



วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 : Vol 7 NO. 2 July - December 2017



ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2560 : Vol 7 NO. 2 July - December 2017

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- * การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน
- * รายงานผู้ป่วย การสร้างมิติแนวตั้งขณะสวดด้วยฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้
- * การพบเชื้อฟอร์โมโรโมแนส จิงจิวัลลิสในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด
- * การพัฒนาแบบทดสอบและสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสามเณร
- * ผลของโปรแกรม DPAC บุคลากรต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่รับบริการ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2560
- * การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน IFG ระหว่างกลุ่ม DPAC plus และ Routine Practice คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- * การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุตำบลหนองหาร อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่
- * การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- * ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2556-2558 เขตสุขภาพที่ 1



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
Lanna Journal of Health Promotion & Environmental

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนาพ	รักษาการผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
		ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

น.ส.กิงพิกุล	ชำนาญคง	นายกฤษณะ	จตุรงค์ศรีมี
--------------	---------	----------	--------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์	สีรุ่งเรือง	นางกฤษณา	กาเผือก
-----------------	-------------	----------	---------

กองบรรณาธิการ

นางปิยพร	เสาร์สาร	นางอมรา	นาวารวงศ์
นางเพ็ญจิตร	กาพนมณี	นางสิริรำไพ	ภูธรใจ
นายวิญญู	กฤษณรัช	นางนงค์เยาว์	แสงคำ
นายศุภวิทย์	อมรยุทธ์	นางสาวพิมพ์ภากรณ์	พรหมใจ
นางสาววิภาพร	เตชะสรพัส	นางสาววัชรรา	ศิริกุลเสถียร
นางนันทวัน	จันทร์ตา		

พิมพ์ครั้งที่ 2

สิงหาคม 2560

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 <http://webapp.hpc1.go.th/research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภัทระ พรี – เพรส 242/2 ถ. มณีนพรัตน์ ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053 – 210816, 053 – 226410, 089 – 4310468 โทรสาร 053 – 404397

E – mail : pattrar@hotmail.com เว็บไซต์ www.pattrara.com

สารบัญ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

	หน้า
บทนิพนธ์ต้นฉบับ	
■ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน	1
■ รายงานผู้ป่วย การสร้างมิติแนวตั้งขณะสวดด้วยฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้	14
■ การพบเชื้อฟอร์โฟโรโมนเนส จิงจิवालิสในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด	23
■ การพัฒนาแบบทดสอบและสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสามเณร	33
■ ผลของโปรแกรม DPAC บุรณาการต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่รับบริการ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2560	44
■ การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน IFG ระหว่างกลุ่ม DPAC plus และ Routine Practice คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	54
■ การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	63
■ การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	71
■ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน พ.ศ. 2556-2558 เขตสุขภาพที่ 1	86

การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

Perception on Health and Preventive Behaviors Towards Overnutrition Among
Prathom Suksa 5-6 Students in Mae Tha District, Lamphun Province

ปิยนุช พวงมาลัย *

ธารทิพย์ พรหมขัติแก้ว **

นักศึกษาปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตอำเภอแม่ทา จำนวน 235 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะโภชนาการของนักเรียน แบ่งออกเป็น ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 58.3 ภาวะท้วม ร้อยละ 10.2 ภาวะเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.5 และภาวะอ้วน ร้อยละ 17.0 นักเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.5 โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.3 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะ

โภชนาการเกินอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.0 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.4 โดยมีพฤติกรรมการกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และการรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียน แต่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.007 ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะโภชนาการเกิน

ABSTRACT

A cross-sectional analytic study was aimed to evaluate the perception on health, preventive behaviors toward overnutrition and relation of health perception, overnutrition protective behaviors to nutritional status among Prathom Suksa 5-6 students in Mae That District, Lamphun Province. Subjects were included 235 students who studied in grade 5-6 of the first semester, 2016 at the basic education commission elementary schools in area of Mae That District. Data was collected by questionnaire and analyzed by using descriptive statistics and Chi-Square Test at $p < 0.05$.

The health perception of most students (68.50%) was classified in moderate range. The risk recognition of overnutrition was ranged in moderate level of them (53.60%). There was intermediately realization of virulent overnutrition among the study group (58.30%). The benefit of overnutrition protection was additionally known in a good range as 58.30%. The difficulty of overnutrition prevention was exhibited as an intermediate range of them (52.80%). Additionally,

the health attitude associated overnutrition protective behaviors was in an excellence (77.00%). Overview of the overnutrition preventive behavior was moderately shown as 77.40%. A consumptive behavior among the students was found in the intermediate level (78.30%). An exercise activity was additionally presented in moderate level as shown 49.8%.

The analytical study showed that the student's health perception was not correlated with nutritional status. The health perception was not also related the overnutrition preventive behavior. In contrast, overnutrition protective activity is significantly related to nutritional condition of students as 0.007 ($p < 0.05$).

Keywords: Perception on Health, Preventive Behaviors, Overnutrition

บทนำ

จากสภาพสังคม วัฒนธรรม และการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน ทำให้ส่งผลกระทบต่อที่นำไปสู่การดำเนินวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินในเด็กที่ปัจจุบันเน้นการกินอาหารที่มีสัดส่วนของผักและผลไม้ น้อยกว่าอาหารประเภทแป้งและไขมัน รวมไปถึงการกินขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล จึงส่งผลทำให้ภาวะโภชนาการของเด็กไทยในปัจจุบัน ได้กลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ภาวะโภชนาการเกิน ที่นำไปสู่ปัญหาโรคอ้วนและมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสัดส่วนของเด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะการเป็นเด็กอ้วนตั้งแต่ช่วงอายุ 1-5 ปี และช่วงอายุ 6-14 ปี ซึ่งมีการขยายตัวที่เพิ่มขึ้นในปริมาณสัดส่วน 1 ใน 10 กล่าวคือ ในเด็กนักเรียนทุกๆ 10 คน จะพบว่าเป็นโรคอ้วนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งผลเสียของโรคอ้วนที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคมของเด็ก รวมทั้งยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

เป็นต้น^[1] นอกจากผลกระทบทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบที่ก่อให้เกิดความสูญเสียในทางระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย ที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 5,580.8 ล้านบาท ในการรักษาพยาบาลด้านสุขภาพที่มาจากผลกระทบของโรคอ้วน^[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปีพ.ศ. 2555 มีประชากรโลกมากถึง 1.9 พันล้านคน จัดอยู่ในภาวะโภชนาการเกิน และ 600 ล้านคน จัดอยู่ในภาวะอ้วน โดยพบว่า ร้อยละ 39.0 มีภาวะโภชนาการเกินเกิน และร้อยละ 13.0 เป็นโรคอ้วน ในปี 2556 ก็พบว่าประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากถึง 42 ล้านคน อยู่ในภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน โดยอัตราการเกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนนั้นพบได้ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง และรายได้ต่ำ^[3] และจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไทยใน ปี 2556 ก็ยังพบว่าในกลุ่มเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 5-14 ปี มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญทางด้านโภชนาการ โดยพบภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 8.8 และมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2557^[4] อีกทั้งยังพบว่าเด็กไทยในกลุ่มเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 9-12 ปี ที่มีภาวะโภชนาการเกินส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มน้ำอัดลม กินขนมหวาน กินอาหารจานด่วนและมักจะระบายความทุกข์ด้วยการกิน จากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งปริมาณ ชนิด ความถี่ จึงเป็นสาเหตุของการนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการเกิน นอกจากนั้นแล้วยัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่ไม่น้อยไปกว่าพฤติกรรมของการกิน คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น พฤติกรรมการกินอาหารของครอบครัว จำนวนเงินที่ให้เด็กไปโรงเรียน นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการกินของเด็กได้^[5] นอกจากนี้การรับรู้ด้านสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่แสดงออกมาตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล อีกทั้งการรับรู้ด้าน

สุขภาพยังเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การตระหนักถึงการสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคได้ ปัจจุบันคนไทยจำนวนมากยังไม่รับรู้สถานะของตนเองว่ามีภาวะอ้วน จากการศึกษาถึงปัจจัยของการเกิดโรคอ้วน พบว่า ร้อยละ 91.0 นั้นคนที่มีภาวะอ้วนไม่รับรู้สถานะของตนเองว่าเป็นโรคอ้วน^[6] และจากการศึกษาอีก พบว่า เด็กนักเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพว่าการมีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการมีภาวะอ้วนที่ไม่ถูกต้อง^[7] อีกทั้งการรับรู้ของเด็กที่ได้รับจากสื่อโฆษณาต่างๆ นั้นยังมีผลต่อการจดจำ การตัดสินใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกกินอาหารของเด็ก โดยเฉพาะการตัดสินใจ เลือกกินขนมกรุบกรอบตามรูปแบบจากสื่อโฆษณาที่ได้เรียนรู้และจดจำจากสื่อโฆษณานั้นมา จนทำให้เกิดความสนใจในการเลือกบริโภคในสินค้านั้น^[8] ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องนั้นอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามมา ฉะนั้นการรับรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่จะนำไปสู่การตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคอ้วนได้ ซึ่งหากมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและการรับรู้ถึงความรุนแรง จากผลกระทบของการมีภาวะโภชนาการเกิน ก็จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมในการป้องกันโรคอ้วน จนเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนได้^[9]

จากการสำรวจข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนจังหวัดลำพูน พบว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 นักเรียนมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 7.9, 10.4, 9.8 ตามลำดับ และในส่วนของอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน มีจำนวนโรงเรียนประถมศึกษาที่อยู่ในเขตพื้นที่ทั้งหมด 33 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,796 คน และในแต่ละโรงเรียนนั้นเป็นโรงเรียนที่มีการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น จากสถิติการสำรวจข้อมูลสุขภาพและภาวะ

โภชนาการของเด็กนักเรียน ปีการศึกษา 2558 ในภาคเรียนที่ 1 พบนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 14.0 ในภาคเรียนที่ 2 พบนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 14.5 จากผลการสรุปข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของอำเภอแม่ทา ยังคงพบแนวโน้มของสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินมีจำนวนที่สูงกว่าค่าดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุขที่ควรมีน้ำหนักตามส่วนสูงมากกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10 และเนื่องจากปัญหาสุขภาพที่ยังคงพบในโรงเรียนประถมศึกษาของเขตพื้นที่ อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน แม้ว่าทางโรงเรียนจะมีนโยบายในการดำเนินการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีการให้สุขศึกษาแต่ในทางปฏิบัตินั้นก็ยังคงพบปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาด้านโภชนาการเกิน อาจเนื่องมาจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องจนส่งผลต่อการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงบริบทในแต่ละพื้นที่และปัจจัยจากสาเหตุอื่นๆ อีกหลายประการที่ยังคงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพนี้อยู่ เช่น แบบอย่างของพฤติกรรมกินที่ไม่เหมาะสม การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย ฉะนั้นการป้องกันมิให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและการแก้ไขในระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในวัยเด็ก ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันสามารถกระทำได้ง่ายกว่าเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดโครงการในการสร้างเสริมสุขภาพและให้สุขศึกษาในการสนับสนุนให้แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษากลุ่มนี้ได้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีได้อย่างถูกต้องและเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

นิยามศัพท์เฉพาะ

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 หมายถึง นักเรียนประถมศึกษาช่วงชั้นตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 5-6 ปีการศึกษา 2559 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ของ อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

การรับรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ หรือ การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ต่อความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ถึงประโยชน์และพฤติกรรม การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง การปฏิบัติตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่แสดงออกในการป้องกันสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน โดยเป็นการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย

พฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการกิน หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เกี่ยวกับการกินอาหาร ซึ่งการแสดงออกมานั้น อาจเป็นการแสดงออกทั้งด้านการกระทำและด้านความคิด ได้แก่ การกินอาหาร ขนมกรูบกรอบและเครื่องดื่ม ตามปริมาณและความถี่ในการกิน

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อฝึกให้ร่างกายเคลื่อนไหวทำให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อ และเกิดการเผาผลาญพลังงานออกมา ได้แก่ การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า รดน้ำต้นไม้

ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานมากเกินไปจนความต้องการที่สามารถเปรียบเทียบได้จากน้ำหนักกับส่วนสูง จากกราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของกองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มีค่า $> +2$ S.D.

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. โรงเรียนสามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ ไปใช้ในการนำไปสู่การวางแผนจัดการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กนักเรียน และพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน เพื่อการแก้ไขปัญหาโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนต่อไป

2. ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และให้สุขศึกษาแก่เด็กนักเรียนที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม

3. หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย เพื่อการวางแผนพัฒนาสุขภาพทางด้านภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนต่อไป

4. เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2559 ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ เขตอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางการสุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน^[10] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 234 คน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในระดับโรงเรียนในทุกโรงเรียนของเขตพื้นที่อำเภอแม่ทา ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 235 คน และทำการสุ่มตัวอย่างในระดับนักเรียนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม และวิเคราะห์ผลข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แบ่งออกเป็นดังนี้

1. การรับรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน จำนวน 30 ข้อ เป็นลักษณะคำถามที่ให้เลือกตอบแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ที่ประกอบด้วยการรับรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การให้คะแนน คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน 3 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนนได้แบ่งระดับคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนออกมาได้ ดังนี้^[11]

การรับรู้ระดับมาก	คะแนนร้อยละ 85-100
การรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 65-84
การรับรู้ระดับน้อย	คะแนนร้อยละ 0-64

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การให้คะแนน คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อย	3 คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน 3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน 4 คะแนน

สำหรับการแปลผลคะแนนได้แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนออกมาได้ ดังนี้^[11]

พฤติกรรมระดับดี	คะแนนร้อยละ 85-100
พฤติกรรมระดับปานกลาง	คะแนนร้อยละ 65-84
พฤติกรรมระดับน้อย	คะแนนร้อยละ 0-64

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้แบบสอบถามใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 36 คน และได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Conbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.71

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.4 เพศหญิง ร้อยละ 50.6 ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 50.6 ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 49.4 การประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 58.3 ภาวะท้วม ร้อยละ 10.2 ภาวะเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.5 และภาวะอ้วน ร้อยละ 17.0 โดยส่วนใหญ่พบนักเรียนเพศชายมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 66.2 และเพศหญิงมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 33.8 สำหรับการพักอาศัยนักเรียนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 74.0 มีบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 65.1 นักเรียนเป็นบุตรคนที่หนึ่ง ร้อยละ 56.2 มีจำนวนพี่น้องหนึ่งคน ร้อยละ 52.8 และสมาชิกในครอบครัวของนักเรียนที่มีรูปร่างอ้วน พบว่า เป็นมารดา ร้อยละ 37.9 รองลงมาคือ บิดา ร้อยละ 29.8 สำหรับระดับการศึกษาของบิดา ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 48.9 มารดาศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.3 ส่วนใหญ่บิดาและมารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.6, 54.0 ตามลำดับ และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 40.4 จำนวนเงินที่นักเรียนได้รับไปโรงเรียน 21-40 บาทต่อวัน โดยเงินที่นักเรียนได้รับมาโรงเรียนนั้นส่วนใหญ่จะนำไปใช้จ่ายค่าอาหาร และใช้จ่ายอื่นๆ ร้อยละ 93.6 โดยค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่นักเรียนเลือกซื้อ คือ ขนมกรุบกรอบ เช่น เลย์ โปเต้ ป๊อกกี้ ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ ไอศกรีมและน้ำหวาน เช่น ชาไข่มุก โกโก้ ชาเย็น น้ำปั่น ร้อยละ 29.4 แหล่งที่นักเรียนมักเลือกซื้อขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม คือ ร้านค้าในโรงเรียน ร้อยละ 46.4 มักจะเลือกกินขนมในช่วงเวลาพักกลางวัน ร้อยละ 74.5 ส่วนการจัดเตรียมขนมให้นักเรียนนำไปโรงเรียนบิดา มารดา และผู้ปกครองไม่ได้จัดเตรียมไว้ให้ ร้อยละ 77.4 และการจัดเตรียมอาหารนั้น มารดาจะเป็นผู้จัดเตรียมไว้ให้ ร้อยละ 39.6 ซึ่งส่วนใหญ่นั้นจะจัดเตรียมอาหาร ด้วยวิธีการทำกิน

เองบางมือ และซื้ออาหารปรุงสำเร็จบางมือร้อยละ 57.0 นักเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 68.5 โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 53.6 มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับมากร้อยละ 58.3 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.8 และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.0 ซึ่งเป็นด้านที่มีการรับรู้ที่สูงที่สุด ดังตาราง 1 เมื่อพิจารณารายข้อพบนักเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ มีการรับรู้ว่าการที่ผู้ปกครองซื้อขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลมจัดเตรียมไว้ให้นักเรียนที่บ้าน เป็นส่งเสริมให้นักเรียนได้รับสารอาหารอย่าง และการกินขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นการช่วยลดพฤติกรรมบริโภคที่เกินความจำเป็น

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ด้านสุขภาพ (n=235)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับน้อย
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	100(42.6)	126(53.6)	9(3.8)
การรับรู้ความรุนแรง	83(35.3)	137(58.3)	15(6.4)
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน	137(58.3)	93(39.6)	5(2.1)
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน	96(40.8)	124(52.8)	15(6.4)
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	181(77.0)	51(21.7)	3(1.3)
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	71(30.2)	161(68.5)	3(1.3)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน (n=235)

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน	ระดับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน		
	ระดับดี	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับน้อย
พฤติกรรมในการกิน	9(3.8)	184(78.3)	42(17.9)
พฤติกรรมในการออกกำลังกาย	35(14.9)	117(49.8)	83(35.3)
พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินโดยรวม	11(4.7)	182(77.4)	42(17.9)

จากตาราง 2 นักเรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมในการกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 และมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่

เหมาะสม คือ กินอาหารตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน ร้อยละ 65.1 กินอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ ร้อยละ 59.6 และการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การปั่นจักรยาน วิ่งเล่นกับเพื่อน ร้อยละ 47.7 ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่เหมาะสม คือ กินอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า ไก่ทอดเคเอฟซี แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์ เป็นต้น โดยปฏิบัติ

