



ISSN 2465-3780

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
Nakhonsawan Provincial Health Office

วารสาร

สารานุกรมสุขอนามัยนครสวรรค์

Journal of Public Health Nakhon Sawan



ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2560

Volume 3 No.2 May - August 2017



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความทางวิชาการและผลงานวิจัย ทางด้านสาธารณสุขและสาขาวิชาต่างๆ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงผู้สนใจจากหน่วยงานและสถาบันต่างๆ
2. เพื่อเป็นเวทีและสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนแนวคิด ความรู้ นวัตกรรม ความก้าวหน้าเชิงวิชาการ งานวิจัย และ เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันนำความรู้ด้านวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสืบไป

เจ้าของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

782 ถนนพหลโยธิน ต.นครสวรรค์ตก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ 60000 โทร. 0 5623 2001 โทรสาร 0 5622 5212

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมเกียรติ	ชำนาญรักษ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
นายแพทย์ณัฐพงศ์	วงศ์วิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
นายแพทย์เอกรินทร์	อุ้นอบ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ 1
นายแพทย์อำนาจ	น้อยชำ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คนที่ 2
นายสุวัฒน์	บำรุงศรี	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านบริหาร)
นางเพลินพิศ	พงศ์ปริญญากุล	อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยนักระบบสาธารณสุข

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ทุกกลุ่มงาน

บรรณาธิการ

นางลักขณา รัตนศรีทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

กองบรรณาธิการวิชาการ

ดร.กิติพงศ์	กลิ่นแมน	ดร.ประสูตร	พวงสมบัติ	ดร.กฤษฎา	เหล็กเพชร
ดร.นเรศ	คงโต	นายสุเทพ	นาคนาม	นายจรรย์	ชั้นศิริ
ดร.สุพัตรา	อยู่สุข	นายสุชาติ	อรรณพไกรสร	ภญ.วิยะดา	ก่อเกียรติสาขา
ทพ.ญ.ทัตไฉน	ตั้งมันคงวรกุล	ดร.รุ่ง	โอซารส	ดร.ฉลองรัฐ	ทองกันทา
นางสุมาลี	กลิ่นแมน				

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา	เลาหศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์	ปานศิลา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี	ศรีวรรณนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูษงค์	เสนานุช	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชาย	เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์	ทรงคารศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์
อาจารย์ ดร.วิรัตน์	ทองรอด	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อาจารย์ ดร.สันหวัช	ไชยวงศ์	มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ ดร.รภัทรา	เพชรสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ	พุทธิอังกร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อาจารย์ ดร.ทัตพร	ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
อาจารย์ ดร.วรรณวิมล	คงสุวรรณ	โรงพยาบาลศิริราช
แพทย์หญิงมณฑกานต์	โอประเสริฐสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
นายแพทย์อภิชาติ	วิสิทธิ์วงศ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์



ดร.จำไผ่	เกียรติอดิศร	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
ดร.สำราญ	สิริภคมงคล	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.ดุขุฎี	นรศาศวัต	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.สันติ	เกิดทองทวี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.อนุวัฒน์	วีใจเงิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ดร.จันทิมา	นวมะวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร.มธุรดา	ม่วงมัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร.พนิดา	วิมานรัตน์	สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

กองบรรณาธิการบริหาร

นางสาวเจิมจันทร์	เดชปั้น
นางสาวจริยา	หัตถมาศ
นางสมฤดี	บุญเป็ง
นายภูติศ	แก้วจรรยา
นางสาวเตือนใจ	สุทธิเจริญ

กรรมการกลั่นกรองผลงาน

ดร.ประสูตร	พวงสมบัติ
นายประจวบ	พวงสมบัติ
นายวิชณู	มากบุญ
นายชาคริต	พรมทอง
นายธงชัย	ฤทธิ์บำรุง

พิสูจน์อักษร

นายธนภฤต	พงศ์ภูมิพัฒน์
นางสาวปิยรัตน์	ศรีสุขวงษ์
นายอนิรุช	จันทพาส
นางเตือนตา	แสงเรือง
นายวิฑูร	บุญเพชร
น.ส.วงศ์จันทร์	วงศ์เกียรติขจร
นายไพศาล	เถียรถาวร

ปก- ศิลปกรรม นางสาวชิตชบา ภูตรี

กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง
	1 มกราคม-เมษายน
	2 พฤษภาคม-สิงหาคม
	3 กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ปรีณส์ดี
	เลขที่ 83/138 หมู่ที่ 10 ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ 60000
	โทรศัพท์ 083 5318122





บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่าน วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ วารสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่งานวิจัย บทความทางวิชาการ การพัฒนางานวิจัยสู่งานประจำ การศึกษารายกรณี นวัตกรรม ผลงานเด่นและการจัดการความรู้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดนครสวรรค์ และเครือข่ายสาธารณสุขจากต่างจังหวัด ซึ่งคาดหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้ที่ส่งผลงาน

และผู้อ่าน สำหรับเล่มนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 3 ซึ่งรายละเอียดภายในเล่มประกอบด้วย ผลงานวิจัยและงานวิชาการจากหลายสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 เรื่อง และเป็นผลงานนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ จาก รพ.สต.บ้านลานหมาใน อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์ อีก 1 เรื่อง ซึ่งทุกเรื่องต่างก็น่าสนใจและสามารถนำไปปรับใช้ประโยชน์กับงานที่ทำอยู่ได้

ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่ให้คำปรึกษา และให้การสนับสนุนงบประมาณ มาอย่างต่อเนื่อง ขอชื่นชมความวิริยะ อุตสาหะ ของคณะทำงานทุกท่าน ที่ทำให้วารสารสาธารณสุขของเรา สามารถยืนหยัดอยู่จนครบปีที่ 3 ทั้งนี้ หากมีข้อเสนอแนะประการใด ทางกองบรรณาธิการยินดี ขอน้อมรับเพื่อไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

นางลักขณา รัตนศรีทอง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
บรรณาธิการ





คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

คำชี้แจงและเงื่อนไขในการจัดทำผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ เป็นวารสารที่ใช้เผยแพร่ผลงานวิชาการและผลศึกษาวิจัย ทางด้านการพัฒนาคุณภาพ งานสาธารณสุขของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ รวมไปถึงประชาชนผู้ที่สนใจทั่วไป โดยประกอบด้วย 5 ประเภทดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)/งานวิจัยสู่งานประจำ (R2R)

รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอนประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง รวมความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4

2. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานผลการศึกษาจากผู้ป่วย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุปผล เอกสารอ้างอิง

3. นวัตกรรม (Innovation/Best Practice)

รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง รวมความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4

4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review Article)

เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ จากวารสาร หนังสือทั้งภายในและภายนอกประเทศ ครอบคลุมประเด็นการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ทัศนะของผู้เขียน เชื่อมโยงเหตุการณ์ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอยู่ในความสนใจของสาธารณสุขชนทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

5. ปกิณกะ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความเบื้องต้นซึ่งเป็นประโยชน์

การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

รายงานวิจัย ประมาณ 8 - 12 หน้า ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (ไทย - อังกฤษ) ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. (ตัวหนา) ควรเป็นชื่อที่ไม่ยาวมากเกินไป ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

2. ชื่อนักวิจัยและวุฒิการศึกษา (ไทย - อังกฤษ) พร้อมเชิงอรรถบอกตำแหน่งและที่อยู่หรือสังกัด เช่น รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หรือนายแพทย์ ปฏิบัติการ ประจำโรงพยาบาลแก้วเหลียว จังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้น ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt.

3. บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้ากระดาษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา) ประมาณ 1 หน้ากระดาษ A4

4. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้ากระดาษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา)

5. คำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 pt. ให้วางไว้ส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ไม่ควรเกิน 5 คำสำคัญ) ภาษาไทยให้เว้นระยะห่างระหว่างคำสำคัญ ภาษาอังกฤษให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค



6. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ และ
กิตติกรรมประกาศ

6.1 บทนำ ควรประกอบด้วย ความสำคัญของปัญหา/ประเด็น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา

6.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

6.3 วิธีการศึกษา บรรยายสรุปวิธีการวิจัยเป็นขั้นตอนที่เหมาะสม โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการสุ่ม
ตัวอย่าง วิธีรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

6.4 ผลการศึกษา บรรยายสรุปผลการวิจัยอย่างกระชับ หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับข้อความในตาราง หรือ
รูปประกอบ

6.5 วิเคราะห์ ควรประกอบไปด้วยหลักการที่ออกมาจากการวิจัย เปรียบเทียบกับผลการวิจัยตีความหมาย
ของผู้อื่น ควรอ้างอิงทฤษฎี และปัญหาหรือข้อโต้แย้งในสาระสำคัญ ลงท้ายด้วยข้อเสนอแนะจากการวิจัย และการวิจัย
ในอนาคต ตลอดจนแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

6.6 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) สำหรับผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยแต่ไม่ใช่ผู้ร่วมวิจัย

การจัดรูปแบบในส่วนของเนื้อหา

1. ใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ให้แบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยให้ระยะห่างระหว่างคอลัมน์เท่ากับ 1 เซนติเมตร จัดข้อความ
ให้ชิดขอบทั้งหน้าและหลังของหน้ากระดาษ ภาษาไทย (1 เคาะ) ภาษาอังกฤษ (1 เคาะ)

2. หัวข้อหลัก ระยะห่างจากบทคัดย่อ 12 pt. (ตัวหนา) อยู่ชิดด้านซ้ายของหน้ากระดาษ หัวข้อรอง (ตัวหนา)
ย่อหน้าแรก ตั้งค้ำย่อหน้า เท่ากับ 1 เซนติเมตร ย่อหน้าถัดไปย่อหน้าละ 0.5 เซนติเมตร กำหนดระยะห่างระหว่างบรรทัด
หนึ่งเท่า

3. แบบของตาราง เส้นของตารางกำหนดให้ใช้เส้นขอบบนใช้เส้นคู่ เส้นขอบล่างและเส้นขอบระหว่างหัวข้อและ
เนื้อหาใช้เส้นเส้นเดียว เส้นขอบระหว่างเนื้อหา เส้นขอบด้านซ้าย และด้านขวาของตารางไม่ต้องมีเส้น

4. เอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ดังต่อไปนี้

4.1 อ้างอิงในส่วนเนื้อหา ให้อ้างใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างอิง
โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ

4.2 อ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt. คอลัมน์เดียว หัวข้อใช้ตัวหนา จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
เนื้อหาอ้างอิงให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ โดยเรียงลำดับตามตัวอักษร

4.2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัวหนา).
(4 เคาะ) ครั้งที่พิมพ์. (4 เคาะ) สำนักพิมพ์ (1 เคาะ) สถานที่พิมพ์ (1 เคาะ) จังหวัดที่พิมพ์, (4 เคาะ) ปีที่พิมพ์.

4.2.2 การอ้างอิงจากวารสาร กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) “ชื่อเรื่อง”. (4 เคาะ)
ชื่อวารสาร. (ตัวหนา) (4 เคาะ) ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่) (1 เคาะ) : (2 เคาะ) หน้า, (4 เคาะ) พ.ศ.ที่พิมพ์.

4.2.3 การอ้างอิงจากเว็บไซต์ กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัว
หนา). (2 เคาะ) URL (2 เคาะ) http://.....(4 เคาะ) สืบค้นเมื่อ (ว/ด/ป).

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการ/การวิจัย การวิเคราะห์ของ
ผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่อย่างใด ผู้เขียนจำต้อง
รับผิดชอบต่อผลงานของตน





แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารสาธารณสุขนครสวรรค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

2.วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3.สถานภาพผู้เขียน/หน่วยงานสังกัด.....

4.ขอส่ง นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) รายงานผู้ป่วย (Case Report)

นวัตกรรม (Innovation/Best Practice) บทความพินิจวิชาการ (Review Article)

เรื่อง.....

5.ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6.ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

7.สิ่งที่ส่งมาด้วย ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความ นานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





สารบัญ

- ❖ การนวดสัมผัสทารกโดยมารดาที่มีต่อการเจริญเติบโตของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ของทารกที่มีภาวะป่วยโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
The Effect of Infant Massage on the Growth of Infants and Maternal-Infant Attachment of Neonatal Patient Sawan Pracharak Hospital
ชนิษฐา จรัสวิศิษฏ์กุล..... 1
- ❖ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี
The Self-Care Behavior of Diabetes and High Blood Pressure Patients for Chronic Kidney Disease (CKD) Prevention inThaloung District, Lopburi Province
ชูพงษ์ คงเกษม..... 11
- ❖ การผ่าตัดฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากโรงพยาบาลแม่वंกั
ปรีดา ประทุมมา..... 22
- ❖ การเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน กลุ่มวัยเรียนกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน
Comparision of the effect of empowerment process on nutrition status, school age and teenage students who're overweight.
พิชชากานต์ วิเชียรกาลยารัตน์ ศรีนินา แสงอรุณ และเพิ่มศักดิ์ รุ่งจิรารัตน์..... 32
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3
Factors Related to Development of Children Age 0-5 Years in Regional Health 3
ฐิติชยา ไทยพาท และไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ..... 44
- ❖ การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
Participatory of Village Health Volunteers on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Controls in the Thai-Myanmar Border, Mai-Sai District, Chiang Rai Province, Thailand
สมบุญณ์ ยามี..... 56





สารบัญ

- ❖ การพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
โรงพยาบาล จังหวัดชัยภูมิ
Quality System Development of Radiology Laboratory by Participation of
the Hospital Network Chaiyaphum Province
สุภาพร แซ่ภู..... 64
- ❖ จักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาใน
ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น จังหวัดนครสวรรค์
อรอนงค์ เกษมญาติ วันเพ็ญ เพชรมัน และวีระ สังข์ทอง..... 73
- ❖ การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้าง
ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skill) ของกระทรวงสาธารณสุข
Middle Level Public Health Administrators Training Program by organizing
learning processes to build strategic thinking skills of the Ministry of Public Health
สาวิตรี แก้วผุดผ่อง..... 78
- ❖ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต.
The platform for facilitator efficiency development of administrators at primary
and middle level
ไปรมา ไวยาชีวะ..... 89





ผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาที่มีต่อการเจริญเติบโตของทารกและ
ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ของทารกที่มีภาวะป่วยโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
The Effect of Infant Massage on the Growth of Infants and Maternal-Infant Attachment
of Neonatal Patient Sawan Pracharak Hospital

ชนิษฐา จรัสวิศิษฐ์กุล* พย.บ., ส.บ.

Khanidtha Charatvisitkul B.N.S., B.P.H.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ทารกมีภาวะป่วย ของแผนกกุมารเวช 3 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2558 จำนวน 33 ราย ผู้วิจัยทำการประเมินน้ำหนักตัว เส้นรอบศีรษะ ความยาวลำตัวของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ Pair t-test

ผลการวิจัย พบว่า ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัว เส้นรอบศีรษะ และความยาวลำตัวก่อนและหลังได้รับการนวดสัมผัสโดยมารดา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนและหลังได้รับการนวดสัมผัสโดยมารดา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การนวดสัมผัสทารก, การเจริญเติบโตของทารก, ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก, ทารกที่มีภาวะป่วย

*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ แผนกกุมารเวชกรรม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์



ABSTRACT

This study was quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design. The purpose of this research was to investigate the effect of infant massage on the growth of infants and maternal-infant attachment. The study samples consisted of 33 mothers from the Pediatrics Department 3 of Sawan Pracharak hospital. The research data was evaluated from body weight, head circumference, length measurement and maternal-infant attachment, they were used to control groups pretest and posttest program after infant massage. The research tools used for this research were the questionnaires about maternal-infant attachment. The reliability of the assessment tool was 0.87. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation and comparison within group means were tested by paired t-test at the 0.05 level of significance.

The results revealed that the difference of the growth of infant and an average score of the maternal-infant attachment pretest and posttest scores was found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords : Infant massage, the growth of infants, maternal-infant attachment, neonatal patient



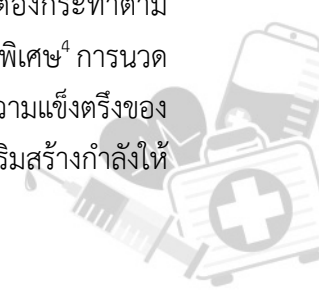
บทนำ

ทารกแรกเกิดเป็นวัยที่สำคัญในการสร้างรากฐานของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ซึ่งอยู่ในระยะที่เรียกว่าระยะประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว เป็นวัยที่เซลล์สมองมีการสร้างจุดเชื่อมต่อและเส้นใยประสาทมากที่สุด ถ้าสมองไม่ได้รับการกระตุ้นหรือไม่ได้รับการส่งเสริมในช่วงเวลาที่เหมาะสมโอกาสการเรียนรู้ของเด็กก็จะลดน้อยลง การกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญเพื่อให้เด็กมีความพร้อมในการเรียนรู้และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์¹

การเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่คลอดถือเป็นหน้าที่อันสำคัญของมารดาในการเลี้ยงดูทารกให้มีการเจริญเติบโตตามแบบแผนและวิถีทางแห่งสังคมมนุษย์ มารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในทุกช่วงเวลาของการเลี้ยงดู หรืออาจกล่าวได้ว่ามารดานั้นเป็นบุคคลแรกในชีวิตมนุษย์ที่ทำให้เกิดความสุข ความพอใจแก่ทารกได้โดยธรรมชาติแล้ว มารดาทุกคนมีความคาดหวังที่จะเลี้ยงดูบุตรของตนเองให้ดีที่สุด โดยปกติทารกจะได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ด้วยการฟังเสียงและการรับเสียงการเต้นของหัวใจมารดาและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร มีการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวของมารดา การได้รับการสัมผัสที่ผิวหนังจากน้ำคร่ำ ผนังมดลูก สายสะดือ และส่วนต่างๆ ของทารกเองจะขาดเพียงแต่การกระตุ้นการมองเห็น สิ่งกระตุ้นที่ได้รับเหล่านี้เมื่ออยู่ในครรภ์มารดาจะทำให้ทารกมีพัฒนาการและผสมผสานการทำงานไปเรื่อยๆ ตามอายุครรภ์² การรับประสาทสัมผัสของทารกเหล่านี้จะมีการพัฒนาอย่างเฉพาะเจาะจงตามลำดับ โดยเริ่มจากประสาทสัมผัสการทรงตัว การรับกลิ่น และการรับรส ส่วนการได้ยินและการมองเห็น จะมีการพัฒนาหลังสุดคือเมื่อทารกใกล้ครบกำหนดแล้ว การขาดการกระตุ้นประสาทสัมผัสต่างๆ รวมทั้งการที่มารดาไม่มีการตอบสนองความต้องการของทารก จะทำให้ทารกเกิดภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกที่ตนเองถูกทอดทิ้งไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในอนาคตและจากภาวะสังคม จิตใจ เช่นนี้อาจทำให้ทารกเจริญเติบโตแบบแคระแกรน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมามีการศึกษาการกระตุ้นประสาทสัมผัสหลายวิธีมากมายหลายรูปแบบ ซึ่งล้วนแล้วแต่เกิดประโยชน์ต่อทารกทั้งสิ้น แต่รูปแบบส่วนใหญ่จะเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสโดยเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติต่อทารก ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงสนใจนำการกระตุ้นประสาทสัมผัสหลายวิธี โดยเลือกการนวดสัมผัสโดยมารดา ซึ่งเน้นให้แม่ผู้ซึ่งใกล้ชิดทารกที่สุดเป็นผู้ปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลให้ทารกแรกเกิดเติบโตและมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นเด็กที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป สิ่งที่มีผลส่งเสริมพัฒนาการสมองของทารก ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดากับทารก การสัมผัสด้วยความรักของมารดา สัมผัสสภาพที่คงที่ระหว่างมารดากับทารก การเล่นระหว่างมารดากับทารก โดยเฉพาะการนวดสัมผัสโดยมารดามีประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมของทารก คือทำให้กล้ามเนื้อของทารกผ่อนคลาย มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและเคลื่อนไหวได้ดี เตรียมพร้อมสำหรับส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการขั้นต่อไป และยังเป็นการเพิ่มโอกาสให้มารดาได้ใช้เวลาในการให้ความเอาใจใส่ดูแลทารกและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพิ่มมากขึ้น³

การนวดสัมผัสเด็กนั้นนอกจากจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่ระบบการหมุนเวียนของเหลวต่างๆ ในร่างกายแล้ว การนวดสัมผัสยังเป็นวิธีการตอบสนองความต้องการการสัมผัสขั้นพื้นฐานของทารกในระยะเดือนแรกๆ หลังจากการคลอดสภาพร่างกายของทารกที่เคยงอคุดคู้ อยู่ในครรภ์ของมารดาจะเริ่มเหยียดตัวออก กระดูกและกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ค่อยๆ เหยียดตรง ยืดขยายออกไป ข้อต่อต่างๆ เคลื่อนไหวบิดงอไปมาได้ ในช่วงระยะเวลานี้ มารดาจึงควรนวดสัมผัสตัวทารก เพื่อช่วยบังคับและเสริมสร้างกล้ามเนื้อของทารกให้เกิดความแข็งแรง เพิ่มความยืดหยุ่นให้กับข้อต่อ แต่การนวดต้องกระทำตามลำดับขั้นตอนต่างๆ อย่างระมัดระวังเป็นพิเศษ⁴ การนวดสัมผัสทารกนอกจากจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อแล้ว การนวดสัมผัสทารกยังเสริมสร้างกำลังให้



แก้กล้ามเนื้อทำให้สามารถทานน้ำหนักและประคองร่างกายให้เหยียดตรง เพิ่มความยืดหยุ่นให้ข้อต่อ ร่างกายสามารถบิดงอเคลื่อนไหวไปมาได้ ก่อให้เกิดความสมดุลในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย การนวดสัมผัสตัวทารกยังส่งผลไปกระตุ้นระบบหมุนเวียนของของเหลวในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การขับถ่ายของเสีย การสูบฉีดโลหิต รวมถึงกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานกันทั่วทั้งร่างกาย และยังช่วยลดบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับทารกให้ลดน้อยลง มารดาที่นวดสัมผัสตัวทารกเป็นประจำสม่ำเสมอ สามารถค้นพบความเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กโดยฉับพลัน⁵

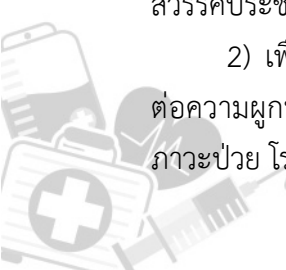
การนวดสัมผัสจะช่วยให้ร่างกายมีความรู้สึกสบาย มีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อนำการนวดสัมผัสมาใช้ในทารกโดยการนวดอย่างนุ่มนวลจากมารดา จะช่วยทำให้ทารกมีความสุขสบาย นอนหลับได้ดี และร้องไห้น้อยลง การนวดท้องอาจช่วยบรรเทาอาการทารกที่ร้องจากการปวดท้องได้ ทารกที่ได้รับการนวดจะมีอารมณ์ดีไม่หงุดหงิด และสิ่งที่สำคัญคือการนวดจะช่วยสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกได้ดียิ่งขึ้น⁶ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อการเจริญเติบโตและความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยให้มารดาได้สัมผัสบุตรด้วยการนวดสัมผัสซึ่งธรรมชาติของทารกจะมีความต้องการสัมผัส การปกป้องจากมารดา การนวดสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้เบื้องต้นที่ดีของทารก และทำให้ทารกได้รับการตอบสนองที่สำคัญด้านจิตใจ มีอารมณ์แจ่มใสและช่วยให้ทารกสามารถสร้างความผูกพันที่มั่นคงกับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้ทารกมีพื้นฐานพัฒนาการที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกที่มีภาวะป่วยโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- 2) เพื่อศึกษาผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกของทารกที่มีภาวะป่วย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ทารกมีภาวะป่วยของแผนกกุมารเวช 3 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2558 จำนวน 33 ราย ผู้วิจัยทำการประเมินน้ำหนัก เส้นรอบคอ ระยะเวลาลำตัวของทารกแรก และความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา มารดากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอน-สาธิตและฝึกปฏิบัติการนวดสัมผัส เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกรักและผูกพันระหว่างมารดาและทารก 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อหน้าตา/ร่างกายของทารก, ความสนใจและผูกพันซึ่งกันและกัน, การสัมผัสโอบอุ้มทารก, การยอมรับความเป็นบุคคลของทารก, การยอมรับในตนเองและการเตรียมการเลี้ยงดูทารก จำนวน 32 ข้อ ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดของดรูณี ชมกลิ่น (2549)⁷ และสุวีรัตน์ ชลันธร (2545)² แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับมารดาทารกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาของโรงพยาบาลไพศาลีจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.87



วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย เส้นรอบศีรษะ ความยาวลำตัวของทารกแรกและคะแนนเฉลี่ยความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนและหลังการได้รับการนวดสัมผัสโดยใช้สถิติการเปรียบเทียบ Paired t-test

ผลการวิจัย

ทารกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.5 เพศชาย ร้อยละ 45.5 มีอายุครรภ์ระหว่าง 26-30 สัปดาห์ ร้อยละ 27.3 อายุครรภ์ระหว่าง 31-35 สัปดาห์ ร้อยละ 30.3 อายุครรภ์ระหว่าง 36-40 สัปดาห์ ร้อยละ 33.3 และอายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ ร้อยละ 9.1 โดยมีอายุครรภ์ต่ำสุด 26 สัปดาห์ และอายุครรภ์สูงสุด 41 สัปดาห์ มีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 1,000-1,500 กรัม ร้อยละ 30.3 น้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 1,501-2,000 กรัม ร้อยละ 21.2 น้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2,001-2,500 กรัม ร้อยละ 15.2 น้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2,501-3,000 กรัม ร้อยละ 24.2 และน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 3,001-3,500 กรัม ร้อยละ 9.1 โดยมีน้ำหนักต่ำสุด 1,030 กรัม และน้ำหนักสูงสุด 3,450 กรัม มีความยาวของลำตัวระหว่าง 35-39 เซนติเมตร ร้อยละ 9.1 ความยาวของลำตัวระหว่าง 40-44 เซนติเมตร ร้อยละ 36.4 ความยาวของลำตัวระหว่าง 45-49 เซนติเมตร ร้อยละ 21.2 และความยาวของลำตัวระหว่าง 50-54 เซนติเมตร ร้อยละ

33.3 โดยมีความยาวของลำตัวต่ำสุด 35 เซนติเมตร และความยาวของลำตัวสูงสุด 53 เซนติเมตร มีความยาวรอบศีรษะระหว่าง 25-30 เซนติเมตร ร้อยละ 60.6 และความยาวรอบศีรษะระหว่าง 31-35 เซนติเมตร ร้อยละ 36.4 โดยมีความยาวรอบศีรษะต่ำสุด 25 เซนติเมตร และความยาวรอบศีรษะสูงสุด 35 เซนติเมตร เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 51.5 เป็นบุตรคนที่สอง ร้อยละ 36.4 และเป็นบุตรคนที่สาม ร้อยละ 12.1

สำหรับมารดาของทารกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 21.2 อายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 18.2 อายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 24.2 อายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 21.2 และอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 15.2 โดยมีอายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.2 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับปริญญาตรี เท่ากัน ร้อยละ 21.2 มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 93.9 ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และมีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท เท่ากัน ร้อยละ 39.4 โดยมีรายได้ต่ำสุด 5,000 บาท และรายได้สูงสุด 70,000 บาท เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 54.5 มารดาครรภ์ที่สอง ร้อยละ 30.3 และมารดาครรภ์ที่สาม ร้อยละ 15.2 เป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ ร้อยละ 84.8 และคลอดโดยวิธีธรรมชาติ (คลอดเอง) ร้อยละ 63.6

1) ผลการเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของทารกก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักของทารกก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา

ช่วงดำเนินการ	N	Mean	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนการนวดสัมผัสทารก	33	2315.76	.924	-7.944	32	.000*
หลังการนวดสัมผัสทารก	33	2518.18	.807			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=2518.18$) สูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=2315.76$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของทารก โดยการ

ทดสอบค่าที่ (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดาสูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความยาวลำตัวของทารกก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา

ช่วงดำเนินการ	N	Mean	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนการนวดสัมผัสทารก	33	46.788	3.943	-.419	32	.000*
หลังการนวดสัมผัสทารก	33	47.076	5.388			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยาวลำตัวของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=47.076$) สูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=46.788$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความยาวลำตัวของ

ทารกโดยการทดสอบค่าที่ (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยาวลำตัวของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดาสูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความยาวรอบศีรษะของทารกก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา

ช่วงดำเนินการ	N	Mean	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนการนวดสัมผัสทารก	33	31.258	2.2013	-4.094	32	.000*
หลังการนวดสัมผัสทารก	33	32.618	2.5875			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยาวรอบศีรษะของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=32.618$) สูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=31.258$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความยาวรอบศีรษะของทารก โดยการทดสอบค่าที่ (paired t-test)

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความยาวรอบศีรษะของทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดาสูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2) ผลการเปรียบเทียบความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา



ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดาและทารกก่อนและหลังการนวดสัมผัสทารกโดยมารดา

ช่วงดำเนินการ	N	Mean	S.D.	t- test	df	p-value
ก่อนการนวดสัมผัสทารก	33	86.4242	4.5554	-7.429	32	.000*
หลังการนวดสัมผัสทารก	33	90.2424	2.4878			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

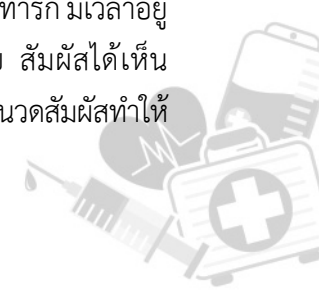
จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=90.2424$) สูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา ($\bar{X}=86.4242$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยการทดสอบค่าที่ (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังการนวดสัมผัสโดยมารดาสูงกว่าก่อนการนวดสัมผัสโดยมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การนวดสัมผัสทารกส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ความยาวของลำตัวและเส้นรอบศีรษะ เพิ่มขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องจากการกระตุ้นโดยการนวดสัมผัสเป็นการส่งเสริมให้ทารกได้รับความรักความอบอุ่นโดยผ่านการสัมผัสด้วยการนวดตัวจะเป็นการช่วยกระตุ้นปลายประสาทที่ผิวหนังส่งผลไปยังระบบประสาทส่วนกลางเข้าไปสู่ต่อมไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต ไทรอยด์ฮอร์โมนและฮอร์โมนอินซูลินซึ่งช่วยในการย่อยและเผาผลาญอาหารและสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้นทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตมากขึ้น⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีรัตน์ ชลันธร² ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดและความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก ซึ่งพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดสัมผัสจาก

มารดามีการเจริญเติบโตและมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ ปานจรัตน์⁸ ที่ได้ทำการศึกษารื่อง การนวดสัมผัสและการฟังเพลงที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กก่อนอายุโท ซึ่งพบว่าเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กก่อนอายุโท กลุ่มที่ได้รับการนวดสัมผัสเพียงอย่างเดียวมีพัฒนาการในด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคม พัฒนาการด้านภาษา การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับคำอธิบายว่า การนวดสัมผัสสามารถทำให้ทารกเกิดการผ่อนคลาย การนวดสัมผัสโดยใช้เทคนิคการลูบสัมผัสโดยออกแรงปานกลางจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อที่มีความตึงตัวมากเกินไปกลับเข้าสู่สภาวะผ่อนคลาย กล่าวคือร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดฟินและลดการหลั่งคอร์ติซอลจากสมองและระบบประสาท ส่งผลให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปแขนขา นอกจากนั้นจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงมาเลี้ยงบริเวณลำไส้ ช่วยการบีบตัวของลำไส้ทำให้มีการขับถ่ายและการขับลมดีขึ้นจึงลดอาการท้องอืดในทารกได้ ซึ่งจะทำให้ทารกสบายตัวมากขึ้น^{9,10}

การนวดสัมผัสทารกโดยมารดาส่งเสริมให้เกิดความผูกพันระหว่างมารดาและทารกมากขึ้น ซึ่งการนวดสัมผัสนี้จะช่วยให้มารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารก มีเวลาอยู่ด้วยกัน มีการจ้องมอง สบตา พุดคุย สัมผัสได้เห็นพฤติกรรมของทารกที่ตอบสนองขณะถูกนวดสัมผัสทำให้



มารดาเกิดความประทับใจ พอใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า และรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลทารก ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารกซึ่งช่วยพัฒนาให้เกิดความผูกพันมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนาง พิมพาท¹ สุวีรัตน์ ชลันธร² และจริยาพร วรรณโชติ³ ที่พบว่า การนวดสัมผัสทารกโดยมารดาส่งเสริมให้เกิดความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความผูกพันเป็นความรู้สึกและอารมณ์ที่มารดาและทารกมีความรักและยอมรับซึ่งกันและกันโดยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความรับผิดชอบและการดูแลบุตรมีพัฒนาการเกิดขึ้นตั้งแต่มารดามีการวางแผนการตั้งครรภ์และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์การคลอดและในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ผิวหนังยังเป็นอวัยวะที่รับความรู้สึกได้ดีและเร็วที่สุด โดยที่ความรู้สึกสัมผัสของทารกพัฒนาตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาหลังคลอดผิวหนังก็ยังเป็นสิ่งรับรู้ขั้นแรกของการรับรู้ความรู้สึกทั้งหลาย ทารกแรกเกิดจึงมีปฏิกิริยาที่ไวต่อการสัมผัส การอุ้มชู จับต้อง เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกเมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมนวดสัมผัสทารก ทำให้มารดากล้าที่จะสัมผัสทารกมากขึ้น เมื่อมารดามีโอกาสได้สัมผัสร่างกายทารก จึงมีโอกาสสำรวจความผิดปกติต่างๆ ของทารกจากการได้นวดสัมผัส¹¹ นอกจากนี้การนวดสัมผัสทารกยังช่วยเสริมสร้างสายใยแห่งความรักและความผูกพันเนื่องจากขณะทำการนวดสัมผัสทารกจะมีการพูดคุย จ้องหน้า ลูกตัวทารกจะได้ยินเสียงและได้กลิ่นจากมารดาหรือผู้ดูแล ทำให้มีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ การดูกลิ่นและความจำดีขึ้น¹²

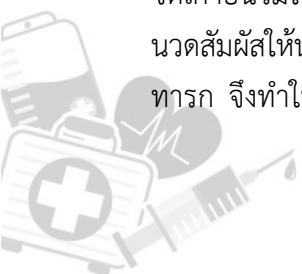
นอกจากนี้ในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารกของผู้วิจัย เช่น การจัดห้องนวดสัมผัสทารกให้สะอาดและเป็นสัดส่วน เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวระหว่างมารดาและทารก การจัดเก้าอี้นุ่มให้มารดานั่งสบาย และจัดบรรยากาศห้องนวดสัมผัสให้น่าดูโดยการติดรูปทารก รูปการนวดสัมผัสทารก จึงทำให้มารดารู้สึกพึงพอใจและสามารถพัฒนา

ความผูกพันให้มากยิ่งขึ้น ช่วยให้มารดาได้มีโอกาสใกล้ชิดและเรียนรู้ทารกในช่วงแรกของชีวิตและเป็นแนวทางที่สำคัญต่อการพัฒนาความผูกพัน¹¹ สอดคล้องกับคำอธิบายว่า ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและการแสดงออกของบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกและเป็นปัจจัยที่จัดการทำได้ง่าย¹² นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าทารกแรกเกิดที่ได้รับการนวดสัมผัสจากมารดาจะมีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินเพิ่มมากขึ้นและยังช่วยให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ฮอร์โมนออกซิโตซินเป็นฮอร์โมนแห่งความผูกพันหรือเคมีสื่อรัก มีผลต่อร่างกายคือ ช่วยในการหลั่งน้ำนมเมื่อมารดาให้นมบุตรและยังมีผลต่อจิตใจในด้านความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารก กระตุ้นให้มารดามีพฤติกรรมแสดงออกถึงบทบาทความเป็นแม่ ส่วนในทารกพบว่าฮอร์โมนออกซิโตซินมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมแสดงออกทางสังคม^{11,13}

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1) จากผลการวิจัยพบว่า การนวดสัมผัสทารกส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นและมีความผูกพันระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกหลังคลอดควรตระหนักถึงการกระตุ้นการเจริญเติบโตของทารกและความสำคัญของความผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยเฉพาะทารกที่มีภาวะป่วยหรือทารกคลอดก่อนกำหนดโดยให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการกระตุ้นทารกโดยการนวดสัมผัสเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้นและเปิดโอกาสให้มารดา สัมผัส โอบกอดทารกโดยจัดบริเวณที่เป็นสัดส่วน บรรยากาศผ่อนคลายและมีความเป็นส่วนตัวให้มารดาและทารกได้อยู่ใกล้ชิดกันโดยไม่มีข้อจำกัดหรือเข้มงวดกับระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ การจัดบริการดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้มารดา บิดารู้สึกผ่อนคลายและพัฒนาการสร้างความรักความผูกพันต่อทารกอย่างต่อเนื่องช่วงระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล



2) สถาบันการศึกษาที่ผลิตนักศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการนวดสัมผัสทารกเพื่อมุ่งให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก

3) ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมหรือแนวทางการนวดสัมผัสทารกไปใช้ในการอบรมพยาบาลผู้ดูแลทารก เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะการนวดสัมผัส และสามารถนำไปใช้ในการดูแลทารกแรกเกิดรวมทั้งสอนบิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูให้สามารถเป็นผู้นวดสัมผัสได้ด้วยตนเอง เพื่อให้การดูแลทารกเกิดความต่อเนื่องและเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ

4) ควรมีการส่งเสริมมารดาที่มีบุตรครั้งแรกให้มีความผูกพันกับบุตรโดยเฉพาะบุตรที่มีภาวะป่วยหรือคลอดก่อนกำหนด โดยให้มารดาได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรด้วยการนวดสัมผัสทุกราย

5) การนวดสัมผัสทารกโดยมารดานั้น วันแรกๆ มารดามักจะตื่นตื่นกลัวการสัมผัสทารก โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรครั้งแรกและมารดาที่มีบุตรป่วย ดังนั้นจึงควรให้มารดามีเวลาในการทำความคุ้นเคยกับทารก ก่อนการนวดสัมผัส

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีการเปรียบเทียบผลการนวดสัมผัสต่อการเจริญเติบโตของทารก ระหว่างมารดาและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

2) ควรมีการศึกษาวิจัยโดยมีการเปรียบเทียบผลการนวดสัมผัสต่อการเจริญเติบโตของทารกและความรัก ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยกำหนด 2 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3) ควรมีการศึกษาค้นคว้าผลของการนวดสัมผัสต่อสุขภาพจิตของทารก เช่น ความเครียด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งได้รับหนังสือรับรองเลขที่ 27/2558 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2558 และผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.รภัทพร เพชรสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ พุทธิอังกูร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และอาจารย์ปริทรรศน์ วันจันทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ทัศนัย ชูศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและความช่วยเหลือในการวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีและขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ของแผนกกุมารเวช 3 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้



บรรณานุกรม

- 1) อำนวย พิมพาท. (2552). ผลโปรแกรมของการนวดสัมผัสทารกโดยมารดาต่อความรักความผูกพันระหว่างมารดาทารกและน้ำหนักตัวทารก.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 2) สุรีย์รัตน์ ชลันธร. (2545). ผลการสัมผัสจากมารดาต่อการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 3) จริยาพร วรณโชติ. (2552). ผลของโปรแกรมการสอนมารดาในการนวดสัมผัสทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผูกพัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. งานวิจัยโดยทุนอุดหนุนจากงบประมาณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- 4) สุอารี ลำตะทะกุล. (2551). ประสิทธิภาพของการนวดสัมผัสร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอด.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 5) รัตนา นามบุญยรัถย์. (2553). ผลของวิธีการพยาบาลแบบเนื้อแนบเนื้อต่ออุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 6) Dieter. J.N., et al. (2003). Stable preterm infants gain more weight and sleep less after five days of massage therapy. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 403-11.
- 7) ดรุณี ชมกลิ่น. (2549). ผลของโปรแกรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์บิดาและทารกโดยการนวดสัมผัสต่อความผูกพันของบิดาต่อทารกเกิดก่อนกำหนด.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 8) อภิเชษฐ ปานจรัตน์. (2551).การนวดสัมผัสและการฟังเพลงที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- 9) ศศิธร สันท์ภักดี. (2547). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 10) Chark CL., et at. (2013). Neonatal CSF oxytocin levels are associated with parent report of infant end sociability , *Psychoneuro endoerino*, 38:1208-1212.
- 11) Davis KF, Parker KP, Montgomery GL.(2004). Sleep in infants and young children: Part one: Normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*,18(2): 65-71.
- 12) นฤมล ชีระรังสิกุล. (2545). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ : พี เพรส.
- 13) Phillips, S. J., & Tooley, G.A.(2005). Improving child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship therapy*, 20,431-442.



พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

The Self – Care Behavior of Diabetes and High Blood Pressure Patients for Chronic Kidney Disease
(CKD) Prevention in Thaloung District, Lopburi Province

ชูพงษ์ คงเกษม* สบ., สม.

ChupongKongkasem B.P.H., M.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการรับรู้ของผู้ป่วย ของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี จำนวน 3,401 คน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยการทดสอบไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.56 สำหรับพฤติกรรมมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้น อายุ ดัชนีมวลกาย และการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกับการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับค่าไต (CKD stage) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับค่าไต (CKD stage) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมดูแลตนเอง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง



ABSTRACT

The cross-sectional descriptive research is aimed to studying relationships between personal factors, perception of risk for chronic kidney disease and participation in self-care of kidney in diabetic and hypertension and the relationship between self-care behaviors and participation in self-care with patient perception, at Thaloung district, Lopburi province. 3,401 patients as the population is diabetic and hypertensive patients in Thaloung district, Lopburi province and having 349 sampling. The research instrument was a questionnaire composed of 4 parts: personal factors, perception of patients on chronic kidney disease risk, self-care behaviors of patients and participation of self-care behaviors in patients with diabetes and hypertension, and there was tested for quality and testing professionals, from alpha coefficient of Cronbach was 0.83, 0.79 and 0.81, respectively. Analyze data with finished software. The descriptive statistics were percentage, mean and standard deviation and inferential statistics were used to analyze the relationship between factors by Chi-Square test and Pearson's product moment correlation.

The research found that

1. The perceived risk of CKD was at a moderate level with the mean was 3.55. and then the self-care behaviors of patients was at a moderate level with the mean of 2.56. For the participation behavior of relatives or caregivers and local administration organizations, the overall level was at a moderate level with the mean of 2.91.

2. Relationship between personal factors with CKD stage of diabetic and hypertension found that sex was significantly correlated with self-care behaviors of diabetic patients and hypertension ($p < .05$). Except for age, body mass index (BMI) and education, there was no correlation with self-care behaviors of diabetic patients and hypertension ($p < .05$).

3. The overall self-care behaviors of patients were significantly correlated with patient perception of risk of CKD ($p < .05$) and self-care behaviors of patients and their participation in self-care were significantly correlated with perceived risk of CKD ($p < .05$).

4. Personal factors correlate with CKD stage of diabetic patients and hypertension was statistically significant ($p < .05$). For perceived risk of chronic kidney disease and participation in self-care were significantly correlated with CKD stage of diabetic patients and hypertension ($p < .05$).

Keywords : The Self-Care Behavior, Diabetes, High Blood Pressure, Chronic Kidney Disease



บทนำ

ในปัจจุบันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกรวมทั้งประเทศไทย สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นจากข้อมูลสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และก่อให้เกิดความเสียหายความบกพร่อง และความล้มเหลวของอวัยวะหลายอย่างเช่น ตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทุกระบบของร่างกาย¹

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการแทรกซ้อนทั้งหมด 224,506 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 30 เกิดที่หลอดเลือดแดง ไตวาย โรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 50 คือ โรคหัวใจและไตวาย ส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง²

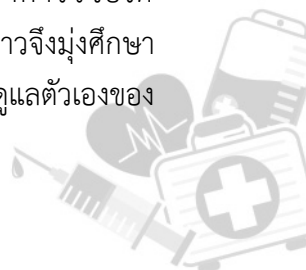
จากข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี ในปี 2557 มีผู้ป่วย จำนวน 2,829 ราย ในปี 2559 ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 3,401 ราย เมื่อจำแนกแบ่งตามระยะการทำงานของไต พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีการทำงานของไต stage⁵ จากปี 2557-2559 มีจำนวน 10, 32 และ 39 ราย ตามลำดับปี การทำงานของไต Stage 4 ปี 2557-2559 มีจำนวน 48, 44 และ 53 ตามลำดับปี การทำงานของไต Stage 3 จากปี 2557-2559 จำนวน 536, 389 และ 467 ตามลำดับ โดยพบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไต stage 3

มีจำนวนลดลง แต่ผู้ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 และ 5 มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น³ แสดงถึงการทำงานของไตที่มีแนวโน้มแย่ลง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยการรักษาโรคไตในปัจจุบันเป็นเพียงการชะลอหรือยืดเวลาเท่านั้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาผู้ที่เป็นโรคไตเสื่อมโดยการล้างไตทางหน้าท้องแบบถาวร (CAPD = continuous ambulatory peritoneal dialysis) จะได้ถูกบรรจุในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มีแค่เฉพาะค่าน้ำยาและอุปกรณ์การรักษาเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องการจัดเตรียมห้องหรือสถานที่ เป็นต้น ดังนั้น แนวทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้รอดพ้นจากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นนั้นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเสื่อมของไต การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความหลากหลายงานวิจัยที่ผ่านมาเน้นการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดหรือล้างไต และพบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้อุปสรรคและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งจะเห็นว่างานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผ่านมายังมีน้อยมาก และมีหลากหลายปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องข้องในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย

ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคไตเรื้อรังคือ การป้องกันการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (stage 5) และการป้องกันอีกวิธีคือการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพร้อมให้การรักษาอย่างทันท่วงที จึงนับว่ามีความสำคัญยิ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะโรคแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วย

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้ทำการวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ



ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มแนวทางการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตัวของตนเอง รวมถึงเพื่อเป็นแนวทางเพิ่มอัตราความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลจากญาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สูงขึ้น เพื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และช่วยชะลอการเสื่อมของไต ไม่ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพัฒนาดำเนินโรคไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive research) ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยในอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี และเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,401 ราย กลุ่ม

ตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยในอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Robert V. Krejcie and EayrlyW.Morgan,1970⁴ จำนวน 349 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

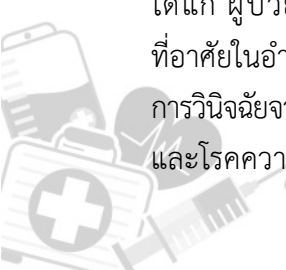
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และแบบเติมข้อความลงในช่องว่างจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยในระดับมากที่สุด เห็นด้วยในระดับมาก เห็นด้วยในระดับปานกลาง เห็นด้วยในระดับน้อย และไม่เห็นด้วยเลย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับมากที่สุด ปฏิบัติในระดับมาก ปฏิบัติในระดับปานกลาง ปฏิบัติในระดับน้อยและไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติในระดับมากที่สุด ปฏิบัติในระดับมาก ปฏิบัติในระดับปานกลาง ปฏิบัติในระดับน้อยและไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ

แปลผลจากระดับช่วงคะแนนการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยใช้หลักการจัดช่วงค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ให้แต่ละระดับมีช่วงคะแนนต่างๆ ดังนี้



ช่วงคะแนนระหว่าง หมายถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังมาก/พฤติกรรมการดูแลตนเองมาก /พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนนระหว่าง $>\bar{X}+S.D.$

หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังปานกลาง/พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง/พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนระหว่าง $>\bar{X}+S.D.$

หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังน้อย/พฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย/พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ และความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (ค่า IOC) ผลการประเมินค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Tryout) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของตำบลม่วงค่อม อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเท่ากับ 0.83, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี จนได้ครบทั้ง 349 คน

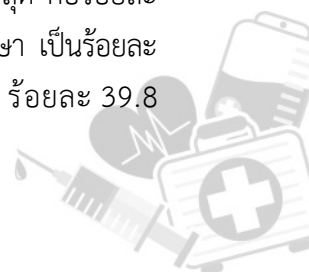
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytics Statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytics Statistics) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นของการทดสอบที่ 95%

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.2 กลุ่มตัวอย่างมี อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.9 ปัจจุบันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เป็นร้อยละ 48.7 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 42.1 มีค่า BMI หรือค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.90 เป็นร้อยละ 33.2 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่เป็นคู่ ร้อยละ 65.9 กลุ่มตัวอย่างมีระดับค่าไตครั้งสุดท้าย CKD stage อยู่ในระยะที่ 2 (stage 2) มากที่สุด คือร้อยละ 46.4 มีการศึกษาชั้นสูงสุดคือประถมศึกษา เป็นร้อยละ 76.5 อาชีพหลักคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.8



มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 177 คน ร้อยละ 50.7 ด้านรายได้และความเพียงพอ นั้น พบว่ารายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 41.8 สถานที่หลักที่ไปรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงคือ โรงพยาบาลในตำบลที่อาศัยอยู่ ร้อยละ 35.8 โดยระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการระหว่าง 1 ถึง 15 กิโลเมตร ร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่มาสถานบริการโดยเดินทางมาด้วยตนเอง ร้อยละ 61.3

2. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (S.D.=0.83) พฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองแยกรายด้านพบว่า มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51, 2.29, 2.69 และ 2.74 ตามลำดับ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า โดยภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (S.D.=0.85) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	การแปลความหมาย
การรับรู้ของผู้ป่วย	3.55	0.83	รับรู้ระดับปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	2.56	0.52	ปฏิบัติปานกลาง
-ด้านการบริโภคอาหาร	2.51	0.48	ปฏิบัติปานกลาง
-ด้านการออกกำลังกาย	2.29	0.85	ปฏิบัติปานกลาง
-ด้านการรับประทานยา	2.69	0.56	ปฏิบัติปานกลาง
-ด้านการดูแลอารมณ์และจิตใจ	2.74	0.86	ปฏิบัติปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	2.91	0.85	มีส่วนร่วมปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่าเพศ โรคประจำตัวระยะเวลาที่ป่วยสถานภาพสมรสอาชีพหลักรายได้ต่อเดือนรายได้และความเพียงพอสถานที่หลักที่รักษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการและการมาสถานบริการ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ส่วนอายุ ค่า BMI ดัชนีมวลกายและการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ปัจจัย	ความสัมพันธ์			การแปลผล
	กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย			
	ค่าไคสแควร์(χ^2)	Cramer's v	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ	5.93	.13	.02	มีความสัมพันธ์
อายุ	9.79	.12	.06	ไม่มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	9.93	.12	.01	มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่ป่วย	20.05	.17	.00	มีความสัมพันธ์
ค่า BMI ดัชนีมวลกาย	6.49	.10	.29	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	16.03	.15	.02	มีความสัมพันธ์
การศึกษา	18.32	.16	.53	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพหลัก	42.83	.25	.00	มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	19.15	.17	.00	มีความสัมพันธ์
รายได้และความเพียงพอ	32.04	.21	.00	มีความสัมพันธ์
สถานที่หลักที่รักษา	34.94	.22	.00	มีความสัมพันธ์
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ	32.93	.22	.00	มีความสัมพันธ์
การมาสถานบริการ	30.22	.21	.00	มีความสัมพันธ์

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .31 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองแยก

รายด้าน พบว่า การบริโภคอาหารการออกกำลังกายการรับประทานยา และการดูแลอารมณ์และจิตใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .21, .22, .48 และ .10 ตามลำดับสำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30 ดังตารางที่



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ปัจจัย	ความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วย		การแปลผล
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.31	.00	มีความสัมพันธ์
การบริโภคอาหาร	.21	.00	มีความสัมพันธ์
การออกกำลังกาย	.22	.00	มีความสัมพันธ์
การรับประทานยา	.48	.00	มีความสัมพันธ์
การดูแลอารมณ์และจิตใจ	.10	.00	มีความสัมพันธ์
การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	.30	.00	มีความสัมพันธ์

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย การศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้และความเพียงพอ สถานที่รักษาหลัก ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ และการมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับ

ระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=value<.05$)

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=value<.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี

ปัจจัย	ความสัมพันธ์			การแปลผล
	กับระดับค่าไตของผู้ป่วย(CKD stage)			
	ค่าไคสแควร์(χ^2)	Cramer's v	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ	5.60	.13	.12	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	35.69	.19	.00	มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	13.27	.14	.05	มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่ป่วย	36.19	.32	.00	มีความสัมพันธ์
ค่า BMI ดัชนีมวลกาย	19.44	.12	.12	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	19.34	.12	.13	ไม่มีความสัมพันธ์
การศึกษา	37.80	.17	.02	มีความสัมพันธ์



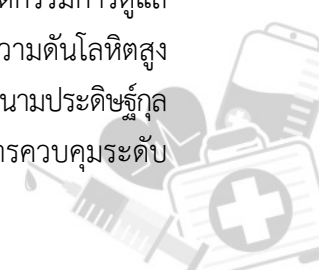
ปัจจัย	ความสัมพันธ์			การแปลผล
	กับระดับค่าไตของผู้ป่วย(CKD stage)			
	ค่าไคสแควร์(χ^2)	Cramer's v	p-value	
อาชีพหลัก	35.98	.16	.07	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือน	26.93	.16	.00	มีความสัมพันธ์
รายได้และความเพียงพอ	44.13	.21	.00	มีความสัมพันธ์
สถานที่หลักที่รักษา	38.47	.17	.00	มีความสัมพันธ์
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ	32.67	.18	.00	มีความสัมพันธ์
การมาสถานบริการ	6.58	.09	.29	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง	9.35	.12	.15	ไม่มีความสัมพันธ์
การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	20.82	.17	.00	มีความสัมพันธ์

อภิปรายผล

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยภาพรวมมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองแยกรายด้านพบว่า มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51, 2.29, 2.69 และ 2.74 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกบ้านจึงมีกิจกรรมงานประจำที่ต้องกระทำตลอดวันทำให้ไม่มีเวลามาสนใจเลือกสรรอาหารที่ควรรับประทานได้ในแต่ละวันและไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพความต้องการมาบริโภคได้และได้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเช่นนี้มานานแต่สุขภาพก็ยังปกติ ซึ่งอิทธิพลความเชื่อและบริบทนิสัยชนบทรอบริเวณเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่ได้รับการถ่ายทอดมาตั้งแต่เกิดจะถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องสำหรับการออกกำลังกายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ต้องใช้แรงงานในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้จนเกิดความเหนื่อยล้าจากภาระงานจึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเป็นแบบแผน แต่ต้องการพักผ่อนมากกว่าที่จะออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุมพร ปุญญโสพรรณ และคณะ (2554)⁵ ศึกษาเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าช้างอำเภอท่าช้างจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าพฤติกรรมป้องกันด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่า เพศ โรคประจำตัวระยะเวลาที่ป่วยสถานภาพสมรสอาชีพหลัก รายได้ต่อเดือนรายได้และความเพียงพอสถานที่หลักที่รักษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการและการมาสถานบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ ค่า BMI ดัชนีมวลกายและการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ผกามาต นามประดิษฐ์กุล (2556)⁶ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับ

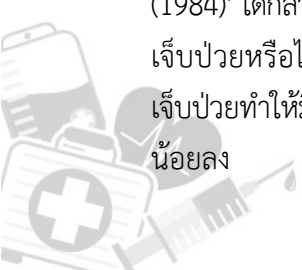


น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและการมีโรคแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรค เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก การมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคมามากขึ้น ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น จะไม่มีความสัมพันธ์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .31 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองแยกรายด้านพบว่า การบริโภคอาหารการออกกำลังกายการรับประทานยา และการดูแลอารมณ์และจิตใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .21, .22, .48 และ .10 ตามลำดับ

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30 อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงดียิ่งขึ้นรวมถึงบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงว่าการกินอาหารหวานมันหรือรสจัดการดื่มสุรา ความอ้วนการมีภาวะเครียดการรับประทานยาบางชนิด ล้วนแล้วแต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสอดคล้องกับ Janz and Becker (1984)⁷ ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นจึงป่วยเป็นโรคน้อยลง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย การศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้และความเพียงพอ สถานที่รักษาหลัก ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ และการมารับบริการ มีความสัมพันธ์กับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคไตเรื้อรัง และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับค่าไตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจะบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายรวมทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลถึงการรับรู้ของบุคคลแตกต่างกัน โดยเฉพาะการรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเอง แม้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถรับรู้เรื่องราวด้านการดูแลตนเองได้จากแหล่งต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย แต่การแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็มีความแตกต่างกันเนื่องจากมีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่แตกต่างกันซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับค่าของไตด้วย ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับ พิศมัย ภูนาเมือง (2551)⁸ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหารซึ่งพบว่า ปัจจัยพื้นฐานไม่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง มีเพียงจำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคแทรกซ้อน และบุคคลที่มาดูแลเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับค่าไต ดังนั้น จึงควรนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการจัดทำแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพให้ทราบถึงข้อมูลเชิงลึกของกลุ่มผู้ป่วย โดยการเพิ่มตัวแปรด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. กัลยาวันชัยบัญชา. **หลักสถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสารจำกัด. 2549.
2. เทพ หิมะทองคำ. **ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ :วิทย์พัฒนจำกัด. 2550
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี. **รายงานผลการปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุข อำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี**. เอกสารอัดสำเนา. 2559.
4. Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. **Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement**. v. 30, 607-610. 1970.
5. อุมพร ปุญญโสพรรณ, ผจงศิลป์ เฟิงมาก และจุฑามาศ ทองต่ำลง. **ความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉางอำเภอท่าฉางจังหวัดสุราษฎร์ธานี**.วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธ, 3(1), 47-60. 2554.
6. ผกามาศ นามประดิษฐ์กุล. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี**.วิทยานิพนธ์,มหาวิทยาลัยมหิดล. 2556.
7. Janz, N.K., Becker, M.H., "The health belief model: A decade later." *Health Education Quarterly*. 11(1), 1-47. 1984.
8. พิสมัย ภูนาเมือง. **ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในจังหวัดมุกดาหาร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2551.



การผ่าตัดฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปากโรงพยาบาลแม่वंก

ปรีดา ประทุมมา ทบ.

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาย้อนหลังถึงผลสำเร็จของการรักษา โดยการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก รุนข้าวอร่อยโดยผู้ป่วยทุกรายมารับการรักษา ที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแม่वंก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 ถึง พฤษภาคม 2560 เฉพาะผู้ที่ได้รับการรักษาและติดตามผล ในช่วง 12 เดือน จำนวน 43 ราย และต่อเนื่องครบ 24 เดือน จำนวน 30 ราย โดยผู้ป่วยทุกราย ได้รับการฝังรากฟันเทียมคนละ 2 ราก และยึดฟันปลอม ผลการรักษาในปีแรกประสบผลสำเร็จทุกราย ในปีที่ 2 มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ต้องดูแลรักษาความสะอาด เนื่องจากมีการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมมากจนน่าเป็นห่วงแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการละลายตัวของกระดูก รอบรากฟันเทียม อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ : รากฟันเทียม, ฟันเทียมทั้งปาก, การละลายตัวของกระดูก





ABSTRACT

This retrospective analytic study aimed to examine the results of implant-retained mandibular overdenture. Samples were patients receiving dental care at dental department, Mae-Wong hospital, Nakhonsawan from January 2015 to May 2017. During the first 12 months, there were 43 patients participating in this project, and 30 patients had fully participated in the end of 24 months. All patients successfully implanted 2 set of mandibular overdenture, in the first year. In the second year, the most patients had the normal rate of bone dissolution, whereasthere were any patients had the higherrate.

Keywords : implant, completed denture, bone dissolution



บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่องทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดว่าประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก 4.02 ล้านคนในปี 2533 เป็น 17.74 ล้านคนในปี 2557 เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.36 เป็นร้อยละ 25.12 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20¹

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60-74 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปากถึงร้อยละ 7.2 และสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น ต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80 ถึง 89 ปีสูญเสียฟันทั้งปากถึงร้อยละ 32.2 และมีความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากถึงร้อยละ 2.5 จากข้อมูล จำนวนผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วง 6 ปีระหว่างปี 2554 ถึง 2559 มีผู้เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากทั่วประเทศจำนวน 243,208 คน จากข้อมูลนี้เห็นได้ว่าในจำนวนผู้รับบริการใส่ฟันทั้งหมดมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการใส่ฟันเทียมเกินกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งโครงการฟันเทียมพระราชทานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในประเทศ เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการสูญเสียฟันจนไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำมาสู่ปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้สูงอายุ²

ในการใส่ฟันเทียมทั้งปากมักมีปัญหาเกิดจากการละลายตัวของกระดูกขากรรไกรหลังจากถอนฟันโดยเฉพาะอย่างยิ่งฟันเทียมขึ้นล่างซึ่งสันเหงือกเล็กและฐานฟันเทียมไม่ได้คลุมพื้นที่มากเหมือนฟันเทียมขึ้นบน³ การจะทำให้ฟันเทียมกระชับขึ้นอาจต้องใช้วิธีเสริมหรือตกแต่งสันเหงือกให้มีรูปร่างที่เหมาะสมรากฟันเทียมเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่ช่วยยึดฟันเทียมไว้กับสันเหงือกได้อีกวิธีหนึ่งโดยการฝังรากฟันเทียมทั้งสองรากตรงในสันกระดูกส่วน

หน้าของขากรรไกรล่าง ซึ่งโดยส่วนมากมักฝังลงในตำแหน่งของเขี้ยวล่างทั้ง 2 ข้าง เมื่อรากฟันเทียมยึดติดกับกระดูกดีแล้วนำตัวยึดฟันเทียมต่อเข้ากับรากฟันเทียมให้โผล่ขึ้นส่วนเหงือกขึ้นมาในช่องปากพร้อมทั้งติดตัวรับที่ฐานในของฐานฟันเทียมเมื่อสวมฟันเทียมลงบนสันเหงือกที่มีตัวยึดจะทำให้ฟันปลอมอยู่กับที่ไมขยับหรือหลุดเมื่อใช้งาน⁴⁻⁸

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติร่วมกับ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 โดยการผลิตรากฟันเทียมระบบชั่วคราวเพื่อฟังให้กับผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากในตำแหน่งขากรรไกรล่าง 2 ตำแหน่ง ซึ่งพบว่าฟันเทียมทั้งปากที่รองรับด้วยรากฟันเทียมมีอัตราการประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

รากฟันเทียมควรได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับฟันธรรมชาติ ผู้ที่มีรากฟันเทียมต้องให้ทันตแพทย์ช่วยดูแลเป็นระยะตามที่ทันตแพทย์นัดหมาย โดยนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือตามความจำเป็น ขึ้นกับ สภาพฟันเทียมและความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ Michele Cappiello และคณะ⁹ พบว่า ค่าเฉลี่ยการละลายตัวของกระดูกในช่วง 1 ปีแรก อยู่ที่ 1.67 mm และจากการศึกษาของ Jemt, Torsten; Lekholm, Ulf ก็พบว่า มีการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม อยู่ที่ 1.2 mm ในช่วงตลอดเวลา 5 ปี¹⁰

ความสำเร็จของรากฟันเทียม มีอยู่หลายวิธี เช่น ความสบายในขณะสวมใส่ไม่เจ็บไม่โยกวัตรองลึกปริทันต์ และวัตรองละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม ในที่นี้ขอกล่าวถึง การวัดความสำเร็จ โดยวิธีใช้ภาพถ่ายรังสีวัตรองละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง การละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแม่वंก



จังหวัดนครสวรรค์จากการประเมิน ด้วยภาพถ่ายรังสี รอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) หรือ ภาพถ่ายรังสี พาโนรามิก (panoramic radiograph)

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาย้อนหลัง retrospective ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรากฟันเทียม เฉลิมพระเกียรติ 7 รอบรุ่นข้าวอร่อย ความยาวรากฟัน 10 mm ขนาดความกว้าง 3.75 mm ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแม่वंกัในระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึง พฤษภาคม 2560 รวมระยะเวลา 2 ปี 5 เดือน จำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมทั้งสิ้น 126 ราย วัตถุประสงค์แรกๆที่เริ่มต้นผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

จำนวนผู้ป่วย ที่รับการรักษาต่อเนื่อง และสามารถ ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก (periapical radiograph) ในช่วง 12 และ 24 เดือน ครบทั้งหมด 30 ราย และ ผู้ป่วยที่มาถ่าย ภาพรังสีพาโนรามิก (panoramic radiograph) ครบที่ 12 เดือน 43 ราย เนื่องจากเริ่มโครงการผู้ป่วย ทายอดรักษาเริ่มต้นแต่ละขั้นตอนไม่พร้อมกัน ในวันเริ่มต้น ผ่าตัดฝังรากฟันเทียมทำได้วันละ 1-2 ราย

ผู้ป่วยทุกคนได้รับการฝังรากฟันเทียมจำนวน 2 ราก ที่บริเวณซี่ฟัน #32 ,33และ# 42,43 ทุกราย รอระยะเวลา ประมาณ 3 เดือนหลังฝังรากเทียมเพื่อให้เกิดการยึดติด ของรากฟันเทียมกับกระดูก (osteointegration) จากนั้น ใส่ฟันเทียมล่างกับรากฟันเทียม และสร้างการยึดติดกับ รากฟันเทียม ด้วยระบบบอลร่วมกับยางโอริงที่มีส่วน

รองรับเป็นฐานอคริลิกเรซินโดยผู้ให้การรักษาคือผู้ทำ การวิจัย เป็นทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมการผ่าตัดฝัง รากฟันเทียมรองรับฟันที่ยึดทั้งปาก รุ่น ข้าวอร่อย จาก สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในระหว่างขั้นตอนการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพ รังสีรอบปลายรากฟันเพื่อประเมินระดับกระดูกรอบ รากฟันเทียมภายหลังการฝังรากฟันเทียม ในช่วงระยะ เวลาต่างๆ กันดังนี้

12 เดือนหลังจาก ยึดรากฟันกับฟันที่ยึด

24 เดือนหลังจาก ยึดรากฟันกับฟันที่ยึด ตัวแปร ที่ศึกษาคือเพศ อายุ ของผู้ป่วย เกณฑ์การวัดการละลายตัว ของกระดูกรอบรากฟันเทียม

คะแนน 0 อยู่ระดับเฟลทพอร์มของรากฟันเทียม ส่วนบนสุดของรากฟันเทียม

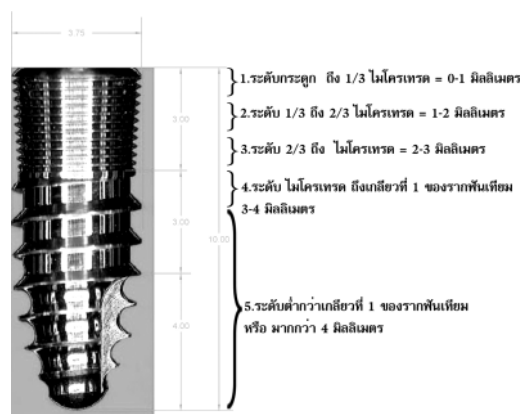
คะแนน 1 ระดับ ไม่เกิน 1/3 ไมโครเทรต หรือ ประมาณ 1 มิลลิเมตร

คะแนน 2 ระดับ 1/3 ถึง 2/3 ไมโครเทรต หรือ ประมาณ 1 -2 มิลลิเมตร

คะแนน 3 ระดับ 2/3 ถึง ไมโครเทรต หรือประมาณ 2-3 มิลลิเมตร

คะแนน 4 ระดับ ไมโครเทรต ถึง เกลียวที่ 1 ของ รากฟันเทียม หรือประมาณ 3-4 มิลลิเมตร

คะแนน 5 อยู่ระดับต่ำกว่า เกลียวที่ 1 ของรากฟัน เทียม หรือมากกว่า 4 มิลลิเมตรวัดจากส่วนบนสุดลงมา แสดงถึงมีการละลายของกระดูกมากที่สุด



ภาพที่ 1 แสดงระดับการให้คะแนนการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม



แล้วนำค่าคะแนน การละลายของกระดูกมาเทียบกับ
ข้อตกลงเกณฑ์วัดความสำเร็จของรากฟันเทียมที่ปี
ปี 200711 ตามนี้

I. Success (Optimum health)

- a) No pain or tenderness upon function
- b) No mobility
- c) <2 mm radiographic bone loss from initial surgery

- d) No exudate history

II. Satisfactory Survival

- a) No pain on function
- b) No mobility
- c) 2-4 mm radiographic bone loss
- d) No exudate history

III. Compromised Survival

- a) May have sensitivity on function
- b) No mobility
- c) Radiographic bone loss > 4 mm (less than 1/2 of implant body)

- d) Probing depth >7 mm
- e) May have exudate history

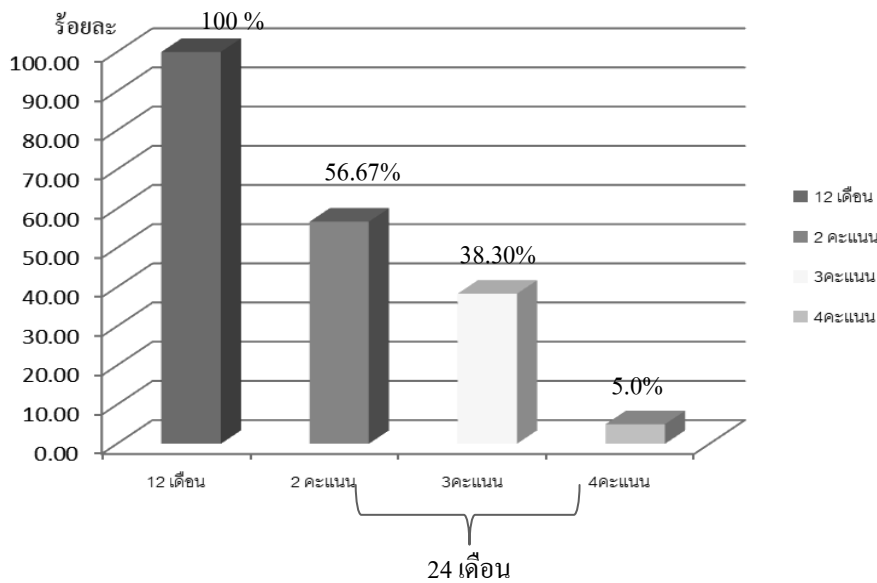
IV. Failure (Clinical or absolute failure)

Any of the following

- a) Pain on function
- b) Mobility
- c) Radiographic bone loss > 1/2 length of implant
- d) Uncontrolled exudates
- e) No longer in mouth

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ได้รับการรักษา
ต่อเนื่องและสามารถถ่ายภาพรังสีในช่องปาก (periapical
radiograph) ในช่วง 12 และ 24 เดือนครบทั้งหมด 30 ราย
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 และเพศชาย ร้อยละ 20 อายุ
เฉลี่ย 68.6 ปี อายุต่ำสุด 52 อายุสูงสุด 100 ปี



การตรวจพบการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม
ดังนี้ผลในช่วง 12 เดือน ค่าเฉลี่ยวัดได้ คะแนน 2.0
ที่ SD = 0.00 ทุกรากมีการละลายตัวระดับ 1/3 ถึง 2/3
ไมโครเมตร หรือประมาณ 1-2 มิลลิเมตรแสดงให้เห็น
ว่าผู้ป่วย ทั้งหมดในปีแรก มีการละลายตัวของกระดูก
รอบรากฟันเทียม อยู่ในช่วง 1-2 mm อยู่ในเกณฑ์
ที่ประสบผลสำเร็จ

ผลในช่วง 24 เดือน ค่าเฉลี่ยวัดได้ คะแนน 2.47
ที่ ค่า SD = 0.57

คะแนน 4 จำนวน 3 ราก คิดเป็นร้อยละ 5.0
มีการละลายตัวระดับ ไมโครเมตร ถึง เกลียวที่ 1 ของ
รากฟันเทียม หรือประมาณ 3- 4 มิลลิเมตรแสดงให้เห็นว่า
วิธีการละลายตัวของ กระดูก อยู่ในช่วง ที่น่าเป็นห่วง
ที่สุด ซึ่งสาเหตุหลัก เกิดจาก การดูแล รักษาความสะอาด
บริเวณรอบรากฟันเทียม ซึ่งในกลุ่มนี้มีโอกาสล้มเหลวได้
คะแนน 3 จำนวน 23 ราก คิดเป็นร้อยละ 38.3 มีการ

ละลายตัวระดับ 2/3 ถึงไมโครเมตรหรือประมาณ 2-3
มิลลิเมตรในกลุ่มนี้ มีถึงร้อยละ 38.3 ซึ่ง เป็นกลุ่มที่ต้อง
เฝ้าระวัง ให้ดูแลทำความสะอาด บริเวณรอบรากฟันเทียม

คะแนน 2 จำนวน 34 รากคิดเป็นร้อยละ 56.67
มีการละลายตัวระดับ 1/3 ถึง 2/3 ไมโครเมตร หรือ
ประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ซึ่งมีของกระดูก อยู่ในเกณฑ์
ประสบผลสำเร็จดีจัดว่าเป็น กลุ่มที่ต้อง ให้คำแนะนำ
ดูแล รักษาความสะอาด ให้คงอยู่ในระดับนี้

โดยปกติ รากฟันเทียม จะ มีการละลายตัวของ
กระดูก รอบรากฟันเทียม เฉลี่ย ในปีที่ 2 และปีต่อไป
0.1 ถึง 0.2 มิลลิเมตร ขึ้นกับ การดูแลรักษา ความสะอาด
ของผู้ป่วย มีการศึกษา ส่วนใหญ่ ค้นพบว่า รากฟันเทียม
ที่ประสบผลสำเร็จ จะมีการละลายตัวของกระดูก รอบ
รากฟันเทียม ในรอบปีแรก เฉลี่ย ไม่เกิน 1.5 มิลลิเมตร
และ ในปีต่อไป จะไม่เกิน 0.2 มิลลิเมตรต่อปี¹²⁻¹⁴

ตารางที่ 1 แสดงการประเมินภาพรังสีพานอราไมค หลังจากการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมรองรับฟันปลอมทั้งปากณ
เวลา 12 เดือน (N=43)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
Radiographic Evaluation	85 ราก
ระดับกระดูกในภาพถ่ายรังสี	
- พบ bone loss ตั้งแต่ bone level ถึง 1/3 ของ implant length	39 ราก
ร่วมกับพบเกลียวของ ball attachment ขยับได้	ไม่พบ
- Peri-Implant Radiolucency	

ตารางที่ 1 พบว่าการประเมินภาพถ่ายรังสี
พานอราไมค จะพบว่า ใน 1 ปีแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการ
ละลายตัวของกระดูก ไม่เกิน 3.3 มิลลิเมตร ซึ่งอยู่ในระดับ

ที่ยอมรับได้แต่เนื่องจาก การถ่ายภาพรังสีพานอราไมค
ในผู้ป่วยไม่มีฟัน มักจะไม่ได้มุมเดิม ซึ่งเป็นข้อจำกัด
ที่ทำให้ยาก



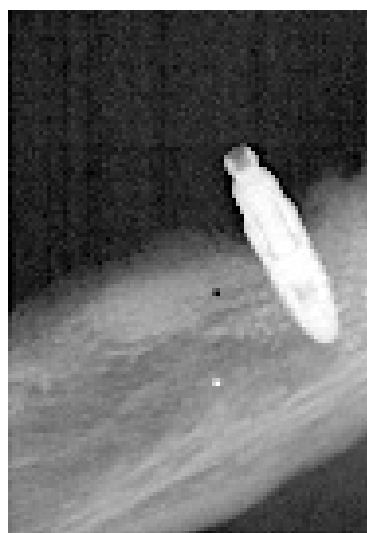
ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินสภาวะปริทันต์ รอบรากฟันเทียม Peri-Implant evaluation ที่ 24 เดือน

ข้อความ	ค่า (เฉลี่ย)
Peri-implant evaluation	
Plaque index (PI score 0-3)	0.51
Bleeding index (BI score 0-3)	0.43
Gingival index (GI score 0-3)	0.34
Keratinized Mucosa (KM, mm) Buccal และ lingual	2.16

ตารางที่ 2 พบว่า ภาวะปริทันต์ รอบรากฟันเทียม ส่วนใหญ่ อยู่ในเกณฑ์ มีคราบจุลินทรีย์ และมีเลือดออก เล็กน้อย อยู่ในช่วง 1 ถึง 2 ด้าน จากทั้งหมดสี่ด้านของ รากฟันเทียม และสภาวะความกว้างของ เนื้อเยื่อ keratinized mucosa ยัง อยู่ใน ระยะปกติ

บทวิจารณ์

ในระยะ 24 เดือน ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มี แนวโน้มที่จะล้มเหลวในการรักษา เนื่องจากไม่มีการดูแล รักษาความสะอาด และมีการละลายตัวของกระดูก รอบรากฟันเทียม มากกว่า 4 มิลลิเมตร จึงจำเป็นต้องควบคุมดูแลทำความสะอาด รอบรากฟันเทียม ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วย 2 ราย ที่รากฟันเทียมหลุด 1 ข้างหลัง การติดตามผล 12 เดือน สาเหตุเกิดจาก การดูแลทำความสะอาด ได้ไม่ดี และเคยสูบบุหรี่มาก



ภาพที่ 2 แสดงภาพให้เห็นการละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียมในระดับ 2-3 มิลลิเมตร ในรายที่ดูแลความสะอาดไม่ดี

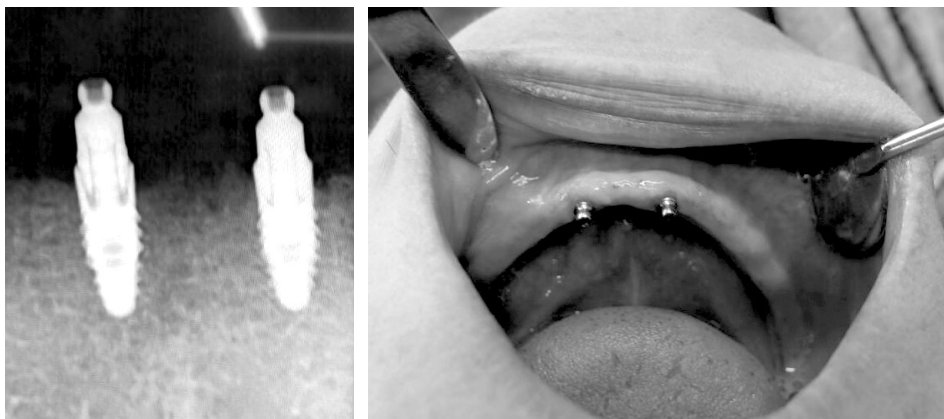




ภาพที่ 3 แสดงการสะสมของคราบจุลินทรีย์รอบรากฟันเทียม

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแล ทำความสะอาดบริเวณ
รอบรากฟันเทียมได้ไม่ดี ปล่อยให้คราบจุลินทรีย์มาเกาะ
จะพบว่า กระจกครอบรากฟันเทียม มีการละลายเร็วกว่า
ปกติ สอดคล้องกับรายงานของ Lindquist และคณะ¹⁴
จึงเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ที่ต้องให้ผู้ป่วยทำความสะอาด
ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ใช้แปรงขนอ่อน ทำความสะอาด
ส่วนยึดรากฟันเทียม 2 ใช้ยาสีฟันชนิดครีมที่มีผงขัด
ละเอียด เพื่อไม่ให้เกิดรอยขีดข่วนที่ผิวรากฟันเทียม หรือ

ใช้ผ้าก๊อช เช็ดถูไปมา และใช้สำลีชุบน้ำยาบ้วนปาก
chlorhexidine รอบรากฟันเทียม และตรวจหาจุด
บกพร่อง ในบริเวณที่ยังทำความสะอาดได้ไม่ดี รวมถึง
การตรวจสอบการสบฟัน การเสริมฐานฟันเทียมให้
แนบสนิทกับสันเหงือก และตรวจสอบการใช้งานของ
ฟันเทียม นับเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อการลดการละลายตัว
ของกระจกครอบรากฟันเทียมอีกด้วย***¹⁵⁻¹⁷



ภาพที่ 4 แสดงการละลายตัวของกระจกครอบรากฟันเทียมในระดับ 1-2 มิลลิเมตร แม้ผ่านไป 24 เดือน ในรายที่ดูแลทำความสะอาดได้ดี

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาของรากฟันเทียม ที่พบ
ส่วนใหญ่ นอกจากการดูแลทำความสะอาด คือ เกลียว
ระหว่าง รากฟันเทียม และหลักยึดมักหลวมขยับได้ พบถึง
ร้อยละ 45.34 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ zembic
และคณะ¹⁸ซึ่งเป็นสาเหตุของการ สะสม คราบจุลินทรีย์
บริเวณ ใต้หลักยึด ที่ทำให้เกิดการละลายตัวของรากฟัน
มากขึ้น และรากฟันเทียม ในระบบนี้ยังต้องรองรับแรง

จากฟันเทียม ทั้งปากจึงจะมีการ เคลื่อนไหวในทุกทิศทาง
มากกว่า รองรับฟันเทียมชนิดติดแน่น จำเป็นต้องตรวจสอบ
และขันเกลียว บริเวณหลักยึด ทุกครั้ง

keratinized mucosa คือ บริเวณเหงือกที่อยู่
กึ่งกลางสันกระดูก จะมีลักษณะสีซีด และแน่น ซึ่งมีผลต่อ
ความสำเร็จของรากฟันเทียม เนื่องจากเป็นบริเวณที่
มีความแข็งแรงต้านทานต่อการอักเสบได้ดี เมื่อเทียบกับ



เหงือกบริเวณอื่นๆ จากการศึกษา long and loe1972¹⁹ พบว่า มนุษย์ทั่วไปส่วนใหญ่ควรมีความกว้างของ keratinized mucosa อย่างน้อยที่สุด 2 มิลลิเมตร bouri 2008²⁰ ได้รายงานค้นพบว่า เหงือกที่มีความกว้างของ keratinized mucosa มากกว่า 2 มิลลิเมตร ที่มีการฝังรากฟันเทียม จะพบว่า มี plaque gingival index, ค่า periodontal probe และการละลายตัวของกระดูกน้อยกว่า ผู้ที่มีความกว้างของเหงือกบริเวณ keratinized mucosa น้อยกว่า 2 mm อย่างมีนัยสำคัญการคัดเลือกผู้ป่วย ที่มีความกว้างของ keratinized mucosa ที่มีความกว้างอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร ซึ่งจะง่าย ต่อการดูแลรักษาทำความสะอาด บริเวณหลักยึดของรากฟันเทียม นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่ง ต่อความสำเร็จ ใน การรักษา

สรุป

การละลายตัวของกระดูกรอบรากฟันเทียม ในระยะ 12 เดือน อยู่ในระดับที่ประสบผลสำเร็จ แต่เมื่อเวลาผ่านไป 12 เดือน เมื่อมีการละลายของกระดูกรอบ

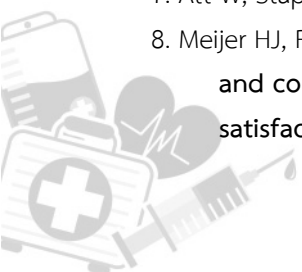
รากฟันเทียมมากขึ้น ร้อยละ 38.3 อยู่ในกลุ่มที่ต้องให้ดูแลทำความสะอาด และ ร้อยละ 5 มีการละลายของกระดูก รอบรากฟันเทียม อยู่ใน ช่วง 3-4 มิลลิเมตร เริ่มจะมีโอกาสล้มเหลวในการรักษา ได้บทบาทของทันตแพทย์ในการดูแล แนะนำ ให้ผู้ป่วยดูแลรักษาทำความสะอาดบริเวณรอบรากฟันเทียม ซึ่งมีปัจจัยอื่นๆ ที่จะบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการรักษา เช่น ความสบายในการใส่ฟันเทียม ระดับร่องลึกปริทันต์ เป็นต้น ซึ่งยังต้องมีการติดตามผล ในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์วงศ์วุฒิ รอดประเสริฐ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่ให้คำปรึกษา และ คณะ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลแม่वंก์ ทุกท่าน ที่ช่วยเก็บรวบรวม เอกสารข้อมูลต่างๆ ประกอบการ วิจัยในครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. ชมพูนุท พรหมภักดี.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย.วารสาร สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปีที่ 3 ฉบับที่16 สิงหาคม 2556.
2. ช่างประชาสัมพันธ์ส่วนกลาง.กรมอนามัย สํารวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ท่วงลดปัญหาฟันผุ และแก้ปัญหสุขภาพช่องปากคนไทย.วันที่ 12 มิ.ย. 2560
3. Redford M, Drury TF, Kingman A, Brown LJ. Denture Use and Technical Quality of Dental Prosthesis Among Persons 18-74 Years of Age: United States 1988-1991. J Dent Res. 1996;75:714-25.
4. Zitzmann NU, Sendi P, Marinello CP. An economic evaluation of implant treatment in edentulous patients-preliminary results. Int J Prosthodont. 2005;18:20-7.
5. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31:161-8.
6. Thomason JM, Lund JP, Chehade A, FeineJS.Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery. Int J Prosthodont. 2003;16:46773.
7. Att W, Stappert C. Implant therapy to improve quality of life. Quintessence Int.2003;34:573-81.
8. Meijer HJ, Raghoobar GM, Vanút Hof MA. Comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional complete dentures: a 10-year prospective study of clinical aspects and patient satisfaction. Int J Oral maxillofac Implants. 2003;18:879-85.



9. Michele Cappiello, Roberto Luongo, Donato Dilorio, Renato Celletti. **Evaluation of peri-implant bone loss around platform-switched implants.** *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008 Aug;28(4):347-55.
10. Jemt, Torsten; Lekholm, Ulf. **Implant Treatment in Edentulous Maxillae: A 5-Year Follow-up Report on Patients With Different Degrees of Jaw Resorption.** *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.* May/Jun 1995, Vol. 10 Issue 3, p17-33
11. Misch CE, Perel ML, Wang HL, Sammartino G, Galindo-Moreno P, Trisip, et al. **Implant success, survival, and failure: the International Congress of Oral Implantologists (ICOI) Pisa Consensus Conference.** *Implant Dent.* 2008;17:5-15.
12. Wedgwood D, Jennings KJ, Critchlow HA, Watkinson AC, Shepherd JP, Frame JW, et al. **Experience with ITI osseointegrated implants at five centres in the UK.** *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992;30; 37- 81.
13. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. **The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success.** *Int J Oral and Maxillofac Implants.* 1986;1:11-25.
14. Lindquist LW, Carlson GE, Jemt T. **A prospective 15 years follow-up study of mandibular fixed prostheses supported by osseointegrated implants. Clinical results and marginal bone loss.** *Clin Oral Implants Res.* 1996;7:329-36.
15. Karoussis IK, Muller S, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Lang NP. **Association between periodontal and peri-implant conditions: a 10-year prospective study.** *Clin Oral Implants Res.* 2004;15:1-7
16. Sison S G. **Implant maintenance and the dental hygienist.** *BDJ.* 2007; 202 (3): 123-129. 3.
Chee W and Jivraj S. **Failures in implant dentistry.** *Periodontol 2000.* 1998; 17: 63-76.
17. Chen S, Darby I. **Dental implants: maintenance, care and treatment of peri-implant infection.** *Aus Dent J.* 2003; 48 (4): 212-220.
18. Zembic A, Kim S, Zwahlen M, et al. **Systematic Review of the Survival Rate and Incidence of Complications of Single Implant Abutments Supporting Fixed Prostheses.** *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants* 2014; 29: 99-116.
19. NIKLAUS P. LANG, HARALD LÖE. **The Relationship Between the Width of Keratinized Gingiva and Gingival Health** *J Periodontol.* 1972 Oct;43(10):623-7.
20. Bouri A Jr1, Bissada N, Al-Zahrani MS, Faddoul F, Nounehi. **Width of keratinized gingiva and the health status of the supporting tissues around dental implants.** *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008 Mar-Apr;23(2):323-6.



การเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังต่อภาวะโภชนาการ
ของเด็กนักเรียนกลุ่มวัยเรียนกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

Comparision of the effect of empowerment process on nutrition status, school age
and teenage students who're overweight.

พิชชาگانต์ วิเชียรกัลยารัตน์*¹

ศรินนา แสงอรุณ*²

เพิ่มศักดิ์ รุ่งจิรารัตน์*³

Pichakarn Wichiankanyarat*¹

Sarinna Sangaroon*²

Permsak Rungchirarat*³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่ม 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มวัยเรียนกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มวัยเรียนคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 จำนวน 119 คนและกลุ่มวัยรุ่นคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 จำนวน 62 คน วิธีการศึกษาคือ ประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการเสริมพลังให้นักเรียนเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการศึกษาที่ 1 เดือน และ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกน้ำหนักส่วนสูง แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบที่ paired T-test, Independent T-test และ Repeated measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยหลังติดตามผลที่ 1 เดือนและ 3 เดือนพบว่านักเรียนกลุ่มวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการไปในทางที่ดีขึ้นคือมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ครั้ง โดยจำนวนนักเรียนที่มีดัชนีมวลกายลดลงคิดเป็นร้อยละ 74.19 และร้อยละ 87.10 ตามลำดับส่วนนักเรียนกลุ่มวัยเรียนหลังรับการอบรม 1 เดือน มีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีจำนวนนักเรียนที่มีดัชนีมวลกายลดลงคิดเป็นร้อยละ 59.66 และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่เมื่อติดตามไปที่ 3 เดือน กลับพบว่านักเรียนมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นโดยมีจำนวนนักเรียนที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 63.03 เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย ณ ช่วงเวลาเดียวกันพบว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

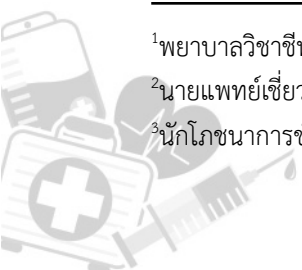
สรุป กระบวนการเสริมพลังนี้สามารถใช้ได้ผลดีในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนกลุ่มวัยเรียนอาจจะต้องมีการกระตุ้นติดตามและเสริมพลังให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะๆ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยอื่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

คำสำคัญ : กระบวนการเสริมพลัง, ภาวะโภชนาการเกิน, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

²นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

³นักโภชนาการชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์



ABSTRACT

This Quasi Experimental Research aimed to Compare the effect of empowerment process on nutrition status, among school age and teenage students who're overweight. Using purposive sampling, 119 grade 4-5 school age students and 62 grade 10-11 teenage students with overweight. Workshop on 2 groups student with empowerment process. Questionnaires were distributed to samples. Data were analyzed using paired T-test , Independent T-test, Repeated measure ANOVA and determined statistic significant at $p < 0.05$.

The results were : teenage students' BMI significant decreased at 1st. and 3rd. month, school age students also significant decreased at 1st month but significant increased at 3rd. month. There were different BMI changing when I serial compared means 2 groups at the same time.

Conclusion and recommendation: empowerment process more effected to teenage students who're overweight than school age students. Researchers should apply empowerment process to other age groups.

Keywords : empowerment process, overweight, school age students and teenage students.

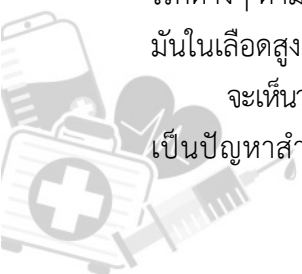


บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นภัยเงียบที่พบมากขึ้นในเด็กและเยาวชนไทย เป็นภาวะที่เกิดจากการที่เด็กได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการของร่างกายและเก็บสะสมพลังงานนั้นไว้ในร่างกายในรูปของไขมันที่เพิ่มขึ้น สาเหตุมักเกิดจากกรรมพันธุ์ แรกเกิดเด็กมีน้ำหนักมาก รับประทานจุบจิบ รับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันมาก และมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การมีภาวะโภชนาการเกินส่งผลเสียถึงสุขภาพกายคือทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมาเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ตับอักเสบ ภาวะอ้วน น้ำอ้วน นอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจคือถูกเพื่อนๆ ล้อ ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ทำให้ขาดความมั่นใจ แยกตัวและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลเสียทางด้านสติปัญญาด้วยคือเด็กอ้วนมักมีภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับทำให้สมองขาดออกซิเจนเป็นช่วงๆ เวลานอนหลับจะหลับไม่สนิท ทำให้ง่วงเวลากลางวัน ซึ่งมีผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กและการพัฒนาสมอง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2557) สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรปี 2556 พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยมีสัดส่วนของการบริโภคอาหารมื้อหลัก 3 มื้อที่ลดลงถึงร้อยละ 0.5 ทำให้เกิดภาวะโภชนาการบกพร่อง โดยส่วนใหญ่มักจะงดอาหารมื้อเช้าด้วยเหตุผลต่างๆ เช่นต้องตื่นแต่เช้าเร่งรีบไปเรียนหรือทำงานไม่มีเวลาพอสำหรับการเตรียมอาหารเช้า บางคนงดอาหารเช้าด้วยเหตุผลที่ต้องการลดน้ำหนักซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด เนื่องจากการงดกินอาหารเช้าจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำช่วงสายของวันจะรู้สึกหิวมีอาการหงุดหงิด คิดอะไรไม่ออกไม่มีสมาธิในการเรียนหรือทำงานและจะหันมารับประทานอาหารอื่นเช่นขนม ซึ่งมีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูงแทน ทำให้อ้วนเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

จะเห็นว่าภาวะโภชนาการเกินในเด็กและเยาวชนไทยเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องการการแก้ไข

อย่างเร่งด่วนเนื่องจากเด็กและเยาวชนเหล่านี้จะต้องเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ในวันหน้า หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ได้ผู้ใหญ่ที่มีโรคต่างๆ มากมายในอนาคตจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่ามีเด็กมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10.5 เป็น 17.4 (เพ็ญศรีเปลี่ยนขำ, บุญยง เกี้ยวการค้าและสิน พันธุ์พินิจ: 2553) ปี พ.ศ. 2549 ทั่วโลกมีเด็กที่เป็นโรคอ้วนประมาณ 30-45 ล้านคน ส่วนข้อมูลของประเทศไทยปี พ.ศ. 2541 พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 12 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2554 ในจำนวนดังกล่าว พบว่าร้อยละ 5.4 เป็นโรคอ้วน (पुलิวิช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง : 2555) และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 ในเด็กอนุบาลส่วนเด็กอายุ 6-11 ปีที่มีภาวะโภชนาการเกินเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักกับส่วนสูง พบร้อยละ 11.5 ส่วนที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ปี 2558 พบเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 21.3 ของเด็กนักเรียนทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยเฉพาะระดับประถมศึกษาพบร้อยละ 22.5 จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามมา โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 10 วิธีการแก้ไขภาวะโภชนาการเกินในเด็ก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2557) มีหลายวิธีได้แก่การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่เด็ก เพื่อให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารด้วยตนเอง การตัดอาหารรับประทานให้น้อยลงโดยการตักครั้งแรกควรตักให้น้อยกว่าปริมาณที่แนะนำและครั้งที่สองจึงตักในส่วนที่เหลือ การเปลี่ยนแปลงการรับประทานนมจากนมหวานเป็นนมพร่องมันเนยหรือนมรสจืด และการจัดให้เด็กมีการออกกำลังกายทุกวันๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาที กรณีที่เด็กมีภาวะโภชนาการเกินจนถึงระดับอ้วน ควรส่งเด็กไปพบแพทย์ เพื่อตรวจดูภาวะแทรกซ้อน ถ้าเด็กมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เด็กจะต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ จะเห็นว่าการแก้ไขหรือการจัดการภาวะโภชนาการเกินของเด็กมีหลายวิธี แต่วิธีที่ได้ผลและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



อย่างยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเสริมพลัง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเองมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้ (กุนนที พุ่มสงวน : 2557) การจัดการภาวะโภชนาการเกินของเด็กด้วยกระบวนการเสริมพลังนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ แบ่งปันความรู้ สะท้อนให้ดู ชูภาพฝัน และเสริมพลังความมั่นใจซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีความเชื่อมโยงต่อกันดังนี้คือกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมให้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกันในกลุ่มเด็กเพื่อให้เด็กรู้จักกัน มีความคุ้นเคยกัน กล้าแสดงออก กิจกรรมแบ่งปันความรู้เป็นการสนับสนุนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินให้กับเด็ก ทั้งเรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน ภัยอันตรายต่างๆที่จะตามมา การรักษา การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อย้ำเตือนองค์ความรู้เดิมที่เด็กเคยได้รับมา กิจกรรมสะท้อนให้ดูเป็นการแสดงบทบาทสมมุติให้เด็กเห็นโทษภัยของการมีภาวะโภชนาการเกิน อันก่อให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามมา ตามด้วยกิจกรรมชูภาพฝันเป็นกิจกรรมที่让孩子สร้างจินตนาการว่าภาพลักษณ์ที่เด็กอยากเห็น อยากเป็นในอนาคตเป็นอย่างไรแล้วตั้งเป้าหมายไว้ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น และปิดท้ายด้วยการเสริมพลังความมั่นใจให้กับเด็ก โดยให้เด็กได้เข้าฐานทำกิจกรรม เปิดโอกาสให้เด็กได้คิด ได้ตัดสินใจและตั้งศักยภาพของตนเองออกมาใช้ให้เต็มที่ หลังจากทำกิจกรรมแล้วมีการสรุปบทเรียนและเสริมความมั่นใจในสิ่งที่เด็กคิดหรือทำ ให้เห็นว่าเด็กสามารถทำได้จริงถ้ามีความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับการมีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะทำคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลสุขภาพวัยรุ่นแบบองค์รวม มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นมีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อเป็นการสร้างรากฐานสำคัญของการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในวัยทำงานและวัยสูงอายุเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดและโครงสร้างของร่างกาย โดยปี 2556 ได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพเรื่อง การจัดการ

น้ำหนักเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยกระบวนการเสริมพลังให้กับเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาโรงเรียนสตรีนครสวรรค์พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักเกินส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีจำนวนเด็กอ้วนที่มีน้ำหนักลดลงคิดเป็น ร้อยละ 43.2

การดำเนินการดังกล่าว เป็นการดำเนินการในกลุ่มเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่สนใจและให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์ มีความรักสวย รักงาม และต้องการความเป็นที่ยอมรับของสังคม การลดน้ำหนักเพื่อให้ภาพลักษณ์ดูดีเป็นที่ยอมรับของหมู่เพื่อนๆ จึงเป็นเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของเด็กพอดี ทำให้เด็กมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักจึงประสบความสำเร็จ แต่สำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินระดับประหมศึกษาเป็นวัยที่ให้ความสนใจกับการเล่นเป็นส่วนใหญ่ ความสนใจต่อรูปร่างและภาพลักษณ์มีค่อนข้างน้อย ซึ่งส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนกลุ่มวัยรุ่นกับวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน จึงจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น โดยเด็กวัยเรียนศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 ของโรงเรียนอนุชนวัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์และเด็กวัยเรียนศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 ของโรงเรียนโพธิสารศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ซึ่งโรงเรียนทั้งคู่มีลักษณะและบริบทที่คล้ายกันคือ เป็นโรงเรียนเอกชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนระดับวัยรุ่นกับระดับวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่ม 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Pretest-posttest two group design) ที่ 1 และ 3 เดือน



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาคั้งนี้ คือ นักเรียนวัยเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 โรงเรียนอนุชนวัฒนาอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์และนักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 โรงเรียนโพธิสารศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กนักเรียนวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยเด็กวัยเรียนคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 โรงเรียนอนุชนวัฒนาอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 119 คนและเด็กวัยรุ่นคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 โรงเรียนโพธิสารศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์จำนวน 62 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-5 โรงเรียนอนุชนวัฒนาอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ทุกคน ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 119 คน
2. นักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 โรงเรียนโพธิสารศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ทุกคน ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 62 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เด็กนักเรียนวัยเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนอนุชนวัฒนาและเด็กนักเรียนวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 โรงเรียนโพธิสารศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป
2. สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว
3. เด็กนักเรียนยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

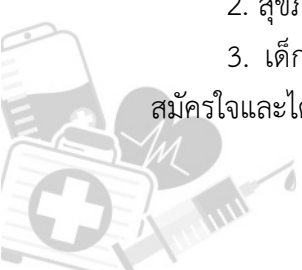
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม จากตำราและงานวิจัยต่างๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและบันทึกน้ำหนัก/ส่วนสูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องโภชนาการเป็นแบบถูก-ผิด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเพื่อวัดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของเด็กนักเรียนคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบโดยวิธีการค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งพบว่าแต่ละข้อมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.80 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 และมัธยมศึกษาปีที่ 4-5 โรงเรียนเอกชนในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.73 ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานโรงเรียนเป้าหมายและผู้ปกครองเพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรม และเก็บข้อมูล
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ให้แก่เด็กนักเรียนกลุ่มเป้าหมายโดยจัดเป็นฐานกิจกรรม ได้แก่ ฐานชื้อปกระจาย ฐานขยับจับเรียง ฐานสุขภาพฝัน ฐานฮีตฮีตสู้ และฐานทำให้ลอง (ห้วงมหาสนุก)และดำเนินการเก็บข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้
 - 3.1 ก่อนรับการอบรมประเมินความรู้ และ



พฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบสอบถามและตรวจวัดดัชนีมวลกาย

3.2 หลังการอบรมประเมินความรู้ซ้ำด้วยแบบสอบถาม

3.3 ติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบสอบถามหลังการอบรม 3 เดือน

3.4 ตรวจวัดดัชนีมวลกายหลังการอบรม 1 เดือน และ 3 เดือน

4. ตรวจทานความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุด

5. จัดทำคู่มือลงรหัส และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน 2 ครั้ง (Double Data entry)

6. นำข้อมูลที่บันทึกเรียบร้อยแล้ว มาทำการตรวจสอบความตรงกัน และปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนกลุ่มวัยเรียนกับกลุ่มวัยรุ่น การเปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้สถิติ paired T-test การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent T-test และ MANOVA และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผลการวิจัย พบว่านักเรียนวัยเรียนมีอายุเฉลี่ย 10.44 ปี (sd 1.07) โดยส่วนใหญ่อายุ 9-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.26 รองลงมาอายุ 11-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.74 ส่วนนักเรียนวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 16.20 ปี (sd 0.72)

โดยส่วนใหญ่อายุ 16 และ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.94 เท่ากัน ที่เหลือ อายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.13

2. ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังดำเนินการอบรมภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับวัยเรียน หลังรับการอบรม 1 เดือน พบว่าดีขึ้น คือมีดัชนีมวลกายระดับสมส่วนและท้วมเพิ่มขึ้น โดยสมส่วนจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 6.72 และท้วมจากร้อยละ 26.05 เป็นร้อยละ 27.73 อ้วนระดับ 1 และ 2 ลดลง โดยอ้วนระดับ 1 จากร้อยละ 61.34 เป็นร้อยละ 55.46 และอ้วนระดับ 2 จากร้อยละ 12.61 เป็นร้อยละ 10.08 ตามลำดับแต่เมื่อติดตามผลไปที่ 3 เดือน กลับพบว่านักเรียนมีภาวะโภชนาการแย่ลง โดยมีดัชนีมวลกายกลับเพิ่มขึ้นจาก 1 เดือน คือมีดัชนีมวลกายระดับสมส่วนและท้วมลดลง โดยสมส่วนจากร้อยละ 6.72 เป็นร้อยละ 4.20 และ ท้วมจากร้อยละ 27.73 เป็นร้อยละ 18.49 อ้วนระดับ 1 และ 2 เพิ่มขึ้น โดยอ้วนระดับ 1 จากร้อยละ 55.46 เป็นร้อยละ 60.50 และ อ้วนระดับ 2 จากร้อยละ 10.08 เป็นร้อยละ 16.81 ตามลำดับ โดยที่ 1 เดือน นักเรียนวัยเรียนส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายลดลง คิดเป็นร้อยละ 59.66 แต่ที่ 3 นักเรียนวัยเรียนส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 63.03

ส่วนกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการไปในทางที่ดีขึ้นดัชนีมวลกายลดลงทั้งที่ 1 เดือนและ 3 เดือน คือมีท้วมและสมส่วนเพิ่มขึ้น อ้วนระดับ 1 และ 2 ลดลง โดยมีดัชนีมวลกายระดับสมส่วนและท้วมเพิ่มขึ้น คือสมส่วนจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 1.61 และ 3.22 และท้วมจากร้อยละ 22.58 เป็นร้อยละ 27.42 และ 41.93 ตามลำดับ อ้วนระดับ 1 และ 2 ลดลง คืออ้วนระดับ 1 จากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 46.77 และ 32.25 และอ้วนระดับ 2 จากร้อยละ 27.42 เป็นร้อยละ 24.19 และ 22.58 ตามลำดับโดยนักเรียนวัยรุ่นส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายลดลงทั้งที่ 1 เดือนและ 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.19 และ 87.10 ตามลำดับ



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของนักเรียนวัยเรียนและวัยรุ่น ก่อนและหลัง
รับการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน (n=119 คน, n=62คน)

การเปรียบเทียบ	BMI เท่าเดิม		BMI เพิ่มขึ้น (ติดลบ)		BMI ลดลง (บวก)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วัยเรียน						
ก่อน กับ หลัง 1 เดือน	1	0.84	47	39.49	71	59.66
ก่อน กับ หลัง 3 เดือน	-	-	75	63.03	44	36.97
วัยรุ่น						
ก่อน กับ หลัง 1 เดือน	7	11.29	9	14.52	46	74.19
ก่อน กับ หลัง 3 เดือน	3	4.84	5	8.06	54	87.10

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบดัชนีมวลกายเฉลี่ยของนักเรียนวัยเรียนและวัยรุ่น ก่อนและหลังรับการอบรม
1 เดือน และ 3 เดือน (n=119 คน, n=62คน)

การเปรียบเทียบ		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ผลต่าง	t	df	Sig.
วัยเรียน							
คู่ที่ 1	BMI ก่อน	26.79	2.81	0.47	3.89	118	0.00
	BMI หลังอบรม 1 เดือน	26.32	3.01				
คู่ที่ 2	BMI ก่อน	26.79	2.81	-0.46	-2.17	118	0.03
	BMI หลังอบรม 3 เดือน	27.25	3.12				
วัยรุ่น							
คู่ที่ 1	BMI ก่อน	28.27	4.44	0.80	2.56	61	0.01
	BMI หลังอบรม 1 เดือน	27.47	5.11				
คู่ที่ 2	BMI ก่อน	28.27	4.44	1.12	8.10	61	0.00
	BMI หลังอบรม 3 เดือน	27.15	4.40				

p-value \leq 0.05



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการก่อนและหลังรับการอบรม 1 เดือนและ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA

		SS	df	MS	F	Sig
ภาวะโภชนาการ	ภายในกลุ่ม	50.518	1	50.518	25.726	.000
	ระหว่างกลุ่ม	86.99	179	86.99		
รวม		137.508	180	137.508		

p-value<.001 , ss=sum of square, MS = Mean Square

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักเรียนวัยเรียนและวัยรุ่นก่อนและหลัง รับการอบรมเป็นรายข้อ (n=119 คน, n=62 คน)

ประเด็นความรู้	คะแนนความรู้เฉลี่ย							t	Sig.
	ก่อน	S.D.	หลัง	S.D.	Mean diff	S.D.	เพิ่ม/ลด		
วัยเรียน									
1. สาเหตุของโรคภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน	0.62	0.49	1	0	0.38	0.49	เพิ่มขึ้น	-8.47	0.00
2. เป็นโรคอ้วน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	0.53	0.50	1	0	0.47	0.50	เพิ่มขึ้น	-10.24	0.00
3. การควบคุมน้ำหนักควรจำกัดแป้งน้ำตาลทอดกะทิ	0.76	0.43	1	0	0.24	0.43	เพิ่มขึ้น	-6.17	0.00
4. การออกกำลังกายควรทำต่อเนื่องกัน <u>อย่างน้อย</u> 30 นาที	0.97	0.16	1	0	0.03	0.16	เพิ่มขึ้น	-1.75	0.08
5. วิธีป้องกันตนเองให้ห่างไกลโรคอ้วน ควรรับประทานให้ถูกหลักโภชนาการและออกกำลังกายเป็นประจำ	0.67	0.47	1	0	0.33	0.47	เพิ่มขึ้น	-7.58	0.00
คะแนนความรู้เฉลี่ยภาพรวม	0.71	0.16	1	0	0.29	0.16	เพิ่มขึ้น	-19.22	0.00
วัยรุ่น									
1. สาเหตุของโรคภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน	0.89	0.32	1	0	0.11	0.32	เพิ่มขึ้น	-2.79	0.01
2. เป็นโรคอ้วน มีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	0.98	0.13	1	0	0.02	0.13	เพิ่มขึ้น	-1.00	0.32
3. การควบคุมน้ำหนักควรจำกัดแป้งน้ำตาลทอดกะทิ	0.73	0.45	1	0	0.27	0.45	เพิ่มขึ้น	-4.80	0.00
4. การออกกำลังกายควรทำต่อเนื่องกัน <u>อย่างน้อย</u> 30 นาที	0.98	0.13	1	0	0.02	0.13	เพิ่มขึ้น	-1.00	0.32
5. วิธีป้องกันตนเองให้ห่างไกลโรคอ้วนควรรับประทานให้ถูกหลักโภชนาการและออกกำลังกายเป็นประจำ	0.68	0.47	1	0	0.32	0.47	เพิ่มขึ้น	-5.39	0.00
คะแนนความรู้เฉลี่ยภาพรวม	0.85	0.17	1	0	0.15	0.17	เพิ่มขึ้น	-6.89	0.00

4. พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังรับการอบรม 3 เดือนของวัยเรียนและวัยรุ่น
(n=119 คน, n=62คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนอบรม		หลังอบรม 3 เดือน		เปรียบเทียบ		t	Sig.	
	x	S.D.	x	S.D.	Mean diff	S.D.			
วัยเรียน ข้อ 1 กินครบ 5 หมู่	2.19	0.44	2.15	0.65	0.04	0.81	ลดลง	0.57	0.57
ข้อ 2 กินหลากหลายไม่ซ้ำซาก	2.19	0.57	2.15	0.65	0.04	0.88	ลดลง	0.52	0.60
ข้อ 3 กินผักมากกว่า 3 ท็อปปี	2.02	0.60	2.08	0.61	0.06	0.83	เพิ่มขึ้น	-0.78	0.44
ข้อ 4 กินผลไม้วันละ 2-3 ส่วน	2.36	0.53	2.12	0.73	0.24	0.89	ลดลง	2.98	0.00
ข้อ 5 กินปลาอย่างน้อย 1 มื้อ	2.34	0.56	2.00	0.75	0.34	0.91	ลดลง	4.01	0.00
ข้อ 6 กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 2-3 ครั้ง/สัปดาห์	2.16	0.66	1.80	0.73	0.36	0.95	ลดลง	0.57	0.00
ข้อ 7 มื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชม.	2.05	0.71	1.87	0.70	0.18	1.03	ลดลง	0.52	0.05
ข้อ 8 กินอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก	2.43	0.55	1.87	0.71	0.55	0.92	ลดลง	-0.78	0.00
ข้อ 9 หลีกเลี่ยงอาหารมีไขมันสูง	2.13	0.55	1.89	0.67	0.24	0.85	ลดลง	2.98	0.00
ข้อ 10 หลีกเลี่ยงของหวานๆ	2.25	0.59	1.97	0.62	0.28	0.79	ลดลง	4.01	0.00
ข้อ 11 หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มๆ	2.16	0.62	1.93	0.65	0.23	0.94	ลดลง	4.13	0.01
ข้อ 12 ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม	2.36	0.55	1.91	0.60	0.45	0.82	ลดลง	1.95	0.00
ข้อ 13 ออกกำลังกายวันละ 30 นาที	2.08	0.60	1.92	0.63	0.15	0.89	ลดลง	6.59	0.07
ข้อ 14 ควบคุม น.น.อย่างต่อเนื่อง	2.06	0.61	1.88	0.60	0.18	0.77	ลดลง	3.02	0.01
ข้อ 15 เพื่อน/คนในครอบครัวเป็นกำลังใจ	2.61	0.54	1.90	0.57	0.71	0.77	ลดลง	3.82	0.00
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.23	0.27	1.96	0.25	0.26	0.35	ลดลง	2.63	0.00
วัยรุ่น ข้อ 1 กินครบ 5 หมู่	2.24	0.43	2.18	0.39	0.06	0.54	ลดลง	0.94	0.14
ข้อ 2 กินหลากหลายไม่ซ้ำซาก	2.19	0.54	2.21	0.45	-0.02	0.69	เพิ่มขึ้น	-0.18	0.00
ข้อ 3 กินผักมากกว่า 3 ท็อปปี	2.11	0.58	2.18	0.59	-0.06	0.81	เพิ่มขึ้น	-0.63	0.00
ข้อ 4 กินผลไม้วันละ 2-3 ส่วน	2.19	0.60	2.31	0.50	-0.11	0.85	เพิ่มขึ้น	-1.04	0.00
ข้อ 5 กินปลาอย่างน้อย 1 มื้อ	2.23	0.58	2.24	0.56	-0.02	0.84	เพิ่มขึ้น	-0.15	0.03
ข้อ 6 กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 2-3 ครั้ง/สัปดาห์	2.29	0.52	2.32	0.99	-0.03	1.14	เพิ่มขึ้น	-0.22	0.00
ข้อ 7 มื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชม.	2.27	0.66	2.40	1.02	-0.13	1.25	เพิ่มขึ้น	-0.81	0.00
ข้อ 8 กินอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก	2.23	0.56	2.31	0.53	-0.08	0.77	เพิ่มขึ้น	-0.82	0.00
ข้อ 9 หลีกเลี่ยงอาหารมีไขมันสูง	2.19	0.44	2.35	0.52	-0.16	0.68	เพิ่มขึ้น	-1.86	0.00



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังรับการอบรม 3 เดือนของวัยเรียนและวัยรุ่น (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนอบรม		หลังอบรม 3 เดือน		เปรียบเทียบ		t	Sig.	
	x	S.D.	x	S.D.	Mean diff	S.D.			
ข้อ 12 ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม	2.00	0.57	2.24	0.56	-0.24	0.82	เพิ่มขึ้น	-2.31	0.00
ข้อ 13 ออกกำลังกายวันละ 30 นาที	2.23	0.56	2.24	0.50	-0.02	0.71	เพิ่มขึ้น	-0.18	0.23
ข้อ 14 ควบคุม น.น.อย่างต่อเนือง	1.89	0.66	1.98	1.06	-0.10	1.34	เพิ่มขึ้น	-0.57	0.04
ข้อ 15 เพื่อน/คนในครอบครัวเป็นกำลังใจ	1.92	0.61	2.02	0.71	-0.10	0.97	เพิ่มขึ้น	-0.79	0.00
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.13	0.55	2.21	0.62	-0.08	0.85	เพิ่มขึ้น	-0.79	0.00

p-value \leq 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การอบรมด้วยกระบวนการเสริมพลัง ให้กับเด็กนักเรียนวัยเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 พบว่าพบว่านักเรียนวัยเรียนมีอายุเฉลี่ย 10.44 ปี (S.D. =1.07) โดยส่วนใหญ่อายุ 9-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.26 ส่วนนักเรียนวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 16.20 ปี (S.D.=0.72) โดยส่วนใหญ่อายุ 16 และ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.94 เท่ากัน ที่เหลืออายุ 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.13

ภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักเรียนระดับวัยเรียน พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 1 (เริ่มอ้วน) ทั้งก่อนและหลังรับการอบรมรองลงมาคือท้วม และ อ้วนระดับ 2 (อ้วน) โดยหลังรับการอบรม 1 เดือน พบว่านักเรียนสามารถจัดการน้ำหนักได้ดีขึ้น คือนักเรียนที่มีภาวะสมส่วนและท้วมมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยที่นักเรียนที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (เริ่มอ้วน) และอ้วนระดับที่ 2 (อ้วน) มีจำนวนลดลงที่เป็นเช่นนี้เพราะหลังรับการอบรม 1 เดือน ความรู้และพลังเสริมจากการอบรมยังใหม่ๆและเต็มพลังอยู่ ทำให้เด็กมีพลัง มีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะลดน้ำหนักให้สำเร็จ เด็กจะสามารถนำความรู้และศักยภาพที่มีมาใช้ได้อย่างเต็มที่ แต่เมื่อติดตามผลหลังรับการอบรม 3 เดือน พบว่านักเรียนมีภาวะสมส่วนและภาวะท้วม ลดลง ส่วนภาวะอ้วนระดับที่ 1 (เริ่มอ้วน) และอ้วนระดับที่ 2 (อ้วน)

มีจำนวนเพิ่มขึ้นและเช่นเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนอบรมกับหลังอบรม 1 เดือนพบว่านักเรียนมีดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.00) แต่เมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนอบรมกับหลังอบรม 3 เดือน พบว่านักเรียนมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.03) ที่เป็นเช่นนี้เพราะระยะเวลา 3 เดือน อาจจะนานเกินไปและไม่ได้รับการกระตุ้นหรือเสริมพลัง ทำให้พลังอำนาจและแรงจูงใจในการลดน้ำหนักของเด็กนักเรียนลดน้อยลง การขาดการกระตุ้นติดตามจากครู ทีมงานวิจัยและเพื่อนๆ นักเรียนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พลังอำนาจที่จะลดน้ำหนักลดน้อยลง ประกอบกับช่วงระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมาเป็นช่วงที่ปิดเทอม เด็กอยู่ที่บ้านมีเวลารับประทานอาหาร นอนเล่นเกม ดูทีวี มากขึ้น มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวน้อยกว่าอยู่ที่โรงเรียนการใช้พลังงานจึงน้อย มีการสะสมพลังงานส่วนเกินในรูปของไขมันและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ส่วนภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักเรียนระดับวัยรุ่น พบว่าหลังรับการอบรมทั้ง 1 เดือน และ 3 เดือน ดีขึ้นโดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายลดลงคิดเป็นร้อยละ 74.19 ที่เป็นเช่นนี้เพราะวัยรุ่น เป็นวัยที่สนใจและให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์ มีความรักสวย รักงาม และต้องการความเป็นที่ยอมรับของสังคม การลดน้ำหนัก



เพื่อให้ภาพลักษณ์ดูดีเป็นที่ยอมรับของหมู่เพื่อนๆ จึงเป็นเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของเด็กพอดี้ ทำให้เด็กมีความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักจึงประสบความสำเร็จสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา เอกลัคนารัตน์และธนัชฌา ภัยพยบ, 2549 และกุสุมา เกาะสุวรรณและคณะ, 2550

การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังรับการอบรมพบว่า เด็กนักเรียนทั้งวัยเรียนและวัยรุ่นมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ที่แลกเปลี่ยนนั้นเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนมีการดำเนินการอยู่แล้ว และมีการเผยแพร่อยู่ในสื่อทั่วไป ผู้วิจัยได้นำมาเน้นย้ำให้เด็กผู้ร่วมกิจกรรมตระหนักและเห็นความสำคัญมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานริศรา แสงเทียน, 2549 ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการในการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนวัยเรียน เป็นการให้ความรู้และให้การปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนวัยเรียน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังรับการอบรม พบว่าหลังรับการอบรมเด็กนักเรียนวัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ปฏิบัติตนไปในทางที่ส่งเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับเด็กนักเรียนวัยเรียน ที่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีได้ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากในการพยายามที่จะลดน้ำหนักให้สำเร็จต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเมื่อเด็กนักเรียนวัยเรียนพบกับอุปสรรค มีความท้อแท้หรือการต่อสู้กับอารมณ์ความรู้สึกที่อยากจะรับประทานอาหารที่ตนเองชอบมากในปริมาณที่มากๆ ซึ่งทำให้เด็กยอมที่จะพ่ายแพ้และยกเลิกการลดน้ำหนักให้สำเร็จไปในที่สุด

ซึ่งต่างจากวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์ รักสวย รักงาม การลดน้ำหนักเพื่อให้ภาพลักษณ์ดูดีเป็นที่ยอมรับของหมู่เพื่อนๆ จึงเป็นเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของเด็กพอดี้จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา เอกลัคนารัตน์และธนัชฌา ภัยพยบ, 2549 และกุสุมา เกาะสุวรรณและคณะ, 2550

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการเสริมพลังสามารถใช้ได้ผลดีในการปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่น ส่วนกลุ่มวัยเรียน จะสามารถใช้ได้ผลในช่วงแรกๆหลังได้รับการเสริมพลังใหม่ๆ แต่ถ้าต้องการให้ได้ผลดีในระยะยาว อาจจะต้องมีการกระตุ้นติดตามและเสริมพลังให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะๆ การที่จะพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเช่นผู้ปกครอง โรงเรียน ครอบครัว และสังคม สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลการศึกษาค้นคว้าเป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาต่อๆไปใน กลุ่มวัยอื่น เช่น วัยทำงานและวัยสูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะครู และนักเรียน โรงเรียนในเขตจังหวัดนครสวรรค์ที่ให้ความร่วมมือและประสานงานอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูล จนลุล่วงไปได้ด้วยดี มาตลอด



เอกสารอ้างอิง

1. กุณนที พุ่มสงวน, 2557. การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบกสาร ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค.2557) หน้า 86-90. 2557.
2. กุสุมา เกษสุวรรณและคณะ. ผลของการสร้างเสริมความสามารถของคนต่อกรรับรู้การปฏิบัติตนของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานอำเภอหล่มสักจังหวัดเพชรบูรณ์.วารสาร พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร. 1 (1): 32, 2550.
3. นริศรา แสงเทียน. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการในการควบคุมน้ำหนัก ของเด็กอ้วนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
4. ปุโลวิชช์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง. โรคอ้วนในเด็ก การป้องกันและควบคุมรามาธิบดี พยาบาลสาร. ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค.2555) หน้า 287-297, 2555.
5. เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, บุญยง เกี่ยวการค้า และ สีน พันธุ์พินิจ. การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดเพชรบุรี.วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 8 (2), 186-200, 2553.
6. ศรีสุตา เอกลัคนารัตน์ และธัญฉมา ภัยพยับ. ผลของการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายและบริโภคอาหารของกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. นครสวรรค์ : วพบ.สวารค์ประชารักษ์.นครสวรรค์, 2549.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน, 2557.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3

Factors Related to Development of Children Age 0-5 Years in Regional Health 3

ฐิติชยา ไทยพาท *

Thitichaya Thaiparth

ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ **

Sawaiwan Phaiphasert

บทคัดย่อ

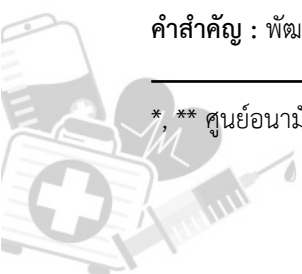
การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็ก และปัจจัยของแม่ เด็ก สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ของสถานการณ์พัฒนาการเด็กและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กไทยในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 3 (พื้นที่ศึกษาในจังหวัด อุทัยธานี ชัยนาท และพิจิตร ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2558) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็ก และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วันถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 1,285 ราย ซึ่งได้มาโดยการโดยการสุ่มแบบ Three-stages Cluster Sampling เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการประยุกต์จากทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแบบประเมินพัฒนาการเด็ก (Denver II) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า พัฒนาการสมวัยในเด็ก 0-5 ปี เขตบริการสุขภาพที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 71.6 โดยพบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่ม 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมสูงกว่าเด็ก 0-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.2 และ 71.9 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งมีหลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก สถานภาพสมรส รายได้ครัวเรือนของผู้ดูแลเด็กและครอบครัว 3 ราย และปัจจัยเรื่อง การเล่นกับเด็กทุกวัน การจัดหาของเล่น และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ รวมทั้งการเล่านิทานอย่างมีคุณภาพ หนังสือนิทานการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ และการได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กสมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา สรุปได้ว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กในปัจจุบันอย่างมาก เช่น การเล่นและการเล่านิทานอย่างมีคุณภาพกับเด็ก มีความสัมพันธ์ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย รวมทั้งการคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีบทบาทที่สำคัญ ในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กได้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การศึกษาคั้งต่อไป ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : พัฒนาการเด็ก

*, ** ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์



ABSTRACT

The objectives of this research aim to study the situation and factors related to development of children age 0-5 yrs. in Region 3 Health Provider. This is the cross-sectional descriptive study. The research population consists of under than 5 years old children and their caregivers in Uthaitanee, Pichit and Chainat province. The sample of the study were caregivers and 8 months to 5 years old children totally 1,285 samples , which derived from the stratified three-stage sampling of the population. The tools were used to collect the data were Denver II which was used to assess early child development and questionnaires which about characteristics, health behaviors and child care behaviors of caregivers. The data were analyzed by using descriptive statistics such as Frequency, percentage, average, standard deviation and Chi-square test.

The results were found that the prevalence of overall age-appropriate development in Region Health Provider was 71.6 percent. The prevalence of age-appropriate development of 3-5 years age group children was higher than 0-2 years. age group and prevalence were 71.9 percent and 71.3 percent respectively. The statistically significance factors related to child development (p -value < 0.05) were environmental factors such as qualifications of caregiver, income of caregiver, playing and storytelling quality, number of toys and tale books, using electronic media, using child health record book and receiving developmental screening by health officer.

This study revealed a lot of factors that related to early child development especially environmental factors. This study showed the important of developmental screening by health officer. The suggestions of this study were the role of health officer to build caregivers to realize child developmental promotion and next study should be the child developmental promoting program which integrates family and community also.

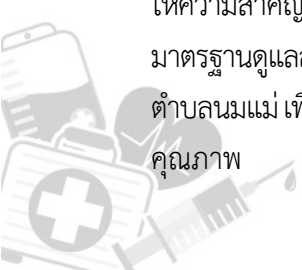
Keywords : child development



บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญทางสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม การจะพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะสมองของเด็กวัย 1 ปี จะเจริญเติบโตได้เป็นร้อยละ 60 ของสมองผู้ใหญ่และอาหารที่เด็กรับประทานจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาสมองของเด็กร้อยละ 60¹ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนามนุษย์โดยเริ่มมีนโยบายการพัฒนามนุษย์ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ฉบับที่ 7² และต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ฉบับที่ 11 ได้เน้นการพัฒนา มนุษย์ในยุทธศาสตร์การพัฒนาค้นคว้าวิจัยและการเรียนรู้ตลอดชีวิตแบบยั่งยืนเน้นในเรื่องการปรับโครงสร้างประชากร ส่งเสริมให้คู่ที่มีความพร้อมในการมีบุตรให้มากขึ้น พัฒนาการให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและสังคม และสร้างกระแสการเรียนรู้ตลอดชีวิต สนใจใฝ่รู้ รักการอ่าน³ โดยมียุทธศาสตร์เพื่อรองรับนโยบายการพัฒนามนุษย์คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา เน้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา กรมอนามัยเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้ ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์⁴ โดยจัดให้มีกระบวนการดูแลเด็กให้ได้มาตรฐานตั้งแต่ปฏิสนธิ คือ การฝากครรภ์คุณภาพ การคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน การส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ภายใต้โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และยังมี การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน ให้มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนทุกช่วงวัย การจัดมาตรฐานดูแลสุขภาพเด็ก ตั้งแต่อยู่ในชุมชน ตามโครงการ ตำบลนมแม่ เพื่อเด็กมีพัฒนาการดีและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีประมาณ 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย 5 จากการศึกษาวิจัยพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของประเทศไทย โดยสำนักส่งเสริม กรมอนามัยในปี 2550 ด้วยเครื่องมือ DENVER II พบว่า ภาพรวมของเด็กทุกกลุ่มอายุ มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 66.7 เมื่อแยกตามอายุ พบว่า เด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่า ด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่าด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านภาษา โดยเฉพาะเด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการภาษาล่าช้าร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านการปรับตัวล่าช้า ร้อยละ 86.76 สำหรับพัฒนาการด้านภาษาพบว่า เด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคย และร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่น ๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความร่วมมือในการเรียน ได้แก่ ความสามารถบอกสีได้อย่างถูกต้อง พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74.0 ส่วนทักษะในการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35.27 และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กไทยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ 2557⁵ พบว่า เด็กในกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการรวมสมวัย คิดเป็นร้อยละ 84.8 พัฒนาการสงสัยล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 15.2 ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยจำแนกตามกลุ่มอายุ 0-3 ปี และ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมสูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี คือร้อยละ 89.7 และ 79.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพัฒนาการล่าช้ารายด้านจะพบว่า พัฒนาการล่าช้ารายด้านทุกด้านในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี สูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ 0-3 ปีทุกด้าน ยกเว้นพัฒนาการด้านภาษาเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าเด็ก 0-3 ปี ร้อยละ 20.2 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109)



ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเทียบสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กในประเทศเอเชียหลาย ๆ ประเทศ เช่น ฮองกง สิงคโปร์ จีน เมื่อคุณภาพประเทศพบว่าเด็กเกือบครึ่ง (48.5%) ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ($IQ < 100$)⁹

พัฒนาการเด็กเป็นรากฐานของการพัฒนามนุษย์ไปตลอดชีวิต ซึ่งพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน โดยสุขภาพของเด็กราย 0-1 ปี ทั้งทางด้านกาย จิต และสังคมเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ สภาพแวดล้อม ทางด้านเศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี การมีและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ตลอดจนคุณภาพบริการ สุขภาวะของพ่อและแม่ โดยเฉพาะแม่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของเด็กขณะเป็นทารกในครรภ์ และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตภายหลังคลอด ช่วงแรกแรกเกิดถึง 2 ปี เป็นช่วงที่เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และรับประสบการณ์ใหม่เนื่องจากระบบประสาทและสมองเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะมีมากน้อยในปัจจุบันและส่งผลต่ออนาคตเด็ก ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพ¹⁰

ประเทศไทยมีนโยบายในการพัฒนาเด็กไทยมานานแต่เด็กไทยยังคงมีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าในอัตราที่ค่อนข้างสูง และจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ที่มีการเจริญเติบโตตามแนวทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ส่งผลให้บริบทการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การศึกษาวิจัยเรื่องพัฒนาการเด็กที่ผ่านมาพบว่าไม่สามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กได้ชัดเจนและไม่ตรงกับสภาพปัญหาและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ดังนั้น ข้อมูลของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กที่เป็นปัจจุบันจะช่วยให้การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จึงได้จัดทำโครงการการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เขตบริการสุขภาพที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูลพัฒนาการเด็กในเขต เพื่อชี้ประเด็นปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กในพื้นที่รับผิดชอบและใช้เป็นฐานข้อมูล

ในการวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย สมวัย เพื่อเป็นต้นทุนในการเจริญเติบโตสู่กลุ่มวัยต่างๆ ในชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นฐานข้อมูลด้านงานอนามัยแม่และเด็กให้แก่พื้นที่และเขตบริการสุขภาพที่ 3 เพื่อการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3 พื้นที่ที่ศึกษาได้แก่จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาท และพิจิตร โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ - 19 มีนาคม 2558 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นพ่อ แม่หรือผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วันถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยเก็บข้อมูลจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 413 ราย ชัยนาท จำนวน 440 ราย และพิจิตร จำนวน 432 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 1,285 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พร้อมกับสัมภาษณ์ พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจากแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กที่มิวิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น และประเมินพัฒนาการเด็กจากแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับภาษาไทย)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กที่มี



ความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็ก จำนวน 1,285 ราย และกลุ่มเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วันถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 1,285 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กที่ผู้วิจัย สร้างและพัฒนาขึ้นตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลและมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กในประเทศและต่างประเทศ

2) คัดเลือกตัวแปรที่มีผลและมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กและนำมาจัดกลุ่ม

3) สร้างแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านพัฒนาการเด็กตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในด้านความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุม ครบถ้วน และความเหมาะสมของเนื้อหาข้อคำถาม-คำตอบ

4) นำผลการพิจารณา คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ มาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็ก ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II (ภาษาไทย) โดยเครื่องมือนี้มีความไวในการ คัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยการประสานความร่วมมือของพ่อแม่ผู้ปกครองกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละพื้นที่ พร้อมจัดทำแผนการออกเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุทัยธานี ชัยนาทและพิจิตร ในกลุ่มพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็ก จำนวน 1,285 ราย และประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II กลุ่มเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันจำนวน 1,285 ราย และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละชุด หลังเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและภาวะสุขภาพของมารดา ปัจจัยภาวะสุขภาพของเด็ก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานะครอบครัว ผู้ดูแลเด็กหลักที่บ้าน พฤติกรรมการเลี้ยงดู ภูมิลำเนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวม พัฒนาการเด็กปฐมวัยรายด้าน และพัฒนาการเด็กจำแนกรายกลุ่มอายุ

1.1 ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พบว่า พัฒนาการเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 71.6 สงสัยล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 28.4 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พัฒนาการล่าช้ารายด้านที่พบ เรียงลำดับจากพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดไปน้อยที่สุด คือพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา พัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 19.6, 10.9, 4.6 และ 4.0 ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย จำแนกตามกลุ่มอายุ ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย จำแนกตามกลุ่มอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวม สูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.2 และ 71.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้านในกลุ่ม เด็กอายุ 3-5 ปี

สูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี พัฒนาการด้านภาษา คิดเป็นร้อยละ 21.7 และ 17.6 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 3.9 สำหรับพัฒนาการด้านสังคม

และการช่วยเหลือตนเองพบว่ากลุ่มอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการ
สงสัยล่าช้าสูงกว่าเด็กอายุ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.4 และ
3.6 ตามลำดับ และพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อ
มัดเล็ก กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี สูงกว่าเด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี
คิดเป็นร้อยละ 11.3 และ 10.5 ตามลำดับ พัฒนาการ
สงสัยล่าช้ารายด้านในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี เรียงลำดับจาก
มากไปหาน้อย คือ พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา
พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการ
สงสัยล่าช้าด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และ

พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ
17.6, 11.3, 5.4 และ 3.9 ตามลำดับ พัฒนาการสงสัย
ล่าช้ารายด้านในกลุ่มเด็ก 3-5 ปี เรียงลำดับจากมากไป
หาน้อย คือ พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา พัฒนาการ
สงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการสงสัยล่าช้า
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านสังคม
และการช่วยเหลือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 21.7, 10.5, 4.1
และ 3.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พัฒนาการเด็กภาพรวมทุกด้านและจำแนกรายด้าน 4 ด้านแยกตามกลุ่มอายุ

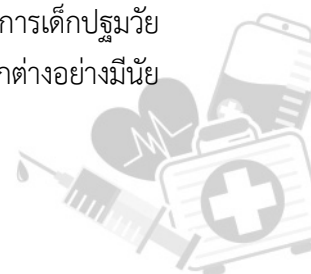
พัฒนาการ		เด็กอายุ 8 เดือน-2 ปี		เด็กอายุ 3-5 ปี		เด็กอายุ 0-5 ปี	
1.พัฒนาการรวม	สมวัย	474	71.9	433	71.2	907	71.6
	สงสัยล่าช้า	185	28.1	175	28.8	360	28.6
2.ด้านสังคมและ การช่วยเหลือตนเอง	เกินวัย	4	0.7	2	0.3	6	0.5
	สมวัย	621	93.9	585	96.1	1,206	95.0
	สงสัยล่าช้า	36	5.4	22	3.6	58	4.6
	3.ด้านภาษา	เกินวัย	17	2.6	11	1.8	28
สมวัย		526	79.8	466	76.5	992	78.15
สงสัยล่าช้า		116	17.6	132	21.7	248	19.6
4.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	เกินวัย	7	1.1	1	0.2	8	0.7
	สมวัย	597	87.6	545	89.3	1,142	88.5
	สงสัยล่าช้า	75	11.3	64	10.5	139	10.9
5.ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	เกินวัย	16	2.5	13	2.1	29	2.3
	สมวัย	619	93.6	570	93.8	1,189	93.7
	สงสัยล่าช้า	26	3.9	25	4.1	51	4.0

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านมารดา
และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านเด็ก ผลการศึกษา
พบว่า

2.1 ข้อมูลปัจจัยด้านมารดาที่มีความสัมพันธ์กับ
พัฒนาการของเด็กปฐมวัยในการศึกษาวิจัยส่วนนี้ ผลการ
ศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านมารดา ที่มีความสัมพันธ์กับ

พัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ไม่พบ
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 ปัจจัยด้านเด็กที่มีความสัมพันธ์กับ
พัฒนาการในการศึกษาวิจัยส่วนนี้ ผลการศึกษา พบว่า
ปัจจัยด้านเด็ก ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ



2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการในการศึกษาวิจัยส่วนนี้ ผลการศึกษา พบว่า การศึกษาผู้ดูแลหลัก ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการศึกษาผู้ดูแลกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลัก ป่วยตายามีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า ญาติพี่น้อง/บิดา และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ครอบครัว ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษา กลุ่มมารดาที่รายได้ครอบครัวพอเพียงมีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยมากกว่ามารดาที่รายได้ครอบครัวไม่พอเพียง

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัว 3 วัย ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว 3 วัย กับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาเด็กอยู่กับพ่อแม่เท่านั้น มีพัฒนาการสมวัยมากกว่าอยู่กับปู่ตายายพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรส ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่อยู่กับพ่อ แม่อยู่ด้วยกันมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าพ่อแม่หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเล่นกับเด็กปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่นกับเด็กกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า มีการเล่นกับเด็กทุกวันเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเล่นเป็นบางวันหรือไม่มีการเล่นกับเด็ก และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดหาของเล่นสำหรับเด็กปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดหาของเล่นสำหรับเด็กกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า การจัดหาของเล่นสำหรับเด็ก 4-8 ชนิด เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าการจัดหาของเล่นสำหรับเด็ก 1-3 ชนิด และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเล่า/อ่านนิทานอย่างมีคุณภาพ ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเล่า/อ่านนิทานอย่างมีคุณภาพกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า

การเล่า/อ่านนิทานอย่างมีคุณภาพเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าการเล่า/อ่านนิทานอย่างไม่มีคุณภาพ และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หนังสือนิทาน ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้หนังสือนิทาน/รูปภาพกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า การอ่านนิทานโดยใช้หนังสือนิทาน/รูปภาพเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าการอ่านโดยไม่มีหนังสือนิทาน/รูปภาพ และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้สมุดบันทึกสุขภาพปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สมุดบันทึกสุขภาพกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่ามีการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าการไม่ใช้สมุดบันทึกสุขภาพและพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างได้รับการคัดกรองกับพัฒนาการเด็กไทย ผลการศึกษาพบว่าเด็กได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กไม่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วยปัจจัยผู้ดูแลหลักที่บ้าน สถานภาพสมรส ครอบครัว 3 วัย รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก การจัดหาของเล่นสำหรับเด็ก การเล่า/การเล่านิทานอย่างมีคุณภาพ การมีหนังสือนิทาน/รูปภาพ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ และการได้รับการคัดกรองพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายละเอียดดังตารางที่ 2, 3



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแล และลักษณะครอบครัว กับพัฒนาการรวมของเด็ก

ปัจจัยแวดล้อม	จำนวน	สมวัย		สงสัยล่าช้า		Chi P-value	OR	95% CI for OR	
		ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Lower			Upper	
สถานภาพสมรส	1246					0.044*			
คู่/อยู่ด้วยกัน	1005	779	77.5	226	22.5				
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	241	172	71.4	69	28.6		1.383	1.008	1.897
ครอบครัว 3 วัย	1163					0.008*			
อยู่กับพ่อ แม่ เท่านั้น	621	493	79.4	128	20.6				
อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย	285	215	75.4	70	24.6				
อยู่กับพ่อแม่ปู่ย่าตายาย	257	179	69.6	78	30.4				
รายได้ครัวเรือน	1181					0.012*			
ไม่เกิน 10,000 บาท	680	499	73.4	181	26.6				
10,001- 20,000 บาท	368	292	79.3	76	20.7				
20,001 บาทขึ้นไป	133	111	83.5	22	16.5				
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน	1239					0.021*			
มารดา	692	550	79.5	142	20.5				
บิดา	11	9	81.8	2	18.2				
ปู่ย่าตายาย	492	353	71.7	139	28.3				
อื่น ๆ (ญาติพี่น้อง)	44	33	75	11	25.0				



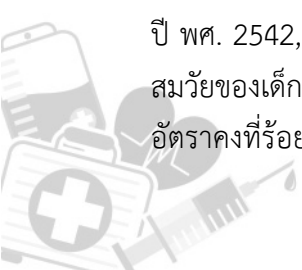
ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูกับพัฒนาการรวมของเด็ก

ปัจจัย	จำนวน	สมวัย		สงสัยล่าช้า		P-value	OR	95% Lower	C.I Upper
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การเล่นกับเด็ก	1233					0.003*			
ไม่มีการเล่นกับเด็ก	22	11	50	11	50				
เล่นบางวัน	47	31	66.0	16	34.0				
เล่นทุกวัน	1164	896	77.0	268	23.0				
การจัดหาของเล่นสำหรับเด็ก	1226					0.023*			
ของเล่น 1-3 ชนิด	118	83	67.8	35	29.7				
ของเล่น 4-8 ชนิด	1108	855	77.2	253	22.8		0.623	0.413	0.939
การเล่านิทาน	1232					0.013*			
ไม่เล่า	508	369	72.6	139	27.4				
เล่า	724	570	78.7	154	21.3		0.717	0.551	0.934
การเล่านิทานอย่างมีคุณภาพ	1232					0.021*			
ไม่เล่า	508	369	72.6	139	27.4				
เล่าไม่มีคุณภาพ	594	462	77.8	132	22.2				
เล่ามีคุณภาพ	130	108	83.1	22	16.9				
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์	1242					0.011*			
ไม่ใช้	220	154	70.0	66	30.0				
ใช้	1022	797	78.0	225	22.0		0.659	0.476	0.911
การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ	1233					0.005*			
ไม่ใช้	329	233	70.5	97	29.5				
ใช้	904	707	78.2	197	21.8		0.616	0.501	0.886
การได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	1221					0.000*			
ไม่เคยได้รับการคัดกรอง	717	513	71.5	204	28.5		0.517	0.390	0.687
เคยได้รับการคัดกรอง	504	418	82.9	86	17.1				

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 71.6 และสงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ 4 ครั้งที่ผ่านมา ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553¹¹ พบว่า พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยไม่มีความแตกต่าง แนวโน้มอยู่ในอัตราค่าที่ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4 ตามลำดับ

สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยร้อยละ 20.17 ซึ่งแสดงถึงการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยยังไม่บรรลุผลสำเร็จตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนกลุ่มสตรีและเด็ก ปีงบประมาณ 2558 (พัฒนาการเด็กล่าช้าไม่เกินร้อยละ 15) อีกทั้งสถานการณ์ยังคงที่และมีแนวโน้ม



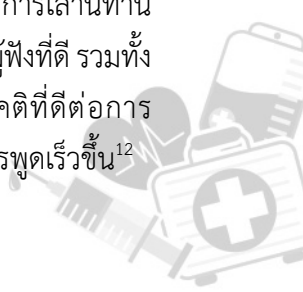
ที่จะคงที่และมีแนวโน้มที่จะคงที่เช่นนี้ต่อไป หากยังไม่มี การลงทุนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่เป็นองค์รวม และ การมีนโยบายชัดเจนในการส่งเสริมพัฒนาการ การป้องกัน และแก้ปัญหาที่ต่อเนื่อง เมื่อพิจารณากลุ่มอายุที่ได้ก ปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ยังคงเป็นปัญหาเดิม คือเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 21.7 มีพัฒนาการล่าช้า ด้านภาษาและการเข้าใจภาษา พบสูงสุดทั้ง 2 กลุ่มอายุ โดยเด็กอายุ 0-2 ปีร้อยละ 17.6 และเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 21.7 รองลงมาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว กลุ่มอายุ 0-2 ปี ร้อยละ 11.3 และกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 10.5 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็ก นักเรียนไทย ของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพ ระดับประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109) ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ⁹ คำแนะนำสถาบัน American Academy Of Pediatrics แนะนำว่าไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์ หรือใช้สื่อเพื่อความบันเทิงอื่นๆ¹² ซึ่งสอดคล้องกับเด็ก ที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดย พบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก และการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ ตามลำพัง¹³ ดังนั้นการเร่งแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้า ด้านภาษาจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ โดยเฉพาะเด็ก 3-5 ปี เนื่องจากภาษามีความสำคัญใน กระบวนการสื่อสารและเป็นพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เพิ่มเติม การพัฒนาสติปัญญาในการแก้ไขปัญหา ต่างๆ การเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในช่วงระยะเวลา ที่เติบโตขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านมารดา/บิดา และปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมจากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝาก ครรภ์ถึงร้อยละ 99.2 แต่มีเพียงร้อยละ 62.3 ที่มาฝาก ครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 12 สัปดาห์ ทั้งนี้หากหญิง ตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าอาจจะได้รับบริการไม่ครบถ้วน ตามมาตรฐาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของทารกใน ครรภ์โดยกระบวนการให้บริการตามมาตรฐานเพื่อ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยในแต่ละช่วงของการดูแล

ที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานล้วนมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะการได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอจาก อาหารและยาบำรุงในขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในการสร้างเซลล์ สมองเด็กในระยะที่เป็นตัวอ่อน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับยาบำรุงครรภ์ ร้อยละ 47.1 ได้รับยา Obimin ร้อยละ 14.4 FBC ร้อยละ 42.9 Triferdine ร้อยละ 18.9 และ Folic เพียงร้อยละ 35.9 ซึ่งยาบำรุงดังกล่าวล้วนมีสารอาหารที่จำเป็น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีน และสังกะสี หากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารอาหารเหล่านี้ จะส่งผลต่อการพัฒนาโครงสร้างของสมองทารกในครรภ์ ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กต่อไปอีกด้วย^{14, 15, 16, 17}

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ส่งเสริม ให้เด็กมีการเจริญเติบโตมีสุขภาพที่ดี รวมถึงมีพัฒนาการ ที่เหมาะสมครบถ้วนเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญ ในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็ก ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็น ผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ¹⁸ การศึกษาของบิดามารดา รายได้ ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 3 -<6 ปีโดยเด็กที่มีบิดา มารดามีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา การมีรายได้ พอเพียง มีสัดส่วนพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็ก ที่ลักษณะตรงกันข้าม ปัจจัยด้านพื้นฐานครอบครัว และ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูได้ส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโต ภาวะสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก โดย ผ่านกระบวนการอบรมเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก⁶

ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง การเล่าและการอ่านนิทานอย่างมีคุณภาพกับพัฒนาการ เด็กไทย ผลการศึกษาพบว่า การเล่าและการอ่านนิทาน อย่างมีคุณภาพเด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าการเล่า/ การอ่านนิทานอย่างไม่มีคุณภาพ ซึ่งพบความแตกต่าง พัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการเล่า นิทานให้เด็กฟังอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากการเล่านิทาน เป็นการกระตุ้นให้เด็กมีทักษะในการเป็นผู้ฟังที่ดี รวมทั้ง สร้างจินตนาการที่เหมาะสมและทัศนคติที่ดีต่อการ ดำเนินชีวิต ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการพูดเร็วขึ้น¹²



นอกจากนี้ปัจจัยการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีผลต่อพัฒนาการผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีการเล่นกับเด็กอย่างมีคุณภาพเด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการเล่นกับเด็ก และกลุ่มที่มีการเล่นกับเด็กอย่างไม่มีคุณภาพ โดยพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถาบัน American Academy Of Pediatrics ให้คำแนะนำว่าไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่อเพื่อความบันเทิงอื่นๆ²¹ ซึ่งสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อาจเป็นเพราะปัจจุบันเด็กสามารถเข้าถึงและใช้เวลาไปกับสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับกิจกรรมดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อปัญหาด้านสมาธิ การเรียน การนอน และการกินของเด็ก นอกจากนี้ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ปัจจัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองพัฒนาการเด็กผลการศึกษา พบว่า เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเด็กจะมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองโดยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ การที่เด็กได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเด็กจะได้รับโอกาสในการกระตุ้น ส่งเสริมให้มีพัฒนาการสมวัย และส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย และปัจจัยด้าน พ่อ แม่ ปัจจัยแวดล้อมและปัจจัยเด็กที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ผู้วิจัยขอเสนอแนะข้อที่จะสามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลด้านพัฒนาการสมวัยในเด็ก 0-5 ปี โดยมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ใช้ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กไทยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน พัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานการเฝ้าระวังพัฒนาการสมวัยในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในทุก

ระดับบริการสาธารณสุข และระบบส่งต่อการบริการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัยซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กไทยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

3. สำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติ เน้นการให้บริการเด็กปฐมวัยกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ของสถานบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ

4. มีระบบให้บริการในระหว่างกลุ่มเด็ก 0-5 ปี มารับบริการภูมิคุ้มกันควรเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

5. ให้ความรู้ การดูแลเด็ก 0-5 ปี แก่ผู้เลี้ยงดูการใช้สมุดบันทึกสุขภาพในการเฝ้าระวังพัฒนาการ

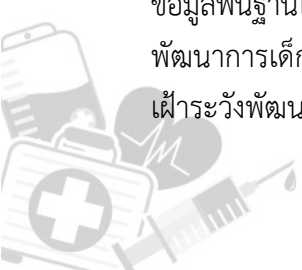
6. เน้นการให้บริการเชิงรุกการคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า กระตุ้น และส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็ก ในครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กไทย ดังนั้น เพื่อให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรมควรมีการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในกรณีเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเล่นดูและอิทธิพลจากการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก

3. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย ความร่วมมือของครอบครัว องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่



เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญพิไล ฤทธาคุณานนท์. พัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพฯ. ธรรมดาเพรส. 2549.
2. อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ และคณะ. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-11. 2553.
3. สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. 2553.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. (พ.ศ.2555-2559)
5. Susan P Walker TDW, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail A Wasserman, Ernesto Pollitt, Julie A Carter. Child development in development in developing countries. 2007
6. รัตโนทัย พลับรู้งการ และคณะ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ.2552. บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2552.
7. วิชัย เอกพลการ และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554.
8. กรวิกา ภู่วงศ์พันธ์กุล และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กไทยในเขตบริการสุขภาพที่ 3. 2557.
9. กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจสถานการณ์สติปัญญาเด็กนักเรียนไทยปี 2554. กรมสุขภาพจิต. 2554.
10. นันทา อ่วมกุล และคณะ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย ปี 2552. กรุงเทพฯ: 2552.
11. สำนักส่งเสริม. 2554. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553.
12. พณิต โล่เสถียร. 2550. เด็กพูดช้า.วารสารกุมารเวชศาสตร์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 4, ตุลาคม-ธันวาคม. 2550.
13. Aarnoudse-Moens, Weisgias-Kuperus, Johannes Bernard, Jaap Oosterlaan. Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/ or Very Low Brith Weigh Children. 2009.
14. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โภชนาการกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ สติปัญญา ภูมิต้านทานโรค และโรคเรื้อรัง ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา:ภาควิชาเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2556.
15. คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก วาระปี พ.ศ.2553-2555. บทความพิเศษ คำแนะนำการให้วิตามินและเกลือแร่ สำหรับสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด. สูตินรีสัมพันธ์แพทย์; 2556.
16. สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. คำแนะนำสำหรับการใช้ยาบำรุงและวิตามินในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร. 2550.
17. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมีอาชีพ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข.อุบลราชธานี; 2556.
18. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุนทร. การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2550.



การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Participatory of Village Health Volunteers on Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Controls
in the Thai-Myanmar Border, Mai-Sai District, Chiang Rai Province, Thailand

สมบูรณ์ ยามี *ส.ม.

Somboon Yamee M.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการมีส่วนร่วมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุข 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่สาย ตำบลเวียงพางคำ ตำบลโป่งผา และตำบลเกาะช้าง จำนวน 322 คน ได้จากการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยเทคนิคของทาร์ยามานู แล้วเลือกสุ่มแบบวิธีการแบ่งชั้นภูมิในแต่ละตำบลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้บทบาทแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้บทบาท และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในแต่ละด้าน

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ การรับรู้บทบาท และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการวางแผน ($r=.154$) ด้านการประสานงาน ($r=.129$) และด้านการประเมินผล ($r=.158$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการวางแผน ($r=.268$) ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ($r=.293$) ด้านการประสานงาน ($r=.315$) และด้านการประเมินผล ($r=.370$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01

จากการศึกษาครั้งนี้ ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และได้รับการสนับสนุนมากขึ้นก็จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในพื้นที่มากยิ่งขึ้นด้วย ดังนั้นควรจัดกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ พัฒนาศักยภาพทางวิชาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลหรือระดับอำเภอให้มีมาตรฐาน

คำสำคัญ : โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก



ABSTRACT

This participatory quantity research aimed to study the participation of Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control and to examine factors related to participation of Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and controls in the Thai-Myanmar Border, Mae-Sai District, Chiang Rai Province. Sample size was calculated by Taro Yamane's technique and selected by stratified random sampling, 322 represents of Village Health Volunteers in each 4 sub-districts of Mae-Sai district, Chiang Rai province; Mae-Sai, Viang Pang Khum, Pong Pha, Kor Chang, during January 2016 to December 2016. The research instrument was a questionnaire consisted of 5 parts included general information, personal data, Dengue Hemorrhagic Fever knowledge test, Village Health Volunteers perceive role assessment form, social support survey and participation of the Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control survey. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman Rank Correlation Coefficient to get results.

The result revealed the overall of participation of Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control was a high level. The knowledge factor was positively significantly related to participation in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control consisted of the planning field ($r=.154$), co-ordination field ($r=.129$), assessment field ($r=.158$), as statistically significant at 0.05 level. In addition, the social support factor was positively significantly related to participation in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control consisted of planning field ($r=.268$), campaign field ($r=.293$), co-ordination field ($r=.315$), assessment field ($r=.370$), as statistically significant at 0.05 and 0.05 level.

This study suggested that the participation of the Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control was affected by knowledge and social support, therefore, the District Health Promotion Hospital should foster the participation of the Village Health Volunteers in Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control by engaging with provision of recently Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control knowledge and intervention, development of academic potential, enhancing the encouragement for continuously providing standard surveillance and rapid response team (SRRT)

Keywords : Dengue Hemorrhagic Fever, Village Health Volunteers, Participatory of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention



บทนำ

โรคระบาดที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในทุกปีคือ ไข้เลือดออก สาเหตุหลักคือ เชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมียุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ (สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ แนะนำมาตรการ 3 เก็บ 5 ป. ถึงแม้ว่าการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชน อีกทั้งต้องเฝ้าระวังโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้น แต่ในชุมชนควรมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จะเป็นแกนนำหลักในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่หนึ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปี 2558 เกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประเทศ บราซิล มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่า 1.5 ล้านคน ซึ่งมากกว่าปี 2557 เป็น 3 เท่า ในทวีปเอเชียพบประเทศฟิลิปปินส์ มีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่า 169,000 ราย และ 111,000 รายในประเทศ มาเลเซีย ซึ่งมากกว่าปีก่อนหน้านี้ 59.5% และ 16.0% ตามลำดับ มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 500,000 คนต่อปี สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ปี 2559 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง รายงานอัตราป่วย 65.22 ต่อแสนประชากร (จำนวนผู้ป่วยสะสม 42,670 ราย) อัตราตาย 0.05 ต่อแสนประชากร (จำนวนผู้ป่วยตาย 33 ราย) จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 ถึง 26 กันยายน พบอัตราป่วย 86.71 ต่อแสนประชากร หรือ 1,053 ราย ในขณะที่อำเภอแม่สายพบอัตราป่วย 42.91 ต่อแสนประชากร หรือจำนวน 37 ราย ซึ่งสูงที่สุดใน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่สาย ตำบลเวียงพางคำ ตำบลโป่งผา และตำบลเกาะช้าง จำนวน 10, 7, 5 และ 3 รายตามลำดับ แต่ในปี 2556 พบการระบาดของโรคในพื้นที่เดียวกันสูงถึง 389, 481, 196 และ 214 รายตามลำดับ (รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 2559) เนื่องจากตำบลดังกล่าว

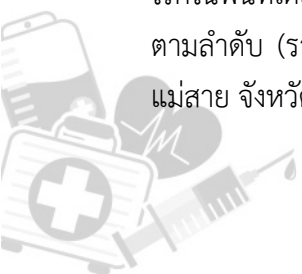
เป็นตำบลที่อยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อาจทำให้การเข้าถึงด้านสาธารณสุขอาจยังจำกัด ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องเป็นแกนนำทางสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคในชุมชน เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด เข้าใจหลักการพื้นฐานหรือสาเหตุของการเกิดโรคในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำเป็นจะต้องมีทักษะ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง เพื่อนำไปเผยแพร่แก่ประชาชน รับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา เพื่อวางแผนโปรแกรมเฝ้าระวังการเกิดโรคไข้เลือดออกในปีถัดไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการมีส่วนร่วมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงธันวาคม 2559



2. ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มีชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 536 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน และสำหรับความผิดพลาดข้อมูล 40% หรือจำนวน 92 คน รวมทั้งหมดจำนวน 322 คน การสุ่มตัวอย่างอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยวิธีการสุ่มแบบตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling Technique) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา แต่ละตำบล แบ่งออกเป็น 4 ตำบล แล้วคำนวณหาสัดส่วนประชากรแยกรายตำบล (Proportionate Stratified Random Sampling) ตามสูตรการคำนวณ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาถูกดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสุรุทธิ เมฆนिति (2555) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องไข้เลือดออก ได้แก่ อาการ สาเหตุ การรักษา ความรุนแรงของโรค การควบคุมโรค จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูกต้อง	ให้	1 คะแนน
ตอบผิด	ให้	0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แล้วนำมาเทียบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ	ให้	3 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่ได้รับการสนับสนุน	ให้	1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการวางแผน ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ด้านการประสานงาน และด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แล้วนำมาเทียบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การรับรู้บทบาทและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในแต่ละด้าน



ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.6) มีอายุระหว่าง 44-52 ปี (ร้อยละ 36.3) สถานภาพ สมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 77.3) สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 37.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.3) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีโรคประจำตัวจำนวน 70 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 41.3) มีรายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท อย่างไรก็ตามรายได้ส่วนนี้ไม่เพียงพอ ทำให้มีหนี้สิน (ร้อยละ 53.7) ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้านเฉลี่ย 38.93 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มานานต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 29.2) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในหมู่บ้าน (ร้อยละ 38.0)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 200 คน ร้อยละ 62.1 ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน ร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ จำนวน 7 คน ร้อยละ 2.2 มีความรู้โรคไข้เลือดออกมากที่สุดในเรื่อง วิธีการสำคัญที่สุดของการควบคุมโรคไข้เลือดออกคือการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

3. การรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง จำนวน 237 คน ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง

จำนวน 85 คน ร้อยละ 26.4 แต่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้บทบาทในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีการรับรู้บทบาทหน้าที่มากที่สุดในเรื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทหน้าที่แจ้งสถานการณ์โรคไข้เลือดออกให้ชุมชนทราบ

4. แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง จำนวน 292 คน ร้อยละ 90.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 30 คน ร้อยละ 9.3 แต่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่อง การได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนออกดำเนินการ

5. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ร้อยละ 96.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ด้านการประเมินผล ด้านการประสานงาน และด้านการวางแผน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมเพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกรายด้าน

การป้องกันและควบคุมโรค	\bar{X}	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
ด้านการวางแผน	2.72	0.21	สูง	4
ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์	2.86	0.06	สูง	1
ด้านการประสานงาน	2.73	0.13	สูง	3
ด้านการประเมินผล	2.80	0.08	สูง	2
รวม	2.78	0.07	สูง	



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต้นและการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน การจัดกิจกรรมรณรงค์ การประสานงาน และการประเมินผล

ปัจจัยต้น	การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
	ด้านการวางแผน	ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์	ด้านการประสานงาน	ด้านการประเมินผล
ความรู้เกี่ยวกับโรค	.154*	.052	.129*	.158*
การรับรู้บทบาทของ	.000	-.050	-.048	-.003
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน และควบคุมโรค	.268*	.293**	.315**	.370**

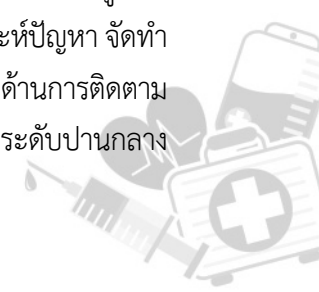
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการวางแผน ($r=.154$) ด้านการประสานงาน ($r=.129$) และด้านการประเมินผล ($r=.158$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการวางแผน ($r=.268$) ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์ ($r=.293$) ด้านการประสานงาน ($r=.315$) และด้านการประเมินผล ($r=.370$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละด้าน

อภิปรายผล

ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้บทบาทหน้าที่การป้องกันและควบคุมโรค และแรง

สนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันควบคุมโรคในระดับสูง ร้อยละ 62.1, 73.6 90.7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรวุฒิ เมฆนिति (2555) ศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ การรับรู้บทบาทต่อการป้องกันและควบคุมโรค และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง เท่ากับ ร้อยละ 66.6 94.3 และ 75.3 ตามลำดับ อีกทั้งยังสัมพันธ์กับการศึกษาของ วิจิตรรา ดวงขยาย ศึกษาพฤติกรรมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออก พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ มีการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับ ส่ง เพ็ญภายสุน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค และตรงข้ามกับการศึกษาของสุรศักดิ์ เกษงาม (2557) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนดำเนินงานและร่วมลงมือปฏิบัติ และด้านการติดตามและประเมินผลของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง



ทุกด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนออกดำเนินการ ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน เมื่อดำเนินกิจกรรมเช่นสำรวจลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งได้รับคำชื่นชมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และค่ายกึ่งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงาน จึงทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีกำลังใจมากขึ้นในการดำเนินงานเพื่อชุมชนของตนเอง ซึ่งสามารถยืนยันได้จากระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า ร้อยละ 90.7 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

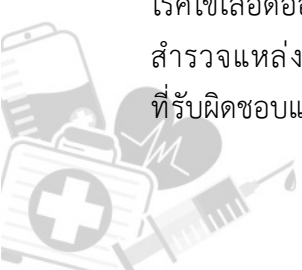
ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้มากขึ้นก็จะยิ่งให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคมากขึ้น ในด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน ด้านการประเมินผล แต่การศึกษาของ สุรวุฒิ เมฆนिति (2555) พบว่าความรู้มีผลต่อการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลเท่านั้น ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะการศึกษานี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่มานาน 46-55 ปี หรือเฉลี่ย 39 ปีทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รู้จักลักษณะภูมิประเทศ สภาพภูมิอากาศ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และหน่วยงานในการรณรงค์กิจกรรม จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ด้านการวางแผนจนถึงด้านประเมินผล

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาด้านความรู้รายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใจถูกต้องว่าวิธีการสำคัญที่สุดของการควบคุมโรคไข้เลือดออกคือการกำจัดลูกน้ำยุงลาย อีกทั้งออกสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในละแวกบ้านที่รับผิดชอบและในสถานที่สาธารณะเช่น โรงเรียน วัด

ศูนย์เด็กเล็กทุกสัปดาห์ ซึ่งแสดงถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี พูลทรัพย์ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รับรู้ประโยชน์และมีพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ได้รับความรู้และรับรู้บทบาทที่สำคัญของตนเอง ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เห็นความสำคัญและร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มแข็ง
2. ควรจัดกิจกรรมพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากพาหะนำโรคเดียวกันอย่างโรคไข้ไวรัสซิกา
3. ควรได้รับพัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำแผนงาน ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อของบประมาณในการจัดกิจกรรม ตลอดจนทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ ในชุมชน
4. จัดเวทีประชาคมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้การดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ และร่วมกันวางแผนการจัดทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team: SRRT) ระดับตำบลให้มีมาตรฐาน
5. หน่วยงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างชายแดนไทย-เมียนมา ควรให้ความสำคัญในการคัดกรองหรือตรวจสอบบุคคลที่เดินทางเข้าประเทศ
6. ควรจัดให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถสื่อสารภาษาพม่าได้ดีในหมู่บ้านที่มีประชาชนเมียนมาพักอาศัย เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างถูกวิธี
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team: SRRT) ระดับตำบลหรือระดับอำเภอให้มีมาตรฐาน



ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนที่ปกติและชุมชนที่เกิดโรค
2. ควรศึกษาพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก
3. ควรศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจ เปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในพื้นที่ที่เกิดโรคและในพื้นที่ที่ไม่เกิดโรค ไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์พิชญ์รักษ์ กันทวิ หัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญอนุเคราะห์ตรวจสอบแบบสอบถามและสละเวลาอันมีค่าให้คำแนะนำในการทำวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (2557). คู่มือการใช้เครื่องพ่นสำหรับผู้ปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. นนทบุรี : สำนัก.
2. นกุล กองทรัพย์ และอนุชิต สว่างแจ้ง. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยโปรแกรมเสริมพลังอำนาจเพื่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด.
3. ผ่องศรี พูลทรัพย์, รัชณี ครอบระวะ, ภิรมย์ ลีสุวรรณ, และบรรณชาวรรณ หิรัญเคราะห์. การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 206-218.
4. วิจิตรา ดวงขยาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.
5. สุรุติ เมฆนิตติ, บุษราคัม สิงห์ชัย, และบัวตัน เขียวอารมณ์. (2555). การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. ชุมชนท้องถิ่น ฐานรากการพัฒนาประชาคม เศรษฐกิจอาเซียน, 859-863.
6. สุรศักดิ์ เกษงาม. (2557) การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลพรเจริญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารบัณฑิตศึกษา, 11, 81-88.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2560). รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออก. ค้นหาค้นเมื่อ 23 กันยายน 2559, จาก <http://www.thaivbd.org/n/home>
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย. (2560). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอแม่สายจังหวัดเชียงราย. เอกสารนำเสนอรายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกในอำเภอแม่สาย.
9. ส่งา เพ็ชรภายสุน, รัชนิวรรณ จันทรสะอาด, และเลิศวรรณ มีอยู่ดี. (2553). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2553. ,19 – 30
10. องค์การอนามัยโลก. (2560). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. ค้นหาค้นเมื่อ 23 กันยายน 2559, จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>



การพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาล
จังหวัดชัยภูมิ

Quality System Development of Radiology Laboratory by Participation of the Hospital Network
Chaiyaphum Province

สุภาพร แซ่ภู *วท.บ., วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

Supaporn Sae-poo B.Sc., M.Sc.(Public Health)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบคุณภาพ ประชากร ที่ศึกษา เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด ชัยภูมิ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความรู้ การมีส่วนร่วม ความรุนแรงของปัญหา และ ความต้องการในการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ที่ผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพ ของเครื่องมือ โดยมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85, 0.87, 0.83 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired Simple T-test ผลการศึกษาพบว่า

1. ความรู้ในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของบุคลากรก่อนดำเนินการ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 6.79 หลังดำเนินการพัฒนาอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 9.87 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อน และหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

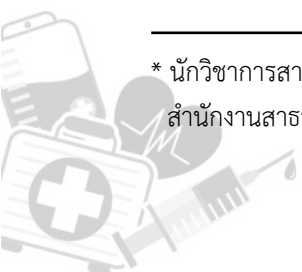
2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของบุคลากร ก่อนดำเนินการอยู่ใน ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.49 หลังดำเนินการอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.92 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยก่อนและหลังการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

3. ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนดำเนินการพัฒนา มีปัญหาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 หลังดำเนินการพัฒนาปัญหาลดลงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.00 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

4. ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนการพัฒนา ความต้องการ แก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 หลังดำเนินการพัฒนา ความต้องการแก้ไขปัญหายุ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.90 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการแก้ไขปัญหาระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

คำสำคัญ : ระบบคุณภาพ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย, การมีส่วนร่วม, โรงพยาบาล

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรและพัฒนาคุณภาพบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ





ABSTRACT

The objectives of action research to study result of quality system development of radiology laboratory by participation of the hospital network, Chaiyaphum Province with before and after quality system development. The study population consisted of personnel working in the diagnostic radiology laboratory of hospitals under the Ministry of Public Health. 30 people in Chaiyaphum Province.

The tools used in the study were knowledge questionnaires, participation, the severity of the problem and the need to solve problems in Quality system development of Radiology Laboratory by through the quality testing process of the tool. The reliability was 0.85, 0.87, 0.83 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the inferential statistics are Paired Simple T-test. The results show that,

1. The knowledge of personnel on quality system development of radiology laboratory before the development was low, with an average at 6.79 after the development was at a high level with an average of 9.87. The results of the comparison between the mean of knowledge before and after the development were significantly different ($P < .01$).

2. Participation in the development of quality system of radiology laboratory personnel. Before the development was at a moderate level, the average was 3.49, after the development was at a high level with an average of 3.92. The results of the comparison between the mean of Participation before and after the development were significantly different ($P < .01$).

3. The severity of the problematic condition of developing quality laboratory diagnostic radiology before the development, the problems was at the high level, the average was 3.73. After the development, the problem was reduced to a moderate level with an average of 3.00. The results of the comparison between the mean of the severity of the problematic condition before and after the development were significantly different ($P < .01$).

4. The needs for solving the problem of developing the diagnostic laboratory quality system before the development of the needs for solving the problem of developing the quality system of the diagnostic laboratory were at a high level, with the mean of 3.80 after the development of the problem solving needs at the medium level with average 2.90

The results of the comparison between the mean of the needs for solving the problem before and after the development were significantly different ($P < .05$).

Keywords : Quality system development of radiology laboratory, Participation, Hospital



บทนำ

การให้บริการงานรังสีวินิจฉัย เป็นบริการที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยให้ผลการตรวจวินิจฉัยมีความรวดเร็วแม่นยำ แต่การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพให้มีมาตรฐาน การป้องกันอันตรายจากรังสีและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีความรู้และทักษะในการจัดทำการฉายรังสีอย่างถูกต้อง ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับผู้ป่วยให้ได้รับปริมาณรังสีในระดับที่เหมาะสมไม่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งมีภารกิจในการตรวจสอบดูแลความปลอดภัย จึงได้นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกมาพัฒนาเป็นเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2555 และได้มีการปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 เป็นแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนางานบริการรังสีวินิจฉัยสอดคล้องตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า รัฐต้องจัดส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ มีโรงพยาบาลในสังกัด จำนวนรวม 16 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง โรงพยาบาลมีการจัดบริการงานรังสีวินิจฉัย และมีบุคลากรทางรังสีการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบให้บริการ จำนวน 15 แห่ง ในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย จังหวัดชัยภูมิ และคณะกรรมการตรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย จังหวัดชัยภูมิ เพื่อดำเนินการตรวจประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ของโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 15 แห่ง ผลการตรวจประเมินพบว่า มีโรงพยาบาล

เพียง 1 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์และได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 6.67 ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับเป้าหมาย²

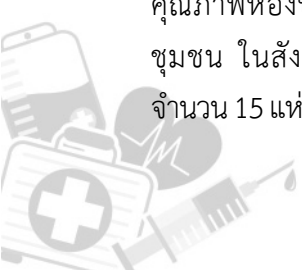
ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เกิดคุณภาพมาตรฐานที่เท่าเทียมกัน จึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจวินิจฉัยภาพทางรังสีที่มีคุณภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากรังสีเอกซ์ อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดมีการพัฒนาเพื่อบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยก่อนและหลังการพัฒนาระบบคุณภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิ เป็นการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ความรุนแรงของสภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการ โดยศึกษาในกลุ่ม



บุคลากรผู้ปฏิบัติงานประจำในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาล จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ และเปรียบเทียบผลการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนและหลังการพัฒนาระบบคุณภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดชัยภูมิ

ลำดับขั้นตอนในการวิจัย

1. การศึกษาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลจากเอกสาร รายงาน การติดตามงาน การสังเกต และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ
2. วิเคราะห์สภาพปัญหา และสาเหตุของปัญหา ด้วยกระบวนการกลุ่มแบบโนมินอล (Nominal Group) และแบบสอบถาม เพื่อให้ทราบปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล
3. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการกึ่งนิเทศงานบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยตามแนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ที่ได้จากข้อ 2 การศึกษาดูงาน การติดตามงานและประเมินผล
4. การประเมินผลการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลโดยใช้แบบประเมินตามเครื่องมือวิจัย

การออกแบบการวิจัย (Research Design)

1. กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยในการแก้ไข ปัญหาเชิงระบบ (System Models)
2. กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหโดยการจัดทำ หลักสูตรอบรมนำปัญหาจากกระบวนการกลุ่มมา กำหนด หลักสูตร
3. รูปแบบการวิจัย ใช้การศึกษาในกลุ่มประชากร ทั้งก่อนและหลังกิจกรรมการพัฒนาในลักษณะแบบ 1 กลุ่ม ประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนา (The One-Group Pre Test-Post Test Design)

ประชากรที่ศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 6 เดือน ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิที่ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ รวมจำนวนทั้งหมด 30 คน โดยผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มประชากรทั้ง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการกลุ่มแบบโนมินอล เพื่อศึกษาสภาพสาเหตุปัญหา ก่อนนำมากำหนดรูปแบบและเนื้อหาในการจัดกิจกรรมการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยผู้วิจัยดำเนินการอภิปราย³
2. แบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย 4) ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย 5) ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย และ 6) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ ระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย และ ผลการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired-Sample T-test
3. วิเคราะห์ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.7 เพศชาย ร้อยละ 25.4 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 29.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.14 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 85.9 ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.9 และ 6-10 ปี ร้อยละ 22.2 เป็นลำดับรองลงมา และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.85 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ นักรังสีการแพทย์ ร้อยละ 46.7

2. ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลของบุคลากร

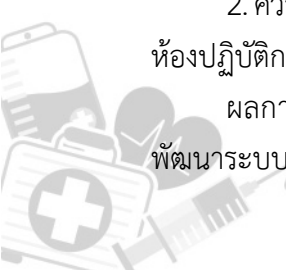
ผลการศึกษาความรู้ของบุคลากร เกี่ยวกับการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของ

โรงพยาบาลโดยภาพรวม พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาบุคลากรมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.3 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.79 หลังดำเนินการพัฒนาบุคลากรมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.7 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 9.87 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการกิจกรรมการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 1

3. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของบุคลากรห้องปฏิบัติการก่อนการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลโดยรวมทั้ง 10 ด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเครื่องมือห้องปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนอีก 9 ด้านที่เหลือ ได้แก่ องค์กรและด้านบริหาร บุคลากร การจัดซื้อและใช้บริการภายนอก การควบคุมกระบวนการ เอกสารคุณภาพการควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด การตรวจติดตามภายใน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการตอบสนองของผู้ใช้บริการ บุคลากรมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

หลังดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลโดยรวมทั้ง 10 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.92 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเครื่องมือห้องปฏิบัติการ ด้าน องค์กรและด้านบริหาร บุคลากร การจัดซื้อและใช้บริการภายนอก การควบคุมกระบวนการ เอกสารคุณภาพ การควบคุมสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด การตรวจติดตามภายใน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการตอบสนองของผู้ใช้บริการ บุคลากรมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 ด้าน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลของบุคลากรระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการฯ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนและหลังจัดกิจกรรมการพัฒนา

ปัจจัย	ระยะเวลา	N	\bar{X}	S.D	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา ระบบคุณภาพ	ก่อนกิจกรรมการพัฒนา	30	6.79	1.73	23.61	0.00**
	หลังกิจกรรมการพัฒนา	30	9.87	1.02		
การมีส่วนร่วมในการ พัฒนาระบบคุณภาพ	ก่อนกิจกรรมการพัฒนา	30	3.49	0.65	13.94	0.00**
	หลังกิจกรรมการพัฒนา	30	3.92	0.73		

** P-value<.01, * P-value<.05

4. ความรุนแรงของสภาพปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

1) ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยพบว่าการดำเนินกิจกรรมการพัฒนามีปัญหาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนหลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาปัญหาลดลงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.00 โดยด้านที่ยังมีปัญหามากที่สุดคือ ด้านบุคลากรเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.20 เมื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ปัญหาที่ลดลงมากที่สุด คือ ปัญหาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ โดยมีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 1.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2

2) ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย จากการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 โดยปัญหาด้านเอกสารคุณภาพเป็นความต้องการที่มากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.95 รองลงมาคือการตรวจติดตามภายใน มีค่าเฉลี่ย 3.75 หลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่าความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.90 นอกจากนี้ยัง พบว่ามีความต้องการในประเด็นต่างๆ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการแก้ไขปัญหาระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของสภาพปัญหา การดำเนินงานและความต้องการแก้ไขปัญหาก่อนและหลังกิจกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพฯ

ปัจจัย	ระยะเวลา	N	\bar{X}	S.D	t	p-value
ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาศึกษา	ก่อนกิจกรรมการพัฒนา	30	3.73	0.35	2.06	0.041*
	หลังกิจกรรมการพัฒนา	30	3.00	0.42		
ความต้องการแก้ไขปัญหาคณะกรรมการพัฒนา	ก่อนกิจกรรมการพัฒนา	30	3.80	0.30	6.53	0.00**
	หลังกิจกรรมการพัฒนา	30	2.90	0.24		

** P-value <.01, * P-value<.05

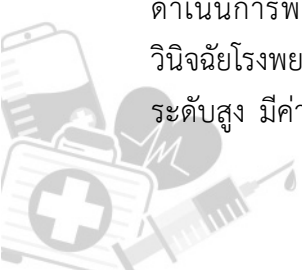
อภิปรายผล

1. ความรู้ในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พบว่า บุคลากรมีความรู้มากขึ้นหลังจากจัดกิจกรรมพัฒนาแล้ว โดยก่อนดำเนินการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.79 หลังดำเนินการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 9.87 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ทารศรี⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี พบว่า บุคลากรมีระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการมากที่สุด และแนวทางการปฏิบัติงานหรือมาตรฐานการทำงานจะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อทุกคนนำไปปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของบุคลากร ก่อนการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลโดยรวมทั้ง 10 ด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเครื่องมือห้องปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนอีก 9 ด้านที่เหลือ บุคลากรมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลโดยรวมทั้ง 10 ด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.92 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

บุคลากรมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลของบุคลากรระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 อธิบายได้ว่ากิจกรรมพัฒนาทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพและมีความเข้าใจและสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทริกา วรณกลิ่ง ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข และวงเดือน ปันตี⁵ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม บรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของกัลยา สุขชัยศรี⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านบริหารกับการมีส่วนร่วมบุคลากรในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในระดับสูง

3. ความรุนแรงของสภาพปัญหาการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ก่อนดำเนินการกิจกรรมการพัฒนามีปัญหาในภาพ



รวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนหลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาปัญหาลดลงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.00 โดยด้านที่ยังมีปัญหามากที่สุดคือ ด้านบุคลากรเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.20 เมื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแล้ว ปัญหาที่ลดลงมากที่สุด คือ ปัญหาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ โดยมีค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 1.50 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาพปัญหาการพัฒนาาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อธิบายได้ว่าหลังจัดกิจกรรมพัฒนา บุคลากรมีการทบทวนเรื่องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และมีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนา มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการประยุกต์ด้านบุคลากรให้ประสบผลสำเร็จนั้นต้องมีการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลที่ เป็นจริงแก่บุคลากรทราบอย่างทั่วถึง

4. ความต้องการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

ก่อนกิจกรรมการพัฒนา ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 โดยปัญหา ด้านเอกสารคุณภาพเป็นความต้องการที่มากที่สุดคือในระดับมาก รองลงมาคือการตรวจติดตามภายใน หลังจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่า ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.90 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความต้องการในประเด็นต่างๆ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการแก้ไขปัญหาระหว่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาทำให้ความต้องการแก้ไขปัญหาการพัฒนาาระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยลดลง เพราะบุคลากรได้มีส่วนร่วมทบทวนเรื่องการพัฒนาาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการฯ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการ

ปฏิบัติงานคือการทำงานของคุณภาพต้องมี ความรู้ความเข้าใจจากภูมิปัญญาดั้งเดิม ความรู้ที่เกิดจากการประยุกต์ความรู้สมัยใหม่ ความรู้ที่เกิดจากการถอดบทเรียนของการทำงานและความรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนในเวทีเสวนาต่างๆ⁸

5. ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย พบว่าบุคลากรห้องปฏิบัติการฯ มีความเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการรับรองห้องปฏิบัติการที่มีปัญหามากที่สุดคือบุคลากรที่มีจำนวนน้อยไม่เหมาะกับงานที่ภาระงานมาก ไม่มีเวลาในการทำงานคุณภาพ จึงทำให้โอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมหรือทำงานคุณภาพน้อยหรือบางคนขาดโอกาสที่จะเข้ามาทำงานตรงนี้เพราะไม่มีความรู้และขาดประสบการณ์

สำหรับแนวทางเพื่อพัฒนาให้บุคลากรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยคือ ควรทบทวนเรื่องอัตรากำลังและภาระงานให้เหมาะสม ให้บุคลากรมีเวลาในการทำงานคุณภาพและควรจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรในหน่วยงานในเรื่องของการทำคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถมาทำงานอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปพิจารณาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นที่อาจมีผลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เพื่อที่จะนำข้อมูลพื้นฐานมาใช้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของงานให้ตรงจุด



2.2 ควรมีการศึกษาถึงผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เช่น ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ คุณภาพการบริการ เพื่อเป็นการขยายแนวความคิดในการศึกษาให้กว้างขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารทรัพยากรที่จำเป็นในองค์กรต่อไป

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เภมณฑ์และแนวทาง การพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานการประเมินระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ปี 2559. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2559.
3. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และศุภพัฒน์กร วงศ์ธนวุธ. การวิจัยปฏิบัติการทางการพัฒนาสังคม.ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์. 2554.
4. อังคณา ทารศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2551.
5. บุญทริกา วรณกลิ่ง, ชื่นจิต โพธิ์สัพสุ และวงเดือน บันดี. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการ ปฏิบัติงาน การได้รับมอบหมาย บรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.2554.
6. กัลยา สุขชัยศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านบริหารกับการมีส่วนร่วมบุคลากร ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2555.
7. สัมพันธ์ เตชะอิก และคณะ. การพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้าน. ขอนแก่น : เจริญวิทย์การพิมพ์. 2540.
8. สำนักงานส่งเสริมพัฒนาศักยภาพชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน. ความเป็นกรรมการขององค์กรชุมชนกับ ศอช. กรุงเทพฯ : บีพีเอส เพรส จำกัด. 2547.



จักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาใน ตำบลแม่เปิน อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์

อรอนงค์ เกษมญาติ *

วันเพ็ญ เพชรมัน **

วีระ สังข์ทอง ***

บทคัดย่อ

การจัดทำนวัตกรรมในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ให้มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวมากขึ้น สามารถบริหารกล้ามเนื้อข้อไหล่ด้วยนวัตกรรมได้ด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลช่วยทุกวัน มีวิธีการใช้งาน ดังนี้ ตั้งนวัตกรรมบนโต๊ะระดับอกผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ จากนั้นผู้ป่วยใช้มือจับด้ามจับค่อยๆ หมุนในทิศทางที่มีการงอข้อไหล่ทำซ้ำๆ ทำท่างานนี้ 50 ครั้ง/ชุด 3 ชุด/วัน ควรเริ่มจากจำนวนครั้งน้อยกว่าก่อน ให้พอรู้สึกตึงหรือเจ็บพอทนได้ ถ้าไม่ตึงหรือเจ็บมากขึ้น ให้เพิ่มจำนวนครั้งต่อชุด เมื่อรู้สึกมีอาการเจ็บบริเวณไหล่หรือแขนควรหยุดบริหาร เพื่อป้องกันการบาดเจ็บมากขึ้น โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ (Thai Arthrometric Navigator Scale :TAN Scale) จากการศึกษา พบว่า จักรยานปั่นมือ เพื่อลดภาวะข้อไหล่ติดสามารถเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ให้มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวมากขึ้น หลังทดลองใช้นวัตกรรมผู้ป่วยสามารถบริหารกล้ามเนื้อข้อไหล่ได้ด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องมีผู้ดูแลช่วยทุกวัน ข้อเสนอแนะควรเพิ่มระยะเวลาของการทดลองใช้นวัตกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด และประเมินผลการทดลองใช้นวัตกรรมในระยะยาว โดยการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยคนอื่น และพัฒนาใช้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประดิษฐ์อุปกรณ์ขึ้นเองและสามารถใช้งานได้จริง

คำสำคัญ : จักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด, การเคลื่อนไหวข้อไหล่, องศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่

* นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาใน อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์

** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาใน อำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์

*** สาธารณสุขอำเภอแม่เปิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เปิน จังหวัดนครสวรรค์



ABSTRACT

The objectives of action research to study result of quality system development of radiology laboratory by participation of the hospital network, Chaiyaphum Province with before and after quality system development. The study population consisted of personnel working in the diagnostic radiology laboratory of hospitals under the Ministry of Public Health. 30 people in Chaiyaphum Province.

The tools used in the study were knowledge questionnaires, participation, the severity of the problem and the need to solve problems in Quality system development of Radiology Laboratory by through the quality testing process of the tool. The reliability was 0.85, 0.87, 0.83 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the inferential statistics are Paired Simple T-test. The results show that,

1. The knowledge of personnel on quality system development of radiology laboratory before the development was low, with an average at 6.79 after the development was at a high level with an average of 9.87. The results of the comparison between the mean of knowledge before and after the development were significantly different ($P < .01$).

2. Participation in the development of quality system of radiology laboratory personnel. Before the development was at a moderate level, the average was 3.49, after the development was at a high level with an average of 3.92. The results of the comparison between the mean of Participation before and after the development were significantly different ($P < .01$).

3. The severity of the problematic condition of developing quality laboratory diagnostic radiology before the development, the problems was at the high level, the average was 3.73. After the development, the problem was reduced to a moderate level with an average of 3.00. The results of the comparison between the mean of the severity of the problematic condition before and after the development were significantly different ($P < .01$).

4. The needs for solving the problem of developing the diagnostic laboratory quality system before the development of the needs for solving the problem of developing the quality system of the diagnostic laboratory were at a high level, with the mean of 3.80 after the development of the problem solving needs at the medium level with average 2.90

The results of the comparison between the mean of the needs for solving the problem before and after the development were significantly different ($P < .05$).

Keywords : Quality system development of radiology laboratory, Participation, Hospital



บทนำ

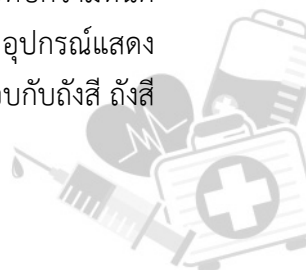
ภาวะข้อไหล่ติด เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้ตามปกติ เนื่องจากอาการตึงจนไม่สามารถยก กาง หรือหมุนข้อหัวไหล่ อาการข้อไหล่ติดมักค่อยๆ เริ่มปรากฏ จากการลดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่จนกระทั่งเคลื่อนไหวได้น้อยมาก ซึ่งข้อไหล่เป็นข้อที่มีการเคลื่อนไหวมากที่สุดในร่างกาย ได้ทั้งระยะการเคลื่อนไหวและทิศทางการเคลื่อนไหว ทำให้แขนสามารถชูขึ้นเหนือศีรษะ เคลื่อนไปด้านหน้า ด้านหลัง และด้านข้างได้ ช่วยทำให้มือทำงานได้ตามต้องการ ทั้งนี้ เมื่อข้อไหล่เกิดพยาธิสภาพขึ้น จะทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวร่วมกับมีอาการปวดขณะทำการเคลื่อนไหวหรือขณะอยู่นิ่ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานต่างๆ ในชีวิตประจำวัน สาเหตุของการอักเสบของข้อไหล่ยังไม่พบสาเหตุแน่ชัด แต่ส่วนมากมักเกิดกับผู้ที่ข้อไหล่บาดเจ็บหรือเคลื่อนไหวได้น้อยกว่าปกติ เช่น กระดูกแขนหักต้องใส่เฝือกนานๆ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือมีอาการปวดจนทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้แขนข้างที่บาดเจ็บ อาการข้อไหล่ติดมักเกิดในผู้ที่มีอายุ 40-60 ปีขึ้นไป และพบมากในผู้สูงอายุ โดยเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งภาวะข้อไหล่ติดสามารถรักษาได้หลายวิธี การรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อลดปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เช่น การตัดดึงข้อต่อ การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น รักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง และการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายมีส่วนสำคัญอย่างมากในการบรรเทาและการรักษาอาการของโรคโดยเน้นออกกำลังกายที่เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นความสำคัญของการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยการออกกำลังกายที่เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ จึงคิดค้นนวัตกรรม จักรยานปั่นมือ เพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด เพื่อเป็นแนวทางหรือสามารถนำไปประดิษฐ์หรือประยุกต์ใช้ที่บ้านได้ สามารถบริหารข้อไหล่ให้มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวมากขึ้นและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ลดภาระการพึ่งพิงจากผู้ดูแล และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข

อุปกรณ์และวิธีการ

วัสดุที่ใช้ในการจัดทำนวัตกรรม (1) ถังสีขนาด 20 ลิตร จำนวน 1 ถัง (2) ข้อต่อสามทาง ขนาด 1/2 นิ้ว จำนวน 2 ชิ้น (3) ข้อต่อตรง ขนาด 1/2 นิ้ว จำนวน 8 ชิ้น (4) ข้องอ 90 องศาขนาด 1/2 นิ้ว จำนวน 4 ชิ้น (5) ชุดข้อต่อเกลียวใน (Connector) ขนาด 1/2 นิ้ว จำนวน 3 ชุด (6) ท่อแป๊บเหล็ก ขนาด 1/2 นิ้ว 35 เซนติเมตร จำนวน 1 ชิ้น (7) ยางหุ้มท่อแอร์ ขนาดความยาว 5 นิ้ว จำนวน 2 ชิ้น (8) ล้อด้าย จำนวน 2 ชิ้น (9) แผ่นอะคริลิกใส จำนวน 1 แผ่น (10) แกนกระดาษ จำนวน 2 ชิ้น (11) ยางยึด จำนวน 1 เส้น (12) ใบเลื่อย (13) กรรไกร (14) กาวร้อน (15) สีสเปรย์ (16) ผ้าเบรกรถยนต์

ขั้นตอนในการทำนวัตกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด ดังนี้ (1) นำถังสีมาเจาะรูด้านข้างๆ ละ 1 รู และกันถังสี 1 รู ขนาดเท่ากับท่อแป๊บ (2) ใช้ใบเลื่อยเลื่อยท่อ PVC ยาวประมาณ 10 เซนติเมตร จำนวน 6 ชิ้น ใช้สำหรับเป็นข้อต่อตรง และเลื่อยท่อ PVC อีก 2 ชิ้น ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร หรือยาวตามความเหมาะสมของมือผู้ใช้ (3) ตัดท่อแป๊บเหล็กยาวประมาณ 35 เซนติเมตร จำนวน 1 ชิ้น สำหรับอุปกรณ์แกนกลาง (4) นำอุปกรณ์ข้อต่อตรง ข้อต่อสามทาง ท่อแป๊บเหล็ก และชุดข้อต่อเกลียวใน มาประกอบเป็นชุดอุปกรณ์แกนกลางของตัวนวัตกรรม (5) นำอุปกรณ์ข้อต่อตรง ข้องอ 90 องศา หลอดด้าย และยางหุ้มท่อแอร์ มาประกอบเป็นชุดอุปกรณ์มือปั่น โดยใช้ล้อด้ายและยางหุ้มท่อแอร์เป็นอุปกรณ์ในการจับให้เหมาะกับขนาดมือของผู้ใช้ (6) นำอุปกรณ์ข้อต่อสามทาง ข้อต่อตรง ข้อต่อเกลียวใน (Connector) และผ้าเบรกรถ มาประกอบเป็นชุดอุปกรณ์การปรับระดับความหนืด หรือการปรับระดับแรงต้านทาน โดยใช้ผ้าเบรกรถเป็นติดบริเวณปลายท่อของชุดอุปกรณ์การปรับระดับ (7) นำอุปกรณ์แกนกระดาษ ยางยึด และแผ่นอะคริลิกใส มาประกอบเป็นชุดอุปกรณ์แสดงผลการปรับระดับแรงต้านทาน (8) นำชุดอุปกรณ์แกนกลาง ชุดอุปกรณ์มือปั่น ชุดอุปกรณ์การปรับระดับความหนืด หรือการปรับระดับแรงต้านทาน และชุดอุปกรณ์แสดงผลการปรับระดับแรงต้านทาน มาประกอบกับถังสี ถังสี



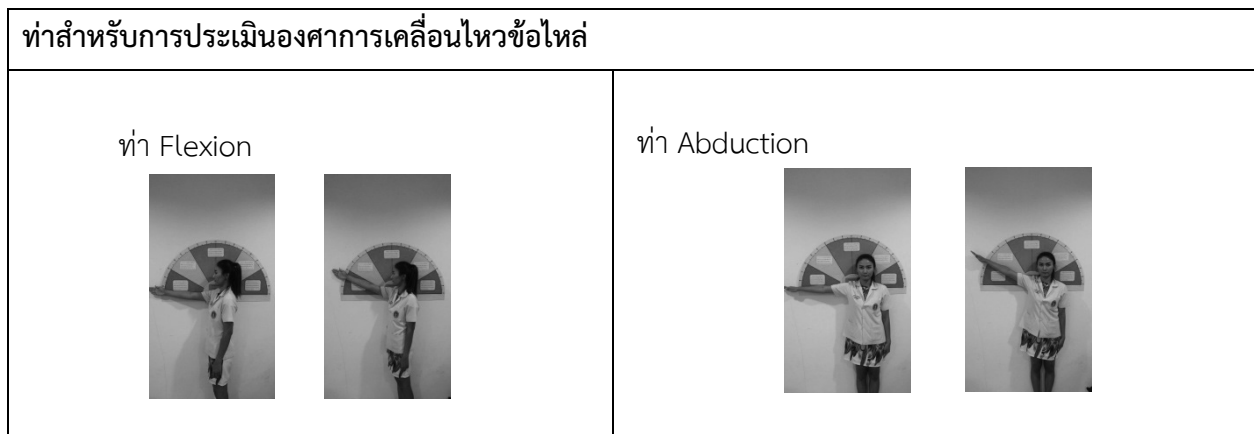
เป็นตัวโครงสร้างของนวัตกรรม (9) ใช้มีดคัตเตอร์เจาะถึงสี่เป็นรูสี่เหลี่ยมผืนผ้า ติดแผ่นอะคริลิกใสเพื่อแสดงผลการปรับระดับแรงต้านทาน (10) นำถั่งสีมีพื้นสีฟ้า ตกแต่งให้เป็นรูปสวยงามตามความต้องการ

นวัตกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด มีลักษณะเป็นทรงกระบอก สูง 36 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลาง 15 เซนติเมตร ชุดอุปกรณ์มือปั่นมีขนาดพอเหมาะกับมือของผู้ใช้ เพื่อให้สะดวกต่อการใช้งาน และชุดอุปกรณ์ปรับระดับความหนักหรือการปรับระดับแรงต้านทานสามารถปรับระดับได้ตามความเหมาะสม โดยเริ่มปรับระดับจากความหนักที่มีแรงต้านทานระดับน้อยก่อนแล้วเพิ่มระดับขึ้น เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ (ดังภาพที่ 1)

ผลการทดลอง

จากการศึกษา การใช้นวัตกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด ในผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ติด เป็นระยะเวลา 14 วัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ติดหลังจากใช้นวัตกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด มีค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่แขนขวาเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 8.33 องศา แขนซ้ายเพิ่มขึ้น เท่ากับ 6.67 องศา ด้วยทำสำหรับการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่า Flexion และมีค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่แขนขวาเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 6.67 องศา แขนซ้ายเพิ่มขึ้น เท่ากับ 8.33 องศา ด้วยทำสำหรับการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่า Abduction ดังตารางการเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงท่าสำหรับการประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่



ตารางที่ 2 แสดงองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมจำแนกตามลักษณะการเคลื่อนไหว

	ประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่	แขนข้างขวา/ซ้าย (ก่อน)	แขนข้างขวา/ซ้าย (หลัง)	แขนข้างขวา/ซ้าย (ผลการทดลอง)
1	Flexion	150/145	160/150	+10/+5
	Abduction	130/140	135/150	+5/+10
2	Flexion	140/135	145/140	+5/+5
	Abduction	135/130	140/140	+5/+10
3	Flexion	110/105	120/115	+10/+10
	Abduction	120/120	130/125	+10/+5
\bar{X}	Flexion	133.33/128.33	141.67/135.00	+8.33/+6.67
	Abduction	128.33/130.00	135.00/138.33	+6.67/+8.33

อภิปรายผล

จากการวัดองศาข้อไหล่ด้วยเครื่องมือวัดข้อไหล่ด้วยตนเองของสถาบันมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยองศาข้อไหลีก่อนการใช้วัตรกรรมจากการวัดด้วยท่า Flexion แขนขวาเท่ากับ 133.33 องศา แขนซ้าย 128.33 องศา ค่าเฉลี่ยท่า Abduction แขนขวาเท่ากับ 128.33 องศา แขนซ้าย 130.00 องศา และค่าเฉลี่ยองศาของข้อไหล่หลังการใช้วัตรกรรม 14 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยจากการวัดด้วยท่า Flexion แขนขวาเท่ากับ 141.67 องศา พบว่ามีการเพิ่มขึ้นขององศาข้อไหล่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 องศา ผู้ป่วยมีองศาของข้อไหล่เพิ่มขึ้นทั้งหมด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ของผู้ป่วยที่ใช้วัตรกรรมทั้งหมด แขนซ้ายมีค่าเฉลี่ย 135.00 องศา มีการเพิ่มขึ้นขององศาข้อไหล่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.67 องศา ผู้ป่วยมีองศาของข้อไหล่เพิ่มขึ้น 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ใช้วัตรกรรมทั้งหมด ค่าเฉลี่ยจากการวัดด้วยท่า Abduction แขนขวาเท่ากับ 135.00 องศา พบว่ามีการเพิ่มขึ้นขององศาข้อไหล่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.67 องศา ผู้ป่วยมีองศาของข้อไหล่เพิ่มขึ้น 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ใช้วัตรกรรมทั้งหมด แขนซ้าย 138.33 องศา พบว่ามีการเพิ่มขึ้นขององศาข้อไหล่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.33 องศา ผู้ป่วยมีองศาของข้อไหล่เพิ่มขึ้น 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ใช้วัตรกรรมทั้งหมด

สรุป

จากการศึกษาประสิทธิผลประสิทธิผลนวัตกรรมการจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติดโดยการเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ พบว่า นวัตกรรมการจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติดสามารถเพิ่มองศา

การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ให้มีประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนานวัตกรรมการ คือ การเพิ่มระยะเวลาของการทดลองใช้วัตรกรรมจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติด เพื่อการประเมินผลการทดลองใช้วัตรกรรมนำวัตรกรรมไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประดิษฐ์อุปกรณ์ขึ้นเองและสามารถใช้งานได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานนวัตกรรมการจักรยานปั่นมือเพื่อลดภาวะข้อไหล่ติดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาโน สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก นางวันเพ็ญ เพชรมัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานหมาโน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมเนื้อหา เพื่อให้มีความครอบคลุม ทำให้งานนวัตกรรมการมีคุณค่าจนนวัตกรรมการครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้จัดทำนวัตกรรมการจึงขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายวีระ สังข์ทอง สาธารณสุขอำเภอแม่เป็น ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะปรับปรุงและแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจผู้จัดทำนวัตกรรมการมาโดยตลอด จึงขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอแม่เป็นเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ [ออนไลน์]. คู่มือการใช้เครื่องมือวัดข้อไหล่ตนเอง (Thai Arthrometric Navigator Scale: TAN Scale). สามารถเข้าได้ที่ : http://www.nci.go.th/th/images/image_index/tanscale/ART%20ok.pdf มี.ค. 2560].
2. โรงพยาบาลโพนทราย [ออนไลน์]. นวัตกรรมการจักรยานปั่นมือสุดประหยัด. สามารถเข้าได้ที่ : <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/work.php?maincode=11072&types=4> มี.ค. 2560].



การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skill) ของกระทรวงสาธารณสุข
Middle Level Public Health Administrators Training Program
by organizing learning processes to build strategic thinking skills
of the Ministry of Public Health

สาวิตรี แก้วผุดผ่อง* ร.ป.ม.

SawitreeKaewphutpong, M.P.A.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรโดยใช้รูปแบบ CIPP Model และพัฒนาหลักสูตรหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1)วิทยาลัยที่ดำเนินการจัดอบรม ประจำปี 2558 จำนวน 7 แห่ง เป็นหน่วยวิเคราะห์ 2) ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 423 คน ได้แก่ ผู้จัดการอบรม 14 คน วิทยากรพี่เลี้ยง 14 คน และผู้เข้ารับการอบรม 395 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติในการทำวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่าประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้านบริบททุกข้อมีความชัดเจนด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสมในระดับมาก คือโครงสร้างหลักสูตรคิดเป็นร้อยละ 94.3 เนื้อหาวิชา ($\bar{X}=4.41$, S.D.= 0.60) วิทยากรและวิทยากรพี่เลี้ยง ($\bar{X}=4.45$, S.D.=0.54) ด้านกระบวนการ มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.31$, S.D.=0.62) ด้านผลผลิต มีความเหมาะสมในระดับมาก โดยผลสัมฤทธิ์ผลความรู้ความเข้าใจ ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.60)นำไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X}=4.40$, S.D.=0.60) วัตถุประสงค์ของหลักสูตร ($\bar{X}=4.50$, S.D.=0.60) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในบางประการ แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ด้านโครงสร้างหลักสูตร ควรเพิ่มระยะเวลาของหลักสูตรเนื่องจากเนื้อหาที่มีมากเกินไป แต่ถ้าจะปรับลดระยะเวลาของหลักสูตรก็ควรลดเนื้อหาวิชาลงด้วยส่วนในด้านของเนื้อหาควรมีการปรับบางรายวิชาเพื่อให้เกิดสอดคล้องและความเหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้ควรเน้นให้ความรู้เชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีโดยเฉพาะเรื่องการวางแผนยุทธศาสตร์ ควรมีกระบวนการกลุ่มที่เน้นการกระตุ้นและฝึกคิดเพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ส่วนประเด็นการพัฒนาหลักสูตร ผู้วิจัยได้จัดทำรูปแบบหลักสูตรที่ปรับให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น คือปรับระยะเวลาในการอบรมทั้งสิ้น เหลือจำนวน 4 สัปดาห์ (เดิม 6 สัปดาห์) และตั้งเป้าหมายของหลักสูตรคือ ผู้ที่ผ่านการอบรม จะต้องมีความรู้ที่พึงประสงค์หลักโดย เกิด ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skills) ซึ่งมีแนวคิดในการจัดการกระบวนการเรียนรู้เป็นแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการฝึกวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหา/พัฒนาการบริหารจัดการในเชิงกลยุทธ์ โดยใช้รูปแบบกรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จริง (Community Based Learning = CBL) โดยหวังผลให้กระบวนการทำงานกลุ่ม (group working) ช่วยขัดเกลา และเสริมเติมเต็มคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการเป็นนักบริหาร

คำสำคัญ : หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง การพัฒนา การคิดเชิงกลยุทธ์



ABSTRACT

The purpose of this survey research was to study the appropriateness and consistency of the training program using CIPP Model and to train the Middle Level Public Health Administrators Training Program. The research population consists of: 1) 7 colleges that had annual training for year 2015. 2) 423 contributors include of 14 trainers, 14 mentors and 395 participants. The research tools were questionnaires for analysis of appropriateness and consistency of Middle Level Public Health Administrators Training Program, interviews and group discussions that data were analyzed using the statistical analysis of the research.

The results revealed that the quantitative data analysis of all contexts were clear, the inputs showed that most of them were appropriate in high level, which were the course structure 94.3%, courses content ($\bar{X}= 4.41$, S.D.=0.60), mentors ($\bar{X}= 4.45$, S.D.= 0.54), the processes were appropriate in high level ($\bar{X}= 4.31$, S.D. = 0.62), the outputs were appropriate in high level by cognitive performance ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.60), implementation ($\bar{X}=4.40$, S.D.=0.60) and the course objectives ($\bar{X}=4.50$, S.D.= 0.60). The qualitative analysis from interviews and group discussions revealed that that the samples were supportive and consistent with some of quantitative data but there were suggestions that the duration of the course should be increased as there was too much content. However, if the course duration was reduced, it should be also reduced the courses content. In terms of content, some courses should be tailored to get fit with the changing circumstances and current context. It should focus on practical knowledge rather than theoretical knowledge. Especially strategic planning, there should be a group process that emphasizes stimulation and thinking to provide for appropriate practice. In case of training, the researcher has improved the course to be more complete by adjust the duration of training from 6 to 4 weeks. To set the course's goal for those who have passed the training must have the main desirable attributes to achieve strategic thinking skills that had the concept of managing the learning process is integrated that focus on strategic planning to solve the problem, management development strategies using case study model is Community Based Learning and expected from group working process that refines and complements the personal attributes needed to be an executive.

Keywords : Middle Level Public Health Administrators Training Program, Training, Strategic Thinking



บทนำ

จากพลวัตสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศตามนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาประเทศให้ก้าวสู่ Thailand 4.0 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ตามวิสัยทัศน์ ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุข และตอบสนองต่อการบรรลุ ซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ซึ่งในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าในยุคโลกดิจิทัลนั้น จึงต้องอาศัยทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่มาช่วยสนับสนุนในการขับเคลื่อนประเทศ และทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการปฏิบัติภารกิจนั้นๆ ขององค์กรที่จะนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวได้ ดังนั้น ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) หรือการพัฒนากำลังคน (Manpower Development) ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและยั่งยืนที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการลงทุนประเภทอื่นๆ ทั้งนี้เพราะความสำเร็จขององค์กรขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากร องค์กรใด หากมีทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถสูง มีคุณธรรม มีจริยธรรม ย่อมสามารถสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน นำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุข โดยวิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนานักบริหารสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อให้ครอบคลุมนักบริหารสาธารณสุขทุกระดับ โดยมุ่งเน้นยุทธศาสตร์หลัก : 4 Excellence Strategies และค่านิยมองค์กร (core value) : MOPH ที่จะพัฒนาให้องค์กรเดินหน้าได้อย่างเป็นระบบ จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา นักบริหารสาธารณสุข ทุกระดับมุ่งสู่มาตรฐานสากล ซึ่งหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง เป็นหลักสูตรหนึ่งในหลักสูตรมาตรฐานทางการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนานักบริหารสาธารณสุข ให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะทางการบริหารในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นแบบอย่างที่ดี

ด้านคุณธรรม จริยธรรม มีความโปร่งใส และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข เนื่องจากหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง ได้มีการดำเนินการจัดมาตั้งแต่ ปี 2528 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้การพัฒนาผู้บริหารสอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน ทันสมัย และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษา เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skill)” ของกระทรวงสาธารณสุข ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง ปี 2558
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methodology research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีระยะเวลาการดำเนินการตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559 มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. วิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรฯ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต
2. การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง โดยการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skill) มีขั้นตอน คือ

2.1 ศึกษา รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลด้านนโยบาย การพัฒนาบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขโดยคำนึงถึงนโยบายผู้บริหารเป็นหลักและผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรฯ

2.2 จัดทำร่างการพัฒนาหลักสูตรโดยคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรบริหาร

2.3 เสนอผู้บริหารพิจารณาหลักสูตรและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง ประจำปีงบประมาณ 2558 ได้แก่ 1) วิทยาลัยที่ดำเนินการจัดอบรม จำนวน 7 แห่ง 2) ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 423 คน ได้แก่ ผู้จัดการอบรม 14 คน วิทยากรพี่เลี้ยง 14 คน และผู้เข้ารับการอบรม 395 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามปลายเปิด แบบตรวจสอบรายการ แบบตัวเลือกและแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จากนั้นนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.99963

2. การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเพื่อรับทราบข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากผู้จัดการอบรม 7 แห่งๆ ละ 2 คน วิทยากรพี่เลี้ยง 7 แห่งๆ ละ 2 คน และผู้เข้ารับการอบรมที่เข้ารับการอบรม ณ วิทยาลัยที่จัดการอบรม 7 แห่งๆ ละ 8-10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามโดยแจกและรับคืนในวันสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เข้ารับการอบรม ณ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่จัดอบรม ประจำปีงบประมาณ 2558 จำนวน 395 คนตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมดจำนวน 388 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และสถิติในการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเหมาะสมด้านวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ความเหมาะสมด้านโครงสร้าง ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชา วิทยากร และเทคนิคการสอน ด้านกระบวนการฝึกอบรม ด้านสัมฤทธิ์ผลตามความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ประโยชน์ ด้านผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์แปลผลในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย (Best, 1981 : 179-187) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในวันที่ไปประเมินการจัดอบรมซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Question) โดยนำข้อมูลที่ได้นำมาสรุปเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตร



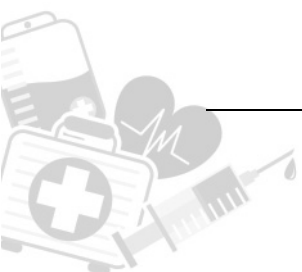
ตารางที่ 1 ร้อยละของความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	จำนวน	ร้อยละ
ความชัดเจนของวัตถุประสงค์		
ชัดเจน	383	98.7
ไม่ชัดเจน	5	1.3
ความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติจริง		
เหมาะสม	381	98.2
ไม่เหมาะสม	7	1.8
ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน		
สอดคล้อง	385	99.2
ไม่สอดคล้อง	3	0.8
ความเหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน		
เหมาะสม	384	98.9
ไม่เหมาะสม	4	1.1
ความสอดคล้องกับความต้องการของท่าน		
สอดคล้อง	383	98.8
ไม่สอดคล้อง	5	1.2

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเหมาะสมของหลักสูตรและความสอดคล้องด้านวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนใหญ่เห็นว่าประเด็นความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 99.2

ตารางที่ 2 ร้อยละของความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านโครงสร้างของหลักสูตร

โครงสร้างของหลักสูตร	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 : การเตรียมความพร้อมก่อนการอบรม (1สัปดาห์)		
เหมาะสม	361	93.0
มากเกินไป	21	5.4
น้อยเกินไป	6	1.5
หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 : การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องเรียน (3 สัปดาห์)		
เหมาะสม	366	94.3
มากเกินไป	7	1.8
น้อยเกินไป	15	3.9
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 : การฝึกภาคสนาม (1สัปดาห์)		
เหมาะสม	354	91.2
มากเกินไป	5	1.3
น้อยเกินไป	29	7.5



ตารางที่ 2 (ต่อ) ร้อยละของความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านโครงสร้างของหลักสูตร

โครงสร้างของหลักสูตร (ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยการเรียนรู้ 4 : การบูรณาการความรู้สู่งานที่ได้รับผิดชอบ (1สัปดาห์)		
เหมาะสม	365	94.1
มากเกินไป	8	2.1
น้อยเกินไป	15	3.9

จากตารางที่ 2 พบว่า ความเหมาะสมด้านโครงสร้างของหลักสูตร ส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยการเรียนรู้ 2 การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องเรียน (3 สัปดาห์) มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 94.3

ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านเนื้อหาวิชาวิทยาการและเทคนิคการสอน

เนื้อหาวิชาวิทยาการ และเทคนิคการสอน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
หน่วยการเรียนรู้ 1 : การเตรียมความพร้อมก่อนการอบรม (1สัปดาห์)	4.35	0.61	มาก
หน่วยการเรียนรู้ 2 : การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องเรียน (3 สัปดาห์)	4.42	0.49	มาก
หน่วยการเรียนรู้ 3 : การฝึกภาคสนาม (1สัปดาห์)	4.44	0.57	มาก
หน่วยการเรียนรู้ 4 : การบูรณาการความรู้สู่งานที่ได้รับผิดชอบ (1สัปดาห์)	4.45	0.54	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชาวิทยาการ และเทคนิคการสอน หน่วยการเรียนรู้ 4 : การบูรณาการความรู้สู่งานที่ได้รับผิดชอบ (1สัปดาห์) มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, S.D. = 0.54)

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านกระบวนการจัดอบรม

กระบวนการจัดการอบรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสถานที่และเครื่องมือวัสดุทัศนูปกรณ์	4.30	0.58	มาก
ด้านเอกสารประกอบการฝึกอบรม	4.17	0.64	มาก
ด้านการจัดการเรียนการสอน	4.31	0.57	มาก
ด้านการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม	4.31	0.73	มาก
ด้านวิทยากรและวิทยากรพี่เลี้ยง	4.36	0.55	มาก
ด้านการวัดและประเมินผล	4.34	0.64	มาก
ด้านการบริหารจัดการ	4.38	0.51	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านกระบวนการจัดอบรม ส่วนใหญ่เห็นว่าประเด็นด้านการบริหารจัดการมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.38$, S.D. = 0.51)



ตารางที่ 5 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านสัมฤทธิ์ผลตามความเข้าใจ และการนำไปใช้ประโยชน์

เนื้อหาวิชา	ความรู้ที่เพิ่มขึ้น			การนำไปใช้ประโยชน์		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 : การเตรียมความพร้อมก่อนการอบรม (1สัปดาห์)	4.32	0.63	มาก	4.36	0.62	มาก
หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 : การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องเรียน (3 สัปดาห์)	4.29	0.62	มาก	4.34	0.59	มาก
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 : การฝึกภาคสนาม (1สัปดาห์)	4.37	0.60	มาก	4.38	0.63	มาก
หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 : การบูรณาการความรู้สู่งานที่ได้รับผิดชอบ (1สัปดาห์)	4.38	0.58	มาก	4.42	0.55	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านสัมฤทธิ์ผลตามความเข้าใจและการนำไปใช้ประโยชน์ส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยการเรียนรู้ที่ 4 : การบูรณาการความรู้สู่งานที่ได้รับผิดชอบ (1สัปดาห์) การมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น มีความเหมาะสมในระดับมาก (\bar{X} = 4.38, S.D. = 0.58) ส่วนการนำไปใช้ประโยชน์ มีความเหมาะสมในระดับมาก (\bar{X} = 4.42, S.D. = 0.55)

ตารางที่ 6 ระดับความคิดเห็นที่มีต่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ของการอบรม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการบริหารงานในสถานการณ์จริง	4.39	0.56	มาก
2.เพื่อพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำ การตัดสินใจ การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ	4.44	0.57	มาก
3.เพื่อพัฒนาจิตสำนึกให้มีความรับผิดชอบ และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านคุณธรรมและจริยธรรม	4.52	0.55	มาก
4.เพื่อพัฒนาการประสานความร่วมมือของทีมงาน และภาคีเครือข่ายสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.47	0.56	มาก
5.เพื่อพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้แข็งแรง และมีความสุข	4.47	0.61	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรด้านผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรส่วนใหญ่เห็นว่า ประเด็นพัฒนาจิตสำนึกให้มีความรับผิดชอบ และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีความเหมาะสมระดับมาก (\bar{X} = 4.52, S.D. = 0.55)



จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า

ด้านบริบท ผู้เข้าร่วมสนทนา มีความคิดเห็น ว่าวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน สอดคล้องกับสภาพ การณ์ปัจจุบันและสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับการ ทำงานในปัจจุบันได้

ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้เข้าร่วมสนทนา มีความคิดเห็น ว่าโครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสม แต่ให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมคือ ควรเพิ่มระยะเวลาของการเรียนรู้ หรือเพิ่ม ระยะเวลาของหลักสูตร เพราะเนื้อหาแน่นมาก แต่ถ้าจะปรับ ลดระยะเวลาของหลักสูตรก็ควรลดเนื้อหาวิชาลงด้วย และควรเน้นการให้ความรู้เชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เชิง ทฤษฎีเนื้อหาวิชาวิทยากร และเทคนิคการสอนควรเน้น หลักการเรียนรู้ กระบวนการให้มากกว่าการฟังบรรยาย สถานที่ วัสดุอุปกรณ์และเอกสารประกอบการฝึกอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้อง กันคือ ทีมงานผู้จัดและสถานที่ที่มีความพร้อม เหมาะสมมาก ได้รับการดูแลอย่างดี

ด้านกระบวนการ ด้านการจัดการเรียนการสอน ผู้เข้าร่วมสนทนา มีความเห็นว่า การจัดการเรียนการสอน มีความเหมาะสมดี แต่การเลือกสถานที่ฝึกงานควรเอื้อ ต่อการพัฒนา คือไม่ควรใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาก เกินไป การฝึกภาคสนาม มีความเห็นว่า สถานที่ที่ฝึกปฏิบัติ มีความเหมาะสมเพราะเป็นพื้นที่ต้นแบบ และการเตรียม ข้อมูลและสนับสนุนข้อมูลเป็นอย่างดี วิทยากรและ วิทยากรพี่เลี้ยง มีความเหมาะสม การคัดเลือกวิทยากร บรรยายส่วนใหญ่มีคุณภาพ มีความเชี่ยวชาญและ ประสบการณ์เหมาะสมกับเนื้อหาวิชาที่สอน การวัด ประเมินผล มีความเห็นว่า การประเมินผลมีขั้นตอนมาก และแบบประเมินเยอะ ทำให้เสียเวลาและสับสน การ บริหารจัดการหลักสูตร มีความเห็นว่า ได้รับความร่วมมือ และการอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นอย่างดีจาก วิทยาลัยผู้จัด แต่ควรส่งคู่มือให้ผู้เข้ารับการอบรมล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อการเตรียมตัว

ด้านผลผลิต จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้เข้ารับ การอบรมส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็น ว่า ได้รับความรู้และ ทักษะเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ปรับใช้ในการ

ปฏิบัติจริง และจากการสอบถามถึงระดับความพึงพอใจ ที่ได้เข้ารับการอบรม ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการ สาธารณสุขระดับกลาง โดยคำนึงถึงนโยบายผู้บริหารเป็น หลักพร้อมทั้งผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความ สอดคล้องของหลักสูตรนั้น ผู้วิจัยได้นำหลักสูตรมาพัฒนา ดังนี้ 1) ปรับระยะเวลาการอบรมเป็นจำนวน 4 สัปดาห์ (เดิม 6 สัปดาห์) 2) ตั้งเป้าหมายของหลักสูตรคือ ผู้ที่ผ่านการ อบรม จะต้องมีความรู้ที่พึงประสงค์หลักโดย เกิด ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skills) ซึ่งมีแนวคิดในการจัดการกระบวนการเรียนรู้เป็นแบบ บูรณาการที่มุ่งเน้นการฝึกวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ ปัญหา/พัฒนาการบริหารจัดการในเชิงกลยุทธ์ โดยใช้รูปแบบกรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จริง (Community Based Learning=CBL) โดยหวังผลให้กระบวนการ ทำงานกลุ่ม (group working) ช่วยขัดเกลา และเสริมเติม เต็มคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการเป็นนักบริหาร ซึ่งพบว่าโครงสร้างหลักสูตร เน้นการพัฒนาความรู้ทักษะ และสมรรถนะ โดยจะต้องมีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และบริบทที่เปลี่ยนแปลง แบ่งเป็น 3 หน่วยการเรียนรู้ รวม 152 ชั่วโมง ดังนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการ อบรม 22 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎี การ ฝึกปฏิบัติ 106 ชั่วโมง

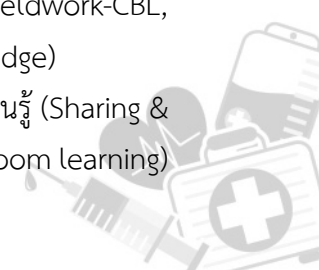
หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 แลกเปลี่ยน สรุปผลการเรียนรู้ 24 ชั่วโมง

ซึ่งนำไปสู่การจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้าง ทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skills) โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: การละลายพฤติกรรม สร้างทีมและ เครือข่าย (Defrosting, team building & networking)

สัปดาห์ที่ 2 : การศึกษาชุมชน (Fieldwork-CBL, classroom learning + tacit knowledge)

สัปดาห์ที่ 3 : การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Sharing & learning for improvement + classroom learning)



สัปดาห์ที่ 4 : KM-Knowledge embodiment,
AAR + network condensation

วิจารณ์

จากผลการวิจัยในภาพรวมความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านบริบท จากข้อมูลการศึกษา พบว่า วัตถุประสงค์ของหลักสูตรทุกข้อมีความชัดเจน มีความเหมาะสมในด้านการนำไปปฏิบัติ มีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและมีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน

และจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกับผลการประเมินข้างต้นคือ วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความเหมาะสมกับนโยบาย สามารถนำไปปฏิบัติงานได้จริงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม

ด้านปัจจัยนำเข้า จากการศึกษาพบว่า ด้านความเหมาะสมของหลักสูตรตั้งนี้ด้านโครงสร้างหลักสูตร ส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยการเรียนรู้ที่ 2 การเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในห้องเรียน (3 สัปดาห์) มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 94.3 ด้านเนื้อหาวิชาหน่วยการเรียนรู้ที่ 3 การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมา ($\bar{X}=4.48, S.D.=0.55$) และด้านวิทยากรและเทคนิคการสอน ส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยการเรียนรู้ที่ 4 : การบูรณาการความรู้สูงงานที่รับผิดชอบ (1 สัปดาห์) มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.45, S.D.=0.54$) และจากการสนทนากลุ่มเห็นว่า เนื้อหาวิชามีความเหมาะสมทันสมัย แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือด้านโครงสร้างหลักสูตร ควรเพิ่มระยะเวลาของหลักสูตรเนื่องจากเนื้อหาแน่นเกินไป แต่ถ้าจะปรับลดระยะเวลาของหลักสูตรก็ควรลดเนื้อหาวิชาลงด้วย ทั้งนี้ควรเน้นให้ความรู้เชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีโดยเฉพาะเรื่องการวางแผนยุทธศาสตร์ ควรมีการให้ฝึกคิดเพื่อที่การนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม

ด้านกระบวนการ จากการศึกษาพบว่าด้านการจัดการเรียนการสอน มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.31, S.D.=0.57$) การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม

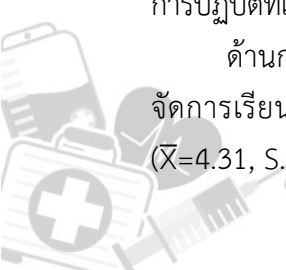
มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.31, S.D.=0.73$) วิทยากรและวิทยากรพี่เลี้ยง มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.36, S.D.=0.55$) การวัดและประเมินผล มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.34, S.D.=0.64$) การบริหารจัดการหลักสูตร มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=4.38, S.D.=0.51$) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้อบรมส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ

ด้านผลผลิต จากการศึกษาพบว่า ด้านสัมฤทธิ์ผลตามความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ประโยชน์ในหน่วยการเรียนรู้ที่ 4 ผู้อบรมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.38, S.D.=0.58$) ด้านผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ประเด็นพัฒนาจิตสำนึกให้มีความรับผิดชอบ และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีผลสัมฤทธิ์ในระดับมาก ($\bar{X}=4.52, S.D.=0.55$) จากการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าได้รับความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 90

สอดคล้องกับแนวคิดของใจทิพย์ เข็วรัตนพงษ์ (2539: 3)¹ การประเมินหลักสูตรจะทำให้พบข้อบกพร่องหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุละปัจจัยใดที่จะทำให้มีแนวทางการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้ชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้นและแนวคิดของศิริชัย กาญจนวาสี (2550 : 21-22,209)² กล่าวว่า การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการศึกษาสิ่งต่างๆ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย (Research-oriented) การประเมินเป็นการตรวจสอบการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ (Objectives-oriented) การประเมินเป็นการเสนอสารสนเทศแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายด้วยการบรรยายอย่างลุ่มลึก (Description-oriented) และการประเมินเป็นการตัดสินคุณค่า (Judgment-oriented) ของการพัฒนาโครงการ การดำเนินการและผลของโครงการ

และการจากศึกษาการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับกลาง พบว่ามีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรควรสอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันทันสมัย และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงนโยบายในการพัฒนา



และคุณลักษณะที่พึงประสงค์

2. การพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางใช้โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking Skill) ควรแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการฝึกวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหา/พัฒนาการบริหารจัดการในเชิงกลยุทธ์ โดยใช้กรณีศึกษาเป็นสถานการณ์จริง (Community Based Learning = CBL) โดยใช้กระบวนการทำงานกลุ่ม (group working) ช่วยขัดเกลา และเสริมเติมเต็มคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการเป็นนักบริหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า กระบวนการทั้งหมดของการพัฒนาหลักสูตร การประเมินหลักสูตร เป็นขั้นตอนที่สำคัญคือ ทำให้ทราบถึงแนวโน้มว่าจะควรพัฒนาหลักสูตรไปในทิศทางใด (กาญจนา คุณารักษ์ 2540 : 219)³และแนวคิดของสันต์ ธรรมบำรุง (2527)⁴ กล่าวถึงความหมายของการพัฒนาหลักสูตรไว้ว่า การพัฒนาหลักสูตร (Curriculum development) จะมีความหมายครอบคลุมถึงการสร้างหลักสูตรการวางแผนหลักสูตรการปรับปรุงหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตรซึ่งเป็นการปรับปรุงคุณภาพของหลักสูตรให้ดีขึ้นทั้งระบบตั้งแต่จุดมุ่งหมาย การเรียนการสอน การใช้สื่อการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลและบุญมี เณรยอด (2531)⁵ กล่าวว่า การพัฒนาหลักสูตร หมายถึง การปรับปรุงโครงการที่ประมวลความรู้และประสบการณ์ทั้งหลาย เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้ดีขึ้นให้เหมาะสมและสอดคล้องกับ สภาพสังคมและเพื่อบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ วิชัย วงษ์ใหญ่ (2533:19 อ้างอิงใน ฆนัท ธาตุทอง, 2550 : 45)⁶ ได้เสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจรไว้ 3 ระบบ โดยเริ่มต้นจากระบบการร่างหลักสูตร ระบบการนำหลักสูตรไปใช้และระบบการประเมินหลักสูตร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หลักสูตรนี้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ควรนำหลักสูตรที่พัฒนาในครั้งนี้ ไปทดลองใช้เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามประเมินผลสมรรถนะของผู้ผ่านการอบรม

3. ในการพัฒนาหลักสูตรควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน และบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

การวิจัยในอนาคต

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางสมรรถนะทางการบริหารของผู้เข้ารับการอบรม หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง

2. การศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้านการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง

การนำไปใช้ประโยชน์

ผู้วิจัย จะนำประเด็นข้อดี ข้อควรแก้ไขของหลักสูตรมาพัฒนาต่อยอด และนำข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้มา กำหนดกรอบและแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่านที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนโดยผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณา เมตตาของ ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ อาจารย์สุพร พละเสวรินทร์ อาจารย์เพลินพิศ พงศ์ปริญญากุล อาจารย์นครชาติ เผื่อนปฐม ดร.พัชรี ดำรงสุนทรชัย ดร.กมลฉัตร บุศยารัตน์ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิชาการ คำชี้แนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของวิจัย ตลอดจนความคิดในการพัฒนางานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงที่ให้ความเมตตา กรุณาในการตรวจสอบวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสิ้นสมบูรณ์



เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา คุณารักษ์. (2540). **หลักสูตรและการพัฒนา**. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
2. ชนันท ชาติทอง. (2550). **การพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่น**. นครปฐม: เพชรเกษมการพิมพ์.
3. ใจทิพย์ เชื้อรัตนพงษ์. (2539). **การพัฒนาหลักสูตร:หลักการแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
4. บุญมี เณรยอด. (2531). **หลักการพัฒนาหลักสูตร**. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
5. ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). **ทฤษฎีการประเมิน**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. สันต์ ธรรมบำรุง. (2527). **หลักสูตรและการบริหารหลักสูตร**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นรสิงห์
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). **การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ไปสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ:ม.ป.พ.



รูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต.

The platform for facilitator efficiency development of administrators at primary and middle level

ไพบรมา ไททยาชีวะ*

Praima Waithayacheeva

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (วิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง คือ อาจารย์จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่เข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาวิทยากรที่เลี้ยง ปี 2559 ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. รุ่นที่ 30 และ ผ.บ.ต. รุ่นที่ 26 การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เก็บข้อมูลจากแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุด คือ แบบประเมินสมรรถนะด้านการสอนแบบผู้ใหญ่ แบบประเมินทักษะการเป็นวิทยากรที่เลี้ยงโดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ความจำเป็นในการสร้างรูปแบบการพัฒนา 2) การสร้างรูปแบบการพัฒนา ศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. โดยใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาวิทยากรที่เลี้ยง 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้และหาประสิทธิผล และ 4) การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 คือผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน และในขั้นตอนที่ 3 คือผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการอบรมพัฒนา ศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยง จำนวน 42 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้ารับการอบรมหลักสูตรการอบรมพัฒนาวิทยากรที่เลี้ยง ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.78$, $S.D=0.54$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นในการประเมินตนเองเกี่ยวกับทักษะการเป็นวิทยากรที่เลี้ยงใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธี Pair Sample T-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\bar{X}=0.05$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และได้พัฒนารูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะ โดยปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมคือ ให้มีการฝึกบทบาทสมมติเสมือนสถานการณ์การเข้ากลุ่มจริง และมีการสะท้อนผลการเรียนรู้ในวันสุดท้ายของการอบรม

คำสำคัญ : วิทยากรที่เลี้ยง, การสะท้อนผลการเรียนรู้



ABSTRACT

The objective of this study was to create the model for facilitator efficiency development of administrators at primary and middle level . Mixed methods of both qualitative and quantitative were applied. In qualitative study, lectures from Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development were facilitators in year 2016 had been in-depth interviewed including 30 middle level administrators and 26 were in primary level. In quantitative study, quasi-experimental research was employed by collecting two evaluation forms. One was the teaching methods for adult evaluation and another one was the facilitators' performance assessment. The methodologies for assessment were, 1) evaluate the needs of model for development. 2) create the development model using facilitator training course for primary and middle level administrators. 3) testing the model and evaluation. 4) improving the model of facilitator training course on step1 and 2. The results showed that after attending the training course,the evaluation of appropriateness of training curriculum was rated at the highest level ($\bar{X}=4.78$, $S.D=0.54$), mean and standard deviation by statistical analysis using pair sample T-test at 95% confidence level ($\bar{\alpha}= 0.05$) facilitators' post-test score was significantly higher ($P<0.05$) than pre-test score especially in category of facilitator skills. Suggestions and comments were employed to improve the study which were role-plays simulation and reflection of learning outcomes at the final day of training.

Keywords : Facilitator, Reflection of learning



บทนำ

บุคลากรจัดเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด ในการบริหารงาน องค์กรหรือหน่วยงานใดๆ ก็ตาม จะสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้ ย่อมขึ้นอยู่กับคุณภาพและศักยภาพของบุคลากร ซึ่งหมายถึง บุคลากรต้องมีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และทัศนคติที่เหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละคน การส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีสมรรถนะสอดคล้อง ตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์ขององค์กร ตลอดจนมีคุณลักษณะที่ดีพึงประสงค์ มีทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรม การทำงานที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร จะทำให้องค์กรเจริญก้าวหน้าและเกิดการพัฒนาย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ให้สามารถรองรับและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลให้มีความรู้ทักษะและเจตคติที่ดีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงาน มีความเชื่อมั่นในการทำงาน รู้จักเลือกใช้เครื่องมือที่ถูกต้องเหมาะสม รู้จักการใช้เทคนิคในการแก้ปัญหา มีเจตคติที่ดีในการทำงาน ตลอดจนรู้จักนำความรู้ แนวคิด วิธีการจากการอบรมมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ ไชยยศ เรืองสุวรรณ¹ ที่กล่าวว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ในระดับทักษะการคิดขั้นสูง (Higher Order Learning Level)ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการประเมินค่าเทคนิคการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่ ได้แก่ การเรียนแบบร่วมมือ (Co-operative Learning) การเรียนแบบแก้ปัญหา (Problem Based Learning) และการจำลองสถานการณ์ (Simulation) เป็นต้น สิ่งที่สำคัญในการกระบวนการฝึกอบรมนอกจากผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม วิทยากรบรรยาย ยังมีผู้ที่ทำหน้าที่ให้เกิดกระบวนการพัฒนาย่างมีประสิทธิภาพ นั่นก็คือ วิทยากรพี่เลี้ยง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนประสบการณ์จนเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ ร่วมกันวางแผน และดำเนินงาน

ตามแผนบนพื้นฐานประโยชน์ร่วมกัน ด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ ให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้ การคิดที่เป็นระบบ มีอิสระทางความคิดและสามารถสื่อสาร อย่างตรงไปตรงมา

วิทยาลัยนักษบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการจัดทำ/พัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง (ผ.บ.ก.) และหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น (ผ.บ.ต.) เป็นประจำต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในการดำเนินการจัดฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว นอกจากจะพัฒนาหลักสูตรในทันต่อการเปลี่ยนแปลงและนโยบายการพัฒนานักบริหารสาธารณสุขแล้ว กระบวนการเตรียมวิทยากรพี่เลี้ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาผู้บริหารให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์

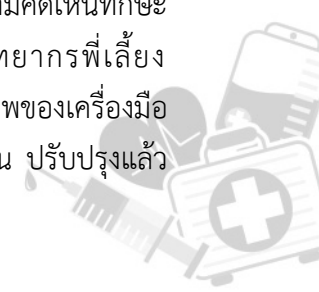
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงในหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต.
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงในหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต.

วิธีดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานระหว่างวิจัย เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความจำเป็นของการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก.และ ผ.บ.ต.

โดยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ(อานันท์กาญจนพันธ์, 2544; Kumar, 1996)² ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-dept interview)ผู้เกี่ยวข้อง คือ อาจารย์จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่เข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาวิทยากรพี่เลี้ยง ปี 2559 เพื่อสอบถามความต้องการการอบรม (Training need) ด้านเนื้อหา ด้านกระบวนการด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของวิทยากรพี่เลี้ยงและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก.รุ่นที่ 30 และ ผ.บ.ต. รุ่นที่ 26 เพื่อสอบถามความคิดเห็นทักษะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของวิทยากรพี่เลี้ยงแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ก่อน ปรับปรุงแล้ว



นำไปสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อกำหนดขอบเขตรูปแบบการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงที่ใช้ในปัจจุบัน และรูปแบบการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. โดยการใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงเป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษามาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของการพัฒนารูปแบบโดยใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลโดยนำรูปแบบการพัฒนาไปทดลองใช้เป็นการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-experimental)

เครื่องมือที่ใช้ เก็บข้อมูลจากแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การอบรมซึ่งมีทั้งหมด 2 ชุด คือ แบบประเมินสมรรถนะด้านการสอนแบบผู้ใหญ่ และแบบประเมินทักษะการเป็นวิทยากร พี่เลี้ยง

ประชากร ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ทำหน้าที่ดำเนินการจัดฝึกอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. จำนวน 42 คน ประกอบด้วย จากวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 37 คน และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 5 คน ได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครผู้สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ นัดหมายเพื่อเข้าอบรม แล้วทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการบรรยาย การฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติ การประเมินผล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ระหว่างการอบรม ประกอบด้วย

- แบบประเมินสมรรถนะด้านการสอนแบบผู้ใหญ่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Rating Scale)

- แบบประเมินทักษะการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม

- ประเมินหลักสูตรและการบริหารจัดการ ความคุ้มค่าและความพึงพอใจที่ได้จากการฝึกอบรม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการอบรม

ระยะที่ 2 ภายหลังการอบรม เป็นการติดตามประเมินสัมฤทธิ์ผลผู้ผ่านการอบรม โดยดำเนินการในช่วง 2 วันสุดท้ายก่อนเสร็จสิ้นการจัดอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. เพื่อวัดพัฒนาการด้านการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. รุ่นที่ 31 และ ผ.บ.ต. รุ่นที่ 27

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ เป็นการนำผลการทดลองในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง ดังนี้

1. การติดตามสัมฤทธิ์ผลหลังการอบรมนำมาสังเคราะห์ และจัดทำร่างหลักสูตรที่ปรับปรุงเพื่อนำเสนอผู้บริหารพิจารณา
2. ปรับปรุงหลักสูตรตามข้อพิจารณา เพื่อประกาศใช้ในปีต่อไป

ผลการวิเคราะห์

1. ผลการวิเคราะห์ความจำเป็นของการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต.

จากการวิเคราะห์สภาพความสอดคล้องทั้งข้อมูลจากผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง ปี 2559 และผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. รุ่นที่ 30 และ ผ.บ.ต. รุ่นที่ 26 ว่าความสำคัญของกระบวนการฝึกอบรมแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การเรียนการสอนแบบผู้ใหญ่ การเรียนรู้ของผู้ใหญ่แตกต่างจากการเรียนรู้ของเด็ก เพราะผู้ใหญ่มีประสบการณ์ มากกว่า

ดังนั้นการเรียนการสอนต้องยึดหลักให้ตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ นั่นคือต้องรู้ หลักการศึกษาผู้ใหญ่ ซึ่งโนลส์ (Knowles, 1980)³ เรียกว่าการศึกษาผู้ใหญ่ที่ว่า



แอนดราโกจี (Andragogy) และ อาชัญญา รัตนอุบล (2542) ได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็น “ **ศิลป์และศาสตร์ในการช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้** ” ซึ่งประกอบด้วย 1) มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self-concept) ผู้ใหญ่จะมีลักษณะที่เติบโต ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีวุฒิภาวะสูง มโนทัศน์ต่อตนเอง จะพัฒนาจากการพึ่งพาผู้อื่นไปเป็นการนำตนเอง เป็นตัวของตัวเอง 2) ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีประสบการณ์อย่างกว้างขวางที่จะเป็นแหล่งทรัพยากรอันมีค่าของการเรียนรู้ ขณะเดียวกันก็จะมีพื้นฐานเปิดกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ 3) ความพร้อมที่จะเรียน(Readiness) ผู้ใหญ่มีความพร้อมที่จะเรียน เมื่อรู้สึกว่าการเรียนนั้น “ **จำเป็น** ” ต่อบทบาทของตน และ 4) แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to learning) ผู้ใหญ่จะยึดปัญหาเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ มุ่งนำความรู้ไปใช้ทันที

ในส่วนของการวิเคราะห์เอกสารทั้งจากตำรางานวิจัยการถอดบทเรียน จากโครงสร้างหลักสูตร ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น ผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง ควรประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ การกำหนดแผนการพัฒนา การปฏิบัติการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง การประเมินผล

2. ผลการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก.และ ผ.บ.ต. โดยการใช้หลักสูตรการอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง

จากขั้นตอนที่ 1 ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร โดยการจัดฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ นั้น ต้องปรับเปลี่ยน

รูปแบบให้ทันสมัย เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ที่จะทำหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้เข้ารับการอบรมได้พัฒนาตามที่วัตถุประสงค์ของหลักสูตรกำหนดนั้นก็คือวิทยากรพี่เลี้ยง จึงจำเป็นต้องมีวิทยากรพี่เลี้ยงที่มีศักยภาพ และถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการหลักสูตร โดยกำหนดให้มีการอบรมหลักสูตรพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยง จำนวน 3 วัน มีการเรียนรู้ภาคทฤษฎี เรื่อง ความสำคัญและประโยชน์ของการเป็น “ **พี่เลี้ยง** ” คุณสมบัติของพี่เลี้ยงที่ดีและมีประสิทธิภาพ Competency ที่สำคัญและจำเป็นของพี่เลี้ยง เทคนิคการพัฒนาทักษะการเป็นพี่เลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ข้อพึงระวังและ Key Success Factor ในการเป็น “ **พี่เลี้ยงมืออาชีพ** ” การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม

เรื่อง ทักษะที่ดี และความภูมิใจในบทบาทของ “ **พี่เลี้ยง** ” ในองค์กร การฝึกปฏิบัติบทบาทสมมติในการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง

3. ผลการประเมินผลโดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ ดำเนินการทดลองใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของหลักสูตร โดยใช้รูปแบบ กระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning & Active Learning) เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าอบรม วิทยากร ด้วยวิธีการที่หลากหลาย พร้อมทั้งมีการสรุปการเรียนรู้ด้วยตนเอง การอบรมเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ร้อยละ 100



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นในการประเมินตนเองเกี่ยวกับทักษะการเป็นวิทยากรที่เลี้ยงผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม

ทักษะการเป็นวิทยากรที่เลี้ยง	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t	Sig
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	SD		
1 การฟังอย่างตั้งใจ	20.77	2.25	21.85	2.03	3.203	.003**
2 การสังเกตและไวต่อความรู้สึก	20.63	2.38	21.14	2.14	1.701	.098
3 การสื่อสาร การกระตุ้นสมาชิกให้เกิดการเรียนรู้	24.03	2.99	24.97	3.31	2.066	.047**
4 การสรุปประเด็น	26.71	2.43	27.66	1.91	2.854	.007**
5 การสะท้อนผลการเรียนรู้ Reflective Thinking	26.06	2.74	26.37	2.79	.771	.446

** ระดับนัยสำคัญที่ .05

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงที่พร้อมจะปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์จริงจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และข้อเสนอแนะ จึงได้ปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. โดยใช้หลักสูตรพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยง ดังนี้

1. การเรียนรู้ทฤษฎี โดยการบรรยาย การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม จำนวน 9 ชั่วโมง
2. การฝึกบทบาทสมมติในการเป็นวิทยากรที่เลี้ยง โดยใช้หลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. จริง จำนวน 6 ชั่วโมง
3. การสะท้อนผลการเรียนรู้ Reflective Thinking และสรุปผลการเรียนรู้ จำนวน 3 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่เลี้ยงหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. หลักสูตรที่ใช้อบรมวิทยากรที่เลี้ยงควรเน้นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) และการเรียนรู้แบบผู้รู้ (Active Learning) ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมและเห็นว่ามีประโยชน์สามารถ

นำไปประยุกต์ใช้ได้ร้อยละ 100 การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่และแบบผู้รู้ สอดคล้องกับแนวคิดของ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2547)⁴ ที่กล่าวว่า ถือเป็นกระบวนการศึกษาที่ให้ผู้เรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์ของตนเอง เพื่อเพิ่มผลสำเร็จของงานเป็นการปฏิบัติที่เชื่อมต่อกับผู้อื่น สามารถทำให้แต่ละบุคคลสะท้อนกลับ และทบทวนการปฏิบัติที่เคยทำและเรียนรู้ ทำให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติในอนาคตและเพิ่มผลสำเร็จ ทั้งนี้การเรียนรู้รูปแบบนี้ จะทำให้มีการเรียนรู้ได้ลึกซึ้งซึ่งแตกฉาน

นอกจากการสร้างประสบการณ์ในห้องเรียนแล้ว หลักสูตรยังเสริมสร้างเปิดโลกทัศน์ โดยใช้กิจกรรมการฝึกบทบาทสมมติ สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Yeung & Rdady (1995) (อ้างใน ศักดิ์ชัย สุรกิจบวร, 2545:12)⁴ ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาภาวะผู้นำได้หลายแนวทางคือ

- 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยการให้ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย และการมีส่วนร่วมกับงานหรือโครงการต่างๆ
- 2) การบริหารการปฏิบัติ เป็นวิธีการพัฒนาสมรรถภาพของการเป็นผู้บริหาร ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับผลการทำงาน การมีที่เลี้ยง



เป็นผู้คอยให้คำแนะนำชี้แนะ (Mentoring)

3) การเรียนรู้จากห้องเรียนและการเรียนรู้ด้วยตนเองนอกห้องเรียน การเรียนรู้จากห้องเรียนเป็นการฝึกอบรมที่ทำในหน่วยงาน หรือผ่านสถาบันการศึกษาภายนอกหน่วยงานต่างๆ เช่น การฝึกอบรมพัฒนาผู้บริหารเป็นการภายในเฉพาะด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.1 วิทยาลัยที่ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตร ผ.บ.ก. และ ผ.บ.ต. ควรส่งเสริมให้อาจารย์ทุกคนมีโอกาสเข้ารับการพัฒนาศักยภาพการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง

1.2 สามารถรูปแบบการพัฒนาศักยภาพการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงไปสอนนักศึกษาพยาบาลได้

1.3 การนำคู่มือการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงไปใช้ ควรศึกษาทำความเข้าใจให้ชัดเจน และดำเนินการจัดกิจกรรมตามขั้นตอนการพัฒนาที่กำหนดไว้ให้ครบทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

1.4 ก่อนดำเนินการพัฒนา ควรสร้างความเข้าใจในบทบาทของพี่เลี้ยงและผู้รับการพัฒนาให้เข้าใจตรงกัน และสร้างข้อตกลงร่วมกัน สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่ต้อง

ร่วมกันปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง

2.2 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานด้านการเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงกับความสามารถในการคิดของผู้เข้ารับการอบรม

2.3 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพวิทยากรพี่เลี้ยงที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความปรารถนาอย่างดียิ่งของท่านผู้มีพระคุณทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักษิณบริหารสาธารณสุข ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ อาจารย์เพลินพิศ พงศ์ปริญญากุล อาจารย์สุพร พลเสวีนันท์ ดร.พัชรี ดำรงสุนทรชัย ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะปรับปรุงและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ศุทธิณี วัฒนกุล ช่วยสนับสนุนการทำวิจัยภาษาอังกฤษ

ตลอดจนผู้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ไชยยศ เรืองสุวรรณ. Active Learning. **บทความทางวิชาการ**; 2551

2. อานันท์ กาญจนพันธ์. (2544). **การวิจัยในมิติ วัฒนธรรม**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งขวัญ. Quinn, R. E. (1996).

Becoming a master Manager : a Competency Framework. Second Edition. New York: John Wiley&Sons.

3. Knowles, Malcolm. (1980). **The Modern Practice of Adult Education : From Pedagogy to Andragogy.** New York: Combridge The Adult Education Company

4. สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2547) **ความพร้อมในการ เรียนรู้ด้วยการนำตนเองของผู้เรียนการศึกษาต่อเนื่องสายอาชีพ.**

กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.





