในบางครั้งจากการที่ได้บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำ

มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ และมีผลต่อเนื่องถึงการเรียน ด้วยเหตุนี้จึงควรให้ความรู้ ด้านโภชนาการของอาหารให้แก่ นักศึกษาหอพัก เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการบริโภคที่ไม่ถูกต้องต่อไป และนักศึกษามีเหตุผลของการเลือกรับประทานอาหารจานด่วนด้านรสชาติของอาหาร สอดคล้องกับ ฌ็องลูอี ทิพย์ธรรม (2545) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า รสชาติแปลกใหม่ จูงใจให้บริโภคอาหารจานด่วน ความสะดวกในการรับประทานและคุณค่าทางโภชนาการ ส่วนชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเช้าส่วนใหญ่คือ โจ๊กข้าวต้ม ข้าวเปียก แกงเส้น ข้าวเหนียวหมูปิ้ง ไก่ปิ้ง เครื่องในปิ้ง ขนมปัง แซนวิช ส่วนแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่นักศึกษารับประทานเมื่อเช้า คือนั่งรับประทานที่ร้านอาหาร ส่วนชนิดของอาหารจานด่วนที่นักศึกษารับประทานเมื่อกลางวันส่วนใหญ่ ข้าวราดแกง ก๋วยเตี๋ยว อาหารตามสั่ง และแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อกลางวันโดยส่วนใหญ่ นั่งรับประทานที่ร้านอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของอาหารจานด่วนที่รับประทานเมื่อเย็นส่วนใหญ่ คือ ข้าวราดแกง อาหารตามสั่ง ก๋วยเตี๋ยว และแหล่งที่มาของอาหารจานด่วนที่นักศึกษารับประทานเมื่อเย็นส่วนใหญ่ ปกครองเป็นผู้ประกอบอาหาร และพบว่า ส่วนใหญ่ซื้ออาหารจานด่วนจากร้านสะดวกซื้อ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับอารีรัตน์ ทัดเสรีวิบูลย์ (2551) ที่พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วน 1 ถึง 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 48.2 ด้านอาหารจานด่วนที่นักศึกษาชอบบริโภค คือ ก๋วยเตี๋ยวหมู ร้อยละ 33.6 ส่วนปริมาณพลังงานและสารอาหารของนักศึกษาที่ได้รับประจำวัน พบว่า ปริมาณพลังงานของนักศึกษาที่ได้รับเฉลี่ย 1,653.06

กิโลแคลอรี สำหรับปริมาณโปรตีนของนักศึกษาที่ได้รับเฉลี่ย 67.72 กรัม ส่วนปริมาณคาร์โบไฮเดรตและไขมันของนักศึกษาที่ได้รับเฉลี่ย 220.75 กรัม และ 55.17 กรัม ตามลำดับ โดยพบว่า นักศึกษาหญิงได้รับพลังงานโดยเฉลี่ยต่ำกว่าที่กำหนด อาจเกิดจากนักศึกษาหญิงบางกลุ่มบริโภคอาหารไม่ครบทั้ง 3 มื้อ ซึ่งมักจะเป็นมื้อเช้า และมื้อเย็น และอาหารที่บริโภคให้พลังงานต่ำ อาจเป็นห่วงเรื่องรูปร่าง จึงควบคุมการบริโภคอาหารเพราะกลัวอ้วน ต่างจากนักศึกษาชายที่มีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเพียงพอเพราะต้องการพลังงานเพื่อการทำกิจกรรมต่างๆ และการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ ปริมาณพลังงานและโปรตีนที่ได้รับเทียบกับร้อยละของ RDA โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ได้รับพลังงานน้อยกว่าร้อยละ 70 ของ RDA ส่วนการได้รับโปรตีนพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับโปรตีนสูงกว่าร้อยละ 100 ของ RDA การกระจายพลังงานจากอาหารที่นักศึกษาได้รับ พบว่า นักศึกษาได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50.48 โปรตีน ร้อยละ 17.31 และไขมัน ร้อยละ 32.21 คุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานด่วนที่นิยมบริโภคมาก ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยวหมู ข้าวคะน้า หมูกรอบ ข้าวผัดหมู ข้าวกะเพราหมูชิ้น หมูสับ ข้าวกะเพราหมูกรอบ ข้าวคลุกกะปิ ข้าวราดแกงพะแนง ข้าวราดผัดพริกแกง ข้าวเหนียวหมูปิ้ง และสุกี้ พบว่า ข้าวราดผัดพริกแกง ให้พลังงานและคาร์โบไฮเดรตสูง ข้าวคะน้าหมูกรอบ ให้โปรตีนไขมันและวิตามินซีสูง ข้าวราดแกงพะแนง ให้ใยอาหาร, วิตามินบีหนึ่ง และไนอาซินสูง ข้าวคลุกกะปิ ให้แคลเซียม และเหล็กสูง ก๋วยเตี๋ยวหมูน้ำ ให้ฟอสฟอรัสสูง ส่วนสุกี้ ให้วิตามินเอ และวิตามินบีสองสูง

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความนิยมบริโภคอาหารจานด่วน เนื่องจากมีความสะดวกรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นไปได้ว่า อาจจะมีผลต่อสมาธิในการเรียนหนังสือของนักศึกษา และเกิดผลเสียต่อชีวิตในวัยต่อไป ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาให้ความสำคัญต่อการบริโภคอาหารให้เพียงพอ และควรบริโภคอาหารให้ครบทุกมื้อ โดยเน้นการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากกว่าเน้นที่ความอร่อยอย่างเดียว และยังมีนักศึกษาบางส่วนยังบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าอาหารชนิดอื่นๆ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้รู้จักสัดส่วนที่เหมาะสมของอาหาร ให้ความรู้และส่งเสริมให้นักศึกษาบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของธัญพืช ผักและผลไม้ โดยเน้นให้บริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ส่วน

ด้านความรู้ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเรียนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วน การเลือกรับประทานอาหารจานด่วนที่มีคุณค่าทางโภชนาการในแต่ละระดับชั้น ทุกสาขาวิชา เพื่อเป็นการปลูกฝังให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานีทุกท่าน และขอขอบคุณเพื่อนๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรธรรณ แสนไชยสุริยา ดร.สุพรรณิ ศรีปัญญากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวดี โลวีวรรณ ที่ให้คำชี้แนะในการวิจัยเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กองโภชนาการ. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (Dietary Reference Intake, RDI). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://nutrition.anamai.moph.go.th/rda%.htm>. (วันที่ค้นข้อมูล :24 สิงหาคม 2553).
- จรัญญา ไชยเสริฐ. (2538). พฤติกรรมผู้บริโภคขนมปังสำเร็จรูปของนักศึกษาหอพัก สถาบันราชภัฏสุรินทร์. รายงานผลการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- จิตรลดา โรจน์พิบูลย์พันธ์. (2550). พฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งในเขตกรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าแบบอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ณัฏฐิณี ทิพย์ธรรม. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โภชนาการและการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของนักเรียนโรงเรียนเอกชน จังหวัดเชียงใหม่**. รายงานการศึกษาอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ลิ้มมันเจริญ. (2535). **จิตวิทยาวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เบญจมา มุกตพันธ์. (2542). **โภชนาการสำหรับคนวัยต่าง ๆ**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พันธะจิต ดังก้อง. (2546). **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเชียงใหม่**. รายงานการศึกษาอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- ภัทรารวรรณ สุขพันธ์. (2547). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**. รายงานการศึกษาอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลลดา จันทร์สมบูรณ์. (2551). **พฤติกรรมในการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบุรี**. รายงานการศึกษาอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2546). **พฤติกรรมการกินของคนไทย**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา เรื่องกาญจเศรษฐ์ และคณะ.(2547). **กลยุทธ์การดูแล และสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชัยเจริญ.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2546). **การประเมินผลการเรียนรู้แนวใหม่**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; สถาบันวิจัยโภชนาการ. **คุณค่าอาหารไทยเพื่อสุขภาพ**. วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). **สร้างเด็กไทยให้เต็มศักยภาพด้วยอาหารและโภชนาการ**. กรุงเทพฯ: เพชรรุ่งการพิมพ์.
- อบเชย วงศ์ทอง. (2546). **โภชนศาสตร์ครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อารีรัตน์ ทัดเสรีวิบูลย์. (2551). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นในกรุงเทพ**. รายงานการศึกษาอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อินทิรา แก้วมาตร. (2553). **ภาวะโภชนาการพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการ วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพวัลย์ วิศวธีรานนท์. (2541). **วิถีชีวิตของคนไทยรุ่นใหม่**. ภาคินพันธ์. พัฒนบริหารศาสตร มหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร.

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์  
ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

The Affective factors for behaviors Iodine deficiency prevention  
of Pregnant women in Namsom district, Udonthani Province.

นายบุญทวย ประทุมรัตน์      นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
(ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข)

ดร.วงศา เลาทศิริวงศ์      ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 108 คน ที่ได้จากการสุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่นักวิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายคุณลักษณะทางประชากร ความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple linear regression ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย  $25.34 \pm 6.76$  ปี ร้อยละ 61.10 เป็นเกษตรกร จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.90 มี ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 10,000 บาท มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ เฉลี่ย  $10.03 \pm 4.59$  สัปดาห์ ครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ 5 ครั้ง ร้อยละ 53.30 มีความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.48 มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.70 มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้รายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูงได้แก่ ร้อยละ 51.85 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.63 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง แต่ร้อยละ 74.07 มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ และ ร้อยละ 55.56 มีการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวน

ครั้งของการตั้งครรภ์ (mean diff = -1.08 ; 95% CI: -2.12 to -0.49 ; p-value = 0.040) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (mean diff = 0.28 ; 95% CI: 0.07 to 0.49 ; p-value = 0.007) และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีน (mean diff = 0.21 ; 95% CI: 0.01 to 0.28 ; p-value = 0.025)

**คำสำคัญ** : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ การปฏิบัติ โรคขาดสารไอโอดีน

### Abstract

This cross sectional analytical research aimed to identify factors affecting iodine deficiency behaviors prevention of pregnant women in Namsom District, Udonthani Province. The total of 108 samples of pregnant women in the studied area were randomly selected to response to questionnaire interview developed by the researcher which was test for validity and had high reliability (coefficient alpha of Cronbach = 0.86). Descriptive statistics were used to describe demographic characteristics, knowledge, health belief and acquired information whereas multiple linear regression for inferential statistics were administered to identify factors affecting to iodine deficiency behaviors prevention of pregnant women.

The results indicated that the samples average age was 25.34±6.76 years old, most of them were farmers (61.10%) and 38.90% finished secondary school. Their median income was 10,000 Baht/month. The average gestational age for the first antenatal visit was 10.03±4.59 weeks, half of them were at second pregnancy and the median antenatal visit was 5 visits. 53.30% had high level of knowledge on iodine deficiency. 56.48 % had high level of preventive behaviors and 78.70% had moderate level of overall health belief in the issues. 51.85% perceived risk to get disease, 54.63% had high level of perceived severity of disease and 91.67% had high level of perceived benefits of prevention. However, 74.07% had low level of perceived obstacles of preventive behaviors. 55.56 % had low level of acquired information on iodine deficiency. Factors which were statistically significant affecting iodine deficiency behaviors prevention of pregnant women were the number of gestation (mean diff = -1.08 ; 95% CI: -2.12 to -0.49 ; p-value = 0.040), the perceived of risk to get disease (mean diff = 0.28 ; 95% CI : 0.07 to 0.49 ; p-value = 0.007) and the acquired of information on iodine deficiency (mean diff = 0.21 ; 95% CI: 0.01 to 0.28 ; p-value = 0.025)

**Key Word** : Health Belief Model, Perception, Practice , Iodine deficiency

## บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากการขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของความพิการทางสติปัญญา จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 1999 ได้ประมาณการว่ามี 130 ประเทศจากทั่วโลกยังมีปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน มีประชากรที่เป็นโรคคอพอก ถึง 741 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลก (ภักดี โพธิศิริ, 2545) การขาดสารไอโอดีน นอกจากจะทำให้เกิดโรคคอพอกแล้ว ยังมีผลต่อการพัฒนาการทางด้านการมองเห็น สติปัญญา การเจริญเติบโตของร่างกาย รวมทั้งก่อให้เกิดความพิการแต่กำเนิดอย่างถาวร ผลการศึกษาในหลายประเทศพบว่า การขาดสารไอโอดีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการขาดสารไอโอดีนสูง มีระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient, IQ) ต่ำกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่ได้รับสารไอโอดีนเพียงพอถึง 13.5 จุด และพัฒนาการทางสมองจะแปรผันตามระดับการขาดสารไอโอดีน การขาดสารไอโอดีนในระดับเล็กน้อยอาจไม่ทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายอย่างชัดเจนแต่ยังคงมีผลกระทบต่อระดับเข่าปัญญา ทารกตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 2 ถึง 3 ปี ถ้าขาดไอโอดีนจะมีสติปัญญาด้อย มีไอคิว (IQ) ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นตามศักยภาพถึง 30 จุด เด็กที่เกิดจากแม่ที่มีปัญหาธัยรอยด์ มักมีไอคิวต่ำกว่า 85 และ การขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรง ทำให้สมองถูกทำลายอย่างถาวรได้ ซึ่งส่งผลถึงความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก คุณภาพชีวิตของคนหนุ่มสาว ที่เป็นสาเหตุก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการชะลอตัวในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของ

ประเทศ (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2548) จากสถิติของกรมอนามัย เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีระดับพัฒนาการต่ำลงเรื่อย ๆ ทั้งทางร่างกายและสติปัญญา งานวิจัยของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า ค่าเฉลี่ยของเด็กไทย ลดลงจาก 91 จุดในปี พ.ศ. 2540 เหลือ 88 จุด ในปี พ.ศ. 2545 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงเหลือเพียง 85.9 จุด ต่ำกว่าเกณฑ์สากลที่ 90 – 110 จุด (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2550)

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะการขาดสารอาหาร เพราะการตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งร่างกายและจิตใจ โภชนาการที่ดีและถูกหลักวิชาการเป็นสิ่งจำเป็นมาก การขาดสารอาหารที่สำคัญเพียงชนิดเดียวในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ต่อทารกในครรภ์ ซึ่งอาจเกิดผลกระทบไปจนถึงวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ได้ (Symond, Budge, & Stephenson, 2000) โดยเฉพาะการขาดสารไอโอดีน เนื่องจากการขาดสารไอโอดีนเป็นส่วนประกอบหลักที่สำคัญของธัยรอยด์ฮอร์โมน ที่มีหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาเคมีในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญหลายแห่งในร่างกาย กระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประสาทและสมองของทารกในครรภ์ (Nohn & Laurberg, 2000)

ในการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย ในระยะแรก มองกันว่าเป็นเพียงปัญหาโรคคอพอก ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 รัฐบาลได้อนุมัติและสนับสนุนโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ได้กราบบังคมทูลเชิญสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน เพื่อ

แก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน ได้ย้ถึงความสำคัญของการขจัดโรคขาดสารไอโอดีน ที่มีต่อการพัฒนาเขาว์ปัญญา ซึ่งต่างจากเดิมที่เน้นการควบคุมโรคคอพอกมาโดยตลอด ที่ประชุมยังได้อนุมัติแผนแม่บทแห่งชาติเพื่อการขจัดโรคขาดสารไอโอดีนระยะ 5 ปี พ.ศ.2549 ถึง 2554 (กรมอนามัย, 2549) ในปี พ.ศ. 2553 นโยบายรัฐบาล โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเน้นหนักในการแก้ไขปัญหารโรคขาดสารไอโอดีนใน 3 กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มทารกแรกเกิด กลุ่มเด็กเล็ก และประชาชนทั่วไป โดยกระทรวงสาธารณสุขจะบังคับเป็นกฎหมายให้ผู้ประกอบการเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว และซอสปรุงรสเสริมสารไอโอดีนให้มากขึ้น (จรินทร์ลักษณะวิศิษฐ์, 2553)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นำผลการตรวจวัดระดับ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) ของทารกแรกเกิด มาเป็นเกณฑ์การประเมินสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2552 พบว่า ประเทศไทยทุกจังหวัด มีภาวะการขาดสารไอโอดีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่ภาคอีสาน ยังมีภาวะการขาดสารไอโอดีนที่ค่อนข้างรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและติดต่อกันมาตลอดทุกปี โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานีพบว่ามีอุบัติการณ์ภาวะพร่องไธรรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด 1 คนต่อทารกเกิดใหม่ 830 คน ในขณะที่ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ภาวะพร่องไธรรอยด์ฮอร์โมนของทารกแรกเกิด 1 คน ต่อทารกเกิดใหม่ 4,000 คน (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี, 2552)

การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย โดยใช้ตัวชี้วัดไอโอดีนในปัสสาวะ เมื่อ

ปี พ.ศ. 2543 ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง ติดตาม โรคขาดสารไอโอดีน โดยการตรวจวัด ค่าไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ และมีการเจาะส้นเท้าทารกแรกเกิดอายุ 2 วัน เพื่อหาระดับ ไธรรอยด์ฮอร์โมน เพื่อให้สามารถบอกสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในปัจจุบัน โดยใช้ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะและระดับ ไธรรอยด์ฮอร์โมนเป็นดัชนีชี้วัด ทั้งนี้ได้ดำเนินการติดต่อกัน 5 ปี ถึงปี พ.ศ.2547 ผลการเฝ้าระวังพบว่า ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการแก้ไขซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงนิชรา เรืองดารกานนท์ เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับเขาว์ปัญญา (IQ) ของเด็กไทยลดลง และการขาดสารไอโอดีนอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จังหวัดอุดรธานี ได้มีการศึกษาการได้รับสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2548 ถึง 2552 พบว่า ความชุกของการขาดสารไอโอดีนมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.30 26.30 24.60 29.30 และ 27.90 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจตรวจปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาปริมาณสารไอโอดีน พบ urine iodine (UI) ในหญิงตั้งครรภ์ > 100 µg/L ร้อยละ 41.70 (ค่ามาตรฐาน คือ มากกว่าร้อยละ 50 ) ปี พ.ศ. 2551 ได้มีการสำรวจวัดเขาว์ปัญญาเด็กอายุ 3-12 ปี พบว่า มีความสามารถทางเขาว์ปัญญา (IQ) เฉลี่ย 97.43 และครัวเรือนมีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ  $\geq$  30 ppm ร้อยละ 49 (เกณฑ์บริโภค 3 กิโลกรัมต่อครัวเรือนต่อปี ร้อยละ 90) ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการสุ่มประเมินระดับเขาว์ปัญญานักเรียนชั้นประถมศึกษา พบ

ว่ามี IQ ต่ำกว่า 90 ร้อยละ 66.7 และผลการตรวจ TSH ของทารกอายุ 2 วันขึ้นไป มีค่า TSH มากกว่า 11.25 mU/L ร้อยละ 28.30 (ค่ามาตรฐานค่า TSH > 11.25 mU/L ไม่เกิน ร้อยละ 3) ซึ่งมีค่าอัตราการขาดสารไอโอดีนที่สูงมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2552)

อำเภอโนนโสม ได้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิดอายุ 2 วันขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2549 – 2552 พบว่า มีค่า TSH มากกว่า 11.25 mU/L ร้อยละ 38.38 36.82 40.73 และ 33.57 ตามลำดับในปี พ.ศ. 2553 อำเภอโนนโสมได้มีการสุ่มตรวจปัสสาวะในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อหาปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะ ผลการตรวจ พบ urine iodine (UI) > 100 µg/L ร้อยละ 48 และในหญิงตั้งครรภ์ตรวจปัสสาวะพบ urine iodine (UI) > 100 µg/L ร้อยละ 44.7 (ค่ามาตรฐาน คือ มากกว่าร้อยละ 50 ) นอกจากนี้ ผลการสุ่มสำรวจครัวเรือนที่มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน  $\geq 30$  ppm ในปี พ.ศ.2549 ถึง 2552 พบ ร้อยละ 47.56 43.77 45.53 และ 49.55 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2551 อำเภอโนนโสมเป็นพื้นที่ ที่มีการขาดสารไอโอดีนระดับสูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดอุดรธานี (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนโสม, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอโนนโสม จังหวัดอุดรธานี โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลที่ใช้สำหรับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ในอำเภอโนนโสม จังหวัดอุดรธานี

## สมมติฐานของการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอโนนโสม จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐในเขตพื้นที่ อำเภอโนนโสม จังหวัดอุดรธานี จำนวน 178 คน ระหว่าง 15 กุมภาพันธ์ 2554 ถึง 20 มีนาคม 2554 ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย ระหว่าง 1 มิถุนายน 2553 ถึง 30 เมษายน 2554

## วิธีการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน

ในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์  
ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝาก  
ครรภ์ในสถานบริการเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาล  
น้ำโสม จำนวน 178 คน (ศูนย์ข้อมูลงานอนามัยแม่  
และเด็ก CUP น้ำโสม, 2554)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อหา  
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาด  
สารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ Multivariate analysis  
สูตรของ Cohen (1988) ดังนี้

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad \dots(1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots(2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิง  
พหุสำหรับ Full model ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย  
ได้ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่จะศึกษา  
จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อ  
ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประชาชนในอำเภอ  
คำตากกล้า จังหวัดสกลนคร (ไก่อทอง สอนสิงห์ไชย,  
2541) ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปร  
ตามได้ อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 41 หรือ  $R^2 = 0.41$

$R_{Y.A}^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ  
สำหรับ Reduce model ( $R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$ ) ใน  
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาตัวแปรอิสระ  
ทุกตัว ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ  
สำหรับ Reduce model จึงเท่ากับ 0

$R_{Y.B}^2$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ  
ที่เปลี่ยนแปลงไป ( $R^2$  Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่  
ต้องการทดสอบ

$\lambda$  คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวน  
ตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ ได้จากการเปิด  
ตารางของโคเฮน โดยกำหนด  $v = 120$  ซึ่งเป็นค่าที่  
จะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมที่สุด Power of  
Test = 0.80 และ  $\alpha = 0.05$

$w$  คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจาก  
ตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0

$u$  คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ  
(เซต B) เท่ากับ 14 ตัวแปร

แทนค่าเพื่อหา  $N$  โดยกำหนดค่า  $v = 120$   $u$   
 $= 14$  เปิดตารางของโคเฮนจะได้ค่า  $\lambda = 19.5$   
และนำค่า  $\lambda$  ที่ได้ ไปแทนเพื่อคำนวณหาค่า  $N$

$v$  คือ ค่าที่ได้จาก  $N-u-w-1$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{19.5(1 - 0.41^2)}{0.41^2} + 0$$

$$n = \frac{16.38}{0.16}$$

$$n = 102.37 \text{ ปัดเป็น } 103 \text{ คน}$$

เมื่อได้ค่า  $n$  จะนำไปหาค่า  $v$  คือ  $v =$   
 $n-u-w-1$  ได้เป็น  $v = 103-14-0-1$  จะได้  $v = 88$  และ  
นำ  $v$  ไปแทนในสมการ เพื่อหาค่า  $\lambda$

แทนค่า

$$\lambda = 19.5 - \frac{1/60 - 1/88}{1/60 - 1/120} (19.5 - 21.2)$$

$$\lambda = 19.5 - \frac{0.01667 - 0.01124}{0.01667 - 0.008333} (-1.7)$$

$$\lambda = 19.5 - (-1.107)$$

$$\lambda = 19.5 + 1.107$$

$$\lambda = 20.61$$

เมื่อได้ค่า  $\lambda$  แล้วจึงนำไปแทนค่าใน

สมการ (1) เพื่อหาขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{20.61(1 - 0.41^2)}{0.41^2} + 0$$

$$n = \frac{17.15}{0.16}$$

$$n = 107.18 \text{ ปัดเป็น } 108 \text{ คน}$$

## เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน มีค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (STATA) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด ในการอธิบาย คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple Linear Regression ในการหาหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค โดยนำเสนอค่า Mean Difference พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95 % CI)

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสมมีอายุเฉลี่ย  $25.34 \pm 6.76$  ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.10 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.90 มีรายได้ต่อเดือนค่ามัธยฐาน 10,000 บาท ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 60,000 บาท อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เฉลี่ย  $10.03 \pm 4.59$  สัปดาห์ จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ ค่ามัธยฐาน 5 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 18 ครั้ง และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 50.00

### 2. ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

เมื่อพิจารณาความรู้โรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ในภาพรวม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ตอบถูกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ย  $7.53 \pm 1.27$  คะแนน (จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน) ต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 9 คะแนน



### 3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับ การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสมจังหวัด อุดรธานี

ผลการศึกษา ผลรวมของการรับรู้ เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิง ตั้งครรภ์ ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ทั้ง 4 ด้าน ภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 78.70 โดยมีค่าเฉลี่ย  $150.68 \pm 11.92$  คะแนน (จากคะแนน เต็ม 200 คะแนน) ต่ำสุด 130 คะแนน สูงสุด 187 คะแนน และจากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ เมื่อพิจารณาแยกตามรายด้าน (จากคะแนน เต็ม 50 คะแนนทุกด้าน) พบว่า การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.85 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $40.22 \pm 4.47$  ต่ำสุด 27 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.63 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $39.65 \pm 4.90$  ต่ำสุด 24 คะแนน สูงสุด 48 คะแนน การรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $44.95 \pm 3.76$  ต่ำสุด 30 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน และ การ รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในป้องกันโรค อยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 74.07 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $25.85 \pm 5.60$  ต่ำสุด 14 คะแนน สูงสุด 45 คะแนน

### 4. การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสาร ไอโอดีน

ภาพรวมการได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำ โสม จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 90.75 โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $22.81 \pm$

6.38 (จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน) ต่ำสุด 12 คะแนน สูงสุด 40 คะแนน

### 5. การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน

หญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัด อุดรธานี มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน ภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.48 ค่า คะแนนเฉลี่ย  $39.66 \pm 5.07$  คะแนน (จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน) ต่ำสุด 23 คะแนน สูงสุด 48 คะแนน

### 6. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ใน อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

6.1 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่าง ง่าย (simple linear regression analysis) เพื่อ หาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปร ตามที่ละคู่ (Bivariate Analysis) โดยพิจารณาค่า สัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression coefficient) หรือค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ย (mean difference) พร้อมช่วงเชื่อมั่น (confidence interval) 95% ในการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ multivariate เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค ซึ่งผลการวิเคราะห์ Bivariate Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้ง ครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ รายได้ ( $-0.001$  ; 95 % CI:  $-0.01$  to  $-4.41$  ; p-value =  $0.049$  ) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ( $-1.130$  ; 95 % CI :  $-2.22$  to  $-0.03$  ; p-value =  $0.042$ ) การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ( $0.320$  ; 95 % CI :  $0.11$  to  $0.52$  ; p-value =  $0.003$ ) การรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดโรค (0.239 ; 95 % CI : 0.04 to 0.43 ; p-value = 0.016) และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรค ; ขาดสารไอโอดีน (0.167 ; 95 % CI : 0.01 to 0.31 ; p-value = 0.028) ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์การ		
	ถดถอย (Regression coefficient)	95 % CI	p-value
อายุ	- 0.010	-0.15 to 0.13	0.890
อาชีพ	-0.350	-2.34 to 1.64	0.728
ระดับการศึกษา	0.974	-1.01 to 2.96	0.333
รายได้	-0.001	-0.01 to -4.41	0.049*
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก	-0.046	-0.16 to 0.25	0.663
จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์จนถึงปัจจุบัน	-0.033	-0.36 to 0.29	0.839
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	-1.130	-2.22 to -0.03	0.042*
ระดับความรู้	-0.165	-0.93 to 0.60	0.670
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.320	0.11 to 0.52	0.003**
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	0.239	0.04 to 0.43	0.016
รับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรค	0.152	-0.10 to 0.41	0.245
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	0.059	-0.11 to 0.23	0.500
การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีน	0.167	0.01 to 0.31	0.028*

6.2 การวิเคราะห์ Multiple Linear Regression Analysis วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การรับ

รู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีน ตามรายละเอียด ดังนี้

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์เชิงผกผัน (-1.08; 95 % CI: -2.12 to -0.49, p-value = 0.040) กล่าวคือ หญิงที่มีจำนวนการ

ตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนลดลง จากการวิเคราะห์ พบว่าหญิงที่มีจำนวนการตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 ครรภ์ จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนลดลง 1.08 คะแนน (95 % CI: -2.12 to -0.49)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.28 ; 95 % CI: 0.07 to 0.49, p-value = 0.007) กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่มขึ้น จากผลการวิเคราะห์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่ม

ขึ้นทุกๆ 1 คะแนน จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่มขึ้น 0.28 คะแนน (95 % CI: 0.07 to 0.49) การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีนมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.21; 95 % CI: 0.01 to 0.28, p-value = 0.025) กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่มขึ้น จากผลการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนนจะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เพิ่มขึ้น 0.21 คะแนน (95 % CI: 0.01 to 0.28) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่า Mean  $\pm$  S.D., Mean difference, 95% CI ของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	Mean $\pm$ SD	Mean difference	95% CI	P-value
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1.94 $\pm$ 0.87	-1.08	-2.12 to -0.49	0.040*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	40.22 $\pm$ 4.47	0.28	0.07 to 0.49	0.007**
การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีน	22.81 $\pm$ 6.38	0.21	0.01 to 0.28	0.025*

## การทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ฆาตสารไอโอดีนของหญิงตั้งครุฑในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ความรู้เรื่องโรคฆาตสารไอโอดีน ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฆาตสารไอโอดีนในหญิงตั้งครุฑของอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

## ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฆาตสารไอโอดีน มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

การได้รับข้อมูลข่าวสาร สื่อบุคคล มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารสื่ออื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฆาตสารไอโอดีน ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฆาตสารไอโอดีนของหญิงตั้งครุฑในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

## คุณลักษณะส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ฆาตสารไอโอดีนของหญิงตั้งครุฑในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฆาตสารไอโอดีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์เชิงผกผัน (-1.08; 95 % CI: -2.12 to -0.49, p-value = 0.040) กล่าวคือ หญิงที่มีจำนวนการตั้งครุฑเพิ่มขึ้น จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฆาตสารไอโอดีน ลดลง ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากจำนวนบุตรที่เคยคลอดออกมามาก่อนไม่มีการแสดงความพิการที่ให้เห็นอย่างชัดเจนหรือหญิงตั้งครุฑไม่รู้ว่าสารไอโอดีนมีความสำคัญต่อสมอง สติปัญญา ความพิการต่าง ๆ หรือพัฒนาการของบุตรที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งแตกต่างจากกัตติกา ธนะขว้าง (2544) กล่าวว่าหญิงตั้งครุฑที่เคยผ่านการตั้งครุฑมาแล้วหลายครั้ง จะมีประสบการณ์และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถเข้าใจและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าหญิงตั้งครุฑครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และประสบการณ์ของบุคคลจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครุฑ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฆาตสารไอโอดีน พบว่า หญิงตั้งครุฑมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฆาตสารไอโอดีนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.85 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาศรี โพธิ์สูง (2547) พบว่า ประสิทธิภาพของเทคนิคการตลาดเชิงสังคมในการกระจายการได้รับเกลือเสริมไอโอดีนในชุมชน อำเภोजตุรพัตร์พิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังจากทดลองกลุ่มแม่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับภาวะฆาตสารไอโอดีน

ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์มีการได้รับความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน สื่อต่าง ๆ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.56 ซึ่งการศึกษาของ กัตติกา ธนะขว้าง (2544) ได้ศึกษามิติทางสังคมวัฒนธรรมในการใช้สารไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ส่งเสริมและแรงจูงใจให้บริโภค เป็นปัจจัยที่เอื้อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้สารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

## สรุปผล

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาจะต้องให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 การจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ ควรสอนให้ทราบถึงความสำคัญของ

สารไอโอดีนที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์ รวมทั้งโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค อาหารที่มีผลทำให้ร่างกายได้รับสารไอโอดีนน้อยลง เช่น การบริโภคผักสดจำพวกกะหล่ำปลี ผักคะน้า หัวผักกาด

1.2 พัฒนาระบบช่องทางการสื่อสาร พร้อมทั้งมีการคืนข้อมูลให้ชุมชน หรือท้องถิ่น เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และ ควรส่งเสริมให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพิ่มมากขึ้น โดยการสนับสนุน ให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำดื่มเสริมไอโอดีน การบริโภคอาหารทะเล และเครื่องปรุงอาหารที่มีสารไอโอดีน สำหรับหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่ควรให้ความสนใจดูแลเป็นกรณีพิเศษ

1.3 การเลือกใช้สื่อหรือช่องทางที่เหมาะสม จะทำให้สามารถส่งเสริมการได้รับความรู้ ความเข้าใจของโรค ซึ่งสื่อที่เหมาะสม คือ สื่อบุคคล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ยังเป็นสื่อหลักที่มีบทบาทในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจ และเข้ามามีบทบาทในการให้ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นสื่อที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อจะได้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน เพื่อจะได้หาทางแก้ไขปัญหาก่อนสมรส หรือก่อนการตั้งครรภ์

2.2 ควรมีการศึกษาระบบการเฝ้าระวังติดตามการขาดสารไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์

### เอกสารอ้างอิง

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, (2549). **วิวัฒนาการการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย** (ICCIDD, 2009).
- กัตติกา ธนะขว้าง. (2544). **มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการใช้สารไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอปัว จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไก่อทอง สอนสิงห์ไชย. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประชาชนอำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2541.
- จรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์. **นโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน**. เอกสารประชุมวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย วันที่ 18-19 กันยายน 2553; อุบลราชธานี.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2550). **ไอโอดีนและการปฏิรูป**. ค้นเมื่อ 4 ตุลาคม 2553 จาก [http://www.matichon.co.th/news\\_detail.php?newsid](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid),
- ประภาศรี โพธิ์สูง. (2547). **ประสิทธิผลของเทคนิคการตลาดเชิงสังคมในการกระจายการได้รับเกลือเสริมไอโอดีนในชุมชน อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภักดี โพธิศิริ. (2545). **สภาพปัญหาการขาดสารไอโอดีนของคนไทยและการแก้ไข โดยใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 25 (2): 45. .
- รัชตะ รัชตะนาวิน. (2548). **โรคขาดสารไอโอดีน**. มพท.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี. (2552). **ภาวะการขาดสารไอโอดีน**. มพท.
- สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล. (2551). **ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีน ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์และระดับ TSH ของทารก ในพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัดสงขลา** ค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2553. จาก [www.RamathibodiHospital/hospitalhit.blogspot.com](http://www.RamathibodiHospital/hospitalhit.blogspot.com).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2552). **รายงานการเฝ้าระวังสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนจังหวัดอุดรธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ปี 2552**.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม. (2553). **รายงานการเฝ้าระวังสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนอำเภอน้ำโสม ปี 2553**.

Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavior science**. 2<sup>nd</sup> ed. Hill Seale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

Nohn, S.B., & Laurberg, P. (2000). Opposite variations in maternal and neonatal thyroid function induced by iodine supplementation during pregnancy. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**.85(2), 623-627..

Symonds, M.E., Budge, H., & Stephenson, T. (2000). Limitations of models used to examine the influence of nutrition during pregnancy and adult disease. **Archives of Disease in childhood**. 83(3) 215-21



# คำแนะนำ

## ในการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง ซึ่งมีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

### 1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

**บทความวิชาการ (Original article)** เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**บทความปริทัศน์ (Review article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องนำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

**บทความพิเศษ (Special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**บทความทั่วไป (General article)** เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกรวบรวมนำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน มีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์



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

**เรื่องแปล (Translated article)** เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการหรือบทความอื่น ๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปลจากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

**บทความย่อ (Abstract article)** ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่าง ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้น กระชับรัดกุม ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียน** (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้ง อภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

**บทคัดย่อ** คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

**วิธีการดำเนินการ** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

**ผล/ผลการดำเนินงาน** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้

**วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

**ข้อเสนอแนะ** ข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3.1 การอ้างอิงวารสาร

#### รูปแบบมีดังนี้

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

#### วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

#### วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม ในกรณีที่ ผู้แต่งไม่เกิน 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.หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

## 4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียว ลงกระดาษขนาด A4 (21.6 x 27.9 ซม.) ส่งเอกสารและไฟล์เนื้อหา มาพร้อมกับแผ่น CD หรือส่งไฟล์เอกสารทาง e-mail address: journalhpc6@hotmail.com

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่นซีดี การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก หากเขียนลงในภาพควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ทำบันทึก หรือหนังสือราชการพร้อม ต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมแผ่น CD) ระบุ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ทันที ส่งถึงบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น (นางตำแหน่ง สินสวาท) เลขที่ 195 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

## 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

## 6. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้