เป็นประจำและปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 88.1 เลือกซื้อขนมกรุบกรอบกินตามสื่อ-โฆษณา โดยปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 81.3 และการกินอาหารประเภท หมูกระทะ หมูจุ่ม โดยปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติบ่อย ร้อยละ 80.0

จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ดังตาราง 3 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์การรับรู้

ด้านสุขภาพเป็นรายด้านพบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และการรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ของนักเรียน แต่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.007 ($p < 0.05$) ดังตาราง 4

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน			p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย	
	จำนวน(ร้อยละ)(n=235)			
การรับรู้ระดับมาก	7(63.6)	55(30.3)	9(21.4)	0.081
การรับรู้ระดับปานกลาง	4(36.4)	124(68.1)	33(78.6)	
การรับรู้ระดับน้อย	0(0.0)	3(1.6)	0(0.0)	
รวม	11(100.0)	182(100.0)	42(100.0)	

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน กับภาวะโภชนาการของนักเรียน

ตัวแปร	ภาวะโภชนาการของนักเรียน				p-value
	ปกติ	ท้วม	เริ่มอ้วน	อ้วน	
	จำนวน(ร้อยละ)(n=235)				
การรับรู้ด้านสุขภาพ					0.144
การรับรู้ระดับมาก	35(25.6)	10(41.7)	13(38.2)	13(32.5)	
การรับรู้ระดับปานกลาง	101(73.7)	14(58.3)	21(61.8)	25(62.5)	
การรับรู้ระดับน้อย	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	2(5.0)	
รวม	137(100.0)	24(100.0)	34(100.0)	40(100.0)	
พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน					0.007*
พฤติกรรมป้องกันในระดับดี	5(3.7)	1(4.2)	4(11.8)	1(2.5)	
พฤติกรรมป้องกันในระดับปานกลาง	111(81.0)	21(87.5)	26(76.4)	24(60.0)	
พฤติกรรมป้องกันในระดับน้อย	21(15.3)	2(8.3)	4(11.8)	15(37.5)	
รวม	137(100.0)	24(100.0)	34(100.0)	40(100.0)	

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไป

จากการประเมินภาวะโภชนาการ พบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 58.3 ภาวะท้วม ร้อยละ 10.2 ภาวะเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.5 ภาวะอ้วน ร้อยละ 17.0 โดยพบนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 31.5 แบ่งออกเป็น ภาวะเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.5 ภาวะอ้วน ร้อยละ 17.0 ซึ่งมีจำนวนที่สูงกว่าค่าดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุข ที่ควรมีน้ำหนักตามส่วนสูงมากกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10 โดยพบในนักเรียนเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเด็กในวัยเรียนเป็นวัยที่โครงสร้างของร่างกายนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น ประกอบกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และลักษณะการบริโภคอาหารที่เข้ามามีอิทธิพล ทำให้เด็กในวัยเรียนเกิดการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมจนส่งผลเสียต่อภาวะโภชนาการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐกกุลรินทร์ (2555) ที่พบว่าเด็กนักเรียนเพศชายมีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเด็กนักเรียนเพศหญิง เนื่องมาจากการเพศหญิงนั้นจะให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์มากกว่าเพศชาย จึงทำให้ใช้เวลาในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรุมา บุญยารมย์ และคณะ (2557) ที่พบว่าเด็กเพศชายมีภาวะอ้วนมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเด็กเพศชายใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกมส์ และการบริโภคอาหารจำพวกแป้ง และอาหารมีรสชาติดหวานมากกว่าเด็กเพศหญิง สำหรับทางด้านครอบครัวของนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็นบุตรคนที่หนึ่งและมีจำนวนพี่น้องหนึ่งคน ซึ่งการมีจำนวนพี่น้องที่น้อยหรือการเป็นบุตรคนเดียวนั้น ยังมีโอกาสส่งผลทำให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากบิดามารดานั้นคอยตามใจจนทำให้เด็กมีพฤติกรรมการเลือกบริโภคตามใจตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา พิงโพธิ์สภ (2552) ที่พบว่า เด็กที่เป็นลูกคนเดียวหรือเป็นลูกคนสุดท้องมีโอกาสเสี่ยงต่อ

การมีภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากครอบครัวไทยในปัจจุบันนิยมทุ่มเทให้ความรักและตามใจลูกคนสุดท้องเป็นพิเศษ หากเป็นลูกคนเดียวก็จะยิ่งถูกตามใจให้กินดื้ออยู่ดี จนทำให้ได้รับสารอาหารมากเกินไปกว่าที่ร่างกายต้องการ ในส่วนระดับการศึกษาของมารดาพบว่า มีระดับที่สูงกว่าบิดา ฉะนั้นมารดาจึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อลูกมากกว่าบิดา เนื่องจากส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้คอยดูแลจัดเตรียมอาหาร ดังนั้นการที่มารดามีความรู้ในระดับที่สูงก็จะส่งผลให้คำแนะนำนั้นมาปฏิบัติใช้ในการเลือกซื้อ การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมและส่งผลดีต่อภาวะโภชนาการให้แก่ลูก สอดคล้องกับพบพร พิมประภากร (2551) พบว่า ครอบครัวที่มีความรู้ด้านภาวะโภชนาการที่ดีย่อมมีส่วนช่วยในการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของการประกอบอาชีพส่วนใหญ่บิดามารดาจะประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อเดือนอยู่ที่ 5,001 – 10,000 บาท ซึ่งถือว่า มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอกินพอใช้ รายได้ของครอบครัวถือว่าปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้ครอบครัวนั้นมีอำนาจในการเลือกซื้ออาหารมาบริโภค ไม่ว่าจะมียาได้มากหรือน้อยหากครอบครัวนิยมเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าน้อย ย่อมส่งผลเสียต่อภาวะโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพบพร พิมประภากร (2551) ที่พบว่า การมีฐานะพอกินพอใช้ไม่เหลือเก็บแต่ยังมีเงินให้สามารถเลือกซื้ออาหารได้ตามใจชอบได้ เป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง จนอาจส่งผลให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน สำหรับจำนวนเงินที่นักเรียนได้รับมาโรงเรียนในแต่ละวันอยู่ในช่วง 21-40 บาทต่อวัน เฉลี่ยวันละ 29.2 บาท โดยเงินที่นักเรียนได้รับมาโรงเรียนนั้นจะถูกนำมาใช้จ่ายเป็นค่าขนม ซึ่งไม่รวมกับค่าอาหารกลางวัน จึงทำให้นักเรียนนั้นสามารถนำเงินที่ได้รับมาใช้ได้อย่างอิสระในการเลือกซื้อขนมตามความชอบของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ และในส่วนของร้านค้าในโรงเรียนก็เป็นแหล่งที่สำคัญที่นักเรียนนั้นสามารถเข้าถึงได้

ง่าย ไม่มีใครคอยกำกับการเลือกซื้อขนมและเครื่องดื่ม โดยเฉพาะช่วงเวลาพักกลางวันที่โรงเรียน จากผลการศึกษาแม้ว่าโรงเรียนในเขตพื้นที่เป็นโรงเรียนที่มีการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีการดูแลและให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่นักเรียน แต่ก็ยังพบการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มในบริเวณโรงเรียน ให้แก่นักเรียนได้ซื้อกิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทางโรงเรียนยังขาดมาตรการที่ชัดเจนในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินจึงทำให้ไม่สามารถควบคุมการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มในโรงเรียนจึงเป็นผลทำให้เกิดการสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง จนอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านภาวะโภชนาการของนักเรียนตามมา

การรับรู้ด้านสุขภาพ

การรับรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินและแรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมแล้ว พบว่า นักเรียนมีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารรักษ์ และคณะ (2556) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค มีการรับรู้โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงที่ทำให้เกิดผล

กระทบต่อชีวิตได้ มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรค หากป่วยเป็นโรคนั้น และมีการรับรู้ว่าการกระทำนั้นไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ต้องมีสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลนั้นต้องการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบไม่ว่านักเรียนจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับมากหรือน้อยเพียงใดก็ไม่ส่งผลต่อการตระหนักถึงแนวทางในการนำมาปฏิบัติตนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จึงเป็นผลทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะโภชนาการของนักเรียน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้านกับพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกิน พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แสดงว่าไม่ว่าบุคคลจะมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินมากน้อยเพียงใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ยังมีความไม่แน่ใจว่าตนเองนั้นมีน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน จึงทำให้เด็กนั้นอาจไม่มีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน เป็นผลทำให้เด็กนั้นไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณภา เล็กอุทัย และคณะ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91 ไม่รู้สถานะว่าตัวเองเป็นโรคอ้วน

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ว่า การที่บุคคลใดเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อร่างกาย บุคคลนั้นจะสร้างแรงผลักดันที่จะแสดงพฤติกรรมในการดูแลตนเองออกมา เพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น^[9] ดังนั้น ไม่ว่านักเรียนจะมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะ

โภชนาการเกินในระดับมากน้อยเพียงใด ก็ไม่ส่งผลต่อการสร้างแรงผลักดันในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนยังมีการรับรู้ที่ว่าอาหารกินในปริมาณที่มากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกายนั้น ไม่มีผลที่รุนแรงต่อภาวะโภชนาการ แต่กลับรับรู้ว่าจะทำให้ร่างกายนั้นได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แสดงว่าไม่ว่าบุคคลใดจะมีระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินมากน้อยเพียงใด ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการออกกำลังกาย สามารถช่วยป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แต่ในทางปฏิบัตินั้นพบว่าส่วนใหญ่แล้วนักเรียนมีการออกกำลังกายแค่บางครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์ (2558) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายนั้นดี มีประโยชน์ และช่วยลดโรคอ้วนลงพุงได้ แต่เลือกที่จะไม่ปฏิบัติเพราะเป็นเรื่องยากที่จะปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นก็ได้^[9] แสดงว่าไม่ว่านักเรียนจะมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในระดับมากน้อยเพียงใด ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ทั้งนี้เนื่องจากว่านักเรียนมีการรับรู้อยู่แล้วว่าการขายขนมกรุบกรอบในโรงเรียน เป็นอุปสรรคที่ขวางกั้นการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แต่นักเรียนก็ยังเลือกที่จะซื้อกินโดยไม่คำนึงถึงปัญหาภาวะโภชนาการที่จะตามมา

แรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ว่า สิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งๆ ที่เข้ามากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการแสดงออกมา^[9] แสดงว่าไม่ว่านักเรียนจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับมากน้อยเพียงใด ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ดังนั้นการที่นักเรียนได้รับการแนะนำ กระตุ้น ตักเตือนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ครู หรือบุคคลลาการสาธารณสุข ก็ไม่มีผลให้นักเรียนนั้นตระหนักถึงการนำไปปฏิบัติตนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากการที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับตัวนักเรียนเองที่จะเป็นผู้กำหนดการกระทำนั้นออกมา

พฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พ.ต.อ.ไฉไล เทียงกมล และคณะ (2558) พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่านักเรียนมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่ถูกต้องเหมาะสมพอสมควร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางสติปัญญามากขึ้น จึงเป็นช่วงวัยที่ค่อนข้างพร้อมในการเรียนรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินที่ถูกต้อง คือ การกินอาหารตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน การกินอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ และการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การปั่นจักรยาน วิ่งเล่นกับเพื่อน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินกับภาวะโภชนาการของนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.007

($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในระดับที่แตกต่างกันจะมีภาวะโภชนาการที่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกร เสือแก้ว (2552) ที่พบว่า นักเรียนที่มีภาวะโภชนาการต่างกันจะมีการป้องกันภาวะอ้วนไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพสิ่งแวดล้อม และสิ่งสำคัญคือ ตัวนักเรียนเองที่จะเป็นคนกำหนดการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมนั้นออกมา ฉะนั้นหากนักเรียนมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินในระดับที่มากเพียงใดก็ย่อมมีผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีกว่านักเรียนที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะโภชนาการเกินในระดับที่น้อย จึงเป็นผลทำให้นักเรียนนั้นมีภาวะโภชนาการที่ต่างกัน

สรุปผลการศึกษารับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอสมควรแต่ไม่ได้ตระหนักถึงการนำมาปฏิบัติใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จึงส่งผลทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะโภชนาการ ฉะนั้นจึงทำให้ยังคงพบปัญหานักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าค่าดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพด้านภาวะโภชนาการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เนื่องจากทางโรงเรียนไม่สามารถควบคุมการจำหน่ายขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มในโรงเรียนได้ จึงเป็นช่องทางที่ทำให้นักเรียนนั้นสามารถเลือกซื้อบริโภคได้อย่างอิสระ ดังนั้นทางโรงเรียนควรมีมาตรการอย่างเคร่งครัดในการเลือกขนมและเครื่องดื่มเข้ามาจำหน่ายในโรงเรียนเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

2. จากผลการศึกษาพบว่าเด็กไม่ได้นำความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่นั้นมาปฏิบัติใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ในรูปแบบที่เห็นถึงผลกระทบที่เป็นตัวอย่างเพื่อให้เด็กเห็นภาพได้ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติใช้ และควรมีการเฝ้าติดตามดำเนินงานด้านภาวะโภชนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเปรียบเทียบโรงเรียนในเขตเมืองและเขตชนบทว่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินแตกต่างกันหรือไม่
2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเปรียบเทียบนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติและนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ว่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในแต่ละด้านแตกต่างกันหรือไม่
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยทำการศึกษาในรูปแบบของงานวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ เฉพาะในเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เพื่อจะได้ข้อมูลในเชิงลึกที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละด้านและมีความเที่ยงตรงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
2. ไพบุลย์ พิทยาเถียรอนันต์ และคณะ. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(3):287-98.
3. WHO. Obesity and overweight ,December 23, 2015. Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. สินีพร ยืนยง กนกพร หมู่พยัคฆ์ นันทวัน สุวรรณธูป. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. J Nurs Sci. 2555;30(2):91-100.
6. วรณภา เล็กอุทัย และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(3):299-306.
7. มินตรา สาระรักษ์ และคณะ. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษาการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2556;4(2):65-85.
8. จุฑารัตน์ กำเครื่อง. โฆษณาขนมขบเคี้ยวทางสื่อโทรทัศน์ที่มีผลต่อการรับรู้และตัดสินใจเลือกบริโภคของเด็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
9. Becker et al. 1974 อ้างอิงใน นันทดี ดวงแก้ว. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. เชียงใหม่: การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
10. Krejcie and Morgan. Determining Sample size for research Activities. Educational and Psychological Measurement 30. 1970:607-10.
11. สุภาวิดา พริกเล็ก และคณะ. ความรู้ ทักษะการบริหาร และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ความปลอดภัยในการทำงานอุตสาหกรรมผลิตยางธรรมชาติ พื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย. Safety and Health. 2558;10(35):มกราคม - มีนาคม 2559

รายงานผู้ป่วย การสร้างมิติแนวตั้งขณะสบด้วยฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้

Case report: Reestablishment of occlusal vertical dimension with removable partial denture

ทันตแพทย์หญิง ดวงนา คูอาริยะกุล

กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลน่าน

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันหลังไปหลายซี่ทำให้ฟันหลังที่เหลืออยู่ไม่มีคู่สบ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยการทดแทนฟันหลังที่สูญเสียไปด้วยฟันเทียมแล้ว ผู้ป่วยก็จะใช้ฟันหน้าและฟันที่เหลืออยู่ในการบดเคี้ยว ซึ่งเป็นสาเหตุให้ฟันที่เหลืออยู่มีการสึกกร่อนมากขึ้น เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบตามมา ถึงกระนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการทดแทนฟันหลังที่สูญเสียไปหลายซี่โดยการใส่ฟันเทียม แต่ไม่ได้มีการแก้ไขมิติแนวตั้งขณะสบก่อน จะทำให้ การใส่ฟันเทียมนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ในด้านการบดเคี้ยว ขาดความสวยงาม ฟันเทียมไม่คงทนแข็งแรง บทความนี้นำเสนอ การแก้ไขมิติแนวตั้งขณะสบของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ โดยไม่ได้รับการแก้ไขมิติแนวตั้งขณะสบก่อน และพบปัญหาเรื่องการแตกหักของฟันเทียมเก่าที่ใส่มา โดยมีขั้นตอนการรักษาคือหามิติแนวตั้งขณะสบที่เหมาะสม จากนั้นทำฟันเทียมเฉพาะกาลให้ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับระยะมิติแนวตั้งขณะสบของผู้ป่วยที่วัดค่าได้ ภายหลังจึงทำฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์ – โครเมียมให้แก่ผู้ป่วยใส่ต่อไป ผลการรักษาพบว่าสามารถฟื้นฟูการบดเคี้ยวที่มีความสัมพันธ์กับความสวยงามของใบหน้าที่ดีขึ้น ทันตแพทย์และผู้ป่วยพึงพอใจต่อการรักษาเป็นอย่างมาก

คำสำคัญ : มิติแนวตั้งขณะสบ ฟันเทียมเฉพาะกาล ฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์ – โครเมียม

Abstract

Patient who have lost many posterior teeth may also occurred the non opposing tooth between jaw. Due to unreplacement of missing tooth with denture, mastication force will be loaded on anterior and remaining tooth, consequence of increasing the tooth wear and loss of occlusal

vertical dimension (OVD). Even though the prosthetic treatment in patient presenting multi posterior tooth loss without the adjustment of their own individual OVD, not lead to function and aesthetic acceptability and strength of the denture. This present case report showed the reestablishment of OVD in patient who has old broken removable partial denture and incorrect OVD. The procedures, OVD assessment was performed, provisional removable partial denture was provided according to OVD measurement. After that a cobalt-chromium removable partial denture was done as a final prosthesis. The result showed a satisfaction of mastication recovery performance associated with the recovery of facial esthetic in the patient and dentist 's role.

บทนำ

การสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบมีสาเหตุหลัก 2 สาเหตุ คือ ฟันสึก และการสูญเสียการรองรับจากฟันหลัง^[1] ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพของระบบบดเคี้ยว ลดลง ความสวยงามของใบหน้าผู้ป่วยลดลง การสึกของฟันธรรมชาติมีสาเหตุเกิดจาก 1. การสึกจากการบดเคี้ยว (Attrition) คือ การสึกของฟันบริเวณด้านบดเคี้ยวที่สัมผัสกันโดยตรงจากการใช้งาน การสึกของฟันลักษณะนี้ มีผลทำให้เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบได้เช่นกัน แต่อัตราการสึกจะต้องมีอัตราที่เร็วกว่าปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมคือความผิดปกติแต่กำเนิดของชั้นผิวเคลือบฟัน (Amelogenesis imperfecta) เป็นภาวะที่เคลือบฟันหลุดจากเนื้อฟันได้ง่าย นอกเหนือจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่น เช่น การนอนกัดฟัน (Bruxism) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางจิตใจ ความเครียด มีสิ่งกีดขวางการสบฟัน การสึกจากฟันคู่สบที่ทำจากวัสดุบูรณะประเภท Porcelain ซึ่งมีความแข็งมากกว่าผิวเคลือบฟัน เป็นต้น 2. การสึกจากการขัดถู (Abrasion) เช่น การแปรงฟัน โดยมักพบรอยสึกบริเวณคอฟันมากกว่าด้านบดเคี้ยว 3. การสึกกร่อน (Erosion) คือ การสึกจาก

กระบวนการทางเคมี เช่น การทานอาหารที่มีความเป็นกรดสูง การอาเจียนเรื้อรังจากภาวะโรคบางชนิด โดยจะพบรอยสึกทางด้านล้นของปลายฟันตัด และด้านบดเคี้ยวของฟันหลังที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่มีการสบฟัน 4. แอ็บแฟรกชัน (Abfraction) คือ การสึกจากการบดเคี้ยวที่ผิดปกติ ทำให้เกิดลักษณะการสึกที่คอฟันเป็นรูปสามเหลี่ยม (Wedge – shape cervical lesion)

การสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบนอกจากจะมีสาเหตุจากฟันสึกแล้ว ยังมีสาเหตุเกิดจากการสูญเสียฟันหลัง ทำให้ฟันที่เหลืออยู่ต้องรองรับแรงบดเคี้ยวที่มากขึ้น ทำให้ฟันสึกหรือโยก เกิดการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ และเพิ่มแรงลงที่ข้อต่อขากรรไกรมากขึ้น

การประเมินผู้ป่วยว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบหรือไม่ สามารถประเมินได้จากหลายวิธี^[2] ได้แก่

1. ประเมินจากเค้ารูปเนื้อเยื่ออ่อนของใบหน้า (Facial soft tissue contour) สมดุลของกะโหลกศีรษะ ขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างนำมาประเมินเป็นสัดส่วนที่สวยงาม เรียกสัดส่วนนี้ว่า สัดส่วนทอง (Golden proportion) มีค่าเท่ากับ 1.618 : 1 สัดส่วนนี้วัดได้จากระยะไร้มันถึงปีกจมูก ซึ่งมีค่า 1.618 เท่าของระยะปีกจมูกถึงปลายคาง หรือวัดระยะจากหางตาถึงมุมปากมีค่าเป็น 1.618 เท่าของระยะจากมุมปากถึงปลายคาง ขนาดใบหน้าส่วนล่าง คือ ระยะจากปีกจมูกถึงปลายคางเป็นมิติแนวตั้งที่ใช้อ้างอิงทั้งขณะพักและขณะสบฟัน การสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ ส่งผลให้เนื้อเยื่ออ่อนของใบหน้าขาดการรองรับ ทำให้รูปใบหน้าเสียไป มุมปากตก ร่องเหนือริมฝีปากลึกขึ้น ใบหน้าดูสั้นลง ทำให้สูญเสียความสวยงามของใบหน้า ผู้ป่วยที่มีสัดส่วนของใบหน้าส่วนล่างสั้นกว่าปกติเท่านั้น ที่สามารถวางแผนการรักษาโดยปรับเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบได้

2. ประเมินจากการออกเสียง “ส” หรือ “เอส” (Sibilant sound) ซึ่งเป็นระยะของฟันในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างที่น้อยที่สุดที่เกิดขณะพูด เรียกว่าระยะชิดที่สุดขณะพูด (Closest

speaking space) หากระยะนี้มีค่ามากกว่า 1-2 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ

3. ประเมินจากระยะปลอดการสบ (Freeway space, interocclusal distance) คือ ระยะห่างระหว่างมิติแนวตั้งขณะสบและมิติแนวตั้งขณะพัก หากระยะนี้ได้โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายหรือออกเสียงเอ้มหลาย ๆ ครั้ง จากการศึกษาในผู้ป่วย 200 คน ที่มีฟันสึก พบว่าร้อยละ 83 มีระยะปลอดการสบประมาณ 3 มิลลิเมตร ถ้ามีระยะปลอดการสบมากกว่า 4 มิลลิเมตร แสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ^[3]

เมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ ทันตแพทย์ต้องตรวจประเมินว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งหรือไม่ ทำการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยอื่นๆ วางแผนการรักษาโดยการบูรณะและฟื้นฟูสภาพช่องปาก วิธีการรักษามีหลายวิธีได้แก่ การบูรณะฟันที่สึกด้วยครอบฟันร่วมกับการทดแทนฟันที่สูญเสียไปด้วยฟันเทียมติดแน่นหรือรากฟันเทียม^[4,5] เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบ วิธีการทำครอบฟันร่วมกับฟันเทียมติดแน่นและฟันเทียมบางส่วนถอดได้^[6] วิธีการทำฟันเทียมบางส่วนถอดได้⁷ วิธีการทำฟันเทียมคร่อมรากฟัน^[8,9] ซึ่งจะใช้รักษาในกรณีฟันที่เหลืออยู่ไม่เหมาะสมกับการทำครอบฟัน วิธีการทำฟันเทียมทั้งปาก^[10] กรณีฟันที่เหลืออยู่มีสภาพไม่ดีหรือพิจารณาแล้วผู้ป่วยไม่สามารถดูแลได้ โดยทำการวางแผนถอนฟันออกทั้งหมด จากนั้นจึงทำฟันเทียมทั้งปาก รายงานผู้ป่วยรายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันหลังไปหลายซี่ ฟันที่เหลืออยู่มีการสึกมาก มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ ผู้ป่วยได้รับการใส่ฟันเทียมมาโดยไม่มีการปรับเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบ จึงทำให้ฟันที่เหลืออยู่มีการสึกต่อไป ไบหน้าของผู้ป่วยดูไม่สวยงาม ฟันเทียมแตกหักง่าย ได้ทำการรักษาผู้ป่วย โดยการประเมินและหาระยะการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ เตรียมช่องปากและทำฟันเทียมเฉพาะกาล^[11] ที่ได้มีการปรับเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบให้ผู้ป่วยใส่ จนสามารถใช้งานได้ดี จากนั้นจึงทำฟันเทียมถอดได้ชนิด

โคบอลต์-โครเมียมให้กับผู้ป่วย ซึ่งฟันเทียมชนิดนี้มีความแข็งแรงทนทานมากกว่าฟันเทียมเฉพาะกาล รายงานผู้ป่วยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการรักษาในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้

รายงานผู้ป่วย

ชายไทยอายุ 57 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญ คือ ฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซินบนแตก ทำให้ใส่แล้วหลวม ฟันเทียมบนและล่างที่ใส่ไปไม่สวยงาม ฟันธรรมชาติบริเวณฟันหน้าล่างที่เหลืออยู่สึกมาก ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ปฏิเสธการแพ้ยา ผู้ป่วยไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกร ผู้ป่วยเคยรับการรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ คือ อุดฟันถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย รักษารากฟัน ใส่ฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซิน

การตรวจสภาพใบหน้าและภายในช่องปาก

ใบหน้ามีลักษณะสมมาตร มีสัดส่วนของใบหน้าส่วนล่างสั้นกว่าปกติ มีร่องที่มุมปากทั้ง 2 ข้าง ไบหน้ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ (รูป1)



รูป 1 การตรวจสภาพใบหน้า พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ

ภายในช่องปาก

1. พบมีสันเหงือกกว้างบริเวณฟัน 16 17 26 27 34 35 43 44 45 ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซินบนและล่าง ฟันเทียมบน มีซี่ฟันเทียมและฐานฟันเทียมบริเวณ 16 17 แตก และตะขอลวดดัดที่ฟันซี่ 15 หายไป พบการสึกและบิ่นของปลายฟัน 33 32 31 41 42 อย่างมาก พบการสึกด้านบดเคี้ยวของฟัน 14 15 24 25 36 37 46

47 พบฟัน 32 31 41 42 ได้รับการรักษารากฟันไว้ แต่ยังไม่เสร็จสิ้นการรักษา ฟัน 47 ได้รับการรักษารากฟันเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ยังไม่ได้ทำเดือยและครอบฟัน (รูป 2)



รูป 2 การตรวจสภาพภายในช่องปาก เมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์

2. สภาวะปริทันต์พบเหงือกอักเสบเล็กน้อย มีความลึกของร่องเหงือก 2-3 มิลลิเมตร ฟัน 36 37 46 47 มีการละลายตัวของกระดูกรองรับ แต่ไม่มีรูทะลุระหว่างง่ามรากฟัน

3. การตรวจทางภาพรังสี พบระดับกระดูกครอบรากฟัน 23 24 25 47 ประมาณ $\frac{2}{3}$ ของความยาวราก ส่วนฟันซี่อื่น ๆ พบระดับกระดูกครอบรากฟันมากกว่า $\frac{2}{3}$ ของความยาวราก มีฟัน 23 47 ได้รับการรักษารากฟันเรียบร้อยแล้ว (รูป 3)



รูป 3 ภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษา

การวินิจฉัย

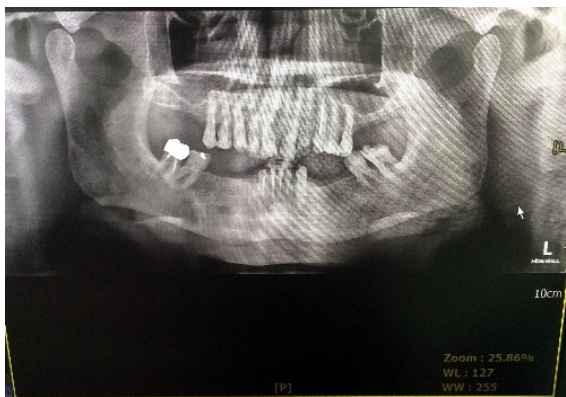
มีสันเหงือกกว้างบริเวณฟัน 16 17 26 27 34 35 43 44 45 (edentulous ridge area 16 17 26 27 35 43 44 45)

มีการสึกของฟันหน้าและฟันหลังอย่างมาก (pathologic attrition)

การสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ (loss of occlusal vertical dimension)

ขั้นตอนการรักษา

1. ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจภายนอกช่องปาก ตรวจภายในช่องปาก ตรวจทางภาพรังสี
2. ขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน
3. อุดฟันที่สึกบริเวณด้านบดเคี้ยว 14 15 24 25 36 37 46
4. รักษารากฟัน 32 31 41 42 (รูป 4)



รูป 4 ฟัน 32 31 41 42 ได้รับการรักษารากฟันเสร็จเรียบร้อยแล้ว

5. ทำเดือยและครอบฟัน 47 (รูป 5)



รูป 5 ฟัน 47 ได้รับการทำเดือยและครอบฟันเสร็จเรียบร้อยแล้ว

6. ทำฟันเทียมเฉพาะกาล ซึ่งเป็นฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซิน บนและล่างที่มีการปรับเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบให้กับผู้ป่วย ซึ่งจะต้องเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบขนาดใด สามารถทำได้โดยใช้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน ดังนี้ในขั้นตอนการทำได้ ประเมินหาระยะปลดการสบ ซึ่งหาได้จากค่ามิติแนวตั้งขณะพักด้วยค่ามิติแนวตั้งขณะสบ โดยมิติแนวตั้งขณะพักหาด้วยวิธีให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายหลายๆ ครั้ง แล้ววัดระยะที่กำหนดไว้ 2 บนใบหน้า คือจุดหนึ่งที่ปลายจมูกและอีกจุดหนึ่งอยู่ที่บริเวณปลายคาง ส่วนมิติแนวตั้งขณะสบหาด้วยวิธีให้ผู้ป่วยสบฟันบนล่างเข้าด้วยกัน แล้ววัดระยะที่กำหนดไว้ 2 จุด บนใบหน้าจุดเดิม ในผู้ป่วยรายนี้ หาระยะปลดการสบได้ 8 มิลลิเมตร ประเมินระยะชิดที่สุดขณะพูดโดยการออกเสียง “ส” มีระยะมากกว่า 2 มิลลิเมตร ในขั้นตอนการลองแต่งกัฒบนล่าง ได้ปรับแต่งความสูงของแท่งกัฒ โดย

เพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบขึ้นไปประมาณ 6 มิลลิเมตร มีระยะปลดการสบประมาณ 2 มิลลิเมตร ประเมินระยะชิดที่สุดขณะพูดได้ประมาณ 2 มิลลิเมตร พิจารณาดูใบหน้าผู้ป่วยแล้ว มีใบหน้าส่วนล่างยาวขึ้นดูสวยงามขึ้น ร่องที่มุมปากทั้ง 2 ข้างหายไป ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่มีอาการปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำการบันทึกการสบฟันที่ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation record) แล้วนำไปทำฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซินบน ล่างใส่ให้กับผู้ป่วย (รูป 6)รูป 6



ทำฟันเทียมเฉพาะกาลที่มีการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบ 6 มิลลิเมตรให้ผู้ป่วยใส่

7. นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษา และแก้ไข จนกระทั่งผู้ป่วยใช้งานฟันเทียมเฉพาะกาลได้ดี ให้ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลเป็นเวลา 2 เดือน

8. ทำฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์-โครเมียม บนและล่าง ให้กับผู้ป่วย โดยมีการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบให้เท่ากับฟันเทียมเฉพาะกาลที่ผู้ป่วยใส่ (รูป 7)



รูป 7 ทำฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์ - โครเมียม ให้ผู้ป่วยใส่

9. นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษา และแก้ไข จนกระทั่งผู้ป่วยใช้งานได้ดี ไม่มีปัญหา

ผลการรักษา

ภายหลังจากใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันเทียมเฉพาะกาลได้ดี มีสัดส่วนของใบหน้าส่วนล่างปกติ ร่องมุมปากหายไป สบายมากขึ้น หลังจากติดตามผลการใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลเป็นเวลา 2 เดือน ได้ทำฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์ - โครเมียมให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยใส่ได้สบายขึ้น ฟังพอใจมากขึ้น เนื่องจากฟันเทียมถอดได้ชนิดโคบอลต์ - โครเมียมมีความหนาแน่นน้อยกว่า แต่มีความแข็งแรงมากกว่าฟันเทียมเฉพาะกาล ที่ทำมาจากอะคริลิกเรซิน

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการสำคัญเมื่อมาพบทันตแพทย์คือ ฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซิน แตกหักไป ทำให้ฟันเทียมหลวม ขณะใส่ฟันเทียมจะบดบดบริเวณมุมปาก ดูแลไม่สบาย ฟันธรรมชาติบริเวณฟันหน้าล่างที่เหลือน้อยเกินไป โดยขนาดความยาวของตัวฟันเหนือเหงือกมีความยาวเพียง 2-3 มิลลิเมตร ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ดูแลไม่สบาย ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ได้รับการถอนฟันหลังไปหลายซี่ ทำให้ต้องใช้ฟันหน้าในการบดเคี้ยวอาหารอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกระทั่งมีอาการปวดฟันหน้าล่าง จึงได้มาพบทันตแพทย์ ท่านแรกและได้รับการรักษารากฟัน 32 31 41 42 แต่ยังไม่เสร็จสิ้นการรักษา ฟัน 47 ได้รับการรักษารากฟันเรียบร้อยแล้ว สาเหตุที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษารากฟันเพราะไม่ต้องการสูญเสียฟันเพิ่มอีก จากการตรวจสภาพใบหน้าของผู้ป่วยพบใบหน้าส่วนล่างสั้นกว่าปกติ มีร่องตำแหน่งมุมปาก ทั้ง 2 ข้างเห็นได้ชัด ทหาระยะปลอดการสบได้ 8 มิลลิเมตร ซึ่งแสดงว่ามีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบ² ในขณะที่ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซิน บนและล่างแล้ว ใบหน้าส่วนล่าง

ของผู้ป่วยก็ยังคงดูสั้นกว่าปกติ และมีร่องตำแหน่งมุมปากทั้ง 2 ข้างอยู่ ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจประกอบกับฟันเทียมถอดได้ขึ้นบนแตกหัก ทำให้ฟันเทียมหลวม ผู้ป่วยมีความประสงค์ในการทำฟันเทียมใหม่ ทันตแพทย์ได้วางแผนการรักษา โดยเริ่มจากการฟื้นฟูสภาพช่องปากของผู้ป่วยเพื่อเก็บรักษาฟันที่หลงเหลืออยู่ภายในช่องปาก จากนั้นวางแผนเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบให้กับผู้ป่วย การประเมินและหาค่าการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบใช้ 3 วิธีร่วมกัน คือ ประเมินจากเค้ารูปเนื้อเยื่ออ่อนของใบหน้า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและเป็นวิธีที่ใช้เป็นประจำในงานทำฟันเทียมทั้งปาก ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบเช่นผู้ป่วยรายนี้ ถ้าทำฟันเทียมให้ผู้ป่วยใส่โดยไม่มีการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้แก่ ใบหน้าส่วนล่างสั้นกว่าปกติดูไม่สวยงาม เคี้ยวและกลืนอาการลำบาก ข้อต่อขากรรไกรอาจมีเสียงดังและปวด กล้ามเนื้อบดเคี้ยวอ่อนแรง เนื้อที่ภายในช่องปากลดลง แรงในการกัดบดเคี้ยวอาหารลดลง มุมปากเป็นผล กัดแก้ม ขากรรไกรล่างและคางยื่นมากกว่าปกติ² รายงานผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะ แนวทางการรักษา เหตุผลในการเลือกวิธีการรักษา ผลการรักษาใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยที่รายงานจาก “A Treatment Protocol for Restoring Occlusal Vertical Dimension Using an Overlay Removable Partial Denture as an Alternative to Extensive Fixed Restorations: A Clinical Report”

“This case describes the use of overlay removable partial dentures to restore occlusal vertical dimension (VDO) in patients with severely worn dentition, specifically attrition of mandibular anterior teeth. In patients with limited finances, low esthetic concerns, or medical limitations, this may be a viable or often the only treatment option. Irrespective of the aforementioned factors, all patients with severely worn dentition with decreased VDO and missing teeth should be presented with this treatment option.” (Patel MB& Bencharit S, 2009, p.217)^[12]

ทันตแพทย์เลือกใช้การใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ให้กับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากเศรษฐกิจและการเดินทางซึ่งค่อนข้างลำบากและไกล^[6,13] ได้เริ่มทำการรักษาโดยการอุดหินน้ำลายและ เกลารากฟัน กระตุ้นการดูแลอนามัยช่องปาก ทำการอุดฟันซี่ที่มีการสึก 14 15 24 25 36 37 46 รักษาารากฟัน 32 31 41 42 ทำการอุดปิดด้วยคอมโพสิตเรซิน ทำเดือยและครอบฟัน 47 จากนั้น ทำฟันเทียมเฉพาะกาล ซึ่งเป็นฟันเทียมถอดได้ชนิดอะคริลิกเรซินบนและล่างให้กับผู้ป่วย ในขั้นตอนการลองแต่งกัดบนและล่าง ได้มีการปรับเพิ่มมิติแนวตั้งประมาณ 6 มิลลิเมตร มีระยะปลอดการสบประมาณ 2 มิลลิเมตร บันทึกการสบฟันที่ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (Centric relation record) โดยฟันเทียมบนมีพาลาตัลเพลท (Palatal plate) เป็นอะคริลิกเรซิน มีตะขอลวดดัดที่ฟัน 15 25 ส่วนฟันเทียมล่างมีลิงกวลเพลท (Lingual plate) เป็นอะคริลิกเรซิน ทำส่วนซี่ฟันคลุมด้านบดเคี้ยวของฟัน 36 46 มีตะขอลวดดัดที่ฟัน 36 46 และทำฟันเทียมคร่อมรากฟัน 33 32 31 41 42 ทั้งหมด การเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบของใบหน้าที่ส่วนล่างนี้ทำให้สามารถสร้างซี่ฟันเทียมที่มีรูปร่างและขนาดที่สวยงาม หลังจากใส่ฟันเทียมเฉพาะกาลให้กับผู้ป่วย ได้นัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษา ภายใน 24 ชั่วโมง 3 วัน 7 วัน 1 เดือน จนครบ 2 เดือน ในระหว่างนั้นมีการปรับแต่งแก้ไขฟันเทียมเฉพาะกาลจนกระทั่งผู้ป่วยใส่ได้สบาย ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงทำฟันเทียมถอดได้ ชนิดโคบอลต์ – โครเมียม^[14] บนและล่างให้กับผู้ป่วย ในขั้นตอนการลองโครงโลหะพร้อมลองแต่งกัดบนและล่าง ได้ปรับเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบของใบหน้าที่ส่วนล่างให้เท่ากับฟันเทียมเฉพาะกาลที่ใส่ไป บันทึกการสบฟันที่ตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ โดยฟันเทียมบนมีพาลาตัลเพลท ตะขอโอบธรรมดา (Simple clasp) ตำแหน่ง 15 25 ทำจากโลหะโคบอลต์ – โครเมียม ฟันเทียมล่างมีลิงกวลเพลท มีส่วนโยงย่อยแบบเม็ดกลม (Mesh type minor connector) คลุมสันเหงือกและ

ฟัน 33 32 31 41 42 ส่วนที่คลุมด้านบดเคี้ยวของ ฟัน 36 46 มีตะขอโอเวอร์มตาที่ฟัน 36 46 เป็น โลหะโคบอลต์ – โครเมียม หลังจากใส่ฟันเทียม ถอดได้ชนิดโคบอลต์ – โครเมียมให้กับผู้ป่วยได้นัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษา และปรับแต่ง แก๊ซฟันเทียม 24 ชั่วโมง 3 วัน 7 วัน 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยใส่ได้สบายไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ แล้ว ได้นัดติดตามผลทุก 6 เดือน โดยเน้นย้ำผู้ป่วยให้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแข็ง และกลับมา ติดตามผลการรักษาตามที่ทันตแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อคงสภาพอนามัยช่องปาก และฟันเทียมให้มีสภาพดีตลอดไป

สรุปผล

เมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อต้องการใส่ ฟันเทียม ทันตแพทย์ได้ตรวจสภาพใบหน้าและช่องปากของผู้ป่วย เมื่อทันตแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียชนิดแนวตั้งขณะสบ ทันตแพทย์ควรมี การวางแผนการรักษาและทำการรักษาอย่าง รอบคอบ โดยต้องมีการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบใน ขั้นตอนการทำฟันเทียมให้กับผู้ป่วย ทันตแพทย์ ต้องอธิบายแผนการรักษาและวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเลือกวิธีการรักษาประเภทใดขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจสถานะของผู้ป่วย เวลา และความสะดวก ในการเดินทางมาพบทันตแพทย์ เมื่อเสร็จสิ้นการ รักษา ผู้ป่วยจะได้ฟันเทียมที่มีความแข็งแรง มี ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว ให้ความสวยงามทั้ง ใบหน้าและช่องปาก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการ รักษาและยินยอมให้มีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อเป็น แนวทางในการรักษาผู้ป่วยรายอื่น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน่าน คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาล น่านและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำ รายงานผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Turner KA, Missirlian DM. Restoration of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent*. 1984; 52(4): 467-74.
2. Vertical relations. [Cited 26/ 10/ 2560] . Available from: www.uobabylon.edu.iq/eprints/publication_10_452_1641.pdf.
3. Niswonger M. E. The Rest Position of the Mandible and the Centric Relation. *J Am Dent Assoc*. 1934; 21: 1572
4. Gupta A, Parneet. Prosthodontic Restoration of Vertical Dimension of Occlusion in Severly Worn Dentitions. *IOSR-JDMS*. 2013; 3(5): 38-40.
5. Lerner J. A systematic approach to full-mouth reconstruction of the severely worn dentition. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2008; 20(2):81-87
6. Kamble Vd. Rehabilitation of Severely Worn Dentition and Partial Edentulism by Fixed and Removable Protheses. *Int J Prosthodont Res Dent*. 2013; 3(2): 57-61.
7. วิเชษฐ์ จินดาวณิก. Advanced removable partial denture in complicated case. กรุงเทพฯ: ย่อเอกสารคำสอน วิชา 3207-921 ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558; 17-55.
8. Bataglion C, Hotta TH, Matsumoto W, Ruellas CVO. Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures: a case report. *Braz Dent J*. 2012; 23(2): 172-174.
9. ดาราพร แซ่ลี และ ชลดา ละเอียต. ฟันเทียมคร่อมราก : ทบทวนวรรณกรรมและรายงานผู้ป่วย. *ขอนแก่น: ว.ทันต.ขอนแก่น* 2558; 18(1): 38-50.
10. Maxilla mandibular relation records. [Cited 26/10/2560]. Available from <http://www.ffofr.org/education/lectures/complete-dentures/maxillo-mandibular-relation-records/>.
11. ฟันปลอม. [Cited 26/10/2560]. Available from http://healthculb.blogspot.com/2012/08/blog-post_2155.html.

12. Patel MB, Bencharit S. A Treatment Protocol for Restoring Occlusal Vertical Dimension Using an Overlay Removable Partial Denture as an Alternative to Extensive Fixed Restorations: A Clinical Report. *Open Dent J.* 2009; 3: 213-218.
13. Rivera-Morales WC, Mohl ND. Restoration of the vertical dimension of occlusion in the severely worn dentition. *Dent Clin North Am.* 1992; 36(3): 651-64.
14. วิเชษฐ์ จินดาวณิก. ทบทวนเนื้อหาหลักฟันปลอมถอดได้ ตอน ๑. กรุงเทพฯ: ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 6-35.

การพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิสในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด

The presence of Porphyromonas gingivalis in Preterm delivery placenta

ทันตแพทยอรรถพล ปัญญาภู

กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส เป็นแบคทีเรียที่มีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์ สามารถพบได้ภายในช่องปาก ในปัจจุบันมีการรายงานที่สามารถพบเชื้อชนิดนี้ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบอื่นๆ รวมถึงการคลอดก่อนกำหนด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ ทำการเก็บชิ้นรกจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ 10 คนและหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด 10 คนหลังคลอด จากนั้นนำรกมาสกัดดีเอ็นเอของแบคทีเรีย นำไปทดสอบการพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอร์ ผลการศึกษาพบว่าสามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

คำสำคัญ: พอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส, การคลอดก่อนกำหนด, รก

Abstract

Porphyromonas gingivalis is bacteria which is significant to the periodontal disease and can be found in oral cavity. Current studies suggest that *Porphyromonas gingivalis* can be found in the other organs and associated with many systemic diseases and also preterm delivery. The aim of this study was to identify the presence of *Porphyromonas gingivalis* in placenta. Placentas were collected from 10 normal delivery pregnant and 10 preterm delivery pregnant. The placentas were processed for DNA extraction and *Porphyromonas gingivalis* was detected using with polymerase chain reaction using specific primers. The results show a presence

of Porphyromonas gingivalis in preterm placenta and normal term placenta with none statistic significant ($P > 0.05$)

Keywords: Porphyromonas gingivalis, Preterm delivery, Placenta

บทนำ

เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส (Porphyromonas Gingivalis) เป็นแบคทีเรียแกรมลบไม่พึ่งออกซิเจนในการเจริญเติบโต (gram negative anaerobe bacteria) พบได้มากในช่องปากของคนเป็นโรคปริทันต์อักเสบ แบคทีเรียชนิดนี้ได้รับการศึกษาแล้วว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคปริทันต์^[1] โดยมีปัจจัยก่อโรค (virulence factor) ต่างๆ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย^[2] เช่น แคปซูล (capsule) ที่ห่อหุ้มผนังเซลล์ของเชื้อแบคทีเรียชนิดนี้ มีความสามารถในการต่อต้านการจับกินของเม็ดเลือดขาว ไลโปโพลีแซคคาไรด์บนผนังเซลล์ของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส สามารถกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (monocyte) หรือแมโครฟาจ (macrophage) ให้เกิดการสร้างสารสื่อกลางการอักเสบขึ้นมา^[3] นอกเหนือจากนี้แล้ว ยังมีความสามารถในการสร้างเอนไซม์ย่อยสลายโปรตีน (proteinase) ในการทำลายเนื้อเยื่อ^[4] ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะปริทันต์ที่คำจุนฟัน และส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันต่อไป ในปัจจุบันมีการศึกษาได้รายงานว่า เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับพยาธิกำเนิดของโรคปริทันต์แล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2^[5] โรคหัวใจและหลอดเลือด^[6] โรคครูมาตอยด์^[7] และการคลอดก่อนกำหนดและเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์^[8] เนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ในอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากภายในช่องปาก และมีการตั้งสมมติฐานการศึกษาว่าเชื้อชนิดนี้ มีความสัมพันธ์กับโรคในอวัยวะอื่นๆ เช่นกัน การศึกษาได้รายงานว่าสามารถตรวจพบดีเอ็นเอ

ของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ในน้ำเลี้ยงไขข้อ (synovial fluid) ของผู้ป่วยโรคครูมาตอยด์^[9] และอธิบายไว้ว่า เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส สามารถสร้างเอนไซม์ PADs หรือ peptidyle arginine deiminase ที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการแปลสัญญาณพันธุกรรม ทำให้ arginine หรือ methylarginine เปลี่ยนไปเป็น citrulline โปรตีนชนิดนี้จะมีความเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการ citrullination ที่มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune disease)^[10] และยังมีการศึกษาที่แสดงการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ที่ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจและสิ่งสะสมบนผนังหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด^[11] และยังสามารถตรวจพบเชื้อชนิดนี้ได้จากเนื้อเยื่อผนังหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysmal wall) ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองบริเวณช่องท้อง (abdominal aortic aneurysm)^[12] Yoneda และคณะ ในปี 2012 ได้ตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส จากชิ้นเนื้อตับของผู้ป่วยโรคตับชนิด non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) และได้รายงานว่ เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส เป็นหนึ่งในเชื้อก่อโรคปริทันต์ที่ส่งผลต่อการพัฒนาและลุกลามของโรคตับชนิด NAFLD ถึง 2.615 เท่า^[13] นอกจากนี้ การศึกษาของ Singhrao และคณะในปี 2015 ได้รายงานว่าเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส มีความสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดโรคอัลไซเมอร์ได้ โดยได้อธิบายไว้ว่า เมื่อมีการติดเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิสในช่องปากแล้ว เชื้อชนิดนี้สามารถผ่านไปยังระบบไหลเวียนโลหิตไปสู่สมอง เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส สามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในบริเวณสมองและทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทในสมอง^[14] การศึกษาการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส ในอวัยวะรองรับการตั้งครรภ์และส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนดนั้น เริ่มทำงานศึกษาในสัตว์ทดลองก่อน โดยทำการฝังเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालิส เข้าไปได้ผิวหนังหรือบริเวณหลอดเลือดดำของ

สัตว์ทดลองที่กำลังตั้งครรภ์อยู่ ผลการศึกษาพบว่า เชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส มีการแพร่กระจายผ่านระบบหลอดเลือดจากบริเวณฝัง ไปยังรก มดลูก น้ำคร่ำ และตัวอ่อน (fetus) นอกจากนั้นแล้วยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ สัตว์ทดลอง เช่น การสลายตัว น้ำหนักของตัวอ่อน ในครรภ์สัตว์ทดลองน้อยกว่าปกติ^[15-17] การศึกษาในมนุษย์เป็นการศึกษาเชิงระบาดวิทยา โดยมีการศึกษาของ León และคณะในปี 2007 รายงานการพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในน้ำคร่ำ หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด^[18] และการศึกษาของ Ercan และคณะในปี 2015 สามารถตรวจพบยีน 16S rDNA ของเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในน้ำคร่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด^[19]

ส่วนการศึกษาในรกของมนุษย์ Barak และคณะในปี 2007 ได้รายงานการพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในเนื้อเยื่อรกของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และต้องทำการผ่าตัดคลอด^[20] การศึกษาของ Swati และคณะในปี 2012 ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในช่วงตั้งครรภ์และต้องรับการผ่าตัดคลอด สามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกได้ 70% ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผิดปกติเหล่านั้น^[21] ในปี 2013 Chaparro และคณะได้นำเสนอการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษในช่วงตั้งครรภ์เช่นกัน^[22] การศึกษาของ Katz และคณะในปี 2009 ได้รายงานว่า พบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทำการเปรียบเทียบกับรกจากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติด้วยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมี (immunohistochemistry)^[23]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การศึกษาที่ตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนสจิงจิवालิส ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและส่งผลต่อการเกิด

โรคขึ้น นอกเหนือจากนั้น ยังสามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในอวัยวะรองรับการตั้งครรภ์และส่งผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผิดปกติในรูปแบบต่างๆ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด โดยก่อนหน้านี้มีเพียงการศึกษาเดียวที่รายงานการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดโดยวิธีอิมมูโนฮิสโตเคมี ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า สามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด โดยใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่แตกต่างกันออกไป โดยมีสมมติฐานว่าสามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกจากหญิงตั้งครรภ์ได้ และสามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิवालิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่าในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

สถานที่ทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (โรงพยาบาลแม่และเด็ก) ระยะเวลาทำการศึกษาลิงหาคม 2559 - กุมภาพันธ์ 2560 โดยตัวอย่างรกทั้งหมด 20 ชิ้น ทำการเก็บมาจากประชากรกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัย 20 ราย หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้ฝากครรภ์และทำการคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ตัวอย่างชิ้นรก 10 ชิ้น ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ 10 ราย (รก 1 ชิ้น / 1 ราย) และตัวอย่างชิ้นรก 10 ชิ้น ได้มาจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด 10 ราย (รก 1 ชิ้น / 1 ราย) การกำหนดเกณฑ์การคลอดก่อนกำหนดอ้างอิงจากการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกดังนี้^[24]

จำแนกการเกิดตามอายุที่อยู่ในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์

1. การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) หมายถึงการคลอดทารกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์
2. การคลอดตามกำหนด (Full term or Mature labor) หมายถึงการคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ถึง 41 สัปดาห์

เกณฑ์ข้อกำหนดหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถ เก็บรกได้

1. มีอายุ 20 – 35 ปี
2. ไม่พบภาวะตั้งครรภ์แบบแฝด
3. ไม่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด
4. ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเช่น ยาประเภทสเตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมงานวิจัย
5. เป็นโรคทางระบบและมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
6. มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการตั้งครรภ์

การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อรก (placenta tissue)

ภายหลังหญิงตั้งครรภ์ที่ได้เข้าร่วมงานวิจัยคลอด พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 15 ทำการสับเนื้อเยื่อรกภายหลังคลอด โดยตัดชิ้นเนื้อรกในตำแหน่งที่ใกล้กับทารก 1 ชิ้นและตำแหน่งที่ใกล้กับหญิงตั้งครรภ์ 1 ชิ้น จากนั้นล้างเนื้อเยื่อรกด้วยน้ำเกลือ (normal saline solution) และวางบนผ้าก๊อช (gauze) เพื่อซับน้ำเกลือออกก่อนนำไปใส่ในหลอดเก็บตัวอย่างและเก็บรักษาที่กล่องควบคุมความเย็น (รูป 1)



รูป 1 ตัวอย่างรก (A) และการเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อรกในหลอดเก็บตัวอย่าง (B)

ทันตแพทย์ผู้วิจัยจะนำเนื้อเยื่อรกที่ได้มาตัดเป็นชิ้นให้มีขนาดโดยประมาณ 1 ลูกบาศก์เซนติเมตร ทำการตัดเนื้อเยื่อรกด้านที่ใกล้กับทารกและด้านที่ใกล้กับหญิงตั้งครรภ์ตำแหน่งละ 1 ชิ้น นำเนื้อเยื่อที่ได้ไปใส่ในหลอดเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อขนาด 1.5 มิลลิลิตรแล้วนำไปเก็บไว้ในอุณหภูมิ -20 องศา เพื่อรอการสกัดดีเอ็นเอและวิเคราะห์ต่อไป (รูป 2)



รูป 2 ชิ้นเนื้อรกขนาด 1 ลูกบาศก์เซนติเมตรนำไป
ใส่ลงในหลอดเก็บตัวอย่างหลอดเชื้อ (A) หลอด
เก็บตัวอย่างหลอดเชื้อพร้อมชิ้นเนื้อรก (B)

**ขั้นตอนการตรวจหาเชื้อฟอร์โฟโร
โมแนส จิงจีวาลิส ในห้องปฏิบัติการ**

วิธีการสกัดดีเอ็นเอแบคทีเรียจากรก

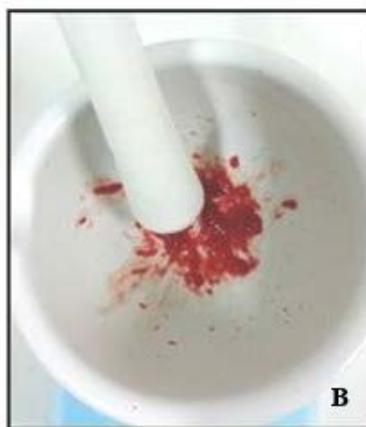
ในการสกัดแยกดีเอ็นเอแบคทีเรียจากรก
จะใช้ชุดสกัดดีเอ็นเอของ QIAamp® DNA Mini Kit
(Qiagen®, Valencia, CA, USA) (รูป 3)



รูป 3 ชุดสกัดดีเอ็นเอสำเร็จรูป QIAamp® DNA
Mini Kit (Qiagen®, Valencia, CA, USA)
(แหล่งที่มา qiagen.com)

การสกัดดีเอ็นเอแบคทีเรียจากชิ้นรกจะมีวิธีการ
ตามที่คุณผลิตกำหนด มีวิธีโดยย่อดังนี้

1. หลังจากนำชิ้นรกไปแช่ในไนโตรเจนเหลว
ที่อุณหภูมิ -80 องศาเซลเซียสแล้ว จะนำชิ้นรกที่
อยู่ในตำแหน่งใกล้กับมารดา 1 ชิ้นและจาก
ตำแหน่งใกล้กับทารก 1 ชิ้น ไปบดในโกร่งบดสาร
(mortar and pestle) ให้ละเอียด แล้วนำชิ้นเนื้อ
ทั้งหมดมาผสมรวมกัน นำชิ้นเนื้อที่บดและผสม
แล้วแบ่งส่วนออกมาให้มีน้ำหนัก 25 มิลลิกรัม
(รูป 4) นำไปใส่ในหลอดเอพเพนดอร์ฟ
(eppendorf) ขนาด 1.5 มิลลิลิตร



รูป 4 รกที่ถูกนำไปแช่ในอุณหภูมิ -80 องศา
เซลเซียส (A) รกถูกนำมาบดด้วยโกร่งบดสาร
(mortar and pestle) (B)

2. เติม Buffer ALT ลงไป 180 ไมโครลิตร
เติม Proteinase K ปริมาตร 20 ไมโครลิตร นำไป
เขย่าบนเครื่องผสมสารเป็นเวลา 15 วินาที บ่มใน
อ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิที่อุณหภูมิ 56 องศา
เซลเซียส นำชิ้นมาเขย่าบนเครื่องผสมสารทุกๆ 20
นาทิตั้งแต่ช่วงระหว่างการบ่มในอ่างน้ำควบคุม
อุณหภูมิ การย่อยเนื้อเยื่อจะใช้เวลาประมาณ
1 - 3 ชั่วโมง

3. นำไปปั่นเหวี่ยงเพื่อไม่ให้เป็นส่วนผสมใดๆ
ติดบริเวณฝาปิดหลอดเอพเพนดอร์ฟ ค่อย ๆ เติม
Buffer AL ลงไป 200 ไมโครลิตร แล้วนำไปเขย่า
บนเครื่องผสมสารอีกครั้งเป็นเวลา 15 วินาที นำไป
แช่ในกล่องควบคุม (heat box) อุณหภูมิ 70 องศา
เป็นเวลา 10 นาที

4. เติม ethanol (90 - 100 %) ลงไป
ปริมาตร 200 ไมโครลิตร นำส่วนผสมที่ได้ไปเขย่า

ด้วยเครื่องผสมสารอีกครั้งเป็นเวลา 15 วินาที นำ ส่วนผสมที่ได้ใส่ลงในหลอดเก็บตัวอย่างขนาด 2 มิลลิลิตร ปิดฝาแล้วนำไปปั่นเหวี่ยงที่ 6000 ×g (8000 rpm) เป็นเวลา 1 นาที นำ QIAamp mini spin column ออกมาใส่ในหลอดเก็บตัวอย่างขนาด 2 ไมโครลิตรใหม่ ทั้งส่วนของเหลวในหลอดเก็บ ตัวอย่างเก่าไป

5. เติมน้ำละลาย Buffer AW1 500 ไมโครลิตร แล้วนำไปปั่นเหวี่ยงที่ 6000 × g (8000 rpm) เป็นเวลา 1 นาที นำ QIAamp mini spin column ออกมาใส่ในหลอดเก็บตัวอย่างขนาด 2 ไมโครลิตรใหม่อีกครั้ง

6. เติมน้ำละลาย Buffer AW2 500 ไมโครลิตรลงไป นำไปปั่นเหวี่ยงที่ความเร็วสูงสุด 20,000 × g (14,000 rpm) เป็นเวลา 3 นาที เมื่อครบกำหนดเวลา นำ QIAamp mini spin column ออกมาใส่ใน collection tube ขนาด 2 ไมโครลิตร อันใหม่อีกครั้ง แล้วนำไปปั่นเหวี่ยงที่ความเร็ว สูงสุดอีกครั้งเป็นเวลา 1 นาที นำ QIAamp mini spin column มาใส่ลงในหลอดเอพเพนดอร์ฟขนาด 1.5 มิลลิลิตร

7. เติมน้ำละลาย Buffer AE หรือน้ำกลั่น ปริมาตร 200 ไมโครลิตร ทั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 1 นาที แล้วนำไปปั่นเหวี่ยงที่ 6000 ×g (8000 rpm) เป็นเวลา 1 นาที จะได้ดีเอ็นเอออกมา นำไปแช่ไว้

ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียสเพื่อรอการทดสอบ ในขั้นตอนต่อไป

การตรวจหาเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิ วาลิส ด้วยปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรส

การเตรียมส่วนผสม reaction mixture เพื่อให้ได้ ความเข้มข้นที่เหมาะสมสำหรับปฏิกิริยาประกอบ ไปด้วย

1. ดีออกซีไรโบนิวคลีโอไซด์ไตรฟอสเฟส (dNTP; Ferments, Burlington, Ont., Canada) ความเข้มข้น 0.2 มิลลิโมลาร์

2. 10x PCR buffer (Qiagen®, Valencia, CA, USA) ความเข้มข้น 1.5 มิลลิโมลาร์

3. เอนไซม์ดีเอ็นเอโพลิเมอเรส (Taq DNA polymerase; Qiagen®, Valencia, CA, USA.) ความเข้มข้น 1.25 ยูนิต

4. คู่ไพรเมอร์จำเพาะต่อเชื้อแบคทีเรียที่ ทำการศึกษาความเข้มข้น 1 มิลลิโมลาร์ โดยไพรเมอร์ที่ใช้เป็นยีนในส่วน 16S rRNA ของแบคทีเรีย ทั่วไป (ubiquitous bacteria) และไพรเมอร์ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับยีน 16S rRNA ของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิ วาลิส นำมาขยายชิ้นส่วน อ้างอิง ตามการศึกษาของ Ashimoto และคณะในปี 1996^[25] (ตาราง 1)

5. นำ reaction mixture ที่เตรียมได้ใน ปริมาตร 45 ไมโครลิตร ผสมกับดีเอ็นเอจาก ตัวอย่างต่างๆ ปริมาตร 5 ไมโครลิตร

ตาราง 1 ไพรเมอร์จำเพาะของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิ วาลิส และเชื้อแบคทีเรียทั่วไป (Ashimoto และคณะ 1996)

Periopathogen	Primer pairs (5' – 3')	Base position (amplicon length in bp)
<i>P. gingivalis</i>	AGG CAG CTT GCC ATA CTG CG ACT GTT AGC AAC TAC CGA TGT	729 - 1,132 (404)
Ubiquitous primer	GAT TAG ATA CCC TGG TAG TCC AC CCC GGG AAC GTA TTC ACC G	786 - 1,387 (602)

ชุดควบคุมผลบวก (positive control) ใช้การอ้างอิงดีเอ็นเอของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จึงจีวาลิส สายพันธุ์ ATCC 33277 ชุดควบคุมผลลบ (negative control) ได้แก่ น้ำกลั่นปลอดเชื้อ (sterile deionized water)

การทำปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรสเพื่อขยายสัญญาณดีเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จึงจีวาลิส

1. นำสารละลายที่เตรียมไว้ใส่ลงในเครื่องทำปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรส (Thermal cycler; Eppendorf Master cycler® Gradient, Germany) (รูป 5) โดยทำการตั้งอุณหภูมิตามชนิดของแบคทีเรียที่ต้องการศึกษา อ้างอิงการศึกษาของ Ashimoto และคณะในปี 1996



รูป 5 เครื่อง Mastercycler Gradient thermal cycler (Eppendorf, Germany)

2. Ubiquitous primer เริ่มต้นด้วยขั้นตอน Initial denaturing ที่อุณหภูมิ 95 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 2 นาที จากนั้นทำการแยกเกลียวสายคู่ของดีเอ็นเอให้ออกจากกัน (denaturing) ที่อุณหภูมิ 96 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 1 นาที ตามด้วยการจับของไพรเมอร์และดีเอ็นเอแม่แบบ (primer annealing) ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 1 นาที และการสังเคราะห์ดีเอ็นเอสายใหม่ต่อจากไพรเมอร์ (extension) ที่อุณหภูมิ 72 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 1 นาที ทำซ้ำจนครบ 36

รอบ อุณหภูมิสุดท้าย (final step) ที่ 72 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10 นาที

3. เชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จึงจีวาลิส เริ่มต้นด้วยขั้นตอน Initial denaturing ที่อุณหภูมิ 95 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 2 นาที จากนั้นจะเป็นอุณหภูมิที่จะทำให้สายคู่ของดีเอ็นเอแยกออกจากกันที่ 95 องศาเซลเซียส 30 วินาที จะมีการจับกันของไพรเมอร์กับดีเอ็นเอแม่แบบที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 1 นาที และมีการสังเคราะห์ดีเอ็นเอสายใหม่ต่อจากไพรเมอร์ที่อุณหภูมิ 72 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 1 นาที ทำซ้ำจนครบทั้งหมด 36 รอบ โดยมีอุณหภูมิสุดท้ายที่ 72 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 2 นาที

การวิเคราะห์ผลผลิตของปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรส

ทำการแยกผลิตภัณฑ์ของปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรสด้วยเครื่องแยกกระแสไฟฟ้าบนเจล (agarose gel) ร้อยละ 1.2 ใน Tris boric acid EDTA (TBE) ที่ 80 โวลต์ (รูป 6) เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นย้อมสีแถบผลิตภัณฑ์ของปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรสด้วย Ethidium bromide (EtBr₂) 15 นาที แล้วล้างแผ่นเจลด้วยน้ำสะอาด นำแผ่นเจลไปส่องหาแถบดีเอ็นเอภายใต้แสงอุลตราไวโอเลต เทียบกับแถบดีเอ็นเออ้างอิง โดยใช้ดีเอ็นเอ 1 kb DNA ladder (Fermentas, Burlington, Ont, Canada) จากนั้นทำการบันทึกภาพด้วยเครื่องถ่ายภาพพร้อมโปรแกรมวิเคราะห์ภาพรุ่น UVP Auto-Chemi and Software LABwork 4.5 (AC1 Auto Darkroom Set-up & Operating Instruction, UK)



รูป 6 เครื่องแยกผลิตภัณฑ์ PCR ด้วยกระแสไฟฟ้า (แหล่งที่มา bio-rad.com)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Statistical Package for Social Science (SPSS) version 23.0 ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงความถี่เป็นร้อยละการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ และทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทำการเปรียบเทียบการตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรก ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติโดยใช้สถิติ Fisher's exact test กำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการศึกษา



รูป 7 แอบัติเอ็นเอของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ขนาด 404 คู่เบส จากดีเอ็นเอตัวอย่างเทียบกับตัวควบคุมบวก

ช่องที่ 1 แสดงแอบัติเอ็นเอมาตรฐาน (DNA ladder) 404 คู่เบส

ช่องที่ 2 แสดงตัวควบคุมลบที่ไม่มีเชื้อแบคทีเรีย (น้ำกลั่นปลอดเชื้อ)

ช่องที่ 3 แสดงตัวควบคุมบวกที่มีเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส

ช่องที่ 4-13 แสดงแอบัติเอ็นเอที่เป็นผลของปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรสเพื่อตรวจหาเชื้อพอร์

ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ของกลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 1-10

จากภาพเอกาโรสเจล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ 2, 3, 4, 7 และ 9 สามารถตรวจพบแอบัติเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ที่มีขนาด 404 คู่เบส



รูป 8 แอบัติเอ็นเอของเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ ขนาด 404 คู่เบส จากดีเอ็นเอตัวอย่างเทียบกับตัวควบคุมบวก

ช่องที่ 1 แสดงแอบัติเอ็นเอมาตรฐาน (DNA ladder) 404 คู่เบส

ช่องที่ 2 แสดงตัวควบคุมลบที่ไม่มีเชื้อแบคทีเรีย (น้ำกลั่นปลอดเชื้อ)

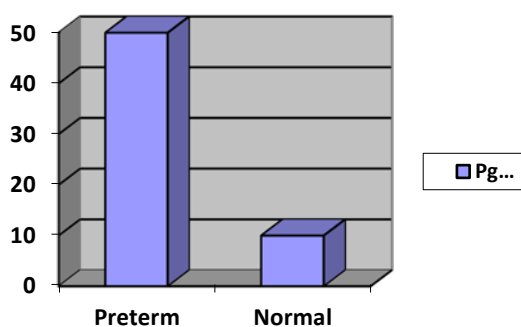
ช่องที่ 3 แสดงตัวควบคุมบวกที่มีเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส

ช่องที่ 4-13 แสดงแอบัติเอ็นเอที่เป็นผลของปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรสเพื่อตรวจหาเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ของกลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 1-10

จากภาพเอกาโรสเจล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ 3 สามารถตรวจพบแอบัติเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ที่มีขนาด 404 คู่เบส

จากปฏิกิริยาลูกโซ่โพลิเมอเรส สามารถตรวจพบดีเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 50 (5 ราย) ตรวจพบดีเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10 (1 ราย) จากสถิติ Fisher's exact test พบว่า การตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมนัส จิงจิवालีส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่

คลอตามเกณฑ์ปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.141$



รูป 9 แผนภูมิแท่งแสดงข้อมูลเป็นร้อยละการตรวจพบติเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส ในรกจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งหมด 10 ราย และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์คลอดตามเกณฑ์ปกติ 10 ราย

วิจารณ์และสรุปผล

การคลอดก่อนกำหนดมีสาเหตุจากหลายปัจจัยเช่น เชื้อชาติ โภชนาการ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์สถานะทางสังคม ความเครียด^[26-30] แต่ปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือการติดเชื้อบริเวณมดลูกระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด^[31-32] การศึกษาต่างๆ มีการสันนิษฐานว่าการติดเชื้อบริเวณมดลูกเกิดได้จาก 4 เส้นทางด้วยกันได้แก่ 1. การติดเชื้อแบคทีเรียจากช่องคลอดไปยังมดลูก 2. การติดเชื้อแบคทีเรียจากภายในช่องท้องและส่งผ่านท่อนำไข่ (fallopian tubes) ไปยังมดลูก 3. มีการติดเชื้อแบคทีเรียในอวัยวะอื่นๆ แบคทีเรียแพร่ผ่านกระแสโลหิตมายังรกและมดลูก 4. การติดเชื้อแบคทีเรียจากการตรวจครรภ์เช่นการเจาะตรวจน้ำคร่ำ^[33] ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคปริทันต์และสามารถตรวจพบได้ง่ายในช่องปาก สามารถแพร่ผ่านเส้นเลือดขนาดเล็กไปยังรกและมดลูก ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ การศึกษานี้สามารถตรวจพบติเอ็นเอเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ แต่การตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโร

โมแนส จิงจิวัลิส ในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้^[20-23] การศึกษาอื่นๆ ยังสามารถตรวจพบเชื้อแบคทีเรียก่อโรคปริทันต์ชนิดต่างๆ ในรกเช่น แอคติโนบาซิลัส แอคติโนมัยซีเตียมโคมิแทนส์ แทนเนอเรลลา ฟอร์ซิเทีย ทรีโฟนีมา เดนต์โคลา ฟิวโซแบคทีเรียม นิวคลีเอตัม และ พร็วเทลลา อินเตอร์มีเดีย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และคลอดที่ผิดปกติแบบต่างๆ^[34,35] ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่สามารถตรวจหาเชื้อก่อโรคปริทันต์ในน้ำคร่ำซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับรกในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ดังเช่นการศึกษาของ Ercan และคณะในปี 2015 ทำการตรวจหาชิ้น 16S rDNA ของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคปริทันต์ในน้ำคร่ำของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษา พบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส แทนเนอเรลลา ฟอร์ซิเทีย แคมไพโรแบคเตอร์ เรคตัส ในน้ำคร่ำของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด^[19] การศึกษานี้ทำการศึกษาเชื้อก่อโรคปริทันต์พอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส เพียงชนิดเดียวเท่านั้น จากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ดังนั้นถ้าสามารถทำการตรวจหาเชื้อก่อโรคปริทันต์ชนิดอื่นๆ ได้ในรก จะสามารถสันนิษฐานความเป็นไปได้ว่าเชื้อก่อโรคปริทันต์จากในช่องปากหญิงตั้งครรภ์ สามารถแพร่กระจายมายังรกและอาจส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

สรุปผลงานการศึกษา สามารถตรวจพบเชื้อพอร์ไฟโรโมแนส จิงจิวัลิส ในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดและในรกหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดตามเกณฑ์ปกติ โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

1.คุณอุษณีย์ คงขุนเทียนและคณะ พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในการช่วยเก็บและจัดเตรียมรกจากหญิงตั้งครรภ์

2. ภาควิชาปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุเคราะห์อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Socransky S, Haffajee A, Cugini M, Smith C, Kent R. Microbial complexes in subgingival plaque. J Clin Periodontol 1998; 25(2): 134-44.
2. Vernal R, Diaz-Zúñiga J, Melgar-Rodríguez S, Pujol M, Diaz-Guerra E, Silva A, et al. Activation of RANKL-induced osteoclasts and memory T lymphocytes by *Porphyromonas gingivalis* is serotype dependant. J Clin Periodontol 2014; 41(5): 451-9.
3. Kato H, Taguchi Y, Tominaga K, Umeda M, Tanaka A. *Porphyromonas gingivalis* LPS inhibits osteoblastic differentiation and promotes pro-inflammatory cytokine production in human periodontal ligament stem cells. Arch Oral Biol 2014; 59(2): 167-75.
4. Travis J, Pike R, Imamura T, Potempa J. *Porphyromonas gingivalis* proteinases as virulence factors in the development of periodontitis. J Periodontal Res 1997; 32(1): 120-5.
5. Mealey BL, Rose LF. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2008; 15(2): 135-41.
6. Beck JD, Offenbacher S, Williams R, Gibbs P, Garcia R. Periodontitis: a risk factor for coronary heart disease? Ann Periodontol 1998; 3(1): 127-41.
7. Detert J, Pischon N, Burmester G, Buttgerit F. The association between rheumatoid arthritis and periodontal disease. Arthritis Res Ther 2010; 12(5): 218.
8. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes—systematic review. J Clin Periodontol 2013; 40(s14).
9. Martinez- Martinez RE, Abud- Mendoza C, Patiño-Marin N, Rizo-Rodríguez JC, Little JW, Loyola-Rodríguez JP. Detection of periodontal bacterial DNA in serum and synovial fluid in refractory rheumatoid arthritis patients. J Clin Periodontol 2009; 36(12): 1004-10.
10. Liao F, Li Z, Wang Y, Shi B, Gong Z, Cheng X. *Porphyromonas gingivalis* may play an important role in the pathogenesis of periodontitis-associated rheumatoid arthritis. Med Hypotheses 2009; 72(6): 732-5.
11. Haraszthy V, Zambon J, Trevisan M, Zeid M, Genco R. Identification of periodontal pathogens in atheromatous plaques. J Periodontol 2000; 71(10): 1554-60.
12. Kurihara N, Inoue Y, Iwai T, Umeda M, Huang Y, Ishikawa I. Detection and localization of periodontopathic bacteria in abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004; 28(5): 553-8.
13. Yoneda M, Naka S, Nakano K, Wada K, Endo H, Mawatari H, et al. Involvement of a periodontal pathogen, *Porphyromonas gingivalis* on the pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease. BMC Gastroenterol 2012; 12(1): 1.
14. Singhrao SK, Harding A, Poole S, Kesavalu L, Crean S. *Porphyromonas gingivalis* periodontal infection and its putative links with Alzheimer's disease. Mediators Inflamm 2015; 2015.
15. Boggess KA, Madianos PN, Preisser JS, Moise KJ, Offenbacher S. Chronic maternal and fetal *Porphyromonas gingivalis* exposure during pregnancy in rabbits. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(2): 554-7.
16. Bélanger M, Reyes L, Von Deneen K, Reinhard MK, Progulske-Fox A, Brown MB. Colonization of maternal and fetal tissues by *Porphyromonas gingivalis* is strain-dependent in a rodent animal model. Am J Obstet Gynecol 2008; 199(1): 86.e1-e7.
17. Fardini Y, Chung P, Dumm R, Joshi N, Han YW. Transmission of diverse oral bacteria to

- murine placenta: evidence for the oral microbiome as a potential source of intrauterine infection. *Infect Immun* 2010; 78(4): 1789-96.
18. León R, Silva N, Ovalle A, Chaparro A, Ahumada A, Gajardo M, et al. Detection of *Porphyromonas gingivalis* in the amniotic fluid in pregnant women with a diagnosis of threatened premature labor. *J Periodontol* 2007; 78(7): 1249-55.
 19. Ercan E, Eratalay K, Deren O, Gur D, Ozyuncu O, Altun B, et al. Evaluation of periodontal pathogens in amniotic fluid and the role of periodontal disease in pre-term birth and low birth weight. *Acta Odontol Scand* 2013; 71(3-4): 553-9.
 20. Barak S, Oettinger- Barak O, Machtei EE, Sprecher H, Ohel G. Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia. *J Periodontol* 2007; 78(4): 670-6.
 21. Swati P, Thomas B, Vahab SA, Kapaettu S, Kushtagi P. Simultaneous detection of periodontal pathogens in subgingival plaque and placenta of women with hypertension in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(3): 613-9.
 22. Chaparro A, Blanlot C, Ramirez V, Sanz A, Quintero A, Inostroza C, et al. *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* and toll-like receptor 2 are associated with hypertensive disorders in placental tissue: a case-control study. *J Periodontal Res* 2013; 48(6): 802-9.
 23. Katz J, Chagini N, Shiverick K, Lamont R. Localization of *P. gingivalis* in preterm delivery placenta. *J Dent Res* 2009; 88(6): 575-8.
 24. Offenbacher S, Jared H, O'reilly P, Wells S, Salvi G, Lawrence H, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 1998; 3(1): 233-50.
 25. Ashimoto A, Chen C, Bakker I, Slots J. Polymerase chain reaction detection of 8 putative periodontal pathogens in subgingival plaque of gingivitis and advanced periodontitis lesions. *Oral Microbiol Immunol* 1996; 11(4): 266-73.
 26. Kyrklund-Blomberg NB, Granath F, Cnattingius S. Maternal smoking and causes of very preterm birth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(6): 572-7.
 27. Moutsopoulos NM, Madianos PN. Low-Grade Inflammation in Chronic Infectious Diseases. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1088(1): 251-64.
 28. Mercer B, Goldenberg R, Das A, Moawad A, Iams J, Meis P, et al. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(6):1885-95.
 29. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003; 157(1): 14-24.
 30. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16(1): 1.
 31. Dammann O, Leviton A. Maternal intrauterine infection, cytokines, and brain damage in the preterm newborn. *Pediatr Res* 1997; 42(1): 1-8.
 32. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2000; 342(20): 1500-7.
 33. Romero R, Avila C, Brekus CA, Morotti R. The role of systemic and intrauterine infection in preterm parturition. *Ann N Y Acad Sci* 1991; 622(1): 355-75.
 34. Blanc V, O'Valle F, Pozo E, Puertas A, Leon R, Mesa F. Oral bacteria in placental tissues: increased molecular detection in pregnant periodontitis patients. *Oral Dis* 2015; 21(7): 905-12.
 35. Davenport ES. Preterm low birthweight and the role of oral bacteria. *J Oral Microbiol* 2010; 2.

การพัฒนาแบบทดสอบและสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสามเณร

Developing of standard physical fitness testing protocol for teenagers during
Buddhism novice status period.

สิริราไพ ภูธรใจ วท.ม.

วรุณยุพา หนั่นดี๊ะ กศ.บ.

อโนชา วิบุลากร ศศ.ม.

กิ่งพิกุล ชำนาญคง ศศ.ม.

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) พัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับ
สามเณร 2) สร้างและจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน
สมรรถภาพทางกายของสามเณร ประชากรที่ใช้ใน
การศึกษาวิจัย คือ สามเณรที่ศึกษาอยู่ในชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ของโรงเรียนพระปริยัติ
ธรรม จ.เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน จำนวน
7,574 รูป และใช้ตารางเทียบขนาดของประชากร
กับขนาดของตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan
ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,729 รูป โดยการสุ่ม
ตัวอย่างอย่างง่ายจากโรงเรียนพระปริยัติธรรม 13
แห่ง จากทั้งหมด 51 แห่งระยะเวลาดำเนินการ
วิจัย ตั้งแต่ตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบทดสอบ
สมรรถภาพทางกายสำหรับเด็กไทยอายุ 7 – 18 ปี
ของกรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
พ.ศ.2555จำนวน 4 รายการและแบบทดสอบ
สมรรถภาพทางกายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน
1 รายการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยงตรง (Validity)
และความเชื่อถือได้ (Reliability) แล้ว วิเคราะห์
ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายทุก
รายการของสามเณรอายุ 13 – 18 ปี แล้วจึงสร้าง
เกณฑ์มาตรฐานของสมรรถภาพทางกายแต่ละ
รายการของแต่ละกลุ่มอายุ โดยใช้คะแนน
มาตรฐาน “ที” (T-Score) ผลการวิจัยพบว่า
แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับสามเณร
อายุ 13 – 18 ปี ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมจังหวัด
เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ซึ่งประกอบด้วย 5
รายการ คือ ดัชนีมวลกาย ไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอ
ตัวไปข้างหน้า ลูก – นั่ง 60 วินาที และยกเข่าสูง
อยู่กับที่ 3 นาที มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

และได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน (Norm) สมรรถภาพทางกายทั้ง 5 รายการของสามเณรที่มี อายุ 13 – 18 ปี ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จ.เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน เพื่อนำไปเผยแพร่ ให้ความรู้แก่ครูและสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จำนวน 59 โรงเรียนให้สามารถดำเนินการประเมินผลสมรรถภาพทางกายและส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับสามเณรได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : สมรรถภาพทางกาย เกณฑ์มาตรฐาน สามเณร

Abstract

The purpose of research was to developing a physical fitness testing protocol and produce norms of physical fitness for Buddhism novices. Samples were recruited from population of 7,574 novices studying in secondary school grade 1 – 6 of Buddhism study schools in 4 Northern provinces of Thailand, Chiang Rai, Phayao, Phrae and Nan. The number of recruited samples was 1,729 novices by using Krejcie and Morgan sampling size table. Sample sampling 13 out of 51 schools was done. Study protocol used was 4 aspects of physical fitness testing protocol of Physical Education Department, Ministry of Travel and Sport, 2012 for Thai children and teenagers between 7 and 18 years old and 1 additional aspect developed by study team. The additional aspect of testing was qualified in validity and reliability. Mean and standard deviation of 5 aspects were analyzed for teenagers Buddhism novices between 13 – 18 years old. After that Norms of physical fitness for each aspect in different age groups were analyzed using T-Score analysis. Results showed that body mass index, skin fold thickness, sit and reach, sit – ups 60 seconds and 3 minutes step can be used for physical fitness testing with significant validity and reliability. After the results of the study were achieved, Norms of Physical fitness was educated to teachers and Buddhism novices in 59 Buddhism study schools in 4 provinces to use as

guideline for physical fitness Testing and health promotion in Buddhism novices.

Keywords: physical fitness, Norms of Physical fitness, Buddhism novices status period

บทนำ

สามเณรเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระพุทธศาสนา มีบทบาทในการจรรโลงพระศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย ในช่วงเวลาที่ผ่านมา สามเณรเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพน้อย และขาดการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากต้องปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน เผชิญกับความเครียดต่างๆ จากการเรียนและการดำรงชีวิต จึงเป็นสาเหตุทำให้สามเณรส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้การเจริญเติบโตและการพัฒนาการไม่สมวัย เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ และส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วย^[1] การส่งเสริมสุขภาพสามเณรนอกเหนือจากการส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม สุขภาพแข็งแรง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแล้ว การส่งเสริมด้านการออกกำลังกายสำหรับสามเณร ก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกับการออกกำลังกายของประชาชนทั่วไป เพียงแต่คงต้องกำหนดให้เป็นประโยชน์และสอดคล้องต่อการปฏิบัติธรรม กล่าวคือ ต้องเป็นการบริหารกายด้วยความสำรวม ทำด้วยความเหมาะสมพอดี ทำในที่อันควรและควรเลือกสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เช่น ในกุฏิ ห้องออกกำลังกาย เป็นต้น การที่สามเณรเคลื่อนไหวและบริหารกายเหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตของกระดูกและกล้ามเนื้อ และบริหารกายเป็นประจำเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย นอกจากจะประเมินจากภาวะการเจริญเติบโตด้านน้ำหนักและส่วนสูงแล้ว ยังสามารถประเมินได้จากสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพทางกายมีความสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ

สามเณร เพราะไม่เพียงจะบ่งบอกถึงความสามารถของสามเณรแต่ละรูป ในการดำรงชีวิต และปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาประจำวันแล้ว ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะแสดงถึงการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีด้วย การทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นกิจกรรมหนึ่งซึ่งช่วยในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เพราะจะช่วยเป็นแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการส่งเสริมออกกำลังกาย

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นหน่วยงานร่วมสนองงานตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร รวมถึงสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแก่สามเณรอย่างต่อเนื่อง และได้นำกลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาปรับใช้ในการพัฒนาสุขภาพสามเณร โดยมีตัวชี้วัดเรื่องสามเณรมีสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 ขึ้นไป⁽²⁾ เพื่อส่งเสริมให้สามเณรมีสมรรถภาพทางกายที่ดีเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพองค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ เพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายของสามเณร แต่เนื่องจากที่ผ่านมา ยังไม่มีการดำเนินงานพัฒนาสมรรถภาพทางกายของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ไม่มีแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายเฉพาะที่เหมาะสมกับสามเณร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด สามเณรไม่สามารถใช้การทดสอบด้วยการวิ่งระยะไกลเหมือนเด็กนักเรียนชายทั่วไปได้ เพราะผิดพระธรรมวินัย อีกทั้งยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายเฉพาะของสามเณรที่จะนำมาใช้ประเมินผลได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัย จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาแบบทดสอบและสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสามเณรขึ้น เพื่อนำไปให้ความรู้และฝึกทักษะแก่

พระอาจารย์ บุคลากรครู และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบจังหวัดเชียงราย พะเยา แพร่ น่าน จำนวน 51 โรงเรียน ให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมการออกกำลังกายและประเมินผลสมรรถภาพทางกายสำหรับสามเณรได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

ช่วงที่ 1 ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง พัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย นำแบบทดสอบเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความถูกต้อง แล้วทดลองใช้และหาคุณภาพของแบบทดสอบ

ช่วงที่ 2 นำแบบทดสอบไปดำเนินการใช้กับกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ แล้วสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณรตามกลุ่มอายุ 13 – 18 ปี

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จ.เชียงราย พะเยา แพร่และน่าน และสร้าง จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการทดสอบสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของสามเณร

แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสามเณรที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จ.เชียงราย พะเยา แพร่และน่าน จำนวน 51 แห่ง ประชากรทั้งสิ้น 7,574 รูป โดยเป็นสามเณรในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1,756 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 1,790 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1,647 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 868 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 838 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 675 รูป

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สามเณร จำนวน 1,729 รูป โดยใช้ตารางประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)^[3] ที่ประชากรจำนวน 7,574 รูป ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,729 รูป โดยเป็นสามเณรในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 317 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 317 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 313 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 269 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 265 รูป มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 248 รูป จากโรงเรียนพระปริยัติธรรมในจังหวัดเชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน จำนวน 13 แห่ง ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพที่พิจารณาให้มีความครอบคลุมครบทุกองค์ประกอบ โดยคณะผู้วิจัยอ้างอิงมาจากแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพในเด็กอายุ 7 – 18 ปีของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกรมอนามัย^[4] แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของเด็กไทยอายุ 13 – 18 ปีของกรมพลศึกษา^[5] จำนวน 4 รายการและแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 1 รายการ คือ การยกเข้าสูงขึ้น - ลงอยู่กับที่ 3 นาที มาใช้แทนการทดสอบวิ่งระยะไกลซึ่งสามเณรไม่สามารถทดสอบด้วยการวิ่งได้ และเป็นแบบทดสอบที่ไม่ผิดวินัยสงฆ์ รวมทั้งหมด 5 รายการ ดังนี้

1. การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย
2. วัดความหนาไขมันใต้ผิวหนัง เพื่อประเมินองค์ประกอบของร่างกายในส่วนของปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกาย
3. นั่งงอตัวไปข้างหน้า เป็นการทดสอบเพื่อวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังและต้นขาด้านหลัง

4. ลูก - นั่ง 60 วินาที เป็นการทดสอบความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ

5. ยกเข้าสูงขึ้น-ลงอยู่กับที่ 3 นาที เป็นการทดสอบความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ประธานกลุ่มโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา จ.เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการประสานงานเก็บข้อมูล

2. ทำการทดสอบและเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและนำเสนอ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรง ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบหาคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน

2. นำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out) กับสามเณรในโรงเรียนสามัคคีวิทยาทาน จ.เชียงใหม่ จำนวน 60 รูป เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมในการปฏิบัติ และท่าทางในการทดสอบ

3. ความเชื่อถือได้ ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย รายการยกเข้าสูงอยู่กับที่ 3 นาที โดยวิธีทดสอบซ้ำ ระยะเวลาห่างกัน 7 วัน นำคะแนนทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แล้วนำมาทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าเท่ากับ 0.73 ซึ่งอยู่ในระดับดีเป็นที่ยอมรับได้

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายและคะแนนของแบบทดสอบแต่ละรายการ

2. แปลงค่าคะแนนดิบของแบบทดสอบแต่ละรายการให้เป็นค่าคะแนน “ที” (T-score)

3. สร้างเกณฑ์คะแนนดิบและคะแนนที่สมรรถภาพทางกายของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จ.เชียงราย พะเยา แพร่และน่านโดยใช้คะแนน “ที” (T-score) แบ่งระดับสมรรถภาพทางกายเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และ ต่ำมาก

ระยะเวลาดำเนินการ ในเดือนตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557

ผลการศึกษา

1. คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายตามหลักวิทยาศาสตร์การกีฬาให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ โดยคำนึงถึงด้านสรีระร่างกายของสามเณร การป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ ตลอดจนความเหมาะสมในการดำรงสมณเพศของสามเณรเป็นสำคัญ แล้วนำไปทดสอบหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ จนได้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมกับสามเณรจำนวน 5 รายการ ประกอบด้วย

1.1. การวัดดัชนีมวลกาย เพื่อดูความเหมาะสมของรูปร่างสามเณรแต่ละรูป

1.2 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง เพื่อประเมินองค์ประกอบของร่างกายในส่วนของปริมาณไขมันในร่างกาย

1.3 การนั่งงอตัวไปข้างหน้า เพื่อประเมินความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังและต้นขาด้านหลัง

1.4 การลุก - นั่ง 60 วินาที เพื่อประเมินความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อท้อง

1.5 การยกเข่าสูงขึ้น - ลงอยู่กับที่ 3 นาที เพื่อประเมินความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต

2. นำแบบทดสอบไปดำเนินการทดสอบสมรรถภาพทางกายสามเณรกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลการศึกษาดังนี้

2.1 สามเณรอายุ 13 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลุก - นั่ง 60 วินาทีและยกเข่าสูงขึ้น - ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 19.80 กก./ม², 25.26 เปอร์เซ็นต์, 6.93 ครั้ง, 37.26 ครั้ง และ 166.62 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.84, 14.12, 9.55, 7.30 และ 38.71 ตามลำดับ

2.2 สามเณรอายุ 14 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลุก - นั่ง 60 วินาทีและยกเข่าสูงขึ้น - ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 20.44 กก./ม², 24.90 เปอร์เซ็นต์, 7.87 ครั้ง, 38.77 ครั้ง และ 164.24 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.90, 14.02, 9.92, 7.96 และ 31.82 ตามลำดับ

2.3 สามเณรอายุ 15 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลุก - นั่ง 60 วินาทีและยกเข่าสูงขึ้น - ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 20.51 กก./ม², 22.42 เปอร์เซ็นต์, 8.24 ครั้ง, 39.50 ครั้ง และ 164.74 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82, 14.92, 8.73, 10.69 และ 34.28 ตามลำดับ

2.4 สามเณรอายุ 16 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลุก - นั่ง 60 วินาทีและยกเข่าสูงขึ้น - ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 21.01 กก./ม², 23.28 เปอร์เซ็นต์, 9.66 ครั้ง, 38.18 ครั้ง และ 172.51 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 3.38, 14.90, 14.96, 7.11 และ 42.60 ตามลำดับ

2.5 สามเณรอายุ 17 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลูก – นั่ง 60 วินาทีและยกเข้าสูง ขึ้น – ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 21.84 กก./ม², 23.09 เปอร์เซ็นต์, 8.98 ครั้ง, 37.27 ครั้ง และ 177.59 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.74, 15.19, 8.24, 6.81 และ 51.82 ตามลำดับ

2.6 สามเณรอายุ 18 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย, ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง นั่งงอตัวไปข้างหน้า, ลูก – นั่ง 60 วินาทีและยกเข้าสูง ขึ้น – ลง อยู่กับที่ 3 นาที เท่ากับ 22.07 กก./ม², 17.73 เปอร์เซ็นต์, 9.26 ครั้ง, 37.27 ครั้ง และ 165.32 ครั้ง ตามลำดับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.48, 12.05, 7.87, 6.90 และ 39.5 ตามลำดับ

3. นำคะแนนดิบและคะแนนที่ จากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของสามเณรกลุ่มตัวอย่างมาจัดทำเพื่อสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับสามเณรอายุตามกลุ่มอายุ 13 – 18 ปีประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ไขมันใต้ผิวหนัง การนั่งงอตัวไปข้างหน้า การลูกนั่ง 60 วินาที และการยกเข้าสูง อยู่กับที่ 3 นาที ดังแสดงในตารางที่ 1-6 เพื่อใช้ควบคู่กับแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเมื่อ ดำเนินการทดสอบสมรรถภาพทางกายสามเณรแล้วต้องนำผลคะแนนที่ได้มาประเมินในเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายตามกลุ่มอายุ เพื่อแปลผลว่าสามเณรแต่ละรูปผ่านเกณฑ์ทดสอบสมรรถภาพทางกายในแต่ละด้านหรือไม่ มีเงื่อนไขคือสามเณรต้องผ่านเกณฑ์ประเมินในระดับปานกลางขึ้นไปในแต่ละด้าน จึงจะถือว่าสามเณรรูปนั้นผ่านเกณฑ์

ตาราง 1 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 13 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	28.00 ขึ้นไป	22.65 – 27.99	17.23 – 22.64	13.24 – 17.22	13.23 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	34.09 ขึ้นไป	24.53 – 34.08	14.24 – 24.52	6.14 – 14.23	6.13 ลงมา
3. นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	14.5 ขึ้นไป	9.3 – 14.4	4.0 – 9.2	- 1.4 – 3.9	- 1.5 ลงมา
4. ลูก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	53 ขึ้นไป	43 – 52	33 – 42	23 – 32	22 ลงมา
5. ยกเข้าสูงขึ้น-ลงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	258 ขึ้นไป	196 – 257	136 – 195	71 – 135	70 ลงมา

ตาราง 2 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 14 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	28.74 ขึ้นไป	23.35 – 28.73	17.99 – 23.34	13.88 – 17.98	13.87 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	37.03 ขึ้นไป	24.53 – 37.02	12.77 – 24.52	6.14 – 12.76	6.13 ลงมา
3. นั้งอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	18.5 ขึ้นไป	10.9 – 18.4	3.4 – 10.8	- 4.1 – 3.3	- 4.2 ลงมา
4. ลูก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	53 ขึ้นไป	44 – 52	35 – 43	25 – 34	24 ลงมา
5. ยกเข้าสูงขึ้น-ลงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	233 ขึ้นไป	188 – 232	141 – 187	87 – 140	86 ลงมา

ตาราง 3 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 15 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	28.90 ขึ้นไป	23.47 – 28.89	17.70 – 23.46	11.62 – 17.69	11.61 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	31.15 ขึ้นไป	21.59 – 31.14	12.77 – 21.58	6.88 – 12.76	6.87 ลงมา
3. นั้งอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	20 ขึ้นไป	12.4 – 19.9	3.3 – 12.3	- 6.3 – 3.2	- 6.4 ลงมา
4. ลูก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	56 ขึ้นไป	45 – 55	34 – 44	23 – 33	22 ลงมา
5. ยกเข้าสูงขึ้น-ลงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	253 ขึ้นไป	195 – 252	136 – 194	67 – 135	66 ลงมา

ตาราง 4 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 16 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	26.86 ขึ้นไป	23.06 – 26.85	18.74 – 23.05	13.85 – 18.73	13.84 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	33.35 ขึ้นไป	23.06 – 33.34	12.04 – 23.05	5.41 – 12.03	5.40 ลงมา
3. นั้งอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	25.6 ขึ้นไป	14.4 – 25.5	2.8 – 14.3	- 10.4 – 2.7	- 10.5 ลงมา
4. ลูก-นั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	48 ขึ้นไป	42 – 47	36 – 41	30 – 35	29 ลงมา
5. ยกเข้าสูงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	231 ขึ้นไป	196 – 230	147 – 195	104 – 146	103 ลงมา

ตาราง 5 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 17 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	29.08 ขึ้นไป	24.25 – 29.07	19.42 – 24.24	14.84 – 19.41	14.83 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	34.09 ขึ้นไป	23.06 – 34.08	12.04 – 23.05	5.41 – 12.03	5.40 ลงมา
3. นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	21.9 ขึ้นไป	13.5 – 21.8	4.1 – 13.4	- 6.1 – 4.	- 6.2 ลงมา
4. ลูกนั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	50 ขึ้นไป	43 – 49	35 – 42	26 – 34	25 ลงมา
5. ยกเข้าสูงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	278 ขึ้นไป	212 – 277	145 – 211	57 – 144	56 ลงมา

ตาราง 6 เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณร อายุ 18 ปี

รายการ	อ้วน	ค่อนข้างอ้วน	สมส่วน	ค่อนข้างผอม	ผอม
1. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	30.50 ขึ้นไป	24.90 – 30.49	19.48 – 24.89	15.63 – 19.47	15.62 ลงมา
2. ไขมันใต้ผิวหนัง (เปอร์เซ็นต์ไขมัน)	31.88 ขึ้นไป	20.86 – 31.87	12.04 – 20.85	5.41 – 12.03	5.40 ลงมา
3. นั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร)	22.2 ขึ้นไป	13.7 – 21.1	5.0 – 13.6	- 4.3 – 4.9	- 4.4 ลงมา
4. ลูกนั่ง 60 วินาที (ครั้ง)	51 ขึ้นไป	42 – 50	33 – 41	25 – 32	24 ลงมา
5. ยกเข้าสูงอยู่กับที่ 3 นาที (ครั้ง)	264 ขึ้นไป	197 – 263	131 – 196	51 – 130	50 ลงมา

วิจารณ์

1. แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ทั้ง 4 รายการคือ 1.การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เพื่อประเมินดัชนีมวลกาย 2.การวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนัง เพื่อประเมินองค์ประกอบของร่างกายในส่วนไขมันที่สะสมในร่างกาย 3.การนั่งงอตัวไปข้างหน้า เป็นการทดสอบเพื่อวัดความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อหลังและต้นขาด้านหลัง 4.การลูก – นั่ง 60 วินาที เป็นการทดสอบความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ โดยคณะผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายของเด็กไทยอายุ 13-18 ปี ของกรมพลศึกษา^[5] ซึ่งเป็นแบบทดสอบ

ที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นปัจจุบันตามหลักวิชาการ โดยกรมพลศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้สามเณรกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่วนรายการที่ 5 คือการยกเข้าสูงขึ้น-ลงอยู่กับที่ 3 นาที เพื่อทดสอบความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้แทนการทดสอบวิ่งระยะไกล ซึ่งสามเณรไม่สามารถทดสอบด้วยการวิ่งได้ และเป็นแบบทดสอบที่ไม่ผิดวินัยสงฆ์ วิธีทดสอบคือให้ทำการวัดระยะความสูงเพื่อการยกเข้าในระหว่างการทดสอบของผู้เข้ารับการทดสอบแต่ละคน โดยกำหนดไว้ที่ระยะกึ่งกลางระหว่างหัวเข่าและหัวกระดูกสะโพกของผู้เข้ารับ

การทดสอบขณะยืนตรง จากนั้นให้ผู้เข้ารับการทดสอบยกเข่า ขึ้น-ลง สลับซ้ายขวา อยู่กับที่ โดยให้เข่าแต่ละข้างยกสูงขึ้นถึงระดับความสูงที่กำหนดไว้ ภายในระยะเวลา 3 นาที การบันทึกคะแนน จะนับเฉพาะจำนวนครั้งที่สามารถยกเข่าถึงระดับความสูงที่กำหนดไว้เท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ สามเณรกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง คณะผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย รายการยกเข่าสูง อยู่กับที่ 3 นาที โดยวิธีทดสอบซ้ำ ระยะเวลาห่างกัน 7 วัน นำคะแนนทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แล้วนำมาทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 0.73 ดังนั้นจึงถือว่ารายการทดสอบการยกเข่าสูง ขึ้น-ลง อยู่กับที่ 3 นาที สามารถนำมาทดสอบความอดทนของระบบหัวใจ และไหลเวียนโลหิตสำหรับสามเณรได้

2. เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของสามเณรอายุ 13 – 18 ปี ที่สร้างขึ้น มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เนื่องจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามหลักวิชาการ โดยก่อนดำเนินการทดสอบสมรรถภาพทางกายแก่สามเณรกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการทดสอบและฝึกปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและมีมาตรฐาน อีกทั้งยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายเฉพาะของสามเณรที่จะนำมาใช้ประเมินผลการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานครั้งนี้จึงเป็นครั้งแรกด้วยกระบวนการวิจัยตามหลักวิชาการ

3. จากการทดสอบสมรรถภาพทางกายของสามเณรกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 รายการ เมื่อนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาประเมินในเกณฑ์มาตรฐานที่สร้างขึ้นและเกณฑ์มาตรฐานของกรมพลศึกษาพบว่า รายการดัดขึ้นมวลงกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน รายการนั่งงอตัวไปข้างหน้า การลุก – นั่ง 60 วินาที และการยกเข่าสูง ขึ้น – ลง อยู่กับที่ 3 นาทีอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนรายการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างอ้วน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามเณรส่วนใหญ่มีภาวะค่อนข้างอ้วน

เหมือนกับเด็กวัยเรียนทั่วไป อาจเนื่องมาจากการฉันทาอาหารมากเกินไปโดยเฉพาะประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาลและไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรมีการถวายความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายแก่พระอาจารย์ของวัดที่จำวัดของสามเณร และครูผู้สอนในโรงเรียนพระปริยัติธรรมให้สามเณรเลือกฉันทาอาหารโดยยึดหลักโภชนบัญญัติ^[6] และธงโภชนาการหรือยึดหลักทางสายกลางตามหลักพุทธศาสนา คือ มัชฌิมาปฏิปทา คือ มีสติขณะฉันทาอาหาร เลือกฉันทาอาหารที่มีประโยชน์ มีสัดส่วนและปริมาณพอเหมาะ นอกจากนี้ยังควรให้ความรู้แก่พุทธศาสนิกชนที่นำอาหารไปทำบุญตักบาตรให้ตระหนักในการถวายอาหาร ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้สามเณรมีภาวะอ้วนได้^[7]

ข้อเสนอแนะ

สมรรถภาพทางกายของสามเณรมีความสำคัญ การทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการออกกำลังกาย เพราะจะช่วยเป็นแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นแรงจูงใจในการจะออกกำลังกายต่อไป ดังนั้นพระอาจารย์ผู้บริหารของโรงเรียนและครูผู้รับผิดชอบควรจะทำให้มีการทดสอบสมรรถภาพทางกายสามเณรอย่างน้อยภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง ผลจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายควรจะต้องแจ้งให้สามเณรได้ทราบ และจัดกิจกรรมให้สามเณรได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและนอกเหนือจากสามเณรแล้วควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสมและสร้างเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของพระภิกษุสงฆ์ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์กิตติ์ เลิศเรืองปัญญา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ รศ.ดร.สุพิตร
สมาธิโตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผศ. เพิ่ม
ศักดิ์ สุริยจันทร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
และรศ.ดร.ต่าย เชิญฉวี ที่กรุณาให้คำปรึกษา
แนะนำในการศึกษาครั้งนี้มาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนัก
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือพัฒนาสุขภาพอนามัย
สามเณรในโรงเรียนพระปริยัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: สำนักข่าวพาณิชย์; 2554.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียน
ส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
3. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample
Size for Research Activities. Educational and
Psychological Measurement; 1970. pp.607-610.
4. กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการทดสอบ
สมรรถภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาพในเด็กอายุ 7-
18 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
5. กรมพลศึกษา กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา.
แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพ
ทางกายสำหรับเด็กไทยอายุ 7-18 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สัมพันธ์; 2555.
6. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อ
สุขภาพที่ดีของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี.
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ;
2548.
7. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. แนวทางการดื่มน้ำให้ได้บุญ.
นนทบุรี. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่าน
ศึก; 2548.

**ผลของโปรแกรม DPAC บูรณาการต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์
ของผู้สูงอายุที่รับบริการ ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2560**

DPAC Service program integrates to change health behavior Ageings at health

Promotion clinic : Health promotion Region 1 Chiang Mai. Fiscal year 2017.

ประทีน วิญญรัตน์

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นำมาสู่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวางแผนป้องกันปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้พฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังกล่าว คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในฐานะคลินิกที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการ DPAC (Dietary and Physical Activity Clinic) จึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลของพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าและไม่เข้าร่วม DPAC

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) ในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ามาใช้บริการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 จำนวน 753 คน ใช้แบบบันทึกผู้ป่วยนอกทั้งการซักประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Physical Activity Questionnaire version 2; GPAQ) ขององค์การอนามัย และแบบประเมินการกิน ของคลินิกไร้พุง กรมอนามัย การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi square)

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วม DPAC ร้อยละ 43.16 ส่วนใหญ่มาติดตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยรวมและรายชื่อตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T.

(การออกกำลังกาย) คะแนนการกินอาหารหมวด ก อย่างน้อย 24 คะแนน (อาหารควรกินเป็นประจำ ซึ่งรวมถึงการกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นกิจกรรมทางกายโดยรวมและคะแนนการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง)

สรุปผลการศึกษา พบว่าการได้เข้าร่วม DPAC เพียง 1 ครั้ง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย อย่างไรก็ตามการเข้าร่วม DPAC ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมที่เพียงพอของผู้สูงอายุได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม DPAC ($P=0.029$)

Abstract

Thailand has entered into the ageing society which leads to major health problems, especially non-communicable diseases. Planning is essential to prevent these problems in order to enhance the quality of life and reduce the healthcare costs. According to the desirable behavior of the elderly, it is part of health promotion and disease prevention. Therefore, Health clinic, Health promotion Region 1 Chiang Mai, a clinic that develops the model for promoting healthy behavior through DPAC (Dietary and Physical Activity Clinic), interesting to compare the effects of desirable health behavior of the elderly between a participate group in DPAC and those non-participate group.

This study was a retrospective analytic study in the elderly, who attended the service at least 2 times between December 2016 and May 2017 with the total of 753 people. The study tools used are outpatient records of both history of smoking and alcohol, Global Physical Activity Questionnaire Version 2 (GPAQ) of Health organization, eating evaluation form of Dietary & Physical Activity Clinic (DPAC) of Health Department, used descriptive statistics including percentage,

mean and standard deviation, and used the statistical analysis by Chi-squared test.

The result of this study shows that the percentage of elderly is 43.16, who attended DPAC, mostly followed non-communicable diseases. The overall and individual changes in desirable behaviors in the elderly according to the Bureau of Aging, Department of Health found that M.E.T from leisure activities ≥ 180 M.E.T(exercise). Furthermore, the study found that the food consumption in Category A at least 24 points (The food should be eaten regularly including eating fruits, vegetables and drinking water) non-smoking and non-alcohol consumption where there are found to be non-significant change except overall physical activities and eating behavior rating in a category B (foods that should be avoided)

In conclusion, only one time-participation in DPAC did not affect desirable behavioral change of the elderly according to the criteria of the Bureau of Aging, Department of Health. However, attending DPAC affects overall adequate physical activities of the elderly statistically significant differences compared to those who did not participate in DPAC ($P=0.029$).

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ นั้นหมายถึงประชากร 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั่วโลก ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยตั้งแต่ พ.ศ.2548 คิดเป็นร้อยละ 10.4 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2559 มีประชากรผู้สูงอายุ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 และคาดการณ์ว่าจะเป็นสังคมสูงอายุในระดับสุดยอดในปี พ.ศ.2564 คือ ร้อยละ 20 สำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 2.8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 16.39 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศ^[1]

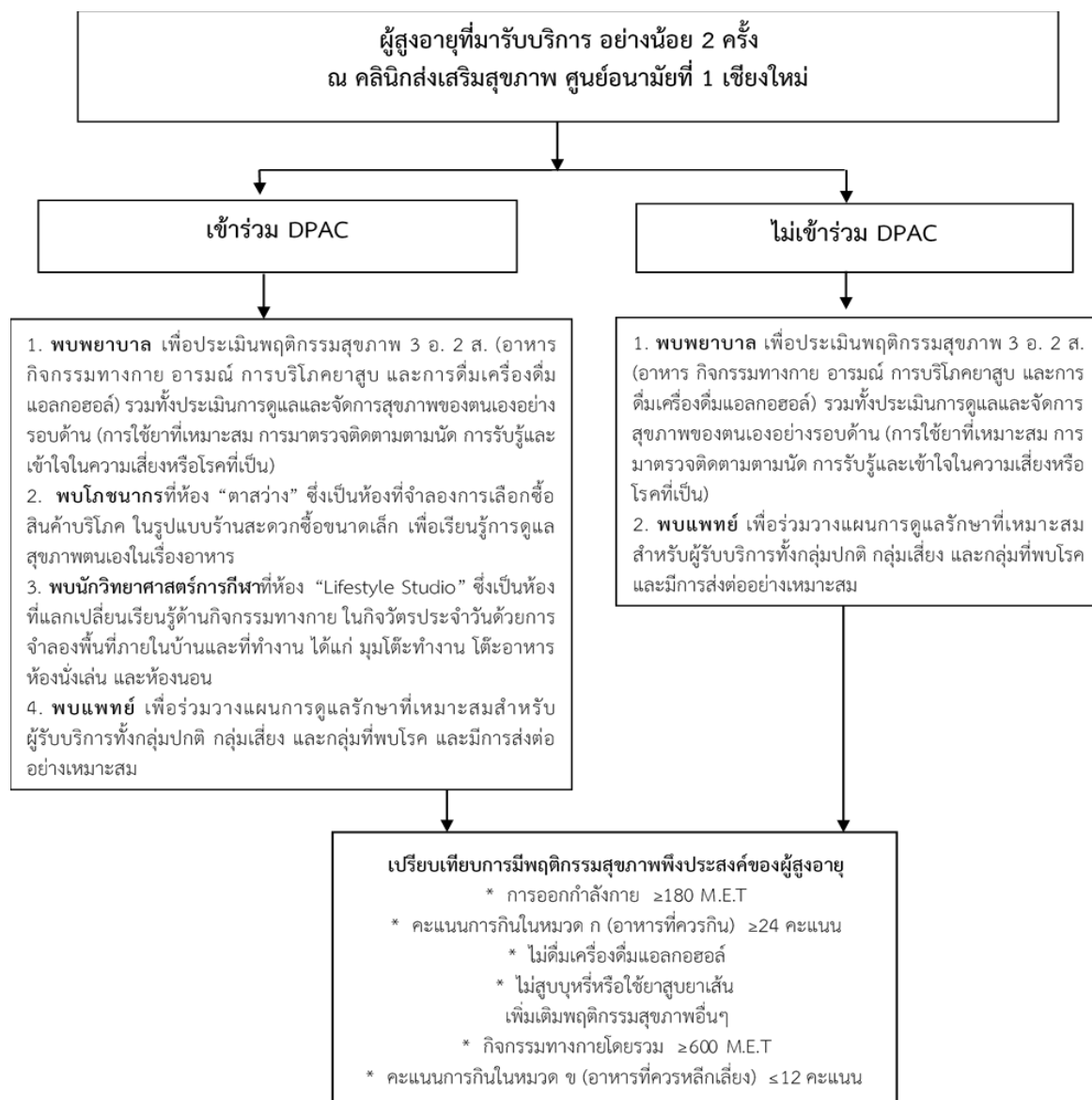
ยิ่งอายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวก็มากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจาก พันธุกรรม ความเสื่อมถอยของร่างกาย และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการและเสียชีวิตได้ จากรายงานองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2014 พบว่าในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตถึง 38 ล้านคนจากกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง และพบว่าร้อยละ 80 ของโรคหัวใจ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ^[2] สอดคล้องกับนิยามการมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที การรับประทาน ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เป็นประจำ การไม่ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่^[3]

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในฐานะคลินิกสาธิตบริการการส่งเสริม

สุขภาพ ภายในโรงพยาบาล สำหรับงานประจำจะใช้แนวคิดการโค้ช (coaching) และการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตระหนักถึงการดูแลและ จัดการสุขภาพด้วยตนเอง (Self-Management) ด้วยการพบพยาบาลและแพทย์อยู่แล้ว ในปีงบประมาณ 2560 คลินิกฯได้จัดกระบวนการ DPAC เพิ่มเติมจากงานประจำ โดยจัดสิ่งแวดล้อมในห้องที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ ผ่าน 2 กิจกรรมหลักเพิ่มเติมในการเข้าร่วม DPAC ได้แก่ การพบโภชนาการที่ห้อง “ตาสว่าง” และการพบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ห้อง “Lifestyle Studio” ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าว นั้น คลินิกฯมีสมมติฐานว่าผู้สูงอายุที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วม DPAC น่าจะมีพฤติกรรมพึงประสงค์ที่ดีกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสำหรับการเปรียบเทียบลักษณะการได้รับการบริการของทั้งสองกลุ่มแสดงในแผนภาพ 1

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพิสูจน์สมมติฐานดังกล่าว โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าและไม่เข้าร่วม DPAC ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

แผนภาพ 1 แสดง Study Flow



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) ในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ามาใช้บริการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม DPAC โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยนอก^[4] ได้แก่ การซักประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินกิจกรรมทางกาย

ระดับโลก^[6] (Global Physical Activity Questionnaire version 2; GPAQ) ขององค์การอนามัยโลก โดยบันทึกกิจกรรมทางกายตามประเภทและความหนัก ได้แก่ การทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมยามว่าง ที่ออกแรงอย่างหนักหรือออกแรงปานกลาง ซึ่งคำนวณการใช้พลังงานแบบ metabolic equivalent (M.E.T.) และแบบประเมินการกิน ของคลินิกไร้พุง กรมอนามัย^[5] ซึ่งบันทึกความถี่การกินกลุ่มอาหาร 2 หมวด ได้แก่ หมวด ก คืออาหาร

ควรกินเป็นประจำ และหมวด ข คือหมวดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

สำหรับเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T. (ซึ่งเทียบเท่ากับการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 นาที) การกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า ใช้คะแนนการกินอาหารหมวด ก (อาหารควรกินเป็นประจำ) อย่างน้อย 24 คะแนน ซึ่งมีอาหารกลุ่มผัก กลุ่มผลไม้รสหวานน้อย และดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เป็นอาหาร 3 ใน 6 กลุ่มของแบบประเมิน (ตรงกับพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ) การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ยังมีค่าจุดตัดคะแนน (cut off) อื่นๆ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ คือ M.E.T. จากกิจกรรมทาง

กายโดยรวม ตั้งแต่ 600 M.E.T ขึ้นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และคะแนนการกินอาหารหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ≤ 12 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi square) โดยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา การมารับบริการ การจำแนกโรค และความเสี่ยงเป็นโรค น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) คะแนนการกินอาหารหมวด ก และหมวด ข M.E.T. ของกิจกรรมทางกายทั้งหมดและกิจกรรมยามว่าง พฤติกรรมไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น

ตาราง 1 ลักษณะประชากรที่ศึกษา

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
กลุ่มอายุ					0.424
60-69 ปี	314	73.36	247	76.00	
70-79 ปี	90	21.03	62	19.08	
80-89 ปี	21	4.91	16	4.92	
90-99 ปี	3	0.70	0	0.00	
เพศหญิง	260	61.03	194	59.69	0.710
อาชีพ					0.594
ข้าราชการบำนาญ	268	62.67	207	63.92	
รัฐวิสาหกิจ	13	3.05	11	3.38	
รับจ้าง	18	4.23	12	3.69	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	24	5.63	13	4.00	
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	46	10.80	46	14.15	
ไม่ระบุ	57	13.61	36	11.08	
สาเหตุการมารับบริการ					<0.001*
การรับบริการตามนัดโรคเรื้อรัง	240	56.21	290	89.51	
การตรวจสุขภาพประจำปี	187	43.79	34	10.49	
โรคประจำตัวหรือความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง					0.013*
กลุ่มปกติ	135	53.50	76	35.38	
กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป็นโรค	293	46.50	249	64.62	

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
กลุ่มดัชนีมวลกาย (BMI)					0.054
ผอม (<18.5)	12	2.80	4	1.23	
ปกติ (18.5-22.9)	182	42.52	115	35.38	
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	101	23.60	78	24.00	
อ้วน (25.0-29.9)	133	31.07	127	39.08	
อ้วนอันตราย (≥30)	0	0	1	0.31	

การศึกษานี้ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 753 คน เป็นกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวน 428 คน (ร้อยละ 56.84) และกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวน 325 คน (ร้อยละ 43.16) ลักษณะประชากรของกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม DPAC ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้านอายุ

เพศ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ยกเว้นสาเหตุการมารับบริการและการมีโรคประจำตัวหรือความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีความต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$ และ $P = 0.013$ ตามลำดับ) ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	148	34.58	117	36.00	0.686
- ปัจจุบัน: ผ่าน	152	35.51	117	36.00	0.890
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์					
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์	280		208		0.854
- มีพฤติกรรมพฤติกรรมไม่ดีหรือเท่าเดิม	224	80.00	165	79.33	
- ครั้งก่อนไม่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ แต่ปัจจุบันดีขึ้น	56	20.00	43	20.67	
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมพึงประสงค์	148		117		0.785
- ครั้งก่อนมีพึงประสงค์ แต่ปัจจุบันไม่มี	148	13.08	117	36.75	
- ยังคงมีพฤติกรรมพึงประสงค์เช่นเดิม	96	64.86	74	63.25	

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมพึงประสงค์ของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังกระบวนการ ดังแสดงในตารางที่ 2 รวมถึงการเปรียบเทียบพฤติกรรมราย

ข้อของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง คะแนนการกินอาหารหมวด ก (อาหารควรกินเป็นประจำ) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ไม่ได้แสดงตัวเลข P-value ในที่นี้)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการกินอาหารหมวด ข (อาหารที่พึงหลีกเลี่ยง) และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 428 คน		กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC จำนวนทั้งหมด 325 คน		P-values
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	234	54.67	190	58.46	0.299
- ปัจจุบัน: ผ่าน	232	54.21	202	62.15	0.029*
การเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางกาย					
ครั้งก่อนมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ	194		135		0.588
- ปัจจุบันยังคงมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ	132	68.04	88	65.19	
- ปัจจุบันมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	62	31.96	47	34.81	
ครั้งก่อนกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ	234		190		0.030*
- ปัจจุบันมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	64	27.35	35	18.42	
- ปัจจุบันยังคงมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเช่นเดิม	170	72.65	155	81.58	
พฤติกรรมการกิน หมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง)					
- ครั้งก่อน: ผ่าน	124	28.97	131	40.31	0.001*
- ปัจจุบัน: ผ่าน	127	29.74	140	43.08	0.001*
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน หมวด ข					
ครั้งก่อนมีพฤติกรรมการกินไม่ดี	303		195		0.365
- ปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมการกินที่ไม่ดีเช่นเดิม	250	82.51	144	73.85	
- ปัจจุบันมีพฤติกรรมการกินดีขึ้น	53	17.49	49	25.13	
ครั้งก่อนพฤติกรรมการกินที่ดี	124		130		0.102
- ปัจจุบันมีพฤติกรรมการกินไม่ดี	50	40.32	40	30.77	
- ปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมการกินที่ดีเช่นเดิม	74	59.68	90	69.33	

ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมทางกายที่เพียงพอหลังได้เข้าร่วม DPAC พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$) นอกจากนี้กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในครั้งก่อนนั้นกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC สามารถคงความมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ($P=0.030$) ขณะที่พฤติกรรมการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ไม่สามารถเปรียบเทียบได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ครั้งก่อน ดังแสดงใน ตาราง 3

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจตามนัดโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสนใจเข้าร่วม DPAC มากกว่าผู้ที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ($P<0.001$) สอดคล้องกับการพิจารณาตามโรคและความเสี่ยงเป็นโรคพบในกลุ่มที่เข้าร่วม DPAC มากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม DPAC ($P=0.013$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวและความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะแสวงหาแนวทางหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่จะให้ตนเองมี

สุขภาพที่ดีดั้งเดิม นั่นคือความสนใจและการสมัครใจเข้าร่วม DPAC อันเป็นกระบวนการสร้างความตระหนักรู้ถึงการดูแลและจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Roger^[7] (1986) ที่เริ่มต้นจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) จนนำไปสู่การให้คุณค่าเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และการคิดแก้ปัญหาสิ่งที่มาคุกคามนั้น

เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุโดยรวมและรายข้อตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้แก่ M.E.T. จากกิจกรรมยามว่าง ≥ 180 M.E.T. (การออกกำลังกาย) คะแนนการกินอาหารหมวด ก อย่างน้อย 24 คะแนน (อาหารควรกินเป็นประจำ ซึ่งรวมถึงการกินผัก ผลไม้ และน้ำเปล่า) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการเข้าร่วม DPAC ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นั่นแปลความได้ว่า การได้รับกระบวนการ DPAC เพียง 1 ครั้ง คือเพิ่มเติมการพบโภชนาการที่ห้องตาสว่าง และพบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ห้อง Lifestyle studio ไม่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์นี้จำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

อย่างไรก็ดี เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมทางกายโดยรวม พบว่าการเข้าร่วม DPAC มีผลต่อการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (≥ 600 M.E.T) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.029$) นอกจากนี้ กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในครั้งก่อนนั้น กลุ่มที่เข้าร่วม DPAC ยังคงความมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม ($P=0.030$) นั้นอาจแปลความหมายได้ว่า กิจกรรมในห้อง

Lifestyle studio ที่เน้นการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่ไม่เน้นเฉพาะการออกกำลังกายยามว่าง แต่เป็นการเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ทั้งการทำงานและการเดินทาง ทำให้ผู้สูงอายุนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่าย ยังผลให้กิจกรรมทางกายโดยรวมจึงดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุไม่ควรจำกัดเพียงการออกกำลังกายยามว่างเท่านั้น ควรส่งเสริมกิจกรรมทางกายในทุกๆ ด้านซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมทั้งช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากขึ้นทั้งนี้เพราะการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องส่งผลดีต่อการควบคุมน้ำหนักเพราะการมีกิจกรรมทางกายทำให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น^[8]

ขณะที่คะแนนการกินหมวด ข แตกต่างกันตั้งแต่ครั้งก่อน อาจอธิบายได้จากลักษณะประชากรที่แตกต่างตั้งแต่ต้นที่เป็นโรคหรือมีความเสี่ยง ซึ่งโดยทั่วไปจะได้รับสุขศึกษาว่าให้งดอาหารกลุ่มหวาน มัน และเค็ม ดังนั้นกลุ่มที่ป่วยหรือเสี่ยงจึงมีแนวโน้มที่จะรายงานพฤติกรรมการกินอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงน้อยกว่ากลุ่มปกติ และพบว่าแนวโน้มคะแนนการกินหมวด ข (อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง) ผ่านเกณฑ์สูงขึ้น (เปรียบเทียบจำนวนร้อยละการผ่านเกณฑ์ ในกลุ่มไม่เข้าร่วม DPAC จากร้อยละ 28.97 เป็น 29.74 ขณะที่กลุ่มที่เข้าร่วม ผ่านเกณฑ์จากร้อยละ 40.31 เป็น 43.08) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกิจกรรม DPAC ทั้งนี้ในห้องตาสว่างนั้นได้จำลองสถานการณ์ในการเลือกซื้ออาหารที่ตนเองชอบและรับประทานเป็นประจำ โดยนักโภชนาการจะสะท้อนข้อมูลกลับถึงอาหารที่ควรกินและควรหลีกเลี่ยง จำนวนแคลอรี การอ่านฉลากโภชนาการ และแนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพึงประสงค์ตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น นักโภชนาการควรมