

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน – กันยายน 2557

Vol.6 No. 2 April – September 2014

ISSN: 1906-6724

## วัตถุประสงค์

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

# ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

## คณะผู้จัดทำ

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์  
นายแพทย์เรืองกิตต์ ศิริกาญจนกุล  
นางพงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา

### บรรณาธิการ

นางทัศนีย์ รอดชมภู

### กองบรรณาธิการ

ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์, พญ.สยมพร ชีโรชติภากร  
ดร.จรรยา อินทรรัศมี, นางชนิตา รุ่งวิทยาการ, นางวาทีณี แจ่มใส  
นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์, นางบังอร กล่ำสุวรรณ  
นางสาวสุพัตรา บุญเจียม, นางปิยะนันท์ โพธิ์ชัย

### จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางพรพรรณ นามตะ, นางอิศรา เปรินทร์

### ศิลปินออกแบบ

นางพรพรรณ นามตะ, นางสาววิลาวัลย์ ซาดา

### สำเนา

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

โทร.043-235-902-5 โทรสาร 043-243-416

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

### กำหนดออก

ปีละ 2 เล่ม เมษายน – กันยายน, ตุลาคม – มีนาคม

### จัดพิมพ์

ทจก.ขอนแก่นการพิมพ์

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

โทร. 043-221938, 220128

# ถ้อยแถลง

## ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น



การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม จะพัฒนาและดำเนินการไปได้ดี สิ่งสำคัญต้องอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายในทุกภาคส่วน เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน ศูนย์อนามัยที่ 6 การจัดทำวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 6 ถือเป็นภารกิจสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลงานวิจัย/คลังข้อมูลงานวิจัยของศูนย์ ถือเป็น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ เผยแพร่งานวิจัยของบุคลากรและเครือข่ายแก่ผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวิจัย ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจในการผลิตงานวิจัยและผลงานวิชาการแก่ผู้ที่สนใจ อันจะทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์ฯ ให้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ หรือ Research Center

สำหรับวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 นี้ ได้รวบรวมเนื้อหาผลงานด้านวิชาการ ทั้งสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ บทความทั่วไป และบทความวิชาการ ซึ่งนำเสนอความรู้และสิ่งที่น่าสนใจ และรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ ทั้งจากแพทย์พยาบาล นักวิชาการของศูนย์ฯ และจากภาคีเครือข่ายที่ให้ความสนใจทางด้านวิชาการ อันจะทำให้เกิดองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย โดยมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในอนาคตต่อไป

ท้ายนี้ ผมขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการส่งผลงานวิชาการร่วมเผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 และขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านและบุคลากรทุกท่านในการพัฒนางานวิชาการและการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

(นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

# บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 จะนำเสนอสาระความรู้ทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยมีขอบเขตของเนื้อหาในวารสารเน้นความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยในฉบับนี้ได้รับรวบรวมสถานการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพ บทความวิชาการ และผลงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจ โดยสถานการณ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556 2) อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนบทความทั่วไป ได้แก่ การวิเคราะห์อภิมาน และบทวิทยากรทั้งหมด 9 เรื่อง ได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกสี อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) ผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมในมารดาครรภ์แรกหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นกรณีศึกษาตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 4) การประเมินผลการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ประจำปี 2555 5) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก 6) ปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 7) การพัฒนาสมรรถนะหมออนามัยเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 8) ระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมกับผลกระทบจากใช้สารกำจัดศัตรูพืชกรณีศึกษาในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี 9) การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลธาตุ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

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



(นางทัศนีย์ รอดชมภู)

บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

## สถานการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพ

1. การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556 3  
▣ กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์
2. อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด 24  
▣ นงเยาว์ ประมุขกุล

## บทความทั่วไป

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ 32  
▣ ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์

## บทวิทยาการ

1. สภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกสี อำเภอ  
 ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 37  
▣ ชัยพร พรหมสิงห์
2. ผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อ  
 ระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมในมารดาครรภ์แรกหลังคลอด 55  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น  
▣ นงลักษณ์ แสนกิจตะ
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น  
 กรณีศึกษาตำบลกำแพง อำเภอยางวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด 64  
▣ นิคม หาญวงศ์
4. การประเมินผลการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริม  
 สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ 82  
 ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในปี 2555  
▣ นภาพร หานะพันธ์

	หน้า
5. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก	93
▣ นิภาพรรณ มณีโชติวงศ์	
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น	109
▣ ศศิวิมล ทองพั้ว	
7. การพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาล มหาสารคาม อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	119
▣ ศักรินทร์ ทองสุวรรณ	
8. ระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมกับผลกระทบ จากใช้สารกำจัดศัตรูพืชกรณีศึกษา ในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี	128
▣ สายนที นนท์ขุนทด	
9. การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลธาตุ อำเภอ วานรนิวาส จังหวัดสกลนคร	143
▣ อังสุมารินทร์ ไชยราช	

สถานการณ์  
ด้านส่งเสริมสุขภาพ





## การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปี 2556

โดย กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์, ไพจิตร วรรณจักร,  
ท.พญ. ศิริวิทย์ ขาลีเครือ, สฤชดี ผ่องแผ้ว  
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง จำนวนและสัดส่วน โดยพบว่าประชากรของประเทศไทยแก่ที่สุดในอาเซียน คือ มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 7.4 หรือ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12 มีการคาดการณ์ว่า อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ขึ้นไป หรืออาจกล่าวได้ว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2564) ประเทศไทย จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์: Aged Society”<sup>[1]</sup> ในขณะที่ แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ อายุ ยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือด สูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รักษาไม่หาย มีภาวะการพึ่งพาต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ทำให้ไม่สามารถ เคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน<sup>[1]</sup>

จากรายงานโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2554 -2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ระยะเวลาที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554)<sup>[2]</sup> ดัชนี วัดที่ 8 สัดส่วนประชากรสูงอายุที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักมีเป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 30 พบว่าผลการดำเนินงานได้เพียงร้อยละ 18.7 เช่นเดียวกับ ดัชนีวัดที่ 38 สัดส่วนของตำบลที่มีบริการสำหรับผู้สูงอายุต่อไปนี้ 1.สนับสนุนการดูแลระยะยาว 2. ระบบระดับประคอง 3. ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ 4. อาสาสมัครในชุมชน 5. สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานภายใต้ “ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” ซึ่งไม่ผ่านการประเมินที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินคิดเป็น ร้อยละ 34.3 จาก เป้าหมายร้อยละ 50

ในปี พ.ศ. 2555 กรมอนามัย ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงได้ร่วมกันดำเนินงานแผนงาน “โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการขึ้น โดยบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเป้าหมายสำคัญเพื่อ 1) ส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

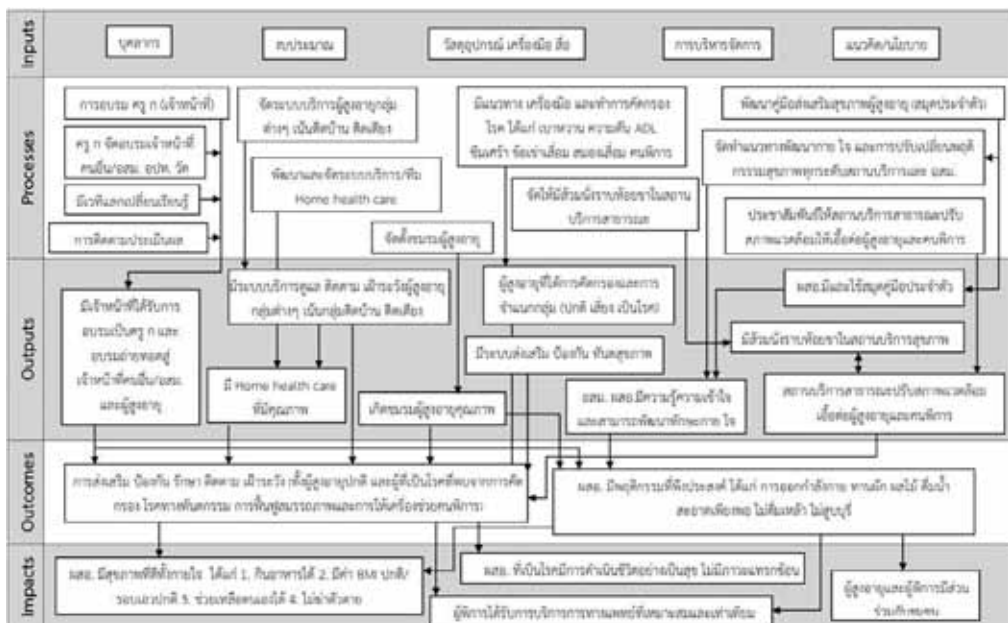
ให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์โดยผสมผสานมาตรฐานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกายและจิต 2) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม 3) เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพทั้งในสถานบริการและบริการเชิงรุกในชุมชน 4) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป<sup>[3]</sup>

จากการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการระยะเวลา 1 ปี ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นได้ร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สํารวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ขึ้น เพื่อนำข้อมูลจากการดำเนินงานตามแผนงานดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน ปรับปรุงและพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการในการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพะของผู้สูงอายุในพื้นที่ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด เลย และหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2556
2. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงอนามัย
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ

**กรอบแนวคิดในการสำรวจ**



**รูปแบบ** เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (Cross-sectional household survey)

**ประชากรเป้าหมาย** ผู้สูงอายุไทยที่พักอาศัยในหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างอย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2496 หรือก่อนหน้านั้น

**กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง** ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างจะคำนวณตามสูตรการสำรวจข้อมูลที่ทราบจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีสูตรคำนวณดังนี้

$$N = \frac{Z^2 \alpha/2 NPQ}{Z^2 \alpha/2 PQ + NE^2}$$

โดยที่  $n$  = จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง  $Z_{\alpha/2} = 1.96$  (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)  
 $N$  = จำนวนประชากรผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการสุขภาพ  $P$  = สัดส่วนพฤติกรรมการสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่พึงประสงค์ (การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2554 = 0.83)  
 $e$  = ขนาดความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดจากการวิจัย = 3% จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 14,070 คน

### การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

**ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกพื้นที่ตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)** มีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลออกเป็น 2 หน่วย (ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ)
2. หาจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ของเครือข่ายบริการสุขภาพนั้นๆ
3. คัดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจากทั้งหมดของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ
4. กำหนดจำนวนพื้นที่ตัวอย่าง โดยมีข้อกำหนด ได้แก่
  - 4.1 เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีผู้สูงอายุ <10% สุ่มเลือก 2 จังหวัด
5. การเลือกจังหวัดตัวอย่างจะสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple random sampling)

**ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกหมู่บ้านหรือชุมชนอย่างง่าย (Simple random sampling)** มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดให้พื้นที่ตัวอย่างกระจายตามเขตการปกครอง คือ เขตเทศบาลและนอกเขต ในอัตราส่วน 1:2
2. กำหนดการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน และนำไปคำนวณโดยหารกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ จะได้จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างของแต่ละเครือข่ายบริการสุขภาพ

3. กำหนดจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนในจังหวัดที่ถูกเลือกของเครือข่ายนั้นๆ ตามขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ
4. สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชนอย่างง่ายตามจำนวนของแต่ละจังหวัด และตามอัตราส่วนระหว่างเขตเทศบาลและนอกเขตในจังหวัดที่สุ่มเลือก
5. แบ่งกลุ่มเป็น 2 ชั้นภูมิ ได้แก่ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป คำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงอายุ (จากการสำรวจผู้สูงอายุคนไทย ปี 2553<sup>[4]</sup> พบสัดส่วนแต่ละกลุ่มเป็น 58, 32, 10 หรือ 6:3:1) ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุครั้งนี้ อายุ 60-69 ปี จำนวน 18 คน (ชาย 9 หญิง 9) อายุ 70-79 ปี จำนวน 9 คน (ชาย 4 หญิง 5) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน (ชาย 1 หญิง 2)
6. สุ่มเลือกผู้สูงอายุในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กำหนดให้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน โดยสัมภาษณ์หมู่บ้านหรือชุมชนละ 30 คน

### ตารางที่ 1 พื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจ

ศูนย์เครือข่าย	ประกอบด้วยจังหวัด	จน.ผู้สูงอายุ	สัดส่วน	จน.จังหวัดตัวอย่าง	จังหวัดที่สุ่มเลือก	จน.หมู่บ้าน	จ.หมู่บ้าน จ.1	จ.หมู่บ้าน จ.1	จน.กลุ่มตัวอย่าง (ปรับทรง)	จน.ตัวอย่าง จ.1	จน.หมู่บ้าน จ.2
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	628,540	9	2	1. มหาสารคาม 2. ร้อยเอ็ด	33	14 (4,10)	19 (6,13)	990	420	570
8	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	593,114	8	2	1. หนองบัวลำภู 2. เลย	33	13 (4,9)	20 (7,13)	990	390	600

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุไทย ที่พักอาศัยในหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่างอย่างน้อย 6 เดือน (นับจากวันที่สัมภาษณ์)
2. เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2496 หรือก่อนหน้านั้น
3. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับประเมินของทีมีวิจัยหรือเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล
4. ยินดีให้ความร่วมมือ

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุไม่ครบ 60 ปี คือเกิดหลังปี พ.ศ. 2496
2. เป็นผู้สูงอายุคนที่ 2 หรือมากกว่าในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุที่สุ่มเลือกสัมภาษณ์
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
4. เป็นผู้ที่เจ้าหน้าที่ได้ประเมินและสรุปว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ได้ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ ตึ่มสุราและอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น

**เครื่องมือในการสำรวจ** ในการสำรวจประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลด้านสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพ 3) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ข้อมูลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

### ขั้นตอนการดำเนินการสำรวจ

#### ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หัวหน้าและทีมสำรวจภาคสนามเข้าร่วมในการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจ

2. รพ.สต.ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ติดต่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละชุมชน/หมู่บ้าน จำนวน 30 คนและเป็นผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี จำนวน 18 คน (ชาย 9 หญิง 9) อายุ 70-79 ปี จำนวน 9 คน (ชาย 4 หญิง 5) อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน (ชาย 1 หญิง 2)

3. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1. หัวหน้าทีมสำรวจภาคสนามบริหารจัดการทีมสำรวจให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนและข้อกำหนด

2. การลงพื้นที่เก็บข้อมูลจะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละวัน ได้แก่ ผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสำรวจ

3. ทีมสำรวจภาคสนามติดต่อผู้ประสานงานผู้นำทางไปพื้นที่เป้าหมาย

4. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอมให้ตัวอย่างเช่นยินยอมในกรณีตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ปืมลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่าเป็นลายนิ้วมืออะไรข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง 2 คน

5. ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดให้ทำการตรวจสอบ 3 ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้

- การตรวจสอบครั้งที่ 1 โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนออกพื้นที่ ถ้าไม่ครบให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ 2 โดยหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ 3 โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจ

### การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

- การประมวลผลข้อมูล ผู้ประสานงานแต่ละศูนย์อนามัยเขตเป็นผู้บรรณาธิการข้อมูลภาคสนาม
- การวิเคราะห์ข้อมูล

**สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)** ได้แก่ จำนวนร้อยละสัดส่วนค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพ และข้อมูลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

### ผลการสำรวจ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุเครือข่ายบริการที่ 7 และ 8 ปี 2556 ในเบื้องต้น มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 1,937 คน ใน 4 จังหวัด ได้แก่ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู และเลย กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลร้อยละ 32.0 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 68.0 แบ่งเป็นสามช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.0 ช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.5 อายุมากที่สุดที่พบคือ 97 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69 ปี

**เพศและสถานภาพสมรส** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5) มีสถานภาพสมรส หม้าย และโสด คิดเป็นร้อยละ 60.1, 35.2 และ 2.6 ตามลำดับ

**ระดับการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.0) รองลงมา ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 10.3) ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 6.0)

**อาชีพและรายได้** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 46.6) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน (ร้อยละ 43.1) และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 4.7)

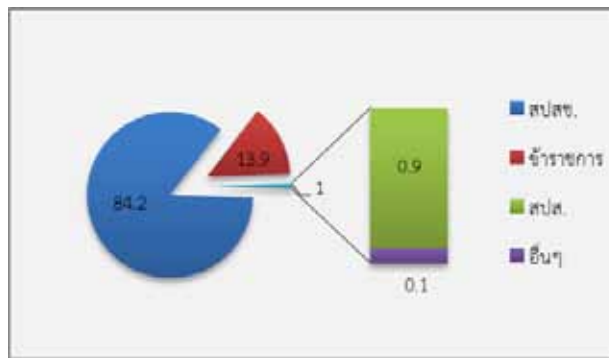
**จำนวนสมาชิก แหล่งรายได้หลัก รายได้** สมาชิกในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 1 คน ถึง 15 คน (เฉลี่ย 4 คนต่อ 1 ครอบครัว) แหล่งรายได้หลักส่วนใหญ่มาจากบุตร (ร้อยละ 64.2) รองลงมาจากการ

เลี้ยงชีพของตนเอง (ร้อยละ 23.9) จากคู่สมรส (ร้อยละ 6.1) รายได้รวมกันของสมาชิกในครัวเรือนต่อเดือนเฉลี่ย 6,952 บาท โดยน้อยที่สุด 500 บาท และมากที่สุด 20,200 บาท

**ผู้ดูแลหลัก** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ บุตร (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือดูแลด้วยตนเอง (ร้อยละ 24.6) คู่สมรสเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 12.9) และบุคคลอื่น ได้แก่ หลาน/ลูกเขย/ลูกสะใภ้/ผู้ดูแลพิเศษ/เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 2.5)

**การรับเบี้ยผู้สูงอายุ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 95.7)

**สิทธิ์การรักษาพยาบาล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 85.6) รองลงมาคือสิทธิ์สวัสดิการฯ ข้าราชการ (ร้อยละ 13.2) สิทธิ์ประกันสังคม (ร้อยละ 1.1) และสิทธิ์อื่นๆ ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ/ทหารผ่านศึก/คนพิการ/ไม่ระบุ (ร้อยละ 0.10) (รูปที่ 1)



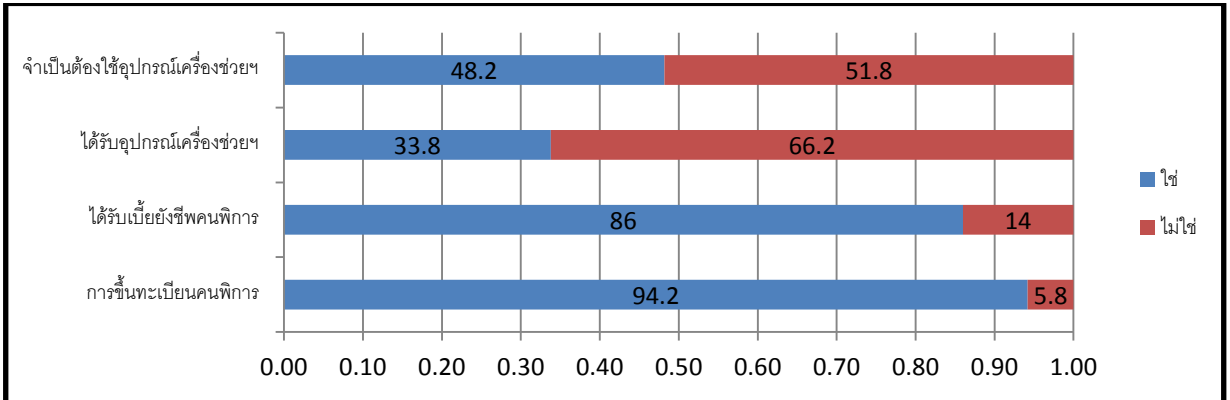
รูปที่ 1 แสดงร้อยละของตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาล

**คนพิการ** กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการจำนวน 194 คน (ร้อยละ 10.0) เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.8 เพศหญิง ร้อยละ 57.2 และได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการจำนวน 174 คน (ร้อยละ 89.7) (รูปที่ 2)

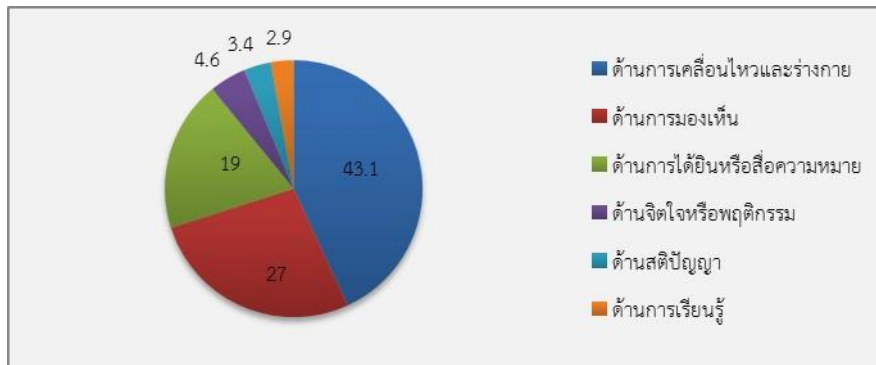
ส่วนใหญ่เป็นผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและร่างกาย (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคือด้านการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 40.7) ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 17.0) ด้านการเรียนรู้ (ร้อยละ 2.6) ด้านจิตใจหรือพฤติกรรม (ร้อยละ 2.1) และด้านสติปัญญา (ร้อยละ 2.1) ทั้งนี้บางรายมีประเภทความพิการมากกว่า 1 ด้าน

**อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ** กลุ่มตัวอย่างที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ ระบุว่าตนเองจำเป็นต้องมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 49.0 (95 คน) สำหรับการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการพบว่า ผู้ที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 21.6 (42 คน) อุปกรณ์ฯ ดังกล่าว แบ่งเป็น ได้รับไม้เท้าจำนวน 11 คน ไม้ค้ำยันจำนวน 8 คน เครื่องช่วยฝึกเดินชนิด 4 ขาจำนวน 9 คน รถเข็นจำนวน 4 คน ขาเทียม/เข้าเทียม จำนวน 2 คน เครื่องช่วยพูด/การสื่อสารจำนวน 2 คน เครื่องช่วยการได้ยินจำนวน 10 คน

**การฟื้นฟูสมรรถภาพในรอบ 12 เดือน** กลุ่มตัวอย่างขึ้นทะเบียนผู้พิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งเป็นกายภาพบำบัด จำนวน 49 คน ทำกิจกรรมบำบัด/พฤติกรรมบำบัด/จิตบำบัด 45 คน ฝึกการทำกิจวัตรประจำวัน/ทักษะการดำรงชีวิต 71 คน ฝึกทักษะการใช้งานและ/หรือตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ 31 คน ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อรับสภาพบ้าน/ส่งเสริมอาชีพ 11 คน



รูปที่ 2 แสดงร้อยละของตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ

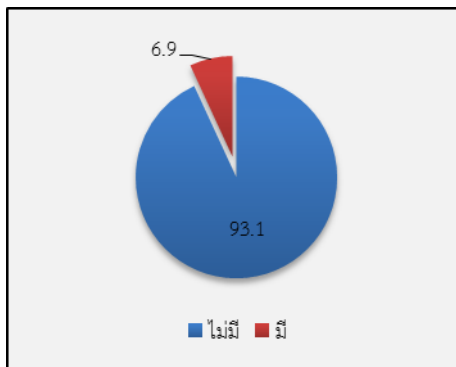


รูปที่ 3 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการจำแนกตามประเภทความพิการ

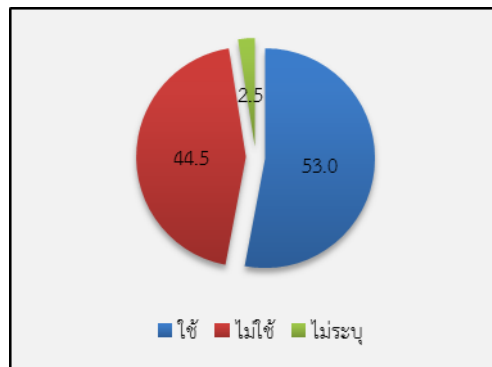
### สมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีสมุดคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 5.3 โดยในกลุ่มที่มีสมุดคู่มือฯ และได้ใช้สมุดดังกล่าว (กรอกรายละเอียดต่างๆ ในหน้า 5 ของคู่มือฯ อย่างน้อย 5 รายการ) คิดเป็นร้อยละ 44.1 (รูปที่ 5)





รูปที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีสมต  
คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



รูปที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้สมต  
คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการได้รับบริการสุขภาพ

### 2.1 ด้านร่างกาย

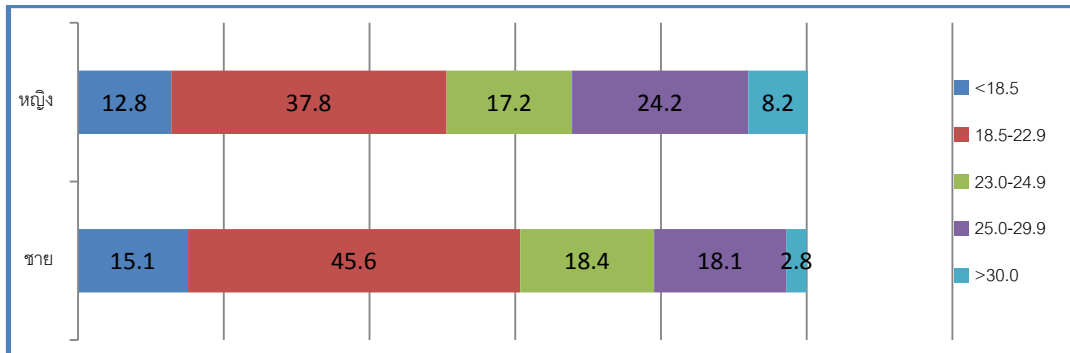
จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุมีน้ำหนักเฉลี่ย 57.9 กิโลกรัม น้ำหนักน้อยที่สุด 31 กิโลกรัม มากที่สุด 95 กิโลกรัม มีความสูงเฉลี่ย 161 เซนติเมตร สูงที่สุด 185 เซนติเมตร กรณีกลุ่มที่ไม่ทราบความสูงใช้วิธีการวัดความยาวระหว่างแขนสองข้างพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 156 เซนติเมตร สั้นที่สุด 137 เซนติเมตร ยาวที่สุด 175 เซนติเมตร รอบเอวมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 82.48 เซนติเมตร ค่าน้อยที่สุด 50 เซนติเมตร ค่ามากที่สุด 139 เซนติเมตร โดยส่วนใหญ่มีรอบเอวปกติ (ชาย < 90 ซม, หญิง < 80 ซม) ร้อยละ 57.48 ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 23.5 ส่วนค่าต่ำสุดคือ 12 และค่าสูงสุด 99 เมื่อแบ่งเป็นระดับพบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคืออยู่ในช่วงโรคอ้วน ร้อยละ 21.6 (ตาราง 2)

### ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รอบเอว						
● ปกติ (ชาย < 90, หญิง < 80 ซม)	679	8.5	433	37.6	1112	59.5
● มากกว่าปกติ (ชาย ≥90, หญิง ≥80 ซม)	164	19.5	661	60.4	967	40.3
2. ดัชนีมวลกายผู้สูงอายุ (BMI) กก/ม <sup>2</sup>						
● น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	127	15.1	140	12.8	267	13.8
● 18.5 -22.9 (ปกติ)	384	45.6	414	37.8	798	41.2
● 23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	155	18.4	188	17.2	343	17.7

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
● 25.0-29.9 (โรคอ้วน)	153	18.1	265	24.2	418	21.6
● มากกว่า 30 (โรคอ้วนอันตราย)	24	2.8	87	8.2	111	5.7

เมื่อแยกตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยอยู่ในช่วง 18.5-22.9 โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 45.6 และเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือค่า (BMI) อยู่ในช่วง 25.0-29.9 โดยในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 18.4 และเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 24.2 (รูป 6)

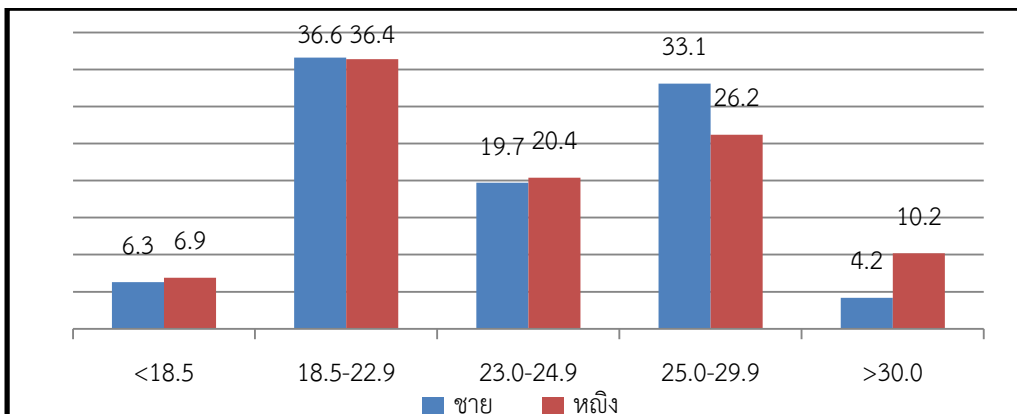


รูปที่ 6 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและดัชนีมวลกาย (BMI)

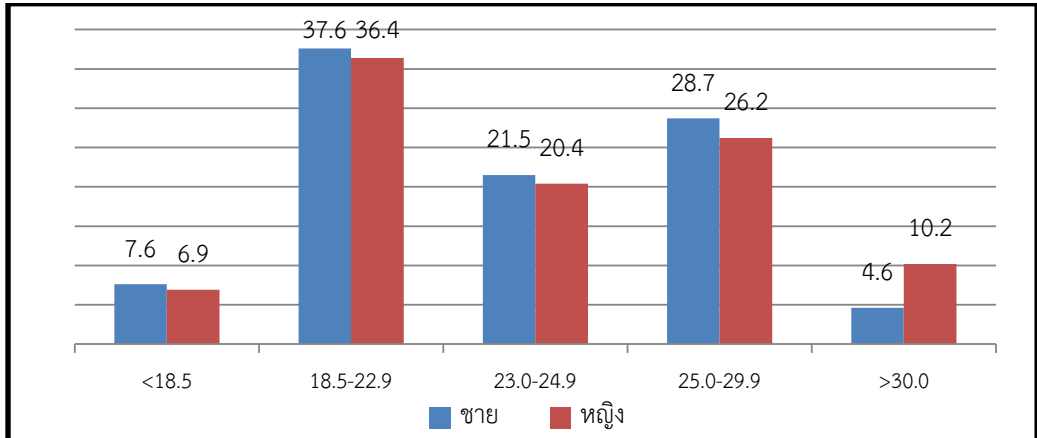
#### ● ค่า BMI กับโรคหรือปัญหาสุขภาพ

จากการสำรวจพบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับโรคหรือปัญหาสุขภาพดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในเพศชาย ส่วนใหญ่มีค่า BMI อยู่ในกลุ่มปกติ (18.5-22.9) คิดเป็นร้อยละ 36.6 ส่วนเพศหญิงมีค่า BMI อยู่ในกลุ่มระดับปกติ (18.5-22.9) คิดเป็น ร้อยละ 36.4 ด้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่มีสัดส่วนค่า BMI อยู่ใน ระดับปกติ คือร้อยละ 37.6 และ 36.4 ตามลำดับ (รูป 7,8)

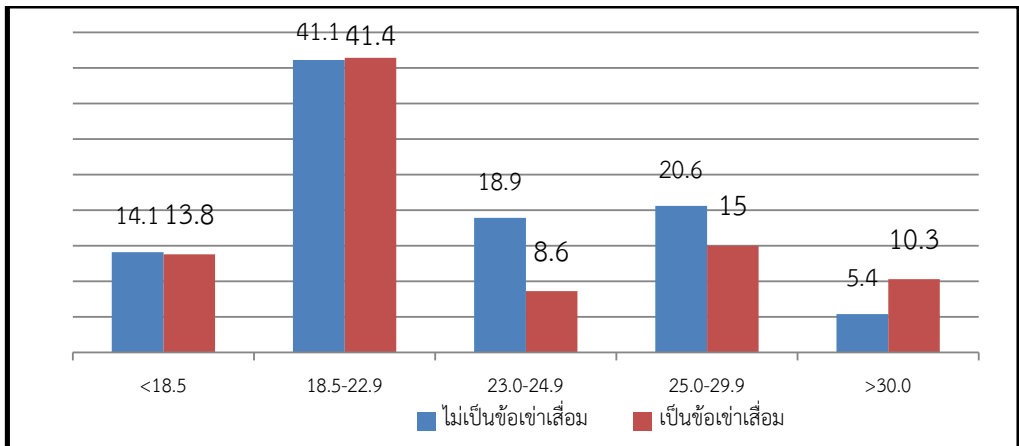


รูปที่ 7 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำแนกตามเพศและดัชนีมวลกาย



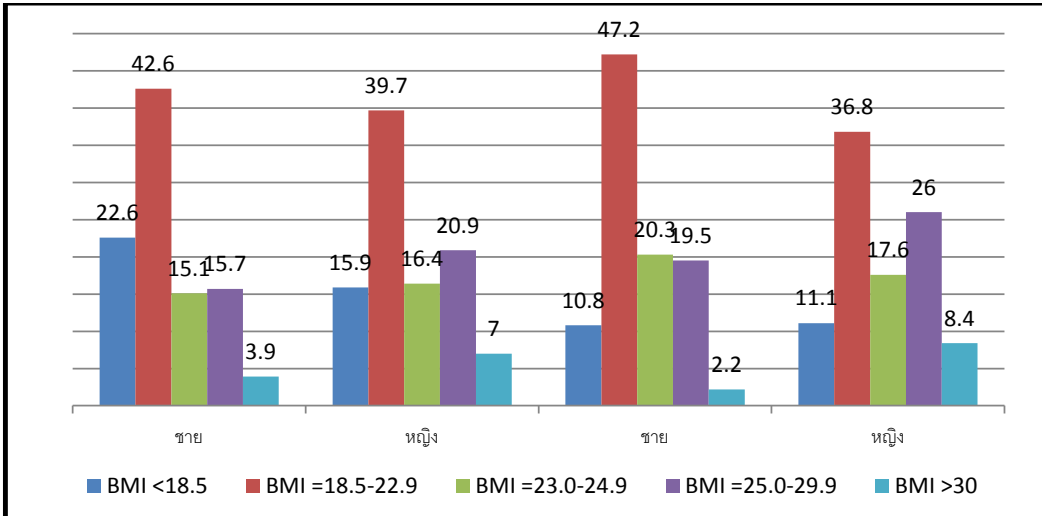
รูปที่ 8 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตจำแนกตามเพศและค่าดัชนีมวลกาย

โรคข้อเข่าเสื่อมกับค่า BMI พบว่า ผู้ที่ไม่เป็นและเป็นข้อเข่าเสื่อมมีค่า BMI ในระดับปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 41.1 และ 41.4 ตามลำดับ (รูปที่ 9)



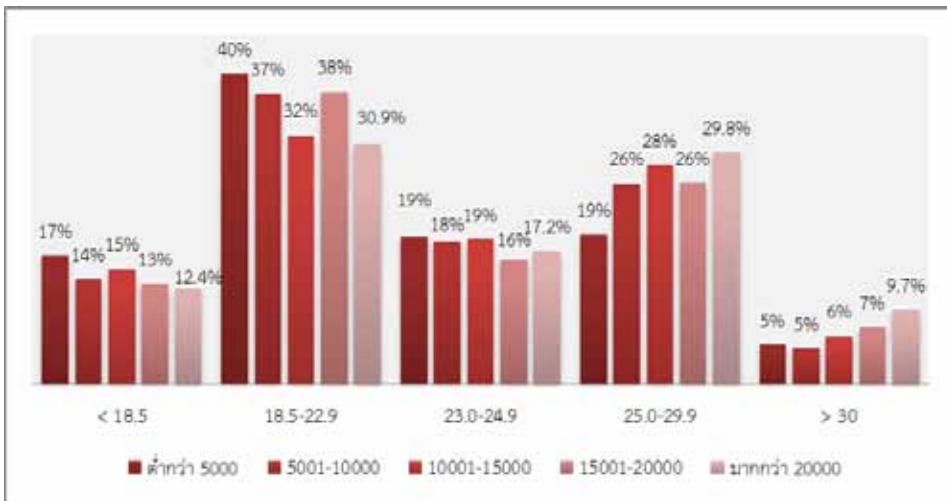
รูปที่ 9 แสดงร้อยละกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามโรคข้อเข่าเสื่อมและค่าดัชนีมวลกาย

จำนวนฟันกับค่า BMI พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิง มีลักษณะรูปแบบเดียวกัน คือ หากมีฟันที่ใช้งาน (รวมฟันแท้และฟันปลอม) น้อยกว่า 20 ซี่ จะพบสัดส่วนผู้มีค่า BMI ระดับน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่า BMI ต่ำกว่า 18.5) สูงกว่าผู้ที่มีฟันที่ใช้งาน (รวมฟันแท้และฟันปลอม) มากกว่า 20 ซี่ ขณะเดียวกันหากมีฟันที่ใช้งานมากกว่า 20 ซี่ จะพบสัดส่วนผู้มีค่า BMI ระดับน้ำหนักเกิน (23.0-24.9) ระดับโรคอ้วน (25.0-29.9) และโรคอ้วนอันตราย (มากกว่า 30) สูงกว่าผู้ที่มีฟันที่ใช้น้อยกว่า 20 ซี่ (รูป 10)



รูปที่ 10 แสดงร้อยละกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามจำนวนพื้นที่ใช้งานและค่าดัชนีมวลกาย

รายได้กับค่า BMI พบว่า หากผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทจะมีสัดส่วนค่า BMI ในระดับน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 18.5) สูงกว่ากลุ่มรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไปมีสัดส่วนค่า BMI ระดับอ้วนอันตราย (มากกว่า 30) สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (รูป 11)



รูปที่ 11 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้ครอบครัวและค่าดัชนีมวลกาย

## 2.2 สถานการณ์โรคและปัญหาสุขภาพ

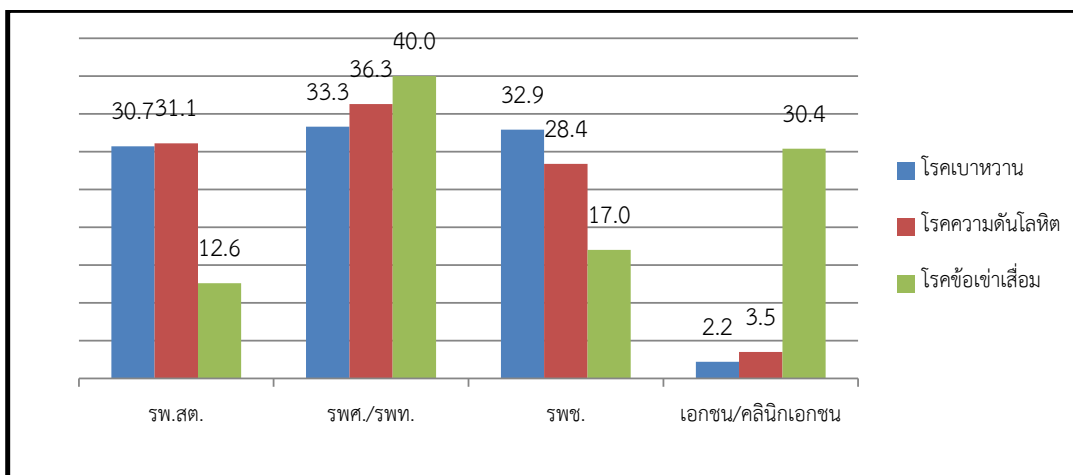
การสำรวจครั้งนี้มีการสำรวจสถานการณ์ปัญหาด้านโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างๆ ประกอบไปด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคข้อเข่าเสื่อม โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยติดเตียง และจำนวนพื้นที่ผลการสำรวจพบสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวาน (ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์) ร้อยละ 21.5 โรคความดันโลหิต (ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์) ร้อยละ 33.7 เป็นโรคข้อเข่า

เสื่อมพบ (ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์) ร้อยละ 6.9 โรคซึมเศร้า (ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์) ร้อยละ 1.2 ผู้ป่วยติดเชื้อ ร้อยละ 0.6 มีฟันที่สามารถใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ร้อยละ 35.5 (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละสถานการณ์โรคและปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคเบาหวาน	142	16.8	275	25.1	417	21.5
โรคความดันโลหิต	237	28.1	415	37.9	652	33.7
โรคข้อเข่าเสื่อม	20	2.4	115	10.5	135	6.9
โรคซึมเศร้า	9	1.1	14	1.3	23	1.2
ผู้ป่วยนอนติดเชื้อ	5	0.6	7	0.6	12	0.6
มีฟันใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ	305	36.2	383	35.0	688	38.5

ด้านสถานพยาบาลหลักที่ผู้ป่วยแต่ละโรคใช้บริการในการรักษาและติดตามอาการ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและส่วนใหญ่จะรับการรักษาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 30.7 รองลงมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 30.7 ผู้ป่วยความดันโลหิตส่วนใหญ่จะรับการรักษาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่จะใช้บริการรักษาและติดตามอาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คิดเป็นร้อยละ 40.0



รูปที่ 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาติดตามอาการจำแนกตามกลุ่มโรค เมื่อพิจารณาแต่ละรายโรคหรือปัญหาสุขภาพพบผลการสำรวจเพิ่มเติมดังนี้

### ● โรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ.2553 ร้อยละ 57.8 รองลงมาคือช่วงปี พ.ศ.2556 ร้อยละ 23.9 และช่วงปี พ.ศ.2553-2555 ร้อยละ 18.3 โดยสถานพยาบาลหลักที่ใช้บริการในการดูแลโรคเบาหวานส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ รพช. ร้อยละ 32.9 และ รพ.สต. ร้อยละ 30.7

โดยผู้ที่เป็โรคเบาหวานดังกล่าวมีโรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 148 คน (ร้อยละ 35.5) ประกอบไปด้วย โรคไต 61 คน แผลเรื้อรัง 15 คน แผลเรื้อรังและตัดขา 7 คน เบาหวานขึ้นจอประสาทตา 55 คน และอาการอื่นๆ 10 คน ได้แก่ ความดันโลหิต ไขมันเลือดสูง ต้อกระจก โรคหัวใจ เส้นเลือดตีบ อัมพฤกษ์ อาการชา เป็นต้น ด้านการรักษาและติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยา (กิน/ฉีดยา) จากสถานพยาบาล 335 คน รักษาด้วยการชื้อยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร มากินเอง 42 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ 196 คน ได้รับการติดตามอาการ โดย อาสาสมัคร (อสม.) เช่น การวัดระดับน้ำตาลในเลือด 280 คน และไปตรวจตามนัดหมายสถานพยาบาล 357 คน ทั้งนี้ใน 1 คนอาจได้รับการรักษาและติดตามอาการมากกว่า 1 อย่าง

### ● โรคความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่างเป็โรคความดันโลหิต (จำนวน 652 คน) ร้อยละ 33.7 โดยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 28.6 และช่วงปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ.2555 ร้อยละ 28.1 โดยสถานพยาบาลหลักที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่คือ รพศ./รพท. ร้อยละ 36.3 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 31.1 และ รพช. ร้อยละ 28.4

โดยผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตดังกล่าวมีโรคแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตจำนวน 120 คน (ร้อยละ 18.4) ประกอบด้วย โรคไต 70 คน หลอดเลือดสมอง 22 คน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 26 คน และอาการอื่นๆ 2 คน ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ต้อกระจก เป็นต้น ด้านการรักษาและติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยา (กิน/ฉีดยา) จากสถานพยาบาล 534 คน รักษาด้วยการชื้อยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร มากินเอง 74 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ 285 คน ได้รับการติดตามอาการ โดย อสม. เช่น การวัดความดันโลหิต 505 คน และไปตรวจตามนัดหมายสถานพยาบาล 551 คน ทั้งนี้ใน 1 คนอาจได้รับการรักษาและติดตามมากกว่า 1 อย่าง

### ● โรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจโรคข้อเข่าเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 76.0 ขณะที่กลุ่มที่เคยได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมพบ ร้อยละ 7.0 ตรวจแล้วไม่เป็นโรค ร้อยละ 14.0 โดยสถานพยาบาลหลักที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการในการดูแลรักษาคือ รพศ./รพท. ร้อยละ 34.8 รพ.เอกชน ร้อยละ 31.1 และ รพ.สต. ร้อยละ 17.0 ด้านการรักษาและติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยา (กิน/ฉีดยา) จากสถานพยาบาล 115 คน รักษาด้วยการชื้อยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร มากินเอง

31 คน ทำกายภาพบำบัด 56 คน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 76 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ 47 คน ได้รับการติดตามอาการโดย อาสาสมัคร (อสม.) 82 คน และไปตรวจตามนัดหมายสถานพยาบาล 94 คน อย่างไรก็ตาม 1 คนอาจได้รับการรักษาและติดตามมากกว่า 1 อย่าง

### ● โรคซึมเศร้า

จากการสอบถามแนวโน้มการเป็นโรคซึมเศร้าด้วยคำถามคัดกรองสองข้อคำถาม (2Q) พบว่าในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 288 คน (ร้อยละ 13.3) ในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 242 คน (ร้อยละ 12.5) และเมื่อมีอาการดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่ทำอะไร/ปล่อยไว้ (190 คน) รองลงมาคือ หากิจกรรม/งานอดิเรกทำ (116 คน) ปรีกษาคคนในครอบครัว/ญาติ/เพื่อน (54 คน) ขณะเดียวกันเมื่อสอบถามในรอบ 12 เดือน ด้วยข้อคำถาม 2 คำถามข้างต้น พบร้อยละ 16.9 มีความรู้สึกดังกล่าวในข้อใดข้อหนึ่งหรือสองข้อ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ไม่พบว่าข้อคำถามดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนของโรคใด (ร้อยละ 79.7) มีเพียงร้อยละ 20.2 ที่ตอบว่าทราบ และเข้าใจว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคแตกต่างกันไป คือ โรคกระเพาะ มะเร็ง มีนชา ไมเกรน โรคชรา ความจำเสื่อม เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร โรคประสาท วิตกกังวล หงุดหงิด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเครียด ซึมเศร้า จิตเวช หดหู่ทางจิตใจ หัวใจ เหนงา และเหนื่อย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์คิดเป็นร้อยละ 12.2 (29 คน) เมื่อแยกเป็นการรักษา การให้คำแนะนำและติดตามอาการด้านต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาจากสถานพยาบาลจำนวน 20 คน ได้รับการแนะนำให้พบปะสังสรรค์หรือทำงานอดิเรกทำ จำนวน 16 คน ไปตรวจตามนัดหมายสถานพยาบาลจำนวน 18 คน อย่างไรก็ตาม 1 คนอาจได้รับการรักษาและติดตามมากกว่า 1 อย่าง

### ● ผู้ป่วยติดเตียง

การสำรวจพบว่าผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 และได้รับการเยี่ยมบ้านจากหน่วยงานต่างๆ ดังนี้ อสม./อผส. จำนวน 2 คน จากเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. 6 คน จากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจำนวน 4 คน จากทีมสุขภาพหรือทีมสหวิชาชีพจำนวน 3 คน ผลจากการได้รับการเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 45.5 พึงพอใจมากและน้อยมาก ร้อยละ 18.2

### การทราบผลและการระบุค่าผลการตรวจหรือการคัดกรอง

#### ● การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในชีวิตประจำวัน จำนวน 284 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7

กลุ่มที่ได้รับการสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสอบถามภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 79.6) ส่วนใหญ่ถูกสอบถามโดย อสม./อผส. (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือ รพ.สต. (ร้อยละ

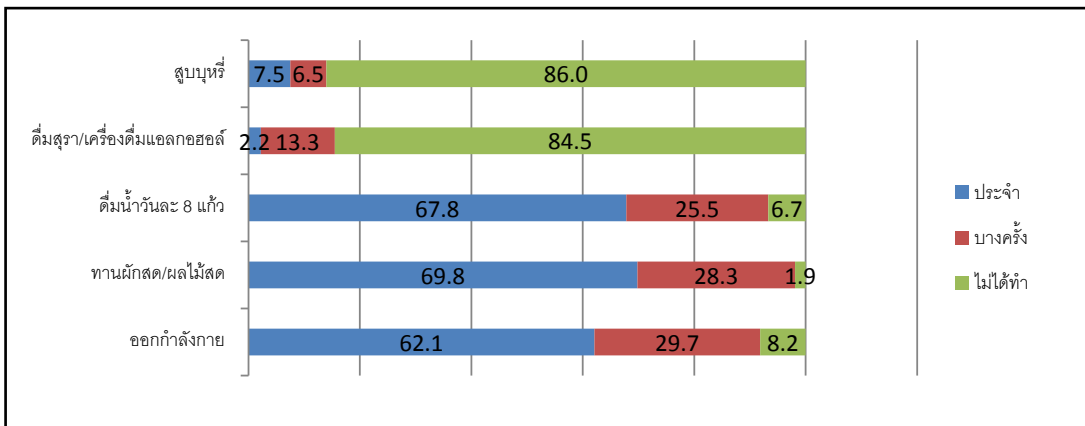
31.4) และ รพช. (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ ผลจากการถูกสอบถามกลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 48.8 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 21.4 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 2.1 และไม่ทราบผลการสอบถาม ร้อยละ 27.7

### ● สุขภาพฟันและช่องปาก

การได้รับบริการตรวจสุขภาพฟันและสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคิดเป็นร้อยละ 56.4 โดยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 24.0 สถานพยาบาลที่ตรวจส่วนใหญ่คือ รพ.สต. (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคือ รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป (ร้อยละ 30.0) และ รพช. (ร้อยละ 23.7)

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีโดยพบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 62.1) รับประทานผักสด/ผลไม้สดเป็นประจำ (ร้อยละ 69.8) และดื่มน้ำวันละ 8 แก้วเป็นประจำ (ร้อยละ 67.8) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรม การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 84.5 และ 86.0 ตามลำดับ (รูป 13)

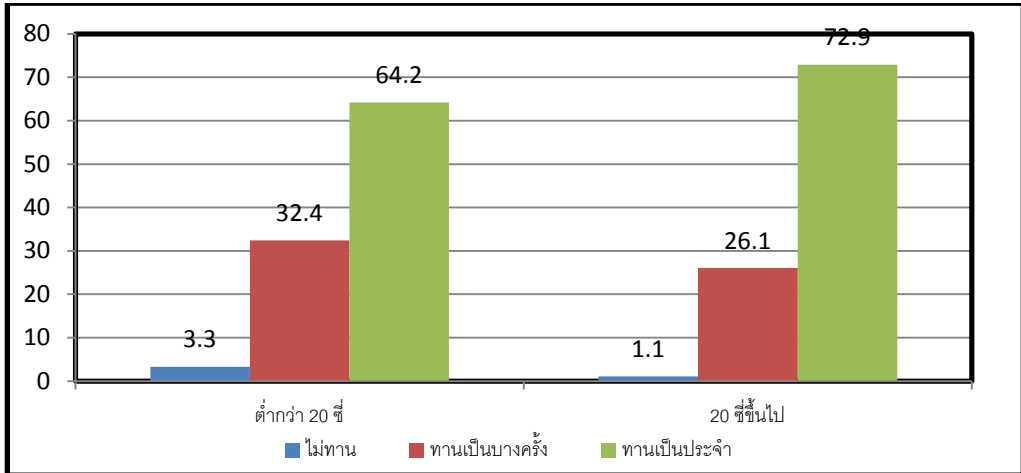


รูปที่ 13 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

### ● สุขภาพฟันกับการรับประทานผักผลไม้

สุขภาพฟันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการรับประทานอาหารจากการสำรวจพบว่า ในการทานผักผลไม้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีฟัน 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 72.9 มีการทานผักผลไม้เป็นประจำ ขณะที่กลุ่มที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีการรับประทานผักผลไม้เป็นประจำเพียง ร้อยละ 64.2 (รูป 14)





รูปที่ 14 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามจำนวนฟันใช้งานกับพฤติกรรมการรับประทานผักผลไม้

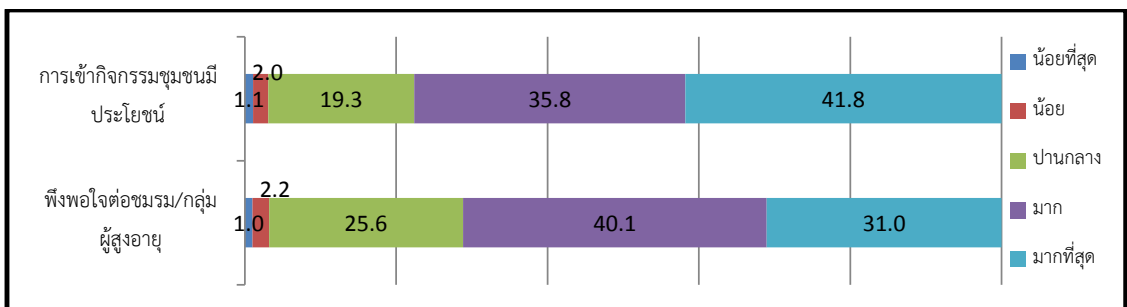
ส่วนที่ 4 ข้อมูลสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

● ชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ

ในการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 53.2 แต่ผู้ที่เป็นสมาชิกชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมายังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.5 เข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.6 และไม่เข้าร่วมร้อยละ 9.9 ซึ่งส่วนใหญ่ให้การประเมินความพึงพอใจต่อชมรม/กลุ่มผู้สูงอายุในระดับ ความพึงพอใจมาก ร้อยละ 40.1 ความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 31.0 และความพึงพอใจปานกลาง ร้อยละ 25.6

● กิจกรรมหมู่บ้านหรือชุมชน

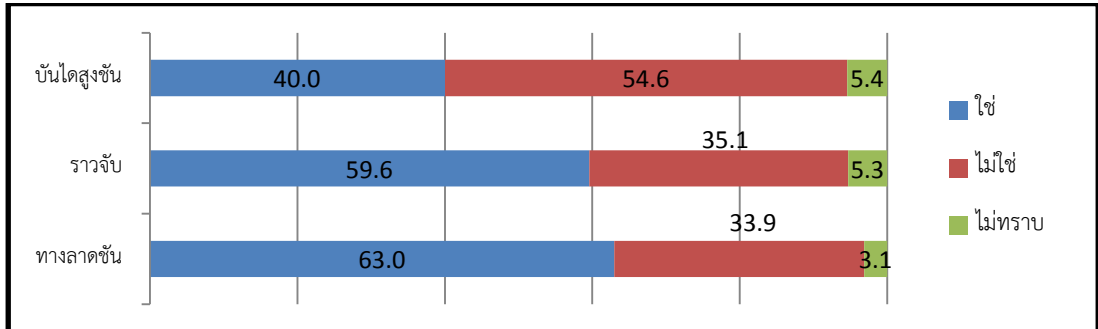
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านหรือชุมชน คิดเป็นร้อยละ 92.5 ซึ่งแบ่งเป็น เข้าร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้งหรือทุกครั้ง ร้อยละ 61.6 และ เข้าร่วมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 30.9 โดยคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านหรือชุมชนมีประโยชน์มากที่สุด มาก และปานกลาง ที่ร้อยละ 41.8 ร้อยละ 35.8 และ 19.3 ตามลำดับ(รูป 15)



รูปที่ 15 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรมกับระดับความพึงพอใจ

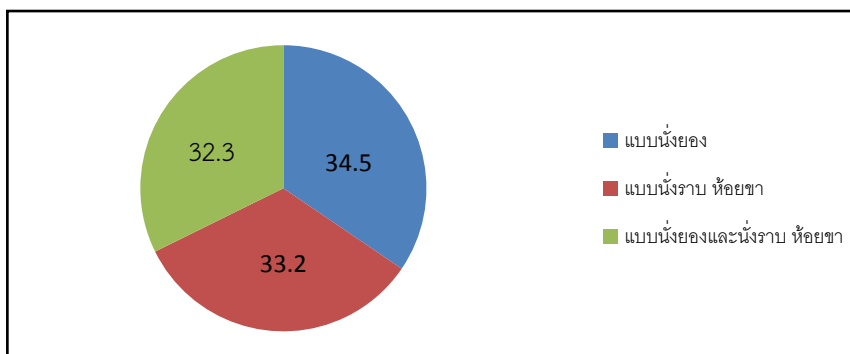
### ● การรับบริการในสถานพยาบาล

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุใช้บริการสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 76.9 แบ่งเป็นใช้บริการที่ รพ.สต. ร้อยละ 37.8 รพช./รพช. ร้อยละ 31.7 รพช. ร้อยละ 26.0 และอื่นๆ (คลินิกเอกชน/ไม่ระบุ) ร้อยละ 5.0 การเข้าไปใช้สถานพยาบาลดังกล่าว ผู้สูงอายุให้ระบุว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีทางลาดชัน มีราวจับ และไม่มีบันไดสูงชัน คิดเป็นร้อยละ 63.0 ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ (รูป 16)



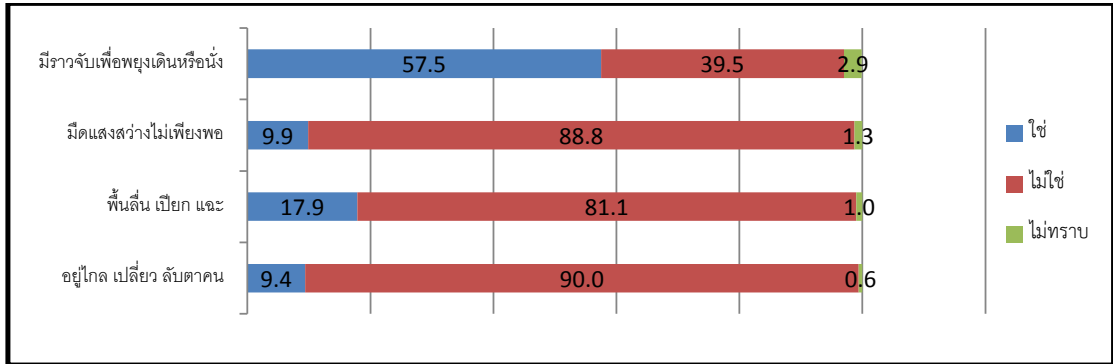
รูปที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนจำแนกตามสภาพแวดล้อมในสถานพยาบาล

จากการเข้าไปใช้บริการในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยใช้ส้วมในสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 68.3 โดยส้วมที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นชนิด แบบนั่งยอง ร้อยละ 34.5 นั่งราบห้อยขา ร้อยละ 33.2 และใช้ทั้งสองแบบ ร้อยละ 32.3



รูปที่ 17 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานพยาบาลในรอบ 12 เดือน จำแนกตามประเภทการใช้ส้วมในสถานพยาบาล

จากการสำรวจผู้สูงอายุที่ใช้บริการห้องส้วมพบว่า ลักษณะห้องส้วมที่เคยใช้บริการนั้น ส่วนใหญ่ตอบว่า ตั้งอยู่ไม่ไกล/ไม่เปลี่ยวลับตาคน (ร้อยละ 90.0) พื้นห้องน้ำไม่ลื่นหรือมีลักษณะเปียกแฉะ (ร้อยละ 81.1) ภายในห้องส้วมมีความสว่างมากเพียงพอ (ร้อยละ 88.8) และมีราวจับพยุงเดินหรือลูกนั่ง (ร้อยละ 57.5)



รูปที่ 18 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ห้องส้วมในสถานพยาบาลจำแนกตามสภาพแวดล้อมภายในห้องส้วม

### อภิปรายผล

ผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ครั้งที่ 4 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้รับความร่วมมือจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมสุขภาพจิตและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ<sup>5</sup> โดยผลเบื้องต้นที่สำคัญและพบลักษณะสอดคล้องกัน เช่น พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 57) และสัดส่วนผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป) ใกล้เคียงกันคือ 5:3:1 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 68.0)

ผลการสำรวจด้านสุขภาพเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ข้อเสื่อม โรคซึมเศร้า พบความชุกของโรคต่างๆ ดังกล่าว ร้อยละ 33.7, 21.5, 21.6, 6.9 และ 7.2 ตามลำดับ มีทั้งความชุกใกล้เคียงและแตกต่างกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2<sup>6</sup> ที่มีความชุกโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ข้อเสื่อม โรคซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 48, 15.9, 29.9, 19.8 และ 4.6 ตามลำดับทั้งนี้ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นไปได้ว่า การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยเป็นการตรวจร่างกายโดยตรง ขณะที่การสำรวจครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์และสอบถามจากเอกสารเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ทำให้โรคบางชนิด ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม ซึมเศร้า มีความชุกที่แตกต่างไป

### ข้อค้นพบที่สำคัญ

1. ผู้สูงอายุร้อยละ 10.0 (194 คน) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการ ซึ่งความพิการสามลำดับแรก ได้แก่ ความพิการทางการเคลื่อนไหว การเห็น และการได้ยินและสื่อความหมาย (ร้อยละ 40.5, 27.0 และ 40.7 ตามลำดับ) ในจำนวนคนพิการเหล่านี้ร้อยละ 10.3 ยังไม่เคยได้รับเบี้ยคนพิการ มีร้อยละ 49.0 ที่ระบุว่าตนจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยความพิการ แต่กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละ 51.9 ที่ระบุ

ว่าไม่ได้ใช้ ผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน/ทักษะ การดำรงชีวิต การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

2. ถึงแม้การให้สมุดคู่มือดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นกิจกรรมสำคัญของโครงการ แต่พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.3 เท่านั้นที่ระบุว่ามีสมุดคู่มือฯ ทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีร้อยละ 55.9 ที่ไม่ได้ใช้สมุดคู่มือเลย

3. พบผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนประมาณถึง 1 ใน 5 (ร้อยละ 21.6) โดยพบเพศหญิงมีภาวะอ้วน มากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน (ร้อยละ 24.2 และ 18.1) นอกจากนั้นผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนและมีรอบเอวมากกว่าปกติถึงร้อยละ 49.0

4. ผู้สูงอายุประมาณ 3 ใน 10 คนมีพินใช้งานน้อยกว่า 20 ซีหรือ 4 คู่สบ (ร้อยละ 35.5) ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการมีค่า BMI ที่ต่ำกว่าปกติ และยังพบว่ากลุ่มเหล่านี้มีพฤติกรรมการรับประทานผักหรือผลไม้ไม่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีพินใช้งานอย่างน้อย 20 ซีหรือ 4 คู่สบ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงจะพบมากกว่าชายอย่างชัดเจน

5. พบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่สูง คือ พบว่ามีประมาณ 6 ใน 10 คนที่ออกกำลังกายหรือออกแรงอย่างน้อย 15 นาทีต่อครั้ง/สัปดาห์ละ 3 วัน ทานผักผลไม้เป็นประจำ และดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว (มากกว่าร้อยละ 60)

6. ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนของผู้สูงอายุในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 53.2 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านหรือชุมชน แต่ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีในหมู่บ้านหรือชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมงานที่หน่วยงานในหมู่บ้านหรืองานอื่นๆ ที่ชาวบ้านในหมู่บ้านจัดขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่ามีถึงร้อยละ 9.9 ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ ในหมู่บ้านในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาเลย

7. สำหรับการปรับปรุงทางกายภาพสถานพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 60 ระบุว่าสถานพยาบาลโดยเฉพาะ รพ.สต. มีทางลาดชัน มีราวจับพยุงเดินแต่ก็มีเพียงร้อยละ 33.2 ที่เป็นส่วนนั่งราบห้อยขา ซึ่งส่วนต่างๆ ในสถานพยาบาลที่เคยใช้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่ามีความปลอดภัยไม่สิ้นและเปียกแฉะ

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง 5 ด้าน เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 30 พบผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 28.9 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้สูงอายุผู้หญิงมีสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าผู้สูงอายุชาย

ระบบจัดบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่ได้จากการสำรวจ คือ การประเมินอาการและออกเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้าน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาจากบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 50 (6 คน)

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี้อย่างแจ้ว.  
นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2556.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณศิริบุญ, วรเมศร์ สุวรรณระดา, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และคณะ. รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2556) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
3. กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สำนักตรวจและประเมินผล, และคณะ. แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (8 Flagship Project) นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.)
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.
5. สำนักสถิติสังคม. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
6. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี:สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย; 2552.

# อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด

โดย พญ.นงเยาว์ ประมุขกุล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อมีการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนเพิ่มขึ้นที่สำคัญได้แก่ Estrogen, Progesterone, Human placental lactogen จากรกและ Prolactin ไปกระตุ้นเต้านมให้มีการเจริญเติบโตทั้งท่อน้ำนม และต่อมน้ำนม ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาต่อมน้ำนมเพื่อเตรียมที่จะสร้างและหลั่งน้ำนมต่อไป อย่างไรก็ตามในระยะเวลาตั้งครรภ์ยังไม่มีการสร้างน้ำนมแม้ว่าระดับฮอร์โมน prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในการสร้างน้ำนมจะมีปริมาณมากก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone จากรกที่มีระดับสูงเช่นเดียวกัน จะยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนมไว้ อาจพบมีเพียงการสร้าง Precolostrum เล็กน้อยซึ่งอาจจะสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ในระยะเวลา Second trimester ของการตั้งครรภ์<sup>(1)</sup>

จากการปฏิบัติงานดูแลทารกที่คลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปัจจุบันพบว่ามีปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่เสมอ เช่น มารดาไม่มีน้ำนม ทารกน้ำหนักลดมาก ทารกป่วยสืบเนื่องจากได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ ทารกร้องกวนจากการที่น้ำนมมาช้า ทำให้บิดามารดาและญาติเครียดแม้จะได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่แล้ว อีกทั้งยังคงมีความต้องการใช้นมผสมสำหรับทารกอยู่เสมอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดผลเสียแก่ทารก ความวิตกกังวลในบิดามารดา เด็กต้องอยู่โรงพยาบาลนาน เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ปกครองและโรงพยาบาลเอง จากข้อมูลสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน ในช่วงปี 2555 ประเทศไทยมีอัตราร้อยละ 42.7 เปรียบเทียบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 มีอัตราร้อยละ 32.91 ในปี 2556

สืบเนื่องจากปัญหาดังกล่าว และจากการสังเกตในระหว่างการปฏิบัติงานพบว่า มารดาทารกคู่ที่มีความสุขกาย สุขใจกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตั้งแต่ในวันแรกหลังคลอด และตลอดช่วงเวลาของการอยู่โรงพยาบาลคือ คู่แม่ลูกที่มีน้ำนมมาแล้วตั้งแต่ก่อนคลอด อีกทั้งความรู้และการวิจัยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดในปัจจุบันจะเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาวงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาส่วนใหญ่อ่อนเพลีย และเหน็ดเหนื่อยจากกระบวนการคลอด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อว่าผลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนศึกษาวิจัยหารูปแบบในการพัฒนางานบริการนมแม่ต่อไป

## ขั้นตอนการศึกษา

### กลุ่มศึกษา

ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม Low risk pregnancy ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อน โดยไม่มีปัจจัยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้<sup>[2]</sup>

#### ประวัติในอดีต

1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)
2. เคยแท้ง 1 ครั้งติดต่อกัน หรือมากกว่าติดต่อกัน
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

#### ประวัติปัจจุบัน

4. ครรภ์แฝด
5. อายุ < 17 ปี (นับถึง EDC)
6. อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)
7. เลือดออกทางช่องคลอด
8. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน
9. ความดันโลหิต Diastolic > 90 mmHg
10. โรคไต
11. โรคหัวใจ
12. ติดยาเสพติด ติดสุรา
13. มารดาติดเชื้อ HIV

**พื้นที่ดำเนินการ** คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วยในหลังคลอด และห้องพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

**ระยะเวลาศึกษา** เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ตุลาคม 2556 – 16 กุมภาพันธ์ 2557

#### เครื่องมือในการศึกษา

วิธีการบีบน้ำนม โดยคัดบางส่วนมาจาก The Marmet technique of manual expression and assisting the milk ejection<sup>[3]</sup> ดังนี้

1. บีบน้ำนมโดยทำมือเป็นรูปตัว C ใช้นิ้วหัวแม่มือวางด้านบน นิ้วชี้และนิ้วกลางวางอยู่ตรงข้ามกัน (ตามตำแหน่งของเข็มนาฬิกา คือ 12.00 น. และ 6.00 น.) ทางด้านล่าง จุดที่วางนิ้วชี้ให้ห่างจากโคนหัวนมประมาณ 3 - 4 เซนติเมตร แล้วให้กดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังอก และบีบเข้าหากัน

2. เปลี่ยนตำแหน่งการวางนิ้วมือเพื่อรีดน้ำนม โดยใช้ตำแหน่งของเข็มนาฬิกาเป็นหลักจากจุดเริ่มต้นที่ 12 และ 6, 3 และ 9

## วิธีการศึกษา

### คลินิกฝากครรภ์

กลุ่มศึกษาจะได้รับการبيبประเมินน้ำนมข้างละ 2 ตำแหน่ง โดยพยาบาลวิชาชีพแล้วจัดแบ่งกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มมีน้ำนม
2. กลุ่มไม่มีน้ำนม

### ห้องคลอด/ห้องผ่าตัด

พยาบาลวิชาชีพبيبประเมินน้ำนมมารดาแรกรับ และก่อนทารกดูนมทุกราย

### ห้องผู้ป่วยในหลังคลอด/ห้องพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพبيبประเมินน้ำนมแรกรับ ภายใน 4 ชั่วโมง และ 8 ชั่วโมงหลังคลอดทุกราย ทั้ง 2 กลุ่มต่างได้รับการตามแนวทางการดูแลของคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด/ห้องผ่าตัด และห้องผู้ป่วยในหลังคลอด/ห้องพิเศษ ไปตามปกติ

## สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษา อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นระยะเวลา 4 เดือน จากวันที่ 16 ตุลาคม 2556 – 16 กุมภาพันธ์ 2557 โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์ แล้วติดตามต่อโดยพยาบาลห้องคลอด/ห้องผ่าตัด และห้องผู้ป่วยใน/ห้องพิเศษ ได้ผลดังนี้

### แผนกฝากครรภ์

- จำนวนหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ = 141 ราย
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ มีน้ำนมมาตั้งแต่ก่อนคลอด = 120 ราย
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ ไม่มีน้ำนม = 21 ราย

**สรุป** อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ = 85.11%

### หญิงฝากครรภ์กลุ่มศึกษามากคลอด

- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ = 109 ราย
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ มีน้ำนมมาตั้งแต่ก่อนคลอด = 97 ราย
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ ไม่มีน้ำนม = 12 ราย
- จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ ที่ไม่มีน้ำนม แต่กลับมีน้ำนมมาภายใน 8

ชั่วโมงหลังคลอด = 5 ราย

**สรุป** อัตราการมีน้ำนมในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์  $\geq 36$  สัปดาห์ จนถึง 8 ชั่วโมงหลังคลอด = 93.58%

ผลการศึกษา รายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวบรวมและแสดงอยู่ในตารางที่ 1 – 4

## ผลการศึกษา



ตารางที่ 1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ จำแนกตามลักษณะทั่วไป

รายละเอียด		กลุ่มมีน้ำหนัก			กลุ่มไม่มีน้ำหนัก		
		ทั้งหมด	มาคลอด	ไม่มาคลอด	ทั้งหมด	มาคลอด	ไม่มาคลอด
จำนวนบุตรมีชีวิต	0 ครรภ์แรก	63	51	12	12	7	5
	0 ครรภ์หลัง	4	2	2	4	3	1
	1	48	40	8	4	2	2
	2	4	3	1	1	0	1
	3	1	1	0	0	0	0
อายุครรภ์	36 - < 37	51	41	10	9	5	4
	37 - < 38	30	23	7	6	4	2
	38 - < 39	31	26	5	5	2	3
	39 - < 40	7	6	1	1	1	0
	40 - < 41	1	1	0	0	0	0
สถานภาพสมรส	โสด	5	5	0	0	0	0
	คู่	115	92	23	21	12	9
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	1	0	1	0	0	0
	มัธยมศึกษา	62	51	11	7	3	4
	ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	28	21	7	8	5	3
	ปริญญาตรี	28	25	3	6	4	2
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	0	1	0	0	0
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	28	22	6	7	1	6
	รับจ้าง	39	32	7	5	4	1
	ค้าขาย	26	20	6	5	4	1
	เกษตรกร	2	2	0	0	0	0
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2	2	3	2	1
	อื่นๆ	21	19	2	1	1	0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	ต่ำกว่า 5,000	5	5	0	1	0	1
	5,000 – 10,000	39	25	14	7	5	2
	10,001-15,000	44	38	6	8	6	2
	15,001-20,000	15	13	2	4	0	4
	มากกว่า 20,000	17	16	1	1	1	0
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	53	42	11	10	6	4
	ครอบครัวขยาย	67	55	12	11	6	5
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ตั้งใจ	120	97	23	21	12	9
	ไม่ได้ตั้งใจ	0	0	0	0	0	0

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด จำแนกตามการมีน้ำนมและไม่มีน้ำนม (n = 109)

กลุ่มศึกษา	การตั้งครรภ์	ช่วงอายุ (ปี)	อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)	จำนวนราย (%)	รวมราย (%)	รวมราย (%)	รวมทั้งหมด ราย (%)
กลุ่มมีน้ำนม	ครรภ์แรก	17-25	<37	1 (0.9)	40 (36.70)	50 (45.87)	97 (88.99)
			37- <39	4 (3.67)			
			39- <41	32 (29.4)			
			41- <42	3 (2.75)			
		26-35	<37	0 (0.0)	10 (9.17)		
			37- <39	4 (3.67)			
			39- <41	6 (5.50)			
			41- <42	0 (0.0)			
	ครรภ์หลัง	17-25	<37	0 (0.0)	13 (11.93)		
			37- <39	3 (2.75)			
			39- <41	9 (8.26)			
			41- <42	1 (0.9)			
		26-35	<37	1 (0.9)	34 (31.19)		
			37- <39	11 (10.09)			
			39- <41	21 (19.27)			
			41- <42	1 (0.9)			
กลุ่มไม่มีน้ำนม	ครรภ์แรก	17-25	<37	0 (0.0)	4 (3.67)	7 (6.42)	
			37- <39	1 (0.9)			
			39- <41	3 (2.75)			
			41- <42	0 (0.0)			
		26-35	<37	0 (0.0)	3 (2.75)		
			37- <39	2 (1.83)			
			39- <41	1 (0.9)			
			41- <42	0 (0.0)			
	ครรภ์หลัง	17-25	<37	0 (0.0)	1 (0.92)	5 (4.59)	
			37- <39	0 (0.0)			
			39- <41	1 (0.9)			
			41- <42	0 (0.0)			
		26-35	<37	0 (0.0)	4 (3.67)		
			37- <39	2 (1.83)			
			39- <41	2 (1.83)			
			41- <42	0 (0.0)			

ตารางที่ 3 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดและหลังคลอด จำแนกตามระยะเวลาของการมีน้ำนม

กลุ่มศึกษา	การตั้งครภ์	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน (ราย)	จำนวนมากลอด (ราย)	ระยะเวลาของการมีน้ำนม									
					ก่อนคลอด*		ก่อนคลอดครั้งแรก*		แรกรับ#		4 ชั่วโมง (ราย)		8 ชั่วโมง (ราย)	
					มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
กลุ่มมีน้ำนม <sup>§</sup> (120ราย)	ครรภ์แรก	17-25	49	40	35	5	38	2	32	8	36	4	39	1
		26-35	13	10	9	1	9	1	10	0	10	0	0	0
	ครรภ์หลัง	17-25	11	13	12	1	13	0	10	3	12	1	13	0
		26-35	47	34	33	1	33	1	32	2	33	1	34	0
กลุ่มไม่มีน้ำนม <sup>§</sup> (21ราย)	ครรภ์แรก	17-25	7	4	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1
		26-35	5	3	1	2	1	2	0	3	0	3	1	2
	ครรภ์หลัง	17-25	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
		26-35	8	4	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
รวมทั้งหมด (ราย)			141	109	94	15	98	11	87	22	95	14	101	8 <sup>®</sup>

<sup>§</sup> แผนฝากครรภ์ \* ห้องคลอด/ห้องผ่าตัด

# ห้องผู้ป่วยใน/ห้องพิเศษ <sup>®</sup> รายละเอียดการรักษานี้ในแต่ละราย แสดงไว้ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ข้อมูลและการเสริมนมผสมของทารกกลุ่มที่มารดาหลังคลอด 8 ชั่วโมงยังไม่ให้นม

กลุ่มศึกษา	ลำดับ	แผนก	น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	วิธีคลอด	น้ำหนักลดลงต่ำสุด (%)	น้ำหนักเริ่มมา [วันที่(อายุ)]	จำนวนวันเสริมนมผสม	ปริมาณเสริมนมผสม (ซีซี) x 8 มื้อ	การวินิจฉัยโรค	จำนวนวันอยู่ รพ.	วัดติดตาม		รวม (ราย)
											หลังจาก รพ. วัน	น้ำหนักขึ้น (กรัม/วัน)	
กลุ่มมีน้ำหนัก น้อย	1	พิเศษ	2,990	NL	8.6	2	-	-	NNB	2	3	43	1
	2	พิเศษ	3,050	NL	4.9	3	2	10,20	NNB	3	5	62	
	3	พิเศษ	3,060	NL	6.8	3	2	10,10	NNB	3	13	18	
	4	พิเศษ	3,080	NL	10.4	2	1	10	NNB	3	3	7 <sup>#</sup>	
	5	SNB	3,310	NL	10.6	NA	3	20,20,50	-Hyperthermia -Jaundice	5	6	43	7
	6	พิเศษ	2,780	NL	8.6	NA	1	15	-Jaundice - G6PD def	3	3	20	
	7	IPD	3,100	C/S	10.32	2	2	15,10	NNB	3	8	28	
	8	พิเศษ	3,660	NL	8.19	2	1	15	NNB	2	6	58	

<sup>s</sup> แผนกฝากครรภ์

NA = not available

<sup>#</sup> ติดตามอีก 7 วันต่อมา น้ำหนักขึ้นเป็น 33 กรัม/วัน

NNB = normal newborn

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล แพทย์หญิงสันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์ และ ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เป็นอย่างมากในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้ง พยาบาลประจำคลินิกนมแม่ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด/ห้องผ่าตัด ห้องผู้ป่วย ในห้องคลอด/ห้องพิเศษ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และคณะผู้จัดทำหนังสือ “ให้ลูกกินนมกระป๋อง แน่ใจหรือ?” ที่ได้บริจาคหนังสือให้แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มศึกษาทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. สุอารีย์ ตันตระการ. ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. บรรณาธิการ. คู่มืออบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2553. หน้า 54.
2. กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก (เจ้าหน้าที่ประเมิน). ใน: สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556. หน้า 5.
3. Marmet C. Manual Expression of Breast Milk Marmet Technique [internet]. ๒๐๐๓ [cited ๒๐๑๓ october ๒๐]. Available from: [http://llrochester.weebly.com/uploads/7/9/5/4/795404/marmet\\_technique\\_tearoff.pdf](http://llrochester.weebly.com/uploads/7/9/5/4/795404/marmet_technique_tearoff.pdf)

## การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (META ANALYSIS)

เรียบเรียงโดย ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) เป็นแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยอีกรูปแบบหนึ่ง ที่วงการด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญและนำมาใช้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่อง ที่ศึกษาปัญหาเดียวกันโดยใช้วิธีการทางสถิติ ผู้เขียนสรุปสาระสำคัญของนิตยสารวารสารที่ศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย แห่งภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ท่านได้เรียบเรียงหนังสือชื่อ “การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (META ANALYSIS)” ไว้ เพื่อสนับสนุนนักวิจัยและผู้สนใจที่จะใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อการวิจัยในอนาคตต่อไป ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องนี้สรุปได้ดังนี้

G.V Glass (Glass, 1976) ได้ใช้ศัพท์คำว่า “Meta analysis” เป็นครั้งแรกในสุนทรพจน์ที่กล่าวในฐานะประธานกรรมการการดำเนินงานการประชุมประจำปีของสมาคมวิจัยการศึกษาอเมริกัน (American Educational Research Association) และในบทความทางวิชาการปี ค.ศ.1976 โดยให้ความหมายว่า Meta analysis เป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of analysis) ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสังเคราะห์งานวิจัย และวงการศึกษาของไทยเริ่มสนใจการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณเมื่อปี พ.ศ.2527 อันเป็นปีที่มีผลงานวิชาการด้านนี้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นครั้งแรก หนังสือชื่อ “การสังเคราะห์งานวิจัย : เชิงปริมาณ ของอุทุมพร จามรมาน นับเป็นตำราว่าด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณเล่มแรกของไทย และนับจากนั้นมามีการบัญญัติศัพท์ใหม่ที่มีความหมายตรงกับคำว่า “meta analysis” อาทิ อุทุมพร จามรมาน<sup>[1]</sup> ใช้คำว่า การวิเคราะห์เมตต้า นงลักษณ์ วิรัชชัย ใช้คำว่า การวิเคราะห์ห่อภิมาณ เป็นต้น

การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (Meta analysis of research) หมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันจำนวนหลายเรื่องมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัยประกอบด้วยข้อมูลสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยแต่ละเรื่อง วัดในรูปดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพล (Effect size) และดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ข้อมูลส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยหลักการในการสังเคราะห์งานวิจัยเป็นการใช้กระบวนการทางสถิติมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามใน 3 ประเด็นคือ ประการแรก ดัชนีมาตรฐานที่เป็นผลการวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทุกเรื่องมีค่าใกล้เคียงกันหรือไม่ ถ้ามีค่าใกล้เคียง

เคียงกันจะสามารถสังเคราะห์สรุปรวมผลการวิจัยได้อย่างไร ประการที่สอง หากค่าดัชนีมาตรฐานที่เป็นผลการวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทุกเรื่องนั้นมีค่าแตกต่างกัน มีปริมาณความแปรปรวนมากน้อยเท่าไร และเป็นความแปรปรวนที่ชนิดมีระบบหรือความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อน (Systematic or error variance) และประการสุดท้าย เป็นการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบว่ามีปัจจัยใดอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้บ้าง

ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ทอิกิมานที่แตกต่างจากการวิเคราะห์โดยทั่วไปและลักษณะที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่แตกต่างจากการปริทัศน์แบบพรรณนา (Narrative review) ทำให้การวิเคราะห์ทอิกิมานมีประโยชน์ที่สำคัญดังนี้

1. การวิเคราะห์ทอิกิมานให้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูงและเชื่อถือได้มากขึ้น เพราะวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นวิธีที่มีระบบและใช้สังเคราะห์งานวิจัยจำนวนมากได้
2. การวิเคราะห์ทอิกิมานเป็นประโยชน์ต่อการทำรายงานการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพราะการวิเคราะห์ทอิกิมานมีวิธีการที่มีระบบซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไป ในแง่มุมต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
3. การวิเคราะห์ทอิกิมานให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไขหรือการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ (Moderator variable) กับผลการวิจัยจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ข้อค้นพบส่วนนี้จะหาไม่ได้จากงานวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว
4. ในกรณีที่มีงานวิจัยเรื่องหนึ่งให้ผลแตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ การวิเคราะห์ทอิกิมานมีกระบวนการตรวจสอบสาเหตุที่ทำให้งานวิจัยเรื่องนั้นมีผลการวิจัยแตกต่างจากเรื่องอื่น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในแง่มุมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อไป

## ขั้นตอนการดำเนินงานการวิเคราะห์ทอิกิมาน

### ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

ในการกำหนดปัญหาวิจัยในการวิเคราะห์ทอิกิมานงานวิจัยมีปัญหาหลัก ๓ ประการ ปัญหาแรกคือ ปัญหาเกี่ยวกับค่าแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางของดัชนีมาตรฐาน ตัวอย่างคำถามการวิจัยจะมีลักษณะดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านนักเรียน ด้านครูและด้านโรงเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนโดยเฉลี่ยในภาพรวมมีลักษณะอย่างไรและมีขนาดเท่าไร ปัญหาวิจัยข้อที่สองคือ ปัญหาเกี่ยวกับความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐาน ตัวอย่างคำถามวิจัยจะมีลักษณะดังนี้ ผลการวิจัยที่วัดในรูปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว ด้านนักเรียน ด้านครูและด้านโรงเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมีความแตกต่างกันระหว่างงานแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด ปัญหาวิจัยข้อที่สามคือ นักสังเคราะห์งานวิจัยมุ่งตอบคำถามว่า ผลการวิจัยที่สังเคราะห์นั้นเกี่ยวข้องกับสัมพัทธ์กับคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์อย่างไร เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรงเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนั้นมีขนาดแตกต่างกันตามกลุ่มประชากร ตามแบบแผนการวิจัยตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อย่างไรบ้าง

การกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน มีวิธีการเป็นแบบเดียวกับการกำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบาย วัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ยังมีข้อขัดแย้ง หรือมีจำนวนมากให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นสรุป เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ทางวิชาการที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติจริงได้ต่อไป

### **ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

ขั้นตอนนี้ต้องศึกษาทฤษฎีทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และศึกษาสังเคราะห์รายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสร้างกรอบความคิดสำหรับการวิเคราะห์อภิมาน โดยต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน สำหรับวิธีการสังเคราะห์รายงานอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงบรรยายแบบเดียวกับวิธีที่ใช้ในการวิจัยทั่วไป หรือจะนำเสนอแต่เพียงรายงานว่ามีรายงานวิจัยเป็นจำนวนเท่าไร มีลักษณะทั่วไปอย่างไร ส่วนใหญ่การรายงานการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมักจะรายงานค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง โดยไม่มีการสังเคราะห์

### **ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล**

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 4 งานคือ การเสาะค้นงานวิจัย การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะสังเคราะห์ การสร้างเครื่องมือวิจัย และการบันทึกข้อมูล ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

3.1 การเสาะค้นงานวิจัย มีแนวทางการสืบค้น 6 แนวทางคือ การสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ การสืบค้นจากดัชนี การสืบค้นจากการอ่านเล่น การสืบค้นจากวิทยาลัยมองไม่เห็น การสืบค้นย้อนหลัง และการสืบค้นต่อเนื่อง

3.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ มี 4 ทางเลือกคือ การศึกษางานวิจัยทุกเรื่องที่สืบค้นได้ การเลือกงานวิจัยโดยใช้การเลือกแบบแบ่งชั้นตามลักษณะงานวิจัยโดยต้องกำหนดตัวแปรลักษณะงานวิจัยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นงานวิจัยแล้วจึงสุ่มเลือกงานวิจัยมาเป็นสัดส่วนเท่ากันทุกชั้น ทางเลือกที่สามคือ การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการพิมพ์เผยแพร่ และสุดท้ายคือ การเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนงานวิจัยที่เหมาะสมที่จะนำมาสังเคราะห์ หลักการในการกำหนดจำนวนงานวิจัยเป็นหลักการเดียวกันกับการกำหนดขนาดตัวอย่างในงานวิจัยทั่วไปคือ ถ้าประชากรงานวิจัยมีจำนวนน้อยและผลการวิจัยคล้ายคลึงกันงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ไม่ต้องใช้หลายเรื่อง และไม่ต้องกังวลว่าจะทำการวิเคราะห์อภิมานไม่ได้ เพราะวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยนั้นไม่มีวิธีการวิเคราะห์หลายแบบ และมีวิธีการวิเคราะห์สำหรับกรณีที่มีงานวิจัยน้อยเพียงสองสามเรื่อง

สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยมาทำการวิเคราะห์อภิมานนั้น นักวิจัยอาจเลือกโดยการสุ่มหรือจะเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกให้ชัดเจนตามที่นักวิจัยต้องการ



3.3 การสร้างเครื่องมือ เครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์หอนุมานทุกประเภทมีเพียงสองแบบ คือ แบบประเมินงานวิจัยและแบบบันทึกข้อมูล โดยแบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกคุณภาพงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์งานวิจัยสอดคล้องกับชื่อเรื่อง/ปัญหาวิจัย ใช้วิธีการสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น สำหรับแบบบันทึกข้อมูล อาจทำเป็นตาราง หรือ เป็นแบบสอบถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด ก็ได้

หลักการสร้างแบบสอบถาม เป็นแบบเดียวกับการสร้างแบบสอบถามทั่วไป กล่าวคือ ต้องมีการกำหนดขอบข่ายข้อมูลที่ต้องการรวบรวมก่อน ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์หอนุมานมีสามส่วนคือ ส่วนแรกคือ ผลการวิจัย ซึ่งวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปดัชนี เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ส่วนที่สองคือ คุณลักษณะของรายงานวิจัยด้านแบบแผนการวิจัยและรายละเอียดอื่นๆ เช่น ทฤษฎีที่ใช้ จำนวนและประเภทตัวแปร ชนิดและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่สามคือ รายละเอียดเกี่ยวกับรูปเล่มและการจัดพิมพ์รายงาน เมื่อได้ขอบข่ายข้อมูลแล้วจึงสร้างแบบบันทึกให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการ กำหนดรหัสสำหรับตัวแปร จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5 – 10 เรื่อง

3.4 การบันทึกข้อมูล ขั้นตอนนี้คือ การบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป โดยวิธีการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานมีสองวิธีคือ วิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณโดยตรงจากค่าสถิติที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการประมาณค่าโดยการคำนวณจากค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบนัยสำคัญ

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ครอบคลุมงานสำคัญ 3 งานคือ การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูล สารสำคัญมีดังนี้

4.1 การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ หลังจากที่ได้บันทึกข้อมูลจากรายงานการวิจัยและตรวจสอบการลงรหัสตัวแปรว่าถูกต้องแล้ว งานขั้นต่อไปคือการเตรียมไฟล์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยดำเนินการเหมือนการสร้างไฟล์ข้อมูลงานวิจัยเชิงปริมาณทั่วไป และต้องตรวจสอบว่าตัวแปรใดมีค่าขาดหาย(Missing)บ้าง หากพบต้องดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขให้ข้อมูลครบถ้วน

4.2 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร นักวิจัยต้องจัดทำตารางแจกแจงความถี่ดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และหาค่าสถิติบรรยายได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของตัวแปรต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติหรือไม่ จำเป็นต้องมีการปรับตัวแปรอย่างไรหรือไม่

การดำเนินงานอีกอย่างหนึ่งคือ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) นอกจากนั้นยังต้องตรวจสอบข้อมูลว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่ด้วย เช่น ในกรณีที่มีตัวแปรปรับเป็นตัวแปรระดับ

นามบัญญัติถ้าจะใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต้องเปลี่ยนตัวแปรระดับนามบัญญัติให้เป็นตัวแปรดัมมี่ (Dummy variable) ก่อน

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ในตอนนี้เป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสำคัญ เช่น การทำตารางไขว้ (Cross tabulation) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเบื้องต้น การทำกราฟเพื่อเสนอค่าดัชนีมาตรฐาน เป็นต้น

4.4 การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามวิจัย เป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยซึ่งวัดในรูปดัชนีมาตรฐานทั้งหมดว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ถ้าไม่แตกต่างกันนักวิจัยจะสามารถสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัยได้ ถ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต้องวิเคราะห์ต่อไปว่า ความแตกต่างหรือความแปรปรวนในค่าดัชนีมาตรฐานนั้นเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยนี้อาจทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีการบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีเชิงปริมาณ วิธีวิทยาของการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์หือภิมานในปัจจุบันมีรูปแบบแตกต่างกัน 6 วิธี ผู้เขียนไม่สรุปสาระสำคัญของแต่ละวิธีไว้ในที่นี้เนื่องจากมีรายละเอียดค่อนข้างมาก

### ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน

การสรุปผลการวิเคราะห์หือภิมานนอกจากจะต้องมีการสรุปผล การอภิปรายผลเชื่อมโยงผลการวิจัยกับความรู้ในอดีตและความรู้ทางทฤษฎีแล้ว ยังต้องให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะทางวิชาการด้วย นักวิจัยคาดหวังว่าผลจากการวิเคราะห์หือภิมานน่าจะต้องให้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งเหนือชั้นกว่างานวิจัยแต่ละเรื่องที่น่ามาสังเคราะห์ และมีข้อสรุปรวมทั้งข้อเสนอแนะต้องมีความกว้างโดยทั่วไป (Generality) มากกว่างานวิจัยปกติ

ผู้เขียนหวังว่า บทความนี้จะช่วยสร้างความเข้าใจในเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิเคราะห์หือภิมาน หากสนใจที่จะนำวิธีการวิเคราะห์หือภิมานมาใช้ในการทำวิจัย สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ตามเอกสารอ้างอิง

### อ้างอิง

นางลักษณ์ วิรัชชัย. การวิเคราะห์หือภิมาน (META ANALYSIS). กทม.: นิชนเอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป, 2542.

## สภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

HEALTH STATUS OF THE PEOPLE IN KOKSRI MUNICIPAL DISTRICT,  
AMPHOE YANGTALAT, KALASIN PROVINCE

ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 และคณะ  
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม จำนวน 350 คน โดยการตรวจสุขภาพร่างกายและสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพประชาชน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เทศบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.9 สงสัยล่าช้าร้อยละ 26.1 รูปร่างสมส่วนร้อยละ 91.6 ค่อนข้างผอมและอ้วนเท่ากันคือ ร้อยละ 4.2 น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 83.4 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และค่อนข้างมากเท่ากันคือ ร้อยละ 8.3 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปร้อยละ 100 ตรวจไอโอดีนในปัสสาวะพบเพียงพอร้อยละ 30.0 ไอโอดีนเกิน ร้อยละ 60.0 และขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 10.0 ฟันสะอาดและปราศจากฟันผุ ร้อยละ 68.4 มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 31.6

วัยเรียนมีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 69.0 ค่อนข้างผอมและผอมร้อยละ 11.9, 4.8 เริ่มอ้วนและอ้วนเท่ากันร้อยละ 4.8 น้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 71.4 น้ำหนักค่อนข้างน้อยร้อยละ 2.4 และน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 9.5 น้ำหนักค่อนข้างมากร้อยละ 7.2 มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.5 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป ร้อยละ 95.2 ค่อนข้างเตี้ยร้อยละ 4.8 ตรวจไอโอดีนในปัสสาวะพบเพียงพอเพียงร้อยละ 40.5 เกินร้อยละ 47.6 และขาด ร้อยละ 11.9 ปราศจากฟันผุร้อยละ 61.9 ฟันสะอาดไม่มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 66.7 เหงือกปกติร้อยละ 38.1 และจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนร้อยละ 21.4 เป็นเหาร้อยละ 4.8 สายตาและการได้ยินปกติร้อยละ 100.0

วัยทำงานอ้วนลงพุง (ผู้หญิงเส้นรอบเอว 80 ซม.ขึ้นไป ผู้ชาย 90 ซม.ขึ้นไป) ร้อยละ 50.4 ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 36.0 เกินร้อยละ 60.6 และผอมร้อยละ 3.4 สุขภาพจิตดีร้อยละ 79.5 และต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 20.5 ตรวจไอโอดีนในปัสสาวะพบขาดสารไอโอดีนร้อยละ 75.6 เพียงพอ

ร้อยละ 16.4 พันธุ์ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 46.8 และมีการสูญเสียพันธุ์ร้อยละ 76.8 มีพันธุ์ใช้งานได้ 20 ซึ่งขึ้นไป ร้อยละ 94.8 มีพันธุ์หลัง 4 คู่สืบขึ้นไป ร้อยละ 90.1 และสภาวะปริพันธ์ปกติ ร้อยละ 14.6 และพบหินปูนร้อยละ 69.5

ผู้สูงอายุอ้วนลงพุง ร้อยละ 43.5 ดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 30.4 เกินร้อยละ 63.1 และผอม ร้อยละ 6.5 สุขภาพจิตดี ร้อยละ 93.5 ต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 6.5 ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 93.2 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 6.8 ตรวจไอโอดีนในปัสสาวะพบขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 58.1 เพียงพอ ร้อยละ 30.2 ค่าเฉลี่ยพันธุ์ ถอน อุด 13.1 ซึ่งต่อคน มีพันธุ์ใช้งานได้ 20 ซึ่งขึ้นไป ร้อยละ 58.7 และมีพันธุ์หลัง 4 คู่สืบขึ้นไป ร้อยละ 52.2 พันธุ์ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 54.3 ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 21.7 เป็นโรคปริพันธ์และหินปูนร้อยละ 33.3, 47.6

## บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการ เพิ่มความสามารถให้ประชาชนสามารถควบคุม ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนา สุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้มีจิตสำนึก มีความรู้และทักษะที่จะดูแลสุขภาพ เฝ้าระวัง และควบคุมทุกปัจจัยเสี่ยง สร้างปัจจัยเสริมและ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และส่งเสริมเพิ่มพฤติกรรมสร้างสุขภาพ ความรู้ ค่านิยมทางบวกต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการจัดบริการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพ สุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทุกคนซึ่งรัฐ ได้พยายามจัดบริการและสนับสนุนให้ประชาชน มีสุขภาพดีถ้วนหน้า แต่ผลการสำรวจสุขภาพ คนไทยในปี 2552 พบว่า สาเหตุการสูญเสีย สุขภาวะของคนไทยในเพศชายอันดับแรกได้แก่ การติดสุรา และในเพศหญิงเกิดจากโรคเบาหวาน สาเหตุการตายที่มีอัตราสูงที่สุด ได้แก่ มะเร็งและ เนื้องอก และอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ ติดต่อมือตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค

อาหารยังมีพฤติกรรมทั้ง “ขาด” และ “เกิน” ใน การเลือกรับประทานอาหาร เช่น รับประทาน ผักผลไม้มีน้อยลง แต่นิยมบริโภคอาหารจานด่วน ไขมันสูง ขนมหวาน น้ำอัดลม โดยเฉพาะกลุ่ม วัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรม การบริโภคของเด็กวัยเรียนในประเทศไทย<sup>(2)</sup> ที่ พบว่า รับประทานขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ทอฟฟี่ มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 47.6 และดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมเปรี้ยว นมหวาน มากกว่า 3 วัน/ สัปดาห์ ร้อยละ 52.2 และในการสำรวจสุขภาพ คนไทยปี 2552 ยังพบว่า ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงถึงร้อยละ 34.7 และ 32.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดย พบว่า สัดส่วนแม่วัยรุ่นมีอายุน้อยลงอยู่ระหว่าง 10-14 ปี ในด้านเศรษฐกิจพบว่า ครอบครัวที่มีปัญหาหนี้สิน ไม่มีเงินออมและไม่มีที่อยู่อาศัย เป็นของตนเองยังสูงอยู่ ความแตกต่างระหว่างการกระจายรายได้ของคนรวยและคนจนสูงถึง 11-15 เท่า ด้านดัชนีความเข้มแข็งของชุมชน อยู่ในระดับต้องปรับปรุง เช่นเดียวกับดัชนี

ครอบครัวอบอุ่นอยู่ในระดับต้องเร่งแก้ไขและปรับปรุง พบสัดส่วนพ่อและแม่เลี้ยงเดี่ยวสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสะท้อนถึงปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยจัดให้มีบริการสาธารณสุข รักษาพยาบาล ป้องกันระงับโรคติดต่อ เช่น บริการวางแผนครอบครัว ให้วัคซีนป้องกันโรค จัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้มีสุขภาพดี เช่น จัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพผู้พิการ และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่จัดสภาพแวดล้อมให้อยู่ในสภาพดีให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สร้างสวนสาธารณะเพื่อเป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย และควบคุมไม่ให้เกิดโรคภัยคุกคาม เช่น การกำจัดขยะมูลฝอย การดูแลกิจการตลาด ร้านอาหาร ควบคุมสถานที่ประกอบกิจการที่ส่งผลต่อสุขภาพ แก้ไขปัญหาต่างๆ ในชุมชน เหตุรำคาญต่างๆ

เทศบาลตำบลโคกศรี ประกอบด้วย 7 ชุมชน ประชากรทั้งหมด 3,223 คน (ข้อมูล ณ เมษายน 2556) แบ่งเป็นเพศชาย 1,609 คน คิดเป็นร้อยละ 49.9 เพศหญิง 1,614 คน คิดเป็นร้อยละ 50.1 และพบว่าประชากรวัยทำงานมีจำนวนครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดและจำนวนประชากรวัยสูงอายุนี้นับว่ามีมากกว่า ร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่าเทศบาลตำบลโคกศรีกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโคกศรีเข้าร่วมโครงการท้องถิ่นต้นแบบของศูนย์อนามัยที่ 6 ตั้งแต่ปี 2552 และได้ดำเนินการตามมาตรฐานตัวชี้วัดทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมอย่างเข้มแข็ง ได้แก่ การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่าย่อย ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน การออกกำลังกายทั้งในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มตั้งเป็นชมรมสูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาตลาดสดเป็นตลาดสดนำซื้อและส่งเสริมสุขภาพผู้ประกอบการในตลาดให้ออกกำลังกายโดยจัดให้เป็น “ตลาดสดเดินได้” และพัฒนาคุณภาพน้ำจนได้รับการรับรองจากกรมอนามัยเป็นประปาดื่มได้ จากการศึกษาเทศบาลตำบลโคกศรีได้นำมาตรฐานตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ศูนย์อนามัยที่ 6 พัฒนาขึ้นมาใช้ในพื้นที่เป็นเวลา 5 ปี (2552-2556) ดังนั้น เพื่อทราบผลของการนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงได้สำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลโคกศรี อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและเผยแพร่ให้กับท้องถิ่นอื่นต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของประชาชนเทศบาลตำบลโคกศรี หลังจากทีเทศบาลตำบลโคกศรีนำมาตรฐานตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากร ได้แก่ ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเขตเทศบาลตำบลโคกศรี จำนวน 3,223 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเขตเทศบาลตำบลโคกศรี จำนวน 350 คน คำนวณจากสูตร การประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha^2P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2\alpha^2P(1-P)}$$

โดย n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ประชากรในเทศบาลตำบลโคกศรี 3,223 คน

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นของการ

ประมาณค่า  $(1-\alpha)100\%$  เมื่อกำหนด  $\alpha=0.05$  ดังนั้น  $Z_{\alpha/2}=1.96$

P = สัดส่วนความชุกโรคฟันผุเด็กอายุ 12 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (P=0.51)

e = ความแม่นยำในการประมาณค่า 0.05

การสุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เด็กวัยเรียนและเยาวชน (6-15 ปี) วัยทำงานอายุ (16-59 ปี) ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนประชากรของแต่ละกลุ่มวัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และ 4) แบบตรวจสอบสุขภาพตามกลุ่มอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการวิจัย

### 1. กลุ่มเด็กปฐมวัย

#### 1.1 สุขภาพเด็กปฐมวัย

**พัฒนาการ** เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 73.9 สงสัยล่าช้าร้อยละ 26.1 โดยพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในอายุ 1 - 2 ปี ร้อยละ 13.0 ซึ่งพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดคือ ด้านภาษา

**ภาวะการเจริญเติบโต** รูปร่างสมส่วน ร้อยละ 91.6 ค่อนข้างพอมและอ้วนเท่ากันคือ ร้อยละ 4.2 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.4 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และค่อนข้างมากเท่ากันคือ ร้อยละ 8.3 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 95.8 สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.2

**ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ** มีไอโอดีนเพียงพอเพียง (100 - 199 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 30.0 เกินพอ (200 - 299 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 20.0 เกินขนาด ( $\geq 300$  ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 40.0 และขาดสารไอโอดีน ( $<100$  ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 10.0

**สภาวะช่องปาก** ฟันสะอาดและปราศจากฟันผุ ร้อยละ 68.4 มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 31.6 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 6 เดือน-2 ปี ปราศจากฟันผุ (ไม่มีฟันผุ/อุด/ถอน) ร้อยละ 92.8 มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 7.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด 0.1 ซึ่งต่อคน ส่วนกลุ่มอายุ 3-5 ปี มีฟันขึ้นในช่องปากเฉลี่ย 20 ซึ่งต่อคน มีความชุกของโรคฟันผุทุกคน ร้อยละ 100.0 โดยมีฟันผุตั้งแต่ 1-13 ซึ่ง ค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด 7.0 ซึ่งต่อคน

**1.2 การเจ็บป่วยและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย** มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.3 ได้แก่ โรคพรีออนไฮม์ G-6-PD และโรคโลหิตจางเท่ากันคือร้อยละ 50.0 ใน 6 เดือนที่ผ่านมาเด็กเจ็บป่วย 1-3 ครั้ง ร้อยละ 50.0 ป่วยมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 16.7 ได้รับการตรวจพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 20.8 มีสมุดบันทึกสุขภาพทุกคน โดยใช้สมุดเพื่อดูวันนัดฉีดวัคซีน ร้อยละ 87.5 รองลงมาเป็นดูอาหารเสริมตามวัย ร้อยละ 66.7 และใช้ตรวจสอบพัฒนาการ ร้อยละ 54.2

### 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก

**ปัจจัยด้านชีวภาพ** มารดามีปัจจัยเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 41.7 โดยพบว่ามีมารดาเป็นโรคธาลัสซีเมียและเป็นพาหะธาลัสซีเมียมากถึงร้อยละ 90.0 แม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 30.0 และได้รับยาเสริมไอโอดีน ร้อยละ 25.0 การคลอดจะคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 79.2 พบคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.5 และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.3 ส่วนภาวะการขาดออกซิเจนพบว่า ไม่มีการลงข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพ ร้อยละ 29.2 ส่วนที่มีข้อมูลพบว่า ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 100.0 นอกจากนี้พบว่า ไม่มีการเจาะส้นเท้าเพื่อตรวจระดับฮอร์โมน Thyroid stimulating hormone (TSH) ในกระแสเลือด ร้อยละ 12.5 และไม่พบข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพ ร้อยละ 87.5

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1) การเลี้ยงดู พบว่า ปัจจุบันเด็กปฐมวัยกินนมผสม ร้อยละ 41.3 กินนมแม่ ร้อยละ 33.3 กินนมกล่อง ร้อยละ 20.8 กินนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 58.3 ได้รับอาหารเสริมก่อนอายุ

6 เดือน ร้อยละ 62.5 ได้รับการเลี้ยงดูจากแม่ในเวลากลางวัน ร้อยละ 62.5 และกลางคืน ร้อยละ 70.8 รองลงมาเป็นได้รับการเลี้ยงดูจากยายหรือย่าในเวลากลางวัน ร้อยละ 29.2 และกลางคืน ร้อยละ 20.8 เด็กที่มีอายุ 1-6 ปี ได้รับการเล่านิทานให้ฟังที่บ้าน 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 ทุกวัน ร้อยละ 25.0 และได้รับการอบรมสั่งสอนทุกวัน ร้อยละ 81.2 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเล่นกับเด็กทุกวัน ร้อยละ 87.5 ร้องเพลงกล่อมลูกทุกวัน ร้อยละ 50.0 พาเด็กไปร่วมกิจกรรมนอกบ้านหรือไปเที่ยวนอกบ้านทุกวัน ร้อยละ 54.2 การทำความสะอาดช่องปากพบว่า ให้เด็กแปรงเอง ร้อยละ 37.5 รองลงมาเช็ดปาก เช็ดฟันให้เด็ก และแปรงฟันให้เด็กเท่ากันคือ ร้อยละ 25.0 ทำความสะอาดช่องปากตอนตื่นนอนตอนเช้า ร้อยละ 79.2 ก่อนนอน ร้อยละ 45.8 เด็กได้ดูโทรทัศน์ ซีดีทุกวัน ร้อยละ 54.2 ไม่ได้เล่นคอมพิวเตอร์ เกม ร้อยละ 83.4 และเด็กได้ดูหนังสือ ดูภาพ ระบายสี ฝึกเขียนทุกวัน ร้อยละ 54.2

2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ดื่มนมทุกวัน ร้อยละ 79.2 ไม่ดื่มนม ร้อยละ 20.8 ดื่มนมรสหวาน นมเปรี้ยวทุกวัน ร้อยละ 33.4 ดื่มนม 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 20.8 ไม่ดื่มนมรสหวาน นมเปรี้ยว ร้อยละ 37.5 รับประทานอาหารเข้าทุกวัน ร้อยละ 66.7 รับประทานอาหารผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 41.7 รับประทานอาหาร 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 20.8 รับประทานอาหาร ผัก 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 41.7 รับประทานอาหารทุกวัน ร้อยละ 20.8 เด็กกินขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 50.0 ไม่กินขนมกรุบกรอบเพียง ร้อยละ 20.8 ไม่กินลูกอม ร้อยละ 70.8 และไม่ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม

ร้อยละ 54.2 ต่อม 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 25.0 ต่อมทุกวัน ร้อยละ 12.5

3) ปัจจัยด้านสังคม/เศรษฐกิจ พบว่า มารดาของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาเป็นอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 33.3 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.7 ประถมศึกษาและปริญญาตรีใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 29.2 และ 25.0 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของมารดามีอาชีพแม่บ้าน (เลี้ยงลูกอย่างเดียว) รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไปและค้าขายเท่ากันคือ ร้อยละ 20.8 บิดาของเด็กปฐมวัยมีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 54.2 รองลงมาอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 25.0 ครึ่งหนึ่งของบิดาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาเป็นอนุปริญญาและปริญญาตรีเท่ากัน คือ ร้อยละ 16.7 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.8 รองลงมาเป็นค้าขาย ร้อยละ 20.8 รายได้ครอบครัวเดือนละ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 41.7 รองลงมาได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 25.0 มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 62.5 ส่วนที่ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 29.2 สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 87.5

**1.4 พฤติกรรมของผู้ปกครองในเลือกอาหารที่มีไอโอดีนมาประกอบอาหารให้เด็กปฐมวัย** จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับส่วนประกอบอาหารที่เตรียมให้เด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการบริโภคของมารดาที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 6 เดือน พบว่า นำไข่ไก่มาปรุงอาหารร้อยละ 95.8 รองลงมาเป็นปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาแดง ปลากระบอก ปลาจาระเม็ด ปลาสำลี ร้อยละ 79.2 ปรุงอาหารด้วยน้ำปลา ซอส ซีอิ๊วเสริมไอโอดีนและขนมกรุบกรอบเท่ากัน คือ ร้อยละ 75.0 ปรุงรสด้วยเกลือเสริมไอโอดีน

ร้อยละ 70.8 สาหร่ายสำเร็จรูปและปลาหมึก เช่น ปลาหมึกหอม ปลาหมึกหลอด ปลาหมึกแห้ง เท่ากันคือ ร้อยละ 58.3 กุ้งทะเล เช่น กุ้งแช่บ๊วย กุ้งซีแฮ กุ้งกุลาดำ ร้อยละ 45.8 และปูทะเล เช่น ปูม้า ปูดำ เท่ากัน ร้อยละ 20.8

## 2. วิจัยเรียนและเยาวชน

### 2.1 สุขภาพเด็กวัยเรียน

**ภาวะการเจริญเติบโต** รูปร่างสมส่วน ร้อยละ 69.0 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 11.9 และ ผอม ร้อยละ 4.8 เริ่มอ้วนและอ้วนเท่ากันคือ ร้อยละ 4.8 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 71.4 น้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 2.4 และน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 9.5 น้ำหนักค่อนข้างมาก ร้อยละ 7.2 และมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 9.5 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.3 ค่อนข้างสูง ร้อยละ 7.2 และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.8 มีภาวะค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 4.8

**ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ** พบว่า มีไอโอดีนเพียงพอเพียง (100-199 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 40.5 เกินพอ (200-299 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 28.6 เกินขนาด ( $\geq 300$  ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 19.0 และขาดสารไอโอดีน ( $< 100$  ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 11.9

**สภาวะช่องปาก** เด็กวัยเรียน ปราศจาก ฟันผุ ร้อยละ 61.9 มีความสุขของโรคฟันผุ ร้อยละ 33.3 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า อายุ 12 ปี มีสภาวะปราศจากฟันผุ (ไม่มีฟันผุ/อุด/ถอน) ร้อยละ 87.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ/ถอน/อุด 0.1 ซึ่งต่อคน และพบว่าเด็กวัยเรียนมีฟันสะอาด ไม่มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 66.7 เหงือกปกติ ร้อยละ 38.1 และมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน ร้อยละ 21.4



**ผมและศิระ** จากการตรวจผมและศิระเด็กวัยเรียน ทั้งหมด 42 คน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เป็นเหาร้อยละ 95.2 เป็นเหาร้อยละ 4.8

**การวัดสายตาและการได้ยิน** วัดสายตาด้วยแผ่นตรวจสายตารูปตัววี พบว่าสายตาปกติ ร้อยละ 100.0 และตรวจการได้ยินของนักเรียนด้วยเครื่องตรวจการได้ยิน การได้ยินปกติร้อยละ 100.0

**ความผิดปกติของร่างกาย** การตรวจสุขภาพพบว่า หูและต่อมไทรอยด์ปกติร้อยละ 100.0 รองลงมาเป็นตา ปาก ลิ้น และผิวหนังปกติเท่ากันคือ ร้อยละ 97.6 ผมและศิระ คอ และจมูกร้อยละ 92.9, 90.5 และ 76.2 ตามลำดับ ซึ่งในส่วนของจมูกพบความผิดปกติร้อยละ 23.8 โดยพบว่า มีน้ำมูกไหลร้อยละ 90.0

## 2.3 พฤติกรรมสุขภาพ

**พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป** พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นใกล้ขีดหรือใช้ของร่วมกับคนอื่นร้อยละ 35.7 ไม่ได้เล่นใกล้ขีดหรือใช้ของร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 64.3 อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 97.6 สระผมวันเว้นวันร้อยละ 54.8 สระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.8 มีพฤติกรรมการล้างมือหลังใช้ส้วมเป็นประจำร้อยละ 71.4 ล้างมือบางครั้งร้อยละ 26.2 และไม่ล้างมือ ร้อยละ 2.4 การล้างมือก่อนรับประทานอาหารพบว่า เด็กวัยเรียนล้างมือก่อนรับประทานอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 73.8 และล้างมือบางครั้ง ร้อยละ 26.2 การใช้ช้อนกลางตักอาหารพบว่า ใช้ช้อนกลางตักอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 35.7 และใช้บางครั้งร้อยละ 50.0

**พฤติกรรมการบริโภคอาหาร** รับประทานอาหารเข้าทุกวันร้อยละ 59.5 บางวัน

ร้อยละ 35.7 รับประทานอาหารกลางวันทุกวันร้อยละ 83.3 บางวันร้อยละ 16.7 และรับประทานอาหารเช้าทุกวันร้อยละ 85.7 บางวันร้อยละ 11.9 ส่วนอาหารว่างพบว่า นักเรียนจะรับประทานทุกวันร้อยละ 47.6 และรับประทานเป็นบางวันร้อยละ 45.2 และรับประทานอาหารเช้าก่อนนอน (หลังจากมือเย็นแล้ว) พบว่าเด็กวัยเรียนไม่รับประทานอาหารเช้าก่อนนอน ร้อยละ 45.2 รับประทานบางวัน ร้อยละ 31.0 และรับประทานทุกวันร้อยละ 23.8

**พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า เด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเช้าประเภทต้มยำ ต้มไก่ เลือดสัตว์ และเนื้อสัตว์ทุกวันร้อยละ 23.8 รับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 21.4 รับประทานอาหารเช้าทะเล เช่น ปลาหู ปลาหมึกทุกวันเพียงร้อยละ 9.5 รับประทาน 4-6 วันร้อยละ 23.8 ผักชนิดต่างๆ รับประทานทุกวันร้อยละ 40.5 รับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 14.3 และผลไม้ชนิดต่างๆ รับประทานทุกวันร้อยละ 42.9 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 19.0 รับประทานอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังเป็ด หนังไก่ทุกวันร้อยละ 14.3 และรับประทาน 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 21.4 รับประทานอาหารเช้าประเภทผัด ทอด หรือปรุงด้วยกะทิทุกวัน ร้อยละ 21.4 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 23.8 รับประทานขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม ทอฟฟี่ทุกวัน ร้อยละ 47.6 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 11.9 การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น แหนม ลาบ ปลา ร้า ปลา ส้ม ปลาจ่อม พบว่า ไม่เคยรับประทานร้อยละ 47.6 และรับประทาน 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ

42.8 ตื่นนมจืดทุกวันร้อยละ 57.1 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 11.9 ตื่นเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำปั่น นมเปรี้ยว นมหวาน ชาเขียวทุกวันร้อยละ 35.7 และ 4-6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 21.4 การเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารปรุงสุก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว พบว่า เติมทุกครั้ง ร้อยละ 23.8 เติมบางครั้งร้อยละ 59.5 และเติมน้ำตาลในอาหาร เช่น กวยเตี๋ยว ราดหน้า ทุกครั้ง ร้อยละ 45.2 โดยส่วนใหญ่เติมน้ำตาล 1 ช้อนชาและ 2 ช้อนชา ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 47.4 และ 42.1 ตามลำดับ เติมน้ำตาลบางครั้ง ร้อยละ 47.6 โดยส่วนใหญ่เติมน้ำตาล 1 ช้อนชาร้อยละ 45.0 และเติม 2 ช้อนชาร้อยละ 40.0 ไม่เติมน้ำตาลเลยมีเพียงร้อยละ 7.2

**(3) พฤติกรรมการแปรงฟัน** แปรงฟันตอนเช้าหลังตื่นนอนทุกวันร้อยละ 83.3 แปรงฟันบางครั้ง ร้อยละ 16.7 ไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนร้อยละ 52.4 มีเพียงร้อยละ 21.4 ที่แปรงทุกวันและแปรงฟันบางครั้งร้อยละ 26.2 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่บ้านทุกวัน ร้อยละ 47.6 แปรงฟันบางครั้งร้อยละ 28.6 แปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 59.5 แปรงฟันบางวัน ร้อยละ 38.1 เด็กวัยเรียนได้เงินมาโรงเรียนวันละ 20 บาท ร้อยละ 52.4 รองลงมาเป็น 21-30 บาท ร้อยละ 28.6 โดยใช้ซื้อขนม เครื่องดื่ม ไอศกรีม วันละ 6-10 บาท ร้อยละ 40.5 รองลงมาเป็น 16-20 บาท ร้อยละ 21.4 ครั้งหนึ่งซื้อขนม เครื่องดื่ม ไอศกรีมที่ร้านค้า สหกรณ์ในโรงเรียน และซื้อที่ร้านค้าหน้าโรงเรียนและร้านค้าในหมู่บ้านร้อยละ 26.2 และ 23.8 ตามลำดับ ในปีนี้เคยปวดฟันแต่มาเรียนได้ร้อยละ 66.7 และเคยไปรับบริการทันตกรรมร้อยละ 66.7 โดยไปตรวจฟันร้อยละ

64.3 และถอนฟันร้อยละ 21.4

**พฤติกรรมกรอกกำลังกาย** เด็กวัยเรียนออกกำลังกาย 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 40.5 ออกกำลังกาย 6-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 28.6 วิธีการออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬาและวิ่งใกล้เคียงกันคือร้อยละ 48.8 และ 43.9 รองลงมาเป็นการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายกลางแจ้ง ร้อยละ 29.3 ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย 30 นาที ร้อยละ 52.4 น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 26.2 และมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 21.4

**พฤติกรรมด้านสุขภาพจิตและการพักผ่อน** เมื่อไม่สบายใจจะใช้วิธีการฟังเพลงมากที่สุด ร้อยละ 40.5 รองลงมาเป็นการคุยกับเพื่อนร้อยละ 28.6 และเล่นกีฬาร้อยละ 21.4 กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการรับประทานอาหารร่วมกันร้อยละ 76.2 รองลงมาเป็นดูทีวีร้อยละ 50.0 ใช้เวลานอน 8-10 ชั่วโมง ร้อยละ 61.9 และนอนมากกว่า 10 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 21.4 และนอน 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 16.7

**พฤติกรรมเสี่ยงการเล่นคอมพิวเตอร์** เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เล่นเกมคอมพิวเตอร์ เกมในโทรศัพท์มือถือเป็นบางวันร้อยละ 71.4 เล่นทุกวันและไม่ได้เล่นเท่ากันคือ ร้อยละ 14.3 ใช้เวลาเล่นเกมน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 41.7 รองลงมาเป็น 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 30.5

**พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน** พบว่า เด็กวัยเรียนบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนมากที่สุดได้แก่ ไข่ไก่ ร้อยละ 95.2 รองลงมาเป็นปลาหมึก เช่น ปลาหมึกหอม ปลาหมึกหลอด ปลาหมึกแห้ง ร้อยละ 88.1 สำเร็จรูป ปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาแดง ปรุงอาหารด้วยน้ำปลา ซอส ซีอิ๊วเสริมไอโอดีน

กึ่งทะเล ปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีน และ  
พุททะเล ร้อยละ 78.6, 76.2, 66.7, 52.4, 50.0  
และ 45.2 ตามลำดับ

### 3. วัยทำงาน

**3.1 ลักษณะทั่วไป** เพศหญิงร้อยละ 64.7  
เพศชายร้อยละ 35.3 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ  
37.8 รองลงมาเป็น 40-49 ปี ร้อยละ 24.8 อายุ  
ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 43.02 ปี  
(S.D.=11.80) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา  
ร้อยละ 55.5 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาร้อย  
ละ 24.4 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ  
52.9 รองลงมาเป็น 5,000-10,000 บาท ร้อย  
ละ 29.4 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ  
70.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.2  
อาชีพเกษตรกรร้อยละ 37.0 รองลงมาเป็นอาชีพ  
ค้าขายร้อยละ 26.1 มีสมาชิกในครอบครัว 1-5  
คน ร้อยละ 71.8 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานร้อย  
ละ 98.7 เป็นวัยเรียน ร้อยละ 47.5 และส่วนมาก  
ไม่มีสถานภาพทางสังคมร้อยละ 76.5 เป็นผู้นำ  
ชุมชนร้อยละ 11.3

### 3.2 ภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน

**ภาวะโภชนาการ** กลุ่มวัยทำงานมี  
ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว 80 ซม.ขึ้นไปในผู้  
หญิง และ 90 ซม.ขึ้นไปในผู้ชาย) ร้อยละ 50.4  
และถ้าพิจารณาภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีภาวะ  
โภชนาการอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ 36.0 ภาวะ  
โภชนาการเกินและอ้วนมากร้อยละ 60.6 (เกิน  
ร้อยละ 17.8 อ้วนระดับ 1-3 ร้อยละ 42.8) ผอม  
ร้อยละ 3.4

**สุขภาพจิต** วัยทำงานมีสุขภาพจิตดี  
ร้อยละ 79.5 โดยมีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป

ร้อยละ 66.7 และดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 33.3  
ส่วนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปพบ ร้อยละ 20.5

**ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ** จากการ  
ตรวจปัสสาวะเพื่อหาปริมาณสารไอโอดีน พบ  
ว่า ส่วนใหญ่ขาดสารไอโอดีน (น้อยกว่า 150  
ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 75.6 มีไอโอดีนเพียง  
พอเพียง (150 – 249 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ  
16.4 เกินพอและเกินขนาดร้อยละ 8.0

**สภาวะช่องปาก** มีฟันผุ ถอน อุด  
ร้อยละ 85.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน 4 ซี่ต่อคน  
มีฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาร้อยละ 46.8 และมีการ  
สูญเสียฟันร้อยละ 76.8 ส่วนใหญ่มีฟันใช้งานได้  
20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 94.8 และมีฟันหลัง 4 คู่สับ  
ขึ้นไป ร้อยละ 90.1 และพบว่า สภาวะปริทันต์  
ปกติร้อยละ 14.6 และพบหินปูนร้อยละ 69.5

**3.3 ภาวะการเจ็บป่วย** มีอาการเจ็บป่วย  
เล็กน้อย ร้อยละ 60.5 โดยป่วยเป็นไข้หวัด ร้อยละ  
55.0 ปวดข้อ เข่า หลัง ไทล่ ร้อยละ 53.4 ปวด  
ท้อง โรคกระเพาะ ร้อยละ 46.2 และในสัปดาห์  
ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ  
76.9 มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 23.1 ซึ่งการรักษา  
จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ  
40.0 ไปสถานีนอนามัย ร้อยละ 27.3 ซี่งยากินเอง  
ร้อยละ 21.8 การหยุดงานจากการเจ็บป่วยใน  
หนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า เคยหยุดงานร้อยละ 18.9  
โดยหยุดงาน 1-5 วัน ร้อยละ 66.7 ในหนึ่งปีที่ผ่านมาพบการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 25.2  
สาเหตุเกิดจากยานพาหนะ ของมีคมบาด และ  
พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 33.3, 23.3 และ 21.7

### 3.4 พฤติกรรมสุขภาพ

**พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ** กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา โดยการวัดความดันโลหิต ร้อยละ 47.2 รองลงมาเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ เท่ากันคือ ร้อยละ 30.9 การออกกำลังกาย ร้อยละ 84.0 โดยออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไป/สัปดาห์ ร้อยละ 54.5 ออกกำลังกายโดยการเดิน ร้อยละ 53.5 การวิ่ง ร้อยละ 31.5 ระยะเวลาในการออกกำลังกายต่อเนื่องเฉลี่ย 30 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 67.5 ล้างมือก่อนกินอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 72.7 และหลังเข้าส้วม ทุกครั้ง ร้อยละ 86.5 ใช้ช้อนกลางตักอาหารทุกครั้ง ร้อยละ 43.3

พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากพบว่า แปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 95.8 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 67.6 และแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ร้อยละ 17.2 และไม่ได้ไปรับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 52.5 ไปตรวจสุขภาพช่องปากปีละครั้ง ร้อยละ 33.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 71.0 ส่วนที่ไปรับบริการพบว่า ไปถอนฟัน ร้อยละ 58.0 ขูดหินปูน ร้อยละ 23.2

พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า ในกลุ่มคนโสด หย่า หม้ายไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.5 ส่วนคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 66.7 กลุ่มคนที่มีครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส ร้อยละ 89.8 ส่วนคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 38.9 ใช้บางครั้ง ร้อยละ

33.3 และไม่ใช่ ร้อยละ 27.8

กลุ่มวัยทำงานจะทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เช่น กินข้าว ดูโทรทัศน์ เล่นกีฬา ฯลฯ เป็นประจำ ร้อยละ 67.2 โดยทำกิจกรรมร่วมกัน 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ ร้อยละ 36.2 รองลงมาจะทำกิจกรรมร่วมกันทุกวัน ร้อยละ 20.0 รับฟังความคิดเห็นของคนในครอบครัวเป็นประจำ ร้อยละ 53.8 ฟังบางครั้ง ร้อยละ 41.6 การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า อยู่ในช่วง 6-7 ชั่วโมง ร้อยละ 48.7 รองลงมาเป็น 8 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 31.9 กลุ่มวัยทำงานมีความเครียดในการดำเนินชีวิต โดยพบว่า มีความเครียดนานๆ ครั้ง ร้อยละ 67.2 ร้อยละ 4.6 ที่มีความเครียดเป็นประจำ วิธีผ่อนคลายความเครียดจะใช้วิธีดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ร้อยละ 64.3 รองลงมาเป็นการผ่อนคลายอยู่ในบ้านหรือบริเวณหมู่บ้าน โดยการเดินเล่น นอนพักผ่อน รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 42.0 ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จะได้รับจาก อสม.มากที่สุดคือ ร้อยละ 55.9 รองลงมาเป็นหอกระจายข่าว/เสียงตามสาย ร้อยละ 54.2

**พฤติกรรมการบริโภค** พฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 54.6 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.6 พอใช้ ร้อยละ 15.1 ต้องปรับปรุงและต้องรีบแก้ไข ร้อยละ 6.7 และ 3.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การบริโภคที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การกินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง ประเภทข้าวกล้อง ข้าวขัดสี ข้าวโพด ขนปังโฮลวีทน้อยที่สุด (0-1 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 85.7 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำผลไม้/น้ำสมุนไพร รสหวาน นมปรุงแต่งรสต่างๆ น้ำอัดลม กาแฟ และกินอาหารประเภททอด/อาหารที่ใส่

กะทืออยู่ในระดับปานกลาง (3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป) เท่ากันคือ ร้อยละ 53.3

**พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีน** พบว่า บริโภคอาหารที่มีไอโอดีน โดยเรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ กินไข่ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ ปลาทะเล เช่น ปลาทุ ร้อยละ 98.3 ปลาหมึก ร้อยละ 94.5 ประุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 79.4 กินกุ้งทะเล ร้อยละ 76.5 ประุงอาหารด้วยน้ำปลา ซอส ซีอิ๊วเสริมไอโอดีนร้อยละ 71.0 กินปูทะเล ร้อยละ 60.5 กินสาหร่ายสำเร็จรูป ร้อยละ 52.5 นอกจากนี้ กลุ่มวัยทำงานที่ไม่กินเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 20.6 โดยให้เหตุผลที่ไม่กินเนื่องจาก เกลือไอโอดีนรสเค็มเกิน/ประุงอาหารไม่อร่อย ร้อยละ 26.5 รองลงมาเป็นใช้เกลือต้ม/สินเชอร์ว ร้อยละ 24.5 และเกลือไอโอดีนหาซื้อยาก/ไม่รู้แหล่งซื้อ 22.5 และกลุ่มวัยทำงานไม่รู้ว่าเครื่องปรุงรสที่ใช้เสริมไอโอดีนถึงร้อยละ 27.3

**พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ** วัยทำงาน สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 14.3 เริ่มสูบบุหรี่อายุอยู่ในช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 42.1 รองลงมาอายุ 15 ปีและต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 34.2 สาเหตุที่สูบบุหรี่ได้แก่ อยากรอง ร้อยละ 73.7 รองลงมาเพื่อน รุ่นพี่ชวนให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 34.2 เฉลี่ยสูบบุหรี่ 1-5 มวน ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็น 6-10 มวน ร้อยละ 28.9 และพบว่ามีผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วร้อยละ 9.7 โดยหยุดสูบบุหรี่มาเป็นเวลามากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.5 สาเหตุที่หยุดสูบบุหรี่เพราะไม่ตี ร้อยละ 73.9 รองลงมากลัวเป็นโรค ร้อยละ 43.5 ไม่ตีหม้อหรือเครื่องตีหม้อ ร้อยละ 30.2 ตีหม้อหรือเครื่องตีหม้อ ร้อยละ 53.4 โดยตี 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 22.1 ตี

ทุกวันร้อยละ 2.4 เริ่มตีหม้อเมื่ออายุ 16-20 ปี ร้อยละ 52.4 สาเหตุที่ตีหม้อได้แก่ เพื่อเข้าสังคมร้อยละ 59.6 อยากรองร้อยละ 33.1 และพบว่ามีผู้เลิกตีหม้อหรือเครื่องตีหม้อ ร้อยละ 16.4 โดยหยุดตีหม้อ 1-5 ปี ร้อยละ 53.8 สาเหตุที่หยุดตีหม้อได้แก่ ปัญหาสุขภาพร้อยละ 64.1 และอยากรองร้อยละ 56.4 วัยทำงานส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วนร้อยละ 87.8 กลุ่มวัยทำงานจำนวนเกินครึ่งปฏิบัติตัวเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการขับชียานพาหนะได้แก่ ไม่ตีหม้อ เครื่องตีหม้อ ร้อยละ 68.9 รองลงมาเป็นการสวมหมวกกันน็อกทุกครั้ง คาดเข็มขัดนิรภัย ทุกครั้ง ไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขับชียานพาหนะร้อยละ 59.7, 57.6 และ 52.1 ตามลำดับ แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การขับชียานพาหนะในบางครั้งจะมีผู้ซ้อนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 56.3

#### 4. ผู้สูงอายุ

**4.1 ลักษณะทั่วไป** เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.4 และเพศชาย 32.6 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 65.2 รองลงมาเป็น 70-79 ปี ร้อยละ 30.5 โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 67.93 ปี (SD.=6.21) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.8 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.8 รองลงมาเป็นอาชีพทำนา ทำสวน ร้อยละ 26.1 อาชีพในอดีตได้แก่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 63.1 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพร้อยละ 80.4 รองลงมาเป็นลูกหลานให้ร้อยละ 56.5 พักอาศัยอยู่กับหลานร้อยละ 50 อยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 47.8 และลูกสาวร้อยละ 41.3 สิทธิการรักษาใช้บัตรทองร้อยละ 69.6

## 4.2 ภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

**ภาวะโภชนาการ** ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว 80 ซม.ขึ้นไปในผู้หญิงและ 90 ซม.ขึ้นไปในผู้ชาย) ร้อยละ 43.5 และถ้าพิจารณาภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในช่วงปกติร้อยละ 30.4 เหลือเป็นภาวะโภชนาการเกินและอ้วนร้อยละ 63.1 (เกินร้อยละ 30.4 อ้วนระดับ 1-2 ร้อยละ 32.7) และภาวะโภชนาการอยู่ในช่วงผอมร้อยละ 6.5

**สุขภาพจิต** ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 93.5 โดยมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 69.8 และดีเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 30.2 ส่วนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปพบร้อยละ 6.5

**ภาวะซึมเศร้า** ผู้สูงอายุ จำนวน 44 คน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าร้อยละ 93.2 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 6.8

**ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มสูงอายุ** ขาดสารไอโอดีน (<100 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 58.1 มีสารไอโอดีนเพียงพอเพียง (100-199 ไมโครกรัม/ลิตร) ร้อยละ 30.2

**สภาวะช่องปาก** มีฟันผุ ถอน อุด และมีการสูญเสียฟันเท่ากันคือร้อยละ 97.8 และมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 54.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 13.1 ซี่ต่อคน มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 58.7 และมีฟันหลัง 4 คู่สบขึ้นไป ร้อยละ 52.2 ใส่ฟันเทียมร้อยละ 21.7 โดยสูญเสียฟันทั้งปาก จำนวน 4 คน สภาวะปริทันต์ เหงือกปกติ ร้อยละ 33.3 พบหินปูน ร้อยละ 47.6

**4.3 การดูแลสุขภาพและโรคประจำตัว** ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพ

ร้อยละ 63.0 โดยไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 82.8 ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิตเท่ากันคือร้อยละ 93.1 รองลงมาเป็นการวัดสวนสูงร้อยละ 86.2 ตรวจปัสสาวะ และตรวจเลือดจากเส้นเลือดร้อยละ 65.5 และ 55.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 54.3 โดยพบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.0 ไขมันในเส้นเลือดร้อยละ 32.0 และเบาหวานร้อยละ 24.0 การดูแลโรคประจำตัวจะดูแลโดยไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 96.0 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 100.0 และพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมที่บ้านร้อยละ 26.1

## 4.4 พฤติกรรมสุขภาพ

**พฤติกรรมการออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวออกแรง** ออกกำลังกายร้อยละ 93.5 โดยออกกำลังกายมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.1 ใช้เวลาออกกำลังกายตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 83.7 วิธีการออกกำลังกายได้แก่ บริหารร่างกาย (ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ) ร้อยละ 46.5 รำไม้พลองและเดินช้าๆ เท่ากันร้อยละ 32.6 มีการออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำสวนครัว ซักรีดเสื้อผ้า ร้อยละ 95.7 โดยออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 65.9 ใช้เวลาตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 70.5

**พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก** แปรงฟันร้อยละ 93.5 ทำความสะอาดช่องปากหลังตื่นนอนร้อยละ 97.8 หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอนร้อยละ 84.8 ผู้สูงอายุไปรับบริการทำฟัน ร้อยละ 45.7 โดยไปรับบริการตรวจฟันและถอนฟันเท่ากันคือร้อยละ 47.6 ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุ

ไม่ได้ใส่ฟันเทียมร้อยละ 82.6 โดยให้เหตุผลว่าไม่  
อยากใส่ฟันเทียมร้อยละ 60.5 รองลงมาเป็นผู้  
ฟันอยู่ครบไม่จำเป็นต้องใส่ร้อยละ 18.4 ส่วนที่มี  
ฟันเทียมจะดูแลฟันเทียมโดยการแปรงฟันเทียม  
ร้อยละ 75.0

**พฤติกรรมกรรมการบริโภค** มีพฤติกรรม  
การบริโภคอยู่ในเกณฑ์ดีมากร้อยละ 60.9 รอง  
ลงมาเป็นผู้บริโภคอยู่ในระดับดี ร้อยละ  
19.6 และมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอยู่ในระดับ  
พอใช้ ที่ต้องปรับปรุงและต้องรีบแก้ไขเท่ากันคือ  
ร้อยละ 6.5 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าพฤติกรรม  
ที่ควรปรับปรุงคือ การกินอาหารกลุ่มข้าว แป้ง  
ประเภทข้าวกล้อง ข้าวขัดสี ข้าวโพด ขนมปัง  
โฮลวีทน้อยที่สุด (0-1วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 80.4  
และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำผลไม้/น้ำ  
สมุนไพร รสหวาน นมปรุงแต่งรสต่างๆ น้ำอัดลม  
กาแฟอยู่ในปานกลางขึ้นไป (วัน 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป)  
ร้อยละ 41.3

**พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มี  
ไอโอดีน** ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนโดย  
เรียงจากมากไปหาน้อยได้แก่ ปลาทู และไข่ไก่  
ร้อยละ 100.0 รองลงมาเป็นปลาหมึกร้อยละ  
82.6 เกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 60.9 กุ้งทะเล  
ร้อยละ 41.3 เครื่องปรุงรสเช่น น้ำปลา ซอส  
ซีอิ๊วเสริมไอโอดีนร้อยละ 39.1 สาหร่ายสำเร็จรูป  
ร้อยละ 34.8 ปูทะเลร้อยละ 32.6 นอกจากนี้ยัง  
พบว่าผู้สูงอายุใช้เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส  
ซีอิ๊วโดยไม่รู้ว่ามีไอโอดีนหรือไม่ร้อยละ 58.7 และ  
ไม่กินเกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 30.4

**พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ** ส่วนใหญ่  
ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 73.9 มีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

ร้อยละ 6.5 และสูบเป็นครั้งคราวร้อยละ 2.2 ผู้  
สูงอายุที่สูบแต่เลิกสูบแล้วร้อยละ 17.4 โดยหยุด  
สูบ 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.0 สาเหตุการหยุดสูบ  
คือ กลัวเป็นโรคร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นผู้  
แนะนำให้งดและพบว่าไม่ดีเท่ากันคือ ร้อยละ  
50.0 ผู้สูงอายุเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16-20 ปี ร้อยละ  
75.0 สาเหตุที่เริ่มสูบคือ ออยากลอง ร้อยละ 75.0  
รองลงมาเป็นผู้ เพื่อน รุ่นพี่ชวนให้สูบร้อยละ 50.0  
การดื่มสุราพบว่า ไม่ดื่ม ร้อยละ 58.7 มีดื่มเป็น  
ครั้งคราวร้อยละ 10.9 ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 2.2  
และ ผู้สูงอายุเคยดื่มสุราแต่เลิกดื่มแล้วร้อยละ  
28.2 โดยหยุดดื่ม 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.1 รอง  
ลงมาหยุดดื่ม 6-10 ปี ร้อยละ 30.8 สาเหตุที่หยุด  
ดื่มได้แก่ ปัญหาสุขภาพร้อยละ 76.9 และอยาก  
เลิกร้อยละ 23.1 ผู้ที่ดื่มสุราเริ่มดื่มเมื่ออายุ 26 ปี  
ขึ้นไปร้อยละ 52.6 และสาเหตุของการดื่มสุราคือ  
เพื่อเข้าสังคมร้อยละ 63.2 รองลงมาเป็นผู้  
ชวนให้ดื่มร้อยละ 42.1

## อภิปรายผล

**เด็กปฐมวัย** มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ  
73.9 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 26.1 ซึ่ง  
สูงกว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงเรียนตำรวจ  
ตระเวนชายแดน (ตชด.) ในพื้นที่รับผิดชอบของ  
ศูนย์อนามัยที่ 6 ซึ่งมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ  
60.4 (4) และสูงกว่าเด็ก 0-5 ปี ในเขตตรวจ  
ราชการที่ 10 และ 12 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ  
63.5 (1) โดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการล่าช้าในด้าน  
ภาษาซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษา  
ของเยาวรัตน์ รัตนันต์ และคณะ<sup>(4)</sup> และทัศนีย์  
รอดชมภู และคณะ<sup>(1)</sup> และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่  
ส่งเสริมพัฒนาการพบว่าครึ่งหนึ่งของเด็กปฐมวัย

มีการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา 1-3 ครั้ง 50.0 ผู้ที่เลี้ยงดูบุตรตอนกลางวันเป็นแม่ ร้อยละ 62.5 และยาย/ย่าร้อยละ 29.2 มีการเล่นนิทานให้ลูกฟังทุกวันเพียงร้อยละ 25.0 ร้องเพลงกล่อมเด็กทุกวัน ร้อยละ 50.0 ให้เด็กดูหนังสือ ดูภาพระบายสีและฝึกเขียนทุกวัน ร้อยละ 54.2 ให้เด็กดูทีวี ซีดีทุกวันร้อยละ 54.2 และพบเป็นมารดาวัยรุ่นถึง ร้อยละ 20.8 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาร้อยละ 70.9 ครั้งหนึ่งของมารดามีอาชีพแม่บ้าน (เลี้ยงลูกอย่างเดียว) ซึ่งสอดคล้องกับทัศนีย์ รอดชมพูและคณะ<sup>(1)</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการได้แก่ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูหลักในตอนกลางวัน อายุ การศึกษา อาชีพของผู้เลี้ยงดู และภาวะการเจ็บป่วยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.01$ ) อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินพัฒนาการโดยใช้การสอบถามตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและสอบถามตามแบบประเมินอนามัย 49/อนามัย 55 โดยไม่ได้ใช้ชุดทดสอบตามแบบประเมินพัฒนาการอนามัย 49/อนามัย 55 ปัจจัยดังกล่าวมาอาจส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ ส่วนการเจริญเติบโตพบว่าเด็กปฐมวัยในเขตเทศบาลตำบลโคกศรีมีส่วนสูงปกติร้อยละ 100 รูปร่างสมส่วนร้อยละ 91.6 และน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 83.4 ซึ่งเมื่อเทียบกับเด็กปฐมวัยในโรงเรียนตชด. พบว่า มีการเจริญเติบโตดีกว่าเนื่องจากเด็กปฐมวัยในโรงเรียน ตชด. มีส่วนสูงปกติเพียงร้อยละ 74.6 รูปร่างสมส่วนร้อยละ 85.9 และน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 78.9 และใกล้เคียงกับเป้าหมายกรมอนามัยที่กำหนดให้เด็กปฐมวัยมีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 90 ส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปร้อยละ 95 ในส่วนสุขภาพช่อง

ปากพบว่า ฟันสะอาดและปราศจากฟันผุร้อยละ 68.4 มีฟันผุร้อยละ 31.6 และสูงถึง 11 ซี่ ซึ่งสาเหตุอาจเนื่องจากผู้ปกครองมีการดูแลความสะอาดช่องปากน้อยโดยเฉพาะก่อนนอนพบการทำความสะอาดเพียงร้อยละ 45.8 และไม่มีการทำความสะอาดช่องปากเด็กเลยร้อยละ 12.5 ปล่อยให้เด็กแปรงเองร้อยละ 37.5 เด็กรับประทานขนมกรุบกรอบทุกวันร้อยละ 50.0 และดื่มนมรสหวาน นมเปรี้ยวร้อยละ 33.4

**เด็กวัยเรียน** มีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 69.0 ผอมและค่อนข้างผอมร้อยละ 16.7 ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 14.4 ซึ่งต่ำกว่าเด็กวัยเรียนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 และในสวนภูมิภาคของประเทศไทย ที่พบว่ามีรูปร่างสมส่วนร้อยละ 78.0 และ 73.8 ตามลำดับ<sup>(2)(3)</sup> แต่ปัญหาเด็กที่ภาวะผอมและค่อนข้างผอมมากกว่า ส่วนท้วมเริ่มอ้วนและอ้วนใกล้เคียงกัน ส่วนสูงพบว่า เด็กวัยเรียนมีส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปร้อยละ 95.2 ซึ่งใกล้เคียงกันคือร้อยละ 91.7 และ 92.7 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรับบริโภคพบว่า มีพฤติกรรมกรับบริโภคที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ผอมได้คือ รับประทานอาหารเช้าทุกวันเพียงร้อยละ 59.5 กินอาหารประเภทตับ เลือด เนื้อสัตว์ 4 วันขึ้นไปร้อยละ 45.2 และดื่มนมจืด 4 วันขึ้นไปร้อยละ 69.0 และพฤติกรรมที่ทำให้อ้วนได้แก่ ดื่มน้ำตาลในอาหารมากถึงร้อยละ 92.8 โดยดื่มทุกครั้ง ร้อยละ 45.2 และมากกว่าครึ่งที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4 วันขึ้นไป และรับประทานขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน ลูกอม รับประทานอาหารว่างระหว่างมือทุกครั้งร้อยละ 47.6 และร้อยละ 23.8 รับประทานอาหารก่อนนอนทุกวัน ในส่วนสุขภาพช่องปากพบว่า เด็กวัยเรียนปราศจาก



ฟันแท้ผู้ร้อยละ 61.9 ใกล้เคียงกับเด็กประถมศึกษา ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 8 ที่ปราศจากโรคฟันผุในฟันแท้ร้อยละ 67.7 แต่มีสุขภาพช่องปากดีกว่านักเรียนประถมศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 และเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย ที่ปราศจากฟันแท้ผุเพียงร้อยละ 58.6 และ 45.7 ส่วนสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคเหงาพบเพียงร้อยละ 4.8 และสายตาและการได้ยินปกติทุกคน ซึ่งดีกว่าเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 ที่พบเหา ร้อยละ 16.5<sup>(2)</sup> และอภินิหารภาคภูมิ & กัญยารัตน์ สมบัติธีระ<sup>(6)</sup> ที่สำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12 ใน 8 จังหวัด พบเป็นเหาและมีไขเหาสด ร้อยละ 10.4

**กลุ่มวัยทำงาน** มีปัญหาสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ อ้วนลงพุงมากถึงร้อยละ 50.4 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเกิน (23.0 ขึ้นไป) ร้อยละ 60.6 และเกือบร้อยละ 10 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 25 เป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย<sup>(5)</sup> ที่พบว่าผู้มีภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 19.5 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 38.4 ในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และร้อยละ 42.4 ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว  $\geq$  90 ซม. ในชาย และ  $\geq$  80 ในหญิง) ร้อยละ 18.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 31.1 ในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และร้อยละ 39.6 ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ส่วนสุขภาพช่องปากพบว่า วัยทำงานมีฟันผุยังไม่รักษา ร้อยละ 46.8 (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4 ซี่ต่อคน) มีหินปูน ร้อยละ 69.5 สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พบว่า แปร่งฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 67.6 ไม่ได้ตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 52.5 ไม่เคย

รับบริการทันตกรรมร้อยละ 71.0 ส่วนสุขภาพจิตพบต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 20.5 สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์ที่พบว่า มีความเครียดวิตกกังวลร้อยละ 21.8 และมีความเครียดจากการดำเนินชีวิต ร้อยละ 17.2 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยพบ ร้อยละ 15 สูบบุหรี่เป็นประจำ และครึ่งหนึ่งของกลุ่มวัยทำงานดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ต่ำกว่าการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2552 ที่พบว่าวัยทำงานสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 25 ผู้ชายในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง ร้อยละ 75

**กลุ่มผู้สูงอายุ** พบอ้วนลงพุง ร้อยละ 43.5 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเกิน (23.0 ขึ้นไป) ร้อยละ 63.0 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.0 เบาหวาน ร้อยละ 24.0 ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2552 พบว่าผู้สูงอายุ อ้วนลงพุง ร้อยละ 39.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 33.8 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 35.6 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 25.5 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุ (60-69 ปี) มีโรคประจำตัวได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.7 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าพบน้อยได้แก่ ร้อยละ 6.5 และ 6.8 ตามลำดับ แต่สูงกว่าผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2552 โดยพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.6 ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 97.4 มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 43.0 ใส่ฟันเทียม ร้อยละ 21.7 (แต่เป็นฟันเทียมที่ทำจากชาวบ้าน ร้อยละ 50) ซึ่งเมื่อเทียบกับการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2552 พบว่า ผู้สูงอายุในเขต

เทศบาลตำบลโคกศรี มีสุขภาพช่องปากดีกว่า เพราะผู้สูงอายุประเทศไทยมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 54.0 ได้รับการใส่ฟันทดแทนร้อยละ 29.1 ส่วนสุขภาพหูหรือเป็นประจําร้อยละ 6.5 ตีมีเหล้าหรือเครื่องดื่มมีน้ำตาล ร้อยละ 13.1 ซึ่งน้อยกว่า ผลสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2552 ที่พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 60-69 ปี สุขภาพหูร้อยละ 20.35 ตีมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชายอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 49.0 หญิง ร้อยละ 18.0

**การได้รับไอโอดีน** พบว่า ในกลุ่มเด็กปฐมศึกษาและวัยเรียนจะได้รับไอโอดีนเกิน (200 ไมโครกรัม/ลิตร ขึ้นไป) โดยผลการตรวจปัสสาวะพบสารไอโอดีนในเด็กปฐมวัยเกินร้อยละ 60.0 และเด็กวัยเรียน 47.6 แต่ในกลุ่มวัยทำงานกลับพบปัญหาการขาดสารไอโอดีถึงร้อยละ 75.6 (<150 ไมโครกรัม/ลิตร) และผู้สูงอายุ 58.1 (<100 ไมโครกรัม/ลิตร) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคของเด็กจะชอบรับประทานสหาร่าย อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก อาหารจานด่วนมากกว่ากลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งอาหารประเภทดังกล่าวผู้ผลิตจะมีการเติมสารไอโอดีนลงไปในการปรุงจึงอาจส่งผลให้เด็กปฐมวัยและวัยเรียนได้รับสารไอโอดีนเกิน

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัยเขต ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้แบบประเมินอนามัย 55 เนื่องจากเป็นนโยบายของกรมอนามัยที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ใช้เครื่องมือที่ง่าย ไม่ยุ่งยากในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กใน

เบื้องต้นได้ และควรมีการติดตามประเมินการดำเนินงานเป็นระยะ

2. สถานศึกษาควรนำแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาเป็นกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน เน้นการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้แก่ สถานศึกษา ท้องถิ่น ชุมชน และผู้ประกอบการ และควรดำเนินการอย่างจริงจังโดยเฉพาะนโยบายการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน

3. สถานศึกษาควรกำหนดนโยบายการป้องกันปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโภชนาการสุขภาพช่องปาก โดยการส่งเสริมและบูรณาการเข้าสู่หลักสูตรการเรียนในทุกช่วงชั้นโดยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาลเพื่อปลูกฝังทัศนคติที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการศึกษา

4. กลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุมีอ้วนลงพุง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือด เทศบาลจึงควรนำปัญหาดังกล่าวมากำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

5. ควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างผ่านสื่อต่างๆ เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของไอโอดีน

### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. หน่วยบริการสาธารณสุขควรมีการจัดระบบบริการตรวจพัฒนาการเด็กแยกจากวันที่ฉีดวัคซีนเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้มีเวลาในการประเมินและทดสอบพัฒนาการเด็กตามแนวทางที่ถูกต้อง และจะทำให้เด็กมีความพร้อมในการ

ประเมินและให้ความร่วมมืออันจะทำให้ได้ผลการประเมินพัฒนาการที่แท้จริงและถูกต้อง

2. ควรให้ความรู้และสาธิตวิธีการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก แม่แม่ พ่อ ผู้เลี้ยงดูตลอดจนครูผู้พี่เลี้ยงเด็กอย่างจริงจัง

3. ควรมีการเฝ้าระวังและประเมินภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนอย่างต่อเนื่องและเมื่อพบปัญหา เช่น ภาวะโภชนาการเกิน (เริ่มอ้วน อ้วน) ทูพโภชนาการ (ผอม ค่อนข้างเตี้ย เตี้ย) ควรมีการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

4. ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องไอโอดีน ไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของไอโอดีนตลอด

จนไม่สามารถเลือกผลิตภัณฑ์ของอาหารเกลือเครื่องปรุงรสที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับประชาชนในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ให้ความรู้ผ่านอสม. และการรณรงค์ต่างๆ

**กิตติกรรมประกาศ** การสำรวจครั้งนี้สำเร็จได้ต้องขอขอบคุณอาจารย์สุทิน ชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดขอนแก่น นายถาวร ภูสมสาย นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลโคกศรี และเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลโคกศรี ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศรี ตลอดจนอสม.ที่ให้ข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่และประสานเตรียมกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ รอดชมภู และคณะ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ขอนแก่น: กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 6, 2553.
2. บังอร กล่ำสุวรรณ และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนและการสุขาภิบาลอาหาร และน้ำในโรงเรียนพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2556.
3. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. ขอนแก่น: บริษัท เพ็ญพรินดิง จำกัด. 2555.
4. เขียวรัตน์ รัตน์นันต์, บังอร กล่ำสุวรรณ, สันทยากร อรรถชาติ & ชญานิศ เขียวสด. การศึกษาพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. ขอนแก่น: กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6, 2555.

5. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). [ม.ป.ป.]. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
6. อรพินท์ ภาคภูมิ, & กันยารัตน์ สมบัติธีระ. การสำรวจสภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในเขตตรวจราชการที่ 10 และ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 2 (2), 37-48, 2554.

**ผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านม  
ต่อระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมในมารดาครรภ์แรกหลังคลอด  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น**

THE EFFECTS OF HOT COMPRESS BY BEAN BAG CONTAINED  
WITH BREAST MASSAGE ON SECRETION TIME OF COLUSTRUM  
IN NULLIPAROUS POSTPARTUM MOTHER, HEALTH PROMOTION  
HOSPITAL, LIGION HEALTH CENTER 6 KHONKAEN

นางลักษณะ แสนกิจตะ อรพินท์ ศิริเทพทรงกรต สุพร ขุนนราศัย พัชรินทร์ เหล่าคนคำ  
สุดธิตา อินนามมา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**บทคัดย่อ**

การศึกษาถึงทดลองชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของ การประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านม ต่อระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมในมารดา หลังคลอด ศึกษาในมารดาที่คลอดเป็นครั้งแรกที่มาคลอดที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม 2556 ถึง เดือนมีนาคม 2556 ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมทั้งสองข้าง และให้ บุตรดูดนมอย่างถูกวิธี ทุก 3 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และ กลุ่มควบคุม ได้รับการให้บุตรดูดนม อย่างถูกวิธี ทุก 3 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ทั่วไปแบบบันทึกด้านสถิติกรรม แบบบันทึกระยะเวลาของการหลั่งน้ำนมและแบบประเมินความพึง พอใจ ต่อการประคบร้อนร่วมกับการนวดเต้านม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของระยะเวลาการหลั่งน้ำนมด้วยสถิติ Independent T- test

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาของการหลั่งน้ำนม 370.93 นาที ( $\pm 290.53$ ) ซึ่งใช้เวลา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ยเวลาของการหลั่งน้ำนม 1135.33 นาที ( $\pm 391.29$ ) ซึ่งระยะเวลาของ การหลั่งน้ำนม ของกลุ่มทดลอง สั้นกว่ากลุ่มควบคุม 764.40 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (t-test = 6.08; p-value = .001) ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับการประคบร้อนโดยใช้ถั่ว เขียวร่วมกับการนวดเต้านมพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 86.6 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความนุ่มนวลสุภาพและเป็นกันเอง คิดเป็นร้อยละ 80.0

## หลักการและเหตุผล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่เป็นเพียงการให้อาหารเพื่อให้ลูกอิ่มเท่านั้น แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการส่งเสริมพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้โอกาสให้เด็กเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี มีจริยธรรม อุดมคติ และเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ยังส่งผลโดยตรงต่อแม่ ครอบคลุม สังคม และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ แม่จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมและรังไข่ ครอบครัวยุคใหม่จะมีความสุขอันเนื่องมาจากเด็กแข็งแรง มีพัฒนาการที่ดี ไม่ต้องสิ้นเปลืองเงินไปกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลูกและการซื้อนมผสม สังคมจะมีคนที่มีความตั้งใจดี และ มีความสามารถเต็มตามศักยภาพ ไม่ต้องใช้ขวดนมและจุกนมยางซึ่งเป็นพลาสติกที่ย่อยสลายได้ยาก ไม่ต้องใช้นมผงซึ่งต้องบรรจุในกระป๋องหรือ กล่องพลาสติกทำให้เกิดขยะจำนวนมาก<sup>(9)</sup>

องค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารเสริมได้จนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น ในประเทศไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น โดยอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 29.6<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นอัตราเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ที่มุ่งเป้าหมายผลลัพธ์ของสุขภาพเด็ก คือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 25<sup>(8)</sup> นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ยังได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานของ

โรงพยาบาลและสถานผดุงครรภ์ขึ้น เรียกว่า บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten Steps to Successful Breastfeeding) เป็นแนวทางปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์ แม่-ลูก จากแนวทางดังกล่าวได้กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดไว้ คือ “ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดหรือดีที่สุดคือดูดทันทีหลังคลอด” การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดแม่จะเป็นช่วงเวลาอันสั้น แต่ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะช่วยให้แม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระยะแรกหลังคลอดและระยะต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้ดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด โดยใช้หลัก 3 ด คือ ดูดเร็ว โดยให้ลูกดูดภายใน 30 นาทีหลังคลอด ดูดถูกวิธี คือ ปากลูกอมลึกให้ถึงลานนม สังเกตได้จากปากลูกจะบาน คางลูกแนบหน้าอกแม่ ตั้งจุกชิดหรือเกือบชิดหน้าอกแม่ และดูบ่อย ทุก 2 – 3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็วและเพียงพอกับความต้องการของทารก แต่ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดบางรายน้ำนมมาช้าหรือน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการ ปีงบประมาณ 2552 พบปัญหาน้ำนมมาช้าหรือน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.61 ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเป็นอันดับ 3 จากผลสรุปการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2552 จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าปัญหาน้ำนมมาช้าหรือน้อยเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากปัญหานี้ถ้าแม่ไม่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่เมื่อ

เกิดปัญหาอย่างถูกต้องจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่ให้นมผสมเสริมหรือเปลี่ยนไปเลี้ยงลูกด้วยนมผสมแทนหรือให้อาหารอื่นเพิ่ม ทำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จในที่สุด ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหานี้ นมมาซ้าหรือน้อยวิธีที่จะช่วยเหลือ คือ การประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับนวดเต้านม เพราะการประคบร้อนมีผลในการเพิ่มอุณหภูมิเฉพาะบริเวณที่ประคบทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่งผลให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น<sup>(2)</sup> ส่วนการนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตภายในเต้านม กระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม ตลอดจนถึงป้องกันการอุดตันของต่อมน้ำนม<sup>(4)</sup> และจากการศึกษาเกี่ยวกับการนำเมล็ดธัญพืชมาบรรจุเป็นถุงประคบ นำมาให้ความร้อนด้วยเครื่องไมโครเวฟ พบว่า ถุงประคบร้อนที่บรรจุด้วยถั่วเขียว สามารถนำความร้อนได้ดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผิวหนัง<sup>(3)</sup> จากคุณสมบัติของชุดถั่วเขียวทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมในมารดาครรภ์แรกหลังคลอด ต่อระยะเวลาของการหลั่งน้ำนม

## ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาในมารดาที่คลอดเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ในช่วงเดือน มกราคม 2556 ถึง เดือน มีนาคม 2556 ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ราย

## ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นมารดาที่คลอดเป็นครั้งแรก อายุครรภ์ครบกำหนด คลอดปกติทางช่องคลอด มีหัวนมและลานนมปกติ ทารกแรกเกิดน้ำหนักอยู่ระหว่าง 2,200-4,000 กรัม ได้รับการกระตุ้นให้ดูดนมมารดาภายใน 30 นาทีหลังคลอด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องดให้นมบุตร

อายุกลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 21-34 ปี และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 21-34 ปี

การศึกษา การศึกษาของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.0 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40.0

ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน โดยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40.0

รายได้ครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัว

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	3	20.0	6	40.0
21 - 34 ปี	12	80.0	9	60.0
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	0	0	0	0
มัธยมศึกษา	9	60.0	6	40.0
ประกาศนียบัตร /	4	26.7	5	33.3
อนุปริญญา	2	13.3	3	20.0
ปริญญาตรี	0	0	1	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี				
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ทำงาน	11	73.3	6	40.0
รับจ้าง	2	13.3	3	20.0
ค้าขาย	2	13.3	2	13.3
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	6.7
อื่น	0	0	3	20
<b>รายได้ครอบครัว</b>				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	6.7	0	0
5,000 -10,000 บาท	3	20.0	7	46.7
10,001 - 15,000 บาท	7	23.3	1	6.7
15,001 - 20,000 บาท	2	13.3	6	40.0
มากกว่า 20,000 บาท	2	13.3	1	6.7

#### ประวัติการฝากครรภ์ และการคลอด

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 73.3 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 60.0 น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500 - 3,999 กรัม คิดเป็นร้อยละ 100 สำหรับกลุ่ม

ควบคุม ส่วนใหญ่ฝากครรภ์สถานบริการอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.3 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 73.3 น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500- 3,999 กรัม คิดเป็นร้อยละ 86.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการฝากครรภ์และการคลอด

ประวัติการฝากครรภ์และการ คลอด	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานที่ฝากครรภ์</b>				
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น	11	73.3	6	40.0
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น และสถานบริการอื่น	0	0	1	6.7
สถานบริการอื่น	4	26.7	8	53.3
<b>คุณภาพการฝากครรภ์</b>				
ครบเกณฑ์คุณภาพ	9	60.0	11	73.3
ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ	6	40.0	4	26.7
<b>น้ำหนักทารกแรกเกิด</b>				
น้อยกว่า 2,500 กรัม	0	0	2	13.3
2,500 – 3,999 กรัม	15	100	13	86.7

**ผลของการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียว  
ร่วมกับการนวดเต้านม ต่อระยะเวลาของการ  
หลังน้ำนม**

กลุ่มทดลองใช้เวลาในการหลังน้ำนม  
370.93 นาที ส่วนกลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการ

หลังน้ำนม 1135.33 นาที ซึ่งระยะเวลาของการ  
หลังน้ำนมของกลุ่มทดลอง สั้นกว่ากลุ่มควบคุม  
764.40 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  
0.05 (t-test = 6.08; p-value = .001) ราย  
ละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการหลังน้ำนม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาเฉลี่ยการหลังน้ำนม				
	x	SD	t	p- value	Mean Difference
กลุ่มทดลอง (n=15) (6.18 ชม.)	370.93	290.53	6.08	.001**	764.40
กลุ่มควบคุม (n=15) (19.32 ชม.)	1135.33	391.29			

หมายเหตุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = 0.05 และ \*\* หมายถึง p-value < 0.001

### ความพึงพอใจต่อการประคบร้อนโดยใช้ ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อระยะเวลา การหลังน้ำนม

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.6 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความนุ่มนวล สุภาพและเป็น

กันเอง คิดเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนความพึงพอใจระดับมากเท่ากัน คือ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีประคบร้อนและนวดเต้านมชัดเจน และเข้าใจระยะเวลาในการประคบร้อนและนวดเต้านม คิดเป็นร้อยละ 73.4 เท่ากัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อการหลังน้ำนมในมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง (n =15)

ความพึงพอใจต่อการบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. ความร้อนที่ใช้ขณะประคบ	3 (20.0)	10 (66.6)	2 (13.4)	0	0
2. ระยะเวลาในการประคบร้อนและ นวดเต้านม	2 (13.4)	11 (73.4)	2 (13.4)	0	0
3. ขนาดของถุงถั่วเขียวที่ใช้ในการ ประคบร้อนเหมาะสมกับเต้านมของ มารดา	4 (26.6)	9 (60.0)	2 (13.4)	0	0
4. ความถี่ในการประคบร้อนและนวด เต้านม	5 (33.4)	7 (46.6)	3 (20.0)	0	0
5. เนื้อผ้าที่บรรจุถุงถั่วเขียวมีความ เหมาะสมในการประคบร้อน	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)	0	0
6. ถุงถั่วเขียวใช้ง่าย สะดวก สะอาด	4 (13.3)	11 (36.7)	0	0	0
7. วิธีการประคบร้อนและนวดเต้านม	6 (40.0)	9 (60.0)	0	0	0

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของคะแนนความพึงพอใจการประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียวร่วมกับการนวดเต้านมต่อการหลังน้ำนมในมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลอง (n =15) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อการบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
8. กลิ่นของถุงถั่วเขียว	5 (33.4)	6 (40.0)	4 (26.6)	0	0
9. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีประคบร้อนและนวดเต้านมชัดเจนและเข้าใจ	4 (26.6)	11 (73.4)	0	0	0
10. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความนุ่มนวล สุภาพและเป็นกันเอง	12 (80.0)	3 (20.0)	0	0	0
11. ผลการประคบร้อนและนวดเต้านม	13 (86.6)	2 (13.4)	0	0	0

#### การนำไปใช้ประโยชน์

1. เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ตึกสูติกรรมสามัญ-พิเศษ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีการหลังน้ำนมเร็วขึ้น และมีความปลอดภัย

2. ช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการดูแลเร็ว ดูดต่อเนื่อง ดูดถูกวิธีและมีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ตอบสนองนโยบายโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางบันได 10 ขั้น

#### ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล
  - 1.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มในมารดาครรภ์หลังเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการหลังน้ำนม
  - 1.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มระยะเวลาในการประคบร้อนจาก 5 นาที เป็น 20 – 30 นาที เพื่อดูปริมาณการหลังน้ำนม
2. ด้านการวิจัย
  - 2.1 การศึกษารังนี้ มีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาและบุคลากร ซึ่งผู้ศึกษาเลือกประคบร้อนโดยใช้เวลา 5 นาที ดังนั้นควรมีการเพิ่มระยะเวลาเป็น 20 - 30 นาที

2.2 ควรมีการศึกษาเรื่องการประคบร้อนโดยใช้วัสดุอื่นๆที่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม โดยใช้วัสดุที่มีกลิ่นหอมหรือกลิ่นที่ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นซึ่งอาจมีผลต่อการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอด

2.3 ควรมีการศึกษาในเรื่องเดียวกันโดยมีการควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการหลั่งน้ำนมและปริมาณน้ำนม เช่น การได้รับยา Motilium, โภชนาการ เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความร่วมมือจากมารดาหลังคลอดทุกท่าน และได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากนายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนางระริน จุลพันธ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางทัศนีย์ รอดชมภู ประธานกรรมการพัฒนาวิชาการ แพทย์หญิงสันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์ ขอบขอบพระคุณอาจารย์สุทิน ชนะบุญ นางคงสร ประวัติ นางราตรี ธนศิลป์ นางนิภาพรรณ มณีโชติวงศ์ นางวิไลลักษณ์ ปิยะวัฒน์พงษ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและตรวจความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอบขอบพระคุณหัวหน้างานห้องคลอด-ผ่าตัด เจ้าหน้าที่งานห้องคลอด-ห้องผ่าตัด หัวหน้างานหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ-พิเศษ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ-พิเศษทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนทำให้การศึกษาดังนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด.: บทความจากเว็บไซต์<http://breastfeeding.thaihealthykids.com>.ค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2552.
2. ธนวัลย์ เตชทรัพย์อมร. (บรรณาธิการ). การรักษาด้วยความร้อน เย็น แสง เสียง 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์, 2540.
3. ประวิทย์ เจนวนรธนะกุล. และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาอุ้งประคบความร้อนบรรจุมะลัดธัญพืชที่ทำได้ในท้องถิ่นเพื่อใช้ในการรักษา. (ม.ป.ท. , ม.ป.ป.), 2547.
4. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5 . นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์., 2549.
5. วราวุธ สุมาวงศ์. คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด.กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี. วิทยาพร เลขวัฒน์พงษ์, อาริยา เตชะไมตรีจิตต์. (2541). ผลของการนวดเต้านมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมเหลือง. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 1 ( 2 ) 51-59 ., 2545.

6. วัฒนา พุทธิสวัสดิ์, พัชรารัตย์ เวทศักดิ์, มโนบาน สังฆะมณี, เกื้อพันธ์ กลั่นการดี, ชีโรชา ศรีกะสัย. ผลของวิธีการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมอย่างมีแบบแผนในมารดาคลอดที่มีบุตรแรกเกิดต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อปริมาณน้ำนมมารดา. ขอนแก่น: แผนกการพยาบาลกุมารเวชกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
7. ศศิธร ภัคดีโชติ, รจนา โมรราราช, เปล่งฉวี สกนธรัตน์. ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมของมารดาหลังคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2, 19 ( 2 ) 279-287. , 2552.
8. สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, ธันวา จิตต์สงวน. บทความพิเศษ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 32 ( 4 ) 12-23., 2552.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการให้การปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น: เพ็ญพรินติ้ง, 2551.

# การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น กรณีศึกษาตำบลกำแพง อำเภอน้ำโสม จังหวัดร้อยเอ็ด

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

นิคม หาญวงศ์<sup>๑</sup>, ทวีวัฒน์ คำโสม<sup>๒</sup> และ นาทยา ไชยดีเลิศ<sup>๓</sup>

<sup>๑</sup>สสอ.เภสัชกรวิสัย, <sup>๒</sup>สสจ.ร้อยเอ็ด, <sup>๓</sup>รพ.ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในชุมชน และเพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ โทรศัพท์ที่มีระบบบันทึกเสียง และการจดบันทึก การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) และ การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodology triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการจดบันทึกภาคสนามด้วย และวิธีการตรวจสอบสุดท้าย คือ การให้ผู้ให้ข้อมูลหลักหรือผู้ร่วมวิจัยยืนยันความถูกต้องของข้อมูล พื้นที่ในการศึกษา ในตำบลกำแพง อำเภอน้ำโสม จังหวัดร้อยเอ็ด

พบว่า การจะทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นในชุมชนนั้น จะต้องปรับกระบวนการทัศนเรื่องเพศของวัยรุ่นให้ชุมชนมีความเข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นให้ได้เสียก่อนด้วยการให้ประสบการณ์ของชุมชนเป็นสิ่งสะท้อนองค์ความรู้เหล่านี้ออกมา ให้ผู้เคยประสบปัญหาทั้งวัยรุ่นฝ่ายชาย ฝ่ายหญิง ทั้งพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชน ให้กลุ่มวัยรุ่นในชุมชนได้แสดงความคิดเห็นในเวทีที่มีผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเป็นผู้รับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ประชาชนทุกคนในชุมชนเกิดความตระหนักว่าการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่มีการป้องกันที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นในชุมชนและมีผลกระทบต่อทุกฝ่าย กระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยชุมชนมีส่วนร่วมคือ รูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนในการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นแก่สังคม ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ได้แก่ การปรับกระบวนการทัศนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน ที่ส่งผลให้เกิดการรับรู้สภาพการณ์ที่เป็นความจริงของวัยรุ่นในชุมชน มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติใน

การยอมรับปัญหาหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น และตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่อย่างเต็มใจ ขั้นตอนการร่วมกันปฏิบัติตามแผนชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ที่ส่งผลให้เกิดกระทำงานร่วมกันของวัยรุ่น ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนในชุมชน ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและสร้างสถานการณ์ในการพัฒนาชุมชนเรื่องวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น ขั้นตอนการร่วมกันรับผลประโยชน์ ได้แก่ การเกิดระบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ระบบดูแลรักษา และระบบการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งทุกระบบมีการขับเคลื่อนโดยทุกคนในชุมชน และขั้นตอนการร่วมกันประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของชุมชน เป็นการถอดบทเรียนการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองของผู้ร่วมวิจัยทุกคน แล้วสะท้อนความคิดกลับคืนสู่ทุกคนในชุมชนให้เห็นผลกระทบทั้งหมดจากการดำเนินการและได้ผลสรุปว่า “*ทุนที่สำคัญยิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ คือ ความรัก ความปรารถนาดีต่อกันในระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน และความไว้วางใจต่อวัยรุ่นในชุมชน*”

### ที่มาและความสำคัญ

วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ สติปัญญา เป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ในปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรมากขึ้น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ได้แก่ อิทธิพลของวัฒนธรรมชาติตะวันตก อิทธิพลจากสื่อต่างๆ อิทธิพลจากเพื่อน การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและบิดามารดา การดูแลเอาใจใส่ของบิดามารดา การมีแฟนและคุณลักษณะทางจิตสังคม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรอาจนำมาซึ่งการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการขาดโอกาสทางการศึกษาและการมีอนาคตที่ดีกว่า<sup>(5)</sup> สำหรับในประเทศไทย พบว่าอัตราการตั้งครรภ์และการ

คลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.37 ในปี 2550, ร้อยละ 12.01 ในปี 2551 และร้อยละ 13.55 ในปี 2552 ของการคลอดทั้งหมดและสำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นพบว่าใน ปี 2552 มีหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20ปีที่มีภาวะตั้งครรภ์ร้อยละ 14.57<sup>(8)</sup> จากผลการดำเนินการโครงการสายใยรัก ของโรงพยาบาลอำเภอเกษตรวิสัย อัตรามารดาตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรครั้งแรก อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งแต่ปี 2552 – 2554 คิดเป็นร้อยละ 19.01, 22.91 และ 20.98 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโดยเฉลี่ยแล้ว ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ในเขตอำเภอเกษตรวิสัยมีวัยรุ่นเพศหญิงถึง 1 ใน 5 ของจำนวนวัยรุ่นเพศหญิงที่ตั้งครรภ์ทั้งหมด และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี<sup>(4)</sup>

วัยรุ่นตำบลกำแพงที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสนั้น มีจำนวนมากถึงร้อยละ 39.67 คิดเป็นประมาณ 2 ใน 5 ของวัยรุ่นตำบลกำแพงทั้งหมด มีพฤติกรรม

เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 27.7 และมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 19.0 หรือประมาณ 1 ใน 5<sup>(4)</sup> ของวัยรุ่นตำบลกำแพงทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ข้อมูลทั้ง 3 ส่วนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน วัยรุ่นที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีวัยรุ่นตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ไปแล้วครึ่งหนึ่ง ส่วนสาเหตุที่พบกว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 80.0) มีไข้ครอบครัวแตกแยกหรือมีปัญหาแต่อย่างใด และยังพบว่าสถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์บ่อยที่สุด คือ บ้านของตนเอง (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ บ้านของคนรัก (ร้อยละ 19.3)<sup>(4)</sup> จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในพื้นที่ที่มีการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และผลกระทบเชิงลบที่ตามมาคือ ในปี 2555 ตำบลกำแพงมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวนถึง 16 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 12 ปี<sup>(4)</sup>

การป้องกันพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร สามารถกระทำได้โดยการส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นมีความนับถือตนเอง มีทักษะชีวิตและทักษะการปฏิเสธ และได้เรียนรู้เพศศึกษาที่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยตั้งแต่วัยเด็ก ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยและกฎหมายคุ้มครองทางเพศ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้วัยรุ่นเข้าใจ และรับรู้ภาวะเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภัยคุกคามทางเพศเพื่อนำไปสู่การฝึกฝนทักษะในการป้องกันตัวเองต่อไป<sup>(6)</sup> ทั้งนี้ ผู้ที่จะสามารถฝึกสอนให้วัยรุ่นสามารถเรียนรู้

สิ่งต่างๆ ได้ดี ต้องมีจุดเริ่มต้นที่ดี และใกล้ชิดพอที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับวัยรุ่นได้นั้นคือ บุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก ส่วนกระบวนการที่จะทำให้คนในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาผู้เลี้ยงดู ได้หันมาสนใจใส่ใจกับบุตรที่เป็นวัยรุ่นมากขึ้น<sup>(3)</sup> จำเป็นจะต้องมีการกระตุ้นแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสะท้อนให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองได้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น นั่นคือ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และต้องตกเป็นภาระของผู้ปกครองในการรับผิดชอบชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นมา

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมติดตามผล เป็นกระบวนการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับโอกาสและใช้โอกาสที่ได้รับแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด แกไขความต้องการของตน<sup>(10)</sup> และสิ่งสำคัญในการจะพัฒนาชุมชนต้องเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นแนวคิดที่สร้างเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจ และพัฒนาชุมชนให้มีบทบาทหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแล อบรมเลี้ยงดูบุตรหลานในชุมชนให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในสังคม จะลดปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เช่น ปัญหาแม่วัยรุ่น ปัญหาการทอดทิ้งบุตร ปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมอื่นๆ เป็นต้น จึงได้เลือกศึกษาใน



พื้นที่หมู่บ้านชนบทที่มีปัญหาการตั้งครรภในวัย รุ่น เพื่อเป็นการพัฒนางานบริการสุขภาพของ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิแบบเสริมพลังอำนาจ และเป็นหุ้นส่วน (Community partnership primary care model) ที่เป็นบทบาทหนึ่งในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพที่ต้องมีกระบวนการ ที่ชัดเจน โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นสื่อกลางใน การดำเนินการ เพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนา งานด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลการตั้งครรภ ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในชุมชน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

#### พื้นที่การศึกษาวิจัย

ชุมชนแห่งหนึ่งในตำบลกำแพง อำเภอ เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ชุมชนที่ศึกษาในตำบลกำแพง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

- กลุ่มแรก ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายหลักของ การศึกษาวิจัยคือ กลุ่มวัยรุ่น โดยกำหนดช่วงอายุ 13 – 18 ปี กลุ่มนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 68 คน เป็น เพศชาย จำนวน 28 คน และเพศหญิง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้สุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ

สัมภาษณ์ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 51.47 ของประชากรวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปีทั้งหมด

- กลุ่มที่สอง ได้แก่ กลุ่มบิดามารดาที่ มีบุตรวัยรุ่น ซึ่งเป็นผู้อบรมเลี้ยงดู และปลูก ฝังความคิดต่างๆให้กับบุตรมาตั้งแต่แรกเกิด จำนวน 35 คน

- กลุ่มที่สาม ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. เป็นก ลุ่มผู้นำที่เป็นทางการ (formal leader) ประชาญ์ ชาวบ้าน หมอสมุนไพรร พระภิกษุ เป็นกลุ่มผู้นำ ที่ไม่เป็นทางการ (informal leader) และกลุ่ม สุดท้ายได้แก่ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่สนใจจะ ร่วมพัฒนา จำนวน 100 คน

โดยทั้ง 3 กลุ่ม ต้องเป็นผู้ที่มีความยินดี และเต็มใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มิได้มีการ บังคับหรือมีเงื่อนไขใดๆ ในการเข้าร่วมการศึกษา วิจัยในครั้งนี้

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ ของหญิงวัยรุ่นในชุมชน

#### กิจกรรมที่ 1 การศึกษาสภาพชุมชน

**1.1 การเตรียมชุมชน** ทีมผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือแจ้งความประสงค์ในการศึกษาวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย ถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อให้ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชน ในพื้นที่ จากนั้นจึงลงพื้นที่ทำการศึกษา เพื่อ ประชุมชี้แจงการทำโครงการวิจัยร่วมกับแกนนำ ชุมชนทุกภาคส่วน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

**1.2 การศึกษาข้อมูลการตั้งครุฑของวัยรุ่นในชุมชน** ศึกษาข้อมูลการตั้งครุฑของวัยรุ่นในชุมชน จากข้อมูลของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอ่าง เพื่อศึกษาข้อมูลการตั้งครุฑของวัยรุ่นจากการรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ของสถานบริการทั้งสองแห่ง ตลอดจนข้อมูลการตั้งครุฑย้อนหลังของวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์แจกแจงให้ผู้ร่วมวิจัยได้เห็นถึงสถานการณ์การตั้งครุฑของหญิงวัยรุ่นตามความเป็นจริง

**1.3 การศึกษาข้อมูลในชุมชน** เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม (Field note) จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ (General interviews) ผู้ร่วมวิจัยตามกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มผู้นำชุมชน โดยการเลือกสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง แล้วเลือกสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth interviews) ในผู้ร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลที่น่าสนใจ และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ถูกกล่าวอ้าง (Snow ball technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปเรื่อยๆ จนได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมชัดเจน และมีความน่าเชื่อถือ

**1.4 การจัดสนทนากลุ่มย่อย** เป็นจัดกลุ่มสนทนากลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการ (Informal focus group) ผู้วิจัยจะเข้าไปร่วมสนทนาด้วย และสอดแทรกประเด็นคำถามตามแนวคำถามของการสนทนากลุ่มย่อย ให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นธรรมชาติ และพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการเชิญผู้ใหญ่บ้านอบต. อสม. มาจัดกระบวนการ

สนทนากลุ่มย่อย (Formal focus group) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มย่อยที่เป็นประเด็นคำถามเดียวกันกับการสนทนากลุ่มย่อยในกลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครอง แต่มีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นทางการมากกว่ามีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเชิงนโยบาย และการอภิปรายกลุ่มร่วมด้วย

*กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล*

**2.1 การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**2.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล** ได้แก่ 1) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) โดยการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เก็บจากผู้ร่วมวิจัย หรือบุคคลที่ต่างกัน และเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ต่างกัน และ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Methodology triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบกับการจดบันทึกภาคสนามด้วย

*กิจกรรมที่ 3 เวทีชาวบ้านสะท้อนความคิด*

จัดเวทีชาวบ้าน ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทราบถึงสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในชุมชน เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับการตั้งครุฑในวัยรุ่นของชุมชน และร่วมกันพัฒนารูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันการตั้งครุฑในชุมชน กำหนดเป็นนโยบายสุขภาพเพื่อลดการตั้งครุฑของวัยรุ่นในชุมชน

ขั้นที่ 2 การส่งเสริมภาวะสุขภาพชุมชน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

**กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ**  
โดยจัดกิจกรรมให้องค์ความรู้ ร่วมกัน กำหนดกิจกรรมกำกับดูแลกันเองในชุมชน ที่จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม

**กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ ชุมชน**

เป็นกระบวนการดำเนินการตามข้อ กำหนดโดยที่มีอาสาสมัครในชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ มีผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามเยี่ยม และเสริมสร้าง พลังอำนาจด้วยการชื่นชม ให้กำลังใจ ผู้วิจัย เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การ สนทนากลุ่ม แล้วนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลเชิง พรรณนา พร้อมทั้งศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ

**กิจกรรมที่ 3 เวทีชาวบ้านประเมินผลการ มีส่วนร่วมของชุมชน**

**ผลการวิจัย**

**1. ปัจจัยที่ส่งผลให้วัยรุ่นในหมู่บ้านมี เพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร**

**1.1 อิทธิพลของวัฒนธรรมจาก ชุมชนเมือง** วัฒนธรรมจากชุมชนเมืองใหญ่ ที่แผ่เข้ามาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ทีวี ภาพยนตร์ หรือประสบการณ์ ตรงจากการที่มีคนในพื้นที่ออกไปศึกษาต่อ ไป ทำงาน หรือแยกย้ายไปมีครอบครัวใหม่ เมื่อกลับ เข้ามาในพื้นที่ก็มีพฤติกรรมทางสังคมที่ได้รับมา จากชุมชนเมืองกลับมาด้วย ส่งผลให้ค่านิยมใน เรื่องเพศของวัยรุ่นในหมู่บ้านเปลี่ยนแปลงไป

**1.2 อิทธิพลจากสื่อต่างๆ** วัยรุ่น สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้อย่าง ง่ายดาย และสื่อต่างๆ มีเสรีภาพในการนำเสนอ ข้อมูลเป็นอย่างมาก จึงทำให้วัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มี ความอยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง ประกอบ กับการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาในระบบ โรงเรียน และจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ยังขาดความชัดเจน และไม่สนองต่อความ อยากรู้อยากเห็นของวัยรุ่นจึงทำให้วัยรุ่นค้นหา ข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ วีซีดี หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ สื่อเหล่านี้เป็นเสมือนแหล่งเรียนรู้และสร้าง ค่านิยมให้กับวัยรุ่น ซึ่งสื่อต่างๆ เหล่านี้มักช่วยๆ ให้ วัยรุ่นเกิดอารมณ์ มีความต้องการทางเพศ ทำให้อ ยากทดลองหรือทำตามสื่อที่ได้พบเห็นอย่าง ขาดสติส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอัน ควร

**1.3 อิทธิพลจากเพื่อน** เพื่อนจะเป็น บุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และ พฤติกรรมของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก วัยรุ่นมักใช้ เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อน จะเริ่มคงที่และมีความลึกซึ้งมากขึ้น ซึ่งอิทธิพล จากเพื่อนสามารถเป็นได้ทั้ง แรง ผลักดันด้าน บวกและด้านลบ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม เพื่อน หรือเพื่อให้เป็นที่ประทับใจของกลุ่มเพื่อน ซึ่งสำหรับวัยรุ่นบางคนเพื่อนหมายถึงทุกสิ่งทุก อย่างในชีวิต จึงอาจยอมทำตามคำชักชวน หรือ คำทำทนายของเพื่อน ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนเวลาอันควรด้วย

**1.4 การใช้สารเสพติด** สารเสพติดทุก ชนิด ทุกรูปแบบ รวมทั้งบุหรี่ยาเสพติด (รวมทั้งเครื่อง ดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด) ฯลฯ

ฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้วัยรุ่นขาดสติ กล้าทำในสิ่งที่ไม่สมควรทำ ซึ่งรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ซึ่งการใช้ยาเสพติดเหล่านี้เป็นปัจจัยนำของการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ และยังใช้ยาเสพติดมากเท่าใดก็ยิ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากเท่านั้น

### 1.5 การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง

ปัจจุบันสภาพชุมชนได้เปลี่ยนไป วัยรุ่นมีอิสระเสรีมากขึ้นซึ่งจะพบเห็นได้ว่าพ่อแม่ของวัยรุ่นบางส่วนจะส่งบุตรหลานไปเป็นนักเรียน นักศึกษาในเมืองใหญ่ มีการเช่า หอพัก อพาร์ทเมนต์อยู่กันตามลำพัง บิดามารดาหรือผู้ปกครองไม่สามารถสอดส่องดูแลพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ซึมซับเอาสิ่งต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ รวมถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นด้วย

## 2. การปรับกระบวนการทัศนเพื่อสร้างการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน(การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ)

2.1 การสะท้อนคิด จัดประชุมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มอาสาสมัครและประชาชน โดยแบ่งกลุ่มผู้ร่วมประชุมเป็นกลุ่มเล็กตามความสมัครใจและให้แต่ละกลุ่มประชุมปรึกษากัน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายตามประเด็นที่กลุ่มสนใจ สะท้อนมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน สะท้อนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชนสรุปการเรียนรู้ร่วมกันดังนี้

2.1.1 การรับรู้ร่วมกัน จากผล การสะท้อนคิดได้สรุปการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ดังนี้

1) ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชนเป็นปัญหารุนแรง ถึงผลกระทบทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ผู้ร่วมวิจัยระบุว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรรภ์นั้นจะสูญเสียโอกาสในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นปกติทั่วไปทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย มีผลกระทบทางจิตใจจากการที่ชุมชน และสังคมยังไม่ยอมรับ ต้องปรับตัวจากบทบาทของบุตรสู่บทบาทของการเป็นพ่อแม่ ความรับผิดชอบของวัยรุ่นในการจัดการกับชีวิตยังมีน้อย เป็นผลให้ภาระต่างๆ ที่เกิดจากการตั้งครรรภ์ต้องตกเป็นของผู้ปกครอง มีผลกระทบต่อทั้งภาวะเศรษฐกิจ จิตใจ และจิตวิญญาณของทั้งครอบครัวและชุมชน ตอนนีปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั้งในหมู่บ้าน และพื้นที่ใกล้เคียง แต่ไม่มีใครให้ความใส่ใจ

2) ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมีโอกาสรุนแรงมากขึ้น ปัจจุบันวัยรุ่นมีพฤติกรรม การแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผยมากยิ่งขึ้น มองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาปกติ และมีพฤติกรรมในการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุที่น้อยลง ประกอบกับวัยรุ่นไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตตนเอง และการไม่มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน เป็นเหตุให้วัยรุ่นมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง และผู้อื่นน้อย หลายๆ ครั้งมักกระทำการโดยขาดความรอบคอบ ขาดการไตร่ตรอง มีผลให้ปัญหามีโอกาสรุนแรงมากยิ่งขึ้น

2.1.2 มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ในการสะท้อนคิด ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัย ได้สรุปจุดมุ่ง

หมายในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สมาชิกของหมู่บ้านต้องร่วมกัน ทำให้บรรลุผลในการพัฒนาครั้งนี้ คือ 1) จะต้องไม่มีหญิงวัยรุ่นในหมู่บ้านตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม 2) สมาชิกชุมชนจะร่วมกันป้องกันบุตรหลาน มอบหมายให้ทุกคนทำหน้าที่เพื่อช่วยกันพัฒนาหมู่บ้าน ตำบล ไม่ให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) ให้ทุกคนมีสิทธิและความเสมอภาคในการอยู่ร่วมกัน ไม่ก่อกวนกัน ไม่นำสิ่งไม่ดีมาสู่หมู่บ้าน และ 4) สร้างวิถีการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข รัก สามัคคี เป็นญาติพี่น้อง พี่พ้ออาศัยกัน

2.2 การปฏิบัติการ สรุปรอบแนวคิดในการปฏิบัติร่วมกัน ดังนี้

2.2.1 สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้ร่วมวิจัยระบุว่าชุมชนมีประสบการณ์การนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นครูสอนตนเอง จะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ทั้งนี้ ประสบการณ์ในชุมชนมีทั้งที่ดีและไม่ดี ซึ่งทั้งสองด้านมีความจำเป็นที่ต้องนำมาให้เรียนรู้ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะเรียนกันเป็นกลุ่ม เรียนจากหลายกลุ่ม ทั้งผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง วัยรุ่น รวมถึงคนชรา ควรมีการจัดกลุ่มเรียนรู้กระบวนการชีวิตที่สร้างการยอมรับพฤติกรรมที่ดีในวัยรุ่น การสร้างความเข้มแข็งทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การบริหารค่าใช้จ่าย และการออมทรัพย์ เป็นต้น

2.2.2 สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น มีจุดบริการทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน มีการสร้างสนามกีฬา กระตุ้นให้ประชาชนออกกำลังกาย การสร้างที่อ่านหนังสือ ที่พักผ่อน ที่

ปฏิบัติกิจทางศาสนา และชุมชนได้ระบุว่าสิ่งแวดล้อมที่สำคัญซึ่งต้องสร้างให้เกิดในชุมชน คือ การสร้างบรรยากาศของความเข้าใจในครอบครัว ให้กำลังใจครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น

2.2.3 สร้างเสริมพลังอำนาจโดย

การมีส่วนร่วม ทุกคนจะต้องเคารพความเก่งและความดีซึ่งกันและกัน ต้องนำคนเก่ง คนดีเข้ามามีส่วนร่วม นั้นหมายถึง ทุกคนในสังคมซึ่งชุมชนต้องให้การยอมรับ และคนคนนั้นต้องได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะคนที่เคยผ่านการคลอด หรือกำลังตั้งครรภ์อยู่สามารถอาสาเป็นคนดีได้ ชุมชนต้องยอมรับ ให้ออกาส และหาจุดดีจุดเด่นของแต่ละคนและนำมาใช้เป็นพลังของชุมชน โครงการคลินิกวัยใสที่มีอยู่แต่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน จะต้องถูกนำมาใช้ให้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น ไม่ใช่มีแต่รายชื่อส่งทางการทุกคนต้องช่วยกันทำงาน ชมเชยและยอมรับกัน

2.3 การสร้างความประทับใจจากการเรียนรู้และปฏิบัติ โดยผู้ร่วมวิจัย ได้สรุปร่วมกันว่า ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ ควรจะต้องหาวิธีการเรียนร่วมกันให้สนุก สอนกันด้วยจิตใจที่มีความรักและปรารถนาดี ซึ่งจะสร้างความประทับใจให้ทั้งผู้ที่เป็นเจ้าภาพจัดงาน คือ อาสาสมัคร และผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมให้มีความประทับใจ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจสู่การขยายเครือข่ายต่อไป ดังนั้น ในขณะดำเนินการหรือหลังดำเนินการ การเรียนรู้หรือการสาธิต ทุกครั้งต้องทำการประเมินผล ร่วมกันวิเคราะห์ วิพากษ์ และร่วมสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความประทับใจที่เกิดกับผู้ร่วมกิจกรรม

**2.4 การออกแบบปฏิบัติเพื่อการขยายผล** กิจกรรมหลักไว้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน ในระยะเริ่มต้นมีกิจกรรมที่กำหนดคือ

**2.4.1 อบรมอาสาสมัครอนามัยวัยรุ่น** เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน หรือขยายเครือข่ายการมีวิถีชีวิตที่มีความเข้าใจวิถีวัยรุ่น และมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการกระตุ้นให้ประชาชนร่วมเรียนรู้ และทำงานร่วมกัน โดยรับอาสาสมัครที่เป็นผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และวัยรุ่นที่เคยประสบปัญหาการตั้งครรภ์ มาเป็นผู้ให้บริการ

**2.4.2 เสริมความรู้และศักยภาพกลุ่มวัยรุ่น** กลุ่มวัยรุ่นที่ผู้ร่วมวิจัยระบุว่าเป็น กลุ่มที่ต้องการพัฒนา คือ วัยรุ่นที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ แต่วัยรุ่นกลุ่มนี้นั้นหาเวลายาก จึงควรใช้สื่อที่มีในหมู่บ้านเผยแพร่ เช่น การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว หรือการบอกกล่าวปากต่อปากโดยกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งต้องมีจุดในการให้บริการ ดังนั้นกิจกรรมที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการดำเนินการคือ การตั้งศูนย์อนามัยวัยรุ่น และมีการกำหนดบทบาทกิจกรรมของอาสาสมัคร เพื่อให้อาสาสมัครที่ผ่านการอบรมความรู้แล้ว สามารถให้บริการแก่กลุ่มวัยรุ่นที่เป็นผู้รับบริการได้ และขยายผลไปถึงกลุ่มอื่นๆ ในหมู่บ้านอีกด้วย

**2.4.3 พัฒนาทักษะผู้ดูแล** เพื่อเสริมความรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่ หัวหน้าครอบครัว กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน รวมถึงผู้สูงอายุที่ดูแลบุตรหลานแทนบิดา

มารดา

**2.4.4 การพัฒนาระบบการทำงานในชุมชน** เป็นการพัฒนานโยบายระดับตำบล เพื่อของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และผลักดันให้งานเสริมสร้างสุขภาพสำหรับวัยรุ่น เป็นงานประจำที่บรรจุไว้ในแผนงานขององค์การบริหารส่วนตำบลให้มีกิจกรรมพัฒนางานวัยรุ่น ทั้งระบบข้อมูลข่าวสาร การเฝ้าระวัง การเฝ้าระวัง การเฝ้าระวัง การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การอนุรักษ์วิถีชีวิตแบบเรียบง่ายตามวิถีพุทธและวิถีอีสาน

**3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนกิจกรรม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (การร่วมกันปฏิบัติตามแผนชุมชน)**

**3.1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร** โดยกลุ่มอาสาสมัครได้รวมกลุ่มประชาชน มีจุดในการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว คือ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงการพูดคุยปากต่อปากในระบบเครือข่ายและเพื่อนบ้าน

**3.2 กิจกรรมอเนกานามัยใกล้บ้านใกล้ใจ** เป็นกิจกรรมบริการของอาสาสมัครอนามัยวัยรุ่น ที่จะจัดกลุ่มในการให้บริการทุกวัน โดยกิจกรรมนี้จะเป็นการให้บริการอเนกานามัยฟรี ผู้สามารถรับบริการได้ คือ ประชาชนทั่วไปในชุมชน มีการลงบันทึกข้อมูลผู้รับบริการโดยอาสาสมัคร และปกปิดข้อมูลเป็นความลับ

**3.3 การเรียนรู้จากภูมิปัญญาชุมชนของกลุ่มวัยรุ่น** วัยรุ่นสนใจการทำงานของผู้ปกครอง ซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่น และมีการรวมกลุ่มกันไปช่วยทำงาน ได้แก่ การทำนา การเลี้ยงเป็ด ไก่ สุกร การเลี้ยงไหมและทอผ้าไหม ทอเสื่อ การปลูกเห็ด ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นที่ไปช่วย

ทำงานจะได้รับค่าตอบแทนตามผลงานจากกลุ่มอาชีพนั้นๆ

**3.4 กิจกรรมนันทนาการร่วมกันในชุมชน** หมู่บ้านได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลกำแพง ในการจัดกิจกรรมเล่นกีฬา ออกกำลังกาย นักกีฬาส่วนมากเป็นกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้น ในหมู่บ้านมีสถานที่เล่นกีฬาให้ผู้สนใจไปออกกำลังกาย และฝึกซ้อมกีฬาหลากหลายประเภท เช่น ฟุตบอล วอลเลย์บอล ตะกร้อ และมีกลุ่มสตรีเต้นแอโรบิค และรำเช็ง ซึ่งชุมชนให้ความเห็นว่าเป็นสิ่งดีที่ช่วยให้วัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครองได้รวมกลุ่มกัน แสดงความสามารถในทางที่ดี ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและผ่อนคลายความเครียดได้เป็นอย่างดี

**3.5 กิจกรรมลด ละ เลิกยาเสพติด** ชุมชนร่วมกันรณรงค์ลด ละ เลิกสารเสพติด โดยผู้นำชุมชนได้อาสาเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการลด ละ เลิกใช้สารเสพติดทั้งที่ถูกต้องกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุราและยาเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่เยาวชน และจัดให้มีการเสวนาธรรม การสวดมนต์ในช่วงเย็นของเทศกาลเข้าพรรษา เพื่อเสริมสร้างจริยธรรมแก่ผู้สนใจทุกคน นอกจากนั้นยังมีการจัดงานทอดเทียนรวมทั้งตำบล และในงานได้จัดให้มีการประกวดสรภัญญะ

**4. การเกิดระบบการป้องกันการตั้งครุฑของวัยรุ่นในชุมชน (การร่วมกันรับผลประโยชน์)**

**4.1 ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง** พบว่า การรวมกลุ่มกันเล็กๆ ในชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชน และวัยรุ่น รวมถึงผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลได้มีโอกาสทำงานด้วยกัน มีเวลาอยู่

ด้วยกันมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้การดูแลช่วยเหลือกันด้านชีวิตประจำวันมากขึ้น จึงเป็นโอกาสที่ผู้ใหญ่ได้เฝ้าดูและชื่นชมกิจกรรมที่บุตรหลานร่วมกันฝึกปฏิบัติ ลักษณะความสัมพันธ์เช่นนี้เป็นการขยายเครือข่ายการเฝ้าระวังพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

**4.2 ระบบการดูแลรักษา** ช่วงระยะเวลาการศึกษานั้น พบปัญหาการตั้งครุฑของหญิงวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก มีทั้งที่เคยผ่านการคลอดแล้ว และกำลังตั้งครุฑอยู่ ซึ่งกำลังประสบปัญหาผลกระทบต่างๆจากการตั้งครุฑ และกลุ่มคนเหล่านี้ได้เข้ามาเป็นอาสาสมัครอนามัยวัยรุ่นร่วมกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้หมั่นให้กำลังใจอาสาสมัครกลุ่มนี้ ประกอบกับครอบครัวให้โอกาสในการปรับแบบแผนชีวิตทั้งด้านการศึกษา การทำงาน การพักผ่อน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้สามารถปรับตัว และปรับสภาพจิตใจในการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข มีความประทับใจในพฤติกรรมของครอบครัวที่เปลี่ยนไป มีความกล้าถ่ายทอดประสบการณ์แก่วัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดปัญหาการตั้งครุฑขึ้น

**4.3 ระบบการฟื้นฟูสภาพ** เป็นระบบที่คิดค้นตามภูมิปัญญาชุมชน คือ การส่งบุตรหลานที่ผ่านการคลอด และสามี ซึ่งไม่ประสงค์จะศึกษาเล่าเรียน ไปทำงานในต่างถิ่นกับเครือข่ายที่อาวุโสกว่า โดยมุ่งหวังว่าจะมีผู้ดูแลและส่งข่าวถึงบิดามารดา ส่วนวัยรุ่นกลุ่มที่ได้ไปทำงาน มีความเชื่อว่า การมีงานจะทำให้มีทั้งราย

ได้และการลดเวลาว่างที่จะใช้ในการร่วมสังสรรค์กันน้อยลง และการมีรายได้ยังช่วยเสริมให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และสามีเห็นคุณค่าของตน และทำให้ผู้ปกครองเห็นคุณค่าของครอบครัวใหม่นี้ จึงเป็นการฟื้นฟูสภาพโดยใช้ความรัก ความปรารถนาดีของครอบครัวและเครือญาติมาช่วยจัดหางานให้ทำ และการหารายได้ให้แก่เยาวชนที่ผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์ตามวิถีชุมชนอย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่สามารถติดตามวัยรุ่นกลุ่มที่ไปทำงานในต่างถิ่นได้ ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพทางกายใจ สังคมและจิตวิญญาณของกลุ่มนี้ได้

## 5. ขั้นตอนการร่วมกันประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของชุมชน

### 5.1 กิจกรรมโดยผู้วิจัยมีบทบาทหลัก

ได้แก่ การค้นหาอาสาสมัคร การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร การรวมพลังกลุ่มแม่บ้านร่วมสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการตั้งครรภ์ การอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นตัวอย่าง ลด ละ เลิกบุหรี และสุรา กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่จากการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญาชุมชน และวิทยาการสมัยใหม่จากวิทยากรภายนอก และนำไปขยายสู่เครือข่ายในหมู่บ้านด้วยความมุ่งมั่นของอาสาสมัคร จึงสามารถขยายสู่ระบบเครือข่ายและเพื่อนบ้านครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

กิจกรรมโดยชุมชนมีบทบาทหลัก ได้แก่ การบริการถุงยางอนามัยใกล้บ้าน ใกล้ใจ กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ข่าวสารผ่านวิธีต่างๆ การรวมกลุ่มเข้าช่วยเหลือกิจกรรมกลุ่ม

อาชีพ การเรียนรู้จากภูมิปัญญาชุมชนของกลุ่มเยาวชน ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจผู้ปกครองและช่วยงานครอบครัวมากขึ้น กิจกรรมนันทนาการ และออกกำลังกายในชุมชน และกิจกรรมลด ละ เลิก ยาเสพติด ที่ช่วยกล่อมเกล่าให้ชุมชนรักสามัคคีกัน กิจกรรมเหล่านี้ได้เพิ่มเครือข่ายการเฝ้าระวังเชิงรุก มีการพูดคุย ตักเตือนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงโดยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ดูแลในชุมชน

ในการขับเคลื่อนชุมชนได้ระดมทุนทางสังคมมาใช้ในการทำงาน เช่น กลุ่มอาสาสมัครอนามัยวัยรุ่นที่มาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมขับเคลื่อนต่างๆ และสมัครใจร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน องค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่เผยแพร่ในชุมชนได้ถอดจากประสบการณ์ของชุมชนและการผสมผสานกับองค์ความรู้สมัยใหม่ ซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย และวิทยากรภายนอก ส่วนกลุ่มองค์กร เช่น กลุ่มแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ร่วมกันดูแลผู้ผ่านประสบการณ์การตั้งครรภ์ร่วมกับกลุ่มผู้นำ ผู้สูงอายุและผู้ปกครองร่วมสร้างระบบการเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็ง กลุ่มวัยรุ่นเผยแพร่ความรู้และรับผิดชอบกิจกรรมออกกำลังกาย นันทนาการ มีการใช้วัด สนามกีฬาหมู่บ้าน และที่ทำการผู้ใหญ่บ้านเป็นที่จัดประชุม และทุนที่สำคัญยิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ คือ ความรัก ความปรารถนาดีต่อกันในระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน และความไว้วางใจต่ออาสาสมัครอนามัยวัยรุ่น การทำงานลักษณะนี้ก่อให้เกิดการเสริมพลังอำนาจทั้งทางปัญญา และทางจิตวิญญาณแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกกิจกรรม



## การอภิปรายผล

### การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในชุมชนที่ศึกษา มีการแพร่หลายมากขึ้น อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางเพศ และการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมทางสังคม ได้แก่ อิทธิพลของวัฒนธรรมจากชุมชนเมือง อิทธิพลจากเพื่อน อิทธิพลจากสื่อต่างๆ อิทธิพลจากความเอาใจใส่ของผู้ดูแล และอิทธิพลจากการใช้สารเสพติด ซึ่งผลจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวนี้ทำให้เกิดปัญหาในชุมชน คือ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ระบาดในชุมชนมากนัก แต่ที่ชุมชนมีความเห็นร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่รุนแรง และมีผลกระทบต่อชุมชนมากที่สุด คือ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ประสบปัญหา ผู้ปกครอง และชุมชน ทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ และจิตสังคม

อภิปรายว่า ผลจากการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรข้างต้น สอดคล้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน มีปัจจัยในการมีพฤติกรรมเสี่ยงนี้คล้ายคลึงกัน แต่ในภาพรวมของสังคมไทยนั้นมีปัจจัยประกอบหลายด้านมากกว่า และผลกระทบจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในสังคมไทย มีแนวโน้มปัญหาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงกว่าการศึกษาในชุมชนนี้ โดยเฉพาะปัญหาโรคเอดส์ที่มีการระบาดในวงกว้างมากขึ้นในชุมชนเมือง แม้จะมีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นเช่นเดียวกันแต่เมื่อเปรียบ

เทียบผลกระทบต่อสังคมแล้ว ปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์นั้นมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นไทยมากกว่าการตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของสังจา ทาโต<sup>(5)</sup> พบว่า อิทธิพลของวัฒนธรรมชาติอื่นๆ โดยเฉพาะวัฒนธรรมชาติตะวันตก อิทธิพลจากสื่อต่างๆ อิทธิพลจากเพื่อน การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและบิดามารดา การดูแลเอาใจใส่ของบิดามารดา การมีแฟนคุณลักษณะทางจิตสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร และปัญหาที่ตามมาหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาการติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ที่มีการระบาดแพร่หลายมากยิ่งขึ้นผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นที่มีผลกระทบเหมือนกันคือ ปัญหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แต่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่นั้น สาเหตุมาจากการศึกษาในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งในชุมชนเมืองหรือเขตพื้นที่ที่เจริญกว่าพื้นที่ชนบทก็จะมีปัจจัยในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าบริบทของพื้นที่ชุมชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของสุณีรัตน์ ยังยืน และคณะ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาความตระหนักเรื่องความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดมหาสารคาม กล่าวว่า ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีมากมาย และมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ และยังมีพฤติกรรมอีกมากที่ไม่แน่ใจว่ากลุ่มวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอที่จะตระหนักถึงพฤติกรรมดัง

กล่าว ทั้งในเรื่องของเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพร่างกายสภาพจิตใจ ศีลธรรม วัฒนธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตจังหวัดมหาสารคามเองก็ยังมีผลกระทบจากพฤติกรรมเหล่านี้เป็นอย่างมาก อาทิ การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและก่อนวัยอันควร และนำไปสู่การลักลอบทำแท้งที่ผิดกฎหมาย

### **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น**

จากกระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงข้อมูล และประสานงานต่างๆ ในการทำงาน และบทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ เป็นผู้สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับทุกคนในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการในการสร้างเสริมพลังอำนาจ

อภิปรายว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชนครั้งนี้ เกิดขึ้นได้เพราะความร่วมมือของประชาชนในชุมชนร่วมกับความรู้อาศัยกรอบแนวคิดที่เป็นหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ เป็นการดึงศักยภาพของชุมชนออกมาบริหารจัดการกับภาวะสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งการขั้นตอนในการวางแผนให้ทุกภาคส่วนในชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมนี้เป็นไปอย่างรอบคอบ และมีการสะท้อนข้อมูลให้กับชุมชนได้ทราบเป็นระยะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ แม้ว่าจะไม่สามารถวัดได้ว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของชุมชนลดลงมากน้อยเพียงใด แต่สามารถสร้างระบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่นของชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ ชมพันธ์<sup>(2)</sup> จากสถาบัน

บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนกล่าวว่า การดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนจำเป็นต้องมีการวางแผน โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างรอบคอบ ซึ่งการวางแผนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างรอบคอบ ก็จะสามารถลดระยะเวลาของการดำเนินการที่อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ และควรระลึกละเอียดว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นศิลปะที่ต้องวางแผนการดำเนินงานอย่างรัดกุมในทุกขั้นตอน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลทำให้เกิดความรักใคร่ กลมเกลียวของสมาชิกในครอบครัว มีการติดต่อกันในระบบเครือญาติ และเพื่อนบ้านมากยิ่งขึ้น

### **ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ เพื่อการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อื่น และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นในพื้นที่เดิม ได้แก่

1. การนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ได้รับการยืนยันจากการศึกษานี้ไปเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพิจารณาเพื่อสร้างการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่อื่นๆ และช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทั้งระบบของสังคม คือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน แนวทางการนำไปพัฒนา เช่น 1) พัฒนาผู้นำที่เป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนทั้งสังคม เพื่อพัฒนาองค์ประกอบทางกายภาพ และทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งกำหนดรูปแบบพัฒนาศักยภาพของบุคคลและครอบครัว 2) กลุ่มผู้เฝ้าระวัง มีการนำปัจจัยด้านครอบครัวมาสร้างครอบครัวให้สอดคล้อง

ดูแล และเป็นรั้วและกระซิบสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว พร้อมกับการสร้างความรับผิดชอบและการมีวินัยของสมาชิกกระตุ้นให้ทุกคนในครอบครัวร่วมสร้างกฎครอบครัวใช้บทลงโทษผู้กระทำผิด และการให้รางวัลแก่ผู้ที่ทำดีในครอบครัวและชุมชน 3) กลุ่มเสี่ยง การพัฒนาให้ครอบครัวแก้ปัญหาด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อรายรับรายจ่ายของตนเองและครอบครัว การพัฒนาทักษะการปฏิเสธสิ่งไม่ดี และทักษะชีวิตด้านอื่นไปพร้อมกัน การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรักษานวลสงวนตัว การปลูกจิตสำนึกให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นต้น

2. การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจไปแก้ไขปัญหาอื่นในพื้นที่อื่น เพราะแนวคิดในกระบวนการนี้ช่วยสร้างองค์ความรู้ใหม่และวิถีปฏิบัติใหม่ ซึ่งต่อยอดจากความรู้และประสบการณ์เดิม และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ และการทำงานแบบประชาธิปไตยในสังคม เกิดการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันการตั้งครรภ์รวมถึงพัฒนาเครือข่ายงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. การนำกิจกรรมสร้างการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจากการวิจัยนี้ไปใช้ได้แก่

3.1 การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น เป็นกลวิธีหลักในการขับเคลื่อนชุมชนครั้งนี้ คือ มีการตั้งจุดบริการสำหรับอาสาสมัครอนามัยวัยรุ่น เพื่อให้บริการถุงยางอนามัย มีการพัฒนาสถานที่พักผ่อน สนามกีฬาหมู่บ้าน วัด ซึ่งได้พัฒนาควบคู่กับการฟื้นฟูประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน เช่น การทอดเทียนรวม การสวดมนต์ทำวัตรเย็น การ

รวมกลุ่มของวัยรุ่นในการช่วยเหลือกิจกรรมกลุ่มอาชีพ การยกย่องคนดี การพัฒนากฎระเบียบของหมู่บ้าน

3.2 การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการหนึ่งที่มีผลดีในการสร้างความสัมพันธ์อันดีของคนในชุมชน ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารโดยคนในชุมชน ถ่ายทอดไปสู่คนในชุมชนด้วยกัน โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว การแจกเอกสารใบปลิว การคุยปากต่อปาก เป็นต้น วิธีเหล่านี้ทำให้คนในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น มีความเข้าใจและยอมรับกันมากยิ่งขึ้นด้วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างศูนย์การเรียนรู้ชุมชน จากกระบวนการวิจัยนี้ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของข้อมูลข่าวสารและสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องการหารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

2. การพัฒนาเครื่องมือประเมินภูมิคุ้มกันการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในสังคม ที่ใช้สำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางประชาคมหมู่บ้านเพื่อสร้างการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ โดยการนำไปทดลองประเมินในพื้นที่อื่น เพื่อพัฒนาให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรงและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. การพัฒนารูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพพัฒนาอาชีพและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ผ่านการตั้งครรภ์ในช่วงชีวิตวัยรุ่นที่ไม่ได้ศึกษาต่อ ให้มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้แน่นอน และไม่มีอาชีพที่ขัดต่อวัฒนธรรมชุมชน

4. การพัฒนานโยบายของค์การบริหาร ส่วนตำบลและการจัดการทรัพยากร ที่สอดคล้อง กับปัญหาวัยรุ่นของตำบล ศึกษาบทบาทของ ปราชญ์หรือผู้รู้ภูมิปัญญาของชุมชนในการสร้าง การป้องกันการค้าของวัยรุ่น

5. การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง วัฒนธรรมการเลี้ยงดูบุตรของชาวอีสานกับการ เสริมสร้างภาวะสุขภาพวัยรุ่นของครอบครัวและ ชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา.รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สำนักกรรมาธิการ 3, สำนักงานเลขาธิการ. 2554.
2. จุฑารัตน์ ชมพันธ์ุ.การวิเคราะห์หลัก “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ใน “The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement”ในบริบทประเทศไทย :บทวิจารณ์หนังสือ. วารสารการจัดการ สิ่งแวดล้อม ปีที่ 8 ฉบับที่ 1. 2555.
3. ทิพย์วัลย์ สุรินยา. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย. เวชสารโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา ปีที่ 32 ฉบับที่ 1. 2551.
4. ทวีวัฒน์ คำโสม. ความต้องการบริการสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นตามมุมมองของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองอ่าง: บทความวิชาการ. วารสารศูนย์ อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 5 ฉบับที่ 2. 2556.
5. สัจจา ทาโต. การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรของวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 1 ฉบับที่ 2. 2550.
6. สุณิรัตน์ ยิ่งยิน และคณะ. ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ อนามัยของวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553.
7. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 จังหวัดลพบุรี. การตั้งครรภ์ และพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความต้องการความช่วยเหลือ ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ลพบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี และชัยนาท. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2554.

8. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี 2555. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2555.
9. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การเสริมสร้างพลังอำนาจในระบบบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์หน่วยที่ 14 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
10. อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 2 (ฉบับพิเศษ). 2551.

**การประเมินผลการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในปี 2555**  
**Evaluate Application of Health Promotion center 6's Knowledge, Technology' Innovation of Health Promotion and Environmental Health by the network Parties in 2010**

นภาพร หานะพันธ์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

**บทคัดย่อ**

การประเมินผล การนำความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ประจำปี 2555 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการนำความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ประจำปี 2555 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบวิธีการประเมินแบบ CIPP Model ของแดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม ประกอบด้วย การประเมินบริบท ประเมินปัจจัยเบื้องต้น ประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ในการประเมินครั้งนี้ได้มุ่งเน้นการประเมินผลผลิต เนื่องจากการประเมินผลหลังจากแผนงาน/โครงการ ที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ดำเนินการแล้วเสร็จในปี 2555 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 110 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลปลายเปิด

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 34.5 รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อวิธีการได้รับความรู้จากการเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา กับศูนย์อนามัยที่ 6 และคู่มือ วารสาร เอกสาร แผ่นพับ สื่อพิมพ์ รายงานประจำปี มีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.02 (S.D = 0.801) และ 3.02 (S.D = 0.717) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน/ทักษะในการทำงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.3 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย ประจำปี 2555 มีดังนี้

เสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ในการปฏิบัติงาน อันดับ 1 ขาดงบประมาณสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 55.1 เนื่องจากการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ จำเป็นต้องใช้งบประมาณ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานส่วนกลางควรให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมใหม่ๆ ต่อไป

## บทนำ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนสนับสนุนให้บุคลากรหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น เป็นศูนย์วิชาการระดับกองของกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและองค์ความรู้ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้แก่บุคลากรขององค์การภาคีสุขภาพทุกภาคส่วน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 9 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และอุดรธานี ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ 7 ยุทธศาสตร์และ 1 พันธกิจ

ของกรมอนามัยได้แก่ การพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก การลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น การแก้ปัญหาโรคอ้วน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยด้านอาหารและน้ำ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และมีพันธกิจในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยมีการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การถ่ายทอดความรู้ การฝึกอบรม การตรวจราชการ การนิเทศติดตามงาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้แก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพและหน่วยงานภายในศูนย์อนามัย รวมทั้งการพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น คู่มือวารสาร แผ่นพับ และรายงานประจำปี ตลอดจนพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เว็บไซต์ และนวัตกรรมต่างๆ ของศูนย์อนามัย ให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรและภาคีเครือข่าย จากผลการดำเนินงานย้อนหลัง ในปี 2554 และ 2555 ศูนย์อนามัยที่ 6 มีการดำเนินงานโครงการ 67 และ 89 โครงการ ตามลำดับ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของศูนย์อนามัย ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

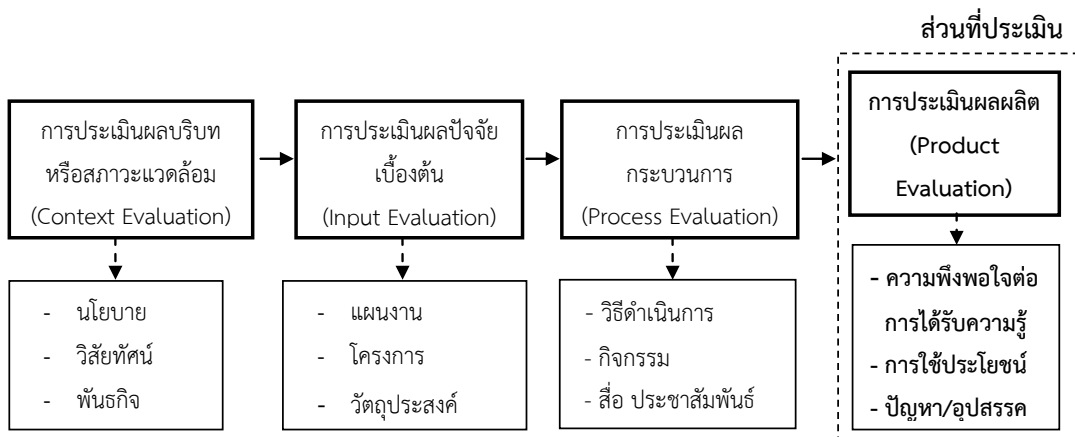
หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6 ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงเรียน วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวได้มีการนำเอาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในองค์กร เช่น ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ศูนย์การเรียนรู้ต้นแบบไร้พุง ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เป็นต้น ส่วนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น อาหารปลอดภัย ตลาดสดน่าซื้อ การจัดการน้ำบริโภคระดับพื้นฐาน และการจัดการเหตุรำคาญตาม พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ.2535 แต่อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานดังกล่าว ศูนย์อนามัยที่ 6 ยังขาดการติดตามและประเมินผลต่อการได้รับความ

รู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีของศูนย์อนามัยที่ 6 ของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ทราบถึงความต้องการ ปัญหา และอุปสรรค จากการนำความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์

จากเหตุผลข้างต้นนี้ ผู้ประเมินจึงเห็นความสำคัญของการประเมินผลการนำความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ประโยชน์ของภาคีเครือข่าย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ปรับปรุงและพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในปีต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อประเมินผลการนำความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ในปีงบประมาณ 2555 ไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานภาคีเครือข่าย

### กรอบแนวคิดการประเมิน





**วิธีการศึกษา** เป็นการประเมินผลลัพ์โดย  
ประยุกต์ใช้หลักการประเมิน CIPP Model

### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่  
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของหน่วยงานสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9  
จังหวัด

2) กลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน  
ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีการเลือก  
ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)  
จำนวน 110 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตร  
Taro Yamane ได้ 98 คน และเพิ่มจำนวนอีก  
10% เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้ประเมิน  
ได้พัฒนาแบบสอบถามตามแนวทางของกรม  
อนามัย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและ  
ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การได้รับความรู้ เทคโนโลยี  
นวัตกรรมของศูนย์อนามัยที่ 6

ส่วนที่ 3 การนำความรู้ นวัตกรรมของ  
ศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการนำ  
ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

### **วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) เก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้า  
ร่วมโครงการ โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วม

ประชุมตอบและส่งคืนในวันสุดท้ายของการจัด  
ประชุม ดังนี้

1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทาง  
การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและโครงการ  
อนามัยสิ่งแวดล้อมเขตตรวจราชการที่ 10 และ  
12 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด

1.2 โครงการท้องถิ่นนำอยู่ประชาชน  
สุขภาพดี ก้าวสู่วัย 80 ปีอย่างแจ่ม ซึ่งได้กลุ่ม  
ตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่จากโรง  
พยาบาลจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์โดยทำ  
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ตอบแบบสอบถาม  
และส่งกลับคืนผู้ประเมิน

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์  
ผลการนำความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของ  
ศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงาน  
ภาคีเครือข่าย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหา  
ค่าสถิติ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**  
ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
110 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม  
เป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัด ร้อยละ 34.5 รองลงมาเป็นหน่วยงาน  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 32.7 ส่วน  
ใหญ่เป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 54.5 รอง  
ลงมาเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ร้อยละ  
34.5 มีหน้าที่ความรับผิดชอบงานส่งเสริม  
สุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 43.6  
และ 38.5 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทราบ

ถึงวิสัยทัศน์ของศูนย์อนามัยที่ 6 ร้อยละ 78.9  
รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n= 110	ร้อยละ
<b>หน่วยงาน</b>		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	38	34.5
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	7	6.4
รพศ./รพท.	2	1.8
โรงพยาบาลชุมชน	27	24.5
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	36	32.7
<b>ตำแหน่งผู้ตอบแบบประเมิน</b>		
ผู้บริหาร/หัวหน้าหน่วยงาน	12	10.9
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน	38	34.5
ผู้ปฏิบัติงาน	60	54.5
<b>หน้าที่รับผิดชอบของท่าน</b>		
รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ	48	43.6
รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	42	38.5
อื่นๆ	20	18.2
<b>ท่านทราบถึงวิสัยทัศน์ของศูนย์อนามัยที่ 6</b>		
ทราบ	86	78.2
ไม่ทราบ	23	20.9
ไม่ตอบ	1	0.9

ความชัดเจนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพันธกิจของศูนย์อนามัยที่ 6

ด้านส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับเครือข่าย รวมถึง การผลักดันและสนับสนุนให้เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และ

กฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพมีความชัดเจน ร้อยละ 98.1 รองลงมา คือ การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็งรวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้องโดยการกำกับติดตาม ประเมินผลมีในด้านส่งเสริมสุขภาพ ความชัดเจน ร้อยละ 92.3

ส่วนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับ  
เครือข่าย รวมถึง การผลักดันและสนับสนุนให้  
เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน  
และกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความ  
ชัดเจน ร้อยละ 88.3 รองลงมา คือ การพัฒนา

ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
ให้เข้มแข็งรวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้องโดยการ  
กำกับ ติดตาม ประเมินผลในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม  
มีความชัดเจน ร้อยละ 82.8 รายละเอียด  
แสดงดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ของความชัดเจนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย  
สิ่งแวดล้อมตามพันธกิจของศูนย์อนามัยที่ 6

พันธกิจ	การดำเนินงาน			
	ชัดเจน		ไม่ชัดเจน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี</b> ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับเครือข่าย รวมถึง การผลักดันและสนับสนุนให้เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และกฎหมาย				
- ด้านส่งเสริมสุขภาพ	102	98.1	2	1.9
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	83	88.3	11	11.7
<b>การพัฒนา</b> ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็งรวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้องโดยการกำกับ ติดตาม ประเมินผล				
- ด้านส่งเสริมสุขภาพ	96	92.3	8	7.7
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	77	82.8	16	17.2
<b>การผลิต พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม</b> เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ				
- ด้านส่งเสริมสุขภาพ	93	89.4	11	10.6
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	75	80.6	18	19.4
<b>การพัฒนา ผลักดันและสนับสนุนนโยบายและกฎหมายที่จำเป็น</b>				
- ด้านส่งเสริมสุขภาพ	91	87.5	13	11.8
- ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	76	81.7	17	18.3

## ส่วนที่ 2 การได้รับความรู้จากศูนย์อนามัยที่ 6

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อวิธีการได้รับความรู้จากการเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา กับศูนย์อนามัยที่ 6 อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.02 (S.D = 0.801) มีความพึงพอใจต่อคู่มือ วารสาร เอกสาร แผ่นพับ สื่อพิมพ์ รายงานประจำปีอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.02 (S.D = 0.717) มีความพึงพอใจต่อการตรวจราชการโดยตัวแทนที่ร่วมทีมตรวจราชการกระทรวงอยู่ใน

ระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.85 (S.D = 0.675) มีความพึงพอใจต่อการนิเทศงานโดยบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 6 อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.98 (S.D = 0.704) มีความพึงพอใจต่อการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.75 (S.D = 0.818) มีความพึงพอใจต่อเว็บไซต์ศูนย์อนามัยที่ 6 อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.76 (S.D = 0.719) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจต่อการวิธีการได้รับความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมของศูนย์อนามัยที่ 6

วิธีการได้รับความรู้	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
1) การเข้าร่วมประชุม อบรม สัมมนา กับศูนย์อนามัยที่ 6	3.02	.801	มาก
2) คู่มือ วารสาร เอกสาร แผ่นพับ สื่อพิมพ์ รายงานประจำปี ของศูนย์อนามัยที่ 6	3.02	.717	มาก
3) การตรวจราชการโดยตัวแทนที่ร่วมทีมตรวจราชการกระทรวง	2.85	.675	มาก
4) การนิเทศงานโดยบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 6	2.98	.704	มาก
5) ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ สื่อวิทยุ/โทรทัศน์	2.75	.818	มาก
6) เว็บไซต์ศูนย์อนามัยที่ 6	2.76	.719	มาก

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม**  
**ปลายเปิด ต่อวิธีการได้รับความรู้ เทคโนโลยี**  
**และนวัตกรรม ของศูนย์อนามัยที่ 6 ที่เหมาะสม**

**เว็บไซต์ศูนย์อนามัยที่ 6** เพราะสามารถค้นคว้าข้อมูลที่สนใจ เนื่องจากข้อมูลที่นำมาเผยแพร่หลากหลายมาก และเข้าถึงง่าย ใช้งบน้อยที่สุดสำหรับจังหวัด สามารถสืบค้นคว้าได้ทุกสถานที่และตลอดเวลาต้องการ

**การเข้าร่วมประชุม อบรม** เนื่องจากได้พบบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 รู้สึกอบอุ่น ได้เรียนรู้มากขึ้น และประสบการณ์มากขึ้น ซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ทำให้เกิดความสนใจและซักถามได้โดยตรง ทำให้เกิดสัมพันธภาพกับผู้รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 อีกทั้งเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากได้รับรู้ปัญหาและข้อบกพร่องจากหน่วยงานต่างๆ

**เอกสาร/วารสาร/หนังสือ** เพราะพกพาสะดวก

**สื่อ วิทัศน์** เนื่องจากมีความน่าสนใจและ น่าติดตาม

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ปลายเปิด ต่อความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมที่ ต้องการให้ศูนย์อนามัยที่ 6 สนับสนุนมากที่สุด แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้**

#### **ด้านส่งเสริมสุขภาพ**

1) ต้องการให้ส่วนกลางจัดทำภาพยนตร์ โฆษณาเป็นบทสั้นๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น (เช่น โฆษณาของไทย ประกันชีวิต)

2) คู่มือ เอกสารสื่อ สิ่งพิมพ์ด้านแม่และ เด็ก/ผู้สูงอายุ/เด็กและเยาวชน/การอนามัยเจริญพันธุ์/การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมี สุขภาพดี และประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำแก่ ประชาชน

3) วิทยากรต้นแบบ Long term care และ อสม.

4) การถอดบทเรียนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม/วัยรุ่น เนื่องจากเป็นปัญหาในยุคสมัย ปัจจุบัน ทั้งเรื่อง ความรุนแรง ตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์ ซึ่งเป็นค่านิยมแบบผิดๆ มาพัฒนาให้ เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรม เครือข่ายต้นแบบ สำหรับแก้ปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น

#### **ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม**

1) คู่มือ เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์การจัดการ สิ่งแวดล้อม/การจัดการขยะ/น้ำเสีย/การจัดการ เหตุรำคาญ/การสุขาภิบาลอาหาร/เมืองน่าอยู่/ กฎหมาย และด้านการลดภาวะโลกร้อนในคน ไทย

2) การตรวจวัดทางสิ่งแวดล้อม ใน รพ. ร่วมกับกองวิศวกรรมแพทย์

3) การเป็นที่ปรึกษาทางด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม

#### **ด้านอื่นๆ**

1) ทุกเรื่องที่เป็น KPI ใช้วัดผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้งด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

2) ตามนโยบายและตามระดับของพื้นที่ นำไปแลกเปลี่ยนกับนโยบายของกระทรวง

3) แนวทางการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆหรือ นวัตกรรมที่ประสบผลสำเร็จจากภาคีเครือข่าย อื่นๆมาเป็นตัวอย่างในหน่วยงาน

4) การส่งรายงานต้องการให้มีเว็บไซต์ กลางที่สามารถส่งให้ศูนย์อนามัยที่ 6 และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในครั้งเดียว

5) การนำข้อมูล เอกสาร งานวิจัยของศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 6 หรือหน่วยงานในการกำกับดูแล ของศูนย์ฯขึ้นเว็บไซต์ ให้สมาชิกได้ดาวน์โหลด เพื่อนำไปศึกษาประกอบการปฏิบัติงาน เผยแพร่

**ส่วนที่ 3 การนำความรู้ของศูนย์อนามัย ที่ 6 ไปใช้ประโยชน์**

การนำความรู้ของศูนย์อนามัยที่ 6 ไป ใช้ประโยชน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการนำไป ใช้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน/มีทักษะในการ ทำงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.3 รองลงมา คือ ด้านแหล่งอ้างอิงความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน มีการนำไปใช้ประโยชน์คิดเป็นร้อยละ 78.2 ใช้จัด กิจกรรมในงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 70.0 นำไป วางแผนปฏิบัติงาน ร้อยละ 69.1 น นำไปใช้เพื่อ เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้/เผยแพร่ต่อ ร้อยละ

55.5 ให้คำปรึกษา/ให้บริการ ร้อยละ 52.7 ร้อยละ 44.5 แล้วใช้เพื่อแก้ปัญหาและข้อติดขัด  
นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ ในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 30.0 รายละเอียด  
น้อย คือ นำไปประยุกต์เป็นองค์ความรู้ใหม่ เพียง แสดงดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ของการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและ  
อนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 6 ไปใช้ประโยชน์

การนำไปใช้ประโยชน์	ใช้ประโยชน์ (n=110)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน/ มีทักษะในการทำงานเพิ่มขึ้น	96	87.3
เป็นแหล่งอ้างอิงความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน	86	78.2
จัดกิจกรรมในงานที่เกี่ยวข้อง	77	70.0
วางแผนปฏิบัติงาน	76	69.1
เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้/เผยแพร่ต่อ	61	55.5
ให้คำปรึกษา/ให้บริการ	58	52.7
ประยุกต์เป็นองค์ความรู้ใหม่	49	44.5
แก้ปัญหาและข้อติดขัดในการปฏิบัติงาน	33	30.0

#### ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรค

ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ร้อยละ

ขาดงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 55.1

39.1 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ขาดบุคลากรในการดำเนินงาน ร้อยละ 51.7

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ของปัญหา/อุปสรรคในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน (n= )	ร้อยละ	อันดับ
- ขาดงบประมาณสนับสนุน	48	55.1	1
- ขาดบุคลากรในการดำเนินงาน	45	51.7	2
- ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน	34	39.1	3
- ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร	27	33.3	4
- ขาดความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงาน	24	27.6	5
- ขาดการติดตามประเมินผล	23	26.4	6
- ขาดการประชาสัมพันธ์	20	23.0	7
- ขาดความเข้าใจในองค์ความรู้	19	21.8	8

### ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ

1) ควรเพิ่มการพัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายให้มากขึ้น โดยเฉพาะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งในพื้นที่ส่วนใหญ่จะเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจากเป้าหมายหรือตัวชี้วัดที่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของอปท. เป็นหลัก

2) ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส

3) ปัจจุบันประชาชนไม่ค่อยปรุงอาหารกินเอง แต่จะกินอาหารนอกบ้าน ซึ่งอาหารถูก จึงทำให้ขาดสารไอโอดีน ต้องควบคุมการปรุงอาหารของแม่ค้า เด็กๆ พ่อ/แม่ ซึ่โจ๊ก ข้าวต้มเลี้ยงลูก นอกจากนั้นอาหารถูก มีโอกาสขาดไอโอดีนแล้ว ยังได้รับโซเดียมคลอไรด์และผงชูรสมากเกินไป ขนมหวานยังใส่ผงชูรส กรมอนามัยควบคุมการผลิตขนมเด็ก เรื่องเค็ม/หวาน และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์

4) ภารกิจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อถูกยุบรวมอยู่กับกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพทำให้ถูกมองว่าเป็นงานย่อย จึงขาดความสำคัญในมุมมองของผู้บริหารและมีผู้รับผิดชอบน้อยลง รวมถึงการปรับโครงสร้าง และตัวชี้วัดด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการ ทำให้ความสำคัญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมลดลง

5) ควรสนับสนุนเทคโนโลยีตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เพื่อจะได้ใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า

6) ควรทำต้นฉบับหนังสือ/สื่อ/แผ่นพับประชาสัมพันธ์ฉบับตัวอย่างให้ดาวน์โหลดทางเว็บไซต์

7) ขอรับวัสดุ อุปกรณ์ เอกสารวิชาการ คู่มือ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานเพิ่มเติม เช่น โปสเตอร์ เอกสาร คู่มือกฎหมายเพื่อแจกจ่ายให้เครือข่ายระดับอำเภอ รพ.สต. และ อปท.

8) ศูนย์อนามัยควรมีการสื่อสาร และ/หรือเป็นตัวกลางให้ภาคีเครือข่ายสามารถทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านการส่งเสริมสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน

### การนำไปใช้ประโยชน์

1) นำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อพัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับความต้องการของภาคีเครือข่ายในปีงบประมาณต่อไป

2) นำปัญหาและอุปสรรคของการศึกษา มาวิเคราะห์และพัฒนาวิธีการ รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลการบรรลุวิสัยทัศน์. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด, 2556.
2. ชนิษฐา อินธบาล. การรับรู้และการยอมรับสื่อเอตส์ของผู้มารับบริการในศูนย์กามโรคและโรคเอตส์เขต 6 จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2539.
3. ชานินทร์ ศิลป์จารุ, บรรณาธิการ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.อินเตอร์ พรินท์ จำกัด, 2541.
4. พิตติภรณ์ ตาละนาค. การประเมินผลโครงการพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารสาธารณะและการส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย.[การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551.
5. เรวดี คงสุภาพกุล. การใช้ระบบอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
6. วิภาพร อินทร์ประเสริฐ. การประเมินความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 1-4. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.
7. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. รายงานประจำปี 2555. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2555.
8. อรพิน จิระวัฒน์ศิริ. การใช้ประโยชน์จากสื่ออินเทอร์เน็ตของนักศึกษาปริญญาโท ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวารสารศาสตร์มหาบัณฑิต], กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
9. อำไพศรี โสประทุม. พฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการยอมรับการสื่อสารเครือข่ายคอมพิวเตอร์ระบบอินเทอร์เน็ตของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวารสารศาสตร์มหาบัณฑิต], กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
10. ทรรษา วงศ์ธรรมกุล. การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวารสารศาสตร์มหาบัณฑิต], กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.



## ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

### THE EFFECT OF FOOT REFLEXOLOGY ON PAIN OF THE FIRST STAGE OF LABOR AMONG PRIMIPAROUS

นิภาพรรณ มณีโชติวงศ์<sup>1</sup> ปราณี อีโรโสภณ<sup>2</sup> สมจิตร เมืองพิล<sup>3</sup> ระริน จุลพันธ์<sup>4</sup> ศิริวรรณ สงจันทร์<sup>5</sup>  
ศิวพร ขุมศิริณ<sup>6</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น<sup>1 4 5 6</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น<sup>2 3</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ (RCT) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าทั้ง 2 ข้างๆละ 15 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการนวดหลอกแบบสัมผัสที่เท้าทั้ง 2 ข้างๆละ 15 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวด 5.33 คะแนน ( $\pm 1.79$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีคะแนนระดับความเจ็บปวด 9.60 คะแนน ( $\pm 5.07$ ) ซึ่งน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $Z = -4.774$ ;  $p\text{-value} < .001$ ) ส่วนชนิดของการคลอดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดา และทารก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้อย่างปลอดภัย

**คำสำคัญ :** การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า, ระยะที่ 1 ของการคลอด, ผู้คลอดครรภ์แรก

#### ABSTRACT

This randomized controlled trial was aimed to determine the effect of foot reflexology on pain level of the first stage of labor. The participants were randomly assigned to an experimental group and The control group (N= 15 in each group). The experimental group received a session of foot reflexology at 3 zones, 18 points on both feet for 15 minutes. The control group received an imitated with light touch at the points required to study on both feet for the same period of their foot.

The results were revealed that the average pain level of the experimental group was 5.33 ( $\pm 1.79$ ) which was less than those of the control group which the average pain level was 9.60 ( $\pm 5.07$ ) with statistical significance ( $Z = -4.774$ ;  $p\text{-value} < .001$ ). The types of delivery of the two groups were not different. No maternal and infant complications were found in the group who received foot reflexology. In conclusion, the results pointed out that foot reflexology can be applied safely to reduce pain of the first stage of labor.

**Keywords:** Foot Reflexology, first stage of labor, primiparous

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะมีอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามระยะของการคลอด และความแรงของการหดตัวของมดลูก ในระยะที่ 1 ของการคลอด<sup>(1)(2)</sup> ความปวดในระยะคลอดเป็นความปวดที่รุนแรง เช่น ปวดเสียว ปวดแบบเป็นตะคริว ปวดทึบ ๆ ปวดเหมือนถูกทุบ ปวดเหมือนถูกแทง ปวดร้อน ปวดเหมือนถูกยิง<sup>(3)</sup> ระดับความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพ การสมรส การยอมรับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ และยากระตุ้นคลอด<sup>(4)</sup> ความปวดหรือการเจ็บครรภ์คลอดที่มากขึ้น จะมีผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ<sup>(5)</sup>

ผลกระทบของความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดทางด้านร่างกาย ซึ่งร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยจะมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีการหลั่ง อิพิเนพริน (Epinephrine) และคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะทำให้การหดตัวของมดลูก

น้อยลง ระดับของแคททีโคลามีน (catecholamine) สูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมากเกินไป การเปิดขยายของมดลูกล่าช้าได้<sup>(5)</sup> ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ความเจ็บปวดที่มากจะทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของกระแสเลือด การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกจะเป็นแรงต้าน ทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นไปอีกเป็นวงจร (Fear-tension-pain Syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่องที่ทำให้ผู้คลอดมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง<sup>(4)</sup> ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และไม่ให้ความร่วมมือ เมื่อถึงระยะคลอดไม่มีแรงเบ่งต้องสิ้นสุดด้วยการคลอดหัตถการ ซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ได้แก่ ช่องทางคลอดฉีกขาด การตกเลือดหลังคลอด มดลูกแตกจนอาจเสียชีวิตได้<sup>(6)</sup> นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังส่งผลให้ทารกในครรภ์ ได้รับออกซิเจนลดลงจนอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Fetal distress) เนื่องจากความกลัว ความตึงเครียด ความวิตกกังวล และความ

เจ็บปวด ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดภาวะการหายใจเร็ว ผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว ร่างกายเกิดภาวะเป็นกรด (Hyperventilation, Hypercardia, metabolic acidosis) ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง การไหลเวียนเลือดผ่านมดลูกลดลง การเกิดภาวะเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ หากการคลอดยาวนานจะยิ่งทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การที่ผู้คลอดได้รับการช่วยคลอดด้วยการทำสูติศาสตร์หัตถการอาจทำให้ทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้<sup>(5)</sup> เช่น อันตรายต่อเส้นประสาทที่แขน เส้นประสาทที่ใบหน้า มีเลือดคั่งในชั้นเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ และเลือดออกภายในสมอง เป็นต้น<sup>(7) (8)</sup>

จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่จะต้องหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้บรรเทาความเจ็บปวด ลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรง และเพื่อสร้างประสบการณ์การคลอดให้เป็นไปในทางบวกให้มากที่สุด เพื่อส่งเสริมบทบาทที่ดีของการเป็นมารดาซึ่งจะมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตร และการคลอดบุตรคนต่อไปในอนาคต

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น มีอัตราการคลอดหัตถการในปีงบประมาณ 2554 ซึ่งมีสาเหตุจาก ระยะที่ 1 ของการคลอดไม่ก้าวหน้า และหัวใจทารกในครรภ์เต้นช้า และผู้คลอดมีภาวะเหนื่อยล้า ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 46.35 โดยพบในครรภ์

แรก ถึงร้อยละ 66.97 ซึ่งคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดร้อยละ 86.89 ใช้เครื่องดูดสุญญากาศร้อยละ 13.11 ตามลำดับ จากการสังเกตพบว่าเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งเป็นระยะที่มดลูกหดตัวถี่และรุนแรงขึ้น มารดาครรภ์แรกจะมีพฤติกรรมกรมการเผชิญกับการเจ็บครรภ์ที่ส่งผลให้มารดาเหนื่อยอ่อนล้า โดยเฉพาะในมารดาที่มีระยะปากมดลูกเปิดเร็วยาวนาน เช่น เกร็งตัว กระสับกระส่าย หน้าตาบิดเบี้ยว ร้องไห้ ขอความช่วยเหลือจากญาติ หรือพยาบาลทุกครั้งที่มีมดลูกมีการหดตัว และร้องขอให้ผ่าตัดคลอด ส่งผลให้มารดาเหนื่อย อ่อนล้าและไม่มีแรงเบ่ง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

ดังนั้นการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด จึงเป็นวิธีการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกได้ โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก ซึ่งจะมีระยะที่ 1 ของการคลอด ยาวนานมากกว่าครรภ์หลัง และเสี่ยงต่อการใช้หัตถการสูงด้วยเช่นกัน<sup>9</sup>

ปัจจุบันมีการนำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามาใช้ในระยาระคลอดหลายวิธี เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ การเพ่งจุดสนใจและจินตนาการ การประคบร้อนประคบเย็น การใช้น้ำในการบำบัด การสะกดจิต การกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ด้วยไฟฟ้าผ่านทางผิวหนัง (TENS) การฝังเข็ม การนวด การกดจุด และการกดจุดสะท้อนโดยการนวดกดจุดสะท้อนอาศัยหลักพื้นฐานเดียวกับการฝังเข็ม คือตำแหน่งจุด ต่าง ๆ บนร่างกาย มีความเชื่อมโยงกับอวัยวะภายในร่างกาย แต่การนวดกดจุดสะท้อนพบว่ามีความปลอดภัยกว่าการฝังเข็ม เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่

ได้รุกร้าภายในร่างกาย (Non invasive) เป็นศาสตร์ที่ได้รับการรับรองจาก WHO ว่ามีความปลอดภัย สามารถลดความเจ็บปวด ได้ดี<sup>(10)</sup> การกดจุดสะท้อนสามารถนวดกดจุดได้ที่ ใบหู มือ และที่เท้า ขึ้นกับอวัยวะที่ต้องการบำบัด แต่ที่ฝ่าเท้ามีตำแหน่งที่กระตุ้นแนวประสาทบริเวณไขสันหลัง ที่เกี่ยวข้องกับการปิดประตูสัญญาณความเจ็บปวด<sup>(11) (12)</sup> ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนหลายตำแหน่งที่เท้า จะกระตุ้นการทำงานของหลายอวัยวะ เพื่อให้เกิดความสมดุลในการทำงานร่วมกัน การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า มีรายงานนำมาใช้ทางการผดุงครรภ์<sup>(13)</sup> เช่น ลดอาการไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์<sup>(14)</sup> ลดการบวมของเท้าในระยะท้ายของการตั้งครรภ์<sup>(15)</sup> ลดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด<sup>(16) (17)</sup> และลดปวดในระยะคลอด ได้แก่

Lisberg 1989 cited in Kunz & Kunz,<sup>(18)</sup> ทำการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ในมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ ที่เลือกวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ในการลดปวด จำนวน 103 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดา ร้อยละ 89.71 ระบุว่า การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า สามารถช่วยลดปวดได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Chang, and Kang,<sup>(16)</sup> ที่ทำการศึกษา การนวดกดจุดสะท้อนที่จุด เอสพี 6 (SP 6) ที่บริเวณข้อเท้าด้านในถึงน่อง ต่อระดับความเจ็บปวด ในมารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเกาหลี จำนวน 75 ราย โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับการกดจุดสะท้อนที่จุด เอสพี 6 จำนวน 36 ราย และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการสัมผัสที่จุด เอสพี 6 เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 3

เซนติเมตร จำนวน 39 ราย ใช้เวลาในการนวด 30 นาที วัดระดับความเจ็บปวดหลังการนวดกดจุดสะท้อน 30 และ 60 นาที ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung, Hung, and Huang,<sup>(3)</sup> ที่ทำการศึกษา ผลของการกดจุด L14 และจุด BL 67 ต่อการเจ็บครรภ์คลอด และการหดตัวของมดลูก ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 127 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการกดจุด L14 บริเวณง่ามมือจุดที่อยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ หรือจุด BL 67 ที่บริเวณปลายนิ้วก้อยของเท้าทั้ง 2 สองข้าง จุดใดจุดหนึ่ง ส่วนกลุ่มที่ 3 ได้รับการนวดกดจุด ทั้งจุด L14 และจุด BL 67 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้วิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่จุด L14 และจุด BL 67 เกิดการผ่อนคลาย ลดการเจ็บครรภ์คลอด ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อน หรือกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่จุดใดจุดหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ วิลาวัลย์ สุท,<sup>(19)</sup> ที่ทำการศึกษา ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อการลดความเจ็บปวดของมารดาหลังผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้องในระยะ 24-48 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 16 ราย กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เป็นระยะเวลา 10 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการนวดหรือกดเท้าแบบไม่ออกแรงนวดหรือกดเป็นเวลา 10 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดหลังการ  
นวดเท้า 2 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะมี  
วิธีการศึกษาแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการปกปิด  
2 ทาง (RCT) และผลการศึกษาพบว่าระยะเวลา  
ของการคลอตในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการศึกษาการ  
นวดกดจุดสะท้อนเพื่อลดปวดยังไม่มีการคำนวณ  
ขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการทางสถิติ<sup>(18)</sup> ใช้ระยะ  
เวลาการศึกษาเป็นตัวกำหนดขนาดตัวอย่าง และ  
ตัวแปรที่ควบคุมไม่ครอบคลุมตัวแปรที่อาจมีผล  
ต่อระดับความเจ็บปวด ของการคลอต เช่น ส่วน  
สูง ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของทารกในครรภ์  
เป็นต้น จึงทำให้ผลการศึกษานี้อาจมีความคลาด  
เคลื่อนได้

ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ใช้การนวดกดจุด  
สะท้อนที่เท้า ในการศึกษาเพื่อยืนยันผลของการ  
นวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวด  
ในระยะที่ 1 ของการคลอต โดยมีการควบคุม  
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับระดับความเจ็บปวดใน  
ระยะที่ 1 ของการคลอต เช่น อายุ จำนวนครั้ง  
ของการคลอต ค่าดัชนีมวลกาย ความสูง และการ  
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นต้น มีการคำนวณ  
ขนาดตัวอย่างด้วยวิธีทางสถิติ มีการสุ่มกลุ่ม  
ตัวอย่างแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการปกปิด  
2 ทาง (Double Blind) เพื่อให้ผลการศึกษามี  
ความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางใน  
การลดระดับความเจ็บปวด และส่งเสริมความ  
ก้าวหน้าของการคลอต ต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า  
ต่อระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการ

คลอต

#### สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มผู้คลอตครรภ์แรกที่ได้รับการนวดกด  
จุดสะท้อนที่เท้า มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า  
กลุ่มผู้คลอตครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ตัวแปรที่ใช้ในศึกษา

##### ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า 3 โชน 18 จุด

##### ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอต

#### ขอบเขตของการวิจัย

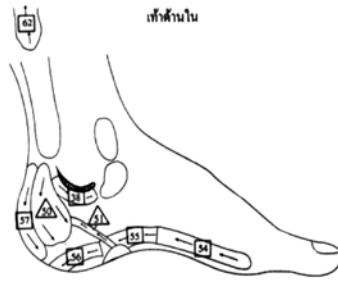
การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาผลของการ  
นวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวด  
ในระยะที่ 1 ของการคลอต โดยทำการนวดกด  
จุดสะท้อนที่เท้า 3 โชน 18 จุด และทำการศึกษา  
ในผู้คลอตครรภ์แรก ที่มาคลอตที่โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ระหว่าง  
เดือน มิถุนายน 2556 – เดือน กันยายน 2556

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot  
Reflexology) หมายถึง การใช้แรงของนิ้วมือผู้  
นวดกดลงบริเวณเท้าที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง  
กับอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ตามความเชื่อ  
ของศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ในที่นี้  
ทำการนวดโดยผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม โดย  
นวดบริเวณ 3 โชน 18 จุด ที่เท้าข้างซ้าย และข้าง  
ขวา ข้างละ 15 นาที รวม 30 นาที โดยทำการ  
นวดกดจุดสะท้อนที่เท้า 1 ครั้ง เมื่อปากมดลูก  
เปิดขยาย 4 เซนติเมตร บริเวณที่นวด มีดังนี้

1.1 นวดที่โชนเท้าซ้ายด้านใน โดยเริ่มนวดกดจุดสะท้อนตามหมายเลข 51, 50, 54, 55, 56, 57, 38 และ 62 ที่เป็นจุดสะท้อนไปยัง ช่องคลอด, มดลูก, กระจกสันหลังช่วงอก, กระจกสันหลังช่วงเอว, กระจกสันหลังช่วง

ก้นกบ, กระจกสันหลังด้านใน, กระจกสะโพก และเส้นประสาทตามลำดับ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดรูตลง หรือกดรูตขึ้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหมายเลขและทิศทางของหัวลูกศรที่กำหนด จุดละ 10 ครั้ง (ดังรูป)



รูปที่ 1 แสดงตำแหน่งจุดสำหรับนวดกดจุดสะท้อนโชนเท้าซ้ายด้านใน

1.2 นวดที่โชนฝ่าเท้าซ้ายที่ ตำแหน่งหมายเลข 20, 33, 1, 3, 14 และหมายเลข 4 ที่เป็นจุดสะท้อนไปยังประสาทท้อง, หัวใจ, สมอใหญ่, สมอเล็ก, ปอด และ ต่อมใต้สมอง

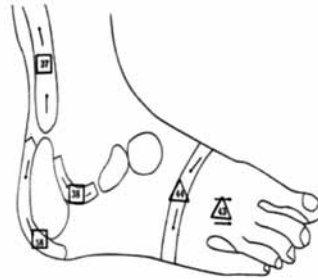
ตามลำดับโดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดรูตลง หรือกดรูตขึ้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหมายเลขและทิศทางของหัวลูกศรที่กำหนด จุดละ 10 ครั้ง (ดังรูป)



รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งจุดสำหรับนวดกดจุดสะท้อนโชนฝ่าเท้าข้างซ้าย

1.3 นวดโชนเท้าซ้ายด้านนอก หมายเลข 44, 43, 37, 58 และ 38 ที่เป็นจุดสะท้อนไปยัง กระบังลม, ทรวงอก, ท้องน้อย, กระจกสันหลังด้านนอก และ กระจกสะโพก ตามลำดับ โดย

ใช้นิ้วหัวแม่มือกดรูตลง หรือกดรูตขึ้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหมายเลขและทิศทางของหัวลูกศรที่กำหนด จุดละ 10 ครั้ง (ดังรูป)



รูปที่ 3 แสดงตำแหน่งจุดสำหรับนวดกดจุดสะท้อนโซนเท้าด้านนอก ข้างซ้าย

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ใช้กรอบแนวคิดของหลักการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า จะกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-beta มากกว่าการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก A-delta fiber และเส้นใยประสาท C-fiber ซึ่งเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เป็นเส้นใยประสาทที่นำสัญญาณเข้าไปปรับเปลี่ยนให้ความปวดน้อยลง และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า 3 โซน ได้แก่ โซนเท้าด้านใน โซนเท้าด้านนอก และ โซนฝ่าเท้า 18 จุด จะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ทำให้ผ่อนคลาย และสุขสบายได้<sup>(20)</sup>

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ อรุณ จิรวัดน์กุล และใช้ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ได้จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยมาแทนค่าได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกในระยะตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นหญิงตั้ง

ครรภ์เดี่ยวที่คลอดบุตรครั้งแรก อายุระหว่าง 20-34 ปี อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติการได้รับการผ่าตัดมดลูก มีความสูงตั้งแต่ 145 เซนติเมตร ขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 29.0 หรือ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ตั้งแต่ 5 กิโลกรัม แต่ไม่เกิน 20 กิโลกรัม ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้มากลอด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติของการเข้าร่วมวิจัยเมื่อแรกรับที่ห้องคลอด โดยจะคัดออกจากการวิจัยเมื่อปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 4 เซนติเมตร และมีข้อห้ามในการนวดเท้า ได้แก่ เป็นมะเร็งที่ผิวหนัง มีแผลที่เท้า มีเส้นเลือดดำอักเสบ ท่อน้ำเหลืองอักเสบเฉียบพลัน หลอดเลือดดำอักเสบ เท้าเจริญผิดปกติ และติดเชื้อราที่เท้า ส่วนในระยะรอคลอดจะคัดออกจากการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับยาออกซิโตซิน หรือยาบรรเทาปวด มีความดันโลหิตสูงเกินกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท มีไข้ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ขึ้นไป ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะขาด

ออกซิเจน น้ำคร่ำมีซีเทอปานและสายสะดือพลัดต่ำ การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะได้รับการสุ่มโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตร กลุ่มทดลองจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยผู้วิจัยเองบริเวณ 3 โซน คือ โซนเท้าด้านใน โซนเท้าด้านนอก และโซนฝ่าเท้า รวม 18 จุด ที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ๆ ละ 15 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยนวดหลอกแบบสัมผัสที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ๆ ละ 15 นาที เช่นกัน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการนวดเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ขณะศึกษากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแล ตามมาตรฐานของห้องคลอดเท่าเทียมกันทุกราย และพยาบาลประจำเวรเป็นผู้นำแผ่น VAS ให้ผู้คลอดเป็นผู้ประเมิน และลงบันทึกคะแนนความเจ็บปวดด้วยตนเอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเป็นผู้ทำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการลงน้ำหนักกดจุดตามจุดสะท้อนต่าง ๆ ที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบบันทึกการวัดคะแนนความเจ็บปวดด้วยสายตา (VAS)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t- test และ chi-square วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t- test แบบความแปรปรวนเท่ากัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} = 0.05$

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีการปฏิบัติที่แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีความซื่อสัตย์ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย มีการให้ข้อมูลและตอบคำถามแก่ผู้ร่วมวิจัยทุกคำถาม และให้การดูแลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีความปลอดภัยเป็นอันดับแรก

### ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 25.67 และ 23.33 ปี ตามลำดับ ( $t\text{-test} = 1.806$ ;  $p\text{-value} = .082$ ) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.06 และ 18.98 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ตามลำดับ ( $t\text{-test} = .952$ ;  $p\text{-value} = .349$ ) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาคลอด 38.53 และ 38.53 สัปดาห์ ตามลำดับ ( $t\text{-test} = .088^\#$ ;  $p\text{-value} = .935$ ) น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,066.00 และ 3,174.66 กรัม ตามลำดับ ( $t\text{-test} = -.952$ ;  $p\text{-value} = .349$ ) และระดับการศึกษา รวมทั้งอาชีพทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $\chi^2 = .000$ ;  $P\text{-value} = 1.000$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรรค์ อายุครรรค์ และน้ำหนักทารก ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=15)		กลุ่มควบคุม(n=15)		t-test	p-value
	$\bar{x}$	sd.	$\bar{x}$	sd.		
อายุ (ปี)	25.67	3.90	23.33	3.13	1.806	.082
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรรค์ (กิโลกรัม: ตารางเมตร)	20.06	3.14	18.98	3.03	.952	.349
อายุครรรค์ (สัปดาห์)	38.53	1.18	38.53	.516	.088 <sup>#</sup>	.935
น้ำหนักทารก (กรัม)	3,066.00	280.50	3,174.66	341.46	-.952	.349

<sup>#</sup> ใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	60.0	9	60.0	.000	1.000
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	40.0	6	40.0		
<b>อาชีพ</b>						
แม่บ้าน	2	13.3	7	46.7	4.374	.224
ใช้แรงงาน	5	33.4	4	26.7		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานบริษัท	5	33.3	2	13.3		
ค้าขาย	3	20.0	2	13.3		

2) ผลของการนวดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผู้วิจัยทำการประเมินผลของการนวดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวดใน

ระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนระดับความเจ็บปวด 5.33 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนระดับความเจ็บปวด 9.60 คะแนน ซึ่งคะแนนระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 4.26 คะแนน โดย

น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $Z = -4.774$ ;  $p\text{-value} < .001$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		Z	p-value	Mean Difference
	$\bar{x}$	sd.	$\bar{x}$	sd.			
คะแนนความเจ็บปวด	5.33	1.79	9.60	.507	-4.774 <sup>#</sup>	<.001***	-4.26

หมายเหตุ <sup>#</sup> ใช้สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

\*\*\*หมายถึง  $p\text{-value} < 0.001$

### 3) ผลลัพธ์ของการคลอด

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ ชนิดของการคลอด และค่าคะแนนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาที ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผลการศึกษามี ดังนี้

#### 3.1 ชนิดของการคลอด

จากการศึกษา พบว่า ชนิดของการคลอด ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีการคลอดทางช่องคลอด 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 80 มีการคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.33 เนื่องจากการป้องกันการคลอดยาวนาน (Prophylactic) ทั้ง 2 คน และมีการคลอดโดยการผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้อง 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.67 เนื่องจากเด็กอยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ด้านล่าง (Occiputposteria: OPP) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการคลอดทางช่องคลอด 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 80 และมีการคลอดโดยการผ่าตัด

เอาบุตรออกทางหน้าท้อง 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 20 เนื่องจากการคลอดไม่ก้าวหน้าทั้ง 3 คน

#### 3.2 ค่าคะแนน การประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด (Apgar score)

จากการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพ ของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที ของกลุ่มทดลองทุกราย มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมี 1 รายที่มีค่าคะแนน Apgar 7 คะแนน ซึ่งทารกได้รับการช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นให้ทารกร้อง และให้ออกซิเจน จนกระทั่งทารกหายใจสม่ำเสมอ มีความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดร้อยละ 97 ประเมินค่าคะแนน Apgar ที่ 5 นาที ได้เท่ากับ 8 คะแนน แต่อัตราการหายใจยังเร็วกว่าปกติ 68 ครั้งต่อนาที จึงส่งทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารก (Sick New Born: SNB) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ผลลัพธ์ของการคลอด

ผลลัพธ์ของการคลอด	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดการคลอด</b>				
คลอดปกติ	12	80.0	12	80.0
ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	2	13.33	-	-
ผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าอก	1	6.67	3	20
<b>ค่าคะแนนทารกแรกเกิดที่ 1 นาที (Apgar Score)</b>				
0 - 7	0	0.0	1	6.67
8 - 10	15	100	14	93.33

### การอภิปรายผลการวิจัย

1) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวด 5.33 คะแนน และกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเจ็บปวด 9.60 คะแนน ซึ่งคะแนนความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 4.26 คะแนน โดยน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $Z = -4.774$ ;  $p\text{-value} < .001$ ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในระยะเจ็บครรภ์กล้ามเนื้อดลูกจะมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาของการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นตามลำดับ การรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสูงจะก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวต่อการคลอด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) ให้หลั่งสารอดรีนาลิน และคอร์ติซอล มากขึ้น มีผลทำให้กล้ามเนื้อดลูกมีการตึงเครียด (Tension) และหดเกร็งตัว

(Rigidity) เกิดการเผาผลาญพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติก ส่งผลให้ผู้คลอดยังรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ตามวงจร Fear-tension-pain syndrome<sup>(19)</sup> ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนที่โซนเท้าด้านใน ที่จุดสะท้อนหมายเลข 54, 55, 56, 57 และหมายเลข 58 ซึ่งเป็นจุดสะท้อนไปยังกระดูกสันหลังตั้งแต่ช่วงอก ช่วงเอว จนถึงก้นกบ การนวดกดจุดสะท้อนเหล่านี้ จะกระตุ้นศักยไฟฟ้าเคมี (Action potential) ที่ส่งผ่านการรับรู้ความรู้สึกในระดับไขสันหลังไปยังระบบประสาทส่วนกลาง โดยทำให้มีการยับยั้งสัญญาณรับรู้ความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังไปยังสมองตามทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate Control Theory) ทำให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดในระดับที่ลดลง และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม<sup>(5)</sup>

ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า บริเวณจุดต่าง ๆ เหล่านี้จะทำงานร่วมกัน ส่งผลให้สะท้อนไปยังกระดูกสันหลังตั้งแต่ช่วงอก ช่วงเอว

จนถึงก้นกบ ซึ่งจะสะท้อนไปยังกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ช่วงอก ช่วงเอว จนถึงก้นกบ ที่จะส่งผ่าน การรับรู้ความรู้สึกในระดับไขสันหลังไปยังระบบ ประสาทส่วนกลาง โดยทำให้มีการยับยั้งสัญญาณ รับรู้ความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลัง ทำให้การรับรู้ ความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวด กุดจุดสะท้อนที่เท้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Lee, Chang, and Kang<sup>(16)</sup> ที่ทำการศึกษา การกวดจุด เอสพี 6 ต่อระดับความ เจ็บปวด และระยะเวลาของการคลอດ ที่บริเวณ ข้อเท้าด้านในถึงน่อง ซึ่งใกล้เคียงกับจุดสะท้อน หมายเลข 62 ในการศึกษาครั้งนี้ ที่สะท้อนไปยัง แนวเส้นประสาทขา ในมารดาที่มาคลอດที่โรง พยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเกาหลี จำนวน 75 ราย โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ที่ได้ รับการกวดจุด เอสพี 6 จำนวน 36 ราย และกลุ่ม ควบคุม ที่ได้รับการสัมผัสที่จุด เอสพี 6 เมื่อปาก มดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร จำนวน 39 ราย ใช้ เวลาในการกวดจุดสะท้อน 30 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวด และ ระยะเวลาของการคลอດ สั้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Motha and McGrath<sup>(20)</sup> เป็นการรายงานผล ศึกษาของการกวดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระยะเวลา การคลอດ ในมารดาที่มาคลอດที่โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ จำนวน 64 ราย ใน จำนวนนี้มีเพียง 37 ราย ที่ได้รับการนวดกุดจุด สะท้อนครบ 10 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ที่ได้รับการนวดกุดจุดสะท้อนใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอດ เฉลี่ย 5 ชั่วโมง นอกจากนั้นยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Liisberg<sup>(20)</sup> ทำการ

ศึกษาการนวดกุดจุดสะท้อนที่เท้า ในมารดาที่มา คลอດที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษ ที่เลือกวิธีการนวดกุดจุดสะท้อนที่เท้า ในการลด ปวด จำนวน 103 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดา ร้อยละ 89.71 ระบุว่า การนวดกุดจุดสะท้อนที่ เท้า สามารถช่วยลดปวดได้

ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกุดจุด สะท้อนที่เท้า ช่วยทำให้มีการผ่อนคลายในระดับลึก มีการเผชิญความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม ส่งผล ทำให้ระดับความเจ็บปวด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับการนวดกุดจุดสะท้อนที่เท้า อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

**2) ความปลอดภัยของการนวดกุดจุด สะท้อนที่เท้า** จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งรุนแรงและไม่รุนแรงใน ระยะรอคลอດ ระยะคลอດ และระยะหลังคลอດ โดยไม่พบการคลอດยาวนาน มดลูกหดรัดตัว ผิดปกติในระยะคลอດ และระยะหลังคลอດ นอกจากนี้ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนทั้งรุนแรง และไม่รุนแรงต่อทารกในครรภ์ และทารกแรก เกิด เช่น ไม่พบภาวะขาดออกซิเจนของทารก ในครรภ์ (Fetal distress) และภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) เป็นต้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การนวดกุดจุดสะท้อน ที่โซนฝ่าเท้า ที่จุดสะท้อนหมายเลข 1 เป็นจุดที่ สะท้อนไปยังสมองใหญ่ (Cerebrum) และจุด สะท้อนหมายเลข 3 เป็นจุดที่สะท้อนไปยังสมอง เล็ก (Cerebellum) ซึ่งทั้งสองตำแหน่งนี้จะส่งผล ให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทไฮโปธาลามัส และต่ออมพิธูอิตารีส่วนหน้า ทำให้ฮอร์โมน Endorphins หลั่งออกมามากขึ้น<sup>(17)</sup> ซึ่งสารนี้ จะทำให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึก

(Relaxation) ทั้งภายนอกและภายในทั่วร่างกาย และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าบริเวณโซนฝ่าเท้า ที่จุดสะท้อนหมายเลข 14 เป็นจุดที่สะท้อนไปยังปอด และที่จุดสะท้อนหมายเลข 33 เป็นจุดที่สะท้อนไปยังหัวใจ และนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าบริเวณโซนเท้าด้านนอก ที่จุดสะท้อนหมายเลข 43 และ 44 เป็นจุดที่สะท้อนไปทรวงอก และกระบังลม ทั้งสี่ตำแหน่ง จะช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจให้มีประสิทธิภาพ หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะมดลูก และทารกในครรภ์<sup>(20)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Chung, Hung, and Huang<sup>(3)</sup> ที่ศึกษาผลของการกดจุดสะท้อน L14 ที่บริเวณหลังมือ ซึ่งอยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ และจุดสะท้อน BL 67 ที่บริเวณโซนเท้าด้านนอก ซึ่งอยู่ที่ปลายนิ้วก้อยด้านข้าง ต่อการหดตัวของมดลูก และความปลอดภัย ในผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 127 ราย โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการกดจุด L14 หรือจุด BL 67 จุดใดจุดหนึ่ง ส่วนกลุ่มที่ 3 ได้รับการกดจุดทั้งจุด L14 และจุด BL 67 ซึ่งในขณะที่ทดลองมีการทำ External fetal monitor continuous ไว้เพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก และประเมินสภาพทารกในครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการกดจุด L14 และจุด BL 67 ไม่มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดา และทารก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Maa, et al.<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาผลของการกระตุ้นที่จุดสะท้อนเอสพี 6 ที่บริเวณข้อเท้าด้านในตั้งแต่ข้อ

เท้าจนถึงน่อง ด้วยการฝังเข็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอด 233 ราย มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 116 ราย กลุ่มควบคุม 117 ราย ทำการศึกษาในระยะปากมดลูกเปิด 2-9 เซนติเมตร ต่อความปลอดภัยในระยะคลอด โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝังเข็ม และกระตุ้นไฟฟ้า กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าหลอก ผลการศึกษาพบว่า ในการประเมินด้านความปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการดูแล โดยไม่พบความแตกต่างของการหดตัวของมดลูกที่ผิดปกติและภาวะตกเลือดในมารดา และไม่พบความแตกต่างของค่าคะแนน Apgar ในทารกแรกเกิด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Chang and Kang<sup>(16)</sup> ที่ทำการศึกษากดจุดสะท้อนที่เท้าที่จุด เอสพี 6 ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในมารดา 75 ราย โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ที่ได้รับการกดจุดสะท้อนที่จุด เอสพี 6 จำนวน 36 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการสัมผัสบริเวณจุด เอสพี 6 เมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ใช้เวลาในการนวด 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ของการคลอดไม่มีรายงานภาวะแทรกซ้อนของมารดา และทารก

นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบอาการฟกช้ำบริเวณที่นวด ทั้งนี้เนื่องจาก การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เป็นวิธีการที่ใช้นิ้วมือ ออกแรงกดกระตุ้นบนตำแหน่งเท้าภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะ และมีความชำนาญในการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ซึ่งเป็นผู้ที่ลงมือนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยตนเอง มีการควบคุมการออกแรงกดให้เท่า ๆ กันทุก ๆ ตำแหน่ง และมีการประเมินความ

เจ็บปวด บริเวณที่นวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยการสอบถามผู้คลอดว่ามีความรู้สึกเจ็บปวดหรือไม่ จึงทำให้บริเวณที่ทำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ไม่เกิดอาการฟกช้ำหลังการนวด

ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า จากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีรายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งต่อมารดาและทารก จึงสามารถใช้การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เป็นวิธีการดูแลที่ช่วยลดเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้โดยไม่ใช้ยาที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดา และทารก

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าไปใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อลดความเจ็บปวด โดยอาจประสานกับแพทย์แผนไทยในการให้บริการ ซึ่งอาจจัดเข้าเป็นการบริการในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของหลักประกันสุขภาพ และอาจมีการประยุกต์ใช้วิธีการ

นวดกดจุดสะท้อนที่เท้าอย่างง่าย โดยอาจเลือกจุดสะท้อนบางจุด เพื่อฝึกสอนญาติให้มีส่วนร่วมในการนวดให้กับผู้คลอดในระยะรอคลอด

2. ด้านการศึกษา ควรนำความรู้เกี่ยวกับวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าไปสอนนักศึกษาพยาบาลในหัวข้อการดูแลทางเลือกในระยะรอคลอด เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลทางเลือก ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอด เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้

3. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อระดับความเจ็บปวด ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และในบริบทอื่น ๆ รวมทั้งศึกษาในกลุ่มผู้คลอดครรภ์หลัง เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรได้กว้างขึ้น รวมทั้งควรศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าในระยะหลังคลอด ต่อการหลังน้ำนม และการป้องกันตกเลือดหลังคลอด

### เอกสารอ้างอิง

1. Burroughs A. Maternity nursing: an introductory text (6 th ed) Philadelphia: W. B. Saunders Company 1992.
2. Jayasinghe C. Biass, NH. Pain management in the Critically ill Obstetric patient. Critical Care Clinics 1999; 15, 201-229.
3. Chang MY, Chen C-H, Hung K-F. A comparison of Massage effects on labor pain using the McGill Pain, 2006.
4. ศศิธร พุมดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. สงขลา: เค ก้อปี้; 2554.
5. Bonica JJ. Labor Pain cited in Wall PD, Malzack R. Textbook of Pain. 3rd New York: Churchill Livingstone: 615-640.

6. Mishra SK, Morris N, Uprety DK. Uterine rupture: preventable obstetric tragedies?. J Obstet Gynaecol 2008; 46(6): 541-5.
7. มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และ ประเสริฐ คັນสนีย์วิทย์กุล. ตำราสูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ, 2548.
8. นฤมล ชีระรังสิกุล และ ศิริยุพา สนั่นเรือง. การพยาบาลทารก. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์, 2548.
9. Greulich, B., and Tarrant, B. (2007). The latent phase of labor: diagnosis and management. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(3), 190-198.
10. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and child birth: A guide for midwives and doctors. Geneva: Organization, 2003.
11. ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์. นวดกดจุดฝ่าเท้าที่ถูกละเลยทางการแพทย์. การอบรม การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า. กรุงเทพฯ: ไทยลดดา, 2551.
12. Stephenson, N. L.N., Swanson, M., Dalton, J., Keefe, F.J., and Engelke, M. Partner-Delivered Reflexology: effects on cancer pain and anxiety. Oncology Nursing Forum, 34(1), 127-132, 2007.
13. Tiran, D. The use complementary therapies in midwifery practice: a focus on reflexology. Complementary therapies in Nursing Midwifery, (2), 32-37, 1996.
14. Donal, P. and O'Mathuna. . Alternative Therapies in Women's Health. Science-based Information for Clinicians, 9(3), 17-24, 2007.
15. Mollart, L.. Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology technique versus rest, on ankle and foot edema in late pregnancy. Complementary Therapy in Nursing & Midwifery, (9), 203-208, 2003.
16. Lee, M.K., Chang, S.B. and Kang, D-H. Effect of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10(6), 959-965, 2004.
17. นิภาพรณ มณีโชติวงศ์. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
18. Kunz, B. and Kunz, K. Findings in research about Safety, Efficacy, Mechanism of action and Cost-Effectiveness of reflexology (Revised). Retrieved 13 December 2009, from <http://www.Reflexology-reseach.com>, 2003.

19. วิลาวัลย์ สุท, สร้อยอนุสรณ์ธีรกุล, วิชัย อิงพินิจพงศ์. ผลของการนวดเท้าต่อการลดความเจ็บปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2552: 32(4); 64-72.
20. Kunz B, Kunz K. The complete guide to foot reflexology. (3rded). NM: RRP press; 2005.



**ปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยา  
ไปสู่การปฏิบัติ ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น**  
**FACTORS AFFECTING THE IMPLEMENTATION OF  
MEDICATION MANAGEMENT STANDARD AT HEALTH  
PROMOTION CENTER 6, KHON KAEN**

ภญ.ศศิวิมล ทองพัว      เภสัชกรชำนาญการ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

**บทคัดย่อ**

การศึกษาภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหาระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติรวมทั้งระบุปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น **วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ที่เกี่ยวข้องกับระบบยา ในระหว่าง 15 พฤษภาคม 2556 – 15 มิถุนายน 2556 จำนวน 108 คน ซึ่งตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับนำมาตรฐานด้านยาไปสู่การปฏิบัติ **ผลการศึกษา:** ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 88 ราย (81.48%) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.9 อายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D. = 9.3 ปี) ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.10 ดำรงตำแหน่งพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 21.12 ปี (S.D. = 12.8 ปี) มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA 3.72 ปี (S.D. = 4.6 ปี) และเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับ HA ร้อยละ 89.8 เมื่อพิจารณาระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมมีการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.46 (S.D. = 0.75) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.836$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น คือ ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยทั้งสองสามารถร่วมทำนายการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติได้ 74.3%

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 คือ ปัจจัยด้านวิธีการจัดการและ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ดังนั้น หากเพิ่มการสนับสนุนปัจจัยทั้งสองนี้จากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจะส่งผลต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดการด้านยาของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วย

### Abstract

This cross-sectional survey study was aimed to determine the level of the implementation of medication management standard and identify factors affecting the implementation of medication management standard in Health Promotion Center Region 6 Khon Kaen. **Methods:** the population was 108 healthcare workers in Health Promotion Center Region 6 Khon Kaen who related to medication system during May 15, 2013 to June 15, 2013. Healthcare workers were asked to answer the self-administered questionnaire. **Results:** The respondents were 88 cases (81.48 % ) that most of them were female (98.9 % ) , average age was 47 years old (SD = 9.3 years ),the highest education levels were bachelor's degree (76.1%) and most of them were nurse (75.0%).Average working experience was 21.12 years (SD = 12.8 years), experience with quality improvement with HA standard was 3.72 years (SD = 4.6 years) and had been training about HA standard 89.8 %. Additionally, Health Promotion Center Region 6 Khon Kaen had the level of implementation of medication management standard were high ( $\bar{x} = 3.46, SD = 0.75$ ) while administration factor was found in moderate level ( $\bar{x} = 3.47, SD = 0.55$ ). The statistic analysis with correlation coefficient of Pearson found that all of administration factors significantly related to the medication management standard positively ( $r = 0.836, p\text{-value} = <0.001$ ). Using the multiple logistic regression analysis, factors that significantly affecting the implementation of medication management standard in Health Promotion Center Region 6 Khon Kaen were composed of variables from method and material factor with statistical significance at 0.05 ( $p\text{-value} <0.001$ ). Both of method and material factor predicted the implementation of medication management standard in 74.3%.**Conclusion and recommendation :** The factors affecting the medication management standards into practice in Health Promotion Center Region 6 Khon Kaen were method factor and material factor.The strategy proceeding of drug system development should be support these factors by hospital administration committee.

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goals) เป็นประเด็นที่โรงพยาบาลทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากถือเป็นความท้าทายที่องค์กรอนามัยโลกได้ประกาศให้โรงพยาบาลร่วมกันศึกษาสถานการณ์และให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางเกี่ยวกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหนึ่งในแนวทางดังกล่าวได้แก่ ความปลอดภัยด้านยา (Medication safety) <sup>(3)</sup> จากข้อมูลของสถาบัน Institute Of Medicine (IOM) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้รายงานไว้ว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายถึง 44,000-98,000 คนต่อปี คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียถึง 17-29 พันล้านเหรียญสหรัฐ และพบว่าในจำนวนโรงพยาบาล 7,000 แห่งในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยาประมาณ 7,000 รายต่อปี และที่ได้รับอันตรายในระดับต่างๆ อีกประมาณ 777,000 ราย คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียถึงปีละ 15 พันล้านเหรียญ โดยยาเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ <sup>(1)</sup> ในปัจจุบันความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล สังคม และชุมชนโลกให้ความสนใจมากขึ้น ข้อมูลระดับความไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากงานวิจัยซึ่งแสดงถึงตัวเลขที่มากกว่าที่คาดจึงจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องมองหาวิธีการที่ได้ผลกว่าในการค้นหาเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเพื่อลดอันตรายดังกล่าว <sup>(1)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้วางนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและคุณภาพการบริการในทุกกระดับ เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ซึ่งหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญคือ สถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน <sup>(1)</sup> จากนโยบายดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขนำไปกำหนดทิศทางในการดำเนินงานและการให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาและบริการของโรงพยาบาล ด้วยมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาโรงพยาบาล

ระบบการจัดการด้านยาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากการจัดการด้านยาเกี่ยวข้องในทุกกระบวนการไม่ว่าจะเป็นการบรรเทา การบำบัดอาการ การป้องกัน และการให้การรักษาโรคและสภาวะของผู้ป่วย นอกจากนี้ในเชิงระบบยังครอบคลุมเรื่องการวางแผน การจัดองค์กร และการประเมินผลการจัดการเชิงระบบ ทั้งนี้โดยมีเป้าประสงค์หลักที่สำคัญคือความปลอดภัยของผู้ป่วย <sup>(3)</sup> ดังนั้นหากต้องการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล ระบบการจัดการด้านยาจึงเป็นระบบที่สำคัญที่บุคลากรในโรงพยาบาลควรตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการและส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในที่สุด

อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหารเป็นประเด็นสำคัญที่จะสนับสนุนให้การปฏิบัติงานขององค์กรมี

ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะต้องบูรณาการกันอย่างเหมาะสม เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานรวมถึงการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และวิธีการจัดการ (Manage) อันเป็นองค์ประกอบของปัจจัยพื้นฐานซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร<sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น เป็นหน่วยงานของกรมอนามัยที่มีบทบาทด้านการบริการเชิงสาธิต ซึ่งให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ทั้งนี้ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ในขั้นที่ 3 ได้ จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยเฉพาะระบบยา ซึ่งมีความสำคัญดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการนำมาตรฐานไปปฏิบัติซึ่งยังขาดการวิเคราะห์เฉพาะประเด็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการด้านยาโดยตรง ทำให้การพัฒนาและปรับปรุงระบบยาเกิดช่องว่าง ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายด้านการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในครั้งนี้ จึงเป็นความจำเป็นที่โรงพยาบาลควรพิจารณาเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของระบบยา

ในโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอันจะนำมาซึ่งแนวทางการสนับสนุนให้มีการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ส่งผลต่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อให้ทราบระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติของศูนย์อนามัยที่ 6
2. เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติของศูนย์อนามัยที่ 6

**ขอบเขตการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจสถานการณ์การนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น โดยประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรในหน่วยบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 100 คน โดยทำศึกษาในเดือนพฤษภาคม 2556

**สมมติฐานการวิจัย** ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System) และการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ (SPA II-6) ระบบการจัดการด้านยา เป็นระบบที่สำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีกลไกที่จะนำมาตรฐาน HA ไปสู่การปฏิบัติ (SPA ; Standard –Practice- Assessment) เพื่อให้

ระบบยามีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การนำมาตรฐานด้านการจัดการระบบยาไปสู่การปฏิบัติ (SPA II-6) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยามีหลักการมุ่งเน้นในห้องค์กรต้องสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ การวางแผน และการจัดการ รวมทั้ง การเก็บสำรองยา

1.2 การใช้ยา มีหลักการมุ่งเน้นให้องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล ซึ่งประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่งรวมทั้งการเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

**2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร**  
แนวคิดของปัจจัยทางการบริหารนั้นมีหลากหลาย แต่มีปัจจัยพื้นฐานคือ 4M สำหรับการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร จึงไม่เน้นปัจจัยด้านการตลาด (Marketing) ออก แต่อาจมีปัจจัยด้านขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยด้านเวลาและเทคโนโลยี ที่หากมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้งานที่ได้รับมอบหมายบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีความพยายามในการจำแนกปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม แต่บริบทในการศึกษาคั้งนี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นกลุ่มประชากรที่มีภาระงานด้านการบริการ ควรจัดกลุ่มปัจจัยให้ชัดเจน ไม่ซับซ้อน ทำให้เกิดความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการศึกษาคั้ง

นี้จึงใช้ปัจจัยทางการบริหารพื้นฐาน 4 M เป็นหลัก เนื่องจากปัจจัยอื่นๆ มีความสอดคล้องและสามารถนำมาจัดกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการจัดการ<sup>(2)</sup>

**วิธีดำเนินการวิจัย** การวิจัยคั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยให้บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการนำมาตรฐานการจัดการระบบยาไปสู่การปฏิบัติ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นทุกรายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบยา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งหมดจำนวน 108 ราย ที่ยินยอมให้ทำการศึกษา โดยให้คำยินยอมทางวาจา ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2556 – วันที่ 15 มิถุนายน 2556 จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร การนำมาตรฐานด้านการจัดการระบบยาไปสู่การปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการหาแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการบริหารและระดับนำมาตรฐานด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการนำมาตรฐานด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการประชุม/อบรมเพิ่มพูนความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับ HA พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.48 รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n = 88)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	87	98.9
อายุ (ปี)	เฉลี่ย 47 ปี (S.D. = 9.3 ปี)    อายุต่ำสุด 25 ปี    อายุสูงสุด 59 ปี		
สถานภาพสมรส			
	สมรส	66	75.0
	โสด	14	15.9
	หม้าย/หย่า/แยก	8	9.1
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	5.7
	ปริญญาตรี	67	76.1
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	16	18.2

### ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n = 88)	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	74	84.1
พยาบาลเทคนิค	5	5.7
ทันตบุคลากร	3	3.4
แพทย์	2	2.3
อื่นๆ	4	4.4
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	เฉลี่ย 21.12 ปี (S.D. = 12.8 ปี)	
ประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ HA	เฉลี่ย 3.72 ปี (S.D. = 4.6 ปี)	
การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับ HA		
เคยประชุม/ อบรม	79	89.8
ไม่เคยประชุม/ อบรม	9	10.2

**2. ระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น** เมื่อพิจารณาระดับการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมมีการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.46 (S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมี

ระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือด้านการวางแผน ค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D. = 0.78) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งในการให้ยา ค่าเฉลี่ย 3.36 (S.D. = 0.79) รายละเอียดดังตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ระดับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการวางแผนและการจัดการด้านยา	3.54	0.78	สูง
2. ด้านการเก็บสำรองยา	3.39	0.81	สูง
3. ด้านการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งในการให้ยา	3.36	0.79	สูง
4. ด้านการเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา	3.52	0.82	สูง
ภาพรวม	3.46	0.75	สูง

3. ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.836$ ,  $p\text{-value} = <0.001$ ) เมื่อพิจารณาปัจจัยเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้าน

มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านคน ( $r=0.584$ ,  $p\text{-value} <0.001$ ) ด้านเงิน (งบประมาณ) ( $r= 0.765$ ,  $p\text{-value} <0.001$ ) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $r = 0.623$ ,  $p\text{-value} <0.001$ ) ด้านวิธีการจัดการ ( $r= 0.821$ ,  $p\text{-value} <0.001$ ) มีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติ			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยทางการบริหาร</b>			
คน	0.584**	< 0.001	สูง
เงิน (งบประมาณ)	0.765**	< 0.001	สูง
วัสดุอุปกรณ์	0.623**	< 0.001	สูง
วิธีการจัดการ	0.821**	< 0.001	สูง
<b>รวม</b>	<b>0.836**</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>สูง</b>

\*\* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

4. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นและถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ ( $r= 0.821$ ,  $p\text{-value}$

<0.001) และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $r = 0.623$ ,  $p\text{-value} <0.001$ ) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การนำมาตราฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้ร้อยละ 74.3 ทั้งนี้สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 4



สมการ  $Y = 6.846 + (1.654) (\text{ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ}) + (2.065) (\text{ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์})$

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R <sup>2</sup>
1. ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ	1.654	0.323	5.124	< 0.001	0.823	0.679
2. ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์	2.065	0.467	4.423	< 0.001	0.863	0.743

ค่าคงที่ = 6.846, F = 106.922, P-value < 0.001

5. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นรวบรวมจากแบบสอบถามปลายเปิดทั้งหมด 88 ชุด กลุ่มตัวอย่างได้เขียนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 18 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 20.45 โดยรายละเอียดของปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของปัจจัยทางการบริหาร คือ การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการจัดการด้านยา และความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับยามากขึ้น การดำเนินการพัฒนาระบบยาอย่างสม่ำเสมอ

และต่อเนื่อง การขาดบุคลากรในระบบยาทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานยังไม่สมบูรณ์ การขาดวัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีทำให้การพัฒนา ระบบยาหยุดชะงัก ส่วนข้อเสนอแนะ ในเรื่องของการนำมาตรฐานการจัดการด้านยาไปสู่การปฏิบัติ ในศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น คือ การจัดประชุมวิชาการเกี่ยวกับมาตรฐานการจัดการด้านยาและการใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมควรมีส่วนช่วยวางแผนมาตรฐานอุปกรณ์จัดเก็บยาและยาฉุกเฉิน/ Stock ยา / แนวทางการใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมงานต่างๆจากคณะกรรมการเภสัชกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา จันดารักษ์. ปัจจัยทำนายการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลทรายมูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
2. ทองหล่อ เดชไชย. หลักการบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน, 2545.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: หนังสือตีวัน, 2551.
4. Koontz, and O'Donel, C. Principle of Management: An analysis of managerial function. 5'th ed. New York : Mc Graw-Hill, 1993.
5. Likert, R. The human organization: Is management and value. New York: McGraw-Hill, 1967
6. Wehrich, Heinz, Koontz, and Harold. Manage A Global Perspective McGraw Hill. New York : Mc Graw-Hill, 1993

## การพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวเครือข่าย โรงพยาบาลมหาสารคาม

อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

The efficiency development among family doctors  
within Mahasarakham Hospital Networks in  
Amphur Muang, Mahasarakham Province.

ศักรินทร์ ทองภูธรณ์      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

### บทคัดย่อ

การพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับสมรรถนะของหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามและสร้างแนวทางการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกันทั้งเครือข่ายการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2555 – เมษายน 2556 โดยใช้รูปแบบของการฝึกรอบหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 88 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 17 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 4 แห่ง รวม 21 แห่ง โดยใช้แบบวัดความรู้สมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านการให้คำปรึกษา ด้านระบาดวิทยา ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จัดการอบรมเป็น 2 รุ่นๆ 44 คน จำนวนรุ่นละ 3 วัน ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนเข้ารับการอบรมหมอครอบครัวมีระดับความรู้ในสมรรถนะ 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.55 หลังจากผ่านการอบรมพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่หมอครอบครัวมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.91 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของหมอครอบครัว ก่อนและหลังการอบรมแยกรายด้าน พบว่า การให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะ แก่หมอครอบครัวก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยด้านแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพิ่มขึ้นจาก 8.67 ก่อนการอบรมเป็น 9.15 ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มขึ้นจาก 4.38 ก่อนการอบรมเป็น 7.11 ด้านระบาดวิทยา เพิ่มขึ้นจาก 6.91 ก่อนการอบรมเป็น 9.53 ด้านการให้คำปรึกษา เพิ่มขึ้นจาก 14.22 ก่อนการอบรมเป็น 16.27 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้นจาก 8.32 ก่อนการอบรมเป็น 9.14 ในภาพรวมเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของหมอครอบครัว พบว่า การให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะแก่หมอครอบครัวก่อนและ

หลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 42.49 ก่อนการอบรมเป็น 51.20 ซึ่งจากผลการศึกษาก็จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน ทำให้หมอครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ ในงานมากยิ่งขึ้นส่งผลให้คะแนนทั้งรายด้านและภาพรวมหลังการอบรมเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าหากนำเอาความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในบริบทของพื้นที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานมากยิ่งขึ้นต่อไป

#### ABSTRACT

The efficiency development among family doctors within Mahasarakham hospital networks aimed to develop efficiency level among family doctors who worked in Mahasarakham hospital networks and to develop working pattern for family doctors within the whole networks. This was descriptive research which was conducted during December 2012 to April 2013. This study used training approach that trained 88 family doctors who worked in the networks within Mahasarakham province. They were from 21 health facilities that consisted of 17 health promotion hospitals and 4 city health centers. The training included efficiency tests on 5 dimensions, such as family medicine, counseling, epidemiology, behavioral changes and strategy mapping. The training included 2 batches with 44 participants of each batch, and each training batch was conducted 3 days. The results showed that most of participants had middle level of efficacy knowledge in 5 dimensions as 79.55%. After the training, most of them had high level of the efficacy knowledge as 90.1%. The comparison average scores between before and after the training in each dimension had statistical significant differences at level 0.05, in the following; strategy mapping scores had increased from before the training 8.67 to 9.15; family medicine scores had increased from before the training 4.38 to 7.11, epidemiology scores had increased from before the training 6.91 to 9.53, counseling scores had increased from before the training 14.22 to 16.27, and behavioral change had increased from before the training in 8.32 to 9.14. For the overall comparison average scores between before and after the training showed that providing knowledge for efficacy development had statistical significant differences had increased from before the training 42.49 to 51.20 at level 0.05 As results showed that the training could assist family doctors understand more on their work knowledge which could be evidenced by the increased scores from before the training. As results of this study may help to adapt into each field context which may assist efficacy of the work for the next steps.

## บทนำ

การดำเนินงานตามแนวคิดการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการให้มีความใกล้ชิดและดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทุกด้าน โดยจัดให้มี 1 หมอที่ปรึกษาต่อ 1 รพ.สต. ซึ่งแพทย์กลุ่มนี้จะทำหน้าที่หลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนและครอบครัวให้มีสุขภาพดี ลดปัญหาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากโรคเรื้อรัง และให้การดูแลการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยที่มีอาการไม่หนัก วินิจฉัยแยกโรคได้ รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีระบบ ตามหลัก “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ทำงานเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลประจำอำเภอ และจังหวัด นอกจากนี้ยังมีการจัดการระบบ “ประชาชนมีญาติเป็นหมอ” หรือ “หมอครอบครัวประจำตัวทุกคนเร็ว” ที่ปฏิบัติหน้าที่เหมือนญาติใกล้ชิด เป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และมั่นใจ เมื่อต้องเจ็บป่วยก็จะมีผู้ดูแลเสมือนหนึ่งญาติหรือหมอประจำตัวโดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายดูแล คือ WECANDO ได้แก่ กลุ่มวัยทำงาน (Worker) ให้ได้รับคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม กลุ่มวัยเรียน (Education) ให้ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กลุ่มเด็ก 0 – 5 ปี (Child) ที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (ANC) ให้ได้รับการตรวจครรภ์และเยี่ยม

หลังคลอดครบตามเกณฑ์รวมไปถึงการวางแผนครอบครัวหลังคลอด กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (NCD) ให้ได้รับการตรวจรักษา ฟันพุดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มผู้พิการ (Disability) ให้ได้รับการรักษา ฟันพุดูแลสุขภาพให้ได้รับสวัสดิการครบทุกด้าน กลุ่มผู้สูงอายุ (Older) ให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งหมอครอบครัวจะเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้บริการที่จำเป็นแก่สมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยรักษา ฟันพุดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุในเขตรับผิดชอบ รวมไปถึงการประสาน ส่งต่อช่วยเหลือไปยังสถานบริการที่เหมาะสม<sup>(1)</sup> ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานตามภารกิจดังกล่าว จึงเป็นกลุ่มบุคลากรสำคัญที่จะทำให้นโยบายหมอครอบครัวขับเคลื่อนได้บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลมหาสารคามจึงได้จัดอบรมให้ความรู้ 5 ด้าน ได้แก่ เวชศาสตร์ครอบครัว การให้คำปรึกษาาระบาดวิทยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ขึ้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะให้หมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามมีความรู้ และความเข้าใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาระดับสมรรถนะของหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม
- 2) เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงานหมอครอบครัวร่วมกันทั้งเครือข่าย

**วิธีการดำเนินการวิจัย** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้รูปแบบของการฝึกรอบมประชากรที่ศึกษา ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 88 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 4 แห่ง รวม 21 แห่ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวัดความรู้ที่วิทยากรจากโรงพยาบาลมหาสารคามสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ตำแหน่ง
- 2) แบบวัดความรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ด้านการให้คำปรึกษา 20 ข้อ ด้านระบาดวิทยา จำนวน 10 ข้อ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ และด้านแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม แบบวัดความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านการให้คำปรึกษา ด้านระบาดวิทยา เป็นคำถามชนิดปลายปิด แต่ละข้อเป็นแบบให้เลือกตอบ (Multiple choice) จำนวน 4 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนแบบวัดความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แต่ละข้อเป็นแบบให้เลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1) โรงพยาบาลมหาสารคามรับนโยบายหมอครอบครัวและประเมินสมรรถนะ ด้านวิชาการที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของหมอ

ครอบครัวจากกระทรวงสาธารณสุข

2) ประสานเชิญวิทยากรการอบรม จากกลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้ความรู้ในการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านระบาดวิทยา และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ด้านการให้คำปรึกษาจากกลุ่มงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และงานโภชนาการ

3) จัดทำหนังสือเชิญหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามเข้าร่วมการอบรม

4) จัดการอบรมโดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่นๆ ละ 3 วัน จำนวนหมอครอบครัวที่เข้ารับการอบรม 44 คน/รุ่น

5) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือในการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาตรวจหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ 5 ด้าน

6) นำแบบวัดความรู้ 5 ด้าน ที่ได้จากการหาความเชื่อมั่นไปใช้จริงกับประชากร ที่ศึกษา โดยเป็นการวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรม

7) นำแบบวัดความรู้ 5 ด้าน ที่ได้จากการปฏิบัติจริงมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำแบบวัดความรู้ 5 ด้านที่รวบรวมได้มา ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง จากนั้น นำมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลแล้วนำไปประมวลผลด้านเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่และร้อยละ

2) ความรู้ก่อนและหลังอบรม วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหมอครอบครัวก่อนและหลังการอบรม โดยการทดสอบที แบบจับคู่ (Paired t-test)

### ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของหมอครอบครัวส่วนใหญ่จะเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.09 เกือบครึ่งหนึ่งของหมอครอบครัว เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.46 รองลงมาได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 18.18

2) การดำเนินงานหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามหมอครอบครัว เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้การบริการที่จำเป็นแก่ครอบครัวในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งการประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเครือข่ายการทำงานในชุมชนเป็น อสม. หมอครอบครัว 1 คน ต่อ อสม. 10-15 คน มีประชากรรับผิดชอบ 1: 1,587 คน โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่ดูแลคือกลุ่ม WEcando จำนวน 161,134 ราย (CANDO = 38,734 ราย) การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานหมอครอบครัวของแต่ละ รพ.สต. ได้แก่ การ

ประชุม การประชาคมหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว สติกเกอร์แนะนำตัวหมอครอบครัว เป็นต้น นอกจากนั้นเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งแพทย์ในโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นที่ปรึกษาแก่หมอครอบครัว 1 แพทย์ 1 รพ.สต.

3) การอบรมพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามได้ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะของหมอครอบครัวด้านวิชาการที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของหมอครอบครัว ซึ่งหมอครอบครัวทุกคนต้องมีสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ เวชศาสตร์ครอบครัว การให้คำปรึกษา ระบาดวิทยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จัดการอบรมโดยแบ่งการอบรมเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 44 คน ระยะเวลาอบรมรุ่นละ 3 วัน โดยประสานเชิญวิทยากรที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญการดำเนินงานจากโรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้แบบวัดความรู้สมรรถนะ 5 ด้านก่อนและหลังการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนเข้ารับการอบรมหมอครอบครัวมีระดับความรู้ในสมรรถนะ 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.55 หลังจากผ่านการอบรมพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่หมอครอบครัวมีระดับความรู้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90.91

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมแยกรายด้านของหมอครอบครัว พบว่า การให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะแก่หมอครอบครัวก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยด้านแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพิ่มขึ้นจาก 8.67 ก่อนการอบรม

เป็น 9.15 ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มขึ้นจาก 4.38 ก่อนการอบรมเป็น 7.11 ด้านระบาดวิทยา เพิ่มขึ้นจาก 6.91 ก่อนการอบรมเป็น 9.53 ด้านการให้คำปรึกษา เพิ่มขึ้นจาก 14.22 ก่อนการอบรมเป็น 16.27 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้นจาก 8.32 ก่อนการอบรมเป็น 9.14 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม หมอครอบครัว แยกรายด้าน

ด้าน	คะแนนเต็ม (58 คะแนน)	ระยะเวลา	คะแนน			
			X	S.D.	t	P value
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์	10	ก่อนอบรม	8.67	1.01	3.912	< 0.001*
		หลังอบรม	9.15	0.82		
เวชศาสตร์ครอบครัว	8	ก่อนอบรม	4.38	1.37	18.219	< 0.001*
		หลังอบรม	7.11	1.18		
ระบาดวิทยา	10	ก่อนอบรม	6.91	1.81	12.827	< 0.001*
		หลังอบรม	9.53	0.75		
การให้คำปรึกษา	20	ก่อนอบรม	14.22	2.48	6.483	< 0.001*
		หลังอบรม	16.27	2.56		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	10	ก่อนอบรม	8.32	1.05	7.265	< 0.001*
		หลังอบรม	9.14	0.74		

\* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ในภาพรวมเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของ หมอครอบครัว พบว่าการให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะแก่หมอครอบครัวก่อนและหลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 42.49 ก่อนการอบรมเป็น 51.20 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมพัฒนาสมรรถนะ หมอครอบครัว

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				
	ระยะเวลา	X	S.D.	t	P value
ระดับความรู้	ก่อนการอบรม	42.49	3.83	19.102	< 0.001*
	หลังการอบรม	51.20	3.86		

\* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



## อภิปรายผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการให้มีความใกล้ชิดและดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทุกด้าน โดยการจัดให้มีหมอครอบครัวประจำทุกครัวเรือนทุกชุมชนเพื่อดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมาย WECANDO โดยหมอครอบครัวเปรียบเสมือนญาติจะเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ให้บริการที่จำเป็นแก่สมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้าน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย รักษาฟื้นฟู ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุในเขตรับผิดชอบ รวมไปถึงการประสาน ส่งต่อ ช่วยเหลือ ไปยังสถานบริการที่เหมาะสม ซึ่งหมอครอบครัวแต่ละคนจะต้องทราบข้อมูลของประชากรในกลุ่มที่ตนเองดูแล เพื่อการวางแผนงานในการดูแลกลุ่มต่าง ๆ ให้ครอบคลุมและเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ หมอครอบครัวจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงาน ตามบทบาท 5 ด้าน มีกิจกรรมการให้บริการที่แตกต่างกันตามประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่พบในชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานต้องอาศัยศรัทธาประชาชน<sup>(2)</sup> จากความสำคัญดังกล่าวทางเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม จึงได้จัดการพัฒนาสมรรถนะของ หมอครอบครัวโดยใช้การฝึกอบรม ซึ่งการฝึกอบรม จะเน้นถึงการทำให้สามารถทำงานที่ต้องการได้ (Job Oriented) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าเมื่อมีการจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้านให้กับหมอครอบครัว ทำให้หมอครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในงานมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คะแนนทั้งรายด้านและภาพรวม

หลังการอบรมเพิ่มขึ้น ซึ่งการฝึกอบรม เป็นการเสริมสร้างให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับบุคลากร เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างใดอย่างหนึ่งได้ตามจุดประสงค์ ซึ่งถ้าหากนำเอาความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในบริบทของพื้นที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานมากยิ่งขึ้น แต่การฝึกอบรมเป็นเพียงวิธีการหนึ่ง หรือส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคคลเท่านั้น เพราะการพัฒนาบุคคลเป็นเรื่องซึ่งมีจุดประสงค์และแนวคิดกว้างขวางกว่าการฝึกอบรม ดังนั้นสมรรถนะในการทำงาน (Competency)<sup>(3)</sup> นอกจากความรู้จะต้องมีทักษะ และคุณลักษณะ (Knowledge, Skills, Personal Attribute) ของบุคคลที่จำเป็น ต้องมี เพื่อใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นเมื่อหมอครอบครัวมีความรู้ตามสมรรถนะแล้วอาจจะต้องมีการฝึกทักษะในการทำงานด้านต่างๆ ตามคุณลักษณะของแต่ละวิชาชีพ นอกจากนั้นการดำเนินงานของหมอครอบครัว จะสำเร็จได้ต้องมีทีมงานในชุมชน เป็นทีมขับเคลื่อนในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังเป็นกลไกสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้ง ในงานบริการและงานชุมชน เป็นบุคคลที่อาสาเข้ามาทำงานเพื่อชุมชนโดยไม่หวังผลค่าตอบแทน<sup>(4)</sup> การสร้างความสัมพันธ์ ความเชื่อมั่น ทั้งทีมสุขภาพประจำครอบครัวเป็นหัวใจแห่งการขับเคลื่อนระบบที่จะทำให้เกิดกิจกรรมทางด้านสุขภาพในพื้นที่ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาหมอครอบครัว

นอกจากความรู้แล้วหมอครอบครัวจะต้องมีทักษะ และคุณลักษณะ (Knowledge, Skills, Personal Attribute) ที่จำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นเมื่อหมอครอบครัวมีความรู้ตามสมรรถนะแล้วอาจจะต้องมีการฝึกทักษะในการทำงานด้านต่างๆ ตามคุณลักษณะของแต่ละวิชาชีพด้วย

การดำเนินงานของหมอครอบครัวจะสำเร็จได้ต้องมีทีมงานในชุมชน เป็นทีมขับเคลื่อนในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

หมอครอบครัวควรนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ให้เป็นไปตามบริบทความเหมาะสมของพื้นที่

2) ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้เชิงบริหารจัดการ

ผู้บริหารทุกระดับควรสนับสนุนงานหมอครอบครัวให้เป็นนโยบายการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของหมอครอบครัวในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นในบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้หมอครอบครัวมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามบริบทของชุมชน

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับหมอครอบครัว เป็นการเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานร่วมกันในแต่ละพื้นที่ของ รพ.สต. เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเป็นวิธีการติดตามสนับสนุนและแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ รวมถึงงบประมาณให้แก่ หมอครอบครัว เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานหมอครอบครัว

2) การประเมินผลการดำเนินงานหมอครอบครัว เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

3) รูปแบบการดำเนินงานหมอครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละพื้นที่

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากนายแพทย์สุนทร ยนต์ ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และนายแพทย์ไพฑูริย์ อัครธนบดี หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ขอขอบคุณทีมวิทยากรจาก โรงพยาบาลมหาสารคามทุกท่านที่ได้ร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของการพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัว จนทำให้การดำเนินการต่าง ๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณ หมอครอบครัวทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมในการอบรมพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวครั้งนี้รวมถึงการเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับทีมงานและแกนนำในชุมชน เป็นหัวใจแห่งการขับเคลื่อนระบบที่จะทำให้เกิดกิจกรรมทางด้านสุขภาพในพื้นที่ อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนที่ยั่งยืนต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ 1 หมอ 1 รพ.สต . เอกสารอัดสำเนา . กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
2. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระนคร. (2556). แนวทางการพัฒนาระบบสมรรถนะเพื่อพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคล. ค้นเมื่อ 7 เมษายน 2556 จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระนคร เว็บไซต์: <http://competency.rmutp.ac.th>.
3. สมพงษ์ ครศรี.(2549) อสม. แล้วยังอาสา. [3 เมษายน 2556] Available from : URL : [http:// gotoknow.org/blog/sbpcu/3036](http://gotoknow.org/blog/sbpcu/3036).
4. อนุวัตร แก้วเชียงหวาง. แนวคิดเพื่อการวางแผนพัฒนาอัตรากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิภายใต้การบริหารจัดการแบบเครือข่าย. [10 เมษายน 2556] Available from : URL : <https://sites.google.com/site/pcunet/news> , 2554.

## ระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม กับผลกระทบจากใช้สารกำจัดศัตรูพืชกรณีศึกษา ในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

นายสายนที นนท์ขุนทด เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดหมากไฟ จังหวัดอุดรธานี

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมและผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูล จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 46 ปี (สูงสุด 69 ปี ต่ำสุด 31 ปี) ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 9,720 บาท (สูงสุด 30,000บาท ต่ำสุด 600 บาท) เคยได้รับการอบรม GAP ร้อยละ 83.3 เคยได้รับการตรวจแปลงรับรองGAP ร้อยละ 66.6 ใช้สารกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 96.6 โดยสารกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มของคาบาเมต ร้อยละ 57.0 ด้านความรู้เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องร้อยละ 80.0 เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม แต่มีข้อที่ตอบถูกน้อยคือ แปลงที่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถใช้สารกำจัดศัตรูพืชได้ทุกกลุ่มร้อยละ 56.6 ด้านทัศนคติเกษตรกรส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นที่ถูกต้องร้อยละ 80.0 แต่มีรายข้อที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องคือท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการใช้สารชีวภาพสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่าสารเคมีเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 56.7 เกษตรกรมีการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมร้อยละ 80.0 แต่มีรายข้อที่ยังไม่มีการปฏิบัติ คือ มีการจัดเก็บสารเคมีในสถานที่ปลอดภัยป้องกันแดดและฝน มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แยกหมวดหมู่ไม่ปะปนกันระหว่าง ปุ๋ย ฮอร์โมน สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และไม่อยู่ใกล้ที่พัก ที่ทานอาหาร และบริเวณที่มีน้ำไหลผ่านร้อยละ 23.3 ผลกระทบด้านสุขภาพส่วนใหญ่อาการและอาการแสดงที่พบขณะหรือภายหลังการใช้มากที่สุดคืออาการระคายเคืองตา แสบตามากสุดร้อยละ 70.0 และผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่พบแมลงศัตรูพืชเพิ่มจำนวนและตื้อยามากขึ้น ร้อยละ 56.6

เกษตรส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมแต่ก็ยังมีอาการด้านสุขภาพและปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการเกษตรในพื้นที่ควรเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นจากการทำงาน และส่งเสริมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องและปลอดภัยเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นปัญหาใหญ่และรุนแรงมากของสังคมไทย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสังคมไทยยังขาดความตระหนักร่วมกันอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะผลกระทบต่อเกษตรกรและประชาชนทั่วไป ทั้งนี้สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าสารเคมีฆ่าแมลงกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตนั้นอยู่ในอันดับที่ 3 และสารเคมีปราบวัชพืชในอันดับ 5 ของสาเหตุการป่วยหรือบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพจาก 152 สาเหตุทั้งหมด ในขณะที่ รายงานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยจากระบบประกันสุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีจำนวนสูงกว่าถึง 4 เท่าตัว กล่าวคือสูงถึง 8,546 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม สถิติเหล่านี้เป็นเพียงการรายงานอุบัติการณ์ของผู้ป่วยจากพิษเฉียบพลันซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการใช้สารเคมี แต่ยังไม่รวมผู้ป่วยที่อาจไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือผู้ป่วยจากพิษสะสมเรื้อรัง ซึ่งมีการคาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยแท้จริงแล้วอาจสูงถึง 200,000 – 400,000 คนต่อปี

ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) ซึ่งในปี 2537 มีการบังคับใช้ความตกลงด้านสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (Agreement

on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measure) ที่กำหนดกติกาให้ประเทศต่างๆ ใช้มาตรการด้านมาตรฐานและความปลอดภัยอาหาร ควบคุมการนำเข้าสินค้าเกษตรและอาหารเพื่อป้องกันการนำเข้าสินค้าที่มีการปนเปื้อน นอกจากนี้แล้วปัญหาด้านความปลอดภัยของอาหารและการแพร่กระจาย เช่น โรควัวบ้า การปนเปื้อนเมลามีน ไนนมเป็นต้น ทำให้ผู้ค้าต้องการสร้างความเชื่อมั่นในระบบความปลอดภัยของอาหารคือการใช้ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระดับฟาร์มผลิต การเก็บเกี่ยวรวบรวมผลผลิต การบรรจุและหีบห่อ การแปรรูป ต่อเนื่องไปจนถึงโต๊ะอาหาร (From Farm to Table) ในด้านการผลิตที่ดี ณ แหล่งผลิตที่ฟาร์มนั้นได้มีหลักการและแนวทางโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) และมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex) เพื่อให้บุคคลทั่วไปใช้เป็นแนวทางจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค (GAP) รวมถึงมีข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น อนุสัญญารอตเตอร์ดัมว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้าสำหรับสารเคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ

และอนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ มีจำนวน ครัวเรือน 225 หลังคาเรือน ทำการปลูกมะม่วงเพื่อการค้า 57 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 25.33 โดยมีพื้นที่ปลูกมะม่วงทั้งหมดที่บ้านประมาณ 1,000 ไร่ ผลผลิตประมาณปีละ 450-500 ตัน คิดเป็นมูลค่า 9,000,000-10,000,000 บาท และมีการใช้สารเคมี ทั้งสารกำจัดศัตรูพืช และปุ๋ยเคมีในรูปแบบต่าง ๆ เป็นปัจจัยหลักในการปลูกมะม่วง โดยมีค่าใช้จ่ายจากการซื้อประมาณปีละ 3,000,000-5,000,000 บาท (องค์การบริหารส่วนตำบลกุดหมากไฟ -2555) จะเห็นได้ว่าการปลูกมะม่วงเป็นการสร้างรายได้หลัก ชนิดหนึ่ง เหมือนกับการทำนาปลูกข้าว ของบ้านกุดหมากไฟ และเป็นหมู่บ้านที่มีการปลูกมะม่วงเพื่อการค้า ติดต่อกันมาประมาณ 15 ปี สร้างชื่อเสียงในระดับจังหวัดและอำเภอ จนเป็นที่มาของงานประจำปีของอำเภอหนองวัวซอ คืองานมะม่วงแพร้ จากการที่เกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง บ้านกุดหมากไฟ ได้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารเคมีเร่งการเจริญเติบโตของพืช และสารเคมีในการควบคุมการเจริญเติบโตของพืช เป็นจำนวนมาก และเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน ส่งผลต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีฯ โดยตรงและประชาชนทั่วไปจำนวนมาก และจำนวนผู้มารับบริการของสถานอนามัยกุดหมากไฟ ที่อาจมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามอาการและอาการแสดง ดังนี้ คือ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำลายมาก ผิดปกติ ผื่นคันตามมือและเท้า ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ปวดตามกล้ามเนื้อ แขนและขา เหนื่อย

ออกมากผิดปกติ แผลเนื้องอกตายตามปลายมือปลายเท้า เป็นการลดบทบาทของเกษตรกรอินทรีย์ ไม่ว่าจะเป็นการผลิตในไร่นา การแปรรูป การกระจายผลผลิต หรือการบริโภค ต่างก็มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของระบบนิเวศและสิ่งมีชีวิต ทั้งปวง ตั้งแต่สิ่งมีชีวิตที่มีขนาดเล็กสุดในดินจนถึงตัวมนุษย์เราเอง

จากแนวคิดดังกล่าวทำให้ทราบว่า การจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช เป็นวิธีการที่สำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมสำหรับพืชกับผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งจะทำให้ผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา ด้านอื่น ๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามระบบการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

**ขอบเขตการศึกษา** การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

**พื้นที่ในการศึกษา** ที่บ้านกุดหมากไฟ หมู่ที่ 1 ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาในการศึกษา เดือน

พฤษภาคม 2557 - เดือนเมษายน 2558

### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ดังนั้นข้อค้นพบจากการศึกษาอาจมีข้อจำกัดในการสรุปผลอ้างอิง (Generalization) ไปยังหมู่บ้านหรือชุมชนอื่น ๆ หากจะนำผลการศึกษาไปใช้ ควรพิจารณาถึงบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ร่วมด้วย

### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

**การปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (Good Agricultural Practice: GAP)** หมายถึงมาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่อันเป็นมาตรฐานกลางที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุมการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีในทุกขั้นตอนการผลิตที่ดำเนินการในระดับฟาร์ม รวมถึงการผลิตในระดับเกษตรกรรายย่อย ของเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

**สารเคมีกำจัดศัตรูพืช** หมายถึง สารเคมีสังเคราะห์ กลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม ที่ใช้ในการป้องกัน ควบคุม ทำลาย แมลง พืช เชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย ที่เป็นศัตรูของมะม่วง ที่มีการใช้ในการปลูกมะม่วงของเกษตรกร บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืช หมายถึง อาการแสดง (Sign) และอาการ (Symptoms) แบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรับสัมผัสสารเคมีในขณะใช้หรือภายหลังการใช้สารเคมีใน 1 วัน และปัญหาสุขภาพที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา ที่เกิดกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนังและดวงตา ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบย่อยอาหารและขับถ่ายรวมถึงผล

กระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่พบในบริเวณที่ทำการเกษตร โดยการสอบถามจากเกษตรกรที่บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

**เกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง** หมายถึง เกษตรกรที่ทำการปลูกมะม่วงเพื่อการค้า และมีที่อยู่อาศัยและอาศัยอยู่ที่ บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ที่เข้าร่วมในการศึกษา การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องและปลอดภัย ด้วยความสมัครใจ

### ระเบียบวิธีการวิจัย

ดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือเกษตรกรหมู่ที่ 1 บ้านกุดหมากไฟ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ที่ปลูกมะม่วงในพื้นที่ศึกษา ที่มีหน้าที่ในการใช้การสัมผัส กับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งของตนเองและรับจ้างผู้อื่น **ที่ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย** จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วง ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ประกอบอาชีพปลูกมะม่วง
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อ่านออกเขียนได้
4. ยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้
5. มีแปลงปลูกมะม่วงเป็นของตนเอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**เป็นแบบสัมภาษณ์กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงที่เข้าร่วมงานวิจัย เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมรวมทั้งผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำไป Try-out และ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร
- ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสม
- ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสม
- ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการจัดการระบบการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสม
- ส่วนที่ 5 ผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

#### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่

ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 30 คน เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ ทักษะการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงของกลุ่มเป้าหมายโดยจัดเตรียมรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่จะเก็บข้อมูลไว้ให้พร้อม ก่อนเก็บข้อมูลทำการติดต่อดังกล่าวล่วงหน้า ซึ่งเป็นการเก็บครั้งแรก มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลให้อาสาสมัครทราบ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ผลการศึกษา

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิงร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 46 ปี (สูงสุด 69ปี ต่ำสุด 31 ปี) ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 9,720 บาท(สูงสุด 30,000 บาท ต่ำสุด 600 บาท) เคยได้รับการอบรม GAP ร้อยละ 83.3 เคยได้รับการตรวจแปลงรับรอง GAP ร้อยละ 66.6 ใช้สารกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 96.6 ส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มของคาบาเมต ร้อยละ 57.0 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40.0
หญิง	18	60.0
อายุ (ปี)		
(Mean = 46.8 ,S.D. = 8.7, Min = 31 , Max = 69 )		
สถานภาพสมรส		
คู่	30	100.0



**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา(ป.1-ป.6)	15	50.0
มัธยมศึกษา(ม.1-ม.6) หรือ ปวช.	14	46.7
อนุปริญญาหรือ ปวส.	1	3.3
รายได้ของครอบครัวต่อปี (บาท)		
(Mean = 9720, Median =7,000, Min = 600, Max = 30,000)		
รายได้ของท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่		
เพียงพอและไม่เป็นหนี้	9	30.0
เพียงพอแต่เป็นหนี้	17	56.7
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	0	0
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	4	3.3
ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีหรือไม่		
เคย	25	83.3
ไม่เคย	5	16.7
แปลงปลูกมะม่วงของท่านเคยได้รับการตรวจประเมินการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีจากเจ้าหน้าที่กรมวิชาการเกษตรหรือไม่		
เคย	20	66.7
ไม่เคย	10	33.3
ท่านใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการปฏิบัติทางการเกษตรหรือไม่		
ใช่	28	97.7
ไม่ใช่	2	3.3
ชนิดของสารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้		
สารเคมีกลุ่มคาร์บาเมตเช่น คาร์โบฟูราน ออลดีคาร์บ และเมโทมิล	17	56.6
สารเคมีในกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์เช่น อิมิดาโคลพริด	8	26.7
สารเคมีในกลุ่มออร์กาโนฟอสเช่น ไดโครโตฟอสและอีพีเอ็น	5	16.7

**ส่วนที่ 2** ความรู้เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกร้อยละ 80 เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม แต่มีรายข้อที่ตอบถูกน้อยคือ แปลงที่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการ

เกษตรที่ดีสามารถใช้สารกำจัดศัตรูพืชได้ทุกกลุ่ม ร้อยละ56.6 และแปลงที่ไม่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีที่สามารถนำผลผลิตส่งออกพร้อมกับแปลงที่ผ่านได้ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี และเหมาะสม (n = 30)

หัวข้อ/ประเด็นความรู้	ตอบถูก	ร้อยละ
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีคือการใช้สารเคมีน้อยสุดเท่าที่จำเป็น	29	96.6
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับมะม่วงคือการเกษตรที่ควบคุมกระบวนการปลูกทุกขั้นตอนให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มุ่งเน้นความปลอดภัยต่อผู้บริโภค	30	100.0
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีให้ความสำคัญต่อเกษตรกรผู้ผลิตต่างๆ กับผู้บริโภค	30	100.0
แปลงที่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถใช้สารกำจัดศัตรูพืชได้ทุกกลุ่ม	17	56.6
แปลงที่ไม่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถนำผลผลิตส่งออกร่วมกับแปลงที่ผ่านได้	16	53.5
สามารถใช้สารกำจัดศัตรูพืชในระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคแมลงได้ แต่ควรทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จากกรมวิชาการเกษตรเท่านั้น	28	93.3
มีการสำรวจศัตรูพืช และการเข้าทำลายของแมลงและโรคอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้งและทำการบันทึกข้อมูล การสำรวจและป้องกันกำจัดศัตรูพืชทุกครั้งรวมทั้งการใช้วัตถุอันตรายทางการเกษตร	27	90.0
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีจะช่วยรักษาระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมดีกว่าการเกษตรแบบทั่วๆไป	28	93.3
การเก็บสารเคมีทางการเกษตรควรแยกเก็บ ไม่ควรเก็บสารเคมีไว้ที่บ้าน	27	90.0
เมื่อเกษตรกรใช้สารกำจัดศัตรูพืชชนิดพ่นแล้วไม่จำเป็นต้องจดบันทึกข้อมูลการใช้สารเคมีในแบบบันทึก	24	80.0
ถ้าพบว่าพื้นที่ปลูกมะม่วงเคยเป็นที่ทิ้งขยะ คอกสัตว์หรือ เขตอุตสาหกรรม มาก่อนไม่จำเป็นต้องนำดินไปตรวจ	23	76.6
เศษซากพืชที่เป็นโรคควรนำออกจากแปลงให้หมดไม่ควรจะสับกลับลงไปในดิน เพื่อลดการระบาดของโรคราน้ำค้าง โรคใบจุด โรคเน่าดำในฤดูต่อไป	17	56.6
แบบบันทึกข้อมูลจะทำให้สามารถตรวจสอบประวัติย้อนหลังการปฏิบัติงานต่างๆในแปลงปลูกมะม่วงของเกษตรกรได้	24	80.0
กระบวนการผลิตในทุกขั้นตอนไม่จำเป็นต้องมีแผนควบคุมการผลิต	28	93.3
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีไม่ต้องการใช้กระบวนการทางชีวภาพในการกำจัดศัตรูพืชเพราะ จะทำให้ได้ผลผลิตไม่ได้ตามที่ต้องการ	22	73.3

### ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ถูกต้องร้อยละ 80 เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม แต่มีรายข้อที่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง คือการใช้สารชีวภาพสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่าสารเคมีเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 56.7

รองลงมาคือการใช้สารกำจัดศัตรูพืชต้องห้ามสามารถใช้ได้ในกรณีแมลงระบาดมากเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 53.3 และ ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการยกเลิกใบประกาศระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีเมื่อตรวจพบการปนเปื้อนสารกำจัดศัตรูพืชเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 50 ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี

หัวข้อ/ประเด็นทัศนคติ	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
การยกเลิกใบประกาศระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีเมื่อตรวจพบการปนเปื้อนสารกำจัดศัตรูพืช	10(33.3)	15(50.0)	5(16.7)
นักวิชาการ เกษตรมีความรู้ความชำนาญเรื่องระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีที่จะมาให้ความรู้แก่ท่าน	25(83.3)	4(13.3)	1(3.4)
ควรมีการเข้าไปตรวจแปลงของเกษตรกรที่ผ่านระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อปี	19(63.3)	7(23.3)	4(3.4)
การฝึกอบรมเกษตรกรให้รู้จักการใช้สารเคมีได้อย่างถูกต้องเป็นสิ่งที่ดี	28(93.3)	0(50)	2(6.7)
การห้ามใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการฉีดพ่นมะม่วง	8(26.6)	14(46.6)	8(26.6)
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีจะช่วยให้ผู้รับเชื่อมั่นในคุณภาพการผลิต	28(93.3)	1(3.3)	1(3.4)
การใช้สารกำจัดศัตรูพืชตามระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีทำให้ไม่เกิดผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม	27(90.0)	2(6.6)	1(3.4)
การใช้สารกำจัดศัตรูพืชต้องห้ามสามารถใช้ได้ในกรณีแมลงระบาดมากๆ	8(26.6)	16(53.4)	6(20.0)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี (ต่อ)

หัวข้อ/ประเด็นทัศนคติ	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ควรมีการเก็บผลผลิตไปตรวจสารพิษตกค้าง ก่อนที่จะนำไปจำหน่าย	14(47.6)	9(30.0)	7(23.3)
การใช้สารชีวภาพสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่าสารเคมี	5(16.6)	17(56.6)	8(26.6)
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีทำให้เกษตรกรใช้สารกำจัดศัตรูพืชถูกต้อง	28(93.4)	2(6.6)	0(0)
การใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่ค่าน้อยสามารถช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้	20(66.6)	10(33.4)	0(0)
เกษตรกรที่ไม่ผ่านระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถผลิตมะม่วงได้ตามมาตรฐานระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีได้	15(50.0)	5(16.6)	10(33.4)
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีช่วยแก้ปัญหาสารตกค้างในมะม่วงได้	25(83.3)	5(16.7)	0(0)
ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี ทำให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจในการผลิตมะม่วงได้อย่างถูกต้อง	28(93.3)	2(6.7)	0(0)

#### ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 80 เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม แต่มีรายชื่อที่ยังไม่มีการปฏิบัติ คือมีการจัดเก็บสารเคมีในสถานที่ปลอดภัยป้องกันแดดและฝน มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แยกหมวด

หมู่ไม่ปะปนกันระหว่าง ปุ๋ย ฮอร์โมน สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และไม่อยู่ใกล้ที่พัก ที่รับประทานอาหาร และบริเวณที่มีน้ำไหลผ่านร้อยละ 23.3 รองลงมาคือ ใช้แหล่งน้ำที่ไม่มีสภาพแวดล้อมซึ่งก่อให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษและจุลินทรีย์ ร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตร  
ที่ดีและเหมาะสม (n = 30)

หัวข้อ/ประเด็นพฤติกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
ใช้แหล่งน้ำที่ไม่มีสภาพแวดล้อมซึ่งก่อให้เกิดการ ปนเปื้อนของสารพิษและจุลินทรีย์	25(83.3)	5(16.7)
พื้นที่ปลูกไม่มีวัตถุอันตราย และจุลินทรีย์ ที่จะทำ ให้เกิดการตกค้างหรือปนเปื้อนในผลผลิต	29(96.7)	1(3.3)
การใช้สารเคมีในการกระบวนการผลิตได้ใช้ตาม คำแนะนำ หรืออ้างอิงคำแนะนำของกรมวิชาการ เกษตร หรือตามฉลาก ที่ขึ้นทะเบียนกับกรม วิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	27(83.3)	3(16.7)
ใช้สารเคมีที่สอดคล้องกับรายการสารเคมีที่ ประเทศคู่ค้าอนุญาตให้ใช้	26(87.7)	4(13.3)
ไม่เก็บสารเคมีหรือใช้วัตถุอันตรายที่ระบุใน ทะเบียนวัตถุอันตรายทางการเกษตร ที่ห้ามใช้	28(93.3)	2(6.7)
หยุดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนเก็บเกี่ยวตาม ระยะเวลาที่ระบุไว้ ในฉลาก	30(100.0)	0(0)
มีการจัดเก็บสารเคมีในสถานที่ปลอดภัยป้องกัน แดดและฝน มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แยกหมวด หมู่ไม่ปะปนกันระหว่าง ปุ๋ย ฮอริโมน สารเคมีกำจัด ศัตรูพืช และไม่อยู่ใกล้ที่พัก ที่ทานอาหาร และ บริเวณ ที่มีน้ำไหลผ่าน	23(76.7)	7(23.3)
ขนย้ายผลผลิตด้วยความระมัดระวังไม่ทำให้ผลผลิต บอบช้ำเสียหาย และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพ ของผลผลิต	30(100.0)	0(0)
อุปกรณ์และพาหนะในการขนย้ายสะอาดไม่มีสิ่ง อันตรายปนเปื้อน และมีความปลอดภัยต่อ ผู้บริโภค	30(100.0)	0(0)
สถานที่เก็บรักษาผลผลิตเป็นสัดส่วน สะอาด หรือไม่รกรุงรัง อากาศถ่ายเทได้ดี สามารถป้องกัน การปนเปื้อนของวัตถุอันตรายและไม่ให้สัตว์ พาหนะนำโรคเข้าไปได้	29(96.7)	1(3.3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (n = 30) (ต่อ)

หัวข้อ/ประเด็นพฤติกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บันทึกข้อมูลการสำรวจและการป้องกันกำจัดศัตรูพืช	28	(93.3)	2	(6.7)
บันทึกข้อมูลการใช้วัตถุอันตรายทางการเกษตร	28	(93.3)	2	(6.7)
บันทึกข้อมูลการเก็บเกี่ยวและการปฏิบัติหลังการเก็บเกี่ยว	27	(83.3)	3	(16.7)
บันทึกการใช้ปุ๋ยเคมีและ/หรือปุ๋ยอินทรีย์	28	(93.3)	2	(6.7)
มีการสำรวจการเข้าทำลายของศัตรูพืชและป้องกันกำจัดเมื่อพบ ศัตรูพืชที่คาดว่าจะมีการระบาดมาก	28	(93.3)	2	(6.7)
มีการคัดแยกผลผลิตที่มีศัตรูพืชติดค้างอยู่โดยแยกออกต่างหาก จากผลผลิตที่ไม่มีศัตรูพืชติดค้างอยู่	29	(96.7)	1	(3.3)
มีการปฏิบัติดูแลกระบวนการผลิตในระยะการเจริญเติบโต ตามขั้นตอนของแผนควบคุมการผลิต	29	(96.7)	1	(3.3)
เก็บเกี่ยวผลผลิตในระยะที่เหมาะสมตามเกณฑ์ในแผนควบคุม การผลิต	30	(100.0)	0	(0)
ใช้อุปกรณ์การเก็บเกี่ยว ภาชนะบรรจุที่สะอาดไม่มีสิ่งอันตราย ปนเปื้อน และใช้วิธีการเก็บเกี่ยวที่ไม่กระทบต่อคุณภาพผลผลิต และการปนเปื้อนของสิ่งอันตรายที่มีต่อความปลอดภัยในการบริโภค	30	(100.0)	0	(0)
มีการคัดแยกผลผลิตด้วยคุณภาพแยกออกต่างหากจากผลผลิต ที่มีคุณภาพ	30	(100.0)	0	(0)

#### ส่วนที่ 5 ผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืช

**ด้านสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างพบอาการระคายเคืองตา แสบตามากสุดร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลังจากการ

ทำงาน ร้อยละ 63.3 และเหนื่อยง่าย ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ

**ด้านสิ่งแวดล้อม** กลุ่มตัวอย่างพบแมลงศัตรูพืชเพิ่มจำนวนและดื้อยามากขึ้นร้อยละ 56.6 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของเกษตรกร จำแนกตามผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม จากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช (n = 30)

ประเด็นผลกระทบด้านสุขภาพ/ด้านสิ่งแวดล้อม	มี	ไม่มี
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
<b>ด้านสุขภาพ</b>		
แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม	12(40.0)	18(60.0)
เจ็บหน้าอก	11(36.6)	19(63.3)
ไอเรื้อรังตั้งแต่สองสัปดาห์ขึ้นไป	11(36.6)	19(63.3)
เหนื่อยง่าย	16(53.3)	14(46.)
ระคายเคืองตา แสบตา	21(70.0)	9(30.0)
มีอาการไข้สูง กล้ามเนื้อต้นคอ แขน ขา กระตุก	11(36.6)	19(63.3)
มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง	6(20.0)	24(80.0)
มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลังจากการทำงาน	19(63.3)	11(36.6)
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>		
ผึ้งทั้งฝูงล้มตายอย่างไร้สาเหตุ	4(13.3)	26(86.6)
ปลุกพืชไม่ค่อยเจริญเติบโต	4(20.0)	26(80.0)
แมลงศัตรูพืชเพิ่มจำนวนและดื้อยามากขึ้น	17(56.6)	13(43.3)
ปลาตายในสระน้ำบริเวณที่ทำการเกษตร	4(13.3)	26(86.6)

### อภิปรายผลการศึกษา

#### ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม(GAP)และการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

จากการศึกษาพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงในตำบลกุดหมากไฟ ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมความรู้และผ่านการประเมินมาตรฐานระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (GAP) ในแต่ละแปลงที่ปลูก แต่ก็ยังคงมีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการเกษตรในสัดส่วนที่สูง ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีในกลุ่ม คาร์บาเมท มากที่สุด

ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่เกษตรกรตอบถูกมีข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือข้อ 2

ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับมะม่วงคือ การเกษตรที่ควบคุมกระบวนการปลูกทุกขั้นตอน ให้มีความเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มั่งน้นความปลอดภัยต่อผู้บริโภคตอบถูก ร้อยละ 100 และข้อ 3 ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีให้ความสำคัญต่อเกษตรกรผู้ผลิตเท่ากับผู้บริโภคตอบถูกร้อยละ 100 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือข้อ 4 แปลงที่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถใช้สารกำจัดศัตรูพืชได้ทุกกลุ่มร้อยละ 56.6 และ ข้อ 5 แปลงที่ไม่ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถนำผลผลิตส่งออกพร้อมกับแปลงที่ผ่านได้ ร้อยละ 53.3 ดังนั้นในการให้ความรู้แก่เกษตรกร

ควรมีการแนะนำถึงการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้องและการผลิตตามระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม อย่างถูกวิธี เพื่อให้เกษตรกรมีความรู้ความเข้าใจในการผลิตและปฏิบัติตามขั้นตอนเพื่อความปลอดภัยของผู้ผลิตและผู้บริโภคมากขึ้น

ข้อมูลด้านทัศนคติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงบวกเห็นด้วยมากคือข้อ 11 ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีทำให้เกษตรกรใช้สารกำจัดศัตรูพืชถูกต้องร้อยละ 93.3 และข้อ 6 ระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีจะช่วยให้ผู้รับเชื่อมั่นในคุณภาพการผลิตร้อยละ 93.3 ส่วนข้อที่ยังมีทัศนคติที่เห็นด้วยปานกลางคือการใช้สารชีวภาพสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ดีกว่าสารเคมีเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ การใช้สารกำจัดศัตรูพืชต้องห้ามสามารถใช้ได้ในกรณีแมลงระบาดมากเห็นด้วยปานกลางร้อยละ 53.3 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้คำแนะนำในการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกวิธี และชี้แจงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการที่ใช้ผิดวิธี และส่งเสริมการใช้เกษตรอินทรีย์เพิ่มขึ้นเพื่อลดภาระของยาฆ่าแมลง

ข้อมูลด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่เกษตรกรสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องที่ปฏิบัติถูกมากที่สุดคือ ข้อ 8 ขนย้ายผลผลิตด้วยความระมัดระวังไม่ทำให้ผลผลิตบอบช้ำเสียหาย และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพของผลผลิต ร้อยละ 100 และข้อ 9 อุปกรณ์และพาหนะในการขนย้ายสะอาดไม่มีสิ่งอันตรายปนเปื้อน และมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค ร้อยละ 100 ส่วนข้อ

ที่ปฏิบัติได้น้อยคือ มีการจัดเก็บสารเคมีในสถานที่ปลอดภัยป้องกันแดดและฝน มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก แยกหมวดหมู่ไม่ปะปนกันระหว่าง ปุ๋ย ฮอร์โมน สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และไม่อยู่ใกล้ที่พัก ที่ประกอบอาหาร และบริเวณที่มีน้ำไหลผ่าน ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือ ใช้แหล่งน้ำที่ไม่มีสภาพแวดล้อมซึ่งก่อให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษและจุลินทรีย์ร้อยละ 16.6 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการให้ความรู้และมีการเข้มงวดในการตรวจสอบการใช้สารเคมี การเก็บ ภาชนะการต่างๆตั้งแต่ก่อนฉีดพ่นจนเสร็จพร้อมทั้งแนะนำการตรวจสอบคุณภาพแหล่งน้ำแก่เกษตรกรด้วย

#### ข้อมูลด้านผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

ผลกระทบด้านสุขภาพส่วนใหญ่อาการและอาการแสดงที่พบขณะหรือภายหลังการใช้มากที่สุดคืออาการระคายเคืองตา แสบตามากสุด ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ มีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลังจากการทำงาน ร้อยละ 63.3 และเหนื่อยง่าย ร้อยละ 53.3 ตามลำดับเห็นได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องพิษวิทยาของสารเคมีที่ใช้ทางการเกษตรขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่พบแมลงศัตรูพืชเพิ่มจำนวนและดื้อยามากขึ้น ร้อยละ 56.6 เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีแปลงที่ผ่านปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมและได้รับการอบรม ก็ยังมีอาการด้านสุขภาพและปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอาจเป็นไปได้ว่าพิษ



จากสารเคมีทางการเกษตรที่ตกค้างในร่างกาย และทำให้เกิดอาการและอาการแสดง อาจไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือวิถีชีวิตของเกษตรกรในด้านอื่นๆ และระบบปฏิบัติเกี่ยวกับระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมที่ผ่านนั้น เกษตรกรอาจให้ความสำคัญน้อย เมื่อเทียบกับความเป็นอยู่ หรือปัญหาเศรษฐกิจที่ตนเองเผชิญอยู่<sup>(5)</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการให้ความรู้แก่เกษตรกรเน้นในเรื่องของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างถูกต้อง และปลอดภัยในกระบวนการของระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมทั้งการวิธีการใช้ การเลือกใช้สารและการเก็บอย่างถูกวิธี

2. มีการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชทั้งในเรื่องของสุขภาพและในเรื่องของสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้เกษตรกรผู้ใช้ได้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

3. ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการจัดการอบรมและการตรวจประเมินแปลงตามระบบระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้สารเคมี เพราะถึงแม้จะอนุญาตให้ใช้ได้แต่ก็ยังมีการใช้สารที่เกินกำหนด

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. มีการศึกษาในระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมเน้นในเรื่องของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

2. ควรมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มขึ้นในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกมะม่วงทั้งผู้ผ่านและไม่ผ่านระบบปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม

4. ในครั้งต่อไปหากมีการศึกษาควรทำการตรวจเลือดหาระดับโคลีนเอสเตอเรส เพื่อบอกระดับการแพ้พิษจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินความเสี่ยงอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับผลการศึกษามากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. ภมรทิพย์ อักษรทองและคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในเขตภาคเหนือและปริมาณสารพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อม. รายงานวิจัย ภาควิชาโรคพืช คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
2. รังสิต สุวรรณเขตนิกม. สารป้องกันกำจัดวัชพืชพื้นฐานและวิธีการใช้. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.

3. รุจ ศิริสัญลักษณ์. การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกผักในอำเภอสารภี จ. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2526.
4. ราไฟ แสงเมือง. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดแมลงศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน ในอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เกษตรศาสตร์) สาขาวิชาส่งเสริมการเกษตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
5. วิศิษฐ์ วัชรเทวินทร์กุล. ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้วัตถุพิษในการป้องกันและกำจัดแมลงในสวนผักของเกษตรกร อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หน้า 61-62, 74-75, 2534.

## การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลธาตุ อำเภอมหารนิवास จังหวัดสกลนคร

อังสุมารินทร์ ไชยราช    นักวิชาการสาธารณสุข  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ตำบลธาตุ อำเภอมหารนิवास จังหวัดสกลนครเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ใน 15 หมู่บ้าน โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 188 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มัชฌิมฐาน (Median) และ Pearson's Product Moment Correlation พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 อายุเฉลี่ย 46.72 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 50.5 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ร้อยละ 29.3 มีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ร้อยละ 85.6 มีรายได้เฉลี่ย 7,682.84 บาท ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นในบ้านโดยเฉลี่ย 3.18 กก./วัน ซึ่งส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภทพลาสติก ร้อยละ 76.1 โดยเกิดการเกิดมูลฝอยแต่ละประเภทเกิดขึ้นทุกวัน ร้อยละ 52.8 ภาชนะที่รองรับมูลฝอย ส่วนใหญ่เป็นถึงพลาสติก ร้อยละ 99.2 มีฝาปิด ร้อยละ 73.4 ในครัวเรือนมีการคัดแยกขยะ ร้อยละ 81.4 ขยะที่คัดแยกส่วนใหญ่ประเภทเศษไม้ ร้อยละ 94.7 กำจัดโดยการเผา ร้อยละ 75.0 เมื่อคัดแยกแล้วจะนำไปขาย ร้อยละ 96.1 โดยมีรถมารับซื้อที่บ้าน ร้อยละ 94.8 และขยะที่ไม่ได้คัดแยกจะฝังกลบและนำไปทิ้งป่าช้าของหมู่บ้าน ร้อยละ 100.0 และประชาชนส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยจากสื่อ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 66.5 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 โดย มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนมากที่สุดในเรื่องมูลฝอย หมายถึง สิ่งของที่เกิดจากการใช้ในชีวิตประจำวันที่ไม่ต้องการใช้แล้ว ร้อยละ 97.9 มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูง ร้อยละ 81.9 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อมากที่สุดคือ การคัดแยกมูลฝอยทำให้ครัวเรือนของท่านสะอาด น่าอยู่ น่ามอง ( $\bar{X} = 2.96$ ) และประชาชนมีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 โดยมีค่าเฉลี่ยรายข้อสูงสุด ท่านนำมูลสัตว์มาเป็นปุ๋ยคอกใส่บำรุงดินในการเพาะปลูกพืชในครัวเรือน หรือ การเกษตรกรรม ( $\bar{X} = 2.80$ )

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน พบว่า ความรู้กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และในด้านทัศนคติ

กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และประชาชนต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง การทำน้ำหมักชีวภาพ การคัดแยกมูลฝอยในครัวเรือน ร้อยละ 100.0

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในรอบสิบปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วปี พ.ศ. 2553 มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 15.16 ล้านตัน หรือ 41,532 ตันต่อวัน (ไม่รวมข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยก่อนนำมาทิ้งในถัง) เป็นปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครประมาณวันละ 8,766 ตัน (ร้อยละ 21) ในเขตเทศบาลเมืองและเมืองพัทยา ประมาณวันละ 16,620 ตัน (ร้อยละ 40) ส่วนที่เหลือเกิดขึ้นในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลประมาณวันละ 16,146 ตัน (ร้อยละ 39) ทั้งนี้ อัตราการเกิดขยะมูลฝอยโดยเฉลี่ยทั่วประเทศอยู่ที่ 0.64 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีสัดส่วนองค์ประกอบของเศษอาหารและอินทรีย์สารมากที่สุด คือ ร้อยละ 64 รองลงมาเป็นขยะมูลฝอยที่รีไซเคิลได้ คิดเป็นร้อยละ 30 ได้แก่ พลาสติก กระดาษ แก้ว และโลหะ ตามด้วยขยะมูลฝอยอื่นๆ และของเสียอันตรายจากชุมชน ตามลำดับ<sup>(3)</sup>

ปริมาณขยะมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นทุกปี เป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวของชุมชนและการขยายตัวทางเศรษฐกิจจากการคาดการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยที่จะเกิดขึ้นในอีก 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2559) หากขยะมูลฝอยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี ปริมาณขยะมูลฝอยจะเพิ่มขึ้นเป็น 15.37 ล้านตัน หรือ 42,110 ตันต่อวัน โดยประมาณจากปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งหมดมีการนำกลับมาใช้

ประโยชน์ประมาณ 3.91 ล้านตันหรือร้อยละ 26 โดยเป็นการคัดแยกและนำกลับคืนขยะรีไซเคิล ประเภทเศษแก้ว กระดาษ พลาสติก เหล็กและอลูมิเนียม ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การซื้อขายวัสดุรีไซเคิลโดยร้านรับซื้อของเก่า ศูนย์วัสดุรีไซเคิลชุมชน ธนาคารขยะรีไซเคิล และการเรียกคืนบรรจุภัณฑ์โดยผู้ประกอบการรวมประมาณ 3.20 ล้านตัน (ร้อยละ 82) ส่วนที่เหลือเป็นการนำขยะอินทรีย์มาหมักทำปุ๋ยอินทรีย์ปุ๋ยชีวภาพ และการหมักเพื่อผลิตก๊าซชีวภาพ (Biogas) ประมาณ 0.59 ล้านตัน (ร้อยละ 15) และเป็นการนำขยะมูลฝอยมาผลิตพลังงานไฟฟ้าและเชื้อเพลิงทดแทน ประมาณ 0.12 ล้านตัน (ร้อยละ 3)<sup>(3)</sup> สถานการณ์ขยะมูลฝอยในชุมชน ของปี 2555 เกิดขึ้นประมาณ 16 ล้านตัน หรือ 43,000 ตันต่อวัน ลดลง จากปีที่ผ่านมาประมาณ 8 หมื่นตัน (ปี 2554 มีขยะเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติจากกรณีอุทกภัย) โดยร้อยละ 22 เป็นขยะที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร (9,800 ตันต่อวัน) ทั้งนี้ขยะทั้งหมดถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการเพียง 5.8 ล้านตัน หรือร้อยละ 36 ขยะส่วนที่เหลือกว่า 10 ล้านตัน ถูกกำจัดทิ้งโดยการเผาทิ้งในบ่อดินเผาหรือพื้นที่กร้าง ซึ่งส่วนที่จัดการไม่ถูกต้องจะเพิ่มขึ้นทุกปีจากขยะคองค้างและปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น<sup>(2)</sup>

จากรายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชน 5 ปี ย้อนหลังของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล ณ วันที่ 23 มกราคมพ.ศ.2557 พบว่า พ.ศ.

2549 มีปริมาณขยะมูลฝอย 2,970 (ตันต่อวัน) พ.ศ. 2550 มีปริมาณขยะมูลฝอย 3,167 (ตันต่อวัน) พ.ศ. 2551 มีปริมาณขยะมูลฝอย 4,267 (ตันต่อวัน) พ.ศ. 2552 มีปริมาณขยะมูลฝอย 4,700 (ตันต่อวัน) พ.ศ. 2553 มีปริมาณขยะมูลฝอย 4,768 (ตันต่อวัน)<sup>(1)</sup>

องค์การบริหารส่วนตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มีพื้นที่ทั้งหมด 130 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 81,250 ไร่ มีบ้านเรือนอยู่รวมกันเป็นชุมชน ส่วนมากเป็นระบบเครือญาติพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมีหมู่บ้านในพื้นที่ปกครอง จำนวน 22 หมู่บ้าน มีจำนวนครัวเรือน 3,109 ครัวเรือน มีประชากร 16,111 คน มีค่าเฉลี่ยปริมาณมูลฝอยเท่ากับ 1.0 ตัน/วัน อัตราการเกิดมูลฝอยเฉลี่ย เท่ากับ 0.06 กิโลกรัม/คน/วัน<sup>(2)</sup>

จากปัญหาในการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนครเพื่อที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยวางแผนการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

### สมมติฐานการศึกษา

ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

### ขอบเขตการศึกษา

เขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาในการศึกษาคือเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

**ตัวแปรอิสระ** คือ ข้อมูลทั่วไป ปริมาณและองค์ประกอบของมูลฝอย ความรู้ ทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

**ตัวแปรตาม** คือ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตตำบลธาตุ อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่หัวหน้าครัวเรือนหรือหรือตัวแทนที่มีอายุ 18

ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง ตำบลธาตุ อำเภอมวนรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,085 หลังคาเรือน จากครัวเรือนละ 1 คน

$$\text{สูตรที่ใช้} \quad \text{คือ} \quad n = \frac{Z^2_{\alpha/2} NP (1-P)}{Z^2_{\alpha/2} P (1-P) + (N-1)d^2}$$

เมื่อ  $n$  = กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา  
 $N$  = จำนวนประชากร (หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮางทั้งหมด 2,085 ครัวเรือน  $Z^2_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96  
 $d$  = ค่าความแม่นยำหรือความคาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กำหนดให้ = 0.05  $P$  = ค่าประมาณการสัดส่วนประชากรที่มีการจัดการมูลฝอย มีค่าเท่ากับ 0.84<sup>(10)</sup>

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว จึงเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก (Lottery Method) จากจำนวน 2,085 หลังคาเรือน จนครบ จำนวน 188 หลังคาเรือน **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย ตรวจสอบความตรง (Validity) ตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความตรงในด้านโครงสร้าง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาใช้สูตรการคำนวณหาค่าสัดส่วนในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร<sup>(11)</sup> ในการคำนวณจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 188 คน

(Construct Validity) รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-Out) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน มีค่าความเชื่อมั่น 0.701 และแบบสอบถามการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน มีค่าความเชื่อมั่น 0.785

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือราชการขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้าน
2. ส่งหนังสือราชการถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกหมู่ เชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง อำเภอมวนรนิวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจง ประชาสัมพันธ์ในการเก็บข้อมูล และกำหนดวัน เดือน ปี ที่ลงไปเก็บข้อมูล จนครบตามจำนวนเป้าหมาย

3. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ และความครบถ้วนของข้อมูล

4. วิเคราะห์ข้อมูล

### สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และมัธยฐาน (Median)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.0 อายุเฉลี่ย 46.72 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.3 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 18.1 และระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 50.5 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 38.3 และเป็นบิดามารดา ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ร้อยละ 29.3 รองลงมาจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน ร้อยละ 21.3 และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน ร้อยละ 17.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ร้อยละ

85.6 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 10.1 อาชีพค้าขาย และอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ ส่วนรายได้ พบว่าประชาชนมีรายได้เฉลี่ย 7,682.84 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท และรายได้ต่ำสุด 500 บาท ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นในบ้านโดยเฉลี่ย 3.18 กก./วัน มูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือน จัดอยู่ในประเภทพลาสติก ร้อยละ 76.1 รองลงมา คือเศษอาหาร ร้อยละ 74.5 และเป็นกระดาษ เศษไม้ ร้อยละ 47.3 และ 36.7 ตามลำดับ ส่วนการเกิดมูลฝอยแต่ละประเภท เกิดมูลฝอยทุกวัน ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือเกิดมูลฝอย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 39.2 ในครัวเรือนมีภาชนะรองรับมูลฝอย ร้อยละ 86.5 ภาชนะที่รองรับมูลฝอยจะเป็นถังพลาสติก ร้อยละ 99.2 มีฝาปิด ร้อยละ 73.4 รองลงมา คือ ถังพลาสติก ร้อยละ 17.0 มีฝาปิด ร้อยละ 87.5 ในครัวเรือนคัดแยกขยะ ร้อยละ 81.4 มูลฝอยที่คัดแยกเป็นประเภทเศษไม้ ร้อยละ 94.7 กำจัดโดยการเผา ร้อยละ 75.0 รองลงมาเศษผ้า ร้อยละ 96.8 กำจัดโดยการนำไปขาย ร้อยละ 57.1 เมื่อคัดแยกแล้วนำไปขาย ร้อยละ 96.1 โดยมีรถมารับซื้อที่บ้าน ร้อยละ 94.8 ส่วนขยะที่ไม่ได้คัดแยกจะฝังกลบและนำไปทิ้งป่าช้าของหมู่บ้าน ร้อยละ 100 รองลงมาคือทิ้งไว้กองรวมกันบริเวณครัวเรือนแล้วเผา ร้อยละ 98.9 ตามลำดับ และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอยจากสื่อ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 66.5 และไม่เคยได้รับความรู้เลย ร้อยละ 33.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการจัดการขยะ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=188)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	77	41.0
หญิง	111	59.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
$\bar{x}$ =46.72 SD =9.087 Min =18 Max =67		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.51
ประถมศึกษา	149	79.3
มัธยมศึกษา	34	18.1
อนุปริญญา/ปวส.	4	2.1
<b>ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว</b>		
เป็นหัวหน้าครอบครัว	95	50.5
คู่สมรส	72	38.3
บิดา/มารดา	8	4.3
บุตร/ธิดา	7	3.7
พี่น้อง	5	1.1
อื่นๆ ระบุ.....	3	1.6
<b>สมาชิกในครัวเรือน</b>		
1 คน	3	1.6
2 คน	19	10.1
3 คน	32	17.0
4 คน	55	29.3
5 คน	40	21.3
6 คน	15	8.0
7 คน	19	10.1
8 คน	4	2.1
10 คน	1	0.5



ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการจัดการขยะ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=188)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.1
ค้าขาย	3	1.6
เกษตรกรกรรม	161	85.6
รับจ้างทั่วไป	19	10.1
อื่นๆ	3	1.6
<b>รายได้รวมของครัวเรือน</b>		
$\bar{x}=7682.84$ SD = 7914.19 Min =500 Max =50000		
<b>ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นโดยเฉลี่ย (กก./วัน)</b>		
$\bar{x}=3.18$ Min =0.5 Max =10		
<b>ประเภทของมูลฝอยที่เกิดขึ้นในครัวเรือน</b>		
เศษอาหาร (n =140)	138	98.6
กระดาษ (n =89)	88	99.9
พลาสติก (n =143)	143	100.0
โฟม( n=6)	6	100.0
เศษผ้า (n =14)	14	100.0
โลหะ (n =4)	4	100.0
เศษแก้ว,กระจก (n =7)	7	100.0
เศษไม้ (n =69)	69	100.0
อื่นๆ ระบุ (n =7)	7	100.0
<b>การเกิดมูลฝอยของแต่ละประเภท</b>		
เกิดมูลฝอยทุกวัน	93	52.8
เกิดมูลฝอย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	69	39.2
นานๆเกิดมูลฝอยที่	14	7.4

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการจัดการขยะ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=188)	ร้อยละ
<b>มีภาชนะรองรับมูลฝอยโดยเฉพาะ</b>		
มี	154	86.5
ไม่มี	34	13.5
<b>ภาชนะที่รองรับมูลฝอย</b>		
ถังพลาสติก	127	99.2
มีฝาปิด	94	73.4
ไม่มีฝาปิด	34	26.6
ถังน้ำมัน	4	2.1
มีฝาปิด	3	1.6
ไม่มีฝาปิด	1	0.5
<b>แข่งไม้ไผ่</b>	26	13.8
มีฝาปิด	15	57.7
ไม่มีฝาปิด	11	42.3
<b>ถุงพลาสติก</b>	32	17.0
มีฝาปิด	28	87.5
ไม่มีฝาปิด	4	12.5
<b>อื่นๆ</b>	9	4.8
มีฝาปิด	6	66.7
ไม่มีฝาปิด	3	33.3
<b>ครัวเรือนได้ทำการคัดแยกมูลฝอยก่อนนำไปกำจัด</b>		
ไม่ได้คัดแยก	34	18.1
คัดแยก	154	81.9
<b>เมื่อท่านคัดแยกมูลฝอย ส่วนใหญ่นำไปขาย</b>		
ขาย	146	96.1
ไม่ขาย	6	3.9

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป และการจัดการขยะ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=188)	ร้อยละ
<b>ประเภทที่ขาย</b>		
พลาสติก(n=45)	31	68.9
แก้ว (n=45)	3	6.7
กระดาษ (n=45)	2	4.4
ทั้ง 3 อย่าง (n=45)	9	20.0
<b>สถานที่นำมูลฝอยไปขาย</b>		
รถรับซื้อที่บ้าน(n=134)	127	94.8
สถานที่รับซื้อ (n=134)	7	5.2
<b>หากไม่คัดแยก นำมูลฝอยไปกำจัด</b>		
ทิ้งไว้กองรวมกันบริเวณครัวเรือน แล้วเผา(n=90)	89	98.9
ฝังกลบ (n=45)	45	100.0
ทิ้งในป่าช้า ของหมู่บ้าน (n=11)	11	100.0
ทิ้งในที่นาของตนเอง(n=22)	21	95.5
อื่นๆ ระบุทิ้งถังขยะ อบต. (n=20)	16	80.0

ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับต่ำ ร้อยละ 20.7 และมีความรู้เกี่ยวกับ

การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับมาก ร้อยละ 14.4 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนมากที่สุดในเรื่อง มูลฝอย หมายถึง สิ่งของที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่ต้องการใช้แล้วร้อยละ 97.9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

แปลผลความรู้	จำนวน (n = 188)	ร้อยละ
มีความรู้ระดับสูง	27	14.4
มีความรู้ระดับปานกลาง	122	64.9
มีความรู้ระดับต่ำ	39	20.7
$\bar{x} = 9.69$ , S.D. = 1.79, Max = 14.00, Min = 3.00		

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนสูงสุดในเรื่อง การคัดแยกมูลฝอยทำให้ครัวเรือนของท่านสะอาด น่าอยู่ น่ามอง ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 0.27) รองลงมาในเรื่องการคัดแยกมูลฝอยควรเริ่มจากคนในครอบครัวก่อน ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. = 0.36) และประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของ

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนต่ำสุดในเรื่องท่านเห็นมูลฝอยเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ( $\bar{X} = 2.04$ , S.D. = 0.91) ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูง ร้อยละ 81.9 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 16.5 และมีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

**ตาราง 4** จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

แปลผลทัศนคติ	จำนวน (n = 188)	ร้อยละ
ทัศนคติระดับสูง	154	81.9
ทัศนคติระดับปานกลาง	31	16.5
ทัศนคติระดับต่ำ	3	1.6
$\bar{x} = 2.61$ , S.D. = 0.28, Max = 3.0, Min = 1.53		

การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนสูงสุดในเรื่อง ท่านนำมูลสัตว์มาเป็นปุ๋ยคอกใส่บำรุงดินในการเพาะปลูกพืชในครัวเรือน หรือ การเกษตรกรรม ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D. = 0.45) รองลงมาในเรื่อง ท่านคัดแยกมูลฝอยก่อนนำมูลฝอยไปกำจัด ( $\bar{X} = 2.78$ ,

S.D. = 0.43) และประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนต่ำสุดในเรื่อง ท่านนำถุงพลาสติกมาทำความสะอาด แล้วใช้ซ้ำอีก ( $\bar{X} = 1.50$ , S.D. = 0.64) ประชาชนส่วนใหญ่มีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 รองลงมาได้มีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูง ร้อยละ 45.7 ตามลำดับ

**ตาราง 5** จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

แปลผลการจัดการมูลฝอย	จำนวน (n = 188)	ร้อยละ
การจัดการระดับสูง	86	45.7
การจัดการระดับปานกลาง	102	54.3
$\bar{x} = 2.31$ , S.D. = 0.26, Max = 2.88, Min = 1.69		

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนผลการศึกษา พบว่า

ความรู้ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**ตาราง 6** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน

ตัวแปร	จำนวน (n)	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P - value
ความรู้ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน	188	0.048	0.509*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ในด้านทัศนคติกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนพบว่า ทัศนคติ

กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**ตาราง 7** ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน

ตัวแปร	จำนวน (n)	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P - value
ทัศนคติ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน	188	0.006	0.938*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องใดเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน โดยใช้ข้อคำถามปลายเปิด พบว่า ส่วนใหญ่ ประชาชนต้องการความรู้เพิ่มเติม ในเรื่อง การทำน้ำหมักชีวภาพ ร้อยละ 100.0 และ เรื่อง การคัดแยกมูลฝอยในครัวเรือน ร้อยละ 100.0

### อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 64.9 รองลงมา มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับต่ำ ร้อยละ 20.7 และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับมาก ร้อยละ 14.4 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัว

เรือนมากที่สุดในเรื่อง มูลฝอย หมายถึง สิ่งของที่เกิดจากการใช้ในชีวิตประจำวันที่ไม่ต้องการใช้แล้วร้อยละ 97.9 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวรพล ภูภักดี<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบึงวิชัยอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือแม่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบึงวิชัยอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์มีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยรวมอยู่ในระดับมากและขัดแย้งกับการศึกษาของจารุณี สุขแก้ว<sup>(5)</sup> ได้ศึกษาสตรีกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสตรีในเขตเทศบาลมีความรู้ความเข้าใจในการ

จัดการขยะอยู่ในระดับสูง และยังขัดแย้งกับการศึกษาของรัตติกาล อินทอง<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงสามารถอธิบายได้ว่า การที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนปานกลางสูง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้จากสื่อ หรือ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกตัด

ผลการศึกษาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูง ร้อยละ 81.9 รองลงมามีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 16.5 และมีทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 1.6 ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติรายข้อ พบว่า ประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนสูงสุดในเรื่อง การคัดแยกมูลฝอยทำให้ครัวเรือนสะอาด น่าอยู่ น่ามอง ( $\bar{X} = 2.96$ , S.D. = 0.27) รองลงมาในเรื่อง การคัดแยกมูลฝอยควรเริ่มจากคนในครอบครัวก่อน ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. = 0.36) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา<sup>(4)</sup> การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยครัวเรือนตามวิถีพอเพียงของประชาชนกรณีศึกษา ตำบลกุดไผ่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามพบว่าความคิดเห็นโดยรวม ระดับดี ร้อยละ 82.3 (SD = 0.38 Mean = 2.82) ทั้งนี้เนื่องจาก ประชาชนมีจิตสำนึก และเห็นความสำคัญในการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนที่ดี จึงทำให้มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงทั้งนี้จากทัศนคติรายข้อ พบว่า การคัด

แยกมูลฝอยทำให้ครัวเรือนสะอาด น่าอยู่ น่ามอง ร้อยละ 97.3

ผลการศึกษาด้านการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน พบว่าประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนสูงสุดในเรื่อง นำมูลสัตว์มาเป็นปุ๋ยคอกใส่บำรุงดินในการเพาะปลูกพืชในครัวเรือน หรือ การเกษตรกรรม ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D. = 0.45) รองลงมาในเรื่อง คัดแยกมูลฝอยก่อนนำมูลฝอยไปกำจัด ( $\bar{X} = 2.78$ , S.D. = 0.43) และประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนต่ำสุดในเรื่อง นำถุงพลาสติกมาทำความสะอาด แล้วใช้ซ้ำอีก ( $\bar{X} = 1.50$ , S.D. = 0.64) ประชาชนส่วนใหญ่มีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 รองลงมาได้มีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูง ร้อยละ 45.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพล ภูภักดี<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบึงวิชัยอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและขัดแย้งกับการศึกษาของว่าที่ ร.ต.เวชมนต์<sup>(10)</sup> แสนโคตรได้ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนแบบมีส่วนร่วมในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า หลังการทดลอง ผู้นำชุมชนในกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก โดยมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้นำชุมชนในกลุ่มทดลองมีส่วนร่วม ในขั้นตอน การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ

ทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนลดลง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีค่าเฉลี่ยรายข้อของการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนสูงสุดในเรื่อง นำมูลสัตว์มาเป็นปุ๋ยคอกใส่บำรุงดินในการเพาะปลูกพืชในครัวเรือน หรือ การเกษตรกรรม ( $\bar{X} = 2.80$ , S.D. = 0.45) รองลงมาในเรื่อง คัดแยกมูลฝอยก่อนนำมูลฝอยไปกำจัด ( $\bar{X} = 2.78$ , S.D. = 0.43)

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน พบว่า ความรู้ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนมีความรู้ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน ประชาชนมีความรู้ แต่อาจไม่ได้นำความรู้นั้นมาปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ในด้านทัศนคติกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนพบว่า ทัศนคติ กับ การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้จากการศึกษาประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนระดับสูงแต่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง มูลฝอยเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ( $\bar{X} = 2.04$ , S.D. = 0.91)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1 ด้านความรู้ เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และยิ่งขาดความรู้ในบางเรื่อง คือ ขาดความรู้ในเรื่อง ของที่ใช้แล้ว เป็นมูลฝอย

อันตราย ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ โดยเน้นเรื่องการคัดแยกหรือการจัดการขยะในชุมชนอย่างง่ายโดยใช้หลัก 3 R หรือจัดทำเอกสารคู่มือสื่อประกอบ มีการจัดอบรมเป็นระยะด้วย

1.2 ด้านทัศนคติต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนอยู่ในระดับที่สูงแต่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง มูลฝอยเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรมีการสร้างจิตสำนึกที่ดีเกี่ยวกับการคัดแยกขยะในครัวเรือนให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนเปลี่ยนมุมมองใหม่แปลงขยะให้เป็นรายได้กับครอบครัว เกิดธนาคารขยะในชุมชน

1.3 ด้านการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนอยู่ในระดับที่ปานกลาง และยังมี การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนที่ไม่ถูกต้องในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ นำถุงพลาสติกมาทำความสะดวก แล้วใช้ซ้ำอีก ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ โดยเน้น หลัก 3 R เพื่อให้ประชาชนสามารถคัดแยกขยะในชุมชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะ

2.2 ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นหรือเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน เพื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์ต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาในตนเองเดียวกัน โดยศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่นๆ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรอื่นได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม [http://www.pcd.go.th/info\\_serv/waste\\_wastethai48\\_53.html](http://www.pcd.go.th/info_serv/waste_wastethai48_53.html) สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2557,2557.
2. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.\*หมายเหตุมลพิษปีที่ 9 ฉบับที่ 13 เดือนธันวาคม 2555-มกราคม 2556 หน้า 3.<http://www.pcd.go.th> สืบค้นเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2557,2557.
3. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559:54,2557.
4. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนตามวิถีพอเพียงของประชาชนกรณีศึกษา ตำบลกุดไสล้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.
5. จารุณี สุขแก้ว.สตรีกับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) :มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
6. จารุวรรณ วิโรจน์. เอกสารประกอบการเรียนการสอนหลักการวิจัยทางสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
7. รัตติกาล อินทอง.การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองแม่โจ้ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม) : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
8. วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ. (2544) หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2544.
9. วรพล ภูภักดี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบึงวิชัยอำเภอมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
10. เวชมนต์ แสนโคตร,ว่าที่ร.ต.การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร.
11. สุมัทธนา กลางคารและวราพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6 มหาสารคาม : สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์, 2553.
12. องค์การบริหารส่วนตำบลธาตุ.สรุปผลงานขยะมูลฝอย, 2557.



## คำแนะนำ

### ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ 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 15 หน้าพิมพ์

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

**บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทที่เกี่ยวกับบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

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

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

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

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

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้น กระชับรัดกุมให้เข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

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

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

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

**เนื้อเรื่อง** ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลา ของผู้อ่านใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

**วิธีการดำเนินการ** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

**ผล/ผลการดำเนินงาน** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

**วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

**ข้อเสนอแนะ** ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

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

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3.1 การอ้างอิงวารสาร

#### รูปแบบมีดังนี้

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

#### วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ

Index Medicus

#### วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

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

### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

#### รูปแบบมีดังนี้

#### รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

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

#### รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า-หน้าสุดท้าย.

#### 4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่น ซีดี การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอยากเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบเพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง จำนวนรูปภาพ ไม่เกิน 4 ภาพ

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

4.4 จำนวนตาราง ไม่เกิน 4 ตาราง

#### 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

#### ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้