



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2562 : Vol 9 NO. 2 January - June 2019

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารและผู้บริโภคต่อโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รายงานการสอบสวนโรคภาวะขาดวิตามินบี 1 สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ จ.สงขลา
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชนในหมู่บ้านป่อหลวง ตำบลป่อเกลือใต้ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน
- การขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโดยใช้ค่ากลางตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 1

บทความวิชาการ

- พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนา สู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน
- การวิจัยอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

Lanna Journal of Health Promotion
& Environmental Health

วช.
๑

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนางนุช ภัทรอนันตนพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์สมศักดิ์ เลิศจิระจารี

รองบรรณาธิการ

1. นางสาวสิตาพัฒน์ ยุตบุตร
2. นางสาวกิงพิกุล ชำนาญคง

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นางสาวโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นายอรรถพล ปัญญาญู | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวจิตติมา กตัญญู | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ |
| 1. นายชัยพร พรหมสิงห์ | นักวิชาการอิสระ |
| 2. นางปิยพร เสาร์สาร | นักวิชาการอิสระ |
| 3. นายเดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. นายเพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 5. นางสาวเพ็ญประภา ศิริโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. นายเศรษฐ์ สัมภัตตะกุล | คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. นางสาววรารณ บัญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 8. นางกาญจนา ปินตาคำ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 9. นางสาวกฤติพิชญ์ จิตติพิชญานันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 10. นางสาวนารถดา ชันธิกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 11. นางอโนชา วิปุลากร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 12. นางสาวพิมพ์ภากรณ์ พรหมใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 13. นายไพรัช ดันอุด | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 14. นางกฤษณา กาเผือก | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 15. นายณณภัทร อีระวรรณะสิริ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

คณะทำงาน

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวรพี ภูธรใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นางวิรัชชา พุ่มทอง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางสาวภคมน เชาวศิริลป | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวปิยาภา วงศ์หล้า | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นางนงค์เยาว์ แสงคำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 6. นางสาววัชรรา ศิริกุลเสถียร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 7. นางสาวพินทรพจน์ พรหมเสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 8. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรี | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

หมายเหตุกองบรรณาธิการ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2562 ที่มุ่งเน้น เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข ในงานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งในปีที่ 10 จะพัฒนารูปแบบการรับตีพิมพ์ โดยใช้ระบบ Thai Journals Online (ThaiJo) ในการรับบทความเข้าตีพิมพ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ในรูปแบบ Online

ดังนั้นบรรณาธิการ จึงขอแจ้งให้สมาชิก และผู้สนใจที่จะลงตีพิมพ์วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ส่งผลงานผ่านทาง <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth> โดยกองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการใช้ระบบดังกล่าวจะช่วยอำนวยความสะดวกในการส่งผลงานได้รวดเร็ว และการติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กองบรรณาธิการบทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

สารบัญ

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2562

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารและผู้บริโภคต่อโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1-16

น.ส.เสาวณิต ชัยรัตน์ภวิงศ์, ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราชภัฏ, ผศ.ดร.กรรณิการ์ ณ ลำปาง
- รายงานการสอบสวนโรคภาวะขาดวิตามินบี 1 สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ จ.สงขลา

17- 31

นางสาวหทัยทิพย์ จุทอง, นายแพทย์ชูพงศ์ แสงสว่าง, นางสาวสนา ยกสกุล, นางสาวพิศริยะห์ สาและ, นายอารีย์ ตาหมาด
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชนในหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน

32-45

นางโสฬณ หมอกมาเมิน, นางสิริร่ำไพ ภูธรใจ
- การขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโดยใช้ค่ากลางตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 1

46-60

ดร.ไพรัช ดันอุด

บทความวิชาการ

- พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนาสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

61-73

ดร.กฤษณา กาเผือก, พญ.นงนุช ภักธรอนันตนพ
- การวิจัยอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

74-85

ร.ศ. ดร.สามารถ ใจดี, ดร.อ้อมหทัย ดีแท้

ความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารและผู้บริโภคต่อโครงการจำหน่าย
อาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Satisfaction of restaurant owners and consumers for
“Healthy Food Good Health” project in Chiang Mai University

น.ส.เสาวณิต ชัยรัตน์ภวิงส์¹, ดร.จักรกฤษณ์ วังราษฎร์², ผศ.ดร.กรรณิการ์ ณ ลำปาง³
นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹
อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

¹Corresponding author, E-mail: saowanit.ch@cmu.ac.th

(Received: Oct 1, 2019; Revised: Oct 8, 2019; Accepted: Oct 16, 2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารและผู้บริโภคที่มีต่อการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับเจ้าของร้านอาหาร และ แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริโภค จากประชากรเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 38 ร้านอาหาร และกลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคจำนวน 113 คน

ผลการประเมินความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหาร พบว่า เจ้าของร้านอาหารมีความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการนี้ในระดับมาก และมากที่สุดเท่ากันที่ร้อยละ 47.4 และ ร้อยละ 55.3 มีความเห็นในระดับมากที่สุด ว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป แต่มีร้อยละ 2.6 เห็นว่าโครงการนี้มีระบบการประสานงานที่ดีในระดับน้อยที่สุด และส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการอบรม หรือให้ความรู้กับผู้บริโภคด้วย

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้บริโภค พบว่าผู้บริโภคร้อยละ 51.3 มีความเห็นในระดับมากที่สุดว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป ร้อยละ 52.2 มีความเห็นในระดับมาก ว่าอาหารเพื่อสุขภาพตามโครงการนี้ส่งผลดีต่อสุขภาพ และโครงการนี้ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 47.8 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้ส่งผลให้ผู้บริโภคใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น แต่มีร้อยละ 2.7 เห็นว่าโครงการนี้มีการประชาสัมพันธ์ที่ดีในระดับน้อยที่สุด จากผลดังกล่าวจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น

โดยสรุป จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าทั้งเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภค มีการตอบรับที่ดีต่อโครงการอาหารเพื่อสุขภาพ แต่ควรมีการพัฒนาต่อไปในส่วนของการประชาสัมพันธ์โครงการ การประสานงานโครงการ และการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงสุขภาพตนเองในผู้บริโภคต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: อาหารเพื่อสุขภาพ, ความพึงพอใจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

The objective of this research was to assess the satisfaction of restaurant owners and consumers toward “Healthy Food Good Health” project in Chiang Mai University. Research tools used in this study were satisfaction assessment forms about healthy food selling for restaurant owners and those for consumers. The population of this study were 38 populations of restaurant owners and 113 sample group of consumers.

The results found that the restaurant owners’ satisfaction assessment revealed that they were satisfied with the project at high and highest levels at 47.4 percent equally. Percentage of 55.3 agreed at the highest level of opinions that this project should be continued. However, 2.6 percent agreed at the lowest level that this project had a good coordination system. Most of them suggested that the consumers should also be suggested about how to choose healthy food to eat. The assessment of consumers’ satisfaction showed that 51.3 percent of consumers had the highest level of opinions that the project should be continued. 52.2 percent of them agreed at high level that healthy food under this program was good for health and this project resulted in their health care through healthy food eating. Percentage of 47.8 had a high level of opinions that this project resulted in more health consciousness, but 2.7 percent of them agreed at the lowest level that this project had good publicity. From the results, more publicity should be concerned.

In conclusion, the finding of this research showed that both restaurant owners and consumers had good responses to the “Healthy Food Good Health” project, but there should be further development in terms of public relations, collaboration of revealed agencies and encouraging awareness of self-health in consumers.

Keywords: Healthy food, satisfactory, Chiang Mai University

บทนำ

พฤติกรรมกรรมการบริโภค เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ส่งผลให้สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) ในประเทศไทยปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจนเข้าขั้นวิกฤติ โดยสถิติการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้คิดเป็นถึงร้อยละ 75.2 ของสถิติการเสียชีวิตทั้งหมดในปีพ.ศ. 2556⁽¹⁾ เนื่องจากวิถีชีวิตสมัยใหม่ที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบและการแข่งขัน ทำให้คนส่วนใหญ่มีเวลาในการปรุงอาหารเองน้อยลง ในขณะที่มีการรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือการซื้ออาหารปรุงสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ทำให้อาจไม่ได้คำนึงถึงสารอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน และอาจได้รับพลังงาน ไขมัน น้ำตาล หรือเกลือ สูงเกินกว่าที่ร่างกายควรได้รับ รวมถึงรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557⁽²⁾ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำมีเพียงร้อยละ 25.9 เท่านั้น และสถานการณ์การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ในประเทศไทย พบว่า คนไทยมีการบริโภคน้ำตาลมากถึง 20 ช้อนชาต่อวัน มีการบริโภคไขมัน 12 ช้อนชาต่อวัน และ มีการบริโภคเกลือ 2 ช้อนชาต่อวัน ซึ่งเป็นการบริโภคหวาน มัน เค็ม ที่มากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการ พฤติกรรมการบริโภคจึงเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการปรับเปลี่ยนอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ห่างไกลจากโรคเรื้อรังต่างๆ ดังกล่าว

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ด้วยการดำเนินโครงการสุขภาพดีเริ่มต้นที่อาหาร

ลดหวาน มัน เค็ม เต็มเต็มผักผลไม้เพิ่มขึ้น เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความรู้และตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหารลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ให้หลากหลายครบ 5 สี และปริมาณที่เพียงพอ เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน โดยได้แนะนำแนวทางการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีด้วยการกินน้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน, กินน้ำมันไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน, กินเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน และควรกินผักมีโอเล 2 ท็อปพี รวมถึงผลไม้มีโอเล 1 - 2 ส่วน⁽³⁾

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของนักศึกษา และบุคลากร จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 2 เชิงรุก: นวัตกรรมด้านอาหารและสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ Food and Health, Health, Aging และ Healthy University ไว้ใน แผนพัฒนา การ ศึ ก ษ า มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระยะที่ 12 โดยเน้นการให้บริการข้อมูลและคลังความรู้ด้านอาหาร สร้างสภาพแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัยทางด้านอาหาร และ สร้างการมีส่วนร่วมแบบบูรณาการกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กลุ่มผู้ประกอบการ และภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาด้านอาหารร่วมกัน ปัจจุบันนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้มีร้านอาหารหลายแห่งไว้รองรับ ซึ่งมีการจำหน่ายอาหารหลากหลายประเภท ได้แก่ อาหารตามสั่ง ก๋วยเตี๋ยว เครื่องดื่ม ของทอด ของหวาน เป็นต้น

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีโครงการต่างๆ ที่ดำเนินงานกับร้านอาหารภายในมหาวิทยาลัย

เชียงใหม่ เช่น การตรวจสอบสารพิษตกค้าง หรือเชื้อโรคในวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหาร การจัดการขยะที่เกิดจากร้านอาหาร การณรงค์ลดใช้ถุงพลาสติก รวมถึงมีการกำหนดประเภทอาหารที่จำหน่าย และในปี พ.ศ.2561 ที่ผ่านมามีการดำเนินโครงการอาหารเพื่อสุขภาพ โดยต้องการส่งเสริมให้ร้านอาหารมีส่วนร่วมในการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมรายการอาหารให้ลดความหวาน มัน เค็ม หรือ เพิ่มผักผลไม้ในเมนูอาหาร เพื่อเป็นการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการบริโภคอาหารภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นทางเลือกสำหรับผู้บริโภคที่สนใจการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยสร้างความตระหนักให้กับเจ้าของร้านอาหาร ในการเลือกสรรวัตถุดิบ เครื่องปรุงรส หรือสร้างสรรค์เมนูอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้ทั้งผู้บริโภค และเจ้าของร้านอาหารห่างไกลจากโรคเรื้อรัง ด้วยการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยให้เจ้าของร้านอาหารเข้าร่วมตามความสมัครใจ และเป็นผู้เลือกเมนูเพื่อสุขภาพที่ต้องการจำหน่ายด้วยตนเอง ผลจากโครงการดังกล่าว มีเจ้าของร้านอาหารสนใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 38 ร้าน จาก 11 คณะในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งตามประเภทอาหารได้แก่ อาหารจานหลัก 26 ร้าน อาหารว่าง 5 ร้าน และเครื่องดื่ม 7 ร้าน

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ รวมถึงสอบถามความพึงพอใจ และความคิดเห็นของผู้บริโภคต่อการจำหน่าย

อาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ และความคิดเห็นของเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภคต่อการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบส่งเสริมให้มีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในร้านอาหารแต่ละคณะ ทั้งหมด 21 คณะของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (Planning)
 2. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action)
 3. ระยะสังเกตการณ์ (Observation)
 4. ระยะประเมินผล (Reflection)
- โดยมีการดำเนินการในแต่ละระยะ ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ในระยะนี้ ผู้วิจัยสำรวจร้านอาหารที่จำหน่ายภายใน 21 คณะของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อเชิญชวนให้เจ้าของร้านอาหารเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และเชิญชวนให้จำหน่าย

อาหารเพื่อสุขภาพให้กับผู้บริโภคในมหาวิทยาลัย เชียงใหม่

2. ระยะลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยจัดอบรม ให้ความรู้กับเจ้าของร้านอาหารที่สมัครใจเข้าร่วม อบรม ในหัวข้อ “สุขภาพดีเริ่มที่อาหารลดหวาน มัน เค็ม เต็มเต็มผักผลไม้เพิ่มขึ้น” เพื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และ กระตุ้นให้เจ้าของร้านอาหารหันมาใส่ใจในการปรุง อาหารที่ดีต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การ ปรุงอาหารที่ดีต่อสุขภาพจำหน่ายภายใน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้มีการจัดอบรมขึ้น เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ 16 ธันวาคม 2561 เวลา 8.30 – 12.30 น. ซึ่งได้เรียนเชิญวิทยากร ได้แก่ อ.ดร.จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ จากคณะสาธารณสุข ศาสตร์ และ อ.ดร.อรยา พรเอี่ยมมงคล จากคณะ มนุษยศาสตร์ หลังจากการอบรมในครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงได้เชิญชวนเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมอบรม ปรับเปลี่ยนมาจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ โดยมี แนวทางและตัวอย่างการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารให้ เป็นเมนูเพื่อสุขภาพ

3. ระยะสังเกตการณ์ ผู้วิจัยได้เชิญ ชวนให้ร้านอาหารแต่ละร้านจำหน่ายเมนูเพื่อ สุขภาพอย่างน้อย 1 เมนูต่อ 1 ร้าน โดยให้เจ้าของ ร้านอาหารเป็นผู้เลือกเมนูเพื่อสุขภาพที่ต้องการ จำหน่ายด้วยตนเอง โดยร้านที่เข้าร่วมการจำหน่าย อาหารเพื่อสุขภาพ คือ ร้านที่มีเมนูอาหารเพื่อ สุขภาพ ลดหวานมันเค็ม เพิ่มผักผลไม้จำหน่าย และจะได้รับป้าย “Healthy Food Good Health” (ภาพ 1) และป้ายแสดงเมนูเพื่อสุขภาพของแต่ละ ร้านนั้นๆ จากนั้น เจ้าของร้านอาหารจึงเริ่ม ดำเนินการจำหน่ายเมนูสุขภาพดังกล่าว โดยผู้วิจัย

ทำการประชาสัมพันธ์การจำหน่ายอาหารเพื่อ สุขภาพของทุกร้านโดยใช้ใบปลิว และการ ประชาสัมพันธ์ทางสังคมออนไลน์ ซึ่งได้รับความ อนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการจากเว็บ เพจ มช.ทูเดย์ และ ทีมมช.



ภาพ 1 ป้าย “Healthy Food Good Health”

(ภาพบางส่วนจาก www.pinterest.com)

ระยะประเมินผล หลังจากเจ้าของ ร้านอาหารดำเนินการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นเวลาประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยจึงประเมินความ พึงพอใจและข้อเสนอแนะของเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภค ถึงการปรับเปลี่ยนให้มีการจำหน่าย อาหารเพื่อสุขภาพขึ้นในมหาวิทยาลัย โดยใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับเจ้าของ ร้านอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริโภค จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และสรุปผลการประเมิน ความพึงพอใจทั้งจากเจ้าของร้านอาหาร และ ผู้บริโภค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าของร้านอาหารจำนวน 38 ร้านจาก 11 คณะในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้ทั้งหมด

กลุ่มผู้บริโภคนั้น เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่ และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงใช้สูตรการคำนวณตัวอย่าง คือ, กัญญ์สิริ, 2554^(4,5) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของประชากรกลุ่มผู้บริโภคแบบบังเอิญ จึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 96 คน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงทำการเก็บข้อมูลในผู้บริโภคนั้นมาใช้บริการร้านอาหารที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนมาจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพจำนวน 11 คณะ คณะละ 10 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณข้างต้น

ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา คือ

- 1) เป็นนักศึกษา บุคลากร หรือบุคคลทั่วไปที่มาใช้บริการร้านอาหารที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนมาจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ
- 2) มีความสนใจ ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา
- 3) สามารถตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับเจ้าของร้านอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริโภค

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แสดงข้อมูลเป็นความถี่ และ ร้อยละ ในกรณีที่ชุดข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ข้อมูลจะถูกแสดงเป็น Mean $\pm$ SD ส่วนในกรณีที่ชุดข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ข้อมูลจะถูกแสดงเป็น Median, IQR

ผลการวิจัย

ผลประเมินความพึงพอใจสำหรับเจ้าของร้านอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไปของเจ้าของร้านอาหาร จากเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 38 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.9) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47.2 ปี ร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการมากที่สุด ได้แก่ ร้านอาหารประเภทข้าวราดแกง (ร้อยละ 31.6) และค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่จำหน่ายอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เท่ากับ 6.5 ปี แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการ (N = 38)

	ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	(Mean $\pm$ SD)	(Median, IQR)
เพศ	ชาย	8 (21.1)		
	หญิง	30 (78.9)		
อายุ (ปี)			47.2 $\pm$ 10.6	
ประเภทอาหารที่จำหน่าย	อาหารจานเดียว	7 (18.4)		
	ข้าวราดแกง	12 (31.6)		
	ก๋วยเตี๋ยว	8 (21.1)		
	อาหารว่าง	3 (7.9)		
	เครื่องดื่ม	7 (18.4)		
	ผลไม้	1 (2.6)		
ระยะเวลาที่จำหน่ายอาหาร (ปี)				6.5, 2 – 14

ระดับความพึงพอใจของเจ้าของร้านที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 38 ร้าน ในภาพรวมร้อยละ 49.67 มีความพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 4.25 พิจารณารายข้อพบว่าเจ้าของร้านอาหารร้อยละ 55.26 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรุงอาหารจำหน่าย ร้อยละ 60.53 มีความเห็นในระดับมาก ว่าผู้บริโภคพึงพอใจกับอาหารเพื่อสุขภาพที่จำหน่าย ร้อยละ 52.63 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้ส่งผลให้ผู้บริโภคดูแล

สุขภาพผ่านการกินอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น และ ร้อยละ 47.37 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้มีระบบการประสานงานที่ดี เจ้าของร้านอาหารมีความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการนี้ในระดับมากและมากที่สุดเท่ากันที่ร้อยละ 47.4 และ ร้อยละ 55.3 มีความเห็นในระดับมากที่สุด ว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป แต่มีร้อยละ 2.6 เห็นว่าโครงการนี้มีระบบการประสานงานที่ดีในระดับน้อยที่สุด ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขมากที่สุด แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการ (N = 38)

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					Mean $\pm$ SD
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1	โครงการนี้ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น	42.11	55.26	2.63	0.00	0.00	4.39 $\pm$.547
2	โครงการนี้ทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปรุงอาหารจำหน่าย	18.42	55.26	26.32	0.00	0.00	3.92 $\pm$.673
3	มีความเห็นว่าคุณประโยชน์ของอาหารเพื่อสุขภาพที่จำหน่าย	23.68	60.53	13.16	2.63	0.00	4.05 $\pm$.695
4	มีความเห็นว่าโครงการนี้ส่งผลให้ผู้บริโภคดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น	31.58	52.63	13.16	2.63	0.00	4.13 $\pm$.741
5	โครงการนี้ส่งผลให้ใส่ใจในสุขภาพของผู้บริโภคมากขึ้น	47.37	39.47	13.16	0.00	0.00	4.34 $\pm$.708
6	โครงการนี้มีระบบการประสานงานที่ดี	42.11	47.37	5.26	2.63	2.63	4.24 $\pm$.883
7	ความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการ	47.37	47.37	5.26	0.00	0.00	4.42 $\pm$.599
8	โครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป	55.26	39.47	5.26	0.00	0.00	4.50 $\pm$.604
ภาพรวม		38.49	49.67	10.53	0.99	0.33	4.2 $\pm$.221
		5					

ข้อมูลแสดงความวิตกกังวลหรืออุปสรรคที่พบในระหว่างดำเนินโครงการ ร้อยละ 13.16 ของเจ้าของร้านอาหาร พบว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคทั้งสิ้น เช่น ผู้บริโภคยังติดกับ

รสชาติอาหารแบบเดิมอยู่ และผู้บริโภคไม่คำนึงถึงสุขภาพของตัวเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความวิตกกังวลหรืออุปสรรคที่พบในระหว่างดำเนินโครงการของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการ

ที่	ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	ความถี่	ร้อยละ
1	ผู้บริโภคยังไม่ค่อยทราบถึงโครงการ	1	2.63
2	ผู้บริโภคไม่คำนึงถึงสุขภาพของตัวเอง	1	2.63
3	ผู้บริโภคยังติดกับรสชาติอาหารแบบเดิมอยู่	2	5.26
4	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคเป็นเรื่องยาก	1	2.63
รวม		5	13.16

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ร้อยละ 50
ของเจ้าของร้านอาหาร ซึ่งพบว่าร้อยละ 15.79
เจ้าของร้านอาหารส่วนใหญ่เสนอแนะว่าควรมีการ

อบรม หรือให้ความรู้กับผู้บริโภคด้วย ซึ่งสอดคล้อง
กับข้อมูลในตาราง 3 ที่กล่าวไปข้างต้น ดังแสดงใน
ตาราง 4

ตาราง 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการ

ที่	ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	ความถี่	ร้อยละ
1	ควรมีการอบรม ให้ความรู้กับผู้บริโภคด้วย	6	15.79
2	ควรมีโครงการนี้ต่อไป	3	7.89
3	เป็นโครงการที่ดีมาก	2	5.26
4	ควรมีโปสเตอร์ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ควบคู่ไปด้วย	1	2.63
5	ต้องการให้มีป้ายเชิญชวนตามบริเวณอาคารที่จำหน่ายอาหาร	1	2.63
6	ควรทำให้ผู้บริโภคตระหนักในการดูแลสุขภาพไปพร้อมกันกับผู้ขาย	1	2.63
7	พึงพอใจกับโครงการนี้มากที่สุด ทำให้เจ้าของร้านมีการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาด้านอาหาร คุณประโยชน์ เพื่อสุขภาพมากขึ้น	1	2.63
8	อยากให้เพิ่มช่องทางการเรียนรู้ ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้กับเจ้าของร้าน	1	2.63
9	ทำให้คนหันมารักสุขภาพมากขึ้น	1	2.63
10	อยากให้ช่วยโฆษณาสินค้าอย่างต่อเนื่อง ให้ทั่วมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และพื้นที่ใกล้เคียง	1	2.63
11	ควรมีเกณฑ์การตัดสินที่ชัดเจนถึงเมนูที่เข้าเกณฑ์ลดหวานมันเค็ม	1	2.63
รวม		19	50.00

ผลประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้บริโภค

ข้อมูลทั่วไปของผู้บริโภคที่ตอบ
แบบสอบถามจำนวน 113 คน ร้อยละ 75.2 เป็น
เพศหญิง และ ร้อยละ 56.6 เป็นนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีค่ามัธยฐานของอายุ

เท่ากับ 26 ปี ร้อยละ 61.8 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ใน
เกณฑ์เหมาะสม ร้อยละ 12.8 อยู่ในเกณฑ์
น้ำหนักเกิน ร้อยละ 9.1 อยู่ในเกณฑ์อ้วน และ
ร้อยละ 3.6 อยู่ในเกณฑ์อ้วนมาก และ ร้อยละ
96.5 ไม่มีโรคประจำตัว แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริโภค (N = 113)

	ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD	Median, IQR
เพศ	ชาย	28 (24.8)		
	หญิง	85 (75.2)		
อายุ (ปี)				26, 20 – 31
สถานะ	นักศึกษา มช.	64 (56.6)		
	บุคลากร มช.	28 (24.8)		
	บุคคลทั่วไป	21 (18.6)		
น้ำหนัก (กก.) (N = 110)	ชาย		72.3 $\pm$ 16.3	
	หญิง			53.5, 43.5 – 63.5
ส่วนสูง (ซม.) (N = 110)	ชาย		174.5 $\pm$ 5.4	
	หญิง			160, 157 – 163
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) (N = 110)	ชาย			21.7, 19.3 – 24.1
	หญิง			20.6, 18.8 – 22.4
การแปลผลค่าดัชนี มวลกาย (N = 110)	ผอมเกินไป (BMI < 18.5)	14 (12.7)		
	เหมาะสม (BMI = 18.5 – 22.9)	68 (61.8)		
	น้ำหนักเกิน (BMI = 23.0 – 24.9)	14 (12.8)		
	อ้วน (BMI = 25.0 – 29.9)	10 (9.1)		
	อ้วนมาก (BMI > 30.0)	4 (3.6)		
	ไม่มี	109 (96.5)		
	มี	4 (3.5)		
โรคประจำตัว	ไขมันในเลือดสูง	2 (50)		
	ความดันโลหิตสูง	2 (50)		

ระดับความพึงพอใจของผู้บริโภค ในภาพรวม ร้อยละ 47.28 มีความพึงพอใจมาก มีค่าเฉลี่ยที่ 4.04 พบว่าร้อยละ 52.2 มีความเห็นในระดับมาก ว่าอาหารเพื่อสุขภาพตามโครงการนี้ส่งผลดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 51.89 มีความเห็นในระดับมาก ว่าอาหารเพื่อสุขภาพมีรสชาติที่ดี ร้อยละ 48.11 มีความเห็นในระดับมาก ว่าอาหารเพื่อสุขภาพมีปริมาณเหมาะสมกับราคา ร้อยละ 46.67 มีความเห็นในระดับมาก ว่าผู้จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพมีการให้บริการหรือให้

คำแนะนำที่ดี ร้อยละ 42.48 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้มีการประชาสัมพันธ์ที่ดี ร้อยละ 52.21 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 47.79 มีความเห็นในระดับมาก ว่าโครงการนี้ส่งผลให้ใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น และ ร้อยละ 51.33 มีความเห็นในระดับมากที่สุด ว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป แสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ระดับความพึงพอใจของผู้บริโภค (N = 113)

ที่	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)					Mean $\pm$ SD	
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1	ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพตามโครงการนี้ส่งผลดีต่อสุขภาพของท่าน	34.51	52.21	11.50	1.77	0.00	4.19	.705
2	โครงการนี้มีการประชาสัมพันธ์ที่ดี	17.70	42.48	30.09	7.08	2.65	3.65	.943
3	โครงการนี้ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	30.09	52.21	16.81	0.88	0.00	4.12	.704
4	โครงการนี้ส่งผลให้ท่านใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น	33.63	47.79	17.70	0.88	0.00	4.14	.730
5	ท่านคิดว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป	51.33	37.17	11.50	0.00	0.00	4.40	.688
6	อาหารเพื่อสุขภาพมีรสชาติที่ดี (ในกรณีที่ได้รับประทาน)	24.53	51.89	21.70	0.94	0.94	3.98	.768
7	อาหารเพื่อสุขภาพมีปริมาณเหมาะสมกับราคา (ในกรณีที่ได้รับประทาน)	25.47	48.11	23.58	2.83	0.00	3.96	.780
8	ผู้จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพมีการให้บริการหรือให้คำแนะนำที่ดี (ในกรณีที่ได้รับประทาน)	21.90	46.67	27.62	2.86	0.95	3.86	.825
ภาพรวม		30.05	47.28	19.95	2.2	0.57	4.04	.317

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมร้อยละ 8.85 ของผู้บริโภค ซึ่งพบว่าผู้บริโภคให้

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมมากที่สุด คือ ควรเพิ่มเมนูอาหารเพื่อสุขภาพในแต่ละร้านให้มากขึ้น เนื่องจากแต่ละ

ร้านมีเมนูเพื่อสุขภาพเพียงเมนูเดียว และมีผู้บริโภคเห็นว่าโครงการนี้เป็นโครงการที่ดี ควรทำต่อเนื่องต่อไป และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มาก

ขึ้น รวมถึงขยายผลไปยังร้านอาหารโดยรอบมหาวิทยาลัยอีกด้วย แสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้บริโภค

ที่	ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	ความถี่	ร้อยละ
1	ควรเพิ่มเมนูอาหารเพื่อสุขภาพในแต่ละร้านให้มากขึ้น	3	2.655
2	ควรส่งเสริมให้มีการขายอาหารเพื่อสุขภาพต่อไป	2	1.77
3	ควรเพิ่มร้านขายผลไม้	1	0.885
4	ควรมีการขยายผลกับร้านอาหารโดยรอบมช.ด้วย	1	0.885
5	เป็นโครงการที่ดี ทำให้ใส่ใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น เพื่อผลต่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว	1	0.885
6	ขอให้มีการติดตามแบบนี้อย่างต่อเนื่อง	1	0.885
7	ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจัง เพราะน่าสนใจมาก	1	0.885
รวม		10	8.85

วิจารณ์ผล

ในปี พ.ศ.2561 ได้มีการดำเนินโครงการอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ต้องการส่งเสริมให้ร้านอาหารมีส่วนร่วมในการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นการปรับเปลี่ยน หรือเพิ่มเติมรายการอาหาร ให้ลดความหวาน มัน เค็ม หรือ เพิ่มผักผลไม้ในเมนูอาหาร เพื่อเป็นการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการบริโภคอาหารภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นทางเลือกสำหรับผู้บริโภคที่สนใจการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยจัดอบรมให้เจ้าของร้านอาหาร ที่เข้าร่วมโครงการ และเป็นผู้เลือกเมนูเพื่อสุขภาพที่ต้องการจำหน่ายด้วยตนเอง จำนวน 38 ร้าน จาก 11 คณะในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งแบ่งตามประเภทอาหารได้แก่ อาหารจานหลัก 26 ร้าน อาหารว่าง 5 ร้าน และเครื่องดื่ม 7 ร้าน และหลังจากการจัด

อบรม มีการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารในร้านอย่างน้อย 1 เมนู ให้เป็นเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ โดยร้านที่เข้าร่วมโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ จะได้รับป้าย “Healthy Food Good Health” และป้ายแสดงเมนูเพื่อสุขภาพของแต่ละร้านนั้นๆ และเริ่มดำเนินการจำหน่ายเมนูสุขภาพดังกล่าว โดยผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์การจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพของทุกร้านโดยใช้ใบปลิว และการประชาสัมพันธ์ทางสังคมออนไลน์ ซึ่งผลจากการสำรวจความพึงพอใจของเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าเจ้าของร้านอาหารส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก และมากที่สุด แต่ยังมีบางประเด็น ได้แก่ ผู้บริโภคพึงพอใจกับอาหารเพื่อสุขภาพที่จำหน่าย, โครงการนี้ส่งผลให้ผู้บริโภคดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น และ

โครงการนี้มีระบบการประสานงานที่ดี ที่มีเจ้าของร้านอาหารบางส่วนมีความพึงพอใจในระดับน้อยหรือน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าเจ้าของร้านอาหารบางส่วนมีความเห็นว่าผู้บริโภคอาจไม่พึงพอใจต่ออาหารเพื่อสุขภาพ หรือไม่สนใจบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และควรมีการปรับปรุงระบบประสานงานโครงการให้ดียิ่งขึ้น

จำนวนเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้อาจมีจำนวนไม่มากเท่าที่ควร ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นว่าควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เจ้าของร้านอาหารสนใจเข้าร่วมการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น ดังผลการวิจัยของ ภัทธร สุขสีทอง⁽⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในการที่ผู้ประกอบการจะมีพฤติกรรมการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ระดับการศึกษา ปัจจัยแวดล้อมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ และการเสริมแรงในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนั้นหากต้องการเพิ่มจำนวนเป้าหมายในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแล สนับสนุนปัจจัยแวดล้อมในการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ เสริมแรง ให้ความรู้ และสร้างแรงจูงใจให้เจ้าของร้านอาหารรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งเจ้าของร้านอาหารที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นผู้ที่สนใจในอาหารเพื่อสุขภาพเป็นทุนเดิม จึงควรเพิ่มกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการวิจัยต่อไปในอนาคต

จากผลการวิจัยในส่วนของอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากเจ้าของร้านอาหาร เจ้าของร้านอาหารจำนวนหนึ่งให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดอบรม หรือประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภค

หันมาใส่ใจในสุขภาพไปพร้อมๆ กับเจ้าของร้านอาหารด้วย เพราะยังมีผู้บริโภคจำนวนมากที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง ซึ่งโครงการนี้มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าของร้านอาหารเท่านั้น ยังไม่มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ หรือสร้างความตระหนักในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภค มีเพียงการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคทราบว่ามีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพขึ้นในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากข้อเสนอแนะนี้ จึงควรมีการขยายผลต่อไปในอนาคต เพื่อให้ผู้บริโภคหันมาสนใจและตระหนักว่าควรรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ดังเช่นที่ Gittelsohn J. และคณะ⁽⁷⁾ กล่าวว่า iva การปรับเปลี่ยนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่มีการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพได้มากขึ้นนั้น ควรมีสมาคมทั้งฝั่งผู้ขายและผู้บริโภค และเกิดไปพร้อมๆ กัน ฝั่งผู้ขายควรได้รับแรงจูงใจ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ มีการส่งเสริมการขายเพื่อเพิ่มยอดขาย อาจมีราคาส่งสำหรับการซื้อวัตถุดิบสำหรับอาหารเพื่อสุขภาพ ส่วนทางฝั่งผู้บริโภค ก็ต้องมีการเพิ่มความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ด้วยโปสเตอร์หรือใบปลิว อาจมีการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของอาหารเพื่อสุขภาพ มีการให้ทดลองชิมฟรี เป็นต้น กล่าวคือต้องมีการเพิ่มความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค และมีการเตรียมพร้อมและพัฒนาการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพไปในเวลาเดียวกัน จึงจะประสบความสำเร็จ เพราะหากร้านอาหารไม่มีการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้บริโภคก็ไม่สามารถเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพได้

ในขณะเดียวกัน หากผู้บริโภคไม่มีความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแล้ว ร้านอาหารก็ไม่สามารถจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพต่อไปได้ ซึ่งควรมีกิจกรรมที่เพิ่มความต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค และ ควรมีแนวทางหรือแรงจูงใจที่ชัดเจนมากขึ้นสำหรับการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในอนาคต

จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริโภคพบว่าผู้บริโภคร้อยละ 51.3 มีความเห็นในระดับมากที่สุดว่าโครงการนี้ควรมีการดำเนินงานต่อไป และร้อยละ 52.2 เห็นว่าอาหารเพื่อสุขภาพตามโครงการนี้ส่งผลดีต่อสุขภาพ และส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพผ่านการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพในระดับมาก นอกจากนี้ยังมีผู้บริโภคบางส่วนให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการขยายผล และเพิ่มความหลากหลายของเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคของผู้บริโภคอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย ตามการศึกษาในประชากรวัยทำงาน อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี⁽⁸⁾ ก็พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ปัจจัยเอื้ออำนวยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากบุคคล และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจที่จะบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร⁽⁹⁾ สรุปได้ว่า ปัจจัยค่านิยมทางด้านสุขภาพปัจจัยด้าน

ทัศนคติต่อรสชาติ, ปัจจัยด้านความคาดหวังเรื่องความชื่นชอบ และ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความตั้งใจที่จะบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารมีทั้งหมด 9 ปัจจัย ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ภาวะโภชนาการ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้ข่าวสารด้านการดูแลภาวะโภชนาการ และ ปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

อย่างไรก็ตาม การสอบถามความพึงพอใจของทั้งเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภคในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นความพึงพอใจเชิงบวก กล่าวคือ มีระดับความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เหตุผลเพราะ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นผู้ที่สนใจในอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับเจ้าของร้านอาหาร ทุกคนเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง จึงเป็นผู้ที่มีความสนใจในอาหารเพื่อสุขภาพทั้งหมด ส่วนผู้บริโภค ทางผู้ศึกษาได้ทำการแจกแบบสอบถามให้กับผู้ที่สนใจบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ตามร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลความพึงพอใจของผู้บริโภคจึงมาจากผู้บริโภคที่สนใจบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามโครงการนี้เท่านั้น ไม่ได้เป็นความคิดเห็นโดยรวมจากคนทั่วไป

จากการสอบถามความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของทั้งผู้บริโภค และเจ้าของร้านอาหาร มีระดับความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับมากที่สุด ว่าควรมีการดำเนินงานต่อเนื่องต่อไป โดยมีข้อที่ควรแก้ไขปรับปรุงในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์บางประการให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ ประชาสัมพันธ์โครงการให้มากขึ้น ให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในกลุ่มผู้บริโภค และขยายผลต่อยอดเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต เช่น เพิ่มจำนวนเมนูอาหารเพื่อสุขภาพในแต่ละร้านให้มีมากกว่า 1 เมนูต่อ 1 ร้านมีการขยายผลไปยังร้านอาหารทั่วมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมถึงโดยรอบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ด้วย รวมทั้งขยายการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบอื่นๆ และในกลุ่มผู้บริโภคที่กว้างขึ้น เป็นต้น การศึกษารั้วนี้จึงแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีของการเริ่มต้นสร้างสิ่งแวดล้อมด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม เพิ่มผักผลไม้ ภายในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เป็นอย่างดี และควรมีการต่อยอดการศึกษาออกไปอีกเป็นลำดับในหลายๆ แง่มุม ทั้งด้านผู้จำหน่ายอาหาร ผู้บริโภค ประเภทของอาหารเพื่อสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ส่งเสริม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งต่อไป ทั้งเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภค
2. ควรศึกษาสาเหตุที่ทำให้ประชากรทั้งเจ้าของร้านอาหาร และผู้บริโภคบางส่วนไม่สนใจจำหน่าย หรือบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในอนาคต
3. หากมีการตรวจสอบ หรือควบคุมอาหารที่จำหน่ายด้วยว่ามีการลดหวานมันเค็ม หรือเพิ่มผักผลไม้จริงหรือไม่ จะทำให้ระบบการ

จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

4. อาจจัดให้มีการส่งเสริมให้เกิดการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในแง่มุมอื่น เช่น จำกัดปริมาณแคลอรีในแต่ละมื้อ จัดสัดส่วนที่เหมาะสมของสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 จาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวิเศษขจร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทย ในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค, 43(4), 379–390.
2. วิชัย เอกพลากร (บก.). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
3. องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย. (2559). สำนักอาหารสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
4. กัญญ์สิริ จันทรเจริญ. (2554). การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. Retrieved from https://www.ict.up.ac.th/surinthesis/ResearchMethodology_2554/ เอกสารเพิ่มเติม/การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.PDF

5. Mintel Marketing Intelligence. (2018). Thai consumers are on the road to self-betterment. Retrieved from <https://www.mintel.com/press-centre/social-and-lifestyle/thai-consumers-are-on-the-road-to-self-betterment>
6. ณัฏฐ์ สุขสีทอง. (2555). พฤติกรรมการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ ในตำบลสะलग และตำบลชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
7. Gittelsohn J, et.al. (2015). Lessons Learned From Small Store Programs to Increase Healthy Food Access. Am J Health Behav. 38(2): 307–315.
8. พรพรรณ ป้อมสุข. (2554). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กันในกลุ่มประชากรวัยทำงานในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. พลอยไพลิน คำแก้ว. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจที่จะบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระ. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
10. สุระเดช ไชยตอกเกี้ยว. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของนโยบายอาหารและโภชนาการในประเทศไทยปี 2558.

รายงานการสอบสวนโรคภาวะขาดวิตามินบี 1 สถานคุ้มครองสวัสดิภาพ

ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ จ.สงขลา

Beriberi outbreak in Human trafficking protection center

Songkhla Province

นางสาวหทัยทิพย์ จุทอง, นายแพทย์ชูพงศ์ แสงสว่าง, นางวาสนา ยกสกุล,

นางสาวพิตริยะห์ สาและ, นายอารีย์ ตาหมาด

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

*Corresponding author, E-mail: hataitipju@gmail.com

(Received: Oct 15, 2019; Revised: Nov 11, 2019; Accepted: Dec 14, 2019)

บทคัดย่อ

วันที่ 10 กันยายน 2562 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ได้รับแจ้งโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์มารักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ 8 ราย มีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนแรง เดินไม่ได้ ปวดขามาก ขาไม่มีแรง ดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ยืนยันการวินิจฉัยและอธิบายลักษณะการเกิดโรค ศึกษาปัจจัยหรือสภาพแวดล้อม และกำหนดมาตรการในการดูแลรักษาป้องกันที่เหมาะสม วิธีการศึกษาสัมภาษณ์ ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ ตรวจร่างกายและเก็บตัวอย่างเลือดตรวจยืนยัน เก็บตัวอย่างน้ำดื่ม น้ำใช้ เพื่อส่งตรวจหาสารโลหะหนัก ผลการสอบสวนโรคจำนวน 262 คน พบผู้สงสัยภาวะขาดวิตามินบี 1 จำนวน 75 ราย ผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย ผู้ป่วยสงสัย จำนวน 74 ราย รับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยในอาการรุนแรง จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 9 ราย ผู้ป่วยรายแรกเป็นชาวพม่า อายุ 26 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เริ่มป่วยต้นเดือนสิงหาคม 2562 มีอาการหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมีอาการมากที่สุดคือชามือเท้าหรือแขนขา 85.2 % มีภาวะทุพโภชนาการ 13.1 % ผลการตรวจตัวอย่างน้ำบริโภคค่าสารโลหะหนักไม่เกินมาตรฐาน ไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมปัง ข้าวโพด นมถั่วต่าง ผักใบเขียวและผลไม้ได้กินบ้างบางวัน กินหมากพลูทุกวันร้อยละ 4.9 ผลการสอบสวนบ่งชี้ว่าการขาดวิตามินบี 1 น่าจะเป็นผลมาจากไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมปัง ข้าวโพด นมถั่วต่าง ผักใบเขียวและผลไม้ได้กินบ้าง สารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การรับประทานหมากพลู ซึ่งมีสารทำลายหรือขัดขวางการดูดซึมวิตามินบี 1

คำสำคัญ : ภาวะการขาดวิตามินบี 1 ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ การสอบสวนโรค

Abstract

On September 10, 2019 Office of Disease Prevention and Control Region 12, Songkhla was notified by Hat Yai Hospital. There were 8 victims of trafficking at Hat Yai Hospital, with dyspnea, muscle weakness and leg pain. Songkhla Provincial Health, Office of Disease Prevention and Control Region 12, Songkhla jointly investigated the outbreak. The investigation purpose for verifying the diagnosis, describe epidemiological characteristics, to study factors or conditions related to the illnesses, and to provide prevention and control measures. Clinical interview, physical examination and laboratory study, and testing for toxic substances and heavy metals in water samples were performed. The results showed that total of 75 suspected cases with 1 patient were confirmed diagnosis of beri beri. 11 patients were evaluated in hospital (2 inpatient, 9 outpatient). There was Burma 24.7%, and Hinya 11.1%. The first patient is a Burmese aged 26 years without underlying disease. Getting sick early in August 2019 with dyspnea. The most common symptom was numbness of hands and feet 85.2%, malnutrition 13.1%. Results of the water samples, heavy metal content does not exceed the standards. They didn't eat coarse rice, brown rice, bread, corn, milk. They sometime ate vegetables and fruits. 4.9% of them ate betel nut everyday. The study indicated that vitamin B1 deficiency seems to result from inadequate intake. They didn't eat coarse rice, brown rice, corn bread, milk, beans, and other green leafy vegetables and fruits which not enough nutrients as daily requirement. Eating betel nut which contains substances destroyed or hinder absorption of vitamin B1.

Key words : vitamin B1 deficiency, Victims of human trafficking ,outbreak investigation

บทนำ

วิตามินบี 1 (thiamine: ไธอามีน) เป็นวิตามินที่ละลายในน้ำ ดังนั้น หลังจากรับประทานแล้ว วิตามินชนิดนี้จะอยู่ในร่างกายไม่นานนัก และถูกขับออกจากร่างกายผ่านทางไตออกไปกับปัสสาวะ ไม่เก็บสะสมไว้ในร่างกายและมนุษย์ไม่สามารถสร้างวิตามินชนิดนี้ได้เอง เราจึงต้องการวิตามินบี 1 จากอาหารที่รับประทานอย่างสม่ำเสมอ หน้าที่หลัก ของวิตามินชนิดนี้คือ ทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์ (coenzyme) ของการสร้างพลังงานในร่างกาย โดยเฉพาะการเผาผลาญแป้ง ช่วยให้เกิดการสร้างพลังงานให้แก่อวัยวะต่างๆ ทำงาน ได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังเป็นส่วนประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อประสาทอีกด้วย แหล่งอาหารที่พบวิตามินบี 1 ในปริมาณมาก ได้แก่ ข้าวกล้อง ถั่ว งา จมูกข้าวสาลี

นมถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน และเนื้อหมู โดยทั่วไป หากรับประทานอาหารตามปกติมักไม่ค่อยขาดวิตามินบี 1 แต่ปัญหาการขาดวิตามินบี 1 มักพบในกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างไปจากปกติ เช่นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดเรื่องชนิดของอาหารเป็นระยะเวลานานๆ เช่น ผู้ลี้ภัยหรืออาศัยในค่ายอพยพ ชาวประมงที่ออกเรือเป็นเวลานาน เนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเลือกชนิดอาหารได้ตามต้องการเพราะสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสม รวมทั้งยังมีปัญหาการเก็บอาหารชนิดผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์อีกด้วย จึงมักพบว่า อาหารที่กลุ่มคนเหล่านี้รับประทานจะเป็นอาหารจำพวกแป้งเป็นหลัก ซึ่งเป็นอาหารที่มีวิตามินบี 1 น้อย แต่ร่างกายต้องใช้วิตามินบี 1 ในการเผาผลาญแป้งในปริมาณมาก สุดท้ายจึงทำให้

เกิดการขาดวิตามินบี 1 ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลยับยั้งการดูดซึมของวิตามินบี 1 ที่บริเวณลำไส้เล็ก ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีสารต้านไธอามีน (anti-thiamine factors) ได้แก่ หมาก, ปลาดิบ, หอยดิบ และอาหารที่ผ่านการหมักแล้วมีการเจือปนของ mycotoxin ต่างๆ (mycotoxin คือสารพิษจากเชื้อรา)⁽¹⁾ วิตามินบี 1 ในร่างกายร้อยละ 80 อยู่ในรูป “ไทอะมีน ไพโรฟอสเฟต” ค่าปกติในเลือด 28 -85 ไมโครกรัมต่อลิตร กรณีที่ไม่ได้รับวิตามินบี 1 จากอาหาร ของเดิม จะถูกใช้ไปหมดใน 30 วัน^(1,2) มีรายงานในหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศแอฟริกาตะวันตก มีรายงานภาวะขาดวิตามินบี 1 ของประชาชนในเขตเมืองที่บริโภคข้าวขาว และในกลุ่มนักโทษในเรือนจำ ประเทศแอมเบียมียารายงานในกลุ่มผู้ขายวัยทำงานในแถบชนบท การป่วยและตายจากภาวะขาดวิตามินบี 1 ในโรงพยาบาล และยังมีรายงานการระบาดในช่วงฤดูฝน พบผู้ป่วย 140 ราย และเสียชีวิตถึง 22 ราย อีกด้วย^(3,4) ประเทศอิสราเอลมีรายงานการตายของทารกจากข้อบกพร่องสูตรนมถั่วเหลือง⁽⁵⁾ ประเทศลาวมีรายงานการเสียชีวิตในกลุ่มเด็กทารก⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบภาวะขาดวิตามินบี 1 ในกลุ่มผู้อพยพชาวจีนในไต้หวัน⁽⁷⁾

สำหรับประเทศไทยมีรายงานการป่วยหรือเสียชีวิตจากภาวะขาดวิตามินบี 1 เมษายน 2548⁽⁸⁾ พบผู้ป่วยชาย เป็นชาวประมงในจังหวัดสมุทรสาคร 11 ราย และสงสัยเสียชีวิตจากการขาดวิตามินบี 1 อีก 2 ราย กรกฎาคม 2549⁽⁹⁾ พบผู้ป่วยชาย เป็นชาวประมงในจังหวัดสมุทรสาคร 20 ราย มีอาการรุนแรง 5 ราย แพทย์ให้การวินิจฉัย cardiac beri beri และในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน พบผู้สงสัยเสียชีวิตจากการขาดวิตามินบี 1 อีก 28 ราย กันยายน 2553⁽²⁾ พบผู้ป่วยสงสัยขาด

วิตามินบี 1 ประมาณ 40 รายมีอาการแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในเรือนจำแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2554 มีการระบาดของอาการปลายประสาทอักเสบ ในกลุ่มนักโทษ ณ เรือนจำ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 11 ราย เสียชีวิต 4 ราย ธันวาคม 2557⁽²⁾ พบผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงและชา 78 รายมีอาการรุนแรง 3 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 2 รายผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในเรือนจำอีกแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มคนงานไร้อ้อย⁽¹¹⁾ และกลุ่มพนักงานโรงงานจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2555-2556⁽¹²⁾ เดือนมกราคม 2559⁽¹³⁾ พบผู้ป่วยภาวะขาดวิตามินบี 1 ในกลุ่มลูกเรือประมง จังหวัดระนองจำนวน 32 ราย เสียชีวิต 2 ราย

เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2562 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ว่า เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2562 มีผู้เสียชีวิตจากการค้ำมนุษย์มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ 8 คน มีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนแรง เดินไม่ได้ปวดขามาก ขาไม่มีแรง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลรัตภูมิ ได้ร่วมออกดำเนินการสอบสวนในพื้นที่ระหว่างวันที่ 10 กันยายนและวันที่ 18-20 กันยายน 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการระบาดของโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
3. เพื่อกำหนดมาตรการในการดูแลรักษา และป้องกันที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาตามบุคคล เวลา และสถานที่ โดยการสัมภาษณ์ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ผ่านล่าม ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สถานคุ้มครองผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ ถึงการใช้ชีวิตประจำวัน การกินอาหาร กิจกรรมที่ทำในสถานคุ้มครอง สภาพแวดล้อม และซักประวัติอาการเจ็บป่วยผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลค้นหาผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ป่วยสงสัยภาวะขาดวิตามินบี 1 ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองอำเภอรัษฎามีมีอาการอย่างน้อย 1 อาการต่อไปนี้ ได้แก่ ซามีมือเท้าหรือแขนขา แขนขาอ่อนแรง ขาบวม หายใจเหนื่อย หรือเหนื่อยในท่านอนราบ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562 ผู้ป่วยยืนยันภาวะขาดวิตามินบี 1 ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับผลตรวจไทอะมินไพโรฟอสเฟต < 28 ไมโครกรัมต่อลิตรหรืออาการดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิตามินบี 1

2. ศึกษาผลการตรวจรักษา โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลรัษฎา ทบทวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลตรวจไทอะมินไพโรฟอสเฟต จากการเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยส่งตรวจด้วยเทคนิคไฮเพรสเซอร์ ลิกวิด โครมาโทกราฟี (High pressure liquid chromatography :HPLC) ณ ห้องปฏิบัติการ N Health ผลตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด และระดับฮอร์โมนไทรอยด์

3. ศึกษาทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือดผู้ป่วยสงสัยขาดวิตามินบี 1 ตามนิยาม เพื่อ

ตรวจวัดหาระดับวิตามินบี 1 ตรวจ Thiamine pyrophosphate effect (TPPE) เก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำดิบตรวจหาการปนเปื้อนของโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว สารหนู แคดเมียม

4. ศึกษาสภาพแวดล้อมทั่วไปถึงสภาพความเป็นอยู่ในสถานคุ้มครอง กิจกรรมและระยะเวลาการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

5. ศึกษาแหล่งอาหาร แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ กระบวนการเตรียมอาหาร รายการอาหาร วิธีการปรุงอาหาร โดยสัมภาษณ์แม่ครัวและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และตรวจร่างกายจำนวน 262 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่า ร้อยละ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ณ วันที่ 20 กันยายน 2562 ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์จำนวน 262 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุระหว่าง 15 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 27.8 ปี เป็นเชื้อชาติเชื้อชาติเมียนมาร์ 235 ราย โรฮิงญา 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.7 และ 10.3 ตามลำดับ อาชีพก่อนเข้าสถานคุ้มครองที่พบมากที่สุดคือ ทำนา ร้อยละ 62.6 รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง และประมง คิดเป็น ร้อยละ 16.1 และ 4.2 ตามลำดับ และพบว่ามีผู้เสียหายที่ไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนเข้าคุ้มครองร้อยละ 11.5 ในผู้เสียหายทั้งหมดไม่พบผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง

กิจวัตรประจำวันของผู้เสียหายในสถานคุ้มครอง มีการเข้าแถวนับจำนวนผู้เสียหาย 4 รอบ เวลา 07:00 น., 11:45 น., 16.20 น. และก่อนเข้านอน 18:20 น. มีการออกกำลังกายพร้อมกันเวลา 07.05น.-07.15น. ไม่มีงานที่ต้องออกแรงมาก แต่

ผู้เสียหายบางส่วนจะได้รับมอบหมายงานทำความสะอาด งานครัว การรับประทานอาหาร 3 มื้อ เวลา 08:05 น., 12:00 น. และ 18.05 น. เป็นอาหารที่ปรุงเองจากโรงครัวของสถานคุ้มครอง ผู้เสียหายไม่ได้รับอนุญาตให้ไปซื้ออาหารภายนอก น้ำดื่มจากสองแหล่งคือน้ำบรรจุขวดซื้อจากภายนอกนำมาใส่เครื่องทำความเย็น (คูลเลอร์) สำหรับกดดื่ม และน้ำดื่มจากน้ำบาดาล สูบพักไว้บนถังสูงแล้วผ่านระบบกรองออกสู่ก๊อกน้ำดื่มที่เรือนนอน แต่เครื่องกรองเสียประมาณ 1 เดือนที่ผ่านมา น้ำใช้ใช้น้ำบาดาล

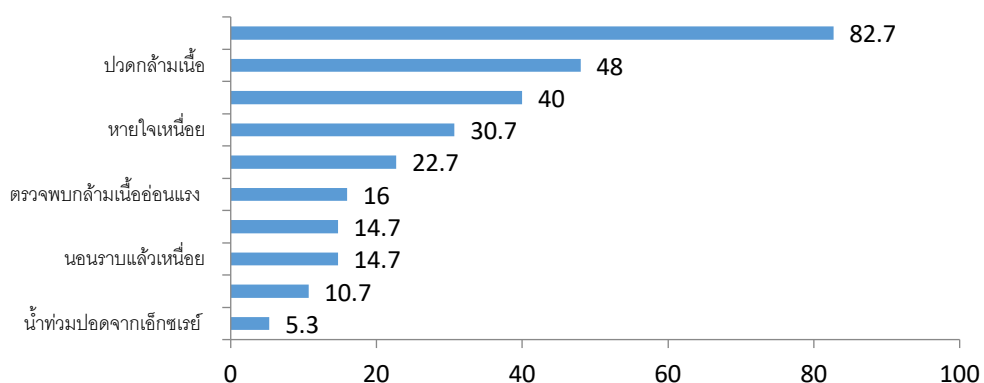
2. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ความรุนแรงและลักษณะทางคลินิก จากผู้เสียหายทั้งหมด 262 คน พบผู้ป่วยภาวะขาดวิตามินบี 1 ตามนิยาม 75 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 28.6 เป็นผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 5 ราย พบระดับ (TPP) ในเลือดก่อนการรักษา 25 $\mu\text{g/L}$ (ค่าปกติ 28-85 $\mu\text{g/L}$) ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 74 ราย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 11 ราย ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 9 ราย ผู้ป่วยใน 2 ราย พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่ อ่อนแรงจนเดินไม่ได้ 3 ราย ภาวะ

หัวใจวายและน้ำท่วมปอด 2 ราย และภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ราย ร้อยละ 18.2 ร้อยละผู้ป่วยจำแนกตามอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ขามือเท้าหรือแขนขา เท้ากับร้อยละ 85.2 รองลงมาคือ อ่อนแรงแขนขา หายใจเหนื่อย ตรวจพบกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ นอนราบแล้วเหนื่อย ตะคริว แสบร้อนผิวหนัง และ pulmonary edema จากเอกซเรย์ เท้ากับร้อยละ 44.3, 29.5, 21.3, 18.03, 14.9, 11.5, 5.3, 1. และ 1.5 ตามลำดับ (รูป 1) ก่อนดำเนินการสอบสวนโรคมีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิตามินบี 1 จำนวน 11 ราย พบว่าทั้ง 11 รายอาการดีขึ้น ไม่มีผู้เสียชีวิต

การตรวจจัดการระบาด ผู้ป่วยรายแรก ที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นชาวพม่า อายุ 26 ปี ไม่มีโรคประจำตัว พักที่เรือนนอน 2 เข้าพักในสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ วันที่ 10 มิถุนายน 2562 เริ่มป่วยต้นเดือนสิงหาคม 2562 มีอาการหายใจเหนื่อยมา รับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ วันที่ 9 สิงหาคม 2562 แพทย์วินิจฉัย CHF, viral pneumonia และกลับบ้านวันที่ 15 สิงหาคม 2562

อาการและอาการแสดง



รูป 1 ร้อยละผู้ป่วยขาดวิตามินบี 1 จำแนกตามอาการและอาการแสดง จังหวัดสงขลา

1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562

การกระจายของโรคตามบุคคล ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 16-49 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 26 ปี อัตราป่วยตามกลุ่มอายุจากมากไปน้อย ได้แก่ และ กลุ่มอายุ 18 - 25 อัตราป่วยร้อยละ 13.6 และ 26-50 ปี อัตราป่วยร้อยละ 31.4 อัตราป่วยในกลุ่มผู้เสียหยาเชื้อชาติเมียนมาร์ เท่ากับ 30.2 และเชื้อชาติโรฮิงญา 14.8 ค่า BMI ของผู้ป่วยระหว่าง 16.04-25.6 ค่าเฉลี่ย 20.6 (SD2.7) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ (BMI<18.5) ร้อยละ 27.5

การกระจายของโรคตามสถานที่ พบผู้ป่วยกระจายทุกเรือนนอน อัตราป่วยสูงสุดเรือนนอนที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 31.3 รองลงมาได้แก่ เรือนนอน

ที่ 1 และเรือนนอนที่ 3 เท่ากับร้อยละ 21.5 และ 17.1 ตามลำดับ

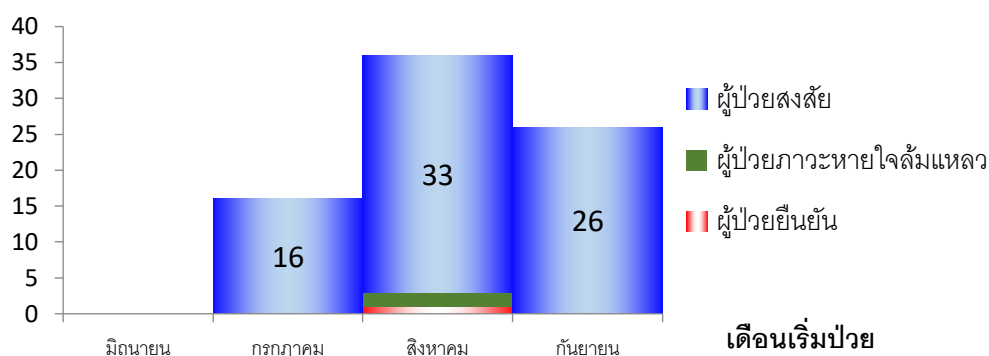
การกระจายของโรคตามเวลา ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม รายสุดท้ายเริ่มป่วยเดือน กันยายน 2562 พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนสิงหาคมจำนวน 33 ราย เดือนกันยายนจำนวน 26 ราย และเดือนกรกฎาคม จำนวน 16 ราย ระยะเวลาจากเข้ารับการรักษาถึงวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเข้าพักในสถานคุ้มครอง 2 เดือน จำนวน 29 ราย รองลงมาคือ เข้าพัก 1 เดือนจำนวน 25 ราย และมีเมื่อเข้าพักหลัง 4 เดือนมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย

ตาราง 1 ผู้ป่วยขาดวิตามินบี 1 จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล จังหวัดสงขลา 1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562

ปัจจัย		ทั้งหมด (n=262)	ผู้ป่วย (n=75)	
			จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	262	75	28.6
อายุ	18 - 25 ปี	125	32	13.6
	26-50 ปี	137	43	31.4
เชื้อชาติ	เมียนมาร์	235	71	30.2
	โรฮิงญา	27	4	14.8
BMI	<18.5	40	11	27.5
	18.5-23.0	193	57	29.5
	>23	29	7	24.1
อาชีพก่อนเข้าคุ้มครอง				
	ทำนา	164	45	27.4
	รับจ้าง	42	13	30.9
	ประมง	11	7	63.6
	นักเรียน	6	4	66.6

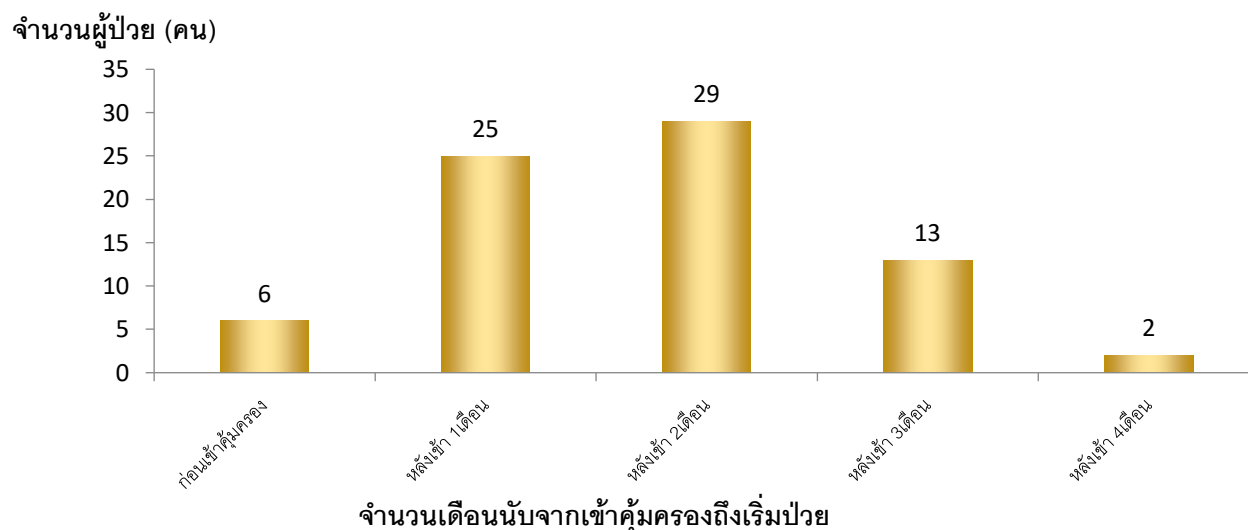
ปัจจัย	ทั้งหมด (n=262)	ผู้ป่วย (n=75)	
		จำนวน	ร้อยละ
ไม่ประกอบอาชีพ	39	6	15.4
ออกกำลังกาย > 1 ชม.ต่อวัน			
ใช่	203	56	27.6
ไม่ใช่	59	19	32.2
ป่วยด้วยโรคติดเชื้อใน 3 เดือน			
ใช่	73	28	38.4
ไม่ใช่	189	47	24.7
ท้องร่วงเป็นๆหายๆ			
ใช่	23	11	47.8
ไม่ใช่	239	64	26.8
ปริมาณอาหารต่อมื้อ			
ไม่พอ	32	16	50
พอ	230	59	25.7

จำนวนผู้ป่วย (คน)



รูป 2 จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยขาดวิตามินบี 1 จำแนกตามเดือนเริ่มป่วยจังหวัดสงขลา

1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562



รูป 3 จำนวนผู้ป่วยภาวะขาดวิตามินบี 1 จำแนกตามระยะเวลาเข้าคัมครองถึงเริ่มป่วย (เดือน) จังหวัดสงขลา
1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562

3. ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาโรงพยาบาลหาดใหญ่ได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจระดับวิตามินบี 1 ด้วยวิธี TPPE (thiamin pyrophosphate effect) ทั้งหมด 5 ราย

ผลการตรวจพบค่าวิตามินบี 1 ระหว่าง 25-44% ค่ามัธยฐานเท่ากับ 31% พบผู้ป่วยมีระดับวิตามินบี 1 ต่ำกว่า lower normal limit จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20)

ตาราง 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์ สถานคัมครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์ 1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562 (N=5)

ลำดับ	อายุ	อาการ และอาการแสดง					TPPE(%)
		ชา	อ่อนแรง	ตรวจพบอ่อนแรง	บวม	เหนื่อย	
1	19	+	+	+	+	-	25
2	21	+	+	+	-	-	28
3	18	+	+	-	+	+	31
4	19	+	+	+	-	-	31
5	27	+	+	+	-	-	44

*ค่าปกติ 28-85 Mg/L²

4. ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การบริโภค

ที่พักอาศัยเรือนนอนมีจำนวน 3 หลัง หลังที่ 1 จำนวน 68 คน หลังที่ 2 จำนวน 85 คน หลังที่ 3 จำนวน 109 คน อยู่กันแบบแออัด เรือนนอนที่ 1 และ เรือนนอนที่ 2 มีเตียงและที่นอน มีห้องน้ำและห้องส้วมเพียงพอ ส่วน เรือนนอนที่ 3 ดัดแปลงอาคารเอนกประสงค์มาเป็นเรือนนอน ไม่มีมุ้งลวด ไม่มีเตียงนอน แต่มีที่นอน มีห้องส้วม จำนวน 4 ห้อง ไม่มีห้องอาบน้ำ อาบน้ำแบบรวมกันมีบ่อเก็บขนาดใหญ่ 1 บ่อ มีโรงอาหาร จำนวน 1 หลัง

การบริโภคอาหาร ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ ทั้งหมดกินข้าวขาวทุกวัน ไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมหั้ว ข้าวโพด นมถั่วต่าง ส่วนใหญ่รับประทาน ไก่ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.7 ไม่รับประทานไก่ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่รับประทาน ไข่ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ร้อยละ 43.1

ไม่รับประทานไข่ร้อยละ 2.7 ส่วนใหญ่รับประทาน ปลา 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ร้อยละ 53.9 ไม่รับประทานปลาร้อยละ 8.8 ไม่รับประทานผักใบเขียวร้อยละ 86.6 ไม่รับประทานผลไม้ ร้อยละ 47.7 ไม่รับประทานปลาร้าดิบ ปลาน้ำจืดดิบ หอยดิบ แหนมดิบ อาหารกระป๋อง ผักผลไม้กระป๋อง สุราร้อยละ 100 ไม่รับประทานน้ำชา ร้อยละ 95.8 ไม่รับประทานกาแฟ ร้อยละ 69.1 ไม่รับประทานหมาก ร้อยละ 64.5 ไม่รับประทานพลู ร้อยละ 66.7 ไม่รับประทานใบเมี่ยง ร้อยละ 100 (ตาราง 3)

ผลตรวจการปนเปื้อนโลหะหนักจากแหล่งน้ำดื่มมาใช้ ทิมสอบสวนโรคได้เก็บตัวอย่างน้ำดิบจากน้ำบาดาลที่ยังไม่ผ่านระบบกรอง จำนวน 1 ตัวอย่าง พบปริมาณสารตะกั่ว 0.002 mg/l สารหนู น้อยกว่า 0.001 mg/l และแคดเมียม น้อยกว่า 0.001 mg/l ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานทั้งหมด

ตาราง 3 ร้อยละในการบริโภคของผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ จำแนกตามรายการอาหาร สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ฯ, 1 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2562

รายการอาหาร	ทุกวัน	5-6 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ไม่ รับประทาน
ข้าวขาว	100	0	0	0	0	0	0
ข้าวซ้อมมือ/ข้าวกล้อง	0	0	0	0	0	0	100
ขนมหั้ว	0	0	0	0	0	0	100
ข้าวโพด	0	0	0	0	0	0	100
ถั่วต่าง	0	0	0	0	0	0	100
ไก่	11.4	8.8	47.7	3.8	0	0.3	26.7
ไข่	1.5	6.4	43.1	44.3	0.3	0.3	2.
ปลา	12.9	19.8	53.8	2.7	0	0.8	8.8
นม	0	0	0	0	0	0	100

รายการอาหาร	ทุกวัน	5-6 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	3-4 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-3 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ไม่ รับประทาน
ผักใบเขียว	1.5	1.1	3.	0.7	0	5.3	86.6
ผลไม้	0	1.2	18.3	8.8	6.1	16.8	47.7
ปลาร้าดิบ	0	0	0	0	0	0	100
ปลาน้ำจืดดิบ	0	0	0	0	0	0	100
หอยดิบ	0	0	0	0	0	0	100
แฮมดิบ	0	0	0	0	0	0	100
อาหารกระป๋อง	0	0	0	0	0	0	100
ผักผลไม้ดอง	0	0	0	0	0	0	100
สุรา	0	0	0	0	0	0	100
น้ำชา	0.8	0	0	1.5	0	0.7	95.8
กาแฟ	5.7	4.2	5.	8.1	3.8	3.	69.1
หมาก	4.9	1.	3.	14.	4.6	4.9	64.5
พลู	4.9	1.5	3.1	12.6	4.6	5.3	66.7
ใบเมี่ยง	0	0	0	0	0	0	100

มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ดำเนินการ

1. วางแผนร่วมกับนักโภชนาการปรับปรุงรายการอาหารเพื่อเพิ่มวิตามินบี1ให้เหมาะสม

2. ให้คำแนะนำแก่ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ ให้รับประทานรายการอาหารทุกประเภทตามรายการอาหารของโรงครัว ยกเว้นอาหารที่แพ้หรือผิดหลักศาสนา ควรดชา กาแฟ หมาก พลู และแอลกอฮอล์

3. แนวทางการให้การรักษาและป้องกันด้วยวิตามิน

3.1 กลุ่มอาการรุนแรง ได้แก่ บวมร่วมกับหอบเหนื่อย หรือ สับสนความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงให้นำส่งรพ.หาดใหญ่ รักษาด้วยวิตามินบี1 ชนิดฉีดและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

3.2 กลุ่มที่มีอาการอ่อนแรงจนเดิน

ไม่ได้ (ตรวจกำลังกล้ามเนื้อ $\leq$ ระดับ 3)

3.2.1 ให้วิตามินบี1 (100 mg)

ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา, ให้ต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น แล้วต่อด้วยวิตามินบีรวมครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ต่อเนื่องจนสามารถปรับคุณภาพอาหารที่ให้ปริมาณวิตามินบี1 อย่างเพียงพอจึงพิจารณาหยุด

3.2.2 วิตามินบีรวม (B complex)

ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ให้ต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น แล้วต่อด้วยวิตามินบีรวมครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ต่อเนื่อง

3.2.3 วิตามินรวม (MTV) วันละ

1 เม็ด ให้ต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น แล้วต่อด้วยวิตามินบีรวมครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาต่อเนื่องจนสามารถปรับคุณภาพอาหารที่ให้ปริมาณวิตามิน

ปี 1 อย่างเพียงพอจึงพิจารณาหยุดอาหารทาง การแพทย์เสริม ยี่ห้อ Blendera-MF 6 ซ้อน ผสม น้ำอุณหภูมิห้องหรือน้ำเย็น 1 แก้ว ต้มพร้อม อาหารเช้า เที่ยง เย็น จนอาการเป็นปกติแล้วหยุด ได้กรณีอาการไม่ดีขึ้นแนะนำให้ส่งตรวจวินิจฉัยที่ โรงพยาบาล เพื่อตรวจคัดแยกสาเหตุอื่น เช่น Hypokalemia, Hyperthyroid

3.3 กลุ่มผู้ป่วยที่อ่อนแรงแต่สามารถ เดินได้ หรือ ขามือเท้าหรือแขนขา

3.3.1 ให้วิตามินบี1 (100 mg) ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ต่อเนื่อง 1 เดือน หรือ อาการปกติ

3.3.2 วิตามินบีรวม (B complex) ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ต่อเนื่อง 1 เดือน หรืออาการปกติ

3.3.3 วิตามินรวม (MTV) วันละ 1 เม็ดต่อเนื่อง 1 เดือน หรืออาการปกติ

3.4 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ให้ วิตามินบี 1 (100 mg) ครั้งละ 1 เม็ด 2 เวลา เป็น เวลา 1 สัปดาห์, วิตามินบีรวม (B complex) 1 เม็ด 2 เวลา และ วิตามินรวม (MTV) วันละ 1 เม็ด ติดต่อกัน 1 เดือน พร้อมกับปรับคุณภาพอาหารที่ ให้ปริมาณวิตามินบี1 อย่างเพียงพอจึงพิจารณา หยุดพิจารณา

การป่วยของผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์ จำนวน 75 ราย โดยมีอาการทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีอาการขามือเท้าหรือแขนขา ปวดกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง หายใจเหนื่อยหอบ ตะคริว อาการเข้าได้กับภาวะขาดวิตามินบี 1⁽⁶⁾ ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดระดับวิตามินบี 1 วิธี TPPE ผู้ป่วย 5 ราย บ่งชี้ว่ามีภาวะขาดวิตามินบี 1 ราย แพทย์รักษาตัวที่โรงพยาบาล 2 ราย เป็นผู้ป่วย นอกจำนวน 3 ราย เหตุการณ์ผู้เสียหายจากการค้ำ

มนุษย์ป่วยจากภาวะขาดวิตามินบี 1 ครั้งนี้ เป็น การระบาดครั้งแรกในจังหวัดสงขลา โดยเกิดเหตุที่ สถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ำ มนุษย์ซึ่งเหตุการณ์ภาวะขาดวิตามินบี 1 นี้เคย เกิดขึ้นมาแล้วในจังหวัดระนองเมื่อปี 2556⁽¹³⁾ ได้ รายงานลูกเรือประมงมีภาวะขาดวิตามิน บี 1 จากการรับประทานเฉพาะข้าวขาวกับอาหารทะเลที่จับ ได้นานประมาณกว่า 1 เดือนก่อนที่จะปรากฏ อาการป่วยและจังหวัดสมุทรสาครในปี 2548 และ 2549^(8,9) ได้รายงานลูกเรือประมงมีภาวะขาด วิตามิน บี 1 จากการรับประทานเฉพาะข้าวขาวกับ อาหารทะเลที่จับได้นานประมาณสองเดือนก่อนที่จะ ปรากฏอาการป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ ครั้งนี้ ผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์ส่วนใหญ่ รับประทานข้าวขาว ไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าว กล้อง ขนมปัง ข้าวโพด นมถั่วต่าง ผักใบเขียวและ ผลไม้ได้กินบ้างบางวัน การรับประทานข้าวขาว^(1,2) ซึ่งนอกจากวิตามินบี 1 จะสูญเสียไปใน กระบวนการผลิตแล้ว การย่อยแปงมาเป็นพลังงาน ยังจำเป็นต้องใช้วิตามินบี 1 ในการทำหน้าที่เป็น coenzyme ช่วยในการเผาผลาญอาหารจำพวก แป้งอีกด้วย นอกจากนี้การรับประทานอาหารบาง ชนิดของผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์ เช่น หมาก พลุ ซึ่งมีสารโซอะมีเนสเป็นตัวทำลาย หรือขัดขวาง การดูดซึมวิตามินบี 1^(1,2) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ ขาดวิตามินบี 1 มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้เสียหายจาก การค้ำมนุษย์ส่วนใหญ่ออกกำลังกายต้องใช้ พลังกำลังเป็นหลัก จึงมีความต้องการพลังงาน มากกว่าคนปกติ ความต้องการวิตามินบี 1 เพื่อใช้ ในการเผาผลาญแปงมาเป็นพลังงานก็มากขึ้นตาม ไปด้วยยิ่งกระตุ้นให้ร่างกายเกิดภาวะขาดวิตามินบี 1 ได้เร็วขึ้น^(1,2) ภาวะขาดวิตามินบี 1 นอกจากพบ ในกลุ่มผู้เสียหายจากการค้ำมนุษย์แล้ว ยังพบใน

กลุ่มผู้ใช้แรงงานอื่นๆ เช่น ลูกเรือ ประมง คนงานไร้อ้อย หรือพนักงานโรงงานซึ่งมีสาเหตุมาจากการได้รับวิตามินบี 1 ไม่เพียงพอเป็นระยะเวลานาน และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก^(1,2) ความต้องการวิตามินบี 1 จึงมากกว่าคนปกติ ภาวะขาดวิตามินบี 1 ในกลุ่มผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ สอดคล้องกับกลุ่มลูกเรือประมง คนงานไร้อ้อย โดยปกติร่างกายมนุษย์ไม่สามารถสังเคราะห์วิตามินบี 1 ได้จำเป็นต้องได้จากอาหารที่รับประทาน และจะสะสมอยู่ในร่างกายประมาณ 30 มิลลิกรัม โดยครึ่งหนึ่งจะอยู่ในกล้ามเนื้อ ที่เหลือจะกระจายตามหัวใจ ตับ ไตและเนื้อเยื่อระบบประสาท โดยมีระยะครึ่งชีวิตประมาณ 9-18 วัน^(1,2) เมื่อร่างกายขาดวิตามินบี 1 วิตามินที่สะสมอยู่ในร่างกายก็จะถูกนำมาใช้ คนปกติสามารถทนต่อการขาดวิตามินบี 1 ได้ประมาณ 18 วัน ก่อนจะแสดงอาการ^(1,16) ปกติผู้ใหญ่เพศชายต้องการวิตามินบี 1 วันละ 1.2 มิลลิกรัม เพศหญิงวันละ 1.1 มิลลิกรัม⁽¹⁾ ในประเทศไทยมีสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ทั้งหมด 8 แห่ง กระจายอยู่ทุกภาค ภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคกลาง 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง และภาคใต้ 3 แห่ง ภาวะการขาดวิตามินบี 1 ในผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ในครั้งนี้ถือเป็นเหตุการณ์สำคัญที่สามารถเกิดขึ้นในจังหวัดอื่นๆ ได้เช่นกัน ดังกล่าวนี้นี้ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ในพื้นที่เจ้าหน้าที่ส่วนกลาง รวมถึงผู้เชี่ยวชาญจากทางมหาวิทยาลัย ในการร่วมกันประเมินความเสี่ยง ทำการสอบสวน และกำหนดมาตรการแก้ไขที่เหมาะสมและทันการณ์ ดังนั้นการเตรียมบุคลากรทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลางให้มีความพร้อมในการรับมือกับ

สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต้องได้รับการผลักดันสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการศึกษา

การป่วยของผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์จากภาวะขาดวิตามินบี 1 ครั้งนี้เป็นการระบาดครั้งแรกในจังหวัดสงขลา จากการทบทวนเวชระเบียนการรักษาในโรงพยาบาลและการสัมภาษณ์ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ที่อาศัยอยู่ในสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา รวม 262 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 49 ปี เป็นชาวพม่า จำนวน 235 ราย เป็นชาวโรฮิงญา จำนวน 27 ราย ทุกคนไม่มีโรคประจำตัว พบผู้ป่วยสงสัยภาวะขาดวิตามินบี 1 จำนวน 75 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย ผลตรวจระดับ Thiamine pyrophosphate (TPP) ในเลือดก่อนการรักษา 25 µg/L (ค่าปกติ 28-85 µg/L)⁽²⁾ ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 74 ราย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 11 ราย เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยนอกจำนวน 9 ราย อายุระหว่าง 16-49 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 26 ปี อัตราป่วยตามกลุ่มอายุจากมากไปน้อย ได้แก่ และ กลุ่มอายุ 18 - 25 อัตราป่วยร้อยละ 13.6 และ 26-50 ปี อัตราป่วยร้อยละ 31.4 อัตราป่วยในกลุ่มผู้เสียหายเชื้อชาติเมียนมาร์เท่ากับ 30.2) และเชื้อชาติโรฮิงญาเท่ากับ 14.8 ค่า BMI ของผู้ป่วยระหว่าง 16.04-25.6 ค่าเฉลี่ย 20.6 (SD2.7) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ (BMI<18.5) ร้อยละ 27.5 ผู้ป่วยรายแรกเป็นชาวพม่า อายุ 26 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้าพักในสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ วันที่ 10 มิถุนายน 2562 เริ่มป่วย

ต้นเดือนสิงหาคม 2562 มีอาการหายใจเหนื่อย พบผู้ป่วยมากในเดือนสิงหาคม จำนวน 33 ราย มีอาการชามือเท้าหรือแขนขามากที่สุด ร้อยละ 85.2 มีอาการหลังเข้ารับการคุมครอง ร้อยละ 95.1 ระยะเวลาจากเข้ารับการคุมครองถึงวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยมากที่สุดเมื่อเข้าพักในสถานคุมครอง 2 เดือน จำนวน 29 ราย ผลการตรวจตัวอย่าง น้ำค่าสารโลหะหนักไม่เกินมาตรฐาน ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์มีไข้หรือป่วยจากการติดเชื้อขณะพักในสถานคุมครองร้อยละ 26.7 ไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมปัง ข้าวโพด นมถั่วต่าง ผักใบเขียวและผลไม้ได้กินบ้างบางวัน กินหมากพลูทุกวันร้อยละ 4.9 ผลการสอบสวนบ่งชี้ว่าการขาดวิตามินบี 1 ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ น่าจะเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การได้รับประทานอาหารที่ไม่มีวิตามินบี ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ไม่ได้กินไม่ได้กินข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ขนมปัง ข้าวโพด นมถั่วต่าง ผักใบเขียวและผลไม้ได้กินบ้าง สารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การรับประทานหมากพลูซึ่งมีสารทำลายหรือขัดขวางการดูดซึมวิตามินบี 1 การมีภาวะทุพโภชนาการ น่าจะเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์เสี่ยงต่อภาวะขาดวิตามินบี 1 จนเกิดอาการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาเพื่อการวินิจฉัย (Therapeutic diagnosis) และวางแผนการป้องกันควบคุมโรคเพิ่มเติม
2. แจ้งแนวทางเฝ้าระวังกลุ่มอาการภาวะขาดวิตามินบี 1 แก่ สถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามินบี 1 อื่นๆ ในพื้นที่ ได้แก่ สถานคุมครอง ผู้เสียหาย เรือนจำ ศูนย์อพยพ เป็นต้น

3. พัฒนาระบบการคัดกรองภาวะขาดวิตามินบี 1 และการคัดกรองกลุ่มโรคติดต่อ ในกลุ่มผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ก่อนเข้ารับการคุมครอง

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์เป็นชาวพม่าและโรฮิงญา มีข้อจำกัดในการใช้ภาษาสื่อสาร ต้องใช้ล่าม ทำให้การสื่อสารอาจจะคลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สถานคุมครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ คณะแพทยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลหาดใหญ่และรัษฎา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัษฎา กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. วิจารณ์ บุญมาก. วิตามินบี 1 ร่างกายขาดอาจถึงตายได้.[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/302>
2. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการป้องกันอันตรายจากการทำงานของลูกเรือประมง "กรณีปัญหาการขาดวิตามินบี 1. อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/742>.
3. World Health Organization. Thiamine deficiency and its prevention and control

- in major emergencies. Geneva: World Health Organization; 1999.
- [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_NHD_99.1/en/
4. Tang CM, Rolfe M, Wells JC, Cham K. Outbreak of beri-beri in the Gambia. *Lancet* 1989;2:206-7. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2568531>
 5. Fattal-Valevski A, Kesler A, Sela BA, Nitzan-Kaluski D, Rotstein M, Mesterman R, et al. Outbreak of life-threatening thiamine deficiency in infants in Israel caused by a defective soy-based formula. *Pediatrics* 2005;115:233-8. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687431>
 6. Barennes H, Sengkhomyong K, Rene JP, Phimmasane M. Beriberi (Thiamine deficiency) and high infant mortality in Northern Laos. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25781926>
 7. Chen KT, Twu SJ, Chiou ST, Pan WH, Chang HJ, Serdula MK. Outbreak of beriberi among illegal mainland Chinese immigrants at a detention center in Taiwan. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.researchgate.net/publication/297322857_Outbreak_of_beriberi_among_illegal_mainland_Chinese_immigrants_at_a_detention_center_in_Taiwan
 8. Doung-ngern P, Kesornsukhon S, Kanlayanaphotporn J, Wanadurongwan S, Songchitsomboon S. Beriberi outbreak among commercial fisherman, Thailand 2005. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007;38:130-5. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: https://www.tn.mahidol.ac.th/seameo/2007_38_1/21-3925.pdf
 9. จิรภัทร กลัปป์ยานพจน์พร. การระบาดของโรคขาดวิตามินบี 1 ในกลุ่มลูกเรือประมง จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2549. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2551;17 ฉบับเพิ่มเติม 1:154-9. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://digitaljournals.moph.go.th/tj/index.php/JHS/article/viewFile/5586/5310>
 10. พุจศักดิ์ วรเดชวิทยา, อิสะยศ สิริกนก, อิทธิพลเอี้ยววงษ์เจริญ, อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, โรมบวทอง. การระบาดของอาการปลายประสาทอักเสบที่เกี่ยวข้องกับมหาอุทกภัยของประเทศไทย ในกลุ่มนักท่องเที่ยว เรือในกรุงเทพมหานคร ปี 2554. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: [file:///C:/Users/Optiplex/Downloads/41-1-177-1-10-20170123%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Optiplex/Downloads/41-1-177-1-10-20170123%20(3).pdf)
 11. กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเรื่องปัญหาการขาดวิตามินบี 1 ในคนงานไร้อ้อย จ. สุพรรณบุรี พ.ศ. 2536. รายงานการเฝ้า

- ระวังโรคประจำสัปดาห์. [อินเทอร์เน็ต].
[สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562] แหล่งข้อมูล:
<http://203.157.15.4/wesr/file/y37/F37021.pdf>
12. Nguyen HAP, Pittayawonganon C, PraekunathamH, Thitichai P, Shen T, Lwin NN, et al Beriberi outbreak among Myanmar and Thai workers in a factory in Chachoengsao Province, Thailand, 2012-2013. OSIR [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562] แหล่งข้อมูล: <http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/35>
13. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มี.ค. 2560 การสอบสวนภาวะขาดวิตามินบี 1 ในกลุ่มลูกเรือประมง. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562] แหล่งข้อมูล: [file:///C:/Users/Optiplex/Downloads/149040-Article%20Text-399215-1-10-20181004%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Optiplex/Downloads/149040-Article%20Text-399215-1-10-20181004%20(5).pdf)
14. สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พร้อมกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง ปี 2556) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://elib.fda.moph.go.th/fulltext2/กฎหมาย/กองควบคุมอาหาร/พรบ/56/รวมเล่ม%202556.pdf>
15. การประปาส่วนภูมิภาค. มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาของการประปาส่วนภูมิภาค ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2011 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pwa.co.th/download/pwastandard50-1.pdf>
16. Ziporin ZZ, Nunes WT, Powel RC, Waring PP, Sauberlich HE. Thiamine requirement in adult humans as measured by urinary excretion of thiamine metabolites. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/85/3/297/4777252>

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชน
ในหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน

Factors affecting the consumption behavior of iodine supplement
in Bo Luang village, Bo Kluea Tai sub-District, Bo Kluea District, Nan Province

นางโสพิณ หมอกมาเม็น, นางสาวสิริราไพ ภูธรใจ

กลุ่มวัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: sopin21989@gmail.com

(Received: Dec 1, 2019; Revised: Dec 23, 2019; Accepted: Dec 27, 2019)

บทคัดย่อ

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยมานานหลายทศวรรษ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและคุณภาพประชากรของประเทศ การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงและใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถแก้ปัญหาได้ผลจากองค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามได้มีการส่งเสริมการผลิตและใช้เกลือเสริมไอโอดีนในบ้านบ่อหลวง ต.บ่อเกลือใต้ อ.บ่อเกลือ จ.น่าน แต่พบว่าการครอบคลุมการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือนยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำและพบอัตราป่วยโรคคอพอกสูง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชน วิธีการศึกษาเป็นแบบผสมผสาน การศึกษาเชิงปริมาณเป็นการสำรวจความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือนโดยใช้แบบสอบถาม และการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชนโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการจำนวน 3 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอน บาส (Cronbach Alpha Coefficient) อยู่ที่ 0.73 และผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เอกสารรับรองเลขที่ 14/2561 จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 ถึงมกราคม 2562 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาอธิบายข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างและสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคฯ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41.9 ปี อาชีพค้าขาย มีรายได้ 4,000-5,000บาทต่อเดือน มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนคือ รายได้ครัวเรือน($p=0.029$) การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ($p=0.038$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($p=0.045$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าครัวเรือนขาดความรู้และความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกลือเสริมไอโอดีน เช่น ใช้หมักดองอาหารแล้วจะทำให้อาหารเน่าเสียและมีสีคล้ำ ทำให้อาหารรสชาติไม่อร่อย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือทำให้เป็นหมัน ข้อเสนอแนะสำหรับการแก้ปัญหาคือการสร้าง

ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องให้กับครัวเรือนเกี่ยวกับผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีน โดยผ่านแกนนำชุมชน และควรเพิ่มการสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นจะทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือไอโอดีน การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในอาหารท้องถิ่น รวมทั้งบูรณาการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน พฤติกรรมการบริโภค โรคคอพอก

ABSTRACT

Iodine deficiency disorder has been a major health problem in Thailand for decades. It affects to quality of life and population. Promoting public to access and use of iodized salt is a recognized for solving problems by the WHO. However, promotion of production and use of iodized salt has established in Ban Bo Luang, Bo Kluea Sub-district, Bo Kluea District, Nan Province, but it was found that coverage of salt intake and iodine supplements of households is still lower than standard and high rate of goiter. This study aimed to assess factors affecting iodized salt supplement consumption behavior of household. Mixed-method was used, quantitative study was to survey knowledge, attitude and consumption behavior of iodized salt supplement in households by questionnaire, and then analyzed factors affecting iodized salt supplement consumption behavior, qualitative study was an in-depth interviewed with community leaders via structured interview. This study was approved by the Human Research Ethical Committee of Health Promotion Center 1, Chiang Mai. The tools were validated by three nutrition experts and reliability value of Cronbach Alpha Coefficient was 0.73. Data collection were conducted from August 2018 to January 2019. The quantitative data analysis was done by descriptive statistics and Multiple linear regression was used to analyze the factors affecting behavior of salt consumption, content analysis was used for qualitative data. We found that most of participants were female, mean age of 41.9 years, trading career, income of 4,000-5,000 baht per month, the knowledge, attitude and behavior of iodine supplement consumption at moderate level. The factors associated with affecting iodine supplement consumption behavior were household income ($p=.029$), accessing to iodized salt supplements ($p=.038$), and receiving iodine information ($p=.045$) with statistical significance at .05 level. Moreover, the households were lack of knowledge and wrong attitude about iodine supplement, such as preserving food with iodized salt would be spoil and dark, adding iodized salt to food would be bad taste and Iodine salt made people tired, impotence or infertility. The recommendation for problem solving are to provide knowledge about the benefit of iodized and change the right attitudes of villagers through community leaders and increasing communication of iodine information with local language, increasing of iodized salt in grocery and surveillance the quality of iodized salt should be done. In addition, the initiative of local food menu with adding or preserving iodine, and collaboration of relevant agencies networks should be development and continue.

Keywords: Iodized salt supplements, Consumption behavior, Goiter

บทนำ

ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนซึ่งมีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ทำหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญอาหารและการใช้พลังงานของอวัยวะต่าง ๆ ร่างกายจำเป็นต้องได้รับไอโอดีนปริมาณเล็กน้อย แต่สม่ำเสมอทุกวัน ความต้องการในเด็กวัยร่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ประมาณวันละ 150 ไมโครกรัม หญิงตั้งครรภ์วันละ 250 ไมโครกรัม⁽¹⁾ หากเกิดภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะทำให้เกิดการแท้งลูก ลูกที่คลอดออกมาน้ำหนักตัวน้อย เป็นใบ้หูหนวก เสี่ยงต่อโรคปัญญาอ่อน ในทารกแรกเกิดจนถึงสามขวบจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และลดระดับสติปัญญาถึง 10-15 จุด ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ การขาดไอโอดีนในวัยเด็กจะทำให้สติปัญญาเชื่องช้าและร่างกายแคระแกร็น ในวัยผู้ใหญ่จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เชื่องช้า ทำงานได้ไม่เต็มที่และไม่มีประสิทธิภาพ ขาดขั้นรุนแรงทำให้เกิดโรคคอพอก (Goiter) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและคุณภาพประชากร อันจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของประเทศด้วย

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีการแก้ไขปัญหามานานหลายทศวรรษ ได้มีการรายงานสถานการณ์โรคคอพอกในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2496 โดยนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว และได้มีการตั้งโรงงานผสมเกลือเสริมไอโอดีนขึ้นครั้งแรกที่อำเภอเด่นชัย ในปี พ.ศ. 2508⁽²⁾ ต่อมาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 และสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระเมตตาและสนพระราชมหุทัยเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนเป็นอย่างมาก ทรงมีพระราชดำรัส

เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาระบาดของไอโอดีนด้วยการใช้เกลือผสมไอโอดีนและในการเสด็จเยี่ยมประชาชนจะนำเกลือผสมไอโอดีนขึ้นเฮลิคอปเตอร์ไปแจกประชาชนในถิ่นทุรกันดาร ตลอดจนมีพระราชดำริให้รัฐบาลแก้ไขปัญหาระบาดของไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง เร่งด่วน จนเป็นที่ประจักษ์แก่ประชาคมโลก เป็นพระมหากษัตริย์พระองค์แรกและพระองค์เดียวของโลกที่ได้รับการทูลเกล้าถวายเหรียญทอง ICCIDD⁽³⁾ จากสภาการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนานาชาติ เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2540 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเห็นชอบให้วันที่ 25 มิถุนายนของทุกปี เป็นวันไอโอดีนแห่งชาติ⁽⁴⁾ รัฐบาลได้กำหนดให้ผู้ผลิตเกลือบริโภคและเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ๊ว หรือผลิตภัณฑ์ปรุงรสอื่น ๆ ต้องมีการเสริมไอโอดีนตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา ซึ่งส่งผลให้อัตราของครัวเรือนที่บริโภคเกลือที่มีไอโอดีนเพียงพอเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ.2548 จากร้อยละ 47.2 เป็นร้อยละ 70.9⁽⁵⁾

จากการศึกษาค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557-2559 ภาพรวมระดับประเทศค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับ 155.7, 147.1, 143.9 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ ภาพรวมระดับเขตสุขภาพที่ 1 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับ 141.5, 120.0, 110.1 ไมโครกรัมต่อลิตรตามลำดับ ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับ ภาพรวมระดับจังหวัดน่านอยู่ที่ระดับ 20.5, 121, 109.2 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ.2558-2560 ได้มีการสำรวจความครอบคลุมของการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน พบว่ามีความครอบคลุมร้อยละ 78.9, 79.9 และ 72.48 ตามลำดับ ในเขต

สุขภาพที่1 ความครอบคลุมร้อยละ 90.5, 82, และ 70.7 ตามลำดับ ในจังหวัดน่านมีความครอบคลุมฯ ร้อยละ 68.9, 74.1, และ 70.1 ตามลำดับ ส่วนในอำเภอปอเกลื่อนั้นมีความครอบคลุมฯ ร้อยละ 57.5, 59.1 และ 56.04 ตามลำดับ⁽⁷⁾

บ้านบ่อหลวง ต.บ่อเกลือใต้ อ.บ่อเกลือ จ.น่าน เป็นพื้นที่ประสบปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งได้มีการแก้ปัญหาด้วยการสนับสนุนการผลิตเกลือสินเธาว์เสริมไอโอดีนจำนวน 2 บ่อและส่งเสริมให้ครัวเรือนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน โดยการสนับสนุนเครื่องผสมเกลือเสริมไอโอดีนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) จำนวน 2 เครื่อง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2555 -2559⁽⁸⁾ เป็นต้นมา แต่พบว่าประชาชนในหมู่บ้านยังมีภาวะขาดสารไอโอดีน ในปี2560 ผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือร้านค้าในหมู่บ้าน จำนวน 19 ร้านค้า พบว่ามีเกลือที่มีไอโอดีนตามมาตรฐาน (20-40 ppm) เพียง 6 ร้านค้า คิดเป็นร้อยละ 31.57 สุ่มตรวจเกลือทั้งหมด 195 ครัวเรือน พบว่ามีเกลือและใช้เกลือไอโอดีนตามมาตรฐานเพียง 110 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 56.41 (มาตรฐานฯ ร้อยละ 90) และค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ เด็ก 3-5 ปี จำนวน 20 ราย เท่ากับ 125 ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$) (มาตรฐาน 100-199 ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$) ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ ผู้สูงอายุ จำนวน 35 ราย เท่ากับ 53.8ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$) (มาตรฐาน 100-199 ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$) ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ราย จำนวน 105.8 ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$) (มาตรฐาน 150-199 ไมโครกรัมต่อลิตร ($\mu\text{g/L}$)⁽⁷⁾ ผลตรวจคอปอกนักเรียนโรงเรียนบ้านบ่อหลวงจำนวน 90 รายในปี 2558 พบนักเรียนเป็นคอปอกระดับ1 (มองไม่เห็นด้วยตา

เปล่าต้องใช้มือคลำ) จำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 6.6 เป็นคอปอกระดับ2 (มองเห็นด้วยตาเปล่า) จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 3.3 และในปี 2560 จากการตรวจในนักเรียนชั้นอนุบาลจำนวน 29 ราย พบเป็นคอปอกระดับ 1 จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 6.8 นักเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวน 87 ราย พบเป็นคอปอกระดับ1 จำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 11.49 พบว่ามีนักเรียนเป็นคอปอกระดับ2 จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 5.7 ผลตรวจคอปอกประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 37 ราย พบว่ามีประชาชนเป็นคอปอกระดับ1 จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 5.40 พบว่ามีประชาชนเป็นคอปอกระดับ2 จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 35.13⁽⁷⁾ ซึ่งบ่งบอกถึงการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนยังไม่บรรลุ เป้าหมายตามเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก

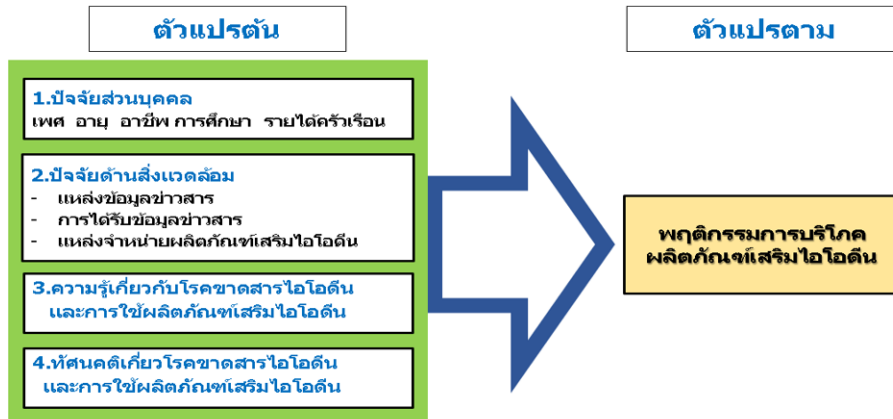
จากข้อมูล จะเห็นได้ว่าแม้ว่าจะได้มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาย่างเข้มข้นในมาตรการต่าง ๆ แต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายและไม่สามารถจัดโรคขาดสารไอโอดีนได้ และสิ่งที่ยากยิ่งไปกว่านั้นคือ การสร้างความยั่งยืนในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือนหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้ อำเภอปอเกลื่อน จังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของประชาชนในบ้านบ่อหลวง และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ :

เพื่อศึกษาปัจจัยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความรู้ ทัศนคติ ที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของ
ประชาชนในหมู่บ้านบ่อหลวง ตำบลบ่อเกลือใต้
อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมผสาน (Mixed method) ประกอบด้วย 1) การศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการสำรวจความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือนในหมู่บ้าน คัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงจากพื้นที่ประสบปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนรุนแรงในจังหวัดน่าน และผลการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย คือ บ้านบ่อหลวง ต.บ่อเกลือใต้ อ.บ่อเกลือ จ.น่าน จำนวน 195 ครัวเรือน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ปรุงประกอบอาหารของครัวเรือน และต้องไม่มีภาวะคอพอกเป็นพิษหรือตั้งครรภ์หรือสื่อสารไม่ได้ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และ 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชนและร้านค้า รวม 11 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึง มกราคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แหล่งข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน โดยมีข้อคำถามถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ให้ค่าคะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก	คะแนน
ใช่	1
ไม่ใช่	0
คำถามเชิงลบ	คะแนน
ใช่	0
ไม่ใช่	1

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวโรคขาดสารไอโอดีนและการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน โดยมีข้อคำถามถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ให้ค่าคะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่มีความเห็น	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
คำถามเชิงลบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่มีความเห็น	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน แบบวัดความรู้เป็นแบบตอบ ถูก-ผิด แบบวัดทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวโรคขาดสารไอโอดีนและการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน เป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ (Likert scale) ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คะแนน
ทุกวัน	5
5-6 ครั้ง/สัปดาห์	4
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	3
1 ครั้ง/สัปดาห์	2
ไม่เคย	1
คำถามเชิงลบ	คะแนน
ทุกวัน	1
5-6 ครั้ง/สัปดาห์	2
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	3
1 ครั้ง/สัปดาห์	4
ไม่เคย	5

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ตำแหน่งในหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัญหาการขาดสารไอโอดีน สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวโรคขาดสารไอโอดีน วิธีการส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ปัจจัยที่ประชาชนไม่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะและแนวทางควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำชุมชน/แกนนำ ครู ผู้รับผิดชอบอาหารกลางวัน ผู้อำนวยการโรงเรียน บ้านบ่อเกลือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ตัวแทนร้านค้าและผู้ผลิตเกลือในหมู่บ้าน รวม 11 คน ที่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้และยินดีให้การสัมภาษณ์ข้อมูล

แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างได้รับตรวจสอบความเที่ยงตรง(Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และได้ทดสอบหาความเชื่อมั่น(Reliability) โดยมีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอน บาส (Cronbach Alpha Coefficient) อยู่ที่ 0.73 การศึกษานี้ได้รับการผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ เลขที่ 14/2561

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)

ระดับปานกลาง(4-6 คะแนน)

ระดับสูง (7-10 คะแนน)

ข้อมูลระดับทัศนคติ และพฤติกรรม มีลักษณะเป็นมาตรวัด 5 ระดับ แปลผลโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยกับเกณฑ์ ซึ่งแบ่งกลุ่ม

เป็น 3 ระดับ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือของประชาชน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้

ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)

ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)

ระดับดี (3.68 – 5.00)

ผลการศึกษา

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป				จำนวน	ร้อยละ
1.ปัจจัยส่วนบุคคล					
1.1 เพศ	ชาย			7	3.6
	หญิง			188	96.4
	รวม			195	100.0
1.2 อายุ	Min=30	Max=65	Mean=41.9	SD=6.39	
	30-39 ปี			78	40.0
	40-49 ปี			96	49.2
	50 ปีขึ้นไป			21	10.8
	รวม			195	100.0
1.3 การศึกษา	ประถมศึกษา			21	10.8
	มัธยมศึกษาต้น			92	47.2
	มัธยมศึกษาปลาย			82	42.1
	รวม			195	100.0
1.4 อาชีพ	เกษตรกร			90	46.2
	ค้าขาย			93	47.7
	รับจ้าง			12	6.2
	รวม			195	100.0
1.5 รายได้ครอบครัวต่อเดือน					
	3,001- 4,000 บาท			3	1.5
	4,001- 5,000 บาท			121	62.1
	5,001 บาทขึ้นไป			71	36.4
	รวม			195	100.0

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างพบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.4 อายุเฉลี่ย 41.91 ($\pm$ 6.39) ปี อายุต่ำสุด 30ปี อายุสูงสุด 65ปี ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 47.2 และ 42.1 ตามลำดับ มีอาชีพค้าขายร้อยละ 47.7 และเกษตรกรร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 4,001- 5,000 บาท

ตาราง 2 แสดงข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
2.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม			
2.1 การได้รับข่าวสาร	วิทยุ	103	21.8
	แผ่นพับ	72	15.3
	หนังสือพิมพ์	61	12.9
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	180	38.1
	เพื่อนบ้าน	56	11.9
	รวม	472	100.0
2.2 การปรุงประกอบอาหาร	ปรุงเอง	194	99.5
	ซื้อจากร้านค้า	1	.5
	รวม	195	100.0
2.3 แหล่งจำหน่ายเกลือ	ร้านค้าในหมู่บ้าน	168	79.6
	ร้านค้าในตลาด	43	20.4
	รวม	211	100.0

จากตาราง 2 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักร้อยละ 38.1 รองลงมาคือวิทยุร้อยละ 21.8 แผ่นพับร้อยละ 15.3 จากเพื่อน

บ้านร้อยละ 11.9 ตามลำดับ ด้านการปรุงประกอบอาหารส่วนใหญ่ปรุงประกอบอาหารเองร้อยละ 99.5 ด้านแหล่งจำหน่ายเกลือ ส่วนใหญ่ซื้อเกลือจากร้านค้าในหมู่บ้านร้อยละ 79.6 และซื้อจากร้านค้าในตลาดร้อยละ 20.4

ตาราง 3 ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับไอโอดีนและการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อ (n=195)

เนื้อหา	ทั้งหมด	ขาดความรู้		
		ตอบผิด	ร้อยละ	ลำดับที่
1. ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่มีอยู่ในร่างกายตั้งแต่เกิด	195	113	57.95	4*
2. โรคขาดสารไอโอดีนมักพบในประชาชนที่อยู่ห่างไกลทะเลแม้จะบริโภคเกลือที่มีไอโอดีน	195	115	58.97	5*
3. อาหารทะเลเป็นแหล่งอาหารที่พบสารไอโอดีนมากที่สุด	195	24	12.31	6
4. หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคปัญญาอ่อน	195	11	5.64	9
5. การใช้เกลือเสริมไอโอดีน/เกลืออนามัยในปรุงอาหารเพื่อป้องกันโรคคอพอก	195	19	9.74	7
6. เกลือเสริมไอโอดีนใช้หมักดองอาหารได้	195	18	9.23	10
7. ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพพิจารณาจากเครื่องหมาย อย.	195	19	9.74	7
8. น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ที่ อย.อนุญาตให้จำหน่ายได้ไม่ต้องเติมสารไอโอดีน	195	166	85.13	3*
9. สารไอโอดีนไม่มีผลต่อการเสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา	195	176	90.26	2*
10. ผู้ใหญ่ไม่มีความต้องการสารไอโอดีนต่อเนื่องเหมือนวัยเด็ก	195	179	91.79	1*

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับไอโอดีนและการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 (N=195) ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและผลิตภัณฑ์ไอโอดีนเรียงลำดับดังนี้ ข้อ10 ผู้ใหญ่ไม่มีความต้องการสารไอโอดีนต่อเนื่องเหมือนวัยเด็ก (ร้อยละ 91.79), ข้อ9 สารไอโอดีนมีผลต่อการ

เสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา (ร้อยละ 90.26), ข้อ8 น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ที่ อย.อนุญาตให้จำหน่ายต้องเติมสารไอโอดีน (ร้อยละ 85.13), ข้อ2 การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนและภาวะขาดสารไอโอดีนได้ (ร้อยละ 58.97), และ ข้อ1 ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุที่มีอยู่ในร่างกายของคนตั้งแต่เกิด (ร้อยละ 57.95) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อ(n=195)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	SD	ระดับ	ลำดับ
1. การใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารจะทำให้รสชาติอาหารไม่อร่อย	2.99	.160	ปานกลาง	5
2. การใช้เกลือเสริมไอโอดีนหมักดองอาหารทำให้อาหารเน่าเสีย	1.86	0.36	ต่ำ	10 *
3. การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยเกลือเสริมไอโอดีนทำให้เป็นหมัน	2.10	.53	ต่ำ	8 *
4. รับประทานอาหารทะเล (กุ้งแห้ง ปลาหู ปลาหูเค็ม ปลาหมึก) จะไม่เป็นคอพอก	4.03	.51	ดี	2
5. ทารกที่เกิดมามีภาวะเอ๋อหรือปัญญาอ่อนเป็นกรรมเก่าแต่ชาติปางก่อน	1.96	.32	ต่ำ	9 *
6. ท่านไม่รับประทานเกลือเสริมไอโอดีนเพราะราคาแพง	4.03	.17	ดี	2
7. การได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอในวัยผู้ใหญ่จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	2.96	.20	ปานกลาง	7
8. หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีไอโอดีน	3.82	.66	ดี	4
9. หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	4.33	.52	ดี	1

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อพบว่า ประชาชนมีทัศนคติเชิงลบหรือมีทัศนคติระดับต่ำเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและผลิตภัณฑ์ไอโอดีนเรียงลำดับดังนี้ คือ ข้อ2 การใช้เกลือเสริมไอโอดีนหมักดองอาหารทำ

ให้อาหารเน่าเสีย (1.86 ± 0.36), ข้อ5 ทารกที่เกิดมามีภาวะเอ๋อหรือปัญญาอ่อนเป็นกรรมเก่าแต่ชาติปางก่อน (1.96 ± 0.32), และ ข้อ3 การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยเกลือเสริมไอโอดีนทำให้เป็นหมัน (2.10 ± 0.53) ตามลำดับ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของประชาชนการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อ (n=195)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	SD	ระดับ	ลำดับ
1. รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทู กุ้งแห้ง ปลาทะเลตากแห้ง ปลาทุเค็ม	2.26	.46	ต่ำ	7 *
2. ปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนหรือเกลืออนามัย	2.87	.37	ปานกลาง	5
3. ใช้เกลือเม็ดไม่เสริมไอโอดีนหมักดองอาหาร (Recode)	1.21	.43	ต่ำ	10 *
4. ใช้เครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ที่ไม่เสริมไอโอดีน ในการปรุงอาหาร (Recode)	5.00	.00	ดี	1
5. รับประทานไข่ไก่สดจากฟาร์ม(ที่เลี้ยงด้วยอาหารเสริมไอโอดีน)	3.33	.48	ปานกลาง	4
6. รับประทานอาหารร้านอาหารที่มีป้ายระบุว่า “ร้านนี้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหาร”	2.71	.45	ปานกลาง	6
7. เลือกซื้อเกลือและผลิตเสริมไอโอดีนโดยไม่อ่านฉลากข้างผลิตภัณฑ์ (Recode)	4.63	.48	ดี	2
8. ปรุงอาหารโดยไม่ใช้เครื่องปรุงใด ๆ เลย (Recode)	4.33	.47	ดี	3
9. รับประทานสาหร่ายทะเล	1.35	.48	ต่ำ	9 *
10. รับประทานกะหล่ำปลีดิบ (Recode)	2.08	.045	ต่ำ	8 *

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมของประชาชนการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนแยกรายข้อ พบว่า ประชาชนมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของประชาชนการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนอยู่ในระดับต่ำเรียงลำดับดังนี้ ข้อ 3 ไม่ใช้เกลือเม็ดไม่เสริมไอโอดีนหมักดองอาหาร

(1.21 ± 0.43) ข้อ9 ประชาชนไม่มีพฤติกรรมรับประทานสาหร่ายทะเล (1.35 ± 0.48) , ข้อ10 รับประทานกะหล่ำปลีดิบ (2.08 ± 0.45) และข้อ 1 รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทู กุ้งแห้ง ปลาทะเลตากแห้ง ปลาทุเค็ม (2.26 ± 0.48) ตามลำดับ

ตาราง 6 ภาพรวมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมประชาชนต่อผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน (n=195)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ดับความรู้		
ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	86	44.1
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	97	49.7
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	12	6.2
รวม	195	100.0
ทัศนคติ		
ระดับปานกลาง (1.00 – 2.33)	165	84.6
ระดับสูง (2.34 – 3.67)	30	15.4
รวม (3.68 – 5.00)	195	100.0
พฤติกรรม		
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	195	100.0
รวม	195	100.0

จากตาราง 6 ภาพรวมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมประชาชนต่อผลิตภัณฑ์เสริม

ไอโอดีน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและผลิตภัณฑ์

ไอโอดีนในระดับปานกลางร้อยละ 49.7 และในระดับต่ำร้อยละ 44.1 อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่มีทัศนคติมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและ

ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน (n=195)

	B	SE	β	t	95.0% CI		Sig
					Lower	Upper	
(Constant)	2.607	.273		9.561	2.069	3.145	.000
1. ปัจจัยส่วนบุคคล							
(1) เพศ	.044	.045	.071	.973	-.045	.133	.332
(2) อายุ	-.001	.001	-.050	-.692	-.003	.002	.490
(3) อาชีพ	.007	.015	.038	.495	-.022	.036	.621
(4) ระดับการศึกษา	-.003	.010	-.023	-.296	-.022	.017	.768
(5) รายได้ครัวเรือน	.036	.016	.157	2.201	.004	.068	.029 *
2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม							
(6) การได้รับข้อมูลข่าวสาร	-.051	.025	-.145	-2.020	-.101	-.001	.045 *
(7) แหล่งจำหน่ายเกลือ	-.066	.032	-.153	-2.095	-.129	-.004	.038 *
3. ความรู้	.005	.008	.052	.696	-.010	.021	.487
4. ทัศนคติ	-.004	.064	-.005	-.062	-.130	.122	.950
R = .284 SEE= .11410 F= 1.796							
R ² = .080							

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p-value < .05)

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนมีค่าเท่ากับ.284 โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 9 ตัวร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่ร้อยละ 8.0 มีค่าน้ำหนักความสำคัญแต่ละด้าน ในรูปคะแนนดิบ (B) มีค่าตั้งแต่ -.066 ถึง .036 และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) มีค่าตั้งแต่ -1.53 ถึง 1.57 พบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน คือ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน (B=-.066) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (B=-.051) และรายได้ครัวเรือน (B=.036) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ด้านความรู้ ความเชื่อ ปัญหาสำคัญพบว่าประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีน ดังนั้นจึงไม่ตระหนักถึงปัญหาการขาดสารไอโอดีน และ

ประชาชนมีความเชื่อว่าการใช้เกลือเสริมไอโอดีนหมักดองอาหารทำให้อาหารเน่าเสียและสีคล้ำ ทำให้อาหารรสชาติไม่อร่อย ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือทำให้เป็นหมัน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย

แนวทางการแก้ปัญหา ข้อเสนอแนะและดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้มีข้อเสนอแนะดังนี้ การให้ความรู้กับผู้นำ แกนนำ อสม.อย่างเข้มข้น เพื่อขยายผลความรู้ คำแนะนำแก่ประชาชน มีการรณรงค์แก้ไขปัญหาย่างจริงจัง การให้ความรู้เกี่ยวกับการหมักดองอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีน การสนับสนุนการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ การศึกษาดูงานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในโรงงานที่ได้มาตรฐาน การเชิดชูเกียรติผู้ผลิตและผู้จำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน ส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในโครงการอาหารกลางวันโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก การผลักดันโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน และมีมาตรการจับหรือปรับ ผู้ผลิตหรือจำหน่ายเกลือที่ไม่เสริมสารไอโอดีน

สรุป อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือน คือ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และรายได้ครัวเรือน ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลจะเห็นว่าด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนอยู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักร้อยละ 38.1 รองลงมาคือวิทยุ ร้อยละ 21.8 แผ่นพับร้อยละ 15.3 จากเพื่อน

บ้านร้อยละ 11.9 ตามลำดับ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายเกลือจากร้านค้าในหมู่บ้านร้อยละ 79.6 ยังต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ คือร้อยละ 90⁽⁹⁻¹⁰⁾ ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์ระดับความรู้และทัศนคติไม่ใช่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนของครัวเรือน แต่จากข้อมูลพบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสารไอโอดีน เช่น สารไอโอดีนมีความจำเป็นต่อทุกเพศทุกวัย มีความจำเป็นต่อการเสริมสร้างพัฒนาการทางสติปัญญา เป็นต้น รวมทั้งการมีทัศนคติมีทัศนคติเชิงลบหรือมีทัศนคติระดับต่ำ และไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าครัวเรือนขาดความรู้และมีความเชื่อไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเกลือเสริมไอโอดีน เช่น ใช้หมักดองอาหารแล้วจะทำให้อาหารเน่าเสียและมีสีคล้ำ ทำให้อาหารรสชาติไม่อร่อย ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือทำให้เป็นหมัน เป็นต้น

ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และประชาชนในแก้ไขปัญหาลดและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในหมู่บ้านข้อเสนอแนะสำหรับการแก้ปัญหา คือ การสร้างความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องให้กับครัวเรือนเกี่ยวกับผลกระทบจากการขาดสารไอโอดีน โดยผ่านแกนนำชุมชนและควรเพิ่มการสื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นจะทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพเกลือไอโอดีน การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนในอาหารท้องถิ่น รวมทั้งบูรณาการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้เก็บตัวอย่างและตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนที่ครัวเรือนในหมู่บ้าน และไม่ได้สุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนของหมู่บ้านและการขาดสารไอโอดีนของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกองทุนยูนิเซฟ (UNICEF) ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อเกลือ โรงพยาบาลบ่อเกลือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อเกลือใต้ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อสม. ร้านค้า และตัวแทนครัวเรือนบ้านบ่อหลวง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการกรมอนามัย, แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข, 2558
2. ร่มไทร สุวรรณิก, คอพอกประจำถิ่น. (อินเทอร์เน็ต) 2559 สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2561 เข้าถึงได้จาก: <https://www.nutrition.anamai.moph.go.th/images/file>
3. Iodine Global Network (IGN). Global scorecard of iodine nutrition in 2017 In the general population and in pregnant women (PW), 2017 [อินเทอร์เน็ต] สืบค้น วันที่ 20 มีนาคม 2560 เข้าถึงได้จาก: <https://www.ign.org/scorecard.html>
4. WHO. สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของโลก. [อินเทอร์เน็ต] 2560 สืบค้น วันที่ 10 มีนาคม 2561 เข้าถึงได้จาก: <https://www.il.mahidol.ac.th/e-edia/iodine/chapter2/world.html>
5. รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย. 2548
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน:สู่เส้นทางความยั่งยืน, กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข, 2559
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข 2560.
8. รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2555. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย. 2555

9. UNICEF state of world's children.
Global experience with salt
iodization: Percentage of households
currently consuming iodized salt
2017 [อินเทอร์เน็ต] สืบค้น วันที่ 20
มีนาคม 2560 เข้าถึงได้จาก:
<https://www.ign.org/scorecard.html>
10. WHO. สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน
ของโลก. [อินเทอร์เน็ต] 2560 สืบค้น
วันที่ 10 มีนาคม 2561 เข้าถึงได้จาก:
[https://www.il.mahidol.ac.th/e-
media/iodine/chapter2/world.html](https://www.il.mahidol.ac.th/e-media/iodine/chapter2/world.html)

การขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโดยใช้ค่ากลาง
ตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในตำบลบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 1

Health promoting for school-age children by using the NORM according to
the health promoting school strategies in the district Health Area region 1

ดร.ไพรัช ดันอุด และคณะ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: tun.prichon@gmail.com

(Received: Nov 27, 2019; Revised: Dec 6, 2019; Accepted: Dec 24, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนโดยใช้ค่ากลางวัยเรียน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ค่ากลางวัยเรียน จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายโดยใช้ค่ากลางเป็นเครื่องมือพัฒนาตำบลบูรณาการ⁽⁵⁾ วิธีการศึกษาเป็นเชิงคุณภาพ เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ในพื้นที่ตำบลบูรณาการหนึ่ง และตำบลบูรณาการสอง ประชากรคือบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา พระ ผู้นำชุมชน นักเรียน เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จำนวน 84 คน วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์นำเสนอข้อมูลแบบพรรณนา ระยะเวลา 10 เดือน

การศึกษาพบว่า การนำค่ากลางวัยเรียนไปขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน พื้นที่ตำบลบูรณาการหนึ่ง ระดับจังหวัดสนับสนุนให้ระดับอำเภอ ตำบล ใช้ได้ชัดเจน นำค่ากลางวัยเรียนไปใช้ได้ครบประเด็นคือการเฝ้าระวังและคัดกรอง การใช้มาตรการทางด้านสังคม การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย การจัดสถานะแวดล้อม การสื่อสารเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับปรุงแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ¹ในทุกประเด็น โดยคณะกรรมการศึกษา ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันนำค่ากลางวัยเรียนไปยังโรงเรียน ส่วนพื้นที่ตำบลบูรณาการสอง ระดับจังหวัดชี้แจงนโยบายสู่การปฏิบัติระดับอำเภอ ตำบล ไม่ชัดเจนการนำค่ากลางวัยเรียนไปใช้ไม่ครบในประเด็น การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย การสื่อสารเปลี่ยนพฤติกรรม พื้นที่ตำบลบูรณาการหนึ่งมีปัจจัยความสำเร็จคือการถ่ายระดับจากจังหวัดสู่อำเภอตำบลชัดเจน การมีส่วนร่วมของบ้าน วัด โรงเรียนและภาคีเครือข่าย ชมรมศิษย์เก่า และมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณการดำเนินงาน ส่วนพื้นที่ตำบลสองมีข้อจำกัดเรื่องการมีส่วนร่วมของบ้าน วัด โรงเรียน ภาคีเครือข่าย สรุปว่าค่ากลางวัยเรียนกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความคล้ายกัน ความสำเร็จมาจากความร่วมมือจากชุมชนเป็นสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพนักเรียนควรเป็นบทบาทของโรงเรียนมี บ้าน วัด ภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน

คำสำคัญ : ค่ากลางวัยเรียน ค่ากลางวัยเรียนในตำบลบูรณาการ

Abstract

This study is intended to Study the situation of driving health promotion for school-age children using NORM school age Factors affecting the promotion of health promotion by using the NORM school age to create policy proposals in using the central values as an integrated district development tool. Qualitative methods The tool is an observation interview form in one and two sub districts, namely health personnel, education, monks, community leaders, students, selected persons who provide primary data, specific number of 84 people, analyze data according to objectives, present descriptive data for a period of 10 months.

The study found that bringing the NORM school age to drive school health promotion One district area The provincial level encourages the district level to be used clearly, leading to the NORM school age to be fully used. Surveillance and screening Social measures Health management of the age group Environment Communication change behavior Improvement of plans / projects In accordance with the health promotion school strategies in all issues by the Education Committee, parents, public health officials Together, bringing the middle school fees to the two provincial level schools, clarifying the policy to the district level operation is not clear, the use of the NORM school age is not fully used in the issue. Health management of the age group Communication change behavior One district has the success factor is to transfer the level from the province to the district clearly. Participation of houses, temples, schools and network partners Alumni Club and there are restrictions on operating budget The second district has restrictions on the participation of home temple schools parties networks. Concluded that the NORM school age and health promotion school strategies are similar. Success comes from cooperation from the community. School-age health promotion should be the role of schools with home and temples.

Keywords: NORM school age, NORM school age fees in integrate Sub-district

บทนำ

เด็กวัยเรียนและเยาวชนเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาชุมชนในปัจจุบันและอนาคต การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและกิจกรรมการดำเนินงานต่างๆ ต้องมาจากความต้องการ ความร่วมมือของชุมชนเป็นสำคัญ กิจกรรมอะไรก็ตามที่ชุมชนดำเนินการแล้วประสบความสำเร็จเรียกว่า ค่ากลางชุมชน ซึ่งแบ่งออกตามกลุ่มวัยเช่นค่ากลางกลุ่มวัยแม่และเด็ก กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ การนำค่ากลางชุมชนกลุ่ม

เด็กวัยเรียนและเยาวชนไปเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการ PDCAZ²⁾ สำหรับการพัฒนาดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผล การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยเรียนโดยใช้ค่ากลางวัยเรียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากร : ผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนในสำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด,อำเภอ,ตำบล คณะกรรมการศึกษา ผู้นำชุมชน นักเรียน ที่สนับสนุนนำค่ากลางวัยเรียน เขตสุขภาพที่ 1 ไปใช้ในพื้นที่ โดยชื่อสมมติในตำบลบูรณาการหนึ่งและตำบลสอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามจุดมุ่งหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้ง 6 แห่ง จำนวนเท่าๆ กัน เพื่อเกิดความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์การเปรียบเทียบประกอบด้วย บุคลากรงานวัยเรียนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฐานะตัวแทนผู้นำนโยบายค่ากลางไปสู่พื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตัวแทนของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอที่รับนโยบายและค่ากลางจากจังหวัดไปสู่ผู้ปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัยเรียนระดับตำบล (รพ.สต./รพช.) ผู้นำค่ากลางและนโยบายไปสู่การปฏิบัติในชุมชน ผู้บริหารกลุ่มโรงเรียนเป็นผู้นำค่ากลางหรือนโยบายไปสู่การปฏิบัติในโรงเรียน ผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียน ผู้นำนโยบายค่ากลางไปสู่การปฏิบัติในนักเรียน คณะกรรมการสถานศึกษา เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหรือกำหนดค่ากลางหรือนโยบายไปสู่การปฏิบัติในโรงเรียน นักเรียนแกนนำอายุ 10-14 ปีผู้นำค่ากลางไปปฏิบัติ ที่อาศัยอยู่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งหมด 84 ราย แบ่งออกเป็น บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 แห่งละ 1 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2 แห่งๆละ 1 คน

บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล 2 แห่งๆละ 1 คน ผู้บริหารกลุ่มโรงเรียน จำนวน 2 คน ผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียน (12 โรงเรียน ละ 2 คน) จำนวน 24 คน คณะกรรมการสถานศึกษา (12 โรงเรียน ละ 2 คน) จำนวน 24 คน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2 แห่งๆ 2 คน) จำนวน 4 คน นักเรียนแกนนำอายุ 10-14 ปี (12 โรงเรียน ละ 4 คน) จำนวน 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมี 2 ฉบับ ประกอบด้วย

ฉบับที่ 1 แบบสัมภาษณ์เรื่อง ค่ากลางงานวัยเรียน

1.1 ชื่อของงานศึกษา ชื่อ-สกุลผู้ถูกสัมภาษณ์ วัน/เวลา/สถานที่สัมภาษณ์

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูก สัมภาษณ์ เพศ อายุ

1.3 เป็นส่วนของแบบสัมภาษณ์ตามเนื้อหาการวิจัย การเฝ้าระวังและคัดกรอง การใช้มาตรการทางด้านสังคม การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย การจัดสภาวะแวดล้อม การสื่อสารเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับปรุงแผนงาน/โครงการ

ฉบับที่ 2 แบบสังเกตอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียนเช่น การจัดการขยะ น้ำดื่ม ความปลอดภัยในโรงเรียน ความสะอาดของอาคารสถานที่ ห้องเรียน สุขวิทยาส่วนบุคคล

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษากระบวนการสร้างเครื่องมือจากเอกสาร งานศึกษาที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการสร้างเครื่องมือซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 ชื่อของงานศึกษา ชื่อ-สกุล ผู้ถูกสัมภาษณ์ วัน/เวลา/สถานที่ที่สัมภาษณ์

2.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ เพศ อายุ การวิจัย

2.3 เป็นส่วนของคำสัมภาษณ์ตามเนื้อหาการวิจัยคือ การเฝ้าระวังและคัดกรอง การใช้มาตรการทางด้านสังคม การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย การจัดสถานะแวดล้อม การสื่อสารเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับปรุงแผนงานโครงการ หลังจากสร้างเครื่องมือเสร็จ นำไปให้ผู้มีความรู้ประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขเพิ่มเติม นำไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไขนำไปใช้จริงในพื้นที่

ลำดับการรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหน่วยงานหรือผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งพูดคุยข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ที่มีความรู้การเฝ้าระวังและคัดกรอง การใช้มาตรการทางด้านสังคม การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย การจัดสถานะแวดล้อม การสื่อสารเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับปรุงแผนงาน/โครงการ ในอดีตและปัจจุบัน

2. ประสานนัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก กำหนดวันเวลาเพื่อทำการสัมภาษณ์

3. การวิจัยในครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระดับคือ

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบทุติยภูมิ โดยทำการวิจัยและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานศึกษาที่เกี่ยวข้องผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และอินเทอร์เน็ต

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบปฐมภูมิ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการดังนี้

3.2.1 การสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยผู้สัมภาษณ์กำหนดประเด็นต่างๆ ไว้ล่วงหน้าและสัมภาษณ์ไปตามธรรมชาติ สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง ไม่เร่งรัด ไม่แข็งกระด้างและยืดหยุ่นในการเก็บข้อมูลด้านความปลอดภัยด้านอาหาร การจัดทำน้ำสะอาด การจัดการขยะ น้ำเสีย ส้วมสิ่งปฏิกูล และข้อมูลปฏิกิริยาที่น่าสนใจ หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้ศึกษาจะตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ หากยังได้ข้อมูลไม่ครบตามเนื้อหาที่กำหนดหรือมีเหตุการณ์สุดวิสัยที่ไม่สามารถสัมภาษณ์จนครบตามเนื้อหาได้ ผู้ศึกษาดำเนินการเข้าไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป

3.2.2 การสังเกตด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียนและชุมชน ได้แก่ การจัดการขยะ น้ำดื่ม ความปลอดภัยในโรงเรียน ความสะอาดของสถานที่ ห้องเรียน สุขวิทยาลัยส่วนบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามผู้ศึกษาใช้เครื่องมือเพื่อจะเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง
2. กล้องถ่ายภาพ
3. สมุดจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตนั้น ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์คือ สถานการณ์การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนโดยใช้ค่ากลางวัยเรียนปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ

เด็กนักเรียนโดยใช้ค่ากลางวัยเรียน ข้อเสนอเชิงนโยบายในใช้ค่ากลางเป็นเครื่องมือพัฒนาตำบลบูรณาการ ให้เป็นหมวดหมู่ตามเนื้อหาโดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อน แล้ววิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัยตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาโดยใช้แนวคิด ทฤษฎี เอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางวิเคราะห์ นำผลการวิเคราะห์ไปตอบคำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในรูปแบบพรรณนา สรุป อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์

ผลการวิจัยพบว่า

เพื่อให้ทราบถึงบริบทที่แตกต่างตามสภาพพื้นที่ จึงนำเสนอผลการนำค่ากลางวัยเรียนในตำบลสองและตำบลบูรณาการหนึ่งตามลำดับ ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนในตำบลบูรณาการหนึ่ง

1.1 เฝ้าระวังและคัดกรอง

1) ครูอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่ 5 คน รวมครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ดำเนินการประเมินภาวะโภชนาการโดยการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของเด็กนักเรียน รวมถึงประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ภาวะโภชนาการของนักเรียนอ้วน ผอม เตี้ย และใช้แบบประเมินสุขภาพจิต (SDQ) ผ่านทางผู้ปกครองและครูประจำชั้น ค้นหาปัญหาสุขภาพกายและจิตของเด็กนักเรียน ครูอนามัยโรงเรียนส่วนน้อย 1 คน ดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองโดยลำพัง

2) ผู้นำนักเรียนทั้งหมดได้อบรมเพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ระหว่างนักเรียนกับ

นักเรียน นักเรียนกับบุคลากรในโรงเรียน และการใช้สารเสพติดในเด็กนักเรียน กลุ่มเสี่ยง และสำรวจจุดเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยด้านอาหาร แหล่งน้ำ การจราจร ระบบไฟฟ้า อุปกรณ์สนาม เด็กนักเรียนเล่น มุมอับสายตาภายในโรงเรียนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน

3) ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น นักเรียนแกนนำ ส่วนใหญ่ 4 โรงเรียน ได้สำรวจนักเรียนที่รับประทาน น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ

4) นักเรียนแกนนำส่วนใหญ่ 4 โรงเรียน ได้สำรวจการจำหน่ายสินค้าในร้านค้าโรงเรียน และส่วนน้อย 2 โรงเรียน ไม่ได้สำรวจเนื่องจากโรงเรียนไม่มีร้านค้าโรงเรียน

1.2 การใช้มาตรการทางสังคม

1) ผู้บริหารโรงเรียนส่วนใหญ่ 5 โรงเรียน คณะกรรมการการศึกษาประชุมในภาคเรียนแรกของแต่ละปีการวิจัย ได้กำหนดนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน ให้ผู้ปกครองและครูร่วมกันดำเนินการ ตามหลัก (3อ) อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ (2ส) สุรา สิ่งเสพติด (1พ) แปร่งฟันให้ถูกวิธี ทั้งที่บ้านและโรงเรียนโดยโรงเรียนได้จัดทำร่างนโยบายเสนอคณะกรรมการการศึกษาพิจารณา ผู้บริหารโรงเรียนส่วนน้อย 1 โรงเรียน ดำเนินการโดยลำพัง คณะกรรมการศึกษาไม่รับทราบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

2) ผู้บริหารโรงเรียนส่วนใหญ่ 5 คนและ คณะกรรมการการศึกษา ดำเนินการขอความร่วมมือผู้ประกอบการร้านค้าโรงเรียน ผู้ประกอบการหน้าโรงเรียน งดจำหน่าย น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ สิ่งเสพติด แอลกอฮอล์ ทั้งในและนอกโรงเรียน โรงเรียนส่วนน้อย 1 โรงเรียน ไม่สามารถขอ

ความร่วมมือผู้ประกอบการได้เนื่องจากเป็นร้านค้าของเจ้าหน้าที่ภายในโรงเรียน และร้านค้าของผู้นำชุมชน

3) ผู้บริหารโรงเรียนทั้งหมดและคณะกรรมการศึกษา ได้กำหนดสถานที่ เวลา การออกกำลังกายของนักเรียนที่ปลอดภัย ในช่วงเวลาพักหลังรับประทานอาหารกลางวัน และก่อนเวลาเลิกเรียนตอนเย็น โดยทุกโรงเรียนกำหนดให้ทุกวันพฤหัสบดีเป็นวันออกกำลังกาย นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-2 ในเวลานั้นธนาคาร มีครูประจำชั้นคอยดูแลความปลอดภัย

4) กำหนดมาตรการความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียนร่วมกับเจ้าของรถและโรงเรียน

5) กำหนดมาตรการความปลอดภัยของหอพักในโรงเรียนกึ่งนอน นักเรียนทั้งหมดอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ตั้งของโรงเรียนและหมู่บ้านใกล้เคียง ประกอบกับโรงเรียนไม่มีที่พักให้นักเรียนสามารถไปกลับบ้านได้ จึงไม่กำหนดมาตรการความปลอดภัยของหอพัก

1.3 การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย

1) ผู้บริหารโรงเรียนได้กำหนดนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพในเด็กนักเรียน กำหนดการสร้างแกนนำนักเรียนเป็นต้นแบบ โรงเรียนทั้งหมดได้คัดเลือกแกนนำนักเรียนหญิงชายในระดับชั้น ป. 4-5 เข้าร่วมอบรม อย.น้อย SMART KIDS LEADER ที่โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ส่งหนังสือเชิญชวนส่งแกนนำนักเรียนเข้าร่วมอบรม ตามระยะเวลาที่กำหนด และส่งเข้าอบรมทุกปีทดแทนแกนนำนักเรียนที่จบการศึกษาออกไป

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบดูแลโรงเรียน

เป้าหมายส่วนใหญ่ ได้เข้าให้บริการสุขภาพแก่นักเรียนในช่วงเวลาต้นของแต่ละเทอม ด้วยการฉีดวัคซีน การตรวจดูแลฟัน น้ำหนัก ส่วนสูง ตรวจการได้ยินอย่างง่ายด้วยการถูนิ้ว ตรวจสายตาด้วยแผ่นตรวจวัด E-Chart ภาพซีตจากการขาดธาตุเหล็กด้วยการสังเกตดวงตาและผิวหนัง โรงเรียนส่วนน้อยมีครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้นด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

3) ผู้บริหารโรงเรียนทั้งหมดได้กำหนดนโยบาย ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ด้วยการเชิญวิทยากรจากหน่วยงานสาธารณสุขมาบรรยายเรื่องเพศศึกษา การรู้จักปฏิเสธเรื่องเพศสัมพันธ์ การรักนวลสงวนตัว และตั้งชุมชนเพื่อนรักเพื่อน ให้คำปรึกษาและแนะนำกรณีเพื่อนมีปัญหาเรื่องเพศและประสานงานสถานีตำรวจในพื้นที่ ครู DARE ให้ความรู้เรื่องกฎหมายน่ารู้และการปฏิบัติตามกฎจราจรที่ปลอดภัย

4) ครูอนามัยโรงเรียนให้คำปรึกษาแก่เด็กนักเรียนแกนนำจัดทำโครงการสุขภาพ ส่วนใหญ่ทำเรื่อง การแปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน การทำสีย้อมฟันจากวัสดุธรรมชาติ การปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับโครงการอาหารกลางวัน การทำน้ำหมักกำจัดเหา

5) โรงเรียนมีระบบการส่งต่อเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เรื่องการเจ็บป่วย การผิดปกติของร่างกาย โดยชั้นแรกโรงเรียนจะส่งต่อนักเรียนไปยัง หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบโรงเรียนตามขั้นตอนเช่น โรงเรียนส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

1.4 การจัดการสภาวะแวดล้อม

1) โรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น โรงอาหารมีพัดลมระบายอากาศ, โรงเรียนทั้งหมดมีการดูแลความสะอาดห้องน้ำ แยกชายหญิง และมีแสงสว่างเพียงพอ, โรงเรียนส่วนใหญ่ดูแลความสะอาดจุดน้ำดื่ม มีแก้วน้ำส่วนตัว โรงเรียนส่วนน้อยส่งน้ำบรรจุถังมาบริการเด็กนักเรียน ตัดหญ้าสนาม เก็บวัสดุก้อนหิน เศษปูน ไม่เสียปลุกขึ้น ของแหลมคม ออกจากสนามหญ้าและสนามเด็กเล่น การคัดแยกขยะและการขนย้ายขยะตามช่วงเวลาที่กำหนด การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกวันศุกร์

2) ผู้บริหารโรงเรียน คณะกรรมการศึกษา ทุกโรงเรียนได้ทำป้ายสัญลักษณ์จุดเสี่ยงต่างๆ ในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเช่น ห้ามลงสระน้ำ ห้ามเข้าเขตวัสดุอันตราย ป้ายเขตโรงเรียนโปรดลดความเร็ว

3) นักเรียนส่วนใหญ่ใช้จักรยานและอยู่ในชุมชนใกล้ๆโรงเรียน โรงเรียนทั้งหมดจึงไม่ได้กำหนดหรือติดป้ายห้ามส่งเสียงดังหรือเขตสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียน ในกรณีผู้ปกครองมารับส่งนักเรียน จะจอดบริเวณประตูทางเข้าออกโรงเรียนไม่ขับรถเข้าในบริเวณโรงเรียน

4) ผู้บริหารโรงเรียน คณะกรรมการศึกษา ทั้งหมดได้กำหนดนโยบายและแนวทางการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียน ด้วยการกำหนดให้ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ด้านหน้าโรงเรียน และป้ายสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณห้องส้วมชาย หน้าอาคารเรียน ศาลาที่พัก โรงอาหาร

1.5 การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1) โรงเรียนส่วนใหญ่มีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนต้นแบบโมเดลเช่น

ในมุมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านทันตสาธารณสุข โรงเรียนส่วนน้อยไม่มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) โรงเรียนส่วนใหญ่ครูอนามัยโรงเรียนครูประจำชั้น นักเรียน ไม่ได้จัดนิทรรศการด้านสุขภาพโดยตรง แต่บูรณาการกับกิจกรรมอื่นเช่น นิทรรศการการป้องกันโรคทางเดินหายใจ โรคผิวหนังและโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

3) มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การป้องกันไข้เลือดออก วัณโรคสูบบุหรี่โลก และเทศกาลเข้าพรรษา โดยครูและนักเรียนเป็นแกนนำ มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้านเข้าร่วมกิจกรรม

4) โรงเรียนและคณะกรรมการศึกษา ผู้นำชุมชน ร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการ การคัดแยกขยะในโรงเรียน แต่ไม่ถึงขั้นตอนของการนำเศษขยะมาแปรรูปเป็นพลังงานทดแทน

1.6 การปรับปรุงแผนงาน /โครงการ

1) ผู้บริหารสำนักพื้นที่การศึกษามีนโยบายให้โรงเรียนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ จัดประชุมผู้ปกครอง คณะกรรมการศึกษา ครูผู้สอน ปรับแผนการสอนให้บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเข้ากับ สารการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกัน

2) คณะกรรมการศึกษา ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่จัดทำแผนงานสุขภาพวัยเรียนร่วมกับครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น/ผู้บริหารของโรงเรียน ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

3) ผู้บริหารโรงเรียนและคณะกรรมการศึกษาจำนวน 3 โรง จัดทำโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ แผนงานโครงการ จากเทศบาลตำบลบูรณาการหนึ่ง อำเภอปง จังหวัดพะเยา และชมรมศิษย์เก่า และอีก 3 โรง ขอ

สนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนนอกชุมชนเพื่อ
ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กีฬาและนันทนาการ

4) นักเรียนแกนนำจัดทำแผนงาน
โครงการการคัดแยกขยะในโรงเรียนและขยายผล
ไปสู่ครอบครัวและชุมชน

1.7 การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็ก
วัยเรียน อื่นๆ

1) โรงเรียนส่วนใหญ่ได้คิดและผลิต
นวัตกรรมสุขภาพชุมชน เช่น การสกัดน้ำมันตะไคร้
หอม น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น แป้งทาตัวสมุนไพร
เทียนหอมไฉยง น้ำยาล้างจาน

2) โรงเรียนส่วนน้อยเปิดเป็นแหล่ง
เรียนรู้โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชนเช่น ชุมชน
ปลอดภัย ตูบสมุนไพร การออกกำลังกายด้วย
Cup Song / Wood Song

2. การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็ก
นักเรียนในตำบลบูรณาการสอง อำเภอเทิง จังหวัด
เชียงราย

2.1 เฝ้าระวังและคัดกรอง

1) ครูอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่และ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) ร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการโดยการ
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของเด็กนักเรียน รวมถึง
ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ภาวะโภชนาการของ
นักเรียนอ้วน ผอม เตี้ย และใช้แบบประเมิน
สุขภาพจิต (SDQ) ผ่านทางผู้ปกครองและครู
ประจำชั้น ค้นหาปัญหาสุขภาพกายและจิตของ
เด็กนักเรียน และครูอนามัยโรงเรียนส่วนน้อยให้
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจ
คัดกรองนักเรียนช่วงต้นปีการศึกษา

2) ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้นส่วนใหญ่
ได้จัดอบรมผู้นำนักเรียนที่มีจิตอาสาเพื่อ

สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนทั้งหญิง
และชาย การใช้สารเสพติดในเด็กนักเรียนกลุ่ม
เสี่ยง สำรวจจุดเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมด้านความ
ปลอดภัยด้านอาหาร แหล่งน้ำ การจราจร ระบบ
ไฟฟ้า อุปกรณ์สนามเด็กวัยเรียนเล่น สถานที่
ภายในโรงเรียนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและ
ทรัพย์สินของนักเรียน

3) ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น
นักเรียนแกนนำส่วนใหญ่ได้สำรวจนักเรียนที่
รับประทาน น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ
ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้ดำเนินการใน
ประเด็นนี้

4) นักเรียนแกนนำส่วนใหญ่ ได้สำรวจ
การจำหน่ายสินค้าในร้านค้าโรงเรียน และส่วน
น้อยไม่ได้สำรวจเนื่องจากผู้บริหารโรงเรียนไม่ได้มี
นโยบายในเรื่องนี้อีกทั้งบางโรงเรียนไม่มีร้านค้า
ภายในโรงเรียน

2.2 การใช้มาตรการทางสังคม

1) ผู้บริหารโรงเรียนและคณะกรรมการ
ศึกษาประสานงานไปยัง รพ.สต.ในพื้นที่ เชิญ
ประชุมในภาคเรียนแรกของแต่ละปีการวิจัย เพื่อ
กำหนดนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน
ให้ผู้ปกครองและครูร่วมกันดำเนินการ ตามหลัก
(3อ) อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ (2ส) สุรา
สิ่งเสพติด (1พ) แปร่งฟันให้ถูกวิธีทั้งที่โรงเรียนและ
ที่บ้าน โรงเรียนได้จัดทำร่างมาตรการทางด้าน
สังคมเสนอคณะกรรมการศึกษาพิจารณา หาก
เห็นชอบนำไปใช้กับเด็กนักเรียนและผู้ปกครอง
ผู้บริหารโรงเรียนส่วนน้อยดำเนินการโดย
คณะกรรมการศึกษาไม่รับทราบนโยบายการ
ส่งเสริมสุขภาพ มาตรการต่างๆ ได้ผลเพียงระยะ
สั้นๆ รพ.สต.ได้ให้ นักเรียนทำกิจกรรมป้องกัน

ลูกน้ำยุงลาย คว้าถ้วยชาม วัสดุที่มีน้ำขัง กลุ่มแม่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้หญิง สอนนักเรียนเต้นแอโรบิกเพื่อสุขภาพ

2) ผู้บริหารโรงเรียนและคณะกรรมการศึกษาส่วนน้อย ได้ขอความร่วมมือผู้ประกอบการร้านค้าหน้าโรงเรียน งดจำหน่าย น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ สิ่งเสพติด แอลกอฮอล์ ทั้งในและนอกโรงเรียนส่วนใหญ่ร้านค้าให้ความร่วมมือ ผู้บริหารโรงเรียนและคณะกรรมการศึกษาส่วนใหญ่ไม่สามารถขอความร่วมมือผู้ประกอบการร้านค้าได้ เนื่องจากเป็นร้านค้าของบุคลากรในโรงเรียน และร้านค้าของผู้นำชุมชน

3) ผู้บริหารโรงเรียนส่วนใหญ่และคณะกรรมการศึกษา ได้กำหนดสถานที่ เวลา การออกกำลังกายของนักเรียนที่ปลอดภัย ในช่วงเวลาพักหลังรับประทานอาหารกลางวัน และก่อนเวลาเลิกเรียนตอนเย็น โดยทุกโรงเรียนกำหนดให้ทุกวันพฤหัสบดีเป็นวันออกกำลังกาย ซึ่งเป็นนโยบายของผู้บริหารสำนักพื้นที่เขตการวิจัยสั่งการไปยังโรงเรียน นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-2 ออกกำลังกายในเวลานั้นหนาแน่น มีครูประจำชั้นคอยดูแลความปลอดภัย

4) โรงเรียนทั้งหมดไม่มีรถรับส่งนักเรียน จึงไม่ได้กำหนดมาตรการความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียน เจ้าของรถ และโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม

5) โรงเรียนทั้งหมดมีนักเรียนไปกลับบ้านทุกวัน จึงไม่มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยของหอพักในโรงเรียน

2.3 การจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย

1) ผู้บริหารโรงเรียน คณะกรรมการศึกษา ได้กำหนดนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพใน

เด็กนักเรียน สร้างแกนนำนักเรียนเป็นต้นแบบ โดยครูอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่ได้คัดเลือกแกนนำนักเรียนหญิงชายในระดับชั้น ป.4-5 เข้าร่วมอบรม ออย.น้อย, SMART KIDS LEADER โดยโรงพยาบาลชุมชนหรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหนังสือเชิญชวนโรงเรียนส่งแกนนำนักเรียนเข้าร่วมอบรม ตามระยะเวลาที่กำหนด และส่งนักเรียนแกนนำเข้าอบรมทุกปี ทดแทนนักเรียนแกนนำที่จบการศึกษา

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ที่รับผิดชอบดูแลนักเรียนในโรงเรียน เป้าหมายส่วนใหญ่ ได้เข้าให้บริการสุขภาพเด็กนักเรียนในช่วงเวลาต้นทอม และให้การฉีดวัคซีน ตรวจดูแลฟัน น้ำหนัก ส่วนสูง ตรวจการได้ยิน อย่างง่ายด้วยการถูนิ้ว ตรวจสายตาด้วยแผ่นตรวจวัด E-Chart สังเกตดวงตา ผิวหนัง ฝ้าระวังกว้างซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และโรงเรียนส่วนน้อยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้เข้าไปดูแลอย่างทั่วถึง ครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้นจะช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง นักเรียน

3) ผู้บริหารโรงเรียน ทั้งหมดได้ดำเนินการตามนโยบาย ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ด้วยการเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบรรยายเรื่องเพศศึกษา การรู้จักปฏิเสธเรื่องเพศสัมพันธ์ การรักนวล สงวนตัว และโรงเรียนมากกว่าครึ่งตั้งชุมชนเพื่อนรักเพื่อน คอยให้คำปรึกษาและแนะนำเพื่อนกรณีมีปัญหาเรื่องเพศ และประสานงานสถานีตำรวจในพื้นที่ (ครู DARE) มาให้ความรู้เรื่องกฎหมายเบื้องต้นและกฎจราจรที่ปลอดภัย

4) ครูอนามัยโรงเรียนและเจ้าหน้าที่รพ.สต. ให้คำปรึกษาให้แก่เด็กนักเรียนแกนนำจัดทำโครงการสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่อง

เกี่ยวกับ การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร กลางวัน การทำสีย้อมฟันจากวัสดุธรรมชาติ การปลูกผักปลอดสารพิษขายให้โครงการอาหาร กลางวัน น้ำหมักกำจัดเหา

5) โรงเรียนทั้งหมดมีระบบการส่งต่อเด็กนักเรียนที่เจ็บป่วย การผิดปกติของร่างกายสายตา การได้ยิน โดยชั้นแรกโรงเรียนจะส่งต่อนักเรียนตามชุดสิทธิประโยชน์ไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

2.4 การจัดการสภาวะแวดล้อม

1) โรงเรียนได้จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เช่น โรงอาหาร มีพัดลมระบายอากาศ , โรงเรียนทั้งหมดมีการดูแลความสะอาดห้องน้ำ แยกชายหญิง และมีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลความสะอาดจุดน้ำดื่ม นักเรียนมีแก้วน้ำส่วนตัว โรงเรียนส่วนน้อยมีโรงผลิตน้ำสะอาดบรรจุขวดบริการเด็กนักเรียนเองและบางส่วนขายน้ำให้กับโรงเรียนในกลุ่มเดียวกัน ตัดหญ้าสนาม เก็บวัสดุ ก้อนหิน เศษปูน ของแหลมคมออกจากสนามหญ้าและสนามเด็กวัยเรียนเล่น, การคัดแยกขยะและการขนย้ายขยะตามเวลาที่กำหนดบางโรงเรียนมีขยะตกค้างรอการขนย้าย มีกลิ่นเหม็นรบกวนนักเรียน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

2) ผู้บริหารโรงเรียน และคณะกรรมการศึกษาทุกโรงเรียน ได้ทำป้ายสัญลักษณ์จุดเสี่ยงต่างๆ ในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุเช่น สระน้ำ ลีกลั่นทราย เขตวัสดุขรุขระห้ามเข้า ป้ายเขตโรงเรียนโปรดลดความเร็ว

3) นักเรียนส่วนใหญ่เดินทางไปโรงเรียนโดยใช้จักรยานและเดิน บ้านอยู่ในชุมชนรอบๆ

โรงเรียน จึงไม่ได้กำหนดหรือติดป้ายห้ามส่งเสียงดังหรือเขตสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียน หากผู้ปกครองมารับส่งลูกหลาน จะจอดบริเวณประตูทางเข้าออกโรงเรียน ให้นักเรียนเดินเข้าไปจะไม่ขับรถเข้าไปในบริเวณโรงเรียน

4) ผู้บริหารโรงเรียนคณะกรรมการศึกษาครู ของโรงเรียนทั้งหมดได้นำเอานโยบายของรัฐบาลและแนวทางการป้องกันยาเสพติดในโรงเรียน พร้อมกำหนดให้ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน และป้ายสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณหน้าห้องส้วมชาย โรงอาหาร หน้าอาคารเรียน ศาลาที่พัก เพื่อป้องกันบุคคลภายนอกและบุคลากรในโรงเรียนสูบบุหรี่

2.5 การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1) โรงเรียนส่วนใหญ่จัดให้มีกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนักเรียนต้นแบบโมเดลเช่น ในมุมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านทันตสาธารณสุข โรงเรียนส่วนน้อยยังไม่เข้าใจการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) โรงเรียนส่วนใหญ่ครูอนามัยโรงเรียนครูประจำชั้น นักเรียน ไม่ได้จัดนิทรรศการด้านสุขภาพโดยตรง แต่บูรณาการกับกิจกรรมอื่นเช่น นิทรรศการการป้องกันโรคทางเดินหายใจ โรคผิวหนังและโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

3) มี การจัด กิจกรรม รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การป้องกันไข้เลือดออก วันงดสูบบุหรี่โลก และเทศกาลเข้าพรรษา โดยครูและนักเรียนเป็นแกนนำ มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้านเข้าร่วมกิจกรรม

4) โรงเรียนและคณะกรรมการศึกษา ผู้นำชุมชน ร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการ การคัด

แยกขยะในโรงเรียน แต่ไม่ถึงขั้นตอนของการนำ
เศษขยะมาแปรรูปเป็นพลังงานทดแทน

2.6 การปรับปรุงแผนงาน /โครงการ

1) ผู้บริหารสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
มีนโยบายให้โรงเรียนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ จัด
ประชุมผู้ปกครอง คณะกรรมการศึกษา ครูผู้สอน
ปรับแผนการสอนให้บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ
วัยเรียนเข้ากับ สารการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกัน

2) ผู้นำชุมชน ผู้ปกครองส่วนน้อยจัดทำ
แผนงานสุขภาพวัยเรียนร่วมกับครูอนามัยโรงเรียน
ครูประจำชั้น/ผู้บริหารของโรงเรียน ให้สอดคล้อง
กับวิถีชีวิตของชุมชนและครัวเรือน

3) ผู้บริหารโรงเรียนและคณะกรรมการ
ศึกษาจำนวน 2 โรง จัดทำโครงการเพื่อขอ
สนับสนุนงบประมาณ แผนงานโครงการ
จากเทศบาลตำบลบูรณาการสอง และชมรมศิษย์
เก่า และอีก 4 โรง ขอสนับสนุนงบประมาณจาก
แหล่งทุนบริษัทห้างร้านและชมรมศิษย์เก่า เพื่อทำ
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กีฬาและนันทนาการ

4) นักเรียนแกนนำและครูที่ปรึกษา
จัดทำแผนงานโครงการคัดแยกขยะในโรงเรียน
และขยายผลไปสู่ครอบครัวและชุมชน

2.7 การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็ก
นักเรียนในตำบลอื่นๆ

โรงเรียน ส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ผลิต
นวัตกรรมสุขภาพชุมชน และเปิดเป็นแหล่งเรียนรู้
โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน มีโรงเรียนส่วน
น้อยมีการคัดแยกขยะและขยายผลไปสู่ชุมชนและ
เปิดเป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการ
พัฒนาเด็กนักเรียนในตำบลบูรณาการ

3.1 การมีส่วนร่วมขององค์กรหลักของ
ชุมชน (บวร)

บ้านหรือชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง
เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเด็ก
นักเรียน ด้วยการจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ
นักเรียนเช่น การจัดหาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ
สำหรับเด็กนักเรียนอ้วน ผู้ปกครองสนับสนุนและ
จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับทางโรงเรียน ผู้นำ
ชุมชนให้การสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนที่
เกี่ยวกับเด็กวัยเรียนและเยาวชนเช่น กิจกรรมการ
ออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ และผู้นำ
ชุมชน ผู้ปกครองเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาการ
วิจัยและการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ตาม
ความต้องการอยากให้คนรุ่นใหม่ของชุมชนพัฒนา
ไปในทิศทางใด บ้านเป็นแหล่งกำหนดมาตรการ
ทางด้านสังคมให้กับลูกหลานของตนเองร่วมกัน
พัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพชุมชนต่อไป

วัด ศูนย์รวมทางด้านจิตใจของชุมชน ใน
วันสำคัญทางศาสนา กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ
ประเพณี วัฒนธรรม วัดจะเป็นแหล่งเรียนรู้ของ
นักเรียนทางด้านจิตใจ ในการเรียนการสอนที่
เกี่ยวกับศาสนา ศีลธรรม การทำดีละเว้นความชั่ว
โรงเรียนจะนิมนต์พระไปเทศน์สอนนักเรียนเพื่อ
กล่อมเกล่าจิตใจให้เป็นคนดีของสังคมและ
ถ่ายทอดแนวคิด เป็นตัวอย่างที่ดีในการประพฤติ
ปฏิบัติทางสังคมและจรโลงศาสนา

โรงเรียน สถานที่จัดการเรียนการสอนให้
นักเรียนมีความรู้และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใน
การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ตามนโยบายของรัฐบาล
และความต้องการของชุมชน ความรู้บางเรื่องอยู่ใน
ชุมชนและวัด การจัดกิจกรรมต้องอาศัยผู้มีความรู้
หรือปราชญ์ชุมชนเป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้จาก

รุ่นก่อนสู่รุ่นใหม่ กิจกรรมใดๆ ที่โรงเรียนจัดขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียน บ้านหรือผู้ปกครองเป็นหน่วยเสริมสนับสนุนให้ลูกหลานตนเองปฏิบัติหรือปฏิบัติเป็นตัวอย่าง เป็นส่วนช่วยเสริมกันในทางที่ดี

3.2 การสนับสนุนงบประมาณการพัฒนาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การพัฒนาศักยภาพของแกนนำนักเรียนหรือครูในพื้นที่ตำบลบูรณาการหนึ่ง งบประมาณส่วนใหญ่มาจากการทำโครงการงานของเทศบาลตำบลบูรณาการหนึ่ง โดยเทศบาลเป็นเจ้าภาพหลักในการประชุมเชิงปฏิบัติการหรืออบรมพัฒนาศักยภาพแล้วทำหนังสือเชิญไปทางโรงเรียนเข้าร่วมกิจกรรม ค่าอาหารและค่าวิทยากรผู้จัดจ่ายให้การพัฒนาทางการศึกษาและส่งเสริมสุขภาพนักเรียนจึงมีทิศทางพัฒนาและเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน

3.3 การรวมกลุ่มของโรงเรียนเพื่อร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

3.4 ข้อจำกัดในการนำค่ากลางไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน นโยบายของผู้บริหารโรงเรียนกับคณะกรรมการศึกษา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในแนวทางเดียวกัน ขาดการประสานงานในการพัฒนา

ค่ากลางวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 1 ไม่สอดคล้องกับความต้องการของโรงเรียนและชุมชน เช่น มาตรการความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียน ความปลอดภัยของหอพักโรงเรียนกินนอน

3.5 การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนในลักษณะของการรวมกลุ่มโรงเรียนประสานความร่วมมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขับเคลื่อนไปพร้อมกันทำให้ทิศ

ทางการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินผลการดำเนินร่วมกัน กิจกรรมใดดีมีประโยชน์ต่อนักเรียนในกลุ่มโรงเรียนรับไปดำเนินการต่อ กิจกรรมใดดำเนินการแล้วมีข้อจำกัด ดำเนินการแก้ไขและนำไปดำเนินการแก้ไขสิ่งเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลสำเร็จเป็นไปในลักษณะของกลุ่มและมีพื้นที่ดำเนินการที่ครอบคลุมในวงกว้าง

สรุปผล

สถานการณ์การขับเคลื่อนส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนโดยใช้ค่ากลางตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽⁷⁾ มีความสอดคล้องกัน ดังนี้

ค่ากลางการเฝ้าระวังและคัดกรองประเด็นการประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน SDQ⁽³⁾ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพกายและจิตของเด็กนักเรียน สำนักรวพพฤติกรรมเสี่ยงด้าน เพศ สารเสพติด และจุดเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม สำนักรวจำนวนนักเรียนที่รับประทาน น้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ สำนักรวจการจำหน่ายสินค้าในร้านค้าโรงเรียน สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในประเด็นการบริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย⁽⁹⁾

ค่ากลางการใช้มาตรการทางด้านสังคม ประเด็น การกำหนดนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนตามหลัก 3อ 2ส 1ผ โดยคณะกรรมการสถานศึกษา ขอความร่วมมือผู้ประกอบการโรงเรียนร้านค้า ผู้ประกอบการหน้าโรงเรียน งดจำหน่าย น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ สิ่งเสพติด แอลกอฮอล์ ทั้งในและนอก

โรงเรียน กำหนดสถานที่ เวลา การออกกำลังกาย ของนักเรียนที่ปลอดภัย กำหนดมาตรการความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียนร่วมกับเจ้าของรถ และโรงเรียน สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนสุขภาพ เรื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ⁶ การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ การให้การปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงเรียน

ค่ากลางการจัดการสุขภาพของกลุ่มวัย ประเด็นอบรมแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพเช่น อย.น้อย, SMART KIDS LEADER ให้บริการสุขภาพ เด็กนักเรียนตามชุดสิทธิประโยชน์ บริการตรวจสุขภาพนักเรียน วัดซีน ดูแลฟัน น้ำหนัก ส่วนสูง หู สายตา ภาวะซีด ให้ความรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิต เด็กนักเรียนจัดทำโครงการสุขภาพด้วยตนเอง ส่งต่อเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพตามระบบการส่งต่อ สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพเรื่อง บริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน

ค่ากลางการจัดการสภาวะแวดล้อม ประเด็น จัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป โรงอาหาร ห้องน้ำ น้ำดื่ม สนาม ขยะ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จัดทำป้ายสัญลักษณ์จุดเสี่ยงต่างๆ ในโรงเรียนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ติดป้ายห้ามส่งเสียงดัง เขตสวนหมวก นิรภัยในโรงเรียน ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ⁽⁸⁾

ค่ากลางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมประเด็น สร้างนักเรียนต้นแบบโมเดล เช่น ในมุมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านทันตสาธารณสุข จัดนิทรรศการด้านสุขภาพ อนุรักษ์

ประชาสัมพันธ์ ตามฤดูกาล และเทศกาลสำคัญ จัดเสียงตามสายโดยนักเรียน สอดคล้องกับกลวิธี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง บริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย

ค่ากลางการปรับปรุงแผนงาน โครงการงาน ประเด็น บูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนเข้ากับ สารการเรียนรู้ จัดทำแผนงานสุขภาพวัยเรียน ร่วมกับครู ผู้บริหารของโรงเรียน ขอสนับสนุนงบประมาณแผนงานโครงการ จากท้องถิ่นและชุมชน จัดทำแผนงานโครงการ เน้นการคัดแยกขยะในโรงเรียน สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพเรื่อง นโยบายของโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน

อภิปรายผล

การนำค่ากลางวัยเรียนไปขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนตามกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพนั้น หากเปรียบเทียบค่ากลางวัยเรียนกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีความคล้ายกันมาก หากนำมาเปรียบเทียบกันจะพบว่า ค่ากลางการเฝ้าระวังและคัดกรองประเด็นมีรายละเอียดการดำเนินงานคล้ายกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประเด็นการบริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย ค่ากลางการใช้มาตรการทางด้านสังคมมีรายละเอียดการดำเนินงานคล้ายกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ การให้การปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ในโรงเรียน

ค่ากลางการจัดการสุขภาพของกลุ่มวัยสอคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง การบริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน ค่ากลางการจัดการสภาวะแวดล้อมสอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ ค่ากลางการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง บริการอนามัยโรงเรียน สุขศึกษาในโรงเรียน โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย ค่ากลางการปรับปรุงแผนงานโครงการ สอดคล้องกับกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเรื่อง นโยบายของโรงเรียน การบริหารจัดการในโรงเรียน โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน

เห็นได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ที่มีความสอดคล้อง คล้ายคลึงกับกลวิธีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันในระดับของผู้ที่นำเสนอและการนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการประสานงานเพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในระดับส่วนกลางและระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในระดับชุมชนมีคณะกรรมการศึกษาทำงานร่วมกับโรงเรียน กำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของชุมชนให้คนรุ่นใหม่ของชุมชนพัฒนาไปในทิศทางที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคนในชุมชน โดยมีปัจจัยสำคัญคือ 1)การมีส่วนร่วมของภาครัฐและชุมชนตั้งแต่การค้นหาค้นหาปัญหา การหาวิธีแก้ไขปัญหาค้นหาปัญหาร่วมกัน สรุปผลการดำเนินงาน ประเมินผลและปรับแก้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โรงเรียนในตำบลบูรณาการหนึ่งที่

รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเหมือนๆ กัน ประสบความสำเร็จในการนำค่ากลางวัยเรียนไปใช้มากกว่าโรงเรียนในตำบลบูรณาการสองไม่ได้รวมกลุ่มกันนำค่ากลางไปใช้ ในประเด็นการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักเรียน ด้วยผู้บริหารโรงเรียนคณะกรรมการศึกษา ไม่เข้าใจว่าค่ากลางวัยเรียนคืออะไรและจะเริ่มต้นดำเนินการอย่างไร 2) นโยบายของผู้บริหารในการให้ความสำคัญของการใช้ค่ากลางวัยเรียนบูรณาการกับวิถีการพัฒนาอื่นๆ ที่สอดคล้องกันดำเนินการไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะ

การนำค่ากลางวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 1 ไปใช้พัฒนาสุขภาพนักเรียนให้มีคุณภาพในตำบลบูรณาการโดยมีภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายในใช้ค่ากลางเป็นเครื่องมือพัฒนาส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนกล่าวคือ หน่วยงานระดับส่วนกลางทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ศึกษา มหาไพบูลย์ ทำบันทึกความร่วมมือกำหนดนโยบายที่ส่วนภูมิภาคดำเนินงานแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นกรอบการพัฒนาให้หน่วยงานระดับภูมิภาค จังหวัด ค้นหาความสำเร็จนั้นมาเป็นค่ากลางของจังหวัด สนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเห็นชอบให้นำไปสู่การปฏิบัติระดับตำบลซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชมรมต่างๆ ในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดค่ากลางวัยเรียนของตนเอง

ตามความแตกต่างทางบริบทของพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนงบประมาณการนำค่ากลางไปปฏิบัติ

ข้อเสนอในการพัฒนาต่อยอด การนำค่ากลางวัยเรียนไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรเริ่มจากชุมชนเป็นผู้ค้นหาการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนที่ประสบความสำเร็จ นำมาจัดอันดับความสำคัญ ความเร่งด่วนในการพัฒนา ด้วยการจัดทำประชาคมชุมชนมีผู้นำชุมชน กลุ่มต่างๆ ชาวบ้าน โรงเรียน วัด และสิ่งสำคัญคือเด็กวัยเรียนและเยาวชนในชุมชนผู้ได้รับผลกระทบในเชิงบวกคือการมีสุขภาพดี และในเชิงลบอาจจะไปกระทบกับวิถีการดำรงชีวิตของนักเรียนและผู้ปกครอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2545.
2. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ. เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2545.
3. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ; 2541.
4. ดำรง บุญยยืน. แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
5. ทรงพล วิชัยขัทคะ. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ. กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. กรุงเทพฯ; 2545. (อัดสำเนา)
6. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปี 2556 พิมพ์ครั้งที่ 1. : กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2556
8. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
9. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปี 2556 พิมพ์ครั้งที่ 1. : กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2556

บทความวิชาการทั่วไป

พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนาสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

(Lanna Maternal and Child Health Board : The power of connection)

ดร.กฤษณา กาเผือก, พญ.นงนุช ภัทรอนันตนพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: tun.prichon@gmail.com

(Received: Sep 16, 2019; Revised: Nov 8, 2019; Accepted: Dec 20, 2019)

บทนำ

พลังเครือข่าย MCH Board ล้านนาสู่การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืนเป็นผลงานที่เขียนขึ้นเพื่อเสนอขอสมัครเข้ารับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ⁽¹⁾ ในช่วงเวลานั้นศูนย์อนามัยทำหน้าที่บทบาทของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กระดับเขตสุขภาพ ซึ่งขณะนั้นใช้ชื่อทางการ “ศูนย์อนามัยที่ 10” และคาบเกี่ยวต่อเนื่องมาจนเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์อนามัยที่ 1” บทความนี้แสดงถึงพัฒนาการการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ที่มีเป้าหมายสร้างกลไกความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานในภาคเหนือตอนบน มุ่งมั่นแก้ไขปัญหาการตาย ทารกตาย ปรีก่าเนิตตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา เพื่อมุ่งหวังให้เกิดระบบคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐาน ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิดรัฐบาลไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี⁽²⁾ ด้านสาธารณสุขและยืนยันเจตนารมณ์ร่วมกับสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การตายปริก่าเนิตทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย⁽³⁾ ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้ในช่วงแรกของ

รูปแบบการแก้ไขปัญหายังเป็นแบบแยกส่วนของแต่ละจังหวัด ไม่ได้บูรณาการเป็นระดับเขต แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁴⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงได้เกิดกรอบความคิดหลักของแนวทางการปรับปรุงบริการของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) การนำฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กระดับเขตมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไข 2) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ระดับจังหวัด เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหา 3) พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ 4) จัดทำโครงการลดแม่ตายในเขตสุขภาพที่ 1 5) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการของกรมสุขภาพจิต (DSPM) 6) การบูรณาการการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการดูแลแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่น 7) นิเทศติดตามแบบเสริมพลังพี่ช่วยน้อง 8) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขา

ยุติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนาบริการสาขาสุขาภพในแม่และเด็ก เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน มุ่งหวังให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน 9) การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (5)

ผลการปฏิบัติงาน

สภาพการปฏิบัติงานหลังการปรับปรุง บริการ พบว่า 1) การปรับปรุงบริการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม⁽⁶⁾ ดังนี้ **ด้านบุคลากร**ที่มีรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในระดับเขต ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาสำคัญและบทบาทในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดและเขตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านแม่และเด็ก สัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความสามัคคี เอื้ออาทร ทำงานเป็นทีมและมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง **ด้านระบบการส่งต่อ** มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจนโดยมีการบริหารจัดการแบบ MCH Zone management ส่วนในพื้นที่ห่างไกล เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้จัดระบบการส่งต่อที่เชื่อมกับสายการบินกานต์แอร์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้รับบริการมารักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ อาทิ การประชุม MCH Board การนิเทศติดตามในพื้นที่⁽⁷⁾ **ด้านระบบข้อมูล** มีระบบการจัดเก็บรายงานข้อมูลแม่และเด็กเป็นรูปธรรมใน “MCH DATA เขต 1”⁽⁸⁾ มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น **ด้านกระบวนการดำเนินงาน**

มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยสตรีตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด - 5 ปี และด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan(ย.2) สาขาสูติ plus MCH และสาขาทารกแรกเกิด มีการกำหนดแนวทางแก้ไขงานอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจน โดยใช้กลไก service plan⁽⁹⁾ รวมถึงมีการจัดทำ clinical practice guideline (CPG) และแนวทางการดำเนินงานด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรมฉบับล้านนา ที่พัฒนาขึ้นมา โดย MCH Board ของทุกจังหวัด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานที่ดี เกิดผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านอนามัยแม่และเด็ก ผ่านเวทีประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี และมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ⁽¹⁰⁾ **ผลการปรับปรุงบริการ**ทำให้เกิดแนวคิดและการบริหารจัดการแนวใหม่ นำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการ ได้แก่ เกิดมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพที่มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานการแก้ไขปัญหาสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ คือ การตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾ ส่งผลให้เกิดโครงการร่วมในระดับเขตภายใต้การสนับสนุนงบประมาณ จากเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 6 โครงการ หนึ่งในโครงการเหล่านั้นคือ โครงการลดมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 1 ผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการตายทารกปริกำเนิดและอัตราการตาย มีแนวโน้มลดลง อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เด็กแรกเกิด - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ 1) วิสัยทัศน์ภาพรวมของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 1 ที่กว้างไกลในด้านการ

สร้างความร่วมมือภายใต้ศักยภาพของพลังเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต 2) ผู้นำที่เข้มแข็ง ได้แก่ ประธานคณะกรรมการฯ ที่มีความรู้ความสามารถและเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงประสบการณ์ การบริหารจัดการด้านอนามัย แม่และเด็กมายาวนานเกือบ 30 ปี 3) ศักยภาพของคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง มีคุณวุฒิและประสบการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละสาขา 4) ความร่วมมือและความมุ่งมั่นของคณะกรรมการฯ ด้านการบริหารจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐาน 5) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้ค่านิยม “เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา” เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน

ประโยชน์ที่ได้รับ 1) เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการที่มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2) ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัด มีแนวโน้มดีขึ้น 3) เกิดการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ปัญหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น 4) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน อสม. ชุมชนต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น 5) ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถขับเคลื่อนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างยั่งยืน เกิดต้นแบบตำบลนมแม่ ศูนย์

เรียนรู้ในชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยคุณภาพ

ผลการดำเนินการ

1. ปัญหา และสภาพการปฏิบัติงานเดิมก่อนที่จะริเริ่มการปรับปรุง

ในอดีตเมื่อเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา ภาคเหนือตอนบนได้เผชิญกับปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะปัญหามารดาตาย และทารกตายปริกำเนิด และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องมายาวนานในเขตสุขภาพที่ 1 และแม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งจะมีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในการแก้ปัญหาแต่พบว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัด⁽¹²⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาสำคัญที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไขและเร่งรัดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด ทารกตายปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพบริการแม่และเด็กที่ได้มาตรฐานแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของรัฐบาลไทยที่นายกรัฐมนตรีได้มอบเอกสารคำมั่นต่อโครงการ Every Woman Every Child (EWEC) ของสหประชาชาติ ต่อเลขาธิการสหประชาชาติ⁽¹³⁾ เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555 ซึ่งมีสาระสำคัญคือ ยืนยันเจตนารมณ์ที่จะร่วมกับสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาลงไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (Maternal Mortality Ratio : MMR) และอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality rate) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การเพิ่มอัตราการให้นมมารดาเป็นร้อยละ 60 ลดอัตราเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า

2,500 กรัม ให้เหลือร้อยละ 7 สนับสนุนการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 1.5 ภายในปี 2558⁽¹⁴⁾

จากผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงานในประเด็นสำคัญที่ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัด⁽¹⁵⁾ ดังกล่าวคือ ในปี 2557 อัตราตายมารดาเท่ากับ 21.07 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แม้ว่าอัตราการตายของทารกปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลงเหลือ 7.11 นอกจากนี้ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม⁽¹⁶⁾ และด้านคุณภาพของระบบบริการแม่และเด็กที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงานเดิม กับข้อมูลภาวะสุขภาพอนามัยแม่และเด็กแล้ว พบช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ การพัฒนาคุณภาพบริการที่มีมาตรฐานในทุก โรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ยังไม่มีความเชื่อมโยงในส่วนของภาคีภาคประชาสังคม นอกจากนี้ในช่วงแรกของการดำเนินการออกแบบแก้ไขปัญหายังเป็นรูปแบบแยกส่วนของแต่ละจังหวัด ไม่ได้บูรณาการเป็นระดับเขต แนวทางปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁴⁾

2. ผู้นำเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ร่วมกับภาคีเครือข่ายเดิม คือบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 แห่ง พื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการสนับสนุนด้านการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพแม่และ

เด็กในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนอย่างต่อเนื่อง จึงได้ปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยเชิญภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับทราบปัญหา วางแผนปรับปรุงแก้ไข ตลอดจนร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลงาน ในลักษณะบูรณาการทุกขั้นตอน โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกระดับตั้งแต่ระดับเขต จังหวัดและอำเภอ เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ⁽¹⁷⁾

3. ผลงานที่เป็นความคิดริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

ศูนย์อนามัยที่ 10 ร่วมกับภาคีเครือข่ายได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานของประเทศและส่งผลให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมถึงสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศตลอดจนการบูรณาการของผู้ปฏิบัติงานในทุกภาคส่วนก่อให้เกิดผลดังนี้⁽¹²⁾

3.1 ด้านกระบวนการคุณภาพอนามัยแม่และเด็ก

1) มีการดำเนินงานตั้งแต่ระดับชุมชนระดับครอบครัวภายใต้การดูแลของรพ.สต. และอสม.ในพื้นที่⁽⁷⁾

2) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงด้านแม่และเด็ก ส่งผลให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย⁽⁷⁾

3) มีระบบการนิเทศติดตามในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยอสม. มีการเฝ้าระวังโดยรพ.สต./รพช. ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย สุขภาพอนามัยแม่และเด็กมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น⁽⁵⁾

4) เกิดชุมชนเข้มแข็งสามารถเป็นชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาวะได้เป็นอย่างดี⁽¹⁷⁾

5) เกิดแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลแม่และเด็กระดับเขต (CPG)⁽¹⁹⁾

6) เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลและติดตามพัฒนาการเด็กที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดและน้ำหนักน้อย (LCDIP) จนเกิดต้นแบบการขยายผลไปใช้ในระดับประเทศ (TC DIP)⁽¹⁸⁾

2. ผลของการปรับปรุงคุณภาพบริการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมดังต่อไปนี้

กระบวนการปฏิบัติงานเดิม	กระบวนการปฏิบัติงานใหม่
ด้านบุคลากร	
คณะกรรมการ MCH Board ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล และผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด มีสูติแพทย์บางท่าน	คณะกรรมการ MCH Board ในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ จิตแพทย์ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสูติฯ กุมารฯและผู้รับผิดชอบงานใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป และรพ.ชุมชน ⁽⁴⁾
บทบาทในการพัฒนางาน MCH เดิมเป็นลักษณะต่างคนต่างคิดและการทำงานแบบแยกส่วนในแต่ละจังหวัด	มีการพัฒนากระบวนการทำงาน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับเขต ระดับจังหวัดและสร้างความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันในระดับเขต ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาสำคัญ และบทบาทในการพัฒนางาน MCH ของจังหวัดและเขตให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ⁽⁷⁾
บุคลากรต่างหน่วยงาน ทำงาน MCH เหมือนกันแต่ไม่รู้จักกัน ขาดกระบวนการด้านสัมพันธ์ภาพและการเชื่อมประสานกัน	บุคลากรต่างหน่วยงานรู้จักกันมากขึ้น มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมีความสามัคคี เอื้ออาทร ทำงานเป็นทีมและเครือข่ายที่เข้มแข็ง ⁽⁴⁾
บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านแม่และเด็ก ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ไม่ทั่วถึงและไม่ตรงประเด็นปัญหา	บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านแม่และเด็ก ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และครอบคลุมมากขึ้น ⁽¹²⁾
ด้านระบบการส่งต่อ	
ระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ ระหว่าง รพช. และ รพศ./	มีเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจนโดยมีการบริหารจัดการแบบ MCH Zone management ส่วนในพื้นที่ห่างไกลเช่น จังหวัด

กระบวนการปฏิบัติงานเดิม	กระบวนการปฏิบัติงานใหม่
รพท. และการส่งต่อข้ามจังหวัด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้รับบริการเนื่องจากก่อให้เกิดความล่าช้า	แม่ฮ่องสอน ได้จัดระบบการส่งต่อที่เชื่อมกับสายการบิน กานต์แอร์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้รับบริการมารักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
ขาดการกำกับติดตาม การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	มีการติดตามงานอย่างเป็นระบบ อาทิ การประชุม MCH Board 2-4 ครั้งต่อปี การประชุมรายการณแม่ต๋าย (MMR conference) การนิเทศติดตามในพื้นที่โดยทีม MCH Board ระดับจังหวัด และบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ⁽²⁰⁾
ด้านระบบข้อมูล	
แบบฟอร์มการส่งข้อมูล ไม่เหมือนกัน ทำให้ได้ข้อมูลดิบไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่ครบ บางจังหวัดไม่มีข้อมูล รวมเป็นภาพรวมของเขตไม่ได้	มีระบบการจัดเก็บรายงานข้อมูลแม่และเด็กเป็นรูปธรรมใน “MCH DATA เขต 1” มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น
ด้านกระบวนการดำเนินงาน	
แนวทางแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน	- มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสตรีตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิด – 5 ปี - มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับเขต ด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan(ย.2) สาขาสูติ plus MCHและสาขาทารกแรกเกิด - กำหนดแนวทางแก้ไขงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ชัดเจนโดยใช้กลไก service plan - มี clinical practice guideline และแนวทางการดำเนินงานด้านสูติกรรมและกุมารเวชกรรมฉบับล้านนา ที่พัฒนาขึ้นมา โดย MCH Board ของทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 - เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานที่ดี มีผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านแม่และเด็ก ผ่านเวทีประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี

3. ผลสืบเนื่อง ทำให้เกิดแนวคิดและการบริหารจัดการแนวใหม่ จนกระทั่งนำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการดังต่อไปนี้

1) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก โดยศูนย์วิชาการในระดับเขต ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 /สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และรพ.ประสาธน์ กรมการแพทย์

2) เกิดโครงการร่วมในระดับเขตเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่

- โครงการพัฒนาเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board : MCH Board) เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 ประจำปี 2556 (งบประมาณ 1,300,000 บาท)

- โครงการพัฒนาเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board : MCH Board) เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 ประจำปี 2557 (งบประมาณ 500,000 บาท)

- โครงการส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาภาวะซีดสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 1 (ล้านนา) ประจำปีงบประมาณ 2557 (งบประมาณ 2,000,000 บาท)

- โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 (งบประมาณ 100,000 บาท)

- โครงการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยรุ่นและมารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (งบประมาณ 1,500,000 บาท)

- โครงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ในพื้นที่น่าน (งบประมาณ 621,686 บาท)

4) ผลด้านภาวะสุขภาพของแม่และเด็ก
พบว่า มีภาวะสุขภาพที่มีแนวโน้มดีขึ้นหลายประเด็น ได้แก่ อัตราการตายของทารกปริกำเนิดมีแนวโน้มลดลง (ไม่เกิน 9 ต่อพันการคลอด) กล่าวคือในปี 2543 เท่ากับ 12.5 ต่อพันการคลอด ลดลงเหลือ 7.11 ต่อพันการคลอดในปี 2557 สำหรับปัญหาด้านอัตราการตายถึงแม้จะยังเกินเกณฑ์แต่มีแนวโน้มที่ลดลงในปี 2551 – 2556 แม้ว่าต่อมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2557 คือ อัตรา 62, 32.8, 15.21, 17.23, 18.49, 16.28 และ 21.07 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.46 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 74.81 ในปี 2557 (ร้อยละ 50) เด็กแรกเกิด – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ตามเป้าหมายร้อยละ 85 ตั้งแต่ปี 2551–2557 คือร้อยละ 96.2 – 99.8⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาสำคัญ ทั้งในด้านสถานสุขภาพแม่และเด็ก อาทิ การตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และด้านคุณภาพของระบบบริการแม่และเด็ก ล้วนเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญของเครือข่าย MCH Board ล้านนา ที่ต้องเร่งรัดดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4. กลยุทธ์ที่นำมาใช้ให้การพัฒนาบริการประสบผลสำเร็จ⁽⁵⁾

4.1 ใช้ค่านิยมหลักในการทำงานของคณะกรรมการ คือ “เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา”

4.2 การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคเหนือตอนบน

4.3 การสนับสนุนนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง (Empowerment)

4.4 การบูรณาการมาตรฐานการดูแลแม่และเด็กระดับเขต ตามมาตรฐานระดับประเทศ

4.5 การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้เกิดกระบวนการสร้างคุณค่าต่อประชาชนที่เกี่ยวข้อง

4.6 การสนับสนุนและเสริมพลังชุมชนให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เข้มแข็งอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ความยั่งยืน

4.7 การพัฒนาภายใต้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

5. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

1) ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ 1.1) ศูนย์วิชาการในระดับเขต ประกอบด้วยศูนย์อนามัยที่10 สังกัดกรมอนามัย ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1/สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์สังกัดกรมสุขภาพจิต และรพ.ประสาทสังกัดกรมการแพทย์ 1.2) ทีมสหสาขาประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น 1.3) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 99 โรงพยาบาล ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

2) งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักเขตสุขภาพที่ 1

3) สิ่งสนับสนุน จากสำนักงานเขตสุขภาพที่1 เครือข่ายโรงพยาบาลทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในส่วนของการกระจายทรัพยากร มีการบริหารจัดการตามมาตรฐานของสถานบริการ สำหรับสิ่งสนับสนุนมีการจัดส่งตามระบบของข้อกำหนดทางราชการด้วยความโปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มค่าเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนต่อไป

6. ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาการบริการและการนำไปปฏิบัติ⁽⁵⁾

6.1 ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา

กรอบความคิดหลักของแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงบริการของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กคือ

1) การนำฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กระดับเขตมาใช้ประโยชน์ในด้านการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ อัตราตายมารดา อัตราการตายของทารกปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นต้น

2) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขตในเวทีประชุม 2 ครั้งต่อปีหรือมากกว่าตามความเหมาะสมของงบประมาณ เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด

3) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในสถาน บริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น โดยจัดประชุม วิชาการงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องมา 10 กว่าปี โดยเนื้อหา มีสาระสำคัญเกี่ยวกับ 3.1 การฝึกปฏิบัติการด้านสูติ ศาสตร์และกุมารเวชกรรม (work shop) ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านการป้องกันและการรักษา สุขภาพแม่และเด็กที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา 3.2 การบรรยายวิชาการในด้านองค์ความรู้ ใหม่ที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานให้เท่า ทันการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ปัญหา 3.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กของแต่ละจังหวัด ทั้งในระดับ สถานบริการระดับชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง 3.4 การนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมใน งานอนามัย แม่และเด็ก ของสถานบริการ สาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.ศ. รพ.ท. รพ.ช. และรพ.สต. ทั้ง 8 จังหวัด

4) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง พี่ช่วย น้อง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต เยี่ยม โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมี ข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบบริการ รวมถึงสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร

5) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขาสูติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนา บริการสาขาสุขาพในแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็น แนวทางมาตรฐานในการดำเนินงานให้เป็นไปใน

ทิศทางเดียวกันของภาคเหนือตอนบนและมุ่งหวัง ให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

ส่วนสรุป ในการดำเนินงานที่ได้มีความ พยายามในการพัฒนาระบบบริการของ คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กนั้น ได้มี การทำงานภายใต้กรอบคิดกระบวนการ PDCA : plan do check act โดยมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการ ที่ขับเคลื่อนไปด้วยกันในภาคเหนือตอนบน เกิด ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดเป้าหมายของสุขภาพแม่และ เด็กไทยต่อไป

6.2 ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ

ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่ และเด็กเขต จำนวน 178 คน ประกอบด้วยสูติ แพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข เกษัชกร และผู้เกี่ยวข้อง จาก 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

2) การลงนามความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในเขต สุขภาพที่ 1⁽⁴⁾

3) การวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่ และเด็กระดับจังหวัดและระดับเขต โดยเน้น ฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กมาใช้ประโยชน์ใน ด้านการเฝ้าระวังและติดตามกำกับโดยวิเคราะห์ สภาพปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการ แก้ไข ได้แก่ อัตราตายมารดา อัตราการตายของ ทารกปริกำเนิด ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การตั้งครภ์ในแม่วัยรุ่น เป็นต้น

4) การคืนข้อมูลแก่คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็กระดับเขตในเวทีประชุม 2 ครั้งต่อปีหรือ

มากกว่าตามความเหมาะสมของงบประมาณ เพื่อติดตามกำกับและหาแนวทางแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ทั้งนี้มุ่งหวังให้เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

5) พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น กิจกรรมประกอบด้วยการจัดประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็กประจำปี ปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องมา 10 กว่าปี /และการจัดอบรมเฉพาะทางแก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีสาระสำคัญของเนื้อหาเกี่ยวกับ 5.1การฝึกปฏิบัติการด้านสูติศาสตร์และกุมารเวชกรรม (work shop) ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านการป้องกันและการรักษาสุขภาพแม่และเด็กที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา 5.2 การบรรยายวิชาการในด้านองค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหา 5.3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของแต่ละจังหวัด ทั้งในระดับสถานบริการ ระดับชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง 5.4 การนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมในงานอนามัยแม่และเด็ก ของสถานบริการ

สาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่ รพ.ศ. รพ.ท. รพ.ช. และรพ.สต. ทั้ง 8 จังหวัด

6) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง พี่ช่วยน้อง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต เยี่ยมเยือน

โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบบริการและขวัญกำลังใจ

7) การจัดทำ Service Plan แบบบูรณาการ 3 สาขา คือ แผนพัฒนาบริการสาขาสูติกรรม แผนพัฒนาบริการสาขากุมารเวชกรรม แผนพัฒนาบริการสาขาสุขาภพในแม่และเด็ก เพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันของภาคเหนือตอนบนและมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

6.3 ระบบการติดตามและประเมินผลการพัฒนาบริการ

1) การตรวจสอบผ่านกระบวนการเฝ้าระวังโดยใช้ฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กที่มีรูปแบบตัวแปรตามตัวชี้วัดประเทศ และใช้เป็นแบบฟอร์มบูรณาการระดับเขต และมีการรายงานทุก 6 เดือนเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานประเด็นเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

2) การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง โดยแกนนำทีม MCH Board ระดับเขต โดยการลงพื้นที่สอนงานแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นศูนย์กลางในแต่ละโซน รวมถึงโรงพยาบาลในถิ่นทุรกันดาร ในภาคเหนือตอนบน

3) การนิเทศติดตามโดยทีมตรวจราชการ ซึ่งทีมตรวจราชการในเขตสุขภาพที่ 1 ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหอนามัยแม่และเด็กเป็นอย่างดี รวมถึงการประสานเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาแก้ไขปัญหและปรับปรุงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่อง

4) การประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก รพ.สต.สายรัก และตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว

7. ปัญหา อุปสรรค รวมถึงวิธีการบริหารจัดการ

1) การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงาน เช่น ในระดับโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ซึ่งทำให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กลดน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพบริการ

2) ระบบการส่งต่อไม่สามารถดำเนินการได้ตามแนวทางการส่งต่อที่กำหนดไว้ได้ เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

3) เนื่องจากคณะกรรมการมีจำนวนมาก และมีความหลากหลายของความเป็นสหวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีปัญหาด้านการสื่อสารที่ทั่วถึง แม้ว่าจะมีความพยายามในการใช้การสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต แต่ก็ยังพบช่องว่างการสื่อสารซึ่งต้องใช้ความหลากหลายของช่องทาง ได้แก่ e-mail โทรศัพท์ หนังสือราชการ เป็นต้น

8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

จากผลการดำเนินงานด้วยความเข้มแข็งและมุ่งมั่นของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ผลสำเร็จและผลกระทบเชิงบวกดังนี้

1) เกิดประสิทธิภาพในระบบบริการที่มีมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการจัดทำมาตรฐานแนวทางการดูแลด้านอนามัยแม่

และเด็กระดับเขต (CGP) เพื่อสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทุกระดับจำนวน 103 โรงพยาบาล⁽¹⁹⁾

2) ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด การดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัดมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราการตายของทารกปริกำเนิด อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พัฒนาการเด็กสมวัย เป็นต้น⁽¹⁶⁾

3) เกิดการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ในการแก้ปัญหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

4) เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด ภาคเอกชน ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมต่างๆในชุมชน เป็นต้น

5) ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนและดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างยั่งยืน เกิดต้นแบบตำบลนมแม่ ที่เข้มแข็ง ศูนย์เรียนรู้ในชุมชน และศูนย์พัฒนาการเด็กคุณภาพ เช่น ตำบลป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ซึ่งเป็นต้นแบบของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศได้

9. การสร้างความยั่งยืนและการขยายผลไปยัง

หน่วยงานอื่น ๆ

การสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยคณะทำงานยึดถือค่านิยมในการทำงานร่วมกันคือ เสียสละ มุ่งมั่น สุจริต จิตอาสา⁽⁵⁾

10. บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินการพัฒนาบริการ

องค์ประกอบหลักที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือ 10.1 วิสัยทัศน์ของเขตสุขภาพที่

กว้างไกลด้านการดัดศักยภาพของพลังเครือข่ายของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเขต 10.2 ผู้นำที่เข้มแข็ง ได้แก่ ประธานคณะกรรมการที่มีความรู้ความสามารถและเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงประสบการณ์การบริหารจัดการด้านอนามัยแม่และเด็กมายาวนานเกือบ 30 ปี 10.3 ศักยภาพของคณะกรรมการที่มีความเข้มแข็ง มีคุณวุฒิและประสบการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กในแต่ละสาขา 10.4 ความร่วมมือและความมุ่งมั่นของคณะกรรมการฯ ด้านการบริหารจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐาน 10.5 ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน กพร.) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award).กรุงเทพฯ.วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2558.
2. สมศักดิ์ อรรถศิลป์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข).นนทบุรี.กระทรวงสาธารณสุข ; 2559.
3. 3 United Nations. The Global Strategy for women's, children's and adolescent's Health (2016-2030): SURVIVE, THRIVE, TRANSFORM; 2016.
4. พิษณุ ชันติพงษ์.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards); 2559.
5. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. เอกสารสรุปการประชุมคณะกรรมการพัฒนานาอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; ประชุมคณะกรรมการพัฒนานาอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; 25 มกราคม 2559; โรงแรมกรีนเลค รีสอร์ท. จ.เชียงใหม่; 2559.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน กพร.). เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ ระดับพื้นฐาน.กรุงเทพฯ.ฉบับที่ 2 พฤษภาคม 2558 .วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2558
7. สุจิต คุณประดิษฐ์. ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อจัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards); 2559.
8. คณะกรรมการพัฒนานาอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1.สรุปรายงานการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กประจำปี ; 2558-2559.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (P&P Excellence Forum2017).นนทบุรี.

10. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1.แนวทางการพัฒนาและ
ปรับปรุงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก;
2559.
11. สุจิต คุณประดิษฐ์. เอกสารนำเสนอ
มาตรการป้องกันและลดแม่ตาย.การ
ประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่
และเด็กเขตสุขภาพที่1; 2559.
12. นงนุช ภัทรอนันตนพ.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อ
จัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับ
รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand
Public Service Awards); 2559.
13. Every Woman Every Child’s Global
Strategy for Women’s,Children’s and
Adolescents’Health.What is a
Commitment?.เข้าถึงได้จาก
<https://www.everywomaneverychild.org>.
14. Department of Reproductive Health
and Research. World Health
Organization. Maternalmortality; fact
sheet.2014. Avenue Appia 20, CH-1211
Geneva 27, Switzerland. เข้าถึงได้จาก :
www.who.int/reproductivehealth.
15. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย.
รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการ
ปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรม
อนามัยประจำปีงบประมาณ2559.
นนทบุรี.
16. ศูนย์อนามัยที่ 10.รายงานข้อมูลอนามัย
แม่และเด็ก(MCH-HR1).เชียงใหม่; 2551-
2557.
17. สุรพันธ์ แสงสว่าง.ข้อมูลสัมภาษณ์เพื่อ
จัดทำวีดิทัศน์ประกอบการสมัครขอรับ
รางวัลบริการภาครัฐ แห่งชาติ (Thailand
Public Service Awards); 2559.
18. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1. บันทึกความร่วมมือการ
ขับเคลื่อนงานด้านอนามัยแม่และเด็กใน
พื้นที่ 8 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 1.เชียงใหม่;
2557.19 MCH Clinicalpracticeguidelines
(CPG,region1).คณะกรรมการพัฒนา
อนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่1; 2014.
19. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
เขตสุขภาพที่1.เอกสารรายงานกรณี
แม่ตาย(Confidential Enquiries-CE); 2559.

บทความวิชาการทั่วไป

การวิจัยอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน COMMUNITY BASE RESEARCH IN ENVIRONMENTAL HEALTH

รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี , ดร.อ้อมหทัย ดีแท้
ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชน
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
Corresponding author, E-mail: sopin21989@gmail.com

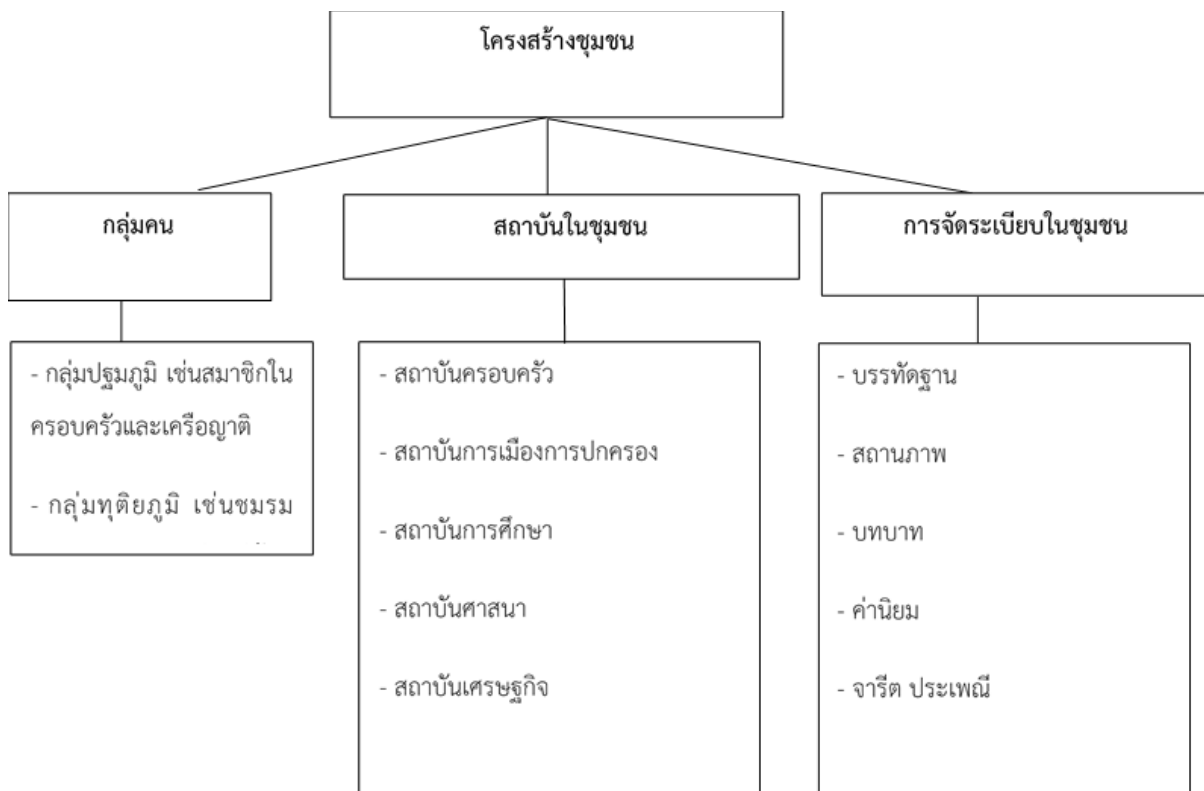
(Received: Dec 1, 2019; Revised: Dec 23, 2019; Accepted: Dec 27, 2019)

บทนำ

การวิจัยเป็นกระบวนการในการแสวงหาความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาเพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้สู่การแก้ไขปัญหา ดังนั้นกระบวนการการวิจัยจึงเป็นวิธีการแสวงหาความรู้ที่เป็นระบบ มีระเบียบวิธีและแบบแผนในการศึกษาปัญหา การแสวงหาคำตอบและการตรวจสอบให้การวิจัยมีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ ความรู้จากการวิจัยจะพัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎีที่จะนำมาใช้บรรยาย อธิบายและคาดคะเนปรากฏการณ์ทางธรรมชาติและพฤติกรรมของมนุษย์ ปัจจุบันนักวิจัยได้สร้างความรู้ไว้มากมาย มีวิธีการแสวงหาความรู้หลายวิธี มีการขยายขอบเขตความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทั้งปัญหาสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ทั้งนี้การที่จะสามารถแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงและนำปัญหามาเป็นตัวสะท้อนเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ส่วนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับการ

พัฒนาจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้การวิจัยหลากหลายรูปแบบเพื่อแสวงหาคำตอบความรู้พื้นฐานสู่แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งนี้การบูรณาการแนวคิดทั้งทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์เพื่อการออกแบบการวิจัยจะช่วยให้ผลการศึกษาตอบโจทย์การวิจัยได้ชัดเจนมากขึ้น⁽¹⁾

การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community - Based Participatory Research, CBPR) จึงเป็นการดำเนินการวิจัยโดยชุมชนกับชุมชน และสำหรับชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสมาชิกชุมชน นักวิจัย และหุ้นส่วนอื่น เป็นการวิจัยที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและเน้นการปฏิบัติการโดยผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้น ได้แก่ การปฏิบัติการทางสังคม การเสริมพลังอำนาจระดับท้องถิ่น และการสร้างความสามารถของชุมชน ซึ่งการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการผสมผสานการวิจัยกับการปฏิบัติที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของมนุษย์ภายใต้โครงสร้างชุมชนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ กลุ่มคน สถาบันในชุมชน และการจัดระเบียบในชุมชน ดังภาพ 1



ภาพ 1 โครงสร้างชุมชน

ชุมชนในความหมายของการวิจัยรูปแบบนี้จึงหมายถึง ชุมชนที่สมาชิกชุมชนมีความสนใจร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน นอกจากนี้ยัง หมายถึง กลุ่มของประชาชนที่ถึงแม้ไม่ได้อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันแต่มีความสนใจสิ่งต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น ชยะมูลฝอย น้ำเสีย สังคม ศาสนา เศรษฐกิจ สุขภาพหรืออาจจะเป็นชนกลุ่มน้อย กลุ่มที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ เช่น เลสเบี้ยน เกย์ เป็นต้น การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาข้อมูลและข้อเท็จจริงของชุมชนนั้น โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ โดยเฉพาะวิชาการทางด้านระบาดวิทยาและสถิติมีส่วนสำคัญในการทำวิจัยชุมชนทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การวางแผนออกแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์และการแปลผล สิ่ง

สำคัญในการทำวิจัยฐานชุมชน คือ การเปลี่ยนแปลงของชุมชนซึ่งเป็นไปได้ง่ายและรวดเร็ว (2) อย่างไรก็ตามการดำเนินการวิจัยต้องพิจารณาหลักการที่สำคัญ 2 ประการคือ

ประการแรก การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเน้นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกชุมชนและนักวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัยชุมชนให้ได้รับการเสริมพลังอำนาจเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งหมายถึงนักวิจัยได้เรียนรู้เกี่ยวกับท้องถิ่นจากสมาชิกชุมชนและสมาชิกชุมชนได้รับความรู้และได้ปฏิบัติการวิจัย

ประการที่สอง สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัย บทบาทของสมาชิกชุมชนในการมีส่วนร่วมในการทำวิจัย มี 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา บทบาทใน

การตัดสินใจ และบทบาทในการเป็นผู้เรียนรู้ร่วมกัน

องค์ประกอบของการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้³

ประชาชน หมายถึง สมาชิกชุมชนที่เป็นกลุ่มทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชนมานาน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มเยาวชน เป็นต้น

การมีส่วนร่วม หมายถึง สภาพการดำเนินงานที่สมาชิกชุมชนและนักวิจัยมีบทบาทในการดำเนินงานที่เท่าเทียมกันอย่างแท้จริง และมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการวิจัยทำให้เกิดการเสริมพลังอำนาจชุมชนจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยและการเรียนรู้ร่วมกัน ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนและนักวิจัยในกระบวนการวิจัยนั้นอาจปรับเปลี่ยนในแต่ละระยะของการวิจัยแต่สมาชิกชุมชนและนักวิจัยจะต้องรับผิดชอบและมีการตัดสินใจในทุกขั้นตอนร่วมกัน

หุ้นส่วน หมายถึง พันธะกรณีระหว่างสมาชิกกลุ่มหนึ่งในการดำเนินงานร่วมกันเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นสถาบันการศึกษา องค์กรธุรกิจ องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ทรัพยากรในชุมชนรวมเป็นต้นทุนทางสังคม เช่น ความไว้วางใจ ความร่วมมือ พันธะผูกพัน ความรู้และความพยายามของสมาชิกชุมชนซึ่งทีมของหุ้นส่วนควรมีประมาณ 8 - 12 คน และควรมีการระบุให้ชัดเจน ลักษณะของหุ้นส่วนต้องมีการสื่อสารระหว่างสมาชิกมีความยืดหยุ่นและมีการต่อรอง การเป็นหุ้นส่วนควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนแรก

ของการระบุปัญหา และการมีส่วนร่วมควรเป็นไปอย่างเท่าเทียมกันแต่การมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันของสมาชิกชุมชนกับนักวิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยนั้นค่อนข้างลำบากแต่อย่างน้อยสมาชิกชุมชนควรมีส่วนร่วมในระยะแรกของการวิจัย คือ การระบุคำถามของการวิจัยและควรมีส่วนร่วมในระยะของการปฏิบัติการและการเผยแพร่ข้อค้นพบจากการวิจัย

นอกจากนี้ การวิจัยรูปแบบนี้ยังให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสาร ดังเช่น แนวคิดเรื่องการจัดการพิบัติภัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการดำเนินการที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน การดำเนินการให้ประสบผลต้องใช้ความรู้ทางการสื่อสาร (A Communication Model) ตัวแบบทางการสื่อสารที่ง่ายเป็นรากฐานสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชน และการลงสู่ชุมชน และจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาการทำงานร่วมกันกับภาคีต่าง ๆ ให้เชื่อมโยงกับสาธารณะการพัฒนาสื่อการสร้างความร่วมมือ (Partnership) และการกำหนดขั้นตอนการสร้างองค์การความร่วมมือ

เครื่องมือปฏิบัติ หมายถึง การประยุกต์เทคนิคที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัยและการปฏิบัติการซึ่งควรใช้หลาย ๆ วิธีประกอบกัน⁽⁴⁾ เช่น

1. การเดินสำรวจรอบชุมชน เป็นเครื่องมือที่ง่ายอาศัยการเดินสำรวจ และสังเกตและจดบันทึก ลักษณะทางด้านกายภาพ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมชุมชน และบันทึกสิ่งที่สำรวจพบ เช่น

1.1 การประเมินสถานะชนบทอย่างรวดเร็ว (Rapid Rural Appraisal – RRA) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้เรียนรู้สภาพชนบทอย่างมีระบบใน

ระยะเวลาอันสั้น มีการใช้เครื่องมือและวิธีการหลายๆ อย่างประกอบกันโดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิเป็นสำคัญเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้วิจัยสาขาวิชาต่าง ๆ และชาวบ้านมีจุดเด่นที่ต่างกับเทคนิคอื่น คือ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาได้ในระยะสั้น

1.2 การศึกษาวิเคราะห์ระบบชนบท (Rural System Analysis – RSA) เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากการประเมินสถานะชนบทอย่างเร่งด่วนและได้มีการเปลี่ยนกรอบในการวิเคราะห์ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรรายย่อยโดยเฉพาะวิธีการนี้เป็นทั้งการวิจัยและการศึกษาซึ่งเน้นระดับหมู่บ้านและครัวเรือนเท่านั้น ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับการประเมินสถานะชนบทอย่างเร่งด่วนเป็นหลักและเสริมด้วยการเก็บข้อมูลวิธีอื่นๆ เพื่อให้ได้ภาพของชุมชนทั้งด้านการเกษตร เศรษฐกิจและสังคมที่สมบูรณ์พอที่จะนำไปใช้ในการสร้างกิจกรรมการพัฒนาในชุมชนได้

1.3 การวิเคราะห์ระบบนิเวศเกษตร (Agro-ecosystem Analysis – AA) เป็นเทคนิคที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์พื้นที่ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านขึ้นไปจนถึงระดับจังหวัด โดยมากใช้ประกอบกับการประเมินสถานะชนบทอย่างเร่งด่วนเมื่อต้องการใช้ข้อมูลปฐมภูมิซึ่งจะช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและยังทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่

ด้วย กรอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ระบบนิเวศเกษตรได้แก่ ทฤษฎีและแนวคิดเชิงระบบ โดยจะวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่นั้น ๆ มีลักษณะตามคุณสมบัติของระบบ 6 ประการ คือ ผลผลิตภาพหรือระดับการผลิต เสถียรภาพหรือความสม่ำเสมอ ถาวรภาพหรือความยั่งยืน ความสามัคคี ความเสมอภาค และการพึ่งตนเอง

2. การสัมภาษณ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์ หมายถึง การสนทนากันอย่างมีเป้าหมายระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการที่เที่ยงตรงและเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวผู้สัมภาษณ์ต้องพึงระมัดระวังเรื่องความเป็นกลางเป็นพิเศษ เช่น ข้อผิดพลาดอันเกิดจากการถูกชักจูงโดยสิ่งแวดล้อมรอบตัวในขณะสัมภาษณ์

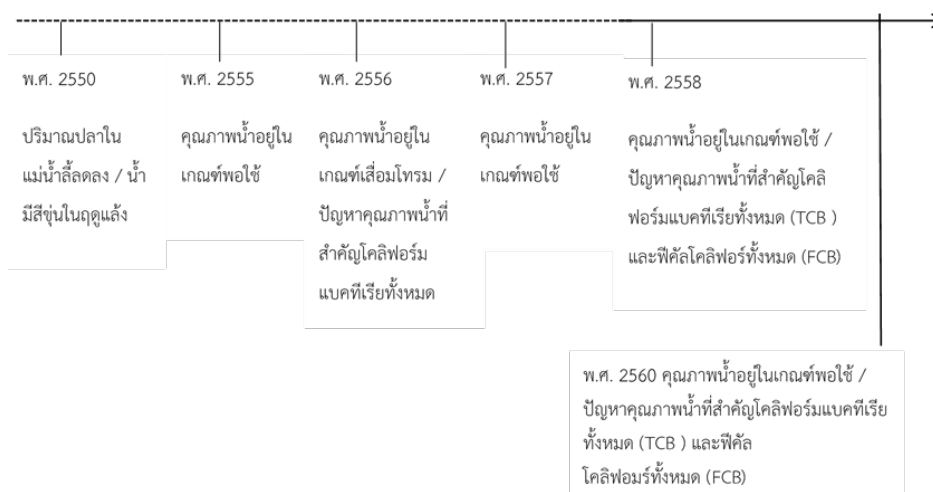
3. การทำแผนที่ทรัพยากรชุมชน เป็นการเน้นให้ชุมชนในแต่ละพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจทรัพยากรของท้องถิ่น เป็นแนวทางหนึ่งเพื่อการสร้างจิตสำนึกในการหวงแหนทรัพยากรทางธรรมชาติในชุมชนของตนเอง ซึ่งเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งสำหรับชุมชนท้องถิ่นในการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อการอนุรักษ์ ป่าไม้ สัตว์ รักษาความหลากหลายทางชีวภาพในชุมชน ดังภาพ 2



ภาพ 2 แผนที่ทรัพยากรชุมชน

4. แผนภาพเชิงกาลเวลาเป็นการค้นหาว่ามีเหตุการณ์ใดน่าจะเกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะคุกคามขึ้นบ้าง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเมื่อไร อย่างไร และมีการแก้ไขปัญหาโดยใคร อย่างไร ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เทคนิคการนำเครื่องมือไปใช้ สถานการณ์ที่เหมาะสมในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ เช่น กรณีปัญหาจากการดำเนิน

โครงการต่าง ๆ แล้วก่อผลกระทบอย่างชัดเจนกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมแล้วกระทบต่อสุขภาพในหลายรูปแบบและหลายเหตุการณ์ และปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุจากการประกอบอาชีพ รวมถึงกรณีปัญหาจากโครงการต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในมิติทางสังคมทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ⁽⁵⁾ ดังภาพ 3



ภาพ 3 แผนี่การเปลี่ยนแปลงเชิงกาลเวลา

ทั้งนี้การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนจากปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมอาจจะใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based) โดยเริ่มจาก การมีส่วนร่วมสำรวจชุมชนเพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นผู้เกี่ยวข้อง ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นทำการระบุปัญหา และสาเหตุของปัญหาโดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจต่อที่ประชุมชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านเสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมาเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญมาค้นหาสาเหตุสำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป และควรมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความรุนแรง และความต้องการของชุมชนทั้งนี้การมองปัญหาสุขภาพชุมชนต้องมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์กรรวม

ขั้นตอนการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีขั้นตอนคล้ายกับการวิจัยทั่วไปแต่มีข้อแตกต่างในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน และมีขั้นตอนในการดำเนินการแก้ปัญหาหรือโครงการปฏิบัติการเพิ่มเข้ามาขั้นตอนในการทำวิจัยฐานชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุประเด็นปัญหาที่ชุมชนตระหนัก ประเด็น (Issue) หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่ชุมชนระบุและมีความเต็มใจที่จะทำงานเพื่อ

การเปลี่ยนแปลง ส่วนปัญหา คือ สิ่งใดก็ตามที่คนภายนอกระบุว่าเป็นปัญหาของชุมชน ทั้งนี้หลักสำคัญในการระบุประเด็นมี 3 ประการ คือ

ประการแรก ประเด็นต้องเริ่มต้นที่ประชาชนและรวมถึงการรับฟังและการให้เกียรติ

ประการที่สอง เริ่มต้นที่ความเข้มแข็งและทรัพยากรของชุมชนมากกว่าปัญหา

ประการที่สาม การใช้พลังของการสนทนา

ความสำเร็จของการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต้องมีความชัดเจนตั้งแต่กระบวนการนี้ โดยวิธีการที่ช่วยให้ชุมชนระบุประเด็นปัญหาที่ชุมชนตระหนัก ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เทคนิคกลุ่มสมมติ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

การออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจะต้องง่าย ยืดหยุ่นและสร้างสรรค์หรือชุมชนเข้าใจง่าย ใช้สะดวก ภาษาที่ง่ายและเหมาะสม และไม่มากจนเกินไป ทั้งนี้การสร้างเครื่องมือต้องมีการกำหนดตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการทราบให้ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เครื่องมือที่จะนำมาใช้ต้องผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง แบบสังเกตแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และแบบทดสอบ

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีร่วมกันซึ่งมีทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

โดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และอื่น ๆ โดยแหล่งของข้อมูลมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และทุติยภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องเหมาะสมกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้จากวิธีการเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีการที่ไม่ยากจนเกินไป เช่น จำนวนนับ ร้อยละ อัตราส่วน สัดส่วน เป็นต้น โดยกระทำกันในชุมชนและควรคัดเลือกสมาชิกชุมชน 1 - 2 คนที่สามารถคำนวณตัวเลข บวก ลบ คูณ หาร ได้ดีพอสมควรเพื่อเป็นแกนหลักในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ในส่วนของการแปลผลมักจะเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เช่น ความจำเป็นพื้นฐาน ดังเช่น การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานความเสื่อมสภาพของแม่น้ำลี้ จังหวัดลำพูน ประกอบด้วย ⁽⁶⁾

1. ข้อมูลปฐมภูมิเป็นเอกสารขั้นต้นหรือเอกสารปฐมภูมิ (Primary document) หมายถึง เอกสารที่เขียนขึ้นโดยบุคคลที่เรียกว่า ประจักษ์พยาน (Eye-witness) ที่อยู่ในเหตุการณ์ ณ ขณะที่เหตุการณ์นั้นกำลังเกิดขึ้นจริง ได้แก่ บันทึกของประชาชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนและปราชญ์ชาวบ้านในพื้นที่ศึกษา

2. ข้อมูลทุติยภูมิใช้ข้อมูลจากเอกสารสาธารณะ (Public document) หมายถึง เอกสารที่เขียนและตีพิมพ์เผยแพร่โดยหน่วยงานสาธารณะ ทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนี้เอกสารจากเว็บไซต์ (Internet database) เอกสารจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) เอกสารจากหน่วยงาน (Organization database) และเอกสารจากฐานข้อมูลห้องสมุด (Library database)

3. เกณฑ์ในการเลือกเอกสาร

ข้อมูลในการวิจัยเอกสารทั้งหมดได้มาจากการศึกษาจากสื่อเอกสารในลักษณะต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อช่วยในการคัดเลือกเอกสารที่มีความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการลุ่มน้ำ และผู้เชี่ยวชาญด้านทรัพยากรน้ำ โดยมีเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกเอกสารมาใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ⁽⁷⁾

3.1 ความจริง (Authenticity) โดยคณะกรรมการร่วมกับผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารที่เป็นเอกสารที่แท้จริง (Origin) โดยการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่เขียนเอกสารว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร รวมถึงข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารนั้นสอดคล้องกับข้อมูลในบริบทอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาที่มีการเขียนเอกสารนั้นอย่างไร

3.2 ความถูกต้อง (Credibility) โดยคณะกรรมการร่วมกับผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารด้วยการพิจารณาว่า เอกสารนั้นจะต้องไม่มีข้อมูลที่ผิดพลาด บิดเบือนหรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

3.3 การเป็นตัวแทน (Representativeness) โดยคณะกรรมการร่วมกับผู้วิจัยจะต้องพิจารณาว่า เอกสารดังกล่าวมีความเป็นตัวแทนหรือไม่ โดยการเป็นตัวแทนระดับแรก คือ การที่เอกสารนั้นสามารถใช้แทนหรือเป็นแบบฉบับที่แทนเอกสารประเภทเดียวกันได้หรือไม่ และระดับที่สอง คือ ข้อมูลในเอกสารที่จะนำมาวิเคราะห์นั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรได้

3.4 ความหมาย (Meaning) โดยคณะกรรมการร่วมกับผู้วิจัยคัดเลือกเอกสารที่มีความชัดเจนและสามารถที่จะเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยจะตรวจสอบเอกสารในเบื้องต้นด้วยการพิจารณาข้อมูลเบื้องต้นว่าเอกสารที่นำมาพิจารณานั้นมีข้อมูลใดที่เป็นนัยสำคัญหรือจะสร้างความหมายให้กับการวิจัยหรือไม่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ตีความหมายข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์หากระบวนทัศน์ (Thematic analysis) (8) ตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 อ่านข้อความในเอกสารที่คัดเลือกได้อย่างรอบคอบ

4.2 กำหนดรหัส (Coding) ของประเด็นที่สำคัญแบบประโยคต่อประโยคในแต่ละบรรทัด (Line by line) เพื่อให้ได้สาระสำคัญของข้อมูลที่ได้นี้พยายามให้รหัสที่กำหนดขึ้นจากข้อความในเอกสารให้มากที่สุด

4.3 กำหนดกระบวนทัศน์ (Theme) โดยพิจารณาจากข้อความที่ได้จากเอกสาร ทำการจัดหมวดหมู่ของกลุ่มรหัสที่มีความสัมพันธ์กันแล้วทำการสรุปประเด็นหลักเพื่อนำไปสู่กระบวนทัศน์

4.4 วิเคราะห์กระบวนทัศน์ที่ได้ สรุปหาแนวคิดหลักและแนวคิดรองที่มีความสัมพันธ์กันเพื่อให้ได้คำตอบของการวิจัย

4.5 ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กับแหล่งข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดข้อมูลเพื่อการปรับปรุงสภาพที่เป็นปัญหา

จากการแปลผลและสรุปผลข้อมูลสมาชิกชุมชนจะทราบสถานการณ์ปัญหาหรือประเด็นที่ชุมชนสนใจหลายประเด็น และหุ้นส่วนจะพิจารณาร่วมกันว่าประเด็นต่าง ๆ นั้นมีความ

รุนแรงหรือสำคัญมากเพียงใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่น่าจะเป็นสาเหตุเพื่อกำหนดว่าจะใช้ประเด็นใดในการวางแผนโครงการต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนโครงการแก้ปัญหา

ในการจัดทำแผนนั้นทีมวิจัยจะต้องระบุโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ โดยกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ กิจกรรมทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ระบุผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกแต่ละคน จัดทำตารางและกำหนดเวลาที่จะดำเนินกิจกรรม แสวงหางบประมาณและหน่วยงานสนับสนุน กำหนดแผนการประเมิน ก่อนนำแผนไปปฏิบัติจะต้องนำแผนงานไปปรึกษาหารือหรือขอข้อคิดเห็นจากที่ประชุมที่ประกอบด้วยสมาชิกของหมู่บ้าน ผู้รู้ของหมู่บ้านผู้ชำนาญการทั้งภายในและภายนอกชุมชนและผู้เกี่ยวข้องกับการโครงการ และควรให้สมาชิกชุมชนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำแผนงานโครงการด้วย

ขั้นตอนที่ 6 การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล

การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้โดยหุ้นส่วน ซึ่งบางครั้งอาจต้องมีการอบรมเพื่อให้ความรู้และเทคนิคบางเรื่องโดยการเชิญวิทยากรภายนอกมาให้ความรู้ทั้งก่อนและขณะปฏิบัติการ ในส่วนของสมาชิกชุมชนควรได้รับการอบรมความรู้และเทคนิคเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลอย่างง่ายก่อนและต้องติดตามการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างและประเมินว่าโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินไปบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้การประเมินผล

ควรเป็นการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนการประเมินไปจนถึงขั้นตอนสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 7 การเผยแพร่ข้อค้นพบ

ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสภาพของชุมชน อาจนำเสนอเป็นแบบการแสดง กรณีตัวอย่าง รูปภาพและแผนภูมิในที่ประชุมต่าง ๆ ที่มีส่วนในโครงการหรือได้รับผลกระทบจากโครงการ

อย่างไรก็ตามการดำเนินการแต่ละขั้นตอนต้องพิจารณาถึงเป้าหมายของการวิจัยโดยเฉพาะชุมชนซึ่งเป็นสิ่งซึ่งผู้วิจัยไม่อาจที่จะกำหนดให้คงที่อยู่ได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัยชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านประชากรเพิ่มมากขึ้น ด้านสังคมเปลี่ยนและสถานที่เปลี่ยนตามความเจริญ การเติบโตของท้องถิ่น ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจเปลี่ยนแปลงไปด้วย จะเห็นได้ว่าการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นการวิจัยประยุกต์ที่เป็นการจัดหาข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับชุมชนและเป็นการสร้างโอกาสการเรียนรู้เกี่ยวกับชุมชน ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเป็นวิธีการหนึ่งในการเรียนรู้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ การได้รับประสบการณ์ตรงจากกระบวนการวิจัยรวมถึงการปรับความเข้าใจเกี่ยวกับทัศนคติทางวิถีวิทยาการจะช่วยส่งเสริมทักษะการคิดวิจารณ์และการช่วยให้มีความสนใจในเนื้อหาสาระมากขึ้นนอกจากนั้นการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในด้านสาธารณสุขเป็นการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการมีส่วนร่วมหรือการใช้ข้อค้นพบจากการวิจัยในการปฏิบัติการสำหรับการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างงานวิจัย เช่น การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชใน

การปลูกพืชไร่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้⁽⁹⁾

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการปลูกพืชไร่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2. วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method)

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกษตรกร ประชาชน เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ด้านการเกษตรที่เกี่ยวข้องในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 28 คน และการศึกษารายกรณีจำนวน 3 กรณี ซึ่งในงานวิจัยเชิงคุณภาพถือว่าเป็นรูปแบบงานวิจัยที่มีความสำคัญ เพราะทำให้ได้องค์ความรู้ที่กลุ่มศึกษาสามารถทำความเข้าใจความซับซ้อนของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

4. วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษารายกรณี

ใช้การถอดบทเรียนจากเกษตรกรที่มีกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพด้วยการลดการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการปลูกพืชไร่ที่มีผลการดำเนินงานที่ดีที่สุด (Best Practice) จำนวน 3 ราย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชประกอบด้วยจัดประชุมปรึกษาหารือในเวทีชุมชน โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันจัดทำร่างกรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

5. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ Thematic Analysis สำหรับการถอดบทเรียน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากนั้นจึงทำการสรุปเรียบเรียงเป็นลายลักษณ์อักษรและตรวจสอบความถูกต้องกับผู้เชี่ยวชาญ

7. ผลการศึกษา

ผู้มีส่วนได้เสียได้สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพดังนี้

7.1 ด้านการใช้สารชีวภาพทดแทนสารเคมีการเกษตรให้ภาครัฐและเทศบาลส่งเสริมการใช้ชีวภาพทดแทนสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชดังนี้

7.1.1 ให้การสนับสนุนองค์ความรู้ เช่น การฝึกอบรมโดยให้กระจายการฝึกอบรมให้ทั่วถึงเกษตรกรทุกคนซึ่งในปัจจุบันทางเทศบาลได้ร่วมมือกับทางมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่จะใช้ประโยชน์จากความร่วมมือนี้

7.1.2 ผลักดันการรวมกลุ่มกันของเกษตรกรในพื้นที่ที่ต้องการใช้สารชีวภาพ มีสหกรณ์จำหน่ายสารชีวภาพของตนเองและมีกฎกติกาที่สามารถบังคับให้เกษตรกรใช้ชีวภาพเหมือนกันทั้งเทศบาล ตลอดจนมีการจูงใจโดยการให้รางวัลเกษตรกรแกนนำจะทำให้เกิดการตื่นตัวของเกษตรกรและประชาชนเอง

7.1.3 สร้างกิจกรรมที่ให้ประชาชนและเกษตรกรมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ผู้ผลิตและผู้บริโภคมีโอกาสพบปะกัน ทั้งนี้

จะช่วยให้ทัศนคติของผู้บริโภคบางอย่าง เช่น ทัศนคติที่ว่าสารชีวภาพสกปรกผลิตมาจากของเสียพืชผักที่ใช้สารชีวภาพย่อมมีของเสียปนเปื้อนเปลี่ยนไป รวมถึงเป็นการปลูกฝังสำนึกรับผิดชอบและความมีวินัยต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมแก่ทุกฝ่าย ทั้งผู้บริหารเทศบาล เกษตรกรและประชาชน ตลอดจนนักวิชาการทุกฝ่ายเกิดจิตสำนึกร่วมกัน

7.2 ด้านความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรร่วมมือกันแก้ไขดังนี้

7.2.1 เทศบาลและชุมชน ผู้นำชุมชนทุกระดับต้องให้ความสำคัญกับปัญหาผลกระทบสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการเกษตร ต้องพยายามแสวงหาเครือข่ายและสร้างโครงการที่เกี่ยวข้อง อาศัยศรัทธา ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารและเน้นย้ำกระบวนการใช้ที่ถูกต้องแก่เกษตรกร หน่วยงานเทศบาลหากได้รับคำร้องเรียนเรื่องปัญหาจากการใช้สารเคมีการเกษตรควรเร่งแก้ไข เพิ่มมาตรการบังคับโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการใช้กติกาชุมชนเกี่ยวกับการจัดการเพื่อควบคุมผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้สารเคมีที่ไม่ระมัดระวัง เช่น การทิ้งขวดกล่อง ถึงสารเคมีการเกษตรที่ใช้แล้วลงพื้นที่สาธารณะรวมถึงการแบ่งเขตพื้นที่ปลูกพืชไร่

7.2.2 สำนักงานเกษตรอำเภอ ควรออกมาเยี่ยมและให้คำปรึกษาเกษตรกรอย่างต่อเนื่องตามสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ ควรมีการอบรมให้ความรู้และแนะนำเรื่องการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง และต้องจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากที่สุด อย่าตัดสินใจที่หน่วยงาน การตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อส่วนร่วมต้องสร้างกระบวนการมี

ส่วนร่วมให้มากที่สุด ควรมีการประสานงานร่วมมือกันอย่างบูรณาการในการให้ความรู้ และส่งเสริมการปฏิบัติสู่ชุมชนโดยให้ชุมชนเรียนรู้ร่วมกัน และหาวิธีการที่ปลอดภัยมาทดลองใช้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องยั่งยืน

7.2.3 หน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอันตราย และการป้องกันตนเองขณะใช้สารเคมีทางการเกษตร การตรวจหาการปนเปื้อนของสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงในเลือดต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและรายงานผลให้เกษตรกรทราบทุกคนที่เข้ารับการตรวจโดยเฉพาะรายที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย และต้องทำการตรวจการปนเปื้อนในผลผลิตและสิ่งแวดล้อมด้วย ควรมีการวางแผนการให้สุขศึกษาแก่เกษตรกรและประชาชนถึงวิธีการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งก่อน ขณะ และหลังฉีดพ่น และจัดรณรงค์เผยแพร่ความรู้และอันตรายของสารเคมีทางการเกษตร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตร

ในกระบวนการดำเนินงานต้องให้ความสำคัญกับเกษตรกรเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ ในการประยุกต์การทำเกษตรด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะกับสภาพของพืชที่ปลูก ปรับเปลี่ยนจากเกษตรเพื่อการค้าเป็นเกษตรเพื่อการพออยู่พอกิน ไม่เน้นการแข่งขัน ทุกฝ่ายควรมาร่วมกันแสดงความเห็น และเสนอแนะหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้ขอเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชจากการศึกษานี้ ยังได้สะท้อนความคิดของประชาชนและตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเห็นว่าการลดการใช้สารเคมีป้องกัน

กำจัดศัตรูพืชในการปลูกพืชไร่เป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน แต่ตัวของเกษตรกรยังไม่ให้ความสำคัญซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหานี้สินของเกษตรกร รวมถึงนโยบายของภาครัฐที่ส่งเสริมการผลิตภาคเกษตรเพื่อการค้าที่ก่อให้เกิดการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

การวิจัยอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยชุมชนเป็นฐานเป็นการแสวงหาคำตอบของปัญหาด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีระเบียบขั้นตอน โดยกระบวนการศึกษาเริ่มต้นจากการประเมินและการวินิจฉัยปัญหาที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง รวมถึงกระบวนการวิจัยที่ผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพจะนำไปสู่การปรับประยุกต์ใช้ผลการวิจัยเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาและการใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สามารถ ใจเตี้ย. อนามัยสิ่งแวดล้อม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2558.
2. วัชรพร เขยสุวรรณ .การวิจัยฐานชุมชน (Community-Based Research). [ออนไลน์]. (2562). [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก

- http://www.navy.mi.th/nnc/PDF/493_5.pdf
3. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. คู่มือการพัฒนาทักษะการวิจัยชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
 4. ณัฐฤทธิ์ แก้วพิบูลย์ และคณะ. การศึกษาชุมชน. โครงการส่งเสริมการผลิตเอกสารที่เป็นการสรุปเนื้อหาในรูปสื่ออิเล็กทรอนิกส์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา; 2547.
 5. เดชรัตน์ สุขกำเนิด, ปัทพงษ์ เกษศม์ บุรณ์, ศุภกิจ นันทะวรการ, ดวงใจ รุ่งโรจน์เจริญกิจ, วภาวชนิชิต, และ นันทนา ทราบรัมย์. คู่มือฝึกอบรมการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา.
 6. สามารถ ใจเตี้ย. คุณภาพน้ำและการใช้ประโยชน์แม่น้ำต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกรณีศึกษาแม่น้ำลี้ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ดุขฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก; 2556.
 7. Mogalakwe, M. The Use of Documentary Research Methods in Social Research, African Sociological Review. 2006; 10(1): 221 - 230.
 8. Morse, J., Field, P. Nursing Research: The Application of Qualitative Approaches (2 nd). London: Chapman and Hall; 1996.
 9. สามารถ ใจเตี้ย. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการปลูกพืชไร่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. 2555; ราชพฤกษ์, 10 (1): 81 - 85.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รับผิดชอบต่อความวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย ด้านการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย อนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน กองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและปรับปรุง

วารสารจัดทำปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน (เผยแพร่เดือนสิงหาคม) และฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม (เผยแพร่เดือนกุมภาพันธ์) เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐาน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่การรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการ จึงขอให้ผู้ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้ดำเนินการตามข้อแนะนำ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทความวิจัย (Research article)** เป็นบทความที่สกัดมาจากการวิจัย R2R นำเสนอถึงวิธีการและผลการศึกษารายงาน โดยอาศัยการศึกษารายงานอย่างเป็นระบบ มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน เป็นการนำเสนอในรูปแบบของบทความวิจัย องค์ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ในทางวิชาการ หรือประยุกต์ใช้ต่อไป

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานการวิจัย(ถ้ามี) การทบทวนวรรณกรรม ระเบียบวิธีวิจัย สรุปและอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

2. **บทความทางวิชาการ (Academic article)** เป็นการเขียนวิชาการซึ่งมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การจัดการความรู้ นวัตกรรม เพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ โดยรูปแบบประกอบด้วยการนำความที่แสดงเหตุผล หรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์ กระบวนการอธิบายหรือวิเคราะห์และบทสรุป มีการอ้างอิงบรรณานุกรมที่ ครบถ้วนและสมบูรณ์

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ เนื้อความ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นการนำเสนอ องค์ความรู้หรือรายงานลักษณะการป่วยของผู้ป่วย ที่มีลักษณะพิเศษ กลุ่มอาการ อาการแสดงหรือโรค ที่ไม่เคยมีการรายงานมาก่อน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง และภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

1. การพิมพ์ ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word จัดหน้ากระดาษ A4 และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว ใส่เลขหน้ามุมขวาบนตั้งแต่หน้าแรกเรียงไปตามลำดับ
2. รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ตามลำดับดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
- 4) หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt

3. จำนวนหน้า ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

4. ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหา โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็น และมีการกล่าวถึงเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพ แผนภูมิ และมีการกล่าวถึงให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้นๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

5. การส่งต้นฉบับ ให้ส่งบทความต้นฉบับ ในรูปแบบไฟล์ word พร้อมแนบแบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2 ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้าและตำแหน่งทางวิชาการ ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากชื่อเรื่อง หากมีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3 สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้

นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากผู้นิพนธ์บทความ ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4 บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5 คำสำคัญ (Keywords) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6 เอกสารอ้างอิง (Reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ Vancouver เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี ปรัชญา (เพิ่มเติมตัวอย่าง)

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้ไม่สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾

2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ชั่วกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่ (Year); เล่มที่ ฉบับที่ของวารสาร(Volume (No): หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
2. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book). ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition). สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535
2. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
2. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen], เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
2. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

ขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

1. ให้ส่งบทความต้นฉบับ ในรูปแบบไฟล์ word พร้อมทั้งกรอกข้อมูลแบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ แนบสำเนาจริยธรรม ส่งต้นฉบับทางระบบThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth> เมื่อฝ่ายวารสาร รับเรื่องแล้ว กองบรรณาธิการจะจัดให้มีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณา (Peer reviewer) อ่านต้นฉบับ2- 3 ท่านตอบบทความร่วมพิจารณา โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้นิพนธ์ และ

Peer review (Double-blind Peer Review) เพื่อประเมินคุณภาพให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง และสรุปผลการพิจารณา จากนั้นจะแจ้งผลการประเมินคุณภาพให้ผู้เขียนทราบเพื่อการปรับปรุงภายในวันที่กำหนด เมื่อท่านได้ปรับปรุงเสร็จแล้ว และส่งคืนบทความที่แก้ไขแล้ว บรรณาธิการจะทำการตรวจสอบรูปแบบให้ถูกต้องตามเกณฑ์ และแจ้งให้ท่านทราบ และดำเนินการปรับหากมีการแก้ไข และออกหนังสือรับรองการลงตีพิมพ์บทความในวารสารในฉบับที่กำหนดให้ สามารถติดตามความก้าวหน้าได้ในระบบ **ThaiJo**

2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

3. สมัครสมาชิกวารสาร (**คู่มือการสมัครสมาชิก**) *สำหรับผู้แต่งท่านใดที่**ยังไม่ได้เป็น** สมาชิกวารสารในระบบ ThaiJo ก่อนดำเนินการส่งบทความเข้าขอรับการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล เมื่อได้สมัครเป็นสมาชิกแล้ว ให้ทำการ log in และปฏิบัติตามขั้นตอนของการส่งบทความ (Submission)

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกองบรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอมานี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิทย์ กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)

.....
(.....)

...../...../.....

...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถเพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด