

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2558

Vol.7 No. 2 February - July 2015

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

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

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจพงษ์
นายแพทย์เรืองกิตติ์ ศิริกาญจนกุล
นางพงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา

บรรณาธิการ

นางทัศนีย์ รอดชมภู

กองบรรณาธิการ

ดร.จริยา อินทรรัศมี, นางชนิตา รุ่งวิทยาการ, นางกัลยา ทองธีรกุล
นางบังอร กล่ำสุวรรณ, นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์, นางสาววาสนา คณะวาปี
นางสาวสุพัตรา บุญเจียม, นางสาวจันทร์ธรา สมด้ว

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางพรพรรณ นามตะ

ศิลปินออกแบบ

นางสาวจันทร์ธรา สมด้ว

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 195 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร.043-235-902-5 โทรสาร 043-243-416
[http:// www.anamai.moph.go.th/hpc 6](http://www.anamai.moph.go.th/hpc)

กำหนดออก

ปีละ 2 เล่ม สิงหาคม – มกราคม, กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม

จัดพิมพ์

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

ถ้อยแถลง

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น



การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ถือเป็นภารกิจที่มุ่งในการแก้ไขปัญหาถึงสาเหตุ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การศึกษาวิจัย เป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือพัฒนาองค์ความรู้ โดยมีวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ ผลที่ได้สามารถนำไปปรับปรุงและต่อยอดเพื่อพัฒนางาน โดยมุ่งหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น เป็นสื่อแห่งการเรียนรู้ เป็นคลังงานวิจัย และเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์ และน่าสนใจ ทั้งจากการศึกษาวิจัย บทวิทยาการ และบทความทั่วไป ที่รวบรวมผลงานจากผู้เขียนหลากหลายสาขาอาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ จากศูนย์ฯ และผู้สนใจจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานภายนอกที่ให้การตอบรับ ด้วยดีเสมอมา

ท้ายนี้ ผมขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารและขอเป็นกำลังใจให้นักเขียนทุกท่าน ผลิตงานวิจัยและผลงานทางวิชาการ เผยแพร่ผ่านวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อนำไปพัฒนางานวิชาการ และเป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

(นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกับวารสารศุนย์อนามัยที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำปี พ.ศ.2558 ซึ่งปีนี้ได้จัดทำต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 7 แล้ว โดยฉบับนี้ได้รวบรวมผลงานที่น่าสนใจ และหลายด้านเหมือนเช่นที่ผ่านมา โดยได้รับความสนใจจากผู้อ่าน/นักวิจัย รวมทั้งภาคีเครือข่าย หลากหลายหน่วยงานในพื้นที่เขตรับผิดชอบประกอบไปด้วย บทความ/งานวิจัย ที่พัฒนาองค์ความรู้ด้านการสาธารณสุข สุขภาพ การพัฒนาระบบบริการในหน่วยงานราชการ ผลลัพธ์จากการศึกษา ซึ่งมีหลากหลายวิธีวิจัย ทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ต่อยอดเป็นประโยชน์ ต่อผู้อ่านได้อย่างดี

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้อ่านและผู้สนใจส่งบทความเป็นอย่างยิ่งที่มุ่งมั่นและให้ความสำคัญในการศึกษาผลงานอันเป็นประโยชน์ ต่อทางด้านสาธารณสุขและงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการตอบรับด้วยดีเช่นนี้ตลอดไป และทีมบรรณาธิการจะดำเนินงานให้การพัฒนาวารสารเพื่อตอบสนองความต้องการ และเตรียมความพร้อมด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่การเป็นประเทศเศรษฐกิจอาเซียนต่อไป



(นางทัศนีย์ รอดชมภู)

บรรณาธิการวารสารศุนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2558

หน้า

บทความทั่วไป

1. สุขภาพพื้นฐานและ สุขภาพในสายน้ำแห่งชีวิต 3
สู่คุณภาพชีวิตผาสูกองครวมของ WHO
▣ สุขุมล พัทฒเศรษฐานนท์

บทวิทการ

1. ภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในทารกแรกเกิดเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว 19
▣ พญ.นงเยาว์ ประมุขกุล
2. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตบริการสุขภาพที่ 8 35
▣ เยาวรัตน์ รัตนันท์
3. ผลของการพัฒนาตามหลักสูตรการจัดบริการฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี 50
คุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7
▣ พรรณนภา แมตสถาน
4. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 57
ในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย
▣ สถิต พูลเพิ่ม
5. การประเมินผลการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง 73
สำหรับนักเรียน ปี 2555
▣ ชนกานต์ ด้านวนกิจเจริญ
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน 88
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธาราม
จังหวัดสกลนคร
▣ สไบพร เนตรโสภา



บทความทั่วไป

สุขภาพพื้นฐานและ สุขภาพในสายน้ำแห่งชีวิต

สู่คุณภาพชีวิตผาสุกองค์รวมของ WHO

(Salutogenesis and Health in river of lifethroughout WHO holistic Well being)

สุขุมล พัฒนเศรษฐฐานนท์
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประชาคมสุขภาพโลก โดย WHO กำหนดนิยาม สุขภาพสากล (WHO Alma Ata Global Health 1977) หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ไม่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการ แนวคิดทฤษฎี สุขภาพพื้นฐาน (Salutogenesis) อธิบายระดับสุขภาพของคน (Health Status) และกลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Coherence) ปรากฏผลต่อมนุษย์มากกว่าปราศจากโรคหรือความพิการโดยการวินิจฉัยและรักษาแบบเดิม

สุขภาพพื้นฐาน มีรากศัพท์จากภาษาลาตินและกรีก (Salut =Health) + (genesis =Original or Formation) หมายถึง สุขภาพพื้นฐาน แนวคิดทฤษฎีสุขภาพพื้นฐานคิดค้นและออกแบบโดยศาสตราจารย์ ดร.เอรอน แอนโทนอฟสกี เป็นทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ ความรู้ด้าน จิตวิทยา สังคมศาสตร์ การแพทย์ ระบาดวิทยา และกลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเซลล์โดยเชื่อว่าชีวิตมนุษย์ มีภาวะเครียด (Stress) ต่อภาวะวิกฤต จึงมีการปรับตัวต่อภาวะกดดันต้องประคองชีวิต ส่งเสริมสุขภาพตนให้มีสุขภาพดีสูงสุดจนถึงสภาวะที่อันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีการปรับตัวเพื่อปกป้องตนเอง มีการเพิ่มความรู้ เรียกว่า ชีวิตและสุขภาพในสายน้ำ (Health in river of life) หากแต่ยังไม่ชัดเจนนัก ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ให้คุณภาพชีวิตผาสุกแบบองค์รวม (Holistic Well being) ตามนิยาม WHO มุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมสูงที่ไม่สามารถแยกบ่าบัด ดูแลแบ่งเป็นส่วนๆ ได้ การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ Salutogenesis จึงอาจนำไปประยุกต์ใช้โดยบูรณาการกับศาสตร์การดูแลตนเองแบบองค์รวม (Orem Holistic Self Care Theory) และทฤษฎีการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมนุษย์ (Pender Health Promotion in practice) เพื่อประชากรโลกมีสุขภาพที่ดี หรือคุณภาพชีวิตผาสุกแบบองค์รวม

บทนำ

ในการประชุมสมัชชา (World Health Assembly and the Executive Board Meeting) องค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 66 ณ นคร เจนีวา สหพันธรัฐสวิส ปี 2013 ได้ให้ความสำคัญต่อความมุ่งมั่นและพันธกิจ ในการดำเนินงานและการประชุมที่เกี่ยวข้องประสานเชื่อมโยงกัน จากการประชุม

ส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 8 ณ สาธารณรัฐฟินแลนด์ 2556 และการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ณ ประเทศไทย 2556 และจากการประชุม the 19th International HPH Conference 2011 ณ สาธารณรัฐฟินแลนด์ วิทยากรจากประเทศ กลุ่มยุโรปตะวันออก ได้นำเสนอเผยแพร่องค์ความรู้ สุขภาพพื้นฐานและสุขภาพในสายน้ำแห่งชีวิต (Salutogenesis and Health in river of life) นอกจากนี้การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก มีการจัดประชุมกลุ่ม (Working group) ณ พัทยา ประเทศไทย 2556 เรื่อง Social Determinant และกลุ่ม Salutogenesis ประกอบกับผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสาธิตเขตสุขภาพที่ 7,8 ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้ Salutogenesis มีนโยบายกระจายองค์ความรู้แก่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 เป็น Health Plaza สาธิตขอบเขตและถ่ายทอดเทคโนโลยีแก่โรงพยาบาลในเครือข่ายเขตสุขภาพ

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้ศึกษาวิเคราะห์ที่ได้รับมอบหมายจากประสบการณ์ผู้จัดการกลยุทธ์ และนักวิจัยหลัก กระบวนการสร้างคุณค่า โครงการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม ภาควิชาสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาเครือข่ายอำเภอสุขภาพเข้มแข็ง และโครงการวิจัยพัฒนาขยายผล (Research Development and Duplicate: R/D/D) เขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2550 – 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงสนใจศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ ต่อเนื่อง องค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพื้นฐาน และสภาวะสุขภาพในสายน้ำ แห่งชีวิต (Salutogenesis and Health in River of Life)

วัตถุประสงค์

1. ระบุความเป็นมาหรือหลักการ องค์ความรู้ Salutogenesis และองค์ความรู้เทคโนโลยี นวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาบทบาทหน้าที่แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ Salutogenesis

3. เสนอแนะแนวทางขยายผล ใช้ประโยชน์และดำเนินการต่อเนื่อง

โดยได้เรียบเรียงเนื้อหาจากเอกสารอ้างอิง ภาษาไทยต่างประเทศ และเอกสารที่อ้างอิง โดยมีเนื้อหาโดยสรุป ดังนี้

1. ความหมายของ Salutogenesis

2. ความเป็นมา ผู้ริเริ่มพัฒนามากว่า 30 ปี

3. แนวคิดองค์ความรู้ (Concept) หลักการที่เกี่ยวข้อง (Paradigm)

4. ขั้นตอนในการปฏิบัติ

5. ขอบเขตองค์ความรู้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด Salutogenesis (Home)

6. สถานภาพองค์ความรู้ Saluto genesis ปัจจุบัน (มกราคม 2558)

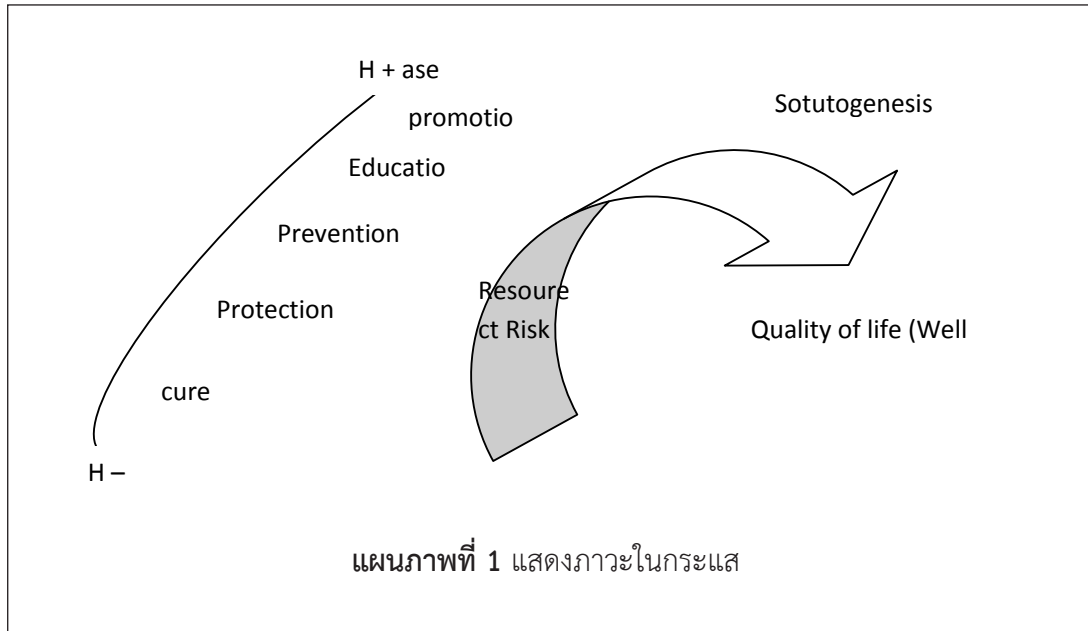
1. ความหมายของ Salutogenesis ความหมายจาก Wikipedia ได้กล่าวถึง Salutogenesis ว่าเป็นคำอธิบายเนื้อหา ปัจจัยที่สนับสนุนสุขภาพของคนสู่ ความผาสุก ของชีวิต เป็นองค์ความรู้ที่อธิบายมากกว่า พยาธิสภาพ เชื้อโรค การเกิดโรค และอธิบายกลไกการเผชิญกับภาวะกดดัน การแก้ไขปรับตัวจากคุณสมบัติของแต่ละคน และสิ่งแวดล้อมตามโอกาส

สาระสำคัญ องค์ความรู้ องค์ประกอบของทฤษฎี Salutogenesis มักอธิบายคุณลักษณะมากกว่าความน่าเชื่อถือแบบอ้างอิง (Encyclophedia) อธิบายกระบวนการของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบด้าน การปรับตัว เมื่อเผชิญความเครียด ด้านพยาธิสภาพ ระบาดวิทยา จิตใจ สังคม โดยกล่าวถึงด้านจิตวิญญาณตามเป้าหมายสุขภาพองค์การอนามัยโลก แต่ไม่ปรากฏการกล่าวถึงมิติ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ(Prevent and Rehabilitation) อาจกล่าวได้ว่า Salutogenesis หมายถึงแนวคิดสุขภาพพื้นฐาน(Original Health) อธิบายปัจจัยเกี่ยวข้องและปัจจัยพื้นฐานของชีวิต ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ระบาดวิทยา ที่ต้องปรับตัวในสภาวะกดดันในกระแสของชีวิต สอดคล้องกับคุณลักษณะวิชาชีพเวชกรรม หากพิจารณาเป้าประสงค์สุขภาพโลก(Global Health) ซึ่งครอบคลุม 4 มิติ สภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ฟื้นฟู รักษาเป็นองค์ความรู้ความสุขสร้างเสริมต่อยอดชีวิตให้สมบูรณ์ ไม่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการแต่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญาหรือจิตวิญญาณ

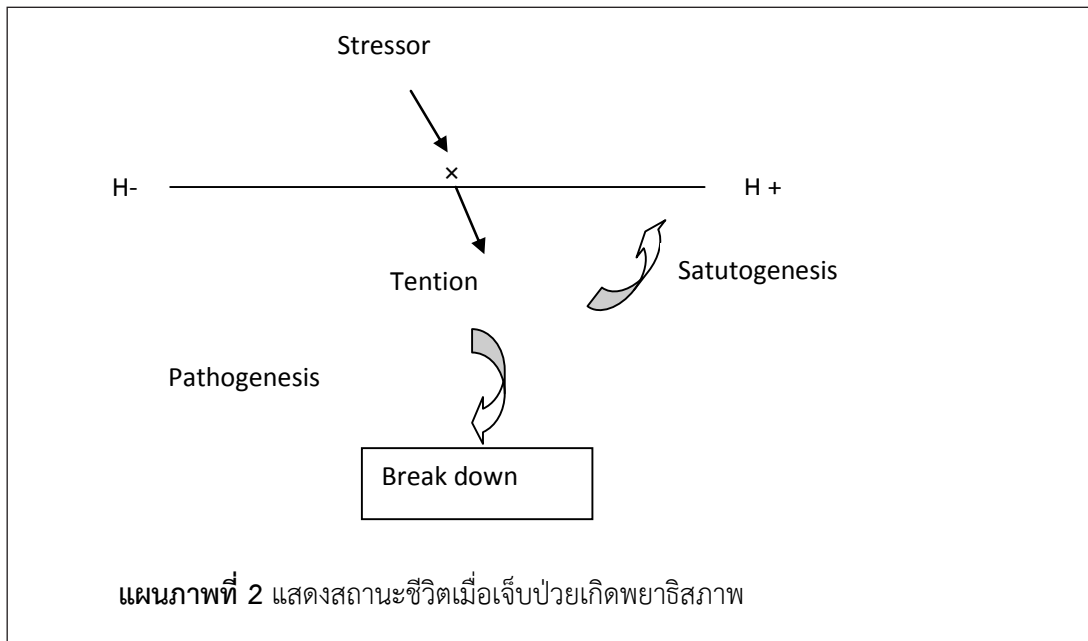
2. ความเป็นมาผู้ริเริ่มพัฒนา ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมาได้ศึกษาออกแบบทฤษฎีเป็นพื้นฐาน องค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเป้าประสงค์การมีชีวิต เรียกว่า Salutogenesis องค์ความรู้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านระบาดวิทยาปรากฏรายงานวิจัยทดสอบ องค์ความรู้ผลต่อสุขภาพและชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. แนวคิดองค์ความรู้ หลักการที่เกี่ยวข้อง Salutogenesis มุ่งอธิบายสิ่งที่มนุษย์มีติดตัวของแต่ละคนมาแต่เกิด จึงมีความแตกต่างเป็นพื้นฐานของแต่ละคนมาแต่กำเนิด โดยเฉพาะการปรับตัว เมื่อเผชิญความเครียดพบว่ามีการทำงานของสมองผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ, อวัยวะ, กระแสประสาท ขั้วต่อ เป็นคุณสมบัติของคุณที่มีมาแต่เกิดเป็นองค์ความรู้ความสนใจมากกว่าสิ่งมาทีหลัง

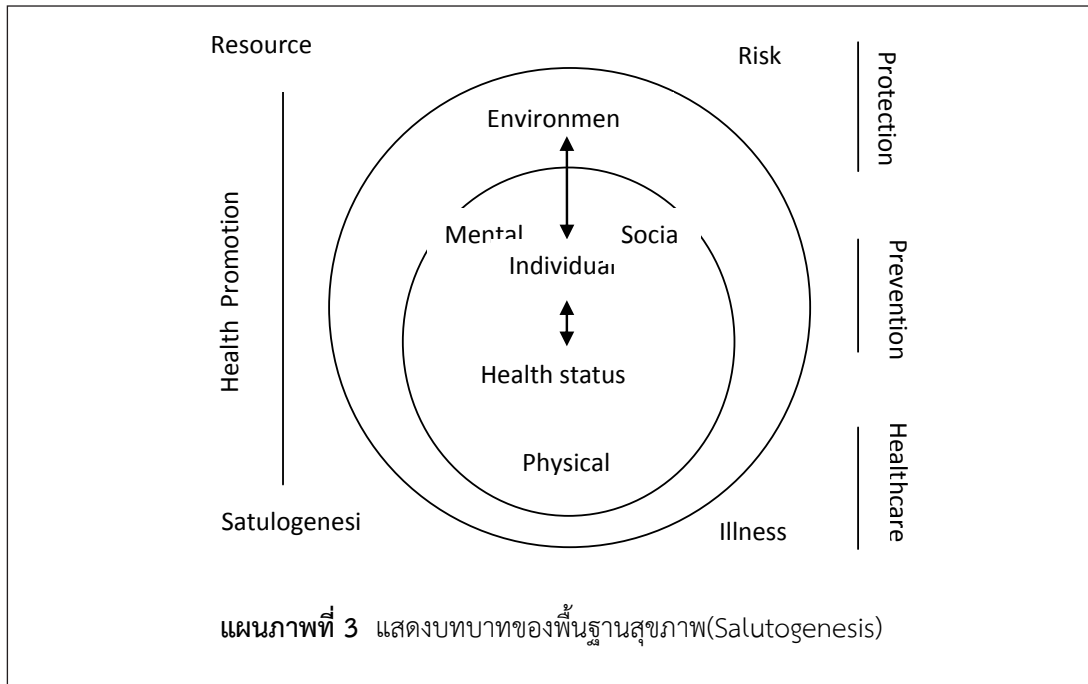
3.1 การปรับตัวต่อสภาวะความกดดันในมิติต่างๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะกดดันสู่การมีคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียดที่ต้องส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะการมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องป้องกันคุ้มกันหรือเยียวยา หากป่วยเป็นโรคเสี่ยงต่อความตาย คล้ายกับคนว่ายน้ำไม่ให้ไหลไปตามกระแสที่สูดต้องเสียชีวิต(Health in River of life) ดังภาพ



3.2 การเผชิญกับความกดดัน หรือความเครียด (Stressor) ได้แก่ สภาวะเจ็บป่วย โดยอธิบายการเกิดพยาธิสภาพกับสุขภาวะ (H+, H-) ได้ดังนี้



3.3 Salutogenesisกับสภาพด้านจิตใจ (Meutal Health) :Bauer G Davics IK at Advancing Model for Health 2003



จากแผนภาพองค์ความรู้ที่กล่าวมาจะพบข้อสังเกต เกี่ยวกับSalutogenesis ดังนี้

1. องค์ความรู้เชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม แต่กล่าวถึง ปัญหา หรือจิตวิญญาณ น้อยมาก ซึ่งอาจจะทำให้บุคคล ปราศจากโรค หรือ ความพิการแต่ยังไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ตามนิยาม สุขภาพสากล ซึ่ง WHO ให้นิยาม หมายถึงสภาวะของคนที่มีสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (Bio-Psycho-Social and Spiritualwell being) เป็นการเยียวยาคนแบบเป็นคนทั้งคน (Whole or Holistic) ซึ่งประกอบด้วย กาย จิต สังคม ปัญญา จะแยกดูแลหรือเยียวยาเป็นส่วนๆ ไม่ได้
2. องค์ความรู้ Salutogenesis ในมิติการรักษา (Curation) พิจารณาถึงซึ่งถึงระดับเซลล์ เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรค สามารถอธิบายได้ถึงระดับมีพยาธิสภาพ อย่างไรโดยหลักการระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย Host (คน) ,Agent (เชื้อโรค, ปัจจัยทำให้เจ็บป่วย) และสิ่งแวดล้อม (Environment) หากเผชิญความเครียดหรือการกดดัน ต้องมีการพิจารณาจัดการด้านคุ้มครองตนเอง และต้องให้เกิดการเรียนรู้ ให้สามารถมีสุขภาพดีขึ้นมาจากกระบวนการศึกษาเรียนรู้ ให้สามารถมีสุขภาพดีขึ้นได้ กระบวนการศึกษาเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญและมีการเฝ้าระวัง กล่าวถึงสิ่งที่เป็นความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึง และพิจารณาสุขภาพถึงพื้นฐานชีวิต เป็นสุขภาพแบบคิดบวก ต่อยอดความรู้การอนุรักษ์การเจ็บป่วย แบบเดิม
3. องค์ความรู้ Salutogenesis พิจารณาถึงธรรมชาติของชีวิต อย่างลึกซึ้งในมิติการรักษา จึงทำให้มองเห็นองค์ประกอบในรายละเอียดมากขึ้น นับเป็นองค์ความรู้ใหม่ขององค์ประกอบองค์ความรู้ด้านสุขภาพปัจจัยที่ไหลเลื่อนไปกับสภาวะสุขภาพและสถานะภาพชีวิตของคนนั้นๆ เสมือนกับ สภาวะสุขภาพที่เลื่อนไหลหรือด้านกระแสไปกับกระแสน้ำแห่งชีวิตดังแผนภูมิที่ 1

4. ขั้นตอนในการปฏิบัติ เพื่อการมีชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ ตามกรอบทฤษฎีพื้นฐานสุขภาพ ไม่เพียงมีสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แต่มีชีวิตที่ดีด้วยตามขั้นตอนดังนี้

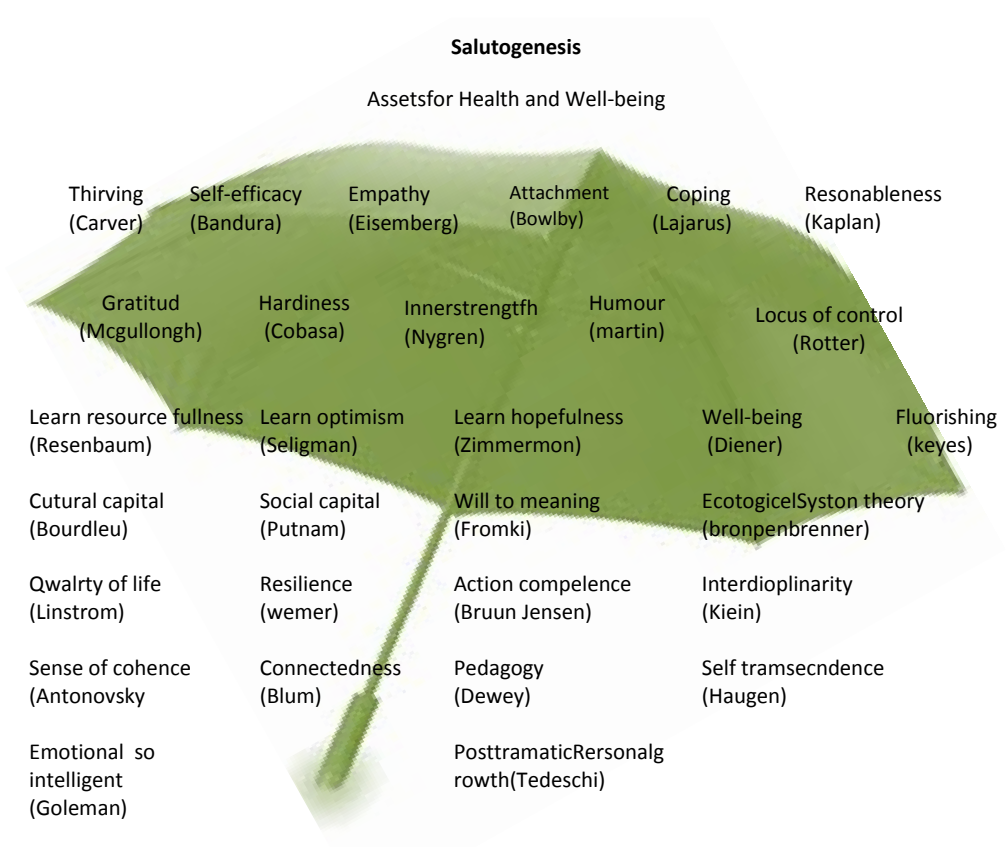
- 4.1 การนอนพักผ่อนให้เพียงพอ
- 4.2 ลดภาวะอ้วนเสบเมื่อปรากฏในทุกส่วนของร่างกาย
- 4.3 ปรับสภาพจิตใจให้มีความสุข จากสภาวะการสนับสนุนทางสังคม ที่มี ได้แก่ ด้านอารมณ์ คำชม ข้อมูลและสิ่งของ
- 4.4 จัดการต่อความกดดันหรือความเครียด อย่างเหมาะสมได้แก่
 - 4.4.1 การสูดหายใจรับอากาศดีบ่อยๆ
 - 4.4.2 การตั้งจุดหมายในชีวิตที่เป็นไปได้
 - 4.4.3 การพอใจในสิ่งที่ได้
 - 4.4.4 มีความเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์
 - 4.4.5 ยินดีในสิ่งที่มี
 - 4.4.6 ผูกมิตรกับเพื่อนมนุษย์โดยทั่วไป
 - 4.4.7 ชื่นชมสิ่งดีๆ ที่มีประสบการณ์ใหม่ๆ

5. ขอบเขตองค์ความรู้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องของแนวคิดสุขภาพพื้นฐาน

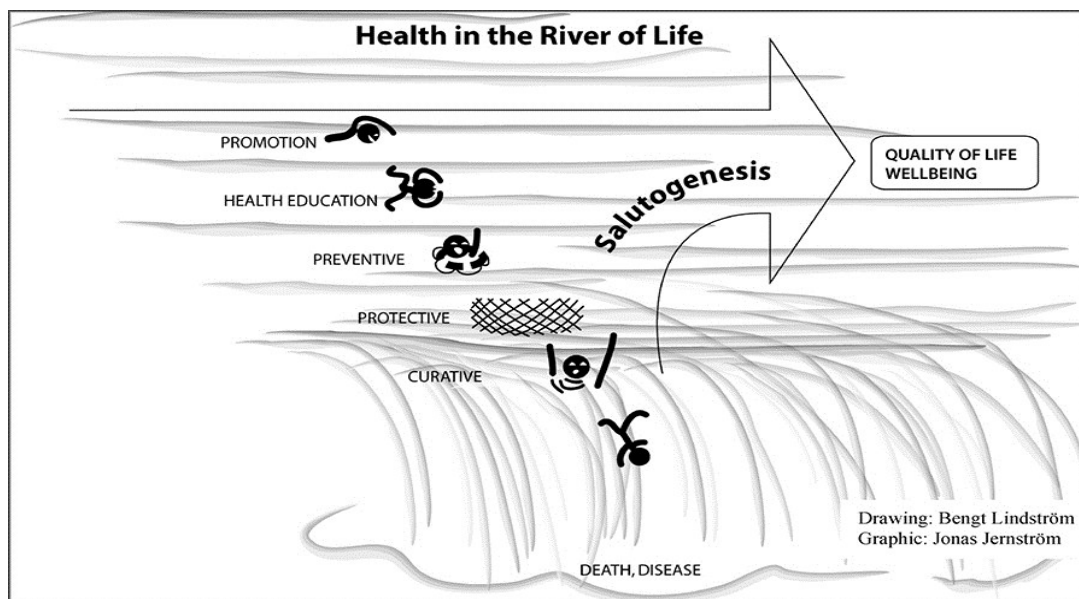
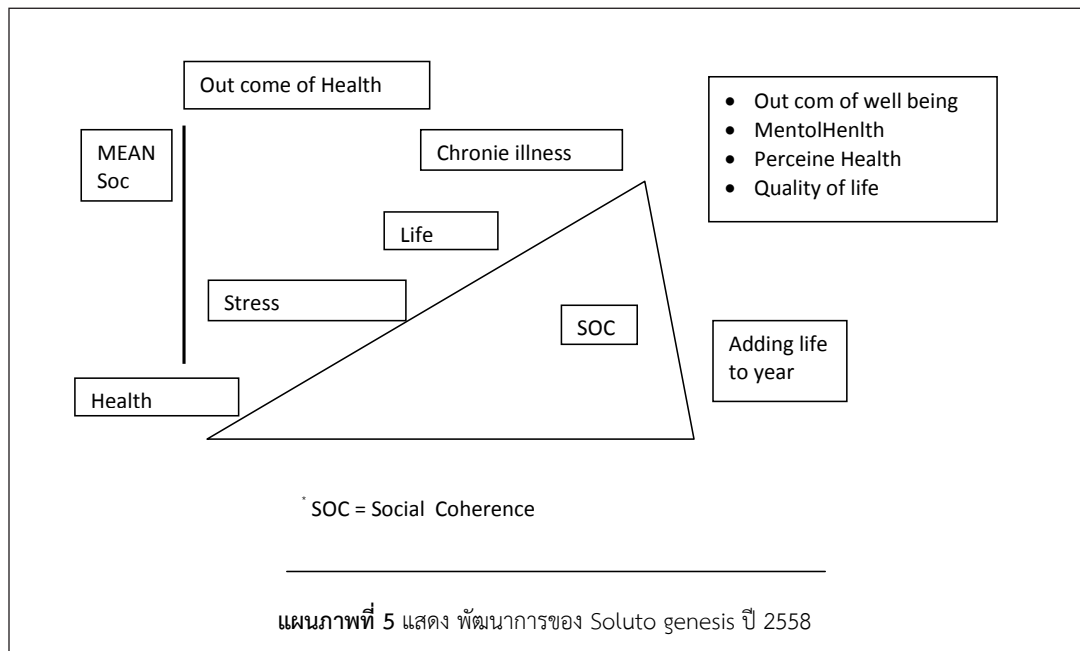
จะพบว่า มิติคุณภาพชีวิตผาสุก (Bio PsychoSoeicl and spiritual well being) ตามนิยาม ของ WHO การศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ของแนวคิดสุขภาพพื้นฐาน อธิบายผลลัพธ์ ได้ทุกมิติ ยกเว้นด้านจิตวิญญาณที่อธิบายน้อย แต่ในส่วนองค์ความรู้วัดผลลัพธ์ด้านร่างกายจะเป็น ข้อคำถาม ความพึงใจภาพลักษณ์ในปัจจุบัน ซึ่งแสดงถึงเครื่องมือวัดด้านร่างกาย ข้อความการวัด ผลลัพธ์ ด้านความรู้สึกเป็นสุข อันเป็นผลของสภาพคนรอบข้าง และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ จึงเป็นสภาวะ จิตสังคมที่ทำให้มีความสุขมาให้บุคคลนั้นๆ นับเป็นการวัดด้านจิตใจและผลของสังคมคนรอบข้างหรือ จิตสังคมได้ และคำถามตัวอย่างความรู้ในขอบเขตแนวคิด ที่ยกมาพิจารณาองค์ความรู้ วัดคุณภาพชีวิต ผาสุก เนื่องจากบุคคลนั้น มีความเพียงพอในปัจจุบัน 4 ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขภาพ เครื่องนุ่งห่ม จึงสามารถพัฒนาจิตวิญญาณ ทำประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และบรรลุคุณค่าการเกิดเป็นมนุษย์ จึงเป็นที่รัก นับถือ ยกย่องจากคนรอบข้าง ข้อคำถามองค์ความรู้ วัดการคิดบวก และคิดลบของบุคคลจาก กลไกและเหตุผลที่กล่าวมา จึงวัดระดับของจิตวิญญาณแสดงให้เห็นว่า กระแสน้ำของชีวิตนี้ (Health in river of life) นี้มีการพัฒนาสู่ความสมบูรณ์ ครอบคลุมครบถ้วนตามเป้าหมาย สุขภาพสากลที่ชีวิต มีความสุขของประชาคมโลก แสดงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในแนวคิด สุขภาพพื้นฐาน (Salutogenesis) ในแผนภูมิได้เริ่ม มีถึง 32 องค์ความรู้และทฤษฎีอธิบายมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอย่างครอบคลุม ซึ่งได้รับการนำเสนอโดยวิทยากรในการประชุมวิชาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 20 ปี 2552 ณ สาธารณรัฐฟินแลนด์ (The 20th International Health Promotine Hospital, Turaku FINLAND 2019) ดังแผนภาพที่ 4

สถานการณ์องค์ความรู้ Salutogenesisปัจจุบัน (มกราคม 2558)

จากผลการวิจัย ระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา (2553-2557) ได้พิจารณาต่อยอด อธิบาย องค์ประกอบ องค์ความรู้เกี่ยวกับ การปรับตัวเพื่อมีสุขภาพ การจัดการสังคมที่สมบูรณ์สามารถต้านกระแสสุขภาพ เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดี โดยองค์ประกอบด้านสังคม อาทิการสนับสนุนทางสังคม (Soeial Support : sense of coherenee) ซึ่งต้องคำนึงถึงตัวแปร หรือปัจจัยที่อาจจะเป็นอุปสรรค (GRRS : Generalize Resistant Resource) จึงควรมีการศึกษา พัฒนารูปแบบ องค์ความรู้และขยายผลต่อไป



แผนภาพที่ 4 แสดงองค์ความรู้ 32 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด



แผนภาพที่ 6 ภาพรวมแสดงแนวคิด ทฤษฎีสุขภาพพื้นฐาน(Salutogenesis)

จากแนวคิดของ ดร.เฮอร์อน แอนโทนอฟสกี ได้อธิบาย พื้นฐานการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพหรือสภาวะของมนุษย์ เปรียบได้กับ ลักษณะ ความสามารถแกว่งในกระแสน้ำของบุคคลที่ไหลไปตามน้ำ 6 ลักษณะ ได้แก่

1) สภาวะสุขภาพ ล้มเหลว เสียชีวิต(Death) จากการเจ็บป่วยเป็นโรค (Disease) จึงเสมือนคนที่ไหลไปตามกระแสน้ำ ที่ความมีชีวิตสูญสิ้นไป ถูกพัดพาไปอย่างไร้ทิศทาง

2) สภาวะสุขภาพที่ต้องการการรักษา การเจ็บป่วย จากโรค(Curation) สภาวะในระดับนี้ ต้องได้รับการวินิจฉัยสาเหตุการเป็นโรค ในองค์ความรู้ระดับวิทยา ว่าเป็นโรคจากเชื้อโรค หรือปัจจัย (Agent) อะไร อยู่ในภาวะ ต้องได้รับการบำบัดด้วยยา หรือผ่าตัด หรือต้องขจัดปัจจัยหรือพฤติกรรมนั้นๆที่บั่นทอนสุขภาพ อาทิการเสพยาเสพติด หากไม่จัดการสิ่งใดก็มีโอกาสไหลตกไปตามกระแสน้ำ ที่เปรียบได้กับ ระดับ สภาวะสุขภาพมนุษย์ ที่ตกต่ำลง โดยลำดับ(Minimum Health)

3) สภาวะสุขภาพจากระดับป่วยที่กล่าวมาเมื่อฟื้นคืนอันตราย ไม่เพียงต้องขจัด ปัจจัยที่บั่นทอนชีวิต แต่ต้องสามารถปกป้องตนเอง(Protective) จากเชื้อโรค หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อให้สุขภาพดี เปรียบได้กับ สภาวะว่ายน้ำทรงตัวไว้อยู่กับที่ เพื่อปกป้องตนเอง

4) สภาวะสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย หรือปัจจัยเสี่ยง (reventive) หมายถึงสภาวะที่พร้อม จะสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น จึงเริ่มออกท่าทางว่ายน้ำ ที่ตนสามารถทำได้ อาทิ การทดลองออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย เมื่อมีโอกาส

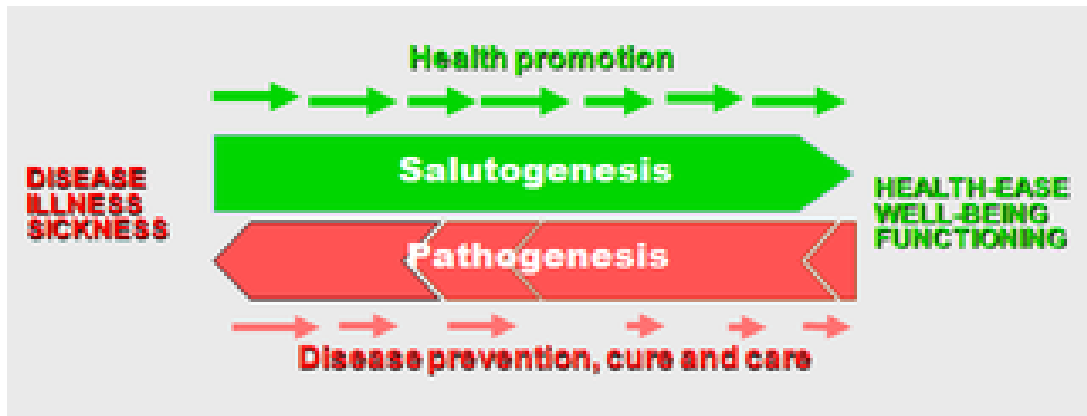
5) สภาวะแบบไม่รู้ เพิ่มพูนความรู้พัฒนาสมรรถนะตนเอง (Health Education) เสมือนนักว่ายน้ำ ที่แหวกว่ายแสวงหาสิ่งใหม่ๆ ลองผิดลองถูกมักจะมีระดับสภาวะ (Health status) ดีขึ้นโดยลำดับ

6) สภาวะของบุคคล ที่อยู่ในระดับสุขภาพปกติ พร้อมทั้งจะสร้างเสริมตนเอง ได้แก่การมีส่วนร่วมกับสภาพแวดล้อม มีจุดหมายให้สุขภาพดี แก่ ตนเอง ครอบครัว และชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนผู้อื่น ยินดีให้ข้อชี้แนะ และสร้างเสริมการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ฟังตนเองได้ เสมือนกับผู้ที่สามารถว่ายน้ำหรือดำน้ำกระแสน้ำได้ จึงเป็นผู้มีสุขภาพดี มีโอกาสพัฒนาระดับสภาวะสุขภาพสูงขึ้นสูงที่สุด เป็นภาวะคุณภาพชีวิตผาสุก

จากที่กล่าวมา จะพบว่า แนวคิด และองค์ความรู้ ทฤษฎีสุขภาพพื้นฐาน (Salutogenesis) ได้อธิบายความต่อเนื่อง ที่มากกว่า วินิจฉัย รักษา ให้ปราศจากโรคและความพิการ ถึงแม้ว่าได้กล่าวถึง ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ถึง 32 กรอบการคิด อาทิ ทฤษฎีของ Diener ซึ่งสามารถใช้วัดสถานภาพของร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ได้ (แผนภาพ ที่ 4) แต่ในภาพรวมทฤษฎีสุขภาพพื้นฐาน ยังปรากฏข้ออธิบายน้อย ไม่ชัดเจน ครบถ้วน ในกระบวนการต่อเนื่อง จากสภาวะเสียชีวิตจนถึงคุณภาพชีวิตผาสุกแบบเป็นคนที่คน โดยเฉพาะมิติ การฟื้นฟูสภาพและจิตวิญญาณเป็นต้น

อาจจะเนื่องมาจาก เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้น เกือบ 10 ปี ก่อนประชาคมสุขภาพโลก โดยองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก ประกาศใช้ การส่งเสริมสุขภาพโลก (WHO Ottawa Charter

Health Promotion 1986) ซึ่งหมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคน ในการดูแลตนเอง ให้สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มุ่งกลยุทธ์สร้างเสริมความสามารถดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมอย่างมีเอกภาพเป็นระบบ(WHO All for Health Jakarta Declaration 2001) เพื่อความสมบูรณ์ขององค์ความรู้ และบรรลุ เป้าประสงค์ สุขภาพองค์รวมสอดคล้องนิยามและทิศทางประชาคมสุขภาพโลกในศตวรรษ ที่ 21 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2560) โดยเต็มศักยภาพมนุษย์ ตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นเสาเข็มในการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์องค์การแนวใหม่อย่างมีธรรมาภิบาล จึงอาจจะสามารถอธิบายต่อเติมองค์ความรู้สุขภาพพื้นฐานและสุขภาพในสายน้ำ ด้วยองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพองค์รวม และทฤษฎีการเกิดพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ที่ เป็นส่วนหนึ่ง ของยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพประชาคมโลก ตามทฤษฎีของแอนโทรอสกี ดังแผนภูมิ



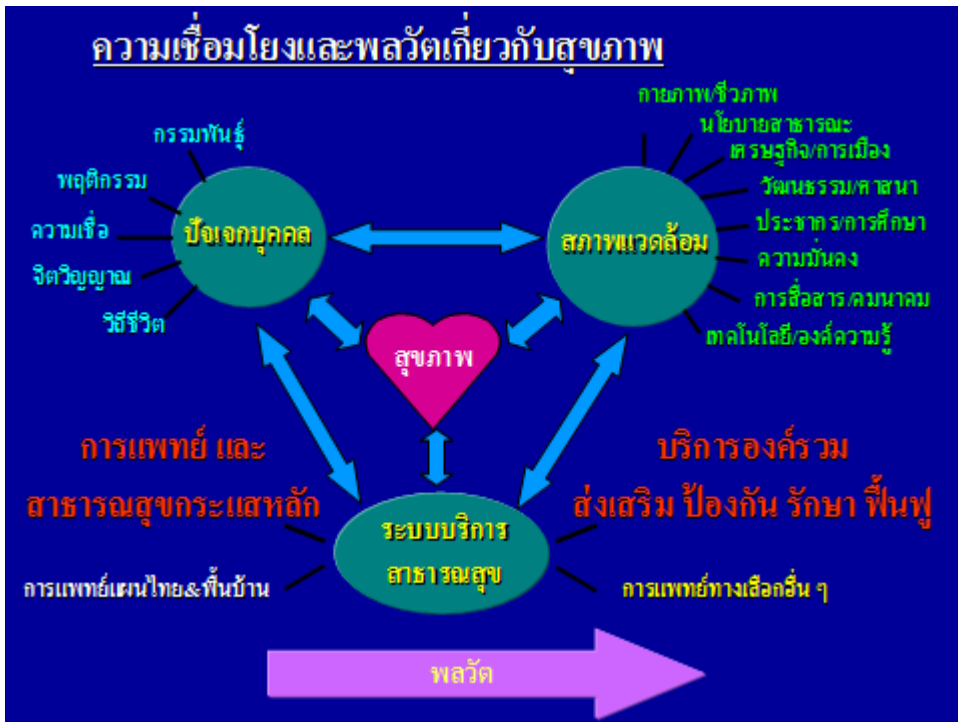
แผนภาพที่ 7 แสดงทฤษฎีสุขภาพพื้นฐานกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

สุขภาพ(Health) ได้รับการให้ความหมาย โดยประกาศขององค์การอนามัยโลกหมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ ของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือการนำไปประยุกต์ใช้ใน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มักใช้ในความหมาย สภาวะความสมดุลของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกัน

จากนิยามสภาวะสูงสุดของสุขภาพ(Global Health หรือ Optimum Holistic Health) การบอกถึงสภาวะที่ขึ้นกับความแข็งแรง สมบูรณ์ ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน นั้นๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพตาม นิยามสุขภาพสากล มีระดับสูงสุดของสุขภาพ คือจะเห็นความสัมพันธ์ชัดเจน ในภาวะความต่อเนื่องของสภาวะหรือองค์ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพโดยศักยภาพการดูแลตนเอง ของประชากรโลก สามารถเสริมเพิ่ม แนวทฤษฎีของแอนโทรอสกี ซึ่งคิดค้น ก่อนประชาคมโลกจะ ประกาศใช้ยุทธศาสตร์กฎบัตรออตตาวา ว่าด้วยการสร้างเสริมความสามารถของคน แบบเป็นคนทั้งคน ไม่แยกส่วนคิดเป็นส่วนๆ หรือเพียงการรักษาให้ปราศจากโรค และความพิการ สุขภาพ

กระบวนทัศน์สุขภาพ(Health Paradigm)

ศาสตร์ หรือองค์ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพโดยศักยภาพการดูแลตนเอง (Orem self care theory 1988) และกระบวนกรบรรลุดุณภาพชีวิตมาสุกของมนุษย์ (Holistic Well being) ว่า **คน(Man)** ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และปัญญา เป็นคนทั้งคน แบ่งแยกเยียวยา รักษาแบบแยกคน เป็นส่วนไม่ได้ **สุขภาพ** หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา **สภาพแวดล้อม(Environment)** ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต ได้แก่ บุคคลใกล้ชิด และไม่มีชีวิต ได้แก่สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพภาพ สังคม การเมือง เศรษฐกิจ ฯลฯ ได้แก่ อนามัยสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย ทันตสาธารณสุข โภชนาการเป็นต้น ปัจจัยทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ คน, สภาพแวดล้อม, และคุณภาพของระบบบริการเป็นปัจจัย มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อสภาวะ หรือสุขภาพของมนุษย์ กลไกและองค์ประกอบดังกล่าว บทบาทหน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Health Personal) ได้แก่ การสนับสนุน แนะนำ จัดสภาพแวดล้อมและกระทำให้ (Dorothe Orem 1988 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2532) ทั้งนี้กลไกองค์ประกอบ องค์ความรู้ขององค์ความรู้ดังกล่าว รวมเรียกว่า กระบวนทัศน์สุขภาพ (Health Paradigm) ดังแผนภาพที่ 8



แผนภาพที่ 8 แสดงกระบวนทัศน์สุขภาพ (Health Paradigm)

ความต่อเนื่องของสภาวะสุขภาพ(Health Continuum)

หากพิจารณาสภาวะความต่อเนื่องของสภาวะสุขภาพ คือการบรรลุ คุณภาพชีวิตดี หรืออาจจะเรียก ว่าHolistic Self Care Well being ตามระดับสภาวะระดับสูงสุด ความเชื่อมโยง ตั้งแต่ภาวะเสียชีวิต มนุษย์ มีการปรับตัวต่อสภาวะกดดันเพื่อ ได้รับการคุ้มครองการได้รับความรู้ จะปรับตัวผ่าน เข้าสู่สภาวะสามารถ ป้องกันสร้างเสริมตนเอง ให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีในแนวคิดทฤษฎี สุขภาพพื้นฐานซึ่งอธิบายไว้น้อยมาก ในการบรรลุเป้าประสงค์สุขภาพสากล คนมีความเป็นหนึ่งเดียว ประกอบด้วยกาย จิต สังคม และปัญญา

การส่งเสริมสุขภาพโลก(WHO Health Promotion) เป็นยุทธศาสตร์ประชาคมสุขภาพ โลก โดย เพื่อบรรลุคุณภาพชีวิตดีแบบองค์รวม หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคน ในการดูแลตนเอง ให้สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม กลยุทธ์อนามัยชุมชน หรือการสาธารณสุข ที่ WHO ประกาศ ให้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ใน 5 องค์ประกอบ ของยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ โลก ได้แก่ ควรมีการประกาศนโยบายสาธารณะการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม พัฒนาการพยาบาลสาธารณสุข เสริมสร้างศักยภาพของคน และสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน ดังนั้น การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดและหลักการWHO ไม่ควรมุ่งเน้นที่ การวินิจฉัยชุมชน(Community Diagnosis) แต่ ควรเน้น กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพโลก ได้แก่ PIRAB กล่าว คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน (Partner Ship) ลงทุนมีจุดหมาย (Investment) ส่งเสริมสนับสนุนกำกับ (Regulation) ชี้นำ ชี้นำ(Advocate) และสร้างความสามารถของผู้รับบริการ บุคลากร ครอบครัว และชุมชน (Building Capacity) ทั้งนี้ บทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพ (Health Personal) ตามศาสตร์การสร้างเสริม สุขภาพการดูแลตนเองได้แก่ การสนับสนุน แนะนำ จัดสภาพแวดล้อม และลงมือปฏิบัติสามารถ สร้างเสริมเพิ่มเติมต่าง ทฤษฎีสุขภาพพื้นฐาน (Saluto genesis) ให้กระบวนการ (Process) และ ขั้นตอน (Protocal) มีความครบถ้วน ในสร้างเสริมสุขภาพให้กลุ่มเป้าหมาย มีความสมบูรณ์ ที่ด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เรียกว่ามีความเป็นองค์รวมหรือเป็นคนทั้งคน ซึ่งแบ่งคน เป็นส่วนๆ ในการเยียวยา รักษาแบบแยกส่วน ไม่มีความต่อเนื่องของสุขภาพ หรือสภาวะ เป็นสภาวะ ความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา มีการเปลี่ยนแปลง ต่อเนื่องกันไป แบบลูกโซ่ จากพื้นที่อันตราย อธิบายด้วยวิชาการด้านระบาดวิทยา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพโลก ในกรอบยุทธศาสตร์กระบวนการทัศนสุขภาพต่อเนื่อง ถึงสภาวะสูงสุด สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาสอดคล้องกับเป้าประสงค์และนิยามคุณภาพชีวิตดีแบบ องค์รวมของ WHO ดังแผนภาพที่ 9



แผนภาพที่ 9 ภาวะความต่อเนื่องของสุขภาพ (Health Continuum)

บทสรุปและอภิปรายผล

ทฤษฎีสุขภาพพื้นฐานและ แนวคิดสุขภาพในสายน้ำนี้ คิดค้นโดย ดร.เอรอน แอนโทนอฟสกี เมื่อ ค.ศ.1979 ก่อนการประกาศใช้ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพโลกแบบองค์รวมของประชาคมสุขภาพโลกโดยองค์การอนามัยโลก จุดเด่นของแนวคิด แอนโทนอฟสกี ได้นำทฤษฎีด้าน จิตวิทยา สังคมศาสตร์ และระบาดวิทยาอธิบาย สภาวะการเจ็บป่วยของคน การได้รับการปกป้องได้ความรู้ เพื่อหายป่วย และเป็นปกติสุขในการปรับตัวของคน จากความเครียด เป็นแนวคิดมุ่งสุขภาพดีต่อยอดสุขภาพแบบมองเฉพาะการเจ็บป่วยแต่ยังอธิบายค่อนข้างน้อย ในด้าน การฟื้นฟูสภาพ สุขภาพแบบองค์รวม ด้านกระบวนการที่คนสุขภาพและกระบวนการที่คนสุขภาพแบบองค์รวม อย่างไรก็ตามก็ได้รับการนำไปใช้ และอ้างอิงในหลายประเทศ

การนำไปประยุกต์ใช้ ต่อเนื่องยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพองค์รวมของประชาคมโลก จึงควรผนวกองค์ความรู้พื้นฐานสุขภาพและสุขภาพในกระแสชีวิต (Salutogenesis and Health in River of Life) ในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกระดับในเขตสุขภาพ องค์รวมตลอดถึงภาคีเครือข่าย ไปพร้อมกับพัฒนาเครือข่าย อำเภอสุขภาพเข้มแข็ง บูรณาการความร่วมมือเชื่อมโยง กับเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ (International HPH Network) แนวทางสร้างเสริมสุขภาพของ WHO เป็นสถานสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพต่อไป

ดังนั้น การบูรณาการ นำองค์ความรู้ สภาวะความต่อเนื่องของสุขภาพกระบวนทัศน์สุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพไปบูรณาการประยุกต์ใช้กับองค์ความรู้ สุขภาพพื้นฐานเพื่อ เป้าประสงค์ คุณภาพชีวิตผาสุกแบบองค์รวม ควรเพิ่มบทบาทบุคลากรสุขภาพในด้านการฟื้นฟูสภาพ และขยายบทบาทให้การศึกษาเป็นการจัดการความรู้ ได้แก่ จัดให้มีการประชุมสัมมนา (Learn to know) เพิ่มพูนทักษะความสามารถ(Learn to share) และเยี่ยมเสริมพลัง ส่งเสริมสนับสนุนและ ประเมินผลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนแบบเป็นคนที่ทุกคน เพื่อสุขภาพดีระดับสูงสุดคือ คุณภาพ ชีวิตผาสุก ตามแนวคิดและหลักการ องค์การอนามัยโลกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Aaron Antonovsky. The implication of salutogenesis :Coping Brookes. Lindstrom, 1979.
2. ทศนา บุญทอง. สุขภาพองค์รวม. รายงานการประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ, 2532.
3. ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ และ เรืองกิตต์ศิริกาญจนกุลSalutogenesis and Health in river of life 2558 (เอกสารแผ่นเผยแพร่)
4. สุขุมล พัทฒนครษฐานนท์. The Evaluational Research of Regional Holistic Self Care Health Promotion in first period ofDHS development Era. รายงานการประชุมส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม แห่งชาติ ครั้งที่ 7 ณ มิราเคิลแกรนด์คอนเวนชัน.กรุงเทพฯ, 2557.
5. แสงนภา อุทัยแสงไพศาล และชมพูนุช ไทยจินดา. รายงานการร่วมประชุมคณะกรรมการบริหาร องค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 133 (เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม)
6. Aaron Antonovsky. The implication of salutogenesis :Coping Brookes. Lindstrom.1979 Dorothe Orem.Holistic Self Care Theory.Macgillhill :Newyork USA 1985 IUHPE. The 21st WorldHealth Promotion Convention : Working Group. Thailand 2011 Kathleen Hudsom.Salutogenesisfor Better care inNursing Management. Vol.44, Nov.2013 P2-13. Lindstrom B. Erikson M.The guide to SalutogenesisFolkhasan, 2010.
7. Pender .Health Promotion in practice. Appleton & Lange Norwalk, Conecticut L.CA, USA 1996 WHOCC.dk .the 19th International HPH Conference : WHO Global Health Promotion Mile Stone. Turaku , Finland, 2011.
8. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก, 2528.
9. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. ความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพ.ประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
10. จินตนา ยูนิพันธ์ เอกสารหลักสูตรมหาบัณฑิต (NA : การบริหารสุขภาพ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2532 ชื่น เตชามหาชัย ประชุมวิชาการ มาตรฐานรพ.ส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (HPHNQC) กรุงเทพฯ, 2557.

บทวิทยากร

ภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในทารกแรกเกิดเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว

Hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates

Nongyao Pramukkul, M.D.

นงเยาว์ ประมุขกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

Abstract

Objective: The purpose of this study was to assess the incidence, clinical features, complication and treatment among exclusively breast-fed neonates with hypernatremic dehydration.

Material and Method: From electronic data base of regional health promotion hospital 6 Khonkaen, a retrospective chart review to identified hypernatremia and abnormal weight loss (more than 8% of birth weight) in exclusively breast-fed with gestation age > 35 weeks neonates aged less than 29 days without other illness that might be the cause of hypernatremic dehydration between 2,010 - 2,014 were conducted.

Result: The incidence of exclusively breast-fed neonates with hypernatremic dehydration was 1.74 per 1,000 live births, 15 cases from 8,598 live birth infants. Gestational age ranged 36 - 41⁺ weeks (median 38+ weeks), birth weight 2,420 - 3,920 grams (median 3,110 grams), age of onset was 2nd - 13th days (median 3th days). The most common symptoms were excessive sleepiness 4 cases (26.67%) and overt crying 4 cases (26.67%). The most common sign was lethargy 4 cases (26.67%). Weight loss ranged 8.16 - 21.9% (median 12.46%), serum sodium level ranged 146 - 169 mmol/L (median 152 mmol/L). Treatment with infant formula, expressed breast milk and intravenous fluid were used. All mothers obtained breastfeeding problem solving and counselling. All infants were discharged without any complications.

Conclusion: Hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates is relatively uncommon. Lactation counselling after birth and adequate follow-up after discharged are essential. The complications can be prevented by early detection and management.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงอุบัติการณ์ อาการ อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในทารกแรกเกิดที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณน่าย้อนหลัง โดยอิงตามฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขต 6 ขอนแก่น นำมาสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่า 29 วัน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโซเดียมในเลือดสูง น้ำหนักตัวลดลงผิดปกติ (มากกว่า 8% จากน้ำหนักแรกเกิด) กินนมแม่อย่างเดียว อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจจะเป็นสาเหตุของภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ผลการศึกษา: อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในทารกแรกเกิดที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวจำนวน 15 รายจากทารกแรกเกิดมีชีพ 8,598 ราย คิดเป็น 1.74 : 1,000 การเกิดมีชีพ อายุครรภ์ 36 - 41+สัปดาห์ (median 38+สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด 2,420 - 3,920 กรัม (median 3,110 กรัม) อายุที่เริ่มมีอาการวันที่ 2 - 13 (median วันที่ 3) อาการที่พบมากที่สุดหลายราย 4 ราย (26.67%) และ ร้องมาก 4 ราย (26.67%) อาการแสดงที่พบมากที่สุด lethargy 4 ราย (26.67%) น้ำหนักลดลงจากแรกเกิด 8.16 - 21.9% (median 12.46%) ระดับของโซเดียมในเลือด 146 - 169 mmol/L (median 152 mmol/L) รักษาด้วยการให้นมผสม นมแม่ปั๊มและสารละลายทางเส้นเลือด มารดาทุกรายได้รับการแก้ไขปัญหาและแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกทุกรายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุป ภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูงในกลุ่มทารกแรกเกิดที่กินนมแม่อย่างเดียวพบได้ไม่บ่อยนัก การให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาดังแต่ยังอยู่ในโรงพยาบาลและนัดติดตามในช่วงหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็น การตรวจพบและรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ได้มีการตระหนักถึงความสำคัญ ประโยชน์ของนมแม่และโทษของการใช้อาหารอื่นทดแทนนมแม่ซึ่งมีผลทำให้เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในทารกและเด็กเล็ก ในปีพ.ศ. 2522 ได้เริ่มมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน ต่อมาในปีพ.ศ. 2535

การมีโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby friendly hospital initiation: BFHI) ทำให้การใช้นมผสมที่มีอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลของรัฐสิ้นสุดลง โดยยกเว้นให้ใช้เฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเริ่มมาตั้งแต่ในปีพ.ศ. 2536 และนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวซึ่งขยายเวลาเป็น 6 เดือนนั้นเริ่มมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน⁽¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นในอดีตก็เคยมีการใช้นมผสมจำนวนมากในการดูแลทารกเช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่นของรัฐ ทั่วไป แต่ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว สังกัดกรมอนามัยที่ได้มีการใช้หลักบันได 10 ขั้น ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์การยูนิเซฟในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีขนาด 60 เตียง แผนกคนไข้ในรับดูแลเฉพาะคนไข้หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า 1 เดือนที่มารดาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเป็นหลัก

ในช่วงระยะก่อนหน้าปีพ.ศ. 2551 ซึ่งเริ่มมีการควบคุมการใช้นมผสมแล้ว ผู้ศึกษาสังเกตว่ามักจะมีทารกหลังคลอดบางรายที่นอนอยู่กับการดาป่วยเป็นไข้ ซึม ไม่ยอมดูดนม โดยไม่ทราบสาเหตุ ทารกเหล่านี้จะถูกแยกจากมารดาย้ายเข้าไปดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย (sick newborn unit) ได้รับการวินิจฉัยและรักษาแบบ neonatal sepsis ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบว่ามีความผิดปกติที่เกี่ยวกับการติดเชื้อทารกจะได้รับ นมผสมในปริมาณและช่วงเวลาตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งอาการจะดีขึ้นเร็วจนทำให้เกิดความสงสัย ต่อมาในปีพ.ศ. 2551 ได้มีการเจาะเลือดตรวจ electrolyte ในทารกที่มีอาการนำสงสัยเหล่านี้ พบว่าค่าโซเดียมในเลือดสูง จึงได้ค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจนพบว่าน่าจะเข้าได้กับภาวะ “Hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates”

เนื่องจากภาวะ Hypernatremic dehydration สามารถส่งผลกระทบต่อระบบประสาทของทารกแรกเกิด เช่น seizure, intracranial hemorrhage, vascular infarcts และ thromboses จนถึงเสียชีวิตได้⁽²⁾ ในปลายปีพ.ศ. 2552 จึงได้มีการเฝ้าระวังด้วยการบันทึก

ผลที่ได้จากการคำนวณน้ำหนักตัวที่ลดลงมา 8% จากน้ำหนักแรกเกิดลงในฟอร์มปรอท เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินโดยเปรียบเทียบกับน้ำหนักที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ทุกราย และเจาะเลือดตรวจ electrolyte ควบคู่ไปกับ sepsis screen ในรายที่คิดว่าอาการอาจจะเข้าได้กับภาวะนี้ การศึกษานี้จึงเป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้ทำไปในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

คำจำกัดความ

ทารกแรกเกิด(neonate) หมายถึงทารกมีอายุน้อยกว่า 29 วัน

ทารกแรกเกิดเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว (exclusively breast-fed neonate) หมายถึงทารกมีอายุน้อยกว่า 29 วัน กินนมแม่เป็นอาหารหลักเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

ภาวะขาดน้ำ(dehydration) หมายถึงทารกมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์จากน้ำหนักแรกเกิด ซึ่งไม่สามารถอธิบายด้วยสาเหตุอื่นได้ นอกจากกินนมแม่ไม่เพียงพอ

ระดับโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremia) หมายถึง ระดับโซเดียมในเลือดมากกว่า 145 mmol/L

ภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง (hypernatremic dehydration) หมายถึง น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์จากน้ำหนักแรกเกิดร่วมกับมีระดับโซเดียมในเลือดมากกว่า 145 mmol/L

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงอุบัติการณ์ อาการ อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในทารกแรกเกิดที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบพรรณนาย้อนหลัง

วิธีดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลผู้ป่วยทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโซเดียมในเลือดสูง โดยอิงตามฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น แล้วนำมาสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งระบุว่าเป็นทารกแรกเกิดอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป อายุน้อยกว่า 29 วัน มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 8% จากน้ำหนักแรกเกิด กินนมแม่อย่างเดียว และไม่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจจะเป็นสาเหตุของภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ผลการวิจัย

ทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโซเดียมในเลือดสูง ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 31 ราย หลังจากสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียน ได้คัดผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจจะเป็นสาเหตุหรือปัจจัยร่วม เช่น

pneumonia, sepsis, urinary tract infection, meconium aspiration syndrome, necrotizing enterocolitis, neonatal seizure, early preterm และ neonatal jaundice ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ออกจนเหลือเฉพาะผู้ป่วยที่ระบุว่ามิใช่ครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป อายุต่ำกว่า 29 วัน มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 8% จากน้ำหนักแรกเกิด ร่วมกับทารกกินนมแม่เป็นอาหารหลักเพียงอย่างเดียว

พบว่าทั้งหมดเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 15 ราย จากทารกแรกเกิดมีชีพ 8,598 ราย ภายในระยะเวลา 5 ปี คิดเป็น 1.74 : 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นทารกครรภ์แรก 9 ราย (60%) เพศชาย 8 ราย (53.33%) อายุครรภ์ 36 - 41+สัปดาห์ (median 38+สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด 2,420 - 3,920 กรัม (median 3,110 กรัม) น้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ 5 ราย (33.33%) ผ่าตัดคลอด 7 ราย (46.67%) อายุที่เริ่มมีอาการวันที่ 2 - 13 (median วันที่ 3) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 15 ราย (100%) เป็นผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด 11 ราย (73.33%) กลับเข้ารับการักษาใหม่ 4 ราย (26.27%) [ตารางที่ 1]

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n = 15)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------|-------------|--------|
| ลำดับครรภ์ | | |
| แรก | 9 | 60 |
| หลัง | 6 | 40 |
| เพศ | | |
| ชาย | 8 | 53.33 |
| หญิง | 7 | 46.67 |

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n = 15) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| อายุครรภ์ (สัปดาห์) | | |
| 36 – 36+ | 2 | 13.33 |
| 37 – 38+ | 6 | 40.00 |
| 39 – 40+ | 5 | 33.33 |
| 41 – 41+ | 2 | 13.33 |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) | | |
| < 2,500 | 1 | 6.67 |
| 2,500 – 4,000 | 14 | 93.33 |
| น้ำหนักตัวเทียบกับอายุครรภ์³ | | |
| เหมาะสม (AGA) | 10 | 66.67 |
| มากกว่า (LGA) | 5 | 33.33 |
| วิธีการคลอด | | |
| คลอดปกติ | 8 | 53.33 |
| ผ่าตัดคลอด | 7 | 46.67 |
| อายุที่เริ่มมีอาการ (วันที่)[*] | | |
| 1 -3 | 8 | 53.33 |
| 4 - 6 | 3 | 20.00 |
| 7 - 9 | 3 | 20.00 |
| 10 - 13 | 1 | 6.67 |
| การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | |
| ตั้งแต่ช่วงหลังคลอด | 11 | 73.33 |
| กลับเข้ามารักษาใหม่ | 4 | 26.67 |

* อายุวันที่ 1 หมายถึง นับจากเวลาเกิดไปภายใน 24 ชั่วโมง

อาการที่พบบ่อยที่สุด หลับมาก 4 ราย (26.67%) และ ร้องมาก 4 ราย (26.67%) อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุด lethargy 4 ราย (26.67%)

อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด ร้องมาก 4 ราย (26.67%) อาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลับเข้า

รับการรักษาใหม่ หลับมาก 4 ราย (26.67%)

อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด Hyperthermia 3 ราย (20.00%) อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาใหม่ lethargy 3 ราย (20.00%) [ตารางที่ 2]

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย (n = 15) จำแนกตามอาการและอาการแสดง

| Symptom and sign | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|----------------------|-------------|--------|
| หลับมาก | 4 | 26.67 |
| ร้องมาก | 4 | 26.67 |
| ซีมีลง | 3 | 20.00 |
| ถ่าย 0 - 1 ครั้ง/วัน | 3 | 20.00 |
| lethargy | 4 | 26.67 |
| hyperthermia | 3 | 20.00 |
| dehydrate | 3 | 20.00 |
| jaundice | 3 | 20.00 |
| jitteriness | 2 | 13.33 |
| bradycardia | 1 | 6.67 |
| hyper-alert | 1 | 6.67 |
| hypothermia | 1 | 6.67 |
| urate crystal | 1 | 6.67 |

น้ำหนักทารกลดลงจากแรกเกิด 8.16 - 21.9% (median 12.46%) น้ำหนักที่ลดมากที่สุดอยู่ในช่วง >10 - 15% 8 ราย (53.33%) [ตารางที่ 3]

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดจากน้ำหนักแรกเกิด (n = 15)

| Weight loss (%) | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------------|-------------|--------|
| >8 - 10 | 4 | 26.67 |
| >10 - 15 | 8 | 53.33 |
| >15 - 20 | 2 | 13.33 |
| >20 | 1 | 6.67 |

ระดับของโซเดียมในเลือด 146 - 169 mmol/L (median 152 mmol/L) ระดับของโซเดียมในเลือดที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 151 - 155 mmol/L จำนวน 7 ราย (46.67%) รองลงมาเป็น 146 - 150 mmol/L จำนวน 5 ราย (33.33%) [ตารางที่ 4]

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับโซเดียมในเลือด (n = 15)

| ระดับโซเดียม (mmol/L) # | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-------------------------|-------------|--------|
| 146 - 150 | 5 | 33.33 |
| 151 - 155 | 7 | 46.67 |
| 156 - 160 | 2 | 13.33 |
| >160 | 1 | 6.67 |

normal range : Na = 135-145 mmol/L

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ระดับน้ำตาลในเลือด 45 - 86 mg/dl (ไม่ได้เจาะตรวจทุกราย), hyperkalemia (serum K 5.26 mmol/L) 1 ราย, low CO₂ [serum Co₂ 17.1 - 19.8 mmol/L (median 19.7 mmol/L)] 6 ราย hypocalcemia (serum Ca 7.9 mg/dl) 1 ราย, hypercalcemia (serum Ca 11.3 mg/dl) 1 ราย, hypermagnesemia [serum Mg 2.4 - 2.7 mg/dl (median 2.55 mg/dl)] 6 ราย, hyperbilirubinemia [MB 13 - 17.5 mg/dl (median 13.1 mg/dl)] 3 ราย [ตารางที่ 5]

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามค่าความผิดปกติอื่นทางห้องปฏิบัติการ (n = 15)

| ค่าผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ @ | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|------------------------------------|-------------|--------|
| K 5.26 mmol/L | 1 | 6.67 |
| CO ₂ 17.1 - 19.8 mmol/L | 6 | 40.00 |
| Ca 7.9 mg/dl | 1 | 6.67 |
| Ca 11.3 mg/dl | 1 | 6.67 |
| Mg 2.4 - 2.7 mg/dl | 6 | 40.00 |
| MB 13 - 17.5 mg/dl | 3 | 20.00 |

@ normal range: potassium 3.5 - 5.1 mmol/L

CO₂ 21 - 32 mmol/L

calcium 8.1 - 10.2 mg/dl

magnesium 1.6 - 2.3 mg/dl

การดูดนมไม่ดี 11 ราย (73%) ปริมาณน้ำนมดี 9 ราย (60%) กลุ่มที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มที่การดูดนมไม่ดีแต่ปริมาณน้ำนมดี จำนวน 7 ราย (46.67%) [ตารางที่ 6]

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามความสามารถในการดูดนมและการบีบประเมิน ปริมาณน้ำนม (n = 15)

| การดูดนม / ปริมาณน้ำนม* | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-------------------------|-------------|--------|
| ดี / ดี | 2 | 13.33 |
| ดี / ไม่ดี | 2 | 13.33 |
| ไม่ดี / ดี | 7 | 46.67 |
| ไม่ดี / ไม่ดี | 4 | 26.67 |

* ปริมาณน้ำนม : ดี หมายถึง พอควร มาก

ไม่ดี หมายถึง ไม่มี น้อย

ทารกได้รับการรักษาด้วยนมผสมทุกราย 3 ราย (20.00%) รักษาด้วยสารละลายทาง
15 ราย (100%) รักษาด้วยนมผสมอย่างเดียว เส้นเลือดร่วมด้วย 4 ราย (26.67%) [ตารางที่ 7]
8 ราย (53.33%) รักษาด้วยนมแม่บีบร่วมด้วย

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามการรักษาด้วยนมและสารน้ำ (n = 15)

| การรักษา [☆] | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-----------------------|-------------|--------|
| IF | 8 | 53.33 |
| IF+EBM | 3 | 20.00 |
| IF+IVF | 3 | 20.00 |
| IF+EBM+IVF | 1 | 6.67 |

☆ IF: infant formula EBM: expressed breast milk IVF: intravenous fluid

ทารกได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ 3 ราย (20.00%)

มารดาทุกรายได้รับการแก้ไขปัญหาและ
แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกทุกรายกลับ
บ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของภาวะ Hypernatremic
dehydration ในทารกแรกเกิดที่กินนมแม่ที่เคย
มีการศึกษามาแล้วแตกต่างกันไปบ้างขึ้นอยู่กับ
ลักษณะการรับดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

กลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา และเกณฑ์ที่ใช้ใน
การศึกษา มีตั้งแต่ 2.5 ต่อ 10,000 การเกิดมีซีฟ
หรือ 7.1 ต่อ 10,000 ในทารกที่กินนมแม่⁽⁴⁾ และ
1.38% เมื่อคิดต่อจำนวนทารกแรกเกิดป่วย 5
สำหรับการศึกษานี้คิดเป็น 1.74 ต่อ 1,000 การ
เกิดมีซีฟ แม้จะแตกต่างกันไปบ้างแต่ก็ช่วยยืนยัน
ถึงการมีอยู่จริงของภาวะนี้

เกณฑ์ในการศึกษาที่มีการใช้กันเกี่ยวกับระดับของโซเดียมในเลือดสูงมี 2 ค่าคือ มากกว่า 145 mmol/L และมากกว่า 150 mmol/L ส่วนน้ำหนักตัวที่ลดจากน้ำหนักแรกเกิดมี 3 ค่าคือ 7%, 8% และ 10% 4-8 สำหรับการศึกษาที่ใช้ระดับของโซเดียมในเลือดสูงเกิน 145 mmol/L เนื่องจากค่าปกติของระดับโซเดียมในเลือด 135 - 145 mmol/L จึงต้องการศึกษาในกลุ่มที่มีค่าโซเดียมระหว่าง 145 - 150 mmol/L ร่วมด้วย ส่วนที่ใช้ น้ำหนักตัวที่ลดจากน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 8% เป็นการอนุมานว่าน่าจะเป็นเพียงพอ เนื่องจากถ้าใช้ค่าต่ำเกินไปอาจเป็นผลให้มีการเพิ่มการใช้นมผสมโดยไม่จำเป็น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่คลอดจากมารดาครรภ์แรกซึ่งน่าจะเป็นเพราะขาดประสบการณ์ทั้งในด้านทักษะการให้นมแม่และการรับรู้ถึงลักษณะอาการที่ผิดปกติของทารก 5-8 แต่จากบางรายงานก็ไม่พบความแตกต่าง⁽⁹⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นทารกครรภ์แรก 9 ราย (60%)

อายุครรภ์ที่พบจากที่มีรายงานหรือที่ได้จากการศึกษาใกล้เคียงกัน คือตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งจะเป็นกลุ่มทารกครบกำหนด (term) หรือใกล้ครบกำหนด (late preterm) และน้ำหนักแรกเกิดส่วนใหญ่มากกว่า 2,500 กรัม⁽⁵⁾ (6-9) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มนี้ 5 ราย (33.33%) น้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (LGA) โดยมีน้ำหนักแรกเกิด 3,400 - 3,920 กรัม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทารกกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้มากเช่นกัน อาจเนื่องจากเมื่อคำนวณปริมาณน้ำที่ต้องการต่อน้ำหนักตัวต่อวันมีมาก เมื่อได้รับน้ำนมไม่เพียงพอทำให้มีโอกาสที่น้ำหนักตัวจะลดลงได้มากกว่า จากการสังเกตพบว่าขณะ

ที่ยังอยู่โรงพยาบาลในช่วงระยะหลังคลอดที่น้ำหนักแม้อยู่ต่ำ ทารกกลุ่มนี้โดยเฉพาะถ้าเป็นทารก high birth weight น้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม ร่วมด้วยจะมีความต้องการน้ำนมมาก ร้องหิวมากกว่าทารกน้ำหนักตัวปกติ ทำให้มารดาเครียดซึ่งมักจะทำให้พยาบาลผู้ดูแลต้องขออนุมัติเสริมให้เสมอ

การผ่าตัดคลอดเท่าที่มีรายงานมีทั้งเป็นปัจจัยให้เกิดปัญหา^{(10) (11)} และไม่พบว่าทำให้เกิดปัญหามากขึ้น⁽⁹⁾ จากการศึกษาครั้งนี้มีการผ่าตัดคลอด 7 ราย คลอดปกติ 8 ราย อัตราการเกิด hypernatremic dehydration ในกลุ่มทารกผ่าตัดคลอดคิดเป็น 1.95 : 1,000 รายเปรียบเทียบกับอัตราการเกิด hypernatremic dehydration ในกลุ่มทารกคลอดปกติ เป็น 1.74 : 1,000 ราย ในช่วงระยะ 5 ปีที่มีอัตราการผ่าตัดคลอด 41.48% และอัตราการคลอดปกติ 53.29%

จากการศึกษาครั้งนี้ อายุที่เริ่มมีอาการวันที่ 2 - 13 (median วันที่ 3) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด 11 ราย (73.33%) ซึ่งอายุอยู่ในช่วงวันที่ 2 - 4 พบว่ามี 2 ราย (13.33%) ที่อายุยังไม่ถึง 48 ชั่วโมง เป็นทารกมีประวัติ severe oligohydriosis 1 ราย อีกรายเป็นทารก LGA น้ำหนักแรกเกิด 3,740 กรัม ส่วนผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาใหม่ มี 4 ราย (26.27%) มีอายุอยู่ในช่วงวันที่ 8 - 13 โดยทั่วไปการจำหน่ายทารกแรกเกิดหลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขต 6 ขอนแก่นกรณีไม่มีปัญหา ในทารกคลอดปกติจะอยู่ที่อายุวันที่ 3 (ครบ 48 ชั่วโมง) ส่วนในทารกผ่าตัดคลอดจะเป็นวันที่ 4 (ครบ 72 ชั่วโมง) เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นอายุที่เริ่มมีอาการจะอยู่ในช่วง

ตั้งแต่ 2 – 24 วัน⁽⁵⁾ หรือในช่วง 1 – 3 สัปดาห์ หลังคลอด (12-14) ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาใหม่ (readmission cases)^(4,5,7) นอกจากในรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับมารดาหรือทารกตั้งแต่แรก เช่น inverted nipples, Down's syndrome จะพบได้ในโรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด⁽⁴⁾ ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังภาวะนี้ตั้งแต่ยังอยู่ในโรงพยาบาล หรือหลังจำหน่ายแล้วโดยนัดติดตามภายใน 1 – 2 สัปดาห์หลังคลอด

จากผลการศึกษานี้และการศึกษาส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดจะเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเริ่มมีการวินิจฉัยภาวะนี้ได้ตั้งแต่ยังอยู่ในโรงพยาบาลช่วงหลังคลอดมากขึ้น⁽¹⁵⁾ แต่ก็มีรายงานในปี 2543 ที่มีทารก 4 รายได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเช่นกันโดยที่เป็นทารกที่มีอายุ 3 – 11 วัน, น้ำหนักตัวลดลงจากแรกเกิด 13 – 20%, ระดับโซเดียมในเลือด 146 – 161 mmol/L⁽⁶⁾

อาการและอาการแสดงที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ หลับมาก, ร้องมาก, ซึมลง, ไม่ถ่าย, ถ่ายน้อย, lethargy, hyperthermia, dehydrate, jaundice, jitteriness, bradycardia, hyper-alert, hypothermia, red diaper syndrome (urate crystal) ซึ่งไม่แตกต่างกันกับการศึกษาอื่น โดยที่พบมากที่สุดคือ หลับมาก ร้องมาก และ lethargy⁽⁴⁾ ส่วนอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้นมาและรุนแรงขึ้น เช่น seizure, DIC, AKI^(5,7) ไม่พบในการศึกษานี้

การศึกษานี้พบว่าน้ำหนักทารกลดลงจากแรกเกิด 8.16 – 21.9% (median 12.46%) แต่จากที่มีรายงานจากการศึกษาอื่นพบน้ำหนักทารกลดลงจากแรกเกิดได้ตั้งแต่ 0%⁽⁵⁾ 3%⁽⁷⁾ จนถึง 37%⁽¹⁶⁾ การที่ไม่มีน้ำหนักลดลงเลย

(0%) หรือลดลงเพียงเล็กน้อยนี้ (3%) น่าจะเป็นในทารกที่อายุมากขึ้นเป็นอยู่นาน มีปัญหา poor weight gain เช่นเดียวกับ case second readmission รายหนึ่งของโรงพยาบาล (ไม่ได้รวมในรายงานนี้เนื่องจากอายุเกิน 28 วัน) น้ำหนักแรกเกิด 3,380 กรัม อายุ 1 เดือน 7 วัน ยังมีปัญหาน้ำหนักขึ้นน้อย (9.7 กรัม/วัน) ทำ test weighing แสดงถึงการได้น้ำนมไม่เพียงพอ (20 – 30 gm/ครั้ง) จากปัญหา breast feeding difficulty (หัวนมใหญ่) มีระดับของโซเดียมในเลือด 152 mmol/L แสดงให้เห็นว่า ไม่ใช่เฉพาะ weight loss ที่มีปัญหา hypernatremia ได้เท่านั้น poor weight gain ก็พบปัญหานี้ได้เช่นกัน และสามารถพบได้ในทารกที่อายุเกิน 1 เดือนไปแล้ว การศึกษานี้พบว่าระดับของโซเดียมในเลือด 146 – 169 mmol/L (median 152 mmol/L) โดยระดับสูงสุดของผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลตั้งแต่หลังคลอด 160 mmol/L ส่วนระดับสูงสุดของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาใหม่ 169 mmol/L ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย แต่จากที่มีการรายงานจากการศึกษาอื่นพบระดับของโซเดียมในเลือดสูงสุดได้ถึง 195 mmol/L⁽¹³⁾ และ 207 mmol/L⁽⁶⁾ โดยทั่วไปความสูงของระดับโซเดียมเมื่อแรกรับที่มากกว่า 160 mmol/L นั้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสมอง เช่น seizure, brain edema, intraventricular hemorrhage ไตวาย จนถึงเสียชีวิตได้^{(5) (12) (16-18)}

จากการศึกษาหนึ่งเกี่ยวกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ low serum bicarbonate (5.6 – 25 mEq/L), hypo – hyperkalemia (2.2 – 8.8 mEq/L), hypo – hypercalcemia

(6 – 12 mg/dl), clinically significant jaundice (bilirubin > 15 mg/dl) (5) เปรียบเทียบกับการศึกษานี้พบว่า มี low carbon dioxide content (CO₂) และ ภาวะ hypermagnesiumemia อย่างละ 6 ราย (40.00%) ที่เหลือเป็น hyperbilirubinemia (no hemolysis) 3 ราย (20.00%) hyperkalemia, hypocalcemia, hypercalcemia อย่างละ 1 ราย (6.67%) ปัญหาเรื่อง blood sugar ในการศึกษานี้ มี hypoglycemia (blood sugar 45 mg/dl) 1 ราย แต่เนื่องจากไม่ได้เจาะตรวจทุกราย จึงสรุปทั้งหมดไม่ได้ ส่วนที่พบในการศึกษาอื่น มีทั้ง hypoglycemia (blood sugar < 50 mg/dl) ^(5,18) และ hyperglycemia (blood sugar > 125 mg/dl) ⁽¹⁸⁾

การประเมินเรื่องการดูนมและปริมาณน้ำนม เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ได้กระทำในทารกแรกเกิดทุกรายที่นอนรักษาในโรงพยาบาล การที่การดูนมและปริมาณน้ำนมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่างมีปัญหา นั้นเป็นสาเหตุให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ แต่การดูนมได้ดีร่วมกับปริมาณน้ำนมดี ก็ไม่ได้เป็นสิ่งรับรองแน่นอนว่าทารกจะไม่มีปัญหาจากการศึกษานี้มีการดูนมดีและปริมาณน้ำนมดี 2 ราย (13.3%) ดังนั้นแม้การประเมินเรื่องการดูนมและปริมาณน้ำนมจะเป็นสิ่งสำคัญ การติดตามอาการทั่วไป การขับถ่าย ปริมาณปัสสาวะ และน้ำหนักทารกยังคงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องประเมินควบคู่กันไป

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางปากเป็นนมผสมทุกราย (100%) ร่วมกับนมแม่บิบ 4 ราย (26.67%) และร่วมกับสารน้ำทางเส้นเลือด 3 ราย (20.00%) ซึ่งการจะให้แบบไหน

ขึ้นกับลักษณะอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผู้ป่วยรายที่มีค่าระดับโซเดียมสูงสุด 169 mmol/L และน้ำหนักลดมากที่สุด 21.9% ในการศึกษา นี้ ได้รับการรักษาด้วยนมผสมร่วมกับนมแม่บิบเท่านั้น การให้สารน้ำทดแทนมีข้อที่ต้องควรระวัง เพราะภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอาการชัก เกิดได้บ่อยครั้งในระหว่างให้การรักษา มีข้อแนะนำการรักษาแบบหนึ่งว่า ถ้าผู้ป่วยยังมีสภาพอาการทั่วไปดี การให้กินทางปากด้วยนมแม่บิบและ/หรือนมผสม ด้วยอัตรา 100 cc/kg/day จะปลอดภัยกว่า และหากผู้ป่วยอยู่ในสภาพอาการที่ไม่ดีนัก การให้สารน้ำทางเส้นเลือดในปริมาณ 100 cc/kg/day จะมีโอกาสเกิด convulsion และ peripheral edema น้อยกว่าการให้ในปริมาณ 150 cc/kg/day ⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีวิธีที่ใช้สมการในการคำนวณ body water deficit โดยให้ใช้เวลาในการแก้ปัญหา volume deficit นาน 48 – 72 ชั่วโมง ^(18,19,20) ซึ่งทุกวิธีมีเป้าหมายในการลดระดับโซเดียมไม่ให้ลงเร็วเกินไป (ประมาณ 0.5 mmol/L ต่อ ชั่วโมง) เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะสมองบวมได้

ในการศึกษานี้ทารกได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ 3 ราย (20.00%) ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจาก breast feeding jaundice ⁽²¹⁾ มีการศึกษาที่แสดงว่าภาวะ hypernatremia มีอัตราการเกิดในทารกที่กินนมแม่อย่างเดียว 9.3% ซึ่งมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่กินนมผสมที่มีอัตราการเกิด 2.7% ⁽²²⁾ เนื่องจากภาวะ hypernatremia สามารถทำให้เกิด disruption ของ blood brain barrier ในสมอง ความเสี่ยงต่อการเกิด bilirubin encephalopathy จึงมีมากขึ้น ^(7, 23) ดังนั้นเป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษา

ต่อไปว่า ควรจะจัดภาวะ hypernatremia เป็น risk factor อีกอย่างหนึ่ง ใน Guidelines for phototherapy in hospitalized infants of 35 or more weeks gestation จากเดิมที่เคยคิดถึงแต่ภาวะ hypoalbuminemia (albumin < 3.0 g/dL)⁽²⁴⁾ หรือไม่? และถ้าควร ระดับโซเดียมควรเป็นเท่าไร?

จากการศึกษาในครั้งนี้ ไม่มีทารก รายใด เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถกลับบ้านได้ทุกราย แต่ผลระยะยาวคงต้องติดตามกันต่อไป

จากการที่ได้ติดตามผลการศึกษามาเป็นระยะ และประชุมชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติ ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่มีการใช้ antibiotic ในผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งการเจาะตรวจเลือดมีน้อยลง มีการปรับปรุงการทำงาน ฝ้าระวังแก้ปัญหาเรื่องนมแม่ได้เร็วขึ้น แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาต่อไป และมีการนัดติดตามน้ำหนักและภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้วภายใน 1 สัปดาห์ทุกราย

สรุป

จากการที่เริ่มมีนโยบายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและงดการใช้นมผสมในทารก เป็นที่สังเกตว่าทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลบางรายป่วยมีอาการคล้าย neonatal sepsis หลังจากสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมคิดว่าน่าจะเข้าได้กับภาวะ “Hypernatremic dehydration in exclusive breast-fed neonates” วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อหาอุบัติการณ์ อาการ อาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาในผู้ป่วยทารกแรกเกิด

เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวที่มีภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง ด้วยวิธีการศึกษาวิจัยแบบพรรณน่าย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่า 29 วัน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโซเดียมในเลือดสูง อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 8% จากน้ำหนักแรกเกิด กินนมแม่อย่างเดียว ร่วมกับไม่มีภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจจะ เป็นสาเหตุของภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูง เป็นระยะเวลา 5 ปี ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2553 ถึง 31 ธ.ค. 2557 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูงในทารกแรกเกิดที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวจำนวน 15 ราย จากทารกแรกเกิดมีชีพ 8,598 ราย คิดเป็น 1.74 : 1,000 การเกิดมีชีพ อายุครรภ์ 36 - 41+สัปดาห์ (median 38+สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิด 2,420 - 3,920 กรัม (median 3,110 กรัม) อายุที่เริ่มมีอาการ วันที่ 2 - 13 (median วันที่ 3) อาการที่พบมากที่สุด กลับมาก 4 ราย (26.67%) และ ร้องมาก 4 ราย (26.67%) อาการแสดงที่พบมากที่สุด lethargy 4 ราย (26.67%) น้ำหนักลดลงจากแรกเกิด 8.16 - 21.9% (median 12.46%) ระดับของโซเดียมในเลือด 146 - 169 mmol/L (median 152 mmol/L) รักษาด้วยการให้สารน้ำทางปากเป็นนมผสมทุกราย (100%) ร่วมกับนมแม่ป้อน 4 ราย (26.67%) และร่วมกับสารน้ำทางเส้นเลือด 3 ราย (20.00%) มารดาทุกรายได้รับการแก้ไขปัญหาและแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกทุกรายกลับบ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่มีการใช้ antibiotic ในผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งการเจาะตรวจเลือดมีน้อยลง ภาวะขาดน้ำร่วม

กับโซเดียมในเลือดสูงในกลุ่มทารกแรกเกิดที่กินนมแม่อย่างเดียวยังพบได้ไม่บ่อยนัก การให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาดังตั้ยังอยู่ในโรงพยาบาลและนัดติดตามในช่วงหลังคลอดเป็นสิ่งจำเป็น การตรวจพบและรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลควรมีความรู้และสามารถให้คำแนะนำแก่มารดาและญาติเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างน้ำนมแม่ที่เพียงพอสำหรับทารกที่ไม่มีการเจ็บป่วยและระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ hypernatremic dehydration จากการที่ได้รับน้ำนมแม่ไม่พอเพียง ซึ่งแบ่งได้เป็นปัจจัยในมารดาและปัจจัยในทารก ดังนี้⁽²¹⁾

ปัจจัยในมารดา:

- การให้ทารกดูดนมแม่เร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด
- ทำอุ้มดูดนมถูกต้อง
- ในระยะแรกหลังเกิด ต้องให้ดูดนมมากกว่า 8 มื้อต่อวัน (ทุก 11/2 – 3 ชั่วโมง) โดยใช้เวลาดูดแต่ละเต้านาน 10 – 15 นาที
 - ให้ทารกดูดนมเมื่อแสดงอาการหิว ได้แก่ การตื่นตัว (alertness) มากขึ้น, การเคลื่อนไหว (physical activity) มากขึ้น, การทำท่าดูดนม (mouthing), หันปากหาหัวนม (rooting) ไม่ควรรอนจนกระทั่งร้อง เพราะการร้องเป็นอาการแสดงสุดท้ายของความหิว
 - การให้ทารกดูดนมจนกระทั่งพอใจ ปกติให้ดูดแต่ละเต้านาน 10 – 15 นาที
 - การดูดทั้ง 2 เต้าทุกมื้อ
 - การให้ดูดสลับเต้าที่เริ่มต้นดูดในมือที่แล้ว

- ในสัปดาห์แรกๆ หลังคลอด มารดาต้องปลุกทารกให้ดูดนม หากทารกเว้นช่วงตื่นเพื่อดูดนมแต่ละมื้อมานเกิน 4 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มต้นดูดนมของมื้อมื้อสุดท้าย

- การแนะนำและปรับประคองมารดาให้ไม่เครียดหรือกังวล การพักผ่อนเพียงพอ

- การได้รับอาหารเหมาะสมและเพียงพอ
- การแก้ไขปัญหาด้านนม/คัดเต้านมอย่างเหมาะสม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยในทารก:

- ลิ้นปกติ หากมีภาวะลิ้นถูกยึดตรึง (tongue-tie) และมีผลต่อการดูดนมต้องแก้ไข

- ได้รับการดูแลตามหลักการการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานอย่างถูกต้อง เช่น อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทางเดินหายใจโล่งและไม่มีภาวะคัดจมูกจากการถูกใช้ลูกสุบยางแดงดูด

ถ้ามารดามีน้ำนมไม่พอ ควรปฏิบัติดังนี้

- แนะนำให้มารดาปฏิบัติตัวตามปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างน้ำนมแม่ที่เพียงพอสำหรับทารกอย่างเคร่งครัด
- ให้ทารกดูดกระตุ้นร่วมกับการใช้ dropper หยอดนมผสมที่ลานหัวนมหรือใช้วิธีกัลกน้ำ
- ปริมาณนมผสมคำนวณตามสูตร การสั่งปริมาณน้ำนมมากเกินไปแล้วทารกกลืนไม่หมดจะทำให้มารดากังวลและทำให้ผลิตน้ำมน้อย

สูตรการคำนวณ 20-30 ม.ล. × น้ำหนักแรกเกิด × อายุ / จำนวนมื้อมนม

- ประคองประคองมารดาไม่ให้เครียด และอย่าปล่อยให้ทารกร้องกวน
- ห้ามให้น้ำเปล่าหรือกลูโคส

อาการแสดงว่าทารกครบกำหนดได้รับนมแม่พอ:

- ทารกหยุดดูดนมเอง หรือนอนหลับหลังดูดนม
 - นอนหลับนาน 2 – 3 ชั่วโมง
 - น้ำหนักกลับคืนเท่ากับน้ำหนักแรกเกิดภายใน 2 – 3 สัปดาห์ แล้วเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 20 – 30 กรัม
 - ที่อายุ 3 – 5 วัน ถ่ายปัสสาวะ 3 – 5 ครั้งต่อวัน และถ่ายอุจจาระ 3 – 4 ครั้งต่อวัน
 - ที่อายุ 5 – 7 วัน ถ่ายปัสสาวะ 4 – 6 ครั้งต่อวัน และถ่ายอุจจาระ 3 – 6 ครั้งต่อวัน
- “ทารกอาจถ่ายอุจจาระจำนวนครั้งน้อยกว่าที่กล่าวหรือไม่ถ่ายทั้งวันได้ ให้ใช้น้ำหนักและอาการสงบ ไม่ร้องกวนหลังดูดนม เพื่อประกอบการวินิจฉัยว่าได้รับนมแม่พอหรือไม่”
- ได้ยินเสียงกลืนนม (swallowing sound) เมื่อมารดาสร้างน้ำนมได้มาก ร่วมกับทารกดูดและกลืนนมได้ดี

อาการแสดงในมารดา

- เต้านมตึงก่อนป้อนนม นุ่มหลังดูดนม
 - เต้าที่ไม่ถูกดูดมีน้ำนมหยุด
- ประโยชน์ที่มีมากมายของนมแม่สำหรับทารกและเด็กเล็ก ที่ไม่อาจมีอาหารอื่นชนิดใดมาเทียบได้เป็นสิ่งซึ่ง ทุกคนยอมรับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างมีความพยายามในการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การพบว่ามีภาวะ hypernatremic dehydration เกิดขึ้นได้ในทารกที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม อาจก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ทารกได้ จึงควรมีการเฝ้าระวังและป้องกันควบคู่ไปกับการส่งเสริมแก้ไขปัญหามากขึ้น รวมทั้งให้การวินิจฉัยและรักษาภาวะนี้แต่เนิ่นๆ อย่างเหมาะสม เพื่อทำให้งานนี้ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sawasdivorn S. Breast feeding situation in Thailand. International Conference Breastfeeding Sick Baby; 2013 Jan 22-24; Kamolthip room: The Sukosol hotel.
2. Laing IA. Hypernatraemic dehydration in newborn infants. Acta Pharmacol Sin 2002; 23 Suppl: 48-51.
3. Taksaphan S, Pengsaa K, Lerdsukpresert S, Kuslerdjariya S, Voramongkol N, Harnpinijsak S. Intrauterine growth of northeastern Thai infant. J Pediatr Soc Thai 1990; 29: 42-53.
4. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. Arch Dis Child 2001; 85: 318-320.

5. Ahmed A, Iqbal J, Ahmad I, Charoo BA, Ahmad QI, Ahmad SM. Complications due to breastfeeding associated hypernatremic dehydration. *J Clin Neonatol* 2014; 3: 153-157.
6. Livingstone VH, Willis CE, Wareth A, Laila O, Thiessen P, Lockitch, G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *Can Med Assoc J* 2000; 162: 647-652.
7. Moritz ML, Manole MD, Bogen DL, Ayus JC. Breastfeeding-Associated Hypernatremia: Are We Missing the Diagnosis? *Pediatrics* 2005;116:e343 DOI: 10.1542/peds. 2004-2647 [cited 2015 feb 18]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/3/e343.full.pdf>
8. Jain S, Basu S. Hypernatremic Dehydration in Term and Near-Term Neonates. *Indian J Paediatr* 2010; 77: 461.
9. Uras B, Ahmet NK, Guzide D, Alparslan T, Mansur MT. Moderate Hypernatremic Dehydration in Newborn Infants: Retrospective Evaluation of 64 Cases. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007; 20: 449-52.
10. Manganaro R, Mami C, Marrone T, Marseglia L, Gemelli M. Incidence of dehydration and hypernatremia in exclusively breast- fed infants. *J Pediatr* 2001; 139: 673-675.
11. Erdeve O, Atasay B, Arsan S. Hypernatraemic dehydration in breastfed infants: Is caesarean section a risk? *Ann Trop Paediatr* 2005; 25: 147-148.
12. Zaki SA, Mondkar J, Shanbag P, Verma R. Hypernatremic dehydration due to lactation failure in an exclusively breastfed neonate. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2012; 23: 125-128.
13. Yun JO, Ji EL, So HA, Yang KK, Sung KK, Ja KK, Byong KS, Yong HJ. Severe hypernatremic dehydration in a breast-fed neonate. *Korean J Pediatr* 2007; 50: 85-88.
14. Rand SE, Kolberg . Neonatal Hypernatremic Dehydration Secondary to Lactation Failure. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 155-158.
15. Laing IA, Wong CM. Hypernatremia in the first few days: is the incidence rising? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87:F158-F162 doi:10.1136/fn.87.3.F158 [cited 2015 feb 18]. Available from: <http://fn.bmjournals.com/content/87/3/F158.full>

16. Bhat SR, Lewis P, Dinakar C. Hyponatremic Dehydration In a Neonate. *Indian Pediatr* 2001; 38: 1174-1177.
17. Barman H, Das BK, Duwarah SG. Acute kidney injury in hyponatremic dehydration in exclusively breastfed babies: Don't ignore it! *J Clin Neonatol* 2014; 3: 124-125.
18. Bolat F, Oflaz MB, Gu'ven AS, O'zdemir G, Alaygut D, Do'an MT, et al. What Is the Safe Approach for Neonatal Hyponatremic Dehydration? A Retrospective Study From a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29: 808-813.
19. Elenberg E, Corden TE. Pediatric Hyponatremia Treatment & Management. *Medscape* [internet]. 2014 [cited 2015 feb 18]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/907653-treatment>
20. สมพร โชตินฤมล. Metabolic Emergency. ใน: สุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. *Neonatology* 2007. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2550. หน้า 162 – 163.
21. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. *Minimizing Neonatal Morbidities*, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด; 2555. หน้า 259 – 265.
22. Basiratnia M, Pishva N, Dehghani A. Prevalence of Breastfeeding-associated Hyponatremia among Hospitalized Hyperbilirubinemic Neonates. *Iranian Journal of Neonatology* 2014; 5: 12-16.
23. Wennberg RP, Johansson BB, Folbergrova J, Siesjo BK. Bilirubin-Induced Changes in Brain Energy Metabolism after Osmotic Opening of the Blood-Brain Barrier. *Pediatr Res* 1991; 30: 473-478.
24. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114: 305.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตบริการสุขภาพที่ 8

| | | |
|------------|------------|--|
| เยาวรัตน์ | รัตน์นันต์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| สุภัตรา | บุญเจียม | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ดร.วันเพ็ญ | ศิวารมย์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| สิริมาพร | นาศพัฒนา | นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) |

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8 โดยศึกษาปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็ก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยการสัมภาษณ์มารดาหรือผู้ดูแลเด็ก และประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี จำนวน 905 คน โดยใช้เครื่องมือ Denver II วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) และสถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัยพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 66.3 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 33.7 และในภาพรวมมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 36.6 ในเด็กอายุ 0-2 ปี และเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการเกินวัยด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่มากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 9 ปัจจัยคือ 1) ระดับการศึกษาของมารดา (OR = 3.3 95% CI = 1.25, 8.60, p-value = 0.054) 2) อาชีพมารดา (OR = 1.1 95% CI = 0.62, 2.11, p-value = 0.016) 3) การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไฮโดรออกไซด์ (Obimin/Triferdine) (OR = 1.6 95% CI = 1.18, 2.08, p-value = 0.002) 4) อายุของผู้ดูแลเด็ก (OR = 2.2 95% CI = 1.04, 4.70, p-value = 0.031) 5) อาชีพของผู้ดูแลเด็ก (OR = 2.6 95% CI = 0.98, 6.84, p-value = 0.011) 6) น้ำหนักแรกเกิด (OR = 1.5 95% CI = 1.01, 2.53, p-value = 0.045) 7) โรคประจำตัวของเด็ก (OR = 2.4 95% CI = 1.37, 4.15, p-value = 0.002) 8) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (OR = 1.5 95% CI = 0.75, 2.84, p-value = 0.035) และ 9) การเล่นกับเด็ก (OR = 1.5 95% CI = 0.86, 2.58, p-value = 0.019)

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย⁽¹⁾ การสำรวจพัฒนาการเด็ก 1-5 ปี ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2550 ด้วยการใช้เครื่องมือ DENVER II พบว่า ภาพรวมของเด็กทุกกลุ่มอายุมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 66.7 เมื่อแยกตามอายุ พบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่าด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านภาษา จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2551- 2552 สำหรับพัฒนาการทางด้านภาษา พบว่า เด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคย และร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่นๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการบอกสีได้อย่างถูกต้องพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 74 ส่วนทักษะในการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35.2⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิต ในปี 2554 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109)

ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเทียบสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กในประเทศเอเชียหลายๆ ประเทศ เช่น ฮองกง สิงคโปร์ จีน ญี่ปุ่น เมื่อคุณภาพของประเทศพบว่า มีเด็ก ร้อยละ 48.5 ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ <100)⁽³⁾

พัฒนาการเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ (function) และวุฒิภาวะ (maturity) ของอวัยวะระบบต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคลทำให้ ทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่และความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมหรือภาวะใหม่ในบริบทของครอบครัว และสังคม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีหลากหลายปัจจัยทั้งทางบวกและทางลบ ปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม หรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดา มารดา ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง พันธุกรรม และระดับเชาวน์ปัญญาโดยรวมประมาณ ร้อยละ 50⁽⁴⁾ โดยผู้เชี่ยวชาญมีข้อสรุปเบื้องต้น ร่วมกัน 2 ข้อ คือ พันธุกรรมอาจเป็นตัวกำหนดแนวทางที่ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างไรกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลตอบสนองต่อการเรียนรู้หรือสติปัญญาของเด็กเอง อีกข้อสรุปหนึ่งคือพันธุกรรมที่ว่านี้น่าจะประกอบด้วยยีนอย่างน้อย 2-3 ยีน ที่ทำงานร่วมกัน ส่วนปัจจัยด้านบิดา มารดา พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย⁽⁵⁾ ในด้านภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า ในขณะตั้งครรภ์สารที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมากคือ สารไอโอดีน ซึ่งเป็นสารอาหารที่มี

ความจำเป็นต่อการพัฒนาสมอง ในพื้นที่ที่ขาดไอโอดีนจะมีผลกระทบต่อระบบประสาท ไม่ว่าจะเป็นสติปัญญาลดลง อาจก่อให้เกิดภาวะสมองพิการ หูหนวก จากรายงานผลการศึกษาดังๆ (Meta-analysis) 2 งานวิจัยพบว่า ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่ขาดสารไอโอดีนจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่ไม่ขาดสารไอโอดีน 6.9 – 10.2 จุด⁽⁶⁾ ในส่วนของการเลี้ยงดูซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าส่วนสำคัญคือขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นพัฒนาการเด็กคือ การทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก จากการศึกษาพบว่า การอ่านหนังสือร่วมกับเด็กจะส่งผลบวกด้านสติปัญญามากกว่า 6 จุด⁽⁷⁾ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยโดยสนับสนุนให้ บิดามารดา และผู้ปกครองเด็ก มีการจัดกิจกรรม กินกอด เล่น เล่า ร่วมกับเด็ก และมีโครงการหนังสือเล่มแรก (Book start) แจกให้แก่เด็กเพื่อให้ผู้ปกครองนำไปอ่านกับบุตรหลาน ในด้านปัจจัยการเลี้ยงดูที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก คือ การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ เล่นอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อปัญหาด้านสมาธิ การเรียน การนอน และการกินในเด็ก โดย American Academy of Pediatrics ได้มีคำแนะนำไม่ให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ขวบ ได้ดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่อเพื่อความบันเทิงอื่นๆ⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทยโดยพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริม

พัฒนาการโดยปัจจัยหนึ่งคือ การปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง

จากข้อมูลทีกล่าวมาแล้วข้างต้นทำให้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลพัฒนาการเด็กมีมากมายหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ปัจจัยจากตัวมารดา ตัวเด็ก หรือสภาพแวดล้อม ซึ่งปัญหาด้านพัฒนาการของเด็กไทยพบว่า ยังไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะด้านสติปัญญา ส่วนหนึ่งก็น่าจะเป็นเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาพัฒนาการ และปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ จะนำไปเป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็ก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็ก ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ขอบเขตการวิจัย

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ 1) คุณลักษณะของมารดา/บิดา ประกอบด้วย อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ 2) ภาวะสุขภาพมารดา ระหว่างตั้งครรภ์ ประกอบด้วย โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ 3) การฝากครรภ์และการ

คลอด 4) การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน
5) การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และ 6) พฤติกรรม
เสี่ยงเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ 1) คุณลักษณะของ
ผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ
2) รายได้ของครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว
และ 4) กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ประกอบด้วย การเล่นนิทาน และการเล่นกับเด็ก

ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ 1) คุณลักษณะของ
เด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ลักษณะการคลอด
2) ภาวะสุขภาพของเด็กแรกเกิด ประกอบด้วย
การขาดออกซิเจน น้ำหนักแรกเกิด การคลอด
ก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
3) การเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว
การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี และปัญหาสุขภาพ
ช่องปาก และ 4) ภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย
การกินนมแม่ การได้รับยาดูแลสุขภาพ น้ำหนัก
ตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และ
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

นิยามศัพท์ในการวิจัย

การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน
หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงครรภ์ ที่เป็น
ยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine)
ระหว่างการฝากครรภ์

การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง
หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงครรภ์ ที่เป็นยาเสริม
ธาตุเหล็ก (FBC) ระหว่างการฝากครรภ์

พัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง การ
เปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย
(Function maturation) ตามอายุ ตลอดจน
พฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงถึงความก้าวหน้าตาม
ลำดับทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่

ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและ
การช่วยเหลือตัวเองซึ่งทำการประเมินโดยใช้
เครื่องมือ Denver II

แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
หมายถึง เครื่องมือ Denver II ที่ใช้ในการ
ประเมินพัฒนาการ เด็กแรกเกิด - 5 ปี การแปล
ข้อสอบรายข้อ (Denver II) อธิบายเกณฑ์การ
ประเมิน โดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านพัฒนาการ
เด็กปฐมวัย นายแพทย์พนิต โล่เสถียรกิจ
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 ดังนี้

เกินวัย (Advance Items) หมายถึง
เด็กสามารถทำข้อทดสอบที่อยู่ทางขวามือของ
เส้นอายุอยู่บนเส้นเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

ควรระวัง (Caution Items) หมายถึง
เด็กไม่สามารถทำข้อทดสอบที่อยู่บนเส้นอายุ
ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และ 90

ล่าช้า (Delayed Items) หมายถึง เด็ก
ไม่ผ่านข้อทดสอบที่อยู่ทางด้านซ้ายของเส้นอายุ
ที่มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90

การแปลผลการทดสอบโดยรวม Denver
II

ปกติ (Normal) เด็กที่ทำการประเมิน
พัฒนาการเด็กโดยไม่มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” และ/
หรือ มีข้อทดสอบ “ควรระวัง” เพียง 1 ข้อเท่านั้น

สงสัย (Suspect) เด็กที่ทำการประเมิน
พัฒนาการเด็กมีข้อทดสอบ “ควรระวัง” 2 ข้อขึ้นไป
และ/หรือ มีข้อทดสอบ “ล่าช้า” 1 ข้อขึ้นไป

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง บิดา หรือมารดา หรือ
คู่สามีภรรยาคนใหม่ หรือปู่ ยา ตา ยาย ญาติที่
มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ใช้เวลาในการดูแล
เด็กมากที่สุดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หมายถึง วิธีการ กิจกรรมการแสดงออกของ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งปฏิบัติต่อเด็กเป็นประจำ ได้แก่ การเล่นนิทาน การเล่นกับเด็ก

การเล่นนิทาน หมายถึง การเล่นนิทานอย่าง มีคุณภาพ ซึ่งได้แก่ การเล่า / อ่านนิทานให้เด็ก ฟังทุกวัน อย่างน้อยวันละ 10 นาที

การเล่น หมายถึง การเล่นอย่างมี คุณภาพ ซึ่งได้แก่ การเล่นกับเด็กโดยไม่ใช้สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์

ลักษณะครอบครัว แบ่งเป็น 2 แบบ คือ ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ครอบครัว เดี่ยว คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา และ ลูก ครอบครัว ขยาย คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย บิดา มารดา และ ลูก โดยอาจจะ มีปู่ย่า หรือตายาย หรือญาติคนอื่นๆ อาศัยอยู่ใน บ้านเดียวกัน

ภาวะออกซิเจนเมื่อแรกเกิด หมายถึง การ ประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนน APGAR Score ด้วยการ สังเกตสีผิว ชีพจร หรือ อัตราการเต้นของหัวใจ ปฏิบัติการตอบสนอง ต่อสิ่งกระตุ้นการเคลื่อนไหวต่างๆ หรือความ ตึงตัวของกล้ามเนื้อ และ การหายใจของทารก เมื่อ 1 และ 5 นาที หลังคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (APGAR Score 0-3) ภาวะขาดออกซิเจน (APGAR Score 4-7) และปกติ (APGAR Score 8 ขึ้นไป)

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การฝาก ครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์อายุครรภ์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 1-12 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ระหว่าง 16-20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ระหว่าง 30-34 สัปดาห์ และ ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ระหว่าง 36 สัปดาห์ขึ้นไป

รายได้ครอบครัว หมายถึง รายได้ของ สมาชิกทุกคนในครอบครัวรวมกัน จัดกลุ่มรายได้ เป็น ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน 10,001- 20,000 บาท/เดือน และ 20,001 บาทขึ้นไป/ เดือน

การคลอด หมายถึง ลักษณะการคลอด แบ่งเป็น คลอดปกติ ผ่าท้องคลอด เครื่องดูดสุญญากาศ และใช้คีมทำคลอด

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง เด็กคลอด ก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด โดยคลอดเมื่ออายุ ครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

กินนมแม่ หมายถึง การที่เด็กได้กินนม แม่อย่างเดียวน ต่อเนื่อง 6 เดือน โดยไม่กินน้ำหรือ อาหารเสริม

การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี หมายถึง การเจ็บ ป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ด้วยโรคต้องรับ และโรคปอดบวม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการ สัมภาษณ์ มารดา บิดา หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความ สัมพันธ์ทางสายโลหิต ด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้าง และพัฒนาขึ้น รวมทั้งการประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยใช้เครื่องมือ Denver II ซึ่งผ่านความ เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ กรมอนามัย ตามรหัสโครงการวิจัยที่ 047 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2557

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนเขตสุขภาพด้วยความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ และความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าความชุก

ของสงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่เกินร้อยละ 2.8 ของความชุกดังกล่าว โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

$$Nf = (n / (1 + (n/N)))$$

$$\text{เมื่อ } \alpha_{/2} = 0.025$$

$$Z(\alpha_{/2}) = -1.95996$$

$$P = 33.3^*$$

$$N = 390,936^{**}$$

*ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ปี 2550 สํารวจโดยกรมอนามัย

**ข้อมูลเด็ก 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ณ เดือนธันวาคม 2556

การสุ่มตัวอย่างใช้เป็นแบบ (Three- Stages Cluster Sampling) โดยมีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม เก็บตัวอย่างเด็กในแต่ละตำบลตัวอย่าง อย่างน้อยตำบลละ 23 คน หากตำบลใดมีกลุ่มเป้าหมายไม่ครบ ให้เก็บจากตำบลใกล้เคียง โดยเก็บตัวอย่างและสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 905 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามมารดาบิดาหรือผู้ดูแลเด็ก และเด็ก และมีการควบคุมคุณภาพของแบบสอบถามโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หลังจากมีการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะแล้วนำ

แบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับ มารดาและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วันขึ้นไป จนถึง อายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรีและได้ปรับแบบสอบถาม ก่อนจะนำไปใช้ หลังจากนั้นได้มีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามให้แก่ทีมเก็บข้อมูล เพื่อความเข้าใจตรงกัน

2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กราฟประเมินสภาวะการเจริญเติบโต น้ำหนัก และส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูง เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต กองโภชนาการ กรมอนามัย

3. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ซึ่งเครื่องมือนี้มีความไวในการคัดกรอง (sensitivity) 0.56 – 0.83 และ ความจำเพาะเจาะจง 0.43–0.80⁽⁹⁾

การควบคุมคุณภาพระหว่างเก็บข้อมูล

โดยผู้ทำการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความครบถ้วน หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที หากไม่ครบถ้วนให้ถามซ้ำ หลังจากนั้นหัวหน้าทีมตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งก่อนบันทึกข้อมูล และหากแบบสอบถามชุดใดมีข้อมูลไม่ครบถ้วน จะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของการประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้ประเมินจะคำนวณอายุเด็กซ้ำอีกครั้ง และตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบประเมินแต่ละชุด จากนั้นเมื่อกลับมายังหน่วยงาน จะทำการตรวจสอบแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีม และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยหลักอีกครั้ง และระหว่างเก็บข้อมูลหากมีปัญหาให้ปรึกษาผู้วิจัยหลัก และปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย นายแพทย์พนิต โสเสถียร กิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ความแปรปรวน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) สถิติเชิงอนุมาน คือ การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ ($p = 0.05$) และการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของมารดา พบว่า มารดามีอายุเฉลี่ย 29 ปี มารดามีอายุน้อยที่สุด 16 ปี มารดาอายุมากที่สุด 48 ปี อายุมารดาเมื่อตั้งครรภ์พบว่า มารดาตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 25.9 ปี มารดา

ตั้งครรภ์อายุน้อยที่สุด 14 ปี มารดาตั้งครรภ์อายุมากที่สุด 44 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาพบว่า มารดาจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 62.5 มารดามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.9 คุณลักษณะของบิดา พบว่า บิดามีอายุเฉลี่ย 32.4 ปี บิดามีอายุน้อยที่สุด 17 ปี บิดามีอายุมากที่สุด 72 ปี มีบิดาที่อายุ 17-19 ปี ร้อยละ 1.8 ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดา พบว่า จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 51.3 อาชีพของบิดา มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.8 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพร้อยละ 51.2 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เร็วก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีร้อยละ 56.4 เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นหญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์เพิ่มขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์มากที่สุดที่อายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ ร้อยละ 90.8 โดยหญิงตั้งครรภ์จะไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 48.2 อย่างไรก็ตามพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ไม่ไปฝากครรภ์ถึงร้อยละ 6.2 สถานที่คลอดพบว่า คลอดที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 58.5 การเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ของมารดา พบว่า มารดามีโรคประจำตัวระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.4 โรคประจำตัวของมารดา 3 ลำดับแรกคือ โรคธาลัสซีเมีย โรคโลหิตจาง และโรคหอบหืด การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า มารดาติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์มีเพียงร้อยละ 1.2 การติดเชื้อที่พบคือ ไวรัสตับอักเสบ ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ เอชไอวี ซิฟิลิส และอีสุกอีใส ส่วนภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์พบร้อยละ 8.1 ภาวะแทรกซ้อน

ที่พบ 3 ลำดับแรกคือ ความดันโลหิต เบาหวาน และตั้งครรภ์แฝด ยาบำรุงในระหว่างตั้งครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับคือ ยารักษาเหล็กเสริมโอบิติน (Obimin/Triferdine) มากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาเป็น ยาโฟลิก (Folic) และยาเสริมธาตุเหล็ก (FBC) มารดา ร้อยละ 2.3 ต่อมเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

เด็กได้รับการดูแลโดยมารดาเป็นหลัก ร้อยละ 57.5 รองลงมาเด็กได้รับการดูแลจากปู่ย่า ตายายทวด ร้อยละ 35.1 โดยผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 38.1 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลเด็ก พบว่า จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 44.6 อาชีพของผู้ดูแลเด็ก พบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 37.3 รายได้ครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 14,966.5 บาท/เดือน รายได้น้อยที่สุด 1,000 บาท/เดือน รายได้มากที่สุด 200,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 58.4 ในส่วนของความพอเพียงของรายได้ พบว่า ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 40.0 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 35.4 และครอบครัวมีรายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 24.6 ลักษณะครอบครัว พบว่า ครอบครัวขยาย ร้อยละ 75.0 ครอบครัวคน 3 วัย พบว่า เด็กอยู่กับครอบครัวคน 3 วัยที่สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย บิดามารดาปู่ย่าตายายทวด ร้อยละ 53.1

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยทั้งหมด 905 ราย เด็กเพศชาย ร้อยละ 48.6 และเพศหญิงร้อยละ

51.4 เป็นเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 57.8 และกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป) ร้อยละ 88.1 ส่วนลักษณะการคลอดพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการคลอดปกติ ร้อยละ 74.8 มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500-4,000 กรัม ร้อยละ 88.1 และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.5 เมื่อพิจารณาคะแนนการตรวจสภาพของทารกเมื่อแรกเกิด เมื่อ 1 นาที และ 5 นาที พบว่า ส่วนใหญ่ทารกมีการตอบสนองที่ดี (คะแนน APGAR Score = 8-10) ร้อยละ 92.5 และ 94.4 ตามลำดับ เด็กมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดร้อยละ 25.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ 3 ลำดับแรกคือ ตัวเหลืองต้องส่องไฟ ได้รับออกซิเจน และใส่ท่อช่วยหายใจ เด็กมีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.6 โรคที่พบ 3 ลำดับแรก คือ หอบหืด G6PD และ ชาติสซีเมีย การเจ็บป่วยของเด็กจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เด็กไม่เคยป่วย ร้อยละ 92.5 มีเด็กเคยป่วยด้วยโรคท้องร่วง ร้อยละ 5.7 ป่วยด้วยปอดบวม ร้อยละ 2.7 และมีเด็กที่ป่วยด้วยโรคท้องร่วงและปอดบวม ร้อยละ 0.9 เด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 35.8 ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้แก่ ฟันผุ ร้อยละ 20.8 และเหงือกอักเสบร้อยละ 1.0 ภาวะโภชนาการของเด็ก การกินนมแม่อย่างเดียว พบว่า เด็กมีการกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 36.2 อย่างไรก็ตามพบว่า มีเด็กที่ไม่กินนมแม่ร้อยละ 7.6 การได้รับยารักษาธาตุเหล็กเมื่อเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 24.7 ในภาพรวมเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า สมส่วน ร้อยละ 69.2 ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี

และ 3-5 ปี มีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 66.5 และ ร้อยละ 72.8 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า ในภาพรวมเด็กมีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.6 และสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.2 ทั้งในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี และเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 72.8 และ 72.5 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า ในภาพรวมเด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.6 และน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.2 ทั้งในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี และเด็ก 3-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.7 และ 76.5 ตามลำดับ ในเด็ก 3-5 ปี จะมีเด็กน้ำหนักตามเกณฑ์มากกว่าเด็กอายุ 0-2 ปี ในขณะที่เด็ก 0-2 ปี มีเด็กน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักค่อนข้างน้อยมากกว่าเด็ก 3-5 ปี

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 66.3 และพัฒนาการรวมสงสัยล่าช้า ร้อยละ 33.7 และหากพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 36.6 เด็กมีพัฒนาการเกินวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่

มากที่สุด ร้อยละ 8.1 เด็กอายุ 0-2 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75.5 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.5 และหากพิจารณาพัฒนาการรายด้านพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ร้อยละ 22.6 และเด็กมีพัฒนาการเกินวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 7.5 เด็กอายุ 3-5 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 53.7 พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 46.3 และหากพิจารณาพัฒนาการรายด้าน พบว่า มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 58.6 และเด็กมีพัฒนาการเกินวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 8.9 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ในขณะที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ทั้งในภาพรวมและในเด็กอายุ 0-2 ปี และเด็กอายุ 3-5 ปี เด็กมีพัฒนาการเกินวัยด้านกล้ามเนื้อใหญ่มากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 905 คน

| พัฒนาการ | รวม | | อายุ 0-2 ปี | | อายุ 3-5 ปี | |
|--|-------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| พัฒนาการโดยรวมเด็กปฐมวัย | | | | | | |
| สมวัย | 600 | 66.3 | 395 | 75.5 | 205 | 53.7 |
| สงสัยล่าช้า | 305 | 33.7 | 128 | 24.5 | 177 | 46.3 |
| พัฒนาการรายด้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | | | | | |
| พัฒนาการสมวัย | | | | | | |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก | 705 | 77.9 | 446 | 85.3 | 259 | 67.8 |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ | 703 | 77.7 | 418 | 79.9 | 285 | 74.6 |
| ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง | 702 | 77.6 | 376 | 71.9 | 326 | 85.3 |
| ด้านภาษา | 543 | 60.0 | 395 | 75.5 | 148 | 38.7 |
| พัฒนาการสงสัยล่าช้า | | | | | | |
| ด้านภาษา | 331 | 36.6 | 107 | 20.5 | 224 | 58.6 |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก | 179 | 19.8 | 65 | 12.4 | 114 | 29.8 |
| ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง | 173 | 19.1 | 118 | 22.6 | 55 | 14.4 |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ | 129 | 14.3 | 66 | 12.6 | 63 | 16.5 |
| พัฒนาการเกินวัย | | | | | | |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ | 73 | 8.1 | 39 | 7.5 | 34 | 8.9 |
| ด้านภาษา | 31 | 3.4 | 21 | 4.0 | 10 | 2.6 |
| ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง | 30 | 3.3 | 29 | 5.5 | 1 | 0.3 |
| ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก | 21 | 2.3 | 12 | 2.3 | 9 | 2.4 |

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กคือ อาชีพของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) อายุ และอาชีพของผู้ดูแลเด็ก การเล่นกับเด็ก ดังตารางที่ 2

อาชีพของมารดามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value = 0.016) เด็กที่เกิดจากมารดาที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจะมีพัฒนาการ

สงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 38.5 และเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีอาชีพค้าขายจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าน้อยที่สุด ร้อยละ 19.4 โดยในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่า เด็กที่มารดามีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และรับจ้างมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/อื่นๆ 1.1 เท่า

การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ของมารดามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002) เด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 40.1 และเด็กที่เกิดจากมารดาที่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.9 โดยในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กเกิดจากมารดาที่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอบิน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์ 1.6 เท่า

อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.031) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 16-19 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 48.3 และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 20-39 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าน้อยที่สุด ร้อยละ 29.7 โดยในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 16-19 ปี มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 20-39 ปี 2.2 เท่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 40-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 20-39 ปี 1.4 เท่า

อาชีพของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.011) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 39.3 และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพค้าขายจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าน้อยที่สุด ร้อยละ 20.0 โดยในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/อื่นๆ มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพค้าขาย 2.4 เท่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพค้าขาย 2.1 เท่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพค้าขาย 2.6 เท่า และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพรับจ้างมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่มีอาชีพค้าขาย 1.3 เท่า

การเล่นกับเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.019) โดยเด็กที่ครอบครัวไม่มีการเล่นกับเด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด ร้อยละ 38.1 และเด็กที่ครอบครัวมีการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าน้อยที่สุด ร้อยละ 29.2 เด็กที่ครอบครัวไม่มีการเล่นกับเด็กและเล่นกับเด็กอย่างไม่มีคุณภาพมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ครอบครัวมีการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ 1.5 เท่า

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกับพัฒนาการรวมของเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8

| ปัจจัย | พัฒนาการรวม | | | | | p-value | OR | 95% CI OR | |
|---------------------------------------|-------------------|----------------|--------|----------------------|--------|---------|-----|-----------|------|
| | จำนวน ตัวอย่าง | สมวัย จำนวน | ร้อยละ | สงสัยล่าช้า จำนวน | ร้อยละ | | | LB | UB |
| อาชีพมารดา | 905 | 600 | 66.3 | 305 | 33.7 | 0.016 | | | |
| ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน [‡] | 257 | 166 | 64.6 | 91 | 35.4 | | | | |
| เกษตรกรรวม | 181 | 130 | 71.8 | 51 | 28.2 | | 0.7 | 0.47 | 1.08 |
| รับจ้าง | 343 | 214 | 62.4 | 129 | 37.6 | | 1.1 | 0.79 | 1.54 |
| ค้าขาย | 72 | 58 | 80.6 | 14 | 19.4 | | 0.4 | 0.23 | 0.83 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 52 | 32 | 61.5 | 20 | 38.5 | | 1.1 | 0.62 | 2.11 |
| (Obimin/Triferdine) | 905 | 600 | 66.3 | 305 | 33.7 | 0.002 | | | |
| ได้รับ [‡] | 571 | 400 | 70.1 | 171 | 29.9 | | | | |
| ไม่ได้รับยา ไม่ทราบ | 334 | 200 | 59.9 | 134 | 40.1 | | 1.6 | 1.18 | 2.08 |
| อายุของผู้ดูแลเด็ก(ปี) | 905 | 600 | 66.3 | 305 | 33.7 | 0.031 | | | |
| 20-39 [‡] | 488 | 343 | 70.3 | 145 | 29.7 | | | | |
| 16-19 | 29 | 15 | 51.7 | 14 | 48.3 | | 2.2 | 1.04 | 4.70 |
| 40-59 | 332 | 207 | 62.3 | 125 | 37.7 | | 1.4 | 1.06 | 1.92 |
| 60 ขึ้นไป | 56 | 35 | 62.5 | 21 | 37.5 | | 1.4 | 0.80 | 2.52 |
| อาชีพของผู้ดูแลเด็ก | 905 | 600 | 66.3 | 305 | 33.7 | 0.011 | | | |
| ค้าขาย [‡] | 65 | 52 | 80.0 | 13 | 20.0 | | | | |
| ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/ พ่อบ้าน/อื่นๆ | 359 | 224 | 62.4 | 135 | 37.6 | | 2.4 | 1.27 | 4.60 |
| เกษตรกรรวม | 338 | 220 | 65.1 | 118 | 34.9 | | 2.1 | 1.12 | 4.10 |
| รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 28 | 17 | 60.7 | 11 | 39.3 | | 2.6 | 0.98 | 6.84 |
| รับจ้าง | 115 | 87 | 75.7 | 28 | 24.3 | | 1.3 | 0.61 | 2.70 |
| การเล่นกับเด็ก | 905 | 600 | 66.3 | 305 | 33.7 | 0.019 | | | |
| เล่นอย่างมีคุณภาพ [‡] | 445 | 315 | 70.8 | 130 | 29.2 | | | | |
| ไม่มีการเล่นกับเด็ก | 63 | 39 | 61.9 | 24 | 38.1 | | 1.5 | 0.86 | 2.58 |
| เล่นอย่างไม่มีคุณภาพ | 397 | 246 | 62.0 | 151 | 38.0 | | 1.5 | 1.12 | 1.98 |

‡ กลุ่มอ้างอิง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการรวมของเด็กปฐมวัยเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ พบว่า มี 6 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน การเล่นกับเด็ก น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัวของเด็ก และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ดังตารางที่ 3

ถ้าควบคุมการได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) การเล่นกับเด็ก น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัวเด็ก และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้เรียนหนังสือและไม่ทราบระดับการศึกษาจะเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี 3.3 เท่า

ถ้าควบคุมระดับการศึกษาของมารดา การเล่นกับเด็ก น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัวเด็ก และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กเกิดจากมารดาที่ได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) ระหว่างตั้งครรภ์ 1.4 เท่า ถ้าควบคุมระดับการศึกษาของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัวเด็ก และส่วน

สูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กที่ครอบครัวไม่มีการเล่นกับเด็กมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ครอบครัวมีการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ 2.2 เท่า และเด็กที่ครอบครัวมีการเล่นกับเด็กอย่างไม่มีคุณภาพมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ครอบครัวมีการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ 1.5 เท่า

ถ้าควบคุมระดับการศึกษาของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) การเล่นกับเด็ก โรคประจำตัวเด็ก และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ขึ้นไป 1.5 เท่า

ถ้าควบคุมระดับการศึกษาของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) การเล่นกับเด็ก น้ำหนักแรกเกิด และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า เด็กที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.4 เท่า

ถ้าควบคุมระดับการศึกษาของมารดา การได้รับยาธาตุเหล็กเสริมไอโอดีน (Obimin/Triferdine) การเล่นกับเด็ก น้ำหนักแรกเกิด และโรคประจำตัวเด็ก พบว่า เด็กเตี้ยจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่สูงตามเกณฑ์ 1.5 เท่า

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กเขตสุขภาพที่ 8 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการรวม | p-value* | OR | 95%CI OR | |
|-------------------------------------|----------|-----|----------|------|
| | | | LB | UB |
| ระดับการศึกษาของมารดา ¹ | 0.054 | | | |
| ไม่เรียน ไม่ทราบ | | 3.3 | 1.25 | 8.60 |
| ประถม มัธยม อนุปริญญา | | 1.3 | 0.79 | 2.26 |
| ยารักษาโรคเสริมไอโอดีน ² | 0.049 | | | |
| ไม่ได้รับยา ไม่ทราบ | | 1.4 | 1.00 | 1.83 |
| การเล่นกับเด็ก ³ | 0.005 | | | |
| ไม่มีการเล่นกับเด็ก | | 2.2 | 1.24 | 3.81 |
| เล่นอย่างไม่มีคุณภาพ | | 1.5 | 1.09 | 2.01 |
| น้ำหนักแรกเกิด ⁴ | 0.045 | | | |
| < 2,500 กรัม | | 1.5 | 1.01 | 2.53 |
| โรคประจำตัวเด็ก ⁵ | 0.002 | | | |
| มี | | 2.4 | 1.37 | 4.15 |
| ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ⁶ | 0.035 | | | |
| สูงกว่าเกณฑ์ | | 0.6 | 0.42 | 0.87 |
| ค่อนข้างสูง | | 1.2 | 0.65 | 2.20 |
| ค่อนข้างเตี้ย | | 1.1 | 0.49 | 2.10 |
| เตี้ย | | 1.5 | 0.75 | 2.84 |

^a Multiple Logistic Regression * p-value 0.05 – 0.10 ref ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

² ref ได้รับยา ³ ref เล่นอย่างมีคุณภาพ ⁴ ref > 2,500 กรัม ขึ้นไป ⁵ ref ไม่มี ⁶ ref สูงตามเกณฑ์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (Early ANC) เป็นเรื่องที่สำคัญ มาตรการเชิงรุกด้วยการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน

2. ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การวิจัยนี้พบร้อยละ 10.5 เป็นปัญหาเรื้อรังสำหรับประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 8 ดังนั้นในกระบวนการฝากครรภ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆอย่างจริงจัง ต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด

3. ผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก ดังนั้น จะทำอย่างไรให้ผู้ดูแลเด็ก มีศักยภาพในการดูแลเด็กให้มีคุณภาพ ซึ่งกรมอนามัยร่วมกับกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาหลักสูตรการจัดกิจกรรมเสริมสร้างไอคิวอีคิวเด็ก โดยยึดหลัก 2ก2ล “กิน กอด เล่น เล่า” ในการเลี้ยงดูเด็ก

4. เด็กได้รับยาน้ำธาตุเหล็กเพียง ร้อยละ 24.7 ดังนั้น สถานบริการระดับหน่วยบริการ

ปฐมภูมิทุกแห่ง ควรบริหารจัดการ ให้เด็กได้รับยาตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

พื้นที่เกษตรกรรม ซึ่งบิดาหรือมารดาไปทำงาน อาจต้องประสานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลเบื้องต้นบางส่วน แล้วให้ผู้ให้สัมภาษณ์นำมาในวันที่ตรวจพัฒนาการเด็ก พร้อมกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เอกสารอ้างอิง

1. Susan P Walker, Theodore DWachs, Julie MeeksGardner, Betsy Lozoff. Childdevelopment in developing countries 2: Child development: risk factor for adverse outcome in developing countries; 2007: 145-157.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี ; 2554.
3. ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2554. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ; 2554.
4. Plomin R Craig l. Human behavioral genetics of cognitive abilities and disabilities. Bioessays ; 1997,19 : 111-724.
5. Naoko et al. The associations of parity and maternal age with small-for gestational-age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health; 2013.
6. Karim Bougma, Frances E. Aboud, Kimberly B. Harding, Grace S. Marquis. Iodine and Mental Development of children 5 years Old and Under: A Systematic Review and Meta-Analysis Nutrients; 2013, 5 Issue 4.
7. American Academy of Pediatrics. Media and Children Educated Health of all children; 2014. [Online]. Available: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Pages/Media-and-Children.aspx>.
8. พนิด โล่เสถียรกิจ. เด็กพูดช้า. วารสารกุมารเวชศาสตร์; 2550, ปีที่ 26 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม.
9. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอวัศดาตระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการประเมินทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2556.

ผลของการพัฒนาตามหลักสูตรการจัดบริการฝากครรภ์ และคลินิกเด็กดีคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7

พรรณนภา แมตสถาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การจัดอบรมเรื่อง ผลของการพัฒนาตามหลักสูตรการจัดบริการฝากครรภ์และคลินิกเด็กดีคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ที่มารับบริการของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 ศึกษาระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากรในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ คลินิกเด็กดีคุณภาพ และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ โดยใช้แบบวัดความรู้และแบบสอบถามระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากรในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพก่อนและหลังอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้ร้อยละ 67.08 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน หลังการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 88.75 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.4 จากการติดตามหลังการอบรม 6 เดือน พบว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานและระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากรในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังการอบรม ที่สำคัญคือ การจัดสถานที่บริการให้เป็นสัดส่วนของการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ก่อนการอบรมปฏิบัติร้อยละ 74.4 หลังการอบรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.7 การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3 ครั้ง ก่อนการอบรมปฏิบัติร้อยละ 65.1 หลังการอบรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 95.2 การตรวจปัสสาวะด้วยMultiple dipstick ก่อนการอบรมปฏิบัติร้อยละ 51.2 หลังการอบรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.4 การจัดโรงเรียนพ่อแม่ ก่อนการอบรมปฏิบัติร้อยละ 66.7 หลังการอบรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.7 การกำหนดวันบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพอย่างน้อย2ครั้ง/เดือน ก่อนการอบรมปฏิบัติร้อยละ 76.2 หลังการอบรมปฏิบัติเพิ่มขึ้นร้อยละ 85.2 ระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากรในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ มีการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เกณฑ์เสี่ยงในระดับมาก-มากที่สุดก่อนการอบรมร้อยละ 89.1 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.8 ค่าเฉลี่ย 4.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.9 ระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากรในการดำเนินงานคลินิกเด็กดีคุณภาพ มีการปรับวันให้บริการเป็นอย่างน้อย

2 ครั้ง/เดือน ในระดับมาก-มากที่สุดก่อนการอบรมร้อยละ 50 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.8 ค่าเฉลี่ย 3.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดบริการฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ ได้แก่ จำนวนบุคลากรมีน้อย เครื่องมืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ทักษะของสามีและญาติ ยังคิดว่าเรื่องดูแลเด็กเป็นเรื่องของแม่ จึงไม่ค่อยมารับความรู้ในการดูแลแม่และ ข้อเสนอแนะควรมีการนิเทศติดตาม และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

บทนำ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของไทย พบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพของมารดา และเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีในหลายประเด็น ได้แก่ ปัญหาการขาดสารไอโอดีนคิดเป็นร้อยละ 49.4 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จำนวน ร้อยละ 12.3 อัตราการตั้งครรภ์ของแม่อายุ ต่ำกว่า 20 ปีร้อยละ 13.5 อัตราคู่สมรมีโอกาสมีบุตร เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงสูงร้อยละ 2.13 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนคิดเป็น อัตราส่วน 25.6: 1000 การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 8.7 อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกร้อยละ 6.8 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่ำกว่าร้อยละ 14.5 เด็กมีอัตรา ฟันผุร้อยละ 84.7 เด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย ทุกด้านร้อยละ 67.7

สถานการณ์แม่และเด็กของเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด พบว่าปัญหาสุขภาพของแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 7 ปัจจุบันด้านแม่คือ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 18.8 ขาดไอโอดีน ร้อยละ 65.9

ปัจจัยด้านเด็กคือทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.8 ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด 30.6 : การเกิดมีชีพพันคนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 59.5 ภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด TSH เกิน 11.2 มิลลิยูนิท/ลิตร ร้อยละ 6.8 (ศูนย์อนามัยที่ 6, 2556) จากการนิเทศ รพ.สต.ในเขตสุขภาพที่ 7 งานอนามัยแม่และเด็กของศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก มีสาเหตุจาก บุคลากรขาด ความรู้ขาดความเชี่ยวชาญและไม่ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งถึง ในการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพของมารดาและเด็ก มีความจำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขในเชิงระบบทั้งในเรื่องนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบบริการคุณภาพ การสร้างกระแสและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้ได้องค์ความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน การพัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้า ร่วมการประเมินโครงการ

จากข้อมูลที่ศึกษา พบว่า สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เกิดจาก

ความอ่อนคุณภาพการบริการด้านการสื่อสาร เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักในการเฝ้าระวัง สุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่ง เกิดจากความคับคั่งของจำนวนผู้รับบริการที่มี จำนวนมากและขาดการบริการเพื่อค้นหาความ เสี่ยงและการจัดการปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือ หญิงตั้งครรภ์และทารก การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้น แห่งการพัฒนาคุณภาพประชากร เริ่มตั้งแต่ อยู่ในครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดเป็น ไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งการที่มารดาและทารกจะปลอดภัยจาก การตั้งครรภ์นั้นขึ้นกับคุณภาพของการบริการ ที่ได้รับโดยองค์ประกอบคุณภาพการบริการ ที่สำคัญคือ ความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ทักษะความรู้ ความสามารถและความเข้าใจของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับคุณภาพบริการในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องดำเนินการตามรูปแบบคลินิกสุขภาพเด็ก มีคุณภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงและ พัฒนาการสมวัย

การดำเนินงานเรื่องคลินิกฝากครรภ์ คุณภาพและคลินิกเด็กมีคุณภาพได้ถูกกำหนด เป็นนโยบายระดับกระทรวงในการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กให้มีบริการในทุกระดับบริการ ของสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งอยู่ใกล้ชิด ประชาชนมากที่สุด

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น มีหน้าที่ในการ ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กของเขตบริการ

สุขภาพที่ 7 ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจำนวน 810 แห่ง เพื่อเป็นการเพิ่มพูน ศักยภาพด้านอนามัยแม่และเด็กของบุคลากร สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในส่วนที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมการ จัดบริการฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กมี คุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 ขึ้น เพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อ สุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ เรื่องการดูแล หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยที่มารับบริการของ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7

2) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการปฏิบัติ ของบุคลากรในการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพ และคลินิกเด็กดีคุณภาพ

3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ และ คลินิกเด็กดีคุณภาพ

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษ เฉพาะบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 ที่สำนักงาน สาธารณสุขแต่ละจังหวัดคัดเลือกจาก 1 อำเภอ เท่านั้นโดยให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่สังกัดอำเภอนั้น เนื่องจาก

มีงบประมาณจำกัดเพื่อให้ได้ตัวแทนของจังหวัด
ในการศึกษา ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 49 คน
วิธีการดำเนินงาน

1) เตรียมจัดทำหลักสูตรร่วมกับสูติแพทย์
กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำ คลินิก
ฝากครรภ์ คลินิกตรวจสุขภาพเด็ก นักวิชาการ
สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก
เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดบริการตามรูปแบบ
มาตรฐานของการจัดคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ
และคลินิกเด็กดีคุณภาพ ได้เนื้อหาการอบรม
หลักสูตร 3 วัน เนื้อหาประกอบด้วย การฝาก
ครรภ์คุณภาพตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก
ภาวะเสี่ยงสูงของหญิงตั้งครรภ์และการดูแลเบื้องต้น
การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝาก
ครรภ์ มาตรฐานคลินิกเด็กดีคุณภาพ การดำเนิน
งานโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกเด็กดีคุณภาพ ปัญหา
สุขภาพเด็กที่พบบ่อยและการดูแลเบื้องต้น การ
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางแก้ไข
ปัญหา การให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์และเด็ก
การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และ IQ/
EQ เด็ก แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานคลินิก
ฝากครรภ์และคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีของโรง
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด
คัดเลือกบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 ที่สำนักงาน
สาธารณสุขแต่ละจังหวัดคัดเลือกจาก 1 อำเภอ
เท่านั้นโดยให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลที่สังกัดอำเภอนั้น เนื่องจากมีงบ
ประมาณจำกัดเพื่อให้ได้ตัวแทนของจังหวัด
ในการศึกษา

3) จัดอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้น
โดยก่อนการอบรมมีการทดสอบความรู้ด้านการ
ดูแลหญิงตั้งครรภ์และการส่งเสริมสุขภาพเด็ก
ของผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งขณะวิทยากรจัดทำขึ้น
เพื่อทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้
เข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ และใช้แบบสอบถาม
เพื่อประเมินระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานใน
การจัดบริการฝากครรภ์และคลินิกตรวจสุขภาพ
เด็กดีของผู้เข้ารับการอบรมก่อนการอบรมครั้งนี้

4) ติดตามเยี่ยมหลังการอบรม 6 เดือน
และสอบถามโดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับ
สมรรถนะการปฏิบัติงานในการจัดบริการฝาก
ครรภ์และคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีของผู้เข้า
รับการอบรมชุดเดียวกับที่สอบถามก่อนการ
อบรม โดยสุ่มเยี่ยมจังหวัดละ 1 แห่ง ที่เหลือส่ง
แบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ผู้ผ่านอบรมตอบ
กลับ เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด

5) เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจาก
แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับสมรรถนะการ
ปฏิบัติงานในการจัดบริการฝากครรภ์และคลินิก
ตรวจสุขภาพเด็กดีของผู้เข้ารับการอบรมก่อน
และหลังอบรม 6 เดือน

6) สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

7) จัดทำรายงานและเผยแพร่

ผลการศึกษา

ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้ ร้อยละ
67.08 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน หลัง
อบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น ร้อยละ
88.75 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.4 มีความเห็นว่า ความรู้
สามารถนำไปปฏิบัติในการทำงานได้ ร้อยละ
91.67 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.6 ความพึงพอใจต่อการ

จัดอบรมภาพรวม ร้อยละ 91.25 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.6 ความพึงพอใจต่อวิทยากร เฉลี่ยร้อยละ 90.58

จากการติดตามหลังการอบรม 6 เดือน พบว่า การปฏิบัติตามกิจกรรมมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากร ในการจัดบริการฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ มีการเพิ่มขึ้นหลายกิจกรรม โดยพบว่า การจัดการบริการฝากครรภ์คุณภาพมีผลดีในเรื่อง ระดับสมรรถนะการปฏิบัติ เรื่องการจัดสถานที่ให้บริการในระดับมาก – มากที่สุด ก่อนการอบรมร้อยละ 50 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.5 ค่าเฉลี่ย 3.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 การให้บริการตรวจปัสสาวะในระดับมาก – มากที่สุด ก่อนการอบรมร้อยละ 58.3 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.5 ค่าเฉลี่ย 3.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1 ให้ความสนใจประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3 ครั้ง เพิ่มขึ้นในระดับมาก – มากที่สุด ก่อนการอบรมร้อยละ 37.1 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.05 ค่าเฉลี่ย 3.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 ประเมินภาระเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้เกณฑ์เสี่ยงในระดับมาก – มากที่สุดร้อยละ 89.1 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.8 ค่าเฉลี่ย 4.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.9 การจัดคลินิกเด็กดีคุณภาพ พบว่า กำหนดวันให้บริการอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในระดับมาก – มากที่สุดก่อนการอบรมร้อยละ 50 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.5 ค่าเฉลี่ย 3.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8 จัดให้มีมุมส่งเสริมโภชนาการทันตสุขภาพและพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับมาก – มากที่สุด ก่อนการอบรมร้อยละ 38.5 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น

ร้อยละ 64.3 ค่าเฉลี่ย 3.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2 จัดทำชุดประเมินพัฒนาเด็กในระดับก่อนการอบรมร้อยละ 52.5 หลังการอบรมร้อยละ 71.4 ค่าเฉลี่ย 4.0 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2 จัดให้มีสถานที่ให้ความรู้พ่อแม่ในระดับมาก – มากที่สุด ก่อนการอบรมร้อยละ 35.0 หลังการอบรมร้อยละ 66.7 ค่าเฉลี่ย 3.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1 จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เด็ก 6 เดือน – 3 ปี ทุกราย ปฏิบัติระดับมาก – มากที่สุดก่อนอบรมร้อยละ 0.0 หลังการอบรม 71.0 ค่าเฉลี่ย 2.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.0 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจัดบริการฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพ ได้แก่ จำนวนบุคลากรมีน้อย เครื่องมืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ทัศนคติของสามีและญาติ ยังคิดว่าเรื่องดูแลเด็กเป็นเรื่องของแม่ จึงไม่ค่อยมารับความรู้ในการดูแลแม่และเด็ก ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานสถานที่บริการเหมาะสม ความรู้ ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงาน หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ มีความตระหนัก ทำให้มีการเข้าถึงบริการอัตราการฝากครรภ์ <12 สัปดาห์เพิ่มมากขึ้น การทำงานเป็นทีม การให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามาช่วย บุคลากรเพียงพอ มีอุปกรณ์ในการบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดีครบถ้วน ของเล่น นิทาน ชุดตรวจพัฒนาการเด็ก การมีเครือข่ายในชุมชนที่เข้มแข็งช่วยในการติดตามประสานงาน มีการอบรมบุคลากรและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในเรื่องวิชาการและเทคนิคบริการ มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ MCH Board ทุกเดือน มีการศึกษา

ดูงาน รพ.สต. ต้นแบบ และนำมาพัฒนาตนเอง ผู้บริการเห็นความสำคัญเชิงนโยบาย สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ข้อเสนอแนะต้องการให้ผู้นิเทศ งานติดตามการดำเนินงานและชี้แนะ แนวทาง ในการปฏิบัติทุก รพ.สต. ควรจัดอบรมทุกปี เพื่อ ฟื้นฟูความรู้ผู้ปฏิบัติงาน สิ่งที่ต้องการสนับสนุน จากศูนย์อนามัยที่ 6 ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ ของเจ้าหน้าที่อยู่เสมอ การติดตามนิเทศงานเพื่อ ประเมินผลการปฏิบัติอยู่เสมอ เพื่อความต่อเนื่อง อุปกรณ์ สื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เช่น ชุดตรวจพัฒนาการเด็กที่ได้มาตรฐาน มี คุณภาพ, หนังสือนิทานของเล่น วิทยากรให้ความรู้ คู่มือปฏิบัติงาน E – Chart ตรวจวัดสายตา ขวัญ กำลังใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการอบรม บุคลากรมีความรู้และ ระดับสมรรถนะในการปฏิบัติในการดำเนินงาน ฝากครรภ์คุณภาพและคลินิกเด็กดีคุณภาพเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความมั่นใจ และมี ศักยภาพในการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อ การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กให้มีภาวะ สุขภาพดี เด็กมีพัฒนาการสมวัยต่อไป และมี ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าอบรม เห็นว่าควรมีการจัดอบรมหลักสูตรนี้ให้ครอบคลุมโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งเพื่อจะได้มีความรู้ ในการดำเนินงานมากขึ้น และควรมีการติดตาม เยี่ยมในสถานบริการทุกแห่ง เพื่อให้ข้อเสนอแนะ ในการทำงานและสร้างขวัญกำลังใจให้บุคลากร ด้วย ดังนั้นจึงเป็นโอกาสพัฒนาของศูนย์อนามัย ในการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มแม่และเด็กต่อไป

กิตติกรรมประกาศ การศึกษาเรื่อง ผล ของการพัฒนาตามหลักสูตรการจัดบริการฝาก ครรภ์และคลินิกเด็กดีคุณภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ 7 นี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์ อนามัยที่ 6 ที่ได้จัดสรรงบประมาณที่ได้รับ จากสภาการวิจัยแห่งชาติมาให้ผู้ศึกษาดำเนิน การพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเล็งเห็นว่าเป็นหน่วยบริการสาธารณสุข ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายที่สุด เพราะอยู่ใกล้ประชาชน ขอขอบพระคุณนาย แพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ อดีตผู้อำนวยการศูนย์ อนามัยที่ 6 ที่อนุมัติให้จัดทำโครงการนี้

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์ ประสิทธิ์ สัจจพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ที่ 6 นายแพทย์เรืองกิตติ ศิริกาญจนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้ การสนับสนุนและอนุมัติเวลาในการดำเนินงาน ขอขอบคุณนางพงศ์สุรางค์ เสนิงวงศ์ ณ อยู่ธยา หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย นางคงขจร ประวีติ นางกรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์ นางอิสรา เปรินทร์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มบริหาร ยุทธศาสตร์และการวิจัยที่ให้คำแนะนำและช่วย เหลือในการจัดอบรมและวิเคราะห์ข้อมูล ขอ ขอบคุณบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน การเข้ารับการอบรมและตอบแบบสอบถามครั้ง นี้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานใน การพัฒนางานบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กต่อไป

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอขอบคุณทีมกลุ่มการพยาบาล เป็นกำลังใจช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จ
เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและ ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย ยุทธศาสตร์พัฒนามaternaแม่และเด็ก ปี 2553-2556. ค้นเมื่อ 4 มกราคม 2557, จาก<http://www.anamai.moph.go.th/download/download/Miracle01.ppt>, 2553.
2. กรมอนามัย การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 3 นมแม่: ความท้าทายของสังคมไทย ยุคใหม่. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3. กรมอนามัย ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2555. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
4. กรมอนามัย ระบบรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว.ข้อมูลรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวประจำปีงบประมาณ2556.นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
5. นิรัตน์ อิมามี การประเมินผลโครงการ/แผนงาน.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, 2537.
6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ระบบรายงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว2556.ขอนแก่น: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2556.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ประจำปี 2553.
8. สรวุฒิ บุญสุข, สุขจริง ว่องเดชากุล และศิริกุล อิศรานุรักษ์, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติการคลินิกสุขภาพเด็กดี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2555.
9. Cunningham, F. G .and athers “The Puerperium”. William obstetrics (23rd ed.). New York: McGraw-Hill, 2010.
10. Lumbiganon, P. and athers.(2004). The example of antenatal care in Thailand . the International Journal of Public Health 2004; 82(10):746-749.
11. Villar,J. and athers.(2001). Who antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001; 357: 1551 – 1556.

**การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย**
The Participation of Sub-district Health Promotion
Hospital Board in Sub-district Health Promotion
Hospital Management, Nong Khai Province

สถิต พูลเพิ่ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดหนองคายเป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่สนับสนุนต่อการมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและหาแนวทางที่เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย จำนวน 290 คนโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างในการจัดสนทนากลุ่มคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม แห่งละ 10 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556-31 พฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Moment Correlation Coefficient) และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ส่วนการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลเพศชายและเพศหญิงมีส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.96 และ 51.04 ตามลำดับ) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 38.54) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.71) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34.30) รายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 50.00) ประสบการณ์ทำงาน

พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.86) สถานภาพในคณะกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นผู้แทน อสม. (ร้อยละ 22.30) ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.36) ปัจจัยสนับสนุน ทั้ง 5 ด้าน พบว่า ด้านการรับรู้บทบาทคณะกรรมการด้านการมีภาวะผู้นำของคณะกรรมการด้านเจตคติของคณะกรรมการด้านแรงจูงใจของคณะกรรมการ และด้านการติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.644$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.465$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.434$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.671$ $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.550$ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย คือแรงจูงใจของคณะกรรมการ ($p\text{-value} < 0.001$) การติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการ ($p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้บทบาทคณะกรรมการ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 56.70

ข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่จะต้องส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ เช่น เปิดโอกาสให้คณะกรรมการได้ร่วมคิดตัดสินใจ ให้ข้อเสนอแนะ ร่วมดำเนินการเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีวิธีการสื่อสารกับคณะกรรมการ ที่มีรูปแบบชัดเจน และต่อเนื่องเปิดโอกาสให้คณะกรรมการได้แสดงบทบาทเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

The research in participation of sub-district health promotion hospital board in sub-district health promotion hospital management, Nong Khai Province. This research were the mixed method by a cross-sectional with qualitative research. The purpose of this study to determine the level of participation, the factor of participation, the recommended and finding the solution to participate in the sub-district health promotion hospital board. The sample used in this study were that sub-district health promotion hospital board, Nong Khai Province 290 were randomly

assigned to a multi-stage. The sample focus group selected by purposive sampling, between January 1, 2013- May 31, 2013. Data were collected by a questionnaire and focus group discussion. Analyzed using descriptive statistics, Pearson moment correlation coefficient, multiple regression and the focus group by content analysis.

The study found that males and females have similar proportions (males 48.96 %, females 51.04 %) , finishing in secondary schools education 42.71%, income per month less than 10,000 baht (50.00 percent) , years of working period 1-5 years 29.86%, Most of status on the board are village health volunteers 22.30%. The participation level of sub-district health promotion hospital board was performed at moderate level (\bar{X} =3.50, S.D.=0.36). As for the relationship was also found that role perceptions, leadership, attitude, motivation, the communications were significantly related to the level of participation ($r = 0.644$ p-value <0.001, $r = 0.465$ p-value <0.001, $r = 0.434$ p-value <0.001, $r = 0.671$ p-value <0.001, $r = 0.550$ p-value <0.001). The factors that motivation, communications, role perception were able to predict the participation of sub-district health promotion hospital board in sub-district health promotion hospital management, Nong Khai Province at 56.70 percent.

The suggestion from this study was that director of sub-district health promotion hospital and staff to promote and encourage the participation of the board as an opportunity for the board made a decision. Give feedback increasing co-operation as well as a way to communicate with the board with a clear and ongoing opportunity for the board have expressed increasing role.

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยคาดหวังว่าจะได้เห็นระบบสุขภาพของไทยเปลี่ยนแปลงจากสภาพปัจจุบันโดยที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันโดยทั่วหน้า ไม่ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจหรือทางสังคม ผู้ป่วยจะได้รับบริการที่สะดวกมีคุณภาพและได้รับการดูแลเอาใจใส่ตั้งญาติมิตร เป็นการบริหารทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อม

สุขภาพ การจะปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันให้เป็นระบบที่มีคุณลักษณะตามที่คาดหวังไว้ จึงมีความจำเป็นต้องจัดระเบียบสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีการพัฒนามาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ให้บริการรับใช้ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลบรรเทาความเจ็บป่วยจากโรค การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่เดิมระบบสุขภาพเป็นแบบตั้งรับคือรอให้ป่วยแล้วจึงทำการรักษาในภายหลัง

ทำให้เกิดการล้มตายและความสูญเสียต่อชีวิต และทรัพย์สินของประชาชน แต่ปัจจุบันกระแสด้านการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ เริ่มเปลี่ยนเป็นรูปธรรมมากขึ้น⁽¹²⁾

จากการปฏิรูประบบสุขภาพดังกล่าว ในปี 2552 มีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนด้านโครงสร้างการพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเร่งดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรังประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีการพัฒนาในสาขาต่างๆ ตลอดจนภาคเอกชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจสร้างแรงจูงใจและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขโดยยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและเอกชน⁽⁵⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญ โดยจัดระบบการทำงานที่มุ่งเน้นภารกิจได้แก่ด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมโรคด้านการฟื้นฟูสภาพและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคโดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่เป็นด้านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบลหมู่บ้าน

ชุมชนและพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพมากขึ้นที่สำคัญคือให้ประชาชนและผู้บริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและมุ่งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมา ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบคณะกรรมการชุดนี้จะเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการทำงานแบบมีส่วนร่วม หากขาดการมีส่วนร่วมแล้วจะทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่บรรลุเป้าหมาย

ในปัจจุบัน การพัฒนาองค์กร การดำเนินงานโครงการ หรือกิจกรรมใดๆ ต้องอาศัยความร่วมมือ หรือการมีส่วนร่วมทั้งจากภายในและภายนอก ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมต่างๆ⁽⁸⁾ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีความสำคัญยิ่งในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งคณะกรรมการจะต้องนำความรู้ ความสามารถมาใช้ในการบริหารจัดการ ตลอดจนกล้าแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจด้วยเหตุผล มีความเสียสละในการมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดขององค์กร ดังนั้นการมีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้เกิดประโยชน์ที่หลากหลายทั้งด้านตัวบุคคลสังคม

ชุมชนและหน่วยงาน องค์กรต่างๆจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงเรียน สถานือนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน มีส่วนร่วมน้อย เหตุผลสำคัญคือความคิดและความรู้สึกของประชาชนเองว่ามีใช่บทบาทหน้าที่ที่บัญญัติไว้ เป็นข้อกำหนดที่เขาต้องกระทำดังเช่น การศึกษาของชฎาภรณ์ เตเวสุข⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเทพารักษ์ จังหวัดสมุทรปราการพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนยังอยู่ในระดับน้อย และการศึกษาของสิริพัฒน์ลาภจิตร⁽¹³⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก็พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการตรวจสอบการดำเนินงานของอบต. อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเช่นกัน

สำหรับจังหวัดหนองคาย มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 74 แห่ง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงที่เป็นสถานือนามัย พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ มีหลายกิจกรรมที่ไม่ประสบความสำเร็จ ความพึงพอใจของประชาชนอยู่ในระดับต่ำ และเกิดข้อร้องเรียนต่างๆ ตามมา เนื่องจากยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริง อีกส่วนหนึ่งประชาชนยังคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สถานือนามัยต้องดำเนินการเองซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า จากการที่นโยบาย

รัฐบาลได้ยกระดับสถานือนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภารกิจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น มุ่งเน้นให้การทำงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งหวังว่าคณะกรรมการบริหารหรือคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น ด้วยเหตุผลที่แสดงความสำคัญและจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนการดำเนินการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้คณะกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะและแนวทางที่เหมาะสมต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. ในพื้นที่จังหวัดหนองคายใช้วิธีการวิจัยแบบผสม(Mixed Method) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทำการศึกษาแบบ

ภาคตัดขวาง(Cross Sectional Survey) โดยวิธีการสำรวจร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่สนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางที่เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. จังหวัดหนองคาย ซึ่งมีจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด 74 แห่ง คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ประกอบด้วย ภาคส่วนต่างๆ คือ ภาครัฐภาคท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาคประชาชน แห่งละ 15 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,110 คน

2. กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. จังหวัดหนองคายปี 2556 ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐผู้แทนภาคท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนภาคประชาชนจำนวน 290 คน และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. โดยการเลือกตัวอย่างแบบหลายมิติ (Dimensional Sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับแนวคิดจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ครอบคลุมความหลากหลายในประชากรได้มากที่สุด (10) จึงใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.3 แห่งๆ ละ 10 คนเพื่อดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.จังหวัดหนองคาย
2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นสนทนาและซักซ้อมความเข้าใจการจัดสนทนา เตรียมประเด็นการสนทนาเพื่อให้ได้ประเด็นสนทนาที่ตรงตามข้อวัตถุประสงค์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมและระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. สถิติเชิงอนุมานใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. โดยการใช้สถิติ Pearson Moment Correlation Coefficient และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการ**
การศึกษาครั้งนี้คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.96 และ 51.04 ตามลำดับ) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี

(ร้อยละ 38.54) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.71) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34.30) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 50.00) ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.86) สถานภาพในคณะกรรมการ ส่วนใหญ่เป็นผู้แทน อสม. (ร้อยละ 22.30)

2. ปัจจัยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ

2.1 ด้านการรับรู้บทบาทคณะกรรมการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการรับรู้บทบาทที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการประชาสัมพันธ์กิจกรรมของ รพ.สต. ให้ประชาชนและชุมชนได้รับทราบมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.=0.73) รองลงมาคือการส่งเสริมและสนับสนุนให้ รพ.สต. เข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนการวางแผนพัฒนา รพ.สต. ให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนและการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานอื่นเห็นความสำคัญของ รพ.สต. มีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.73) , 3.89 (S.D.=0.71) และ 3.89 (S.D.=0.73) ตามลำดับ

2.2 ด้านการมีภาวะผู้นำของคณะกรรมการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะผู้นำอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D.=0.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการมีภาวะผู้นำที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ คณะกรรมการเน้นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัวมีภาวะ

ผู้นำอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D.=0.72) รองลงมาคือการยอมรับฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการคนอื่นๆการให้เกียรติและยกย่องคณะกรรมการคนอื่นๆ เสมอ และความภาคภูมิใจ ของคณะกรรมการ เมื่อได้แสดงความคิดเห็นในการพัฒนา รพ.สต. มีการมีภาวะผู้นำอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.=0.65) , 4.15 (S.D.=0.69) และ 4.14 (S.D.=0.69) ตามลำดับ

2.3 ด้านเจตคติของคณะกรรมการ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการมีเจตคติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข มีความสำคัญต่อสุขภาพประชาชน มีเจตคติอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D.=0.71) รองลงมาคือการพัฒนา รพ.สต. ให้มีคุณภาพ ต้องมีคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนโดยการทำงานแบบมีส่วนร่วม การร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ในวาระต่อไปด้วยความเต็มใจ และการร่วมมือกันในการทำงานจะเป็นตัวช่วยเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการพัฒนา รพ.สต. ให้ดียิ่งขึ้น มีเจตคติอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.29 (S.D.=0.74) , 4.24 (S.D.=0.68) และ 4.24 (S.D.=0.75)

2.4 ด้านแรงจูงใจของคณะกรรมการ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างการมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการมีแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผอ.รพ.สต. ให้ความไว้วางใจ ในคณะกรรมการมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.=0.70) รองลงมาคือการใช้ความ

สุขใจในการร่วมเป็นคณะกรรมการประชาชน ชุมชน ให้ความเคารพและเชื่อถือในการเป็น คณะกรรมการ และการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ที่จะปรับปรุงและพัฒนางานให้มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าเดิมอยู่เสมอ มีแรงจูงใจ อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D.=0.67), 3.99 (S.D.=0.68) และ 3.97 (S.D.=0.69) ตามลำดับ

2.5 ด้านการติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.45 (S.D.=0.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า คณะกรรมการรับทราบนโยบาย และแผนการดำเนินงาน ของ รพ.สต.มีการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.71) รองลงมา คือ ผอ.รพ.สต. เป็นผู้ชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนา รพ.สต. ให้ทราบโดยทั่วกันการแจ้งข่าวสารกิจกรรมของ รพ.สต. มีหลายช่องทาง และรพ.สต. มีการติดต่อสื่อสาร แจ้งข้อมูลต่างๆ ไปยังคณะกรรมการ อย่างสม่ำเสมอมีการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.74), 3.57 (S.D.=0.70) และ มีการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง 3.50 (S.D.=0.66) ตามลำดับ

3. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ

3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคณะกรรมการผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41 (S.D.=0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การมีส่วนร่วมในการประชุม/ประชาคมเพื่อค้นหาปัญหาสาธารณสุขของ รพ.สต.มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ใน

ระดับมากค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.=0.81) รองลงมา คือการได้ร่วมและแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขการมีส่วนร่วมเสนอ ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจัดการ รพ.สต. และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา การจัดบริการของชุมชนมีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.78), 3.45 (S.D.=0.81) และ 3.44 (S.D.=0.82) ตามลำดับ

3.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการของคณะกรรมการผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D.=0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมหรือคณะกรรมการในการดำเนินงานตามแผนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ รพ.สต. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.=0.76) รองลงมา คือการร่วมจัดกิจกรรมหรือเข้าร่วมในกิจกรรมโครงการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ รพ.สต.การให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรมตามแผน หรือนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพของ รพ.สต.และการได้เข้าร่วมการประชุมชี้แจงแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ รพ.สต.ให้แก่คณะทำงานหรือประชาชนในชุมชนได้รับทราบ มีการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.81), 3.59 (S.D.=0.79) และ 3.51 (S.D.=0.77) ตามลำดับ

3.3 การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ของคณะกรรมการการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการจัดการคุณภาพบริการของ รพ.สต. ในพื้นที่หมู่บ้านขอทำให้ตัวคณะกรรมการเอง/ครอบครัวและประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและมีความเท่าเทียมกันในสังคมมากยิ่งขึ้นมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.68) รองลงมาคือการมีความพึงพอใจในบริการด้านสุขภาพของ รพ.สต. ที่รับผิดชอบพื้นที่หมู่บ้านมีบทบาท/หน้าที่ในสังคมหรือได้รับการยอมรับจากสังคมหรือการได้รับความเคารพนับถือจากประชาชนทั่วไปในชุมชนมากขึ้น และการจัดการคุณภาพบริการของ รพ.สต. ในพื้นที่หมู่บ้านของท่านทำให้ตัวคณะกรรมการเอง/ครอบครัวและประชาชนในชุมชนลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น มีการมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.73), 3.79 (S.D.=0.66) และ 3.78 (S.D.=0.68)

3.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของคณะกรรมการผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.=0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีการมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าในการดำเนินการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมของ

แผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมีการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.66) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการรายงานผลการดำเนินงาน/โครงการที่จัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของ รพ.สต. การได้แสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงโครงการ/แผนงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขมีการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลอยู่ในมากมีค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.65) ระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.62) และ 3.40 (S.D.=0.66) ตามลำดับ

3.5 การมีส่วนร่วมภาพรวมของคณะกรรมการผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีการมีส่วนร่วมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.43) รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D.=0.45), 3.43 (S.D.=0.43) และ 3.41 (S.D.=0.49) ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

| การมีส่วนร่วม | \bar{X} | S.D. | แปลผล |
|--|-----------|------|---------|
| 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ | 3.41 | 0.49 | ปานกลาง |
| 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ | 3.48 | 0.45 | ปานกลาง |
| 3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ | 3.70 | 0.43 | มาก |
| 4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล | 3.43 | 0.43 | ปานกลาง |
| ภาพรวมการมีส่วนร่วม | 3.50 | 0.36 | ปานกลาง |

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยสนับสนุนด้านการรับรู้บทบาทคณะกรรมการด้านการมีภาวะผู้นำของคณะกรรมการ ด้านเจตคติของคณะกรรมการ ด้านแรงจูงใจของคณะกรรมการ ด้านการติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการมีความ

สัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.644$ p-value <0.001 , $r = 0.465$ p-value <0.001 , $r = 0.434$ p-value <0.001 , $r = 0.671$ p-value <0.001 , $r = 0.550$ p-value <0.001 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย

| ตัวแปร | การมีส่วนร่วมภาพรวมของคณะกรรมการ | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------|
| | r | p-value | แปลผล |
| ปัจจัยสนับสนุน | | | |
| ด้านการรับรู้บทบาทคณะกรรมการ | 0.644** | <0.001 | มีความสัมพันธ์ปานกลาง |
| ด้านการมีภาวะผู้นำของคณะกรรมการ | 0.465** | <0.001 | มีความสัมพันธ์ปานกลาง |
| ด้านเจตคติของคณะกรรมการ | 0.434** | <0.001 | มีความสัมพันธ์ปานกลาง |
| ด้านแรงจูงใจของคณะกรรมการ | 0.671** | <0.001 | มีความสัมพันธ์ปานกลาง |
| ด้านการติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการ | 0.550** | <0.001 | มีความสัมพันธ์ปานกลาง |

*. Correlation is significant at the 0.05 level

** . Correlation is significant at the 0.01level

5. ปัจจัยที่พยากรณ์การมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่าแรงจูงใจของคณะกรรมการ การติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการ และการรับรู้บทบาทคณะกรรมการ สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F=123.929$, $p\text{-value}<0.001$) โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ได้ร้อยละ 56.70 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (S.E.est) 0.23872387 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

และคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y = 1.012 + 0.255 (\text{แรงจูงใจของคณะกรรมการ}) + 0.251 (\text{การติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการ}) + 0.162 (\text{การรับรู้บทบาทคณะกรรมการ})$$

สมการรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.373 (\text{แรงจูงใจของคณะกรรมการ}) + 0.281 (\text{การติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการ}) + 0.252 (\text{การรับรู้บทบาทคณะกรรมการ})$$

ตารางที่ 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย

| ตัวแปร | B | Beta | t | p-value | R | R ² |
|------------------|-------|-------|-------|---------|-------|----------------|
| แรงจูงใจ | 0.255 | 0.373 | 6.587 | <0.001 | 0.671 | 0.450 |
| การติดต่อสื่อสาร | 0.251 | 0.281 | 6.366 | <0.001 | 0.733 | 0.538 |
| การรับรู้บทบาท | 0.162 | 0.252 | 4.386 | <0.001 | 0.753 | 0.567 |

ค่าคงที่ = 1.012, S.E.est = 0.2387, $F=123.929$, $p\text{-value}<0.001$

6. ด้านปัญหาอุปสรรค

6.1 ปัญหาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ผอ.รพ.สต. ยังขาดความชัดเจนในการกระตุ้น ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ให้มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่อย่างจริงจัง ตลอดจนการเปิดโอกาสให้คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ได้แสดงบทบาทยังไม่มากนัก อีกทั้งมีการติดต่อสื่อสารกันระหว่างคณะกรรมการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่อนข้างน้อยเช่นกัน การประชุมคณะกรรมการไม่สม่ำเสมอ

6.2 ปัญหาของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. บางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาทและวิธีการเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างที่ควรจะเป็น ขาดความรู้ความเข้าใจใน หลักการมีส่วนร่วม และไม่รู้บทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะต้องปฏิบัติ อีกทั้งมีความแตกต่างของการประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาไม่เพียงพอในการมีส่วนร่วม คณะกรรมการเกรงใจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและไม่กล้าแสดงความคิดเห็นความรู้สึกหรือทัศนคติของ

คณะกรรมการบางส่วนที่คิดว่าภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเรื่องของราชการที่ไม่สามารถเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือมีส่วนร่วมได้มากนักเนื่องจากมีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอถึงระดับที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

7. ด้านแนวทางที่เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ

7.1 ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ ต้องมีบทบาทในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ โดยให้มีการประสานงาน การติดต่อสื่อสาร กับคณะกรรมการให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ได้แก่ การใช้หนังสือราชการในการติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการ มีการประชุมคณะกรรมการเป็นประจำสม่ำเสมอ

7.2 ด้านคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านข้อเสนอแนะและแนวทางที่เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.พบว่าคณะกรรมการส่วนใหญ่เสนอแนะให้ ควรมีการฝึกอบรมคณะกรรมการให้มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่อีกทั้งคณะกรรมการต้องกล้าแสดงความคิดเห็นมีความรับผิดชอบ เสียสละให้ความสำคัญ ต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อภิปรายผล

1. ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการโดยภาพรวมผลการศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วม

ของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. ในภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.36) ซึ่งประกอบไปด้วยด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านการมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล แสดงว่าคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.มีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่ยังไม่สูงมากนัก คือระดับปานกลางทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคณะกรรมการพัฒนารพ.สต. เห็นว่าภารกิจต่างๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ ทำให้โอกาสของคณะกรรมการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมยังไม่เต็มที่นัก และจากการจัดสนทนากลุ่มยังพบว่าการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับคณะกรรมการยังไม่ต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียน ดามัง⁽³⁾ ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในการบริหารงานสถานศึกษาสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาสุโขทัย เขต 2 อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่าการมีส่วนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของทานตะวัน อินทร์จันทร์⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเทศบาลเมืองลำพูน พบว่าการมีส่วนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการมีส่วนร่วม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทกับการมีส่วนร่วมผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.644$,

p-value <0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการนั้น จะส่งผลให้คณะกรรมการสามารถแสดงพฤติกรรมในบทบาทหน้าที่ ไปตามการรับรู้ เพราะการรับรู้ของของบุคคลจะแตกต่างกัน ถ้าบุคคลนั้นมีคุณสมบัติภายในตัวเองที่แตกต่างกัน และได้รับประสบการณ์จากภายนอก เช่น คำแนะนำ การมีปฏิสัมพันธ์ การอบรมสั่งสอนที่แตกต่างกัน และตอบสนองออกมาในรูปของพฤติกรรมตามการรับรู้ โดยแสดงออกเป็นการกระทำ ตามความนึกคิดหรือแนวคิดของแต่ละบุคคล การรับรู้เป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรมบุคคล การที่คณะกรรมการจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กำหนดนั้น มากหรือน้อย ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งจึงอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนเป็นสำคัญ⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อานาจ งามยิ่งยวด⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษารับรู้บทบาทของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดราชบุรี พบว่า คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานมีการรับรู้บทบาทของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับมาก

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วมผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.465$, p-value <0.001) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคณะกรรมการแสดงออกถึงความสามารถในการสื่อสาร การตั้งใจ หรือการโน้มน้าวใจ ให้ผู้ร่วมงานหรือร่วมกิจกรรม มีความร่วมมือร่วมใจที่ดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการพัฒนากระบวนการ

ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำ กล่าวคือคณะกรรมการมีภาวะผู้นำก็จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการดำเนินกิจกรรมที่กำหนดขององค์กรมากเช่นกัน⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริวงศาสุวรรณ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะผู้นำของผู้บริหารที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรสาคร พบว่า ภาวะผู้นำมีผลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการมีส่วนร่วมผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.434$, p-value <0.001) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าถ้าคนมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ก็จะทำให้พร้อมที่จะตัดสินใจในการทำงานหรือดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ได้เป็นอย่างดีหรือกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดย่อมส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานหรือร่วมกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเช่นกัน ดังนั้นเจตคติของคณะกรรมการ จึงมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นความเชื่อ ความศรัทธา ความรู้สึกและความพร้อมที่จะเข้าร่วมในกิจกรรม หรือกระบวนการใดๆ ของบุคคล ถ้าคณะกรรมการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องนั้นๆ แล้วก็จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในเรื่องนั้นๆ มากขึ้น และผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่า การที่คนเราจะตัดสินใจอย่างไรอย่างหนึ่งในการทำงาน หรือดำเนินกิจกรรม

โดยส่วนใหญ่แล้วจะขึ้นอยู่กับเจตคติต่อเรื่องนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรรุ่ง อยู่เจริญ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครู สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเจตคติ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.671$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าแรงจูงใจเป็นตัวแปรที่สำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานเพิ่มมากขึ้นหากได้รับการจูงใจที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของบุคคล⁽¹¹⁾ นอกจากนี้แรงจูงใจจะเป็นแรงผลักดัน ให้แต่ละบุคคลกระทำพฤติกรรม เช่น ความต้องการความผูกพัน การยอมรับ ความต้องการได้รับการยกย่อง กล่าวคือเมื่อคณะกรรมการมีแรงจูงใจก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงานเช่นกันดังนั้นแรงจูงใจคณะกรรมการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของเนตรรุ่ง อยู่เจริญ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครู สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าแรงจูงใจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการติดต่อสื่อสารกับการมีส่วนร่วมผลการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.550$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าองค์กรที่มีการสื่อสาร หรือติดต่อสื่อสารที่ดี สามารถที่จะสร้างความรู้ ความเข้าใจ กับผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร ทำให้มีการตอบสนองต่อการดำเนินงาน หรือกิจกรรมขององค์กร ตามที่มุ่งหวังดังนั้นการติดต่อสื่อสารของคณะกรรมการสามารถที่จะสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่กำหนดได้โดยการแจ้งข้อมูล ข่าวสาร นโยบาย คำสั่ง หนังสือเวียน ตลอดจนรายงานต่างๆ ขององค์กร เพื่อสื่อสาร ไปยังคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทำให้มีการรับทราบข้อมูลต่างๆ เกิดความรู้ ความเข้าใจ เป็นผลให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของเนตรรุ่ง อยู่เจริญ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาของครู สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการประสานงานและติดต่อสื่อสารมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทนงศักดิ์ มณีรัตน์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยกับองค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยด้านการการติดต่อสื่อสาร เทคนิคการประสานงาน มีความสัมพันธ์กับการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยกับองค์กรบริหารส่วนตำบล เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ตลอดจนเปิดโอกาสให้บุคคลในชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามา ร่วมกันพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีวิธีการสื่อสารกับชุมชน การประชาสัมพันธ์ ที่มีรูปแบบชัดเจน และต่อเนื่อง
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการจัดประชุมคณะกรรมการเป็นประจำ และ รายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการ ได้รับทราบ
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการสร้างแรงจูงใจให้คณะกรรมการ เช่น การยกย่อง เชิดชูเกียรติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิธีการสร้างแรงจูงใจ วิธีการสื่อสาร และการสร้างการรับรู้บทบาท ที่จะส่งเสริมให้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่อาจจะมีผลต่อมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สามารถทำให้คณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติยัคคานนท์. เทคนิคการสร้างภาวะผู้นำ.พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เพลออักษร, 2543.
2. กาญจนา ศิริวงศาบรรณ.ภาวะผู้นำของผู้บริหารที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2550.
3. จำเนียร ดามัง.การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในการบริหารงานสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษสุโขทัย เขต 2 อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 2548.
4. ชฎาภรณ์ เตวะสุข. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลเทพารักษ์ จังหวัดสมุทรปราการ.วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.
5. ชูชัยศุภวงศ์และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทที่ควิพีจำกัด, 2552.

6. ทนงค์ศักดิ์ มณีรัตน์.ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านสาธารณสุขของสถานอนามัย
กับองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
7. ทานตะวัน อินทร์จันทร์. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยใน
เขตเทศบาลเมืองลำพูน.รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยใหม่, 2546.
8. ธรรมรสโชติคุณุช.การบริหารแบบมีส่วนร่วม”ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติ
ในการบริหารการศึกษาหน่วยที่ 9-12. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
9. เนตรรุ่ง อยู่เจริญ. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษา
ของครูสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,
2553.
10. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์และคณะ. การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.
นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
11. ไพฑูรย์เจริญพันธุ์วงศ์. พฤติกรรมองค์การและการบริหาร.กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2540.
12. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. บริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน.
นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
13. สิริพัฒน์ลาภจิตร.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน
การบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี.
วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
14. อำนาจ งามยิ่งยวด.การรับรู้บทบาทของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียน
ประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ครุศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, 2546.
15. Kast, E. Fremont and Janess E. Rosenzweig. Perception Formation and it's
Effect on Behavior in Organization Management A System and Contingency
Approach.New York: McGraw Hill; 1985.
16. O'Shea.Relationship-building skills.Cited in Burt Boston: Mc Graw-Hill;1998.

การประเมินผลการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ ด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ปี 2555

ชนกานต์ ตำนานกิจเจริญ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียน และความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษา 2,359 คน ครูอนามัย 97 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 45 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1. นักเรียนมีแบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองร้อยละ 66.6 เคยมีแบบบันทึกฯ ร้อยละ 31.5 และไม่เคยมีแบบบันทึกฯ ร้อยละ 1.9 ส่วนความคิดเห็นต่อการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกฯ ในภาพรวมพบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษามีแนวโน้มในการใช้และได้รับประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกฯ สูงกว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาและนักเรียนทั้งสองระดับชั้นมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันโดยเห็นว่า นักเรียนสามารถตรวจสอบสุขภาพและลงบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองในแบบบันทึกฯ นี้ได้และแตกต่างกันในการแจ้งครูหรือผู้ปกครองรับทราบ

2. ครูเกือบทั้งหมดร้อยละ 92.8 ตอบว่าได้รับแบบบันทึกฯ มีครูเพียงร้อยละ 7.2 เท่านั้นที่ไม่ได้รับแบบบันทึกฯ ในปีที่ผ่านมา และครูเกือบทั้งหมดเห็นว่าแบบบันทึกฯ มีประโยชน์สำหรับนักเรียน สูงมากกว่าร้อยละ 80 ยกเว้น 3 ประเด็น ได้แก่ ได้รับการชี้แจงและคำแนะนำการใช้แบบบันทึกฯ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำแบบบันทึกฯ รวมไว้ในระบบรายงานของกระทรวงศึกษาธิการและควรมีการปรับปรุงรูปแบบใหม่ร้อยละ 78.4, 75.3 และ 69.1 ตามลำดับนอกจากนี้ครูร้อยละ 47.4 เห็นว่าหากไม่มีแบบบันทึกฯ จะมีผลกระทบกับนักเรียนทำให้นักเรียนขาดความใส่ใจสุขภาพของตนเอง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า โรงเรียนทุกแห่งในเขตรับผิดชอบได้รับแบบบันทึกฯ ทุกปี เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบบันทึกฯ และควรนำแบบบันทึกฯ ไปรวมไว้ในระบบรายงานของกระทรวงศึกษาธิการร้อยละ 100 รองลงมาเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ แก่ครู/นักเรียนการจัดสรรแบบบันทึกฯ เพียงพอและการนำข้อมูลจากแบบบันทึกฯ มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในการดูแลสุขภาพของนักเรียนโดยเห็นด้วยมากกว่าร้อยละ 90 และควรสนับสนุนแบบ

บันทึกฯ ให้นักเรียนทุกคนอย่างต่อเนื่อง การได้รับการชี้แจง/คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ และแบบบันทึกฯ มีผลทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 88.9, 84.4 และ 82.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังเห็นว่า หากไม่มีแบบบันทึกฯ จะมีผลกระทบต่อนักเรียนร้อยละ 68.8 โดยให้เหตุผลว่า ถ้าไม่มีแบบบันทึกฯ จะทำให้นักเรียนขาดความใส่ใจสุขภาพของตนเองและโรงเรียน ต้องเสียงบประมาณในการจัดทำแบบบันทึกฯ

บทนำ

แนวคิดในการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน รวมทั้งด้านสุขภาพ มุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของคน โดยเฉพาะการเริ่มตั้งแต่วัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่จำเป็นต้องปลูกฝังความคิด การปฏิบัติ ทักษะในการดำรงชีวิต มีการพัฒนาที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม การเตรียมเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชนในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด รูปแบบกลยุทธ์ และกิจกรรม โดยใช้แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นการพัฒนาที่มีความครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกคนทั้งในโรงเรียนและชุมชน ให้สามารถนำความรู้ และทักษะด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ด้วยการดูแลใส่ใจสุขภาพของตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะนักเรียนจะได้รับการปลูกฝังทัศนคติ ฝึกทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนภายใต้ตัวชี้วัดร่วมกัน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะผลิตและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ สนับสนุนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนและ

เยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชนได้นำองค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพมาผลิตเป็น แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพื่อให้นักเรียนได้ใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายเบื้องต้น ภายใต้คำแนะนำของครูและบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพด้วยตนเอง สร้างการมีส่วนร่วมในการติดตามภาวะสุขภาพของนักเรียน ครู และผู้ปกครองเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับนักเรียนและสร้างขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกันนี้สามารถผลักดันการใช้แบบบันทึกตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ใช้เป็นแบบประเมินสุขภาพของเด็กวัยเรียนด้วยตนเอง สำหรับเด็กประถมศึกษาระหว่าง 6 - <13 ปี และเด็กโตอายุระหว่าง 13 - < 19 ปี ในกิจกรรมบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพพบว่า นักเรียนมีการใช้แบบบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองเพียงร้อยละ 45.2 และจากการติดตามประเมินผลการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองของนักเรียนปลายปีการศึกษา 2547 ใน 4 ภาค 8 จังหวัด พบว่า เมื่อได้รับเอกสารจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล โดยเน้นให้กับนักเรียนทุกระดับในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ทำให้นักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 ทั่วประเทศได้เอกสารไม่ทั่วถึง นักเรียนไม่นำแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพฯ ไปเข้าโรงเรียนใหม่ ทำให้ขาดการใช้อย่างต่อเนื่องในระดับมัธยม ซึ่งผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่เสนอให้มีการจัดสรรให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทุกคน จะช่วยให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และปีพ.ศ. 2548 สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ประเมินสถานการณ์ดำเนินงานด้านสุขภาพ ในโรงเรียนพบว่า มีนักเรียนบางชั้นได้ใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองฯ ร้อยละ 68.6 และมีจำนวนแบบบันทึกฯ ยังไม่เพียงพอกับจำนวนนักเรียนใน พ.ศ. ปี 2550 สำนักส่งเสริมสุขภาพมีการประเมินผลโครงการแบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนด้านการบริหารจัดการ และรูปแบบของแบบบันทึกฯ พบว่านักเรียนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบและเข้าใจในเนื้อหา เนื่องจากได้มีการพัฒนารูปแบบและเนื้อหาโดยจากเดิมใช้เพียงเล่มเดียวตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เปลี่ยนเป็นแยกออกเป็น 2 เล่ม ตามระดับชั้น ได้แก่ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และจากรายงานการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพ

ภาพในนักเรียน ปี 2550 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ พบว่า โรงเรียนมีการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพฯ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 68.7 ส่วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.3 จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ข้อมูลในการประเมินการใช้สมุดบันทึกสุขภาพยังไม่ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนกลุ่มเป้าหมายหลัก รวมทั้งครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนำข้อมูลที่ได้มา กำหนดนโยบายและปรับแผนงานโครงการให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาสถานการณ์การใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการใช้แบบบันทึกการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองของนักเรียน
2. เพื่อทราบถึงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ทำการศึกษาในพื้นที่ 8 จังหวัด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11 และ 12 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่

1. ครูอนามัย/ครูผู้รับผิดชอบและครูประจำชั้นของนักเรียนทุกชั้นปีที่ทำแบบสอบถามในแต่ละโรงเรียน จำนวน 97 คน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน

3. นักเรียน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยจะเก็บข้อมูลนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5- 6 มัธยมศึกษาปีที่ 1-4 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกห้องเรียนและนักเรียน ซึ่งในการศึกษามีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 2,359 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็นแบบสอบถามนักเรียน แบบสอบถามครูและแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดำเนินการประสานและเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และส่งแบบสอบถามกลับคืนสำนักส่งเสริมสุขภาพ

2. วิธีการเก็บข้อมูลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ให้ตอบแบบสอบถามพร้อมกันในแต่ละห้อง โดยครู/เจ้าหน้าที่เป็นผู้อ่านให้ฟังสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-4 แจกแบบสอบถามให้นักเรียนอ่านด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน** จำนวน 2,359 คน แบ่งออกเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 701 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-4 จำนวน 1,658 คน คิดเป็นร้อยละ 70.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 เพศชายร้อยละ 40.2 อายุอยู่ในช่วง 13-18 ปี ร้อยละ 71.2 กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 19.8 รองลง

มาเป็นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และ 3 ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 17.8 และ 17.4 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 15.3 ส่วนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ร้อยละ 13.7 และ 16.0 นักเรียนมีแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 66.6 เคยมีร้อยละ 31.5 และไม่มีร้อยละ 1.9

2. ความคิดเห็นของนักเรียนต่อการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

นักเรียนมีและเคยมีแบบบันทึกสุขภาพฯ จำนวน 1658 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 และไม่มีแบบบันทึก 46 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 นักเรียนมีความคิดเห็นต่อการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกฯ ในภาพรวม พบว่า นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีความคิดเห็นแตกต่างกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกันในประเด็นต่างๆ กล่าวคือ ในภาพรวมนักเรียนระดับประถมศึกษาและมีแนวโน้มในการใช้และได้รับประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกฯ สูงกว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็น⁽⁴⁾ ที่ถามว่า “ถ้านักเรียนพบความผิดปกติ จะแจ้งให้ครูทราบเป็นคนแรก” นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอบว่า “ใช่” ต่ำกว่านักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาอย่างชัดเจน (ร้อยละ 63.1 และ 76.9 ตามลำดับ) และประเด็น⁽⁸⁾ ที่ถามว่า “เมื่อเลื่อนชั้นเรียน นักเรียนได้นำแบบบันทึกฯ นี้ติดตัวไปเพื่อใช้ในชั้นต่อไปด้วย” เช่นเดียวกันนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอบว่า “ใช่” ต่ำกว่านักเรียนประถมศึกษา (ร้อยละ 74.3 และ 85.1 ตามลำดับ) ในขณะที่ประเด็นที่นักเรียนตอบว่า “ใช่” โดยมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ซึ่งต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเด็นอื่น

คือ ประเด็น ⁽⁶⁾ ที่ถามว่า “นักเรียนนำแบบบันทึกฯนี้ไปให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบทุกครั้งที่ได้ทำการตรวจสอบสุขภาพ” (ร้อยละ 73.7 และ 76.1 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อการใช้และประโยชน์ที่ได้รับจากแบบบันทึกฯ รายข้อเปรียบเทียบตามรายภาค พบว่า นักเรียนที่ตอบว่า “ใช่” ในประเด็นต่างๆ มีทั้งความแตกต่างและความเห็นพ้องต้องกัน ดังนี้

1. นักเรียนสามารถตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองตามแบบบันทึกฯ นี้ได้ พบว่า นักเรียนทั้งสองระดับชั้นมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน โดยเห็นว่า นักเรียนสามารถตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองได้ตามแบบบันทึกฯ เมื่อเปรียบเทียบรายภาค พบว่า ร้อยละของนักเรียนที่ตอบว่า “ใช่” ทั้งสองระดับชั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าภาคอื่นๆ

2. นักเรียนสามารถลงบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองในแบบบันทึกฯ นี้ได้ พบว่า ร้อยละของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เห็นว่า สามารถลงบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองในแบบบันทึกฯ นี้ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ ในขณะที่ร้อยละของนักเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ตอบว่า “ใช่” ยังคงต่ำกว่าภาคอื่นๆ

3. นักเรียนสามารถค้นพบความผิดปกติจากการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า ร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เห็นว่าแบบบันทึกฯ สามารถทำให้ค้นพบความผิดปกติจากการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองได้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกภาค ซึ่งนักเรียนระดับ

ประถมศึกษาที่ตอบว่า “ใช่” สูงกว่านักเรียนมัธยมศึกษาเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามยัง พบว่า ร้อยละของนักเรียนทั้งสองระดับชั้นลดลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ตามลำดับ

4. ถ้านักเรียนพบความผิดปกติ จะแจ้งให้ครูทราบเป็นคนแรก พบว่า ร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่ตอบว่า “ใช่” เมื่อพบความผิดปกติแล้วจะแจ้งให้ครูทราบเป็นคนแรก สูงกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งภาคกลางเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ และร้อยละของนักเรียนทั้งสองระดับชั้นในภาคใต้ต่อความคิดเห็นในประเด็นนี้ต่ำกว่านักเรียนในภาคอื่น

5. ถ้านักเรียนพบความผิดปกติ จะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเมื่อกลับไปบ้านพบว่า ร้อยละของนักเรียน ทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่ตอบว่า “ใช่” ถ้านักเรียนพบความผิดปกติ จะแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเมื่อกลับไปบ้านมากกว่าร้อยละ 80 เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งสองระดับชั้นและภาค

6. นักเรียนนำแบบบันทึกฯนี้ไปให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบทุกครั้งที่ได้ทำการตรวจสอบสุขภาพ พบว่า ร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาต่อการนำแบบบันทึกฯนี้ไปให้ผู้ปกครองเซ็นรับทราบทุกครั้งที่ได้ทำการตรวจสอบสุขภาพไม่แตกต่างกันในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือและใต้ ในขณะที่ร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาในภาคกลางต่อประเด็นนี้ต่ำกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษา และต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนจากภาคอื่นๆ

7. นักเรียนลงบันทึกการตรวจสอบสุขภาพในแบบบันทึกฯนี้ทุกภาคเรียน พบว่า ร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่

ตอบว่า “ใช่” เมื่อถูกถามว่า “นักเรียนลงบันทึก การตรวจสอบสุขภาพในแบบบันทึกนี้ทุกภาคเรียน” ก่อนข้างแผนแปร กล่าวคือ ร้อยละของนักเรียน ระดับประถมศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาในภาค กลางและตะวันออกเฉียงเหนือและต่ำกว่าในภาค เหนือและใต้

8. เมื่อเลื่อนชั้นเรียน นักเรียนได้นำแบบ บันทึกงานนี้ติดตัวไปเพื่อใช้ในชั้นต่อไปด้วย ผลการ ศึกษาแสดงให้เห็นแล้วว่า ร้อยละของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาที่ตอบว่า “ใช่” เมื่อถูกถามว่า “เมื่อเลื่อนชั้นเรียนนักเรียนได้นำแบบบันทึกงานนี้ ติดตัวไปเพื่อใช้ในชั้นต่อไปด้วย” ต่ำกว่านักเรียน ระดับประถมศึกษาอย่างเห็นได้ชัดเจนเกือบทุก ภาคยกเว้นภาคเหนือ

9. นักเรียนได้รับประโยชน์จากการใช้ แบบบันทึกงานนี้ พบว่า ร้อยละนักเรียนระดับชั้น

ประถมศึกษา สูงกว่ามัธยมศึกษาเกือบทุกภาค ยกเว้นภาคเหนือ ที่ตอบว่า “ใช่” เมื่อถูกถามว่า “นักเรียนได้รับประโยชน์จากการใช้แบบบันทึกงานนี้”

10. การใช้แบบบันทึกนี้ทำให้นักเรียน มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ร้อยละของ นักเรียนที่ตอบว่า “ใช่” เมื่อถูกถามว่า “การใช้แบบบันทึกนี้ทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพ ตนเองมากขึ้น” มีแนวโน้มใกล้เคียงกันระหว่าง นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในภาคกลาง เหนือ และใต้ ในขณะที่ร้อยละ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่านักเรียนระดับประถมศึกษา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

| การใช้และประโยชน์ | ภาค (n=1658 คน) | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | กลาง | | เหนือ | | ตะวันออกเฉียงเหนือ | | ใต้ | | รวม | |
| | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม |
| 1. นักเรียนสามารถ ตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง ตามแบบบันทึกงานนี้ได้ | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 100.0 | 98.4 | 95.9 | 98.5 | 75.9 | 76.6 | 98.0 | 92.7 | 90.2 | 92.1 |
| ไม่ใช่ | 0.0 | 1.6 | 4.1 | 1.5 | 24.1 | 23.4 | 2.0 | 7.3 | 9.8 | 7.9 |
| 2. นักเรียนสามารถลง บันทึกการตรวจสอบสุขภาพ ด้วยตนเองในแบบ บันทึกงานนี้ได้ | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 100.0 | 95.8 | 96.5 | 97.7 | 84.2 | 76.0 | 95.4 | 91.3 | 92.7 | 90.7 |
| ไม่ใช่ | 0.0 | 4.2 | 3.5 | 2.3 | 15.8 | 24.0 | 4.6 | 8.7 | 7.3 | 9.3 |

ตารางที่ 1 ร้อยละการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน (ต่อ)

| การใช้และประโยชน์ | ภาค (n=1658 คน) | | | | | | | | | |
|---|-----------------|-------|-------|-------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | กลาง | | เหนือ | | ตะวันออก เฉียงเหนือ | | ใต้ | | รวม | |
| | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม |
| 3. นักเรียนสามารถ ค้นพบความผิดปกติจาก การตรวจสอบสุขภาพด้วย ตนเองได้ | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 89.6 | 85.2 | 88.3 | 80.7 | 76.8 | 72.6 | 72.2 | 68.6 | 81.1 | 76.9 |
| ไม่ใช่ | 10.4 | 14.8 | 11.7 | 19.3 | 23.2 | 27.4 | 27.8 | 31.4 | 18.9 | 23.1 |
| 4. ถ้านักเรียนพบความ ผิดปกติ จะแจ้งให้ครู ทราบเป็นคนแรก | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 89.6 | 66.3 | 87.1 | 69.3 | 83.8 | 59.9 | 58.9 | 57.0 | 80.3 | 63.1 |
| ไม่ใช่ | 10.4 | 33.7 | 12.9 | 30.7 | 16.2 | 40.1 | 41.1 | 43.0 | 19.7 | 36.9 |
| 5. ถ้านักเรียนพบความ ผิดปกติ จะแจ้งให้ ผู้ปกครองทราบเมื่อ กลับไปบ้าน | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 96.3 | 90.9 | 88.9 | 94.0 | 88.4 | 82.5 | 88.1 | 82.6 | 90.0 | 87.6 |
| ไม่ใช่ | 3.7 | 9.1 | 11.1 | 6.0 | 11.6 | 17.5 | 11.9 | 17.4 | 10.0 | 12.4 |
| 6. นักเรียนนำแบบ บันทึกฯ นี้ไปให้ ผู้ปกครองเซ็นรับทราบ ทุกครั้งที่ได้ทำการตรวจ สุขภาพ | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 64.9 | 77.0 | 81.2 | 79.7 | 71.0 | 67.2 | 77.5 | 78.9 | 73.7 | 76.1 |
| ไม่ใช่ | 35.1 | 23.0 | 18.8 | 20.3 | 29.0 | 32.8 | 22.5 | 21.1 | 26.3 | 23.9 |
| 7. นักเรียนลงบันทึก การตรวจสอบสุขภาพใน แบบบันทึกฯ นี้ทุกภาค เรียน | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 97.0 | 81.0 | 85.4 | 87.4 | 78.4 | 68.9 | 66.2 | 80.5 | 81.1 | 79.8 |
| ไม่ใช่ | 3.0 | 19.0 | 14.6 | 12.6 | 21.6 | 31.1 | 33.8 | 19.5 | 18.9 | 20.2 |

ตารางที่ 1 ร้อยละการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน (ต่อ)

| การใช้และประโยชน์ | ภาค (n=1658 คน) | | | | | | | | | |
|---|-----------------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | กลาง | | เหนือ | | ตะวันออกเฉียงเหนือ | | ใต้ | | รวม | |
| | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม | ประถม | มัธยม |
| 8. เมื่อเลื่อนชั้นเรียน นักเรียนได้นำแบบ บันทึกฯ นี้ติดตัวไปเพื่อ ใช้ในชั้นต่อไปด้วย | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 85.8 | 71.9 | 82.5 | 82.7 | 90.0 | 64.4 | 79.5 | 76.9 | 85.1 | 74.3 |
| ไม่ใช่ | 14.2 | 28.1 | 17.5 | 17.3 | 10.0 | 35.6 | 20.5 | 23.1 | 14.9 | 25.7 |
| 9. นักเรียนได้รับ ประโยชน์จากการใช้ แบบบันทึกฯ นี้ | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 100.0 | 86.2 | 91.2 | 96.2 | 97.9 | 82.5 | 96.0 | 91.5 | 96.3 | |
| ไม่ใช่ | 0.0 | 13.8 | 8.8 | 3.8 | 2.1 | 17.5 | 4.0 | 8.5 | 3.7 | |
| 10. การใช้แบบบันทึกฯ ทำให้นักเรียนมีการดูแล สุขภาพตนเองมากขึ้น | | | | | | | | | | |
| ใช่ | 100.0 | 97.7 | 95.9 | 97.5 | 97.9 | 81.6 | 97.4 | 92.4 | 97.7 | |
| ไม่ใช่ | 0.0 | 2.3 | 4.1 | 2.5 | 2.1 | 18.4 | 2.6 | 7.6 | 2.3 | |

3. ความคิดเห็นของครูต่อการใช้แบบบันทึกสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ครู 97 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.5 เพศชายร้อยละ 15.5 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 35.1 รองลงมาเป็น 31-40 ปี และ 51 ปี ขึ้นไป ใกล้เคียงกันร้อยละ 24.7 และ 23.7 ส่วนใหญ่เป็นครูประจำชั้นร้อยละ 82.5 และครูอนามัยร้อยละ 17.5 อายุการปฏิบัติงานนานกว่า 10 ปี ร้อยละ 96.9 และส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 84.5 เมื่อสอบถามครูถึงการได้รับแบบบันทึกฯ ในปีที่ผ่านมา (ปี 2554) พบว่า ครูเกือบทั้งหมดร้อยละ 92.8 ตอบว่าได้รับ

แบบบันทึกฯ มีครูเพียงร้อยละ 7.2 เท่านั้นที่ไม่ได้รับแบบบันทึกฯ ในปีที่ผ่านมา เมื่อสอบถามความคิดเห็นการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน พบว่าครู คิดว่าควรให้การสนับสนุนแบบบันทึกฯ ให้นักเรียนทุกคนต่อเนื่องร้อยละ 93.8 รองลงมาเป็นการให้คำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับวิธีการใช้แบบบันทึกฯ แก่ นักเรียน ได้นำข้อมูลจากแบบบันทึกฯ มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหในการดูแลสุขภาพของนักเรียน และแบบบันทึกฯ มีผลทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ร้อยละ 87.6 ส่วนที่ครูเห็นด้วยน้อยที่สุดคือ แบบ

บัณฑิตฯ ควรมีการปรับปรุงรูปแบบใหม่ร้อยละ 69.1 ร้อยละมาเป็นควรรนำแบบบัณฑิตฯ รวมไว้ 75.3 ร้อยละเอียดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการใช้และประโยชน์ของแบบบัณฑิตการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียน

| การใช้และประโยชน์ | ระดับความคิดเห็น (n=97คน) | | | |
|---|---------------------------|--------|--------|--------|
| | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. ควรให้การสนับสนุนแบบบัณฑิตฯ ให้แก่นักเรียนทุกคนอย่างต่อเนื่อง | 91 | 93.8 | 6 | 6.2 |
| 2. ให้คำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับวิธีการใช้แบบบัณฑิตฯ แก่นักเรียน | 85 | 87.6 | 12 | 12.4 |
| 3. ได้นำข้อมูลจากแบบบัณฑิตฯ มาใช้ในการวางแผนแก้ไข ปัญหาในการดูแลสุขภาพของนักเรียน | 85 | 87.6 | 12 | 12.4 |
| 4. แบบบัณฑิตฯ มีผลทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น | 85 | 87.6 | 12 | 12.4 |
| 5. โรงเรียนได้รับการสนับสนุนแบบบัณฑิตฯ ทุกปีการศึกษา | 82 | 84.5 | 15 | 15.5 |
| 6. นักเรียนชั้น ป.5 และนักเรียนชั้น ม.1 ได้รับแบบบัณฑิตฯ ครบทุกคน | 82 | 84.5 | 15 | 15.5 |
| 7. มีการวางแผนกำหนดระยะเวลาในการจัดให้นักเรียนตรวจสอบสุขภาพตนเองและกรอกข้อมูลลงในแบบบัณฑิตฯ | 82 | 84.5 | 15 | 15.5 |
| 8. ได้รับการชี้แจงและคำแนะนำการใช้แบบบัณฑิตฯ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข | 76 | 78.4 | 21 | 21.6 |
| 9. ควรรนำแบบบัณฑิตฯรวมไว้ในระบบรายงานของกระทรวงศึกษาธิการ | 73 | 75.3 | 24 | 24.7 |
| 10. แบบบัณฑิตฯ ควรมีการปรับปรุงรูปแบบใหม่ | 67 | 69.1 | 30 | 30.9 |

สรุปได้ว่า ครูเกือบทั้งหมดเห็นว่าสมดุ บัณฑิตฯ มีประโยชน์สำหรับนักเรียน โดยส่วน ใหญ่ครูที่ตอบว่า “ใช่” สูงเกินกว่าร้อยละ 80.0 ยกเว้น 3 ประเด็นได้แก่ ได้รับการชี้แจงและ คำแนะนำการใช้แบบบัณฑิตฯ จากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ควรรนำแบบบัณฑิตฯรวมไว้ในระบบ รายงานของกระทรวงศึกษาธิการ ควรมีการ ปรับปรุงรูปแบบใหม่ร้อยละ ร้อยละ 78.4, 75.3 และ 69.1 ตามลำดับ ทั้งนี้สอดคล้องกับการแสดง ความคิดเห็นของครูที่ได้จากคำถามปลายเปิด

ของแบบสอบถาม โดยถามว่า “หากไม่มีสมุดบันทึกฯ จะมีผลกระทบกับนักเรียนหรือไม่อย่างไร พร้อมข้อเสนอแนะ” จากการรวบรวมความคิดเห็นดังกล่าวพบว่า ร้อยละ 47.4 เห็นว่ามีผลกระทบต่อนักเรียน สรุปได้ดังนี้

1. แบบบันทึกฯ ช่วยให้นักเรียนรู้เท่าทันภาวะสุขภาพตนเอง ผลจากการศึกษาความคิดเห็นต่อแบบบันทึกฯ พบว่า ครูที่เห็นด้วยกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับนักเรียนหากไม่มีการแจกแบบบันทึกฯ อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเห็นว่าแบบบันทึกฯ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้นักเรียนสามารถตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองได้ตามคำแนะนำ โดยครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งจะทำให้นักเรียนทราบพัฒนาการด้านร่างกาย เช่น น้ำหนักส่วนสูง การรู้ภาวะร่างกายว่าผอมหรืออ้วน การวัดสายตาและการได้ยิน ผลกระทบด้านสมรรถภาพทางกาย การบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นประโยชน์ การเสี่ยงเรื่องอุบัติเหตุความเครียด ซึ่งกำลังเป็นภัยใกล้ตัวนักเรียนเป็นต้น รวมทั้งนักเรียนสามารถถ่ายทอดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นไปยังคนอื่นๆ ได้อีกด้วยซึ่งหากพบความผิดปกติเบื้องต้น นักเรียนสามารถรับการรักษาได้ทันทีและอย่างถูกต้อง ซึ่งหากไม่มีสมุดบันทึกฯ นักเรียนจะไม่มีสิ่งเฝ้าระวังในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ได้บันทึกสุขภาพเป็นประจำ ไม่ทราบการพัฒนาสุขภาพของตนเอง และนักเรียนขาดความใส่ใจในสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. แบบบันทึกฯ เป็นเครื่องมือสำหรับครูในการแนะนำการดูแลสุขภาพให้กับนักเรียน นอกจากนี้ครูยังแสดงความคิดเห็นแบบบันทึกฯ เป็นเสมือนเครื่องมือสำหรับครูในการนำการดูแล

สุขภาพให้กับนักเรียนได้อย่างถูกวิธี หากไม่มีสมุดบันทึกฯ โรงเรียนอาจต้องวางแผนงานเพื่อจัดทำงบประมาณมาดำเนินการดำเนินงานอนามัยมากขึ้น นอกจากนี้ยังใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ครูที่เห็นความสำคัญของแบบบันทึกฯ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการเพิ่มเติมข้อมูลด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดแก่นักเรียน เช่น สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ การป้องกันโรค โรคติดต่อที่ร้ายแรง การคิดดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต รูปเล่มควรจะเล็กๆ มีความทนทาน หน้าปกใช้กระดาษแข็ง หุ้มพลาสติก จะได้ใช้ได้ยาวนานหลายปีหรือตลอดไป สำหรับพกติดตัวได้นอกจากนี้ ควรเพิ่มช่องแบบบันทึกฯ ให้นักเรียนมีการตรวจสุขภาพทุกๆ 2 เดือน เพื่อให้นักเรียนเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม แต่อย่างไรก็ตามยังมีครูร้อยละ 12.4 ที่แสดงความคิดเห็นว่า หากไม่มีสมุดบันทึกฯ จะไม่มีผลกระทบต่อนักเรียน สรุปเหตุผลได้ดังนี้

3.1 โรงเรียนได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี และมีการทดสอบสมรรถภาพทางกายให้นักเรียนอยู่แล้วทุกปี ตรวจโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และมีการแจ้งผลการตรวจกลับมาให้กับนักเรียน ครูประจำชั้นและผู้ปกครองได้ทราบอยู่แล้ว

3.2 นักเรียนไม่มีความใส่ใจต่อการทำแบบบันทึกฯ นอกจากนี้ครูยังได้แสดงความคิดเห็นว่า หากไม่มีการแจกแบบบันทึกฯ ก็ไม่ส่งผลกระทบต่อนักเรียน เนื่องจากนักเรียนไม่ค่อยใส่ใจต่อการทำแบบบันทึกฯ และนักเรียนไม่ได้ใส่ใจในการดูแลตนเอง ถึงแม้ครูจะชี้แจงว่ามี

ประโยชน์ต่อนักเรียนก็ตาม

4. การตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นมีอยู่ในวิชาเรียนและแบบ ปฟ.8 ผลการรวบรวมความคิดเห็นของครูยังพบอีกว่า ครูเห็นว่าการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นมีอยู่ในเนื้อหาวิชาสุขศึกษาอยู่แล้ว และได้จัดเก็บข้อมูลนักเรียนด้านอื่นๆ ไว้ในแบบ ปฟ.8 เป็นรายบุคคล ดังนั้นน่าจะบรรจุข้อมูลดังกล่าวไว้ในแบบ ปฟ.8 เนื่องจากสะดวกเมื่อมีการย้ายโรงเรียน และเป็นการลดภาระด้านการเขียนซ้ำซ้อนของครูประจำชั้น

4. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการใช้สมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 45 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 เพศชายร้อยละ 11.1 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็น 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 48.9 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ

37.8 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 13.3 สถานที่ปฏิบัติงานได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 37.8 รองลงมาเป็นโรงพยาบาล ร้อยละ 31.1 ส่วนที่เหลือปฏิบัติที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ และปฏิบัติงานมานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 97.8

ความคิดเห็นต่อการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบว่า โรงเรียนในเขตได้รับแบบบันทึกฯ เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ และควรนำแบบบันทึกไปรวมไว้ในรายงานของกระทรวงศึกษาธิการ รองลงมาเป็นได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สมุดบรรทุกฯ แก่ครู นักเรียนร้อยละ 97.8 และสามารถจัดสรรแบบบันทึกฯ เพียงพอกับจำนวนนักเรียนร้อยละ 95.6 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

| การใช้และประโยชน์ | ระดับความคิดเห็น (n= 45 คน) | | | |
|--|-----------------------------|--------|--------|--------|
| | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. โรงเรียนในเขตรับผิดชอบได้รับแบบบันทึกฯ ทุกปีการศึกษา | 45 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 2. มีความรู้และเข้าใจ ในการใช้แบบบันทึกฯ | 45 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 3. ควรนำแบบบันทึกฯ รวมไว้ในระบบรายงานของกระทรวงศึกษาธิการ | 45 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ แก่ครู/นักเรียน | 44 | 97.8 | 1 | 2.2 |
| 5. จัดสรรแบบบันทึกฯ เพียงพอกับจำนวนนักเรียน ป.5 และ ม.1ได้ครบทุกคน | 43 | 95.6 | 2 | 4.4 |

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการใช้และประโยชน์ของแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียน (ต่อ)

| การใช้และประโยชน์ | ระดับความคิดเห็น (n= 45 คน) | | | |
|---|-----------------------------|--------|--------|--------|
| | ใช่ | | ไม่ใช่ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 6. นำข้อมูลจากแบบบันทึกฯ มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในการดูแลสุขภาพของนักเรียน | 42 | 93.3 | 3 | 6.7 |
| 7. ควรให้การสนับสนุนแบบบันทึกฯ ให้แก่นักเรียนทุกคนอย่างต่อเนื่อง | 40 | 88.9 | 5 | 11.1 |
| 8. เคยได้รับการชี้แจง/คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 38 | 84.4 | 7 | 15.6 |
| 9. แบบบันทึกฯ มีผลทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น | 37 | 82.2 | 8 | 17.8 |

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าสมุดบันทึกฯ มีประโยชน์สูงมากกว่าร้อยละ 80 ทุกประเด็น ทั้งนี้สอดคล้องกับความคิดเห็นที่ได้รับจากคำตอบถามปลายเปิด โดยพบว่า ร้อยละ 68.8 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าหากไม่มีสมุดบันทึกฯ จะมีผลกระทบต่อเด็กนักเรียนด้วยเหตุผลดังนี้

1. เป็นประโยชน์แก่ตัวนักเรียนเอง ผลการรวบรวมความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พบว่า แบบบันทึกฯ มีความเหมาะสม สะดวกใช้ และเข้าใจง่าย นักเรียนสามารถตรวจสุขภาพด้วยตนเองได้ คัดกรองความผิดปกติของร่างกายเป็นการสร้าง ฝึกให้นักเรียนสำรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ รับรู้สิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไข เล็งเห็นความสำคัญสุขภาพของตนเอง บ่งบอกถึงความรับผิดชอบด้านสุขภาพของนักเรียน ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวนักเรียน และทำให้เห็นพัฒนาการด้านร่างกาย

ชัดเจนรวมทั้งเป็นผลดีด้านจิตวิทยาด้วย เช่น เคล็ดล้มบางเรื่องนักเรียนสามารถอ่านเองได้จากแบบบันทึกฯ และยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักเรียนและครูอีกด้วย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับทางโรงเรียนสามารถเก็บข้อมูลสุขภาพนักเรียนได้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลนักเรียนได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้หากไม่มีการแจกแบบบันทึกฯ อย่างต่อเนื่องจะส่งผลเสียต่อตัวนักเรียนเอง ทำให้นักเรียนไม่ทราบพัฒนาการทางร่างกาย ความผิดปกติที่เกิดขึ้น และขาดการดูแลตนเองด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ผู้ปกครองเองก็จะไม่ทราบว่าบุตรหลานมีความผิดปกติด้านสุขภาพหรือไม่ รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนจะค่อยๆ จางหายไปโดยที่ยังไม่ได้มีกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องมารองรับ

2. เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพให้แก่นักเรียน นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็น

เห็นว่า แบบบันทึกฯ เป็นเครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพของนักเรียน ซึ่งทำให้ทราบข้อมูลสุขภาพของนักเรียน เช่น ประวัติการคลอด ข้อมูลวัคซีนที่ได้รับ ประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การวัดสายตา การได้ยินของเด็ก ภาวะการเจริญเติบโต ความผิดปกติของร่างกาย ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งนี้หากไม่มีการสนับสนุนแบบบันทึกฯ อาจมีผลกระทบต่อการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของนักเรียนในสถานศึกษา เพราะปัจจุบันการจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพนักเรียนก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร ทางสถานศึกษาอาจต้องหาวิธีการจัดเก็บแบบอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพในนักเรียนไม่เป็นไปตามวิธีที่ถูกต้องรวมทั้งทำให้นักเรียนขาดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. โรงเรียนอาจเสียค่าใช้จ่ายในการทำแบบบันทึกฯ เอง ผลการรวบรวมความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังพบอีกว่า หากไม่มีการแจกแบบบันทึกฯ ต่อเนื่อง อาจทำให้โรงเรียนต้องเสียงบประมาณในการจัดทำแบบบันทึกฯ เอง

4. ข้อเสนอแนะอื่น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความคิดเห็นว่า แบบบันทึกฯ ยังมีจุดอ่อน กล่าวคือ บุคลากรการศึกษาไม่ให้ความสำคัญกับการใช้สมุดบันทึกฯ ไม่มีการส่งข้อมูลของนักเรียนให้ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่มีภาวะวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยเรียนด้วยสมุดบันทึกฯ นอกจากนี้

ยังมีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ สศ.3 ของทางโรงเรียนในทุกชั้นเรียน เพื่อประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ ครู ในการติดตามสุขภาพของนักเรียน ซึ่งน่าจะเพียงพอแต่อย่างไรก็ตามยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 15.5 ที่แสดงความคิดเห็นว่า ไม่มีผลกระทบต่อนักเรียนหากไม่มีการแจกแบบบันทึกฯ ด้วยเหตุผลดังนี้

4.1 บางโรงเรียนครูไม่ได้ใส่ใจต่อการทำแบบบันทึกฯ ถือเป็นแค่เป็นเอกสารหนึ่งที่ใช้ในการประเมินเท่านั้น ซึ่งการตรวจสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียนต้องมีผู้ปกครอง นักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมมือกันเพื่อรับรู้และแก้ไขหากพบว่า นักเรียนมีความผิดปกติด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเป็นไปได้ยาก

4.2 กระทรวงศึกษาธิการ ได้จัดทำแบบบันทึกการตรวจสุขภาพแบบใหม่ และบางโรงเรียนได้จัดทำขึ้นเองแบบฟอร์มการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของนักเรียน

4.3 เป็นเพียงแค่เกณฑ์ที่คิดและสร้างขึ้นโดยสาธารณสุข ที่ใช้ประเมินโรงเรียนเท่านั้น ไม่ได้มีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาศาสนาการณ์ในการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน รองลงมาเป็นนักเรียนที่เคยมีแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ซึ่งเมื่อพิจารณากับการประเมินผลเมื่อปี 2550 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพฯ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเพิ่มมากขึ้นขณะ

ที่ผลการศึกษาของครูเกือบทั้งหมดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน สอดคล้องกันในประเด็นการได้รับแบบบันทึกฯ แต่เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาของนักเรียน ส่วนใหญ่มีแบบบันทึกฯ และมีสัดส่วนที่น้อยกว่าการได้รับแบบบันทึกฯ ของครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า การจัดสรรและการกระจายของหน่วยงานส่วนกลาง สู่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอลงไปถึงโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนด้วยตนเอง และในระดับพื้นที่ยังขาดการติดตามในการสนับสนุน และส่งเสริมให้นักเรียนได้ใช้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการรับทราบและร่วมแก้ปัญหาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาถึงความต่อเนื่องในการใช้แบบบันทึกฯ ของนักเรียนในภาพรวม พิจารณาได้จากร้อยละของการมีและการนำแบบบันทึกฯ ไปใช้ต่อเนื่องเมื่อเลื่อนชั้น พบว่า นักเรียนในระดับประถมศึกษามีและใช้แบบบันทึกฯ ต่อเนื่องเมื่อเลื่อนชั้นมากกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเมื่อพิจารณาตามระดับชั้นที่สูงขึ้นจะพบว่า มีลดลงตามระดับชั้นที่สูงขึ้นแม้ว่าครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ จะเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการใช้แบบบันทึกฯ ซึ่งเห็นว่า หากไม่มีการสนับสนุนแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนจะมีผลกระทบต่อนักเรียนแต่ยังมีข้อคิดเห็นของครูส่วนหนึ่งเห็นว่าการดำเนินดังกล่าว เป็นการเพิ่มภาระแก่ครู ซึ่งสอดคล้องกับผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการสนับสนุนการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง

1.2 สร้างระบบติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง รวมทั้งการประเมินผลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานและผลกระทบต่อนักเรียน

1.3 ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานระดับนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในระดับพื้นที่

1.4 ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนด้วยตนเองให้สอดคล้องกับหลักสูตรการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการ

1.5 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติงาน

2.1 ควรประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานรวมถึงถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับโดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน

2.2 ควรวางแผนนิเทศติดตามการบริหารจัดการ ให้เกิดการใช้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

2.3 ส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการในการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง

สำหรับนักเรียนกับการทำงานด้านสุขภาพทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและฝ่ายการศึกษา รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

2.4 สนับสนุนกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์दनัย ธีวันดา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ และนาย

แพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ หัวหน้ากลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน ที่กรุณาสับสนุนการดำเนินงานศึกษาคั้งนี้และให้ข้อเสนอแนะในทุกด้านและขอบคุณนักวิชาการจากศูนย์อนามัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดียิ่งรวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนามมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการประเมินผลแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียน 2548. (เอกสารอัดสำเนา).
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพในโรงเรียน. 2549. (เอกสารอัดสำเนา).
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนกรณีศึกษาประเทศไทย. : นิเวศรรวมดาการพิมพ์, 2551.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนปี 2550: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2551.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานการประเมินผลแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ปี 2550. : กรมอนามัย, 2550.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การประเมินผลโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2550 : บริษัทอาร์ตควอลิไฟท์ จำกัด, 2551.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2550 : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2550.
8. สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย. รายงานผลการประเมินกิจกรรมการบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้นป.5 – ป. 6. : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555
10. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ม.1 -ม. 6. : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง
ของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร**
**THE RELATED FACTORS TOWARDS SMOKING
BEHAVIOR IN A JUNIOR HIGHSCHOOL, PONNAKAEW
DISTRICT, SAKON NAKHON PROVINCE**

สไบพร เนตรโสภา *นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์*
อารัญญา เปรมชาติ *นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์*
วรินทร์มาศ เกษทองมา, *อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์*
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครจำนวน 185 คนระยะเวลาในการดำเนินงาน ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Chi-Square test

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 5.6 เป็นผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 55.5 มีอายุต่ำกว่า 12 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.9 มีความอยากรู้อยากลอง ปัจจัยชีวสังคม พบว่า ร้อยละ 12.0 คือเพศชายที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.7 มีความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ร้อยละ 4.1 มีการเข้าเรียนที่ตรงเวลา ร้อยละ 4.7 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ปัจจัยนำ (ด้านความรู้) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งควรมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในกิจกรรม โทษและพิษภัยของบุหรี่ โดยเพิ่มช่องทางการรับรู้ผ่านอินเทอร์เน็ต หรือช่องทางอื่น ๆ ที่นักเรียนใช้ในการสื่อสาร

ABSTRACT

The objective of this Analytical Study research was to study the bio-societal, predisposing, enabling and reinforcing factors which associated with smoking behaviors among 185 high school students, Phonnakaew District, Sakon Nakhon Province during August to December 2014. Data were collected by questionnaires and analyzed by 1) Descriptive statistics: frequency, percentage, standard deviation, minimum and maximum 2) Inferential statistic: Chi-square

The results revealed that the most samples 5.6 percent which were smokers 55.5 percent under 12 years old. The smoking cause 52.9 percent of curious to try. The bio-societal factor was 12.0 percent of male smokers. The samples were enough of the cost 5.7 percent attended on time 4.1 percent and jointed activities 4.7 percent. They were associated with smoking behavior significantly related at the .05. In addition, the predisposing (knowledge), enabling and reinforcing factors were associated with smoking behavior that were significantly reinforcing factors were associated with smoking behavior that were significantly related at the .05.

The results showed that the bio-societal, predisposing, enabling and reinforcing factors were associated with smoking behaviors. Therefore it should be get knowledge about cigarette in activities, side effect and poison of cigarette on the internet or other commutative way of students.

ที่มาและความสำคัญ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในทุกสังคมและพบเห็นในหลากหลายสถานที่จากการสำรวจพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ปีละ 5 ล้านคนหรือวันละ 13,700 คนหรือนาทีละ 9.5 คนซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานถึงจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยคาดการณ์ว่าในอีก 25 ปีข้างหน้าหากประเทศต่างๆทั่วโลกยังไม่มีมาตรการในการรณรงค์ที่เข้มแข็งกว่าในปัจจุบันทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจาก

บุหรี่สูงถึงปีละ 10 ล้านคนหรือวันละ 27,000 คนซึ่งหมายความว่าบุหรี่จะเป็นสาเหตุของการตายมากกว่าโรคเอดส์ วัณโรค การตายระหว่างคลอด อุบัติเหตุต่างๆ การฆ่าตัวตาย และฆาตกรรมรวมกัน⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 คณะทำงานภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกระทรวงสาธารณสุขทำการศึกษาพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จำนวน 48,244 คนเพิ่มขึ้นจากจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2547

ที่เสียชีวิตเท่ากับ 41,183 คนโดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งจากการสูบบุหรี่ 18,041 คนซึ่งเป็นมะเร็งปอด 11,210 คน⁽²⁾ ในปี 2552 อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งหลอดลมใหญ่และปอดร้อยละ 14.1 รองจากอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับเมื่อเทียบกับปี 2553 พบว่ามีอัตราการตายสูงขึ้นจากร้อยละ 14.1 เป็น 14.6⁽³⁾ ปี 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยสรุปประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 53.9 ล้านคนมีผู้สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคนเท่ากับร้อยละ 21.4 โดยเพศชายจะสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 20 เท่าคือเพศชาย สูบเป็นประจำร้อยละ 36.1 เพศหญิงสูบเป็นประจำร้อยละ 1.7 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่างปี 2552 และ 2554 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 18.1 เป็น 18.4⁽³⁾ ส่วนจังหวัดสกลนครมีสถานการณ์สูบบุหรี่คือ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554 พบว่าจังหวัดสกลนครมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ลำดับที่ 19 ของประเทศจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ 170,481 คน อัตราการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 18.7 อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 10 ปีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.6 ปี ปริมาณรวมบุหรี่รวมทุกชนิด 8.9 มวนต่อวัน อัตราการรับควันบุหรี่มือสองภายในบ้านเท่ากับ 31.2 ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ 9.2 บาทต่อวัน การได้พบเห็นได้กลิ่นเห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่พบว่าอาคารของสถานที่ราชการร้อยละ 20.0 อาคารของมหาวิทยาลัยร้อยละ 7.2 ร้านอาหารภัตตาคารร้อยละ 56.1 ตลาดสดหรือตลาดนัดร้อยละ 87.0 สถานที่ใดสถานที่หนึ่งร้อยละ 92.6⁽⁴⁾

การเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในเยาวชนได้รับความสนใจจากประเทศต่างๆเนื่องจากมีข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่าเยาวชนเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่โดยพบว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคนและเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรี่กว่า 1.5 ล้านคนซึ่งในแต่ละปีมีเยาวชนไทยเป็นผู้เสพติดบุหรี่หน้าใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 2 -3 แสนคน⁽⁵⁾ การที่เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้นเท่าใดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้การเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนจะเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ติดสิ่งเสพติดอื่นเช่นสุรา เฮโรอีนรวมทั้งฝิ่นหรือกัญชาล้วนแล้วแต่เริ่มจากการติดบุหรี่ก่อนทั้งสิ้นโดยวัยรุ่นที่ติดสุราร้อยละ 62.0 เริ่มจากการติดบุหรี่ก่อนวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชาร้อยละ 75.0 เริ่มจากการติดบุหรี่ก่อนและวัยรุ่นที่ติดเฮโรอีนหรือโคเคนร้อยละ 95.0 เริ่มจากการติดบุหรี่ก่อน⁽²⁾ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังค้นหาตนเองอยากทำอะไรอยากเก่งและอยากเป็นที่ยอมรับของเพื่อนแรงกระตุ้นเหล่านี้เองที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติด⁽⁵⁾

จากผลการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ระหว่าง 12 - 15 ปี ร้อยละ 62.6 มีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ที่ 9 - 12 ปี และร้อยละ 3.1 มีเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุน้อยกว่า 9 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 38.8 ส่วนใหญ่มักสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้นและเลื่อนจากระยะเริ่มต้นไปยังระยะติดบุหรี่ใช้ระยะเวลาานพอสมควร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ร้อยละ 59.8 มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 45.9 และ

ครึ่งหนึ่งเคยถูกเพื่อนสนิทแนะนำให้ลองสูบบุหรี่ โดยพบว่านักเรียนชายที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ มีแนวโน้มที่จะมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ เนื่องจากต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนกลัวเพื่อนดูถูกเหยียดหยามนอกจากนั้นยังเป็นการทดสอบความกล้าหาญในหมู่นักเรียนชายอีกด้วย⁽⁶⁾

ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ของเขตอำเภอโพธารามแก้วจังหวัดสกลนครนับเป็นการศึกษาข้อมูลทางวิชาการเพื่อมาประกอบการพิจารณาพฤติกรรมของวัยรุ่นกลุ่มนี้เป็นซึ่งช่วงแห่งวัยอยากรู้อยากลองหรือเลิกบุหรี่ และเมื่อทราบพฤติกรรมดังกล่าวแล้วสามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการควบคุมหรือสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันเพื่อให้กลุ่มดังกล่าวหลีกเลี่ยงหรือห่างไกลจากบุหรี่หรือเพื่อการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้วจังหวัดสกลนคร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้วจังหวัดสกลนคร

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยชีวิตสังคมได้แก่เพศอายุรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้วจังหวัดสกลนคร

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโทษของบุหรี่และทัศนะคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอ โพธารามแก้ว จังหวัดสกลนคร

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อได้แก่การเข้าถึงร้านค้าทั่วไปกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้ว จังหวัดสกลนคร

2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้ว จังหวัดสกลนคร

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่เพศอายุรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามแก้ว จังหวัดสกลนคร

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโทษของบุหรี่และทัศนะคติเกี่ยวกับการ สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่การเข้าถึงร้านค้าทั่วไป มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมความรู้และปัจจัยที่มีต่อการ สูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นใน

โรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอ โพนนาแก้ว จังหวัดสกลนครผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตวิจัยดังนี้

1. ด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จำนวนทั้งสิ้น 185 คน

2. ด้านตัวแปร

2.1 ตัวแปรต้นประกอบด้วยปัจจัยทางชีวสังคมปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม

2.2 ตัวแปรตามได้แก่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร

3. ด้านเวลา เวลาที่ศึกษาอยู่ในช่วงเดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนธันวาคม 2557

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) ใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอ โพธาราม จังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่การวิเคราะห์ลักษณะปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกรณีข้อมูล แจกแจงปกติใช้สถิติจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi – square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคือปัจจัยชีวสังคมปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมและตัวแปรตามคือลักษณะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอนาแกจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอนาแกจังหวัดสกลนคร (n=178)

| ตัวแปรต้น | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|-----------|----------------------|--------------------|-------------------------------|----------|-----------|
| | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | | |
| | สูบ (ร้อยละ) | ไม่สูบ (ร้อยละ) | เคยสูบ แต่เลิก (ร้อยละ) | | |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 10(12.0) | 64(77.1) | 9(10.8) | 19.089 | <0.0001** |
| หญิง | 0(0.0) | 93(97.9) | 2(2.1) | | |

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือเพศโดยเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า เพศหญิงร้อยละ 12.0 และ 0.0 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเพียงพอของค่าใช้ง่ายโดยผู้ที่มีความเพียงพอของค่าใช้ง่ายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เพียงพอในค่าใช้ง่ายร้อยละ 5.7 และ 0.0 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าเรียนตรงเวลาโดยผู้ที่เข้าเรียนไม่ตรงเวลามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เข้าเรียนตรงเวลาร้อยละ 20.0 และ 4.1 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้นโดยผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 40.0 และ 4.7 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แก่อายุผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายได้ที่ได้รับแหล่งที่มาของรายได้อาชีพของบิดามารดาและลักษณะที่พักอาศัย ดังรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามจังหวัดสุพรรณบุรี (n=178) (ต่อ)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยชีวสังคม | ตัวแปรตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | χ^2 | (P-value) |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------|-----------|
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | เคยสูบบุหรี่ แต่เลิก (ร้อยละ) | | |
| อายุ | | | | | |
| อายุ 12-13 ปี | 6(5.6) | 95(88.8) | 6(5.6) | 0.153 | 0.927 |
| อายุ 14-15 ปี | 4(5.6) | 62(87.3) | 5(7.0) | | |
| ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน | | | | | |
| 0.0 – 1.9 | 2(20.0) | 7(10.0) | 1(10.0) | 8.276 | 0.082 |
| 2.0 – 2.9 | 5(8.5) | 50(84.7) | 4(6.8) | | |
| 3.0 – 4.0 | 9(6.0) | 76(95.0) | 2(2.5) | | |
| รายได้ที่ได้รับ บาท/วัน | | | | | |
| 20-39 บาท | 1(1.4) | 63(90.0) | 6(8.6) | 4.714 | 0.095 |
| 40 บาทขึ้นไป | 9(8.3) | 94(87.0) | 5(4.6) | | |
| ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย | | | | | |
| เพียงพอ | 10(5.7) | 155(88.6) | 10(5.7) | 6.688 | 0.035* |
| ไม่เพียงพอ | 0(0.0) | 1(50.0) | 1(50.0) | | |
| แหล่งที่มาของรายได้ | | | | | |
| รายได้จากบิดา/มารดา/ญาติ | 9(5.3) | 151(88.8) | 10(5.9) | | |
| รายได้จากการทำงาน | 1(16.7) | 4(66.7) | 1(16.7) | 2.869 | 0.580 |
| รายได้จากทุนการศึกษา | 0(0.0) | 1(100) | 0(0.0) | | |
| อาชีพบิดามารดา | | | | | |
| เกษตรกร | 8(5.8) | 118(86.1) | 11(8.0) | 4.188 | 0.651 |
| รับราชการ | 1(10.0) | 9(90.0) | 0(0.0) | | |
| รับจ้างทั่วไป | 1(4.3) | 22(95.7) | 0(0.0) | | |
| การเข้าเรียนตรงต่อเวลา | | | | | |
| ตรงเวลา | 7(4.1) | 154(90.6) | 9(5.3) | 46.775 | <0.0001** |
| ไม่ตรงเวลา | 1(20.0) | 2(40.0) | 2(40.0) | | |

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร (n=178) (ต่อ)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยชีวสังคม | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------|
| | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | | |
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | | |
| การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้น | | | | | |
| เข้าร่วม | 8(4.7) | 153(89.5) | 10(5.8) | 13.574 | 0.001** |
| ไม่เข้าร่วม | 2(40.0) | 2(40.0) | 1(20.0) | | |
| ลักษณะที่พักอาศัย | | | | | |
| บ้านตัวเอง | 7(4.3) | 145(89.5) | 10(6.2) | 6.241 | 0.182 |
| บ้านญาติ | 0(0.0) | 5(100) | 0(0.0) | | |
| บ้านเช่า | 1(33.3) | 2(66.7) | 0(0.0) | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือความรู้

เกี่ยวกับบุหรี่โดยผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้สูงร้อยละ 6.0 และ 5.8 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่สนใจต่อการสูบบุหรี่ส่วนปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ดังรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร (n=172)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยนำ | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------|-----------|
| | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | | |
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ) | | |
| ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ | | | | | |
| ระดับต่ำ | 4(6.0) | 55(82.1) | 9(11.9) | 7.477 | 0.024* |
| ระดับสูง | 6(5.8) | 96(92.3) | 2(1.9) | | |

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามจังหวัดสุพรรณบุรี (n=172) (ต่อ)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยนำ | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------|
| | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | | |
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | | |
| ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ | | | | | |
| ระดับดี | 2(12.5) | 13(81.3) | 1(6.3) | | |
| ระดับไม่ดี | 8(5.2) | 137(88.4) | 10(6.4) | 1.421 | 0.491 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติคือปัจจัยเอื้อโดยผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเอื้อน้อยจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเอื้อมาก ร้อยละ 25.0 และ 4.4 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธารามจังหวัดสุพรรณบุรี (n=172)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยเอื้อ | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|----------|-----------|
| | พฤติกรรมการสูบบุหรี่ | | | | |
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | เคยสูบบุหรี่แต่ (ร้อยละ) | | |
| ปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ | | | | | |
| ระดับน้อย | 3(25.0) | 9(75.0) | 0(0.0) | 9.233 | 0.010* |
| ระดับมาก | 7(4.4) | 142(88.8) | 11(6.9) | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

(Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือปัจจัยเสริมโดยผู้ที่ได้รับอิทธิพลจาก

ปัจจัยเสริมน้อยจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.4 และ 2.1 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญ มากกว่าผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสริมมาก ทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนคร (n=174)

| ตัวแปรต้น ปัจจัยเสริม | ตัวแปรตาม | | | χ^2 | (P-value) |
|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|----------|-----------|
| | สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ) | เคยสูบบุหรี่แต่ (ร้อยละ) | | |
| ปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ | | | | | |
| ระดับน้อย | 8(10.4) | 63(81.8) | 6(7.8) | 6.239 | 0.044* |
| ระดับมาก | 2(2.1) | 90(92.8) | 5(5.2) | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยชีวิตสังคมปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร มีประเด็นข้อวิจารณ์ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยชีวิตสังคม จากการศึกษาปัจจัยชีวิตสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้ว จังหวัดสกลนคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 47.0 และพบว่ามีความเพียงพอของค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 5.7 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศคิดเป็นร้อยละ 12.0 และการเข้าเรียนไม่ตรงเวลาคิดเป็นร้อยละ 20.0 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁷⁾ ที่พบว่าเพศอายุ

และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน

2. ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จากผลการศึกษาปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพนนาแก้วจังหวัดสกลนครพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.6 มีความรู้ในระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁸⁾ ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁹⁾ ที่พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.2 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาปัจจัยนำด้านทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดสมุทรสาครพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.2 มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.8 คะแนนจากคะแนนเต็ม 75 คะแนนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁸⁾ ที่พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁹⁾ ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

3. ปัจจัยเอื้อ จากผลการศึกษาการปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดสมุทรสาครโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 60.1 ที่ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 50 คะแนนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁷⁾ ที่พบว่าปัจจัยด้านการโฆษณาและการส่งเสริมการขายได้แก่การพบเห็นนักแสดงสูบบุหรี่ในสื่อต่างๆ การพบเห็นยี่ห้อบุหรี่ทางโทรทัศน์ การพบเห็นโฆษณาในงานสังสรรค์/งานชุมนุมต่างๆ การมีสิ่งของเครื่องใช้ที่มียี่ห้อบุหรี่ติดอยู่ และการได้รับแจกบุหรี่ฟรี

หรือตัวอย่างบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนและสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁹⁾ ที่พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

4. ปัจจัยเสริม จากผลการศึกษาการปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.3 ที่ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.8 คะแนนจากคะแนนเต็ม 50 คะแนนเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁷⁾ ที่พบว่าการศึกษาของเพื่อนสนิทและการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนและสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽⁶⁾ ที่พบว่านักเรียนที่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เนื่องจากต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนแล้วเพื่อนดูถูกเหยียดหยามนอกจากนั้นยังเป็นการทดสอบความกล้าหาญในหมู่นักเรียนอีกด้วย

บทสรุป ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบ ไคสแควร์

(Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือเพศโดยเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงร้อยละ 12.0 และ 0.0 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายโดยผู้ที่มีความเพียงพอของค่าใช้จ่ายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่เพียงพอในค่าใช้จ่ายร้อยละ 5.7 และ 0.0 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าเรียนตรงเวลาโดยผู้ที่เข้าเรียนไม่ตรงเวลามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เข้าเรียนตรงเวลา ร้อยละ 20.0 และ 4.1 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้นโดยผู้ที่ไม่เข้าร่วมพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่เข้าร่วม ร้อยละ 40.0 และ 4.7 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แก่อายุผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายได้ที่ได้รับแหล่งที่มาของรายได้และอาชีพของบิดามารดา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือความรู้เกี่ยวกับบุหรี่โดยผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้สูงร้อยละ 6.0 และ 5.8 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

(Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือปัจจัยเอื้อโดยผู้ที่ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลมากจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลน้อยร้อยละ 25.0 และ 4.4 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือปัจจัยเสริมโดยผู้ที่ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลมากจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสริมมีอิทธิพลน้อยร้อยละ 10.4 และ 2.1 ตามลำดับโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับต่ำร้อยละ 75.3 ดังนั้นโรงเรียนจึงควรมีการจัดกิจกรรมพิเศษโดยสอดแทรกความรู้ในเรื่องบุหรี่ในกิจกรรมเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนรวมถึงการสร้างความตระหนักให้นักเรียนในเรื่องปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหน่วยงาน

ราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่นโยบายและกฎหมายควบคุมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และผลกระทบของการสูบบุหรี่รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายต่างๆเช่นกฎหมายการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กมาตรการควบคุมอายุของผู้ที่ซื้อบุหรี่ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ในหลักสูตรการศึกษาทั้งเรื่องสารพิษในบุหรี่ยี่ห้อของการสูบบุหรี่ทั้งต่อร่างกายควรมีการตีแผ่ห้ามสูบบุหรี่บริเวณเขตปลอดบุหรี่และผลการศึกษาพบว่าบุคคลในครอบครัวของนักเรียนสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 3.4 และบุคคลในครอบครัวพูดคุยกู้ตักเตือนและแนะนำท่านเรื่องการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 2.9 ดังนั้นบิดามารดาผู้ปกครองและคนในครอบครัวจึงควรเอาใจใส่ดูแลบุตรหลานอย่างใกล้ชิดและให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของช่วงวัยโดยเฉพาะเรื่อง

ของการสูบบุหรี่รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตรหลาน

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนเช่นกลุ่มนักเรียนชนบทและเขตเมืองเพื่อทราบถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมเช่นการศึกษาของบิดามารดาบทบทชนชนที่อยู่ออาศัยและการเข้าถึงสื่อออนไลน์ (Facebook/Camfog/Line) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2554. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรพ.ศ. 2547. แหล่งที่มา: <http://www.ashthailand.or.th>, 13 มกราคม 2557.
2. ประภิตวาทีสาธกกิจและกรองจิตวาทีสาธกกิจ. 2547. “สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดย พระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเล่ม 28”. 2547. หน้า 16 - 2. แหล่งที่มา: www.nmd.go.th/preventmed/webtest/document/smoke, 8 มกราคม 2557.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. ผลการสำรวจประชากรด้านบุหรี่. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/knowledge/def/smoke.htm>, 14 มกราคม 2557.
4. ศิริวรรณพิทย์รังสฤษฏ์. 2554. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีมั่นคงการพิมพ์.
5. นิรันดาไชยพาน. 2552. การประยุกต์แนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

6. กมลภูณอมสัต์ย์. 2553. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตราด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา.
7. ชนิษฐ์ชาบุญเสริม. 2552. (ม.ป.ป.). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
8. วิลาวัลย์ประทีปแก้ว. 2553. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขศึกษา.
9. วรเพ็ญตรีจิกรมงคล. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปีตำบลห้วยโจดอำเภอดงหลวงนครจังหวัดสระแก้ว. แหล่งที่มา:
<http://gishealth.moph.go.th/healthmap/work.php>, 14 มกราคม 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) เป็นบทความประเภทที่บทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

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

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

เรื่องแปล (translated article) เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการ หรือบทความอื่นๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์ที่แปลจากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่าง ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุม ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) เป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้ง อภิธานต่อท้ายชื่อ 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 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

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

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

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

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ

Index Medicus

วารสารภาษาไทย

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งหมด

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

รูปแบบอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่น ซีดี การ

เขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอยากเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง 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 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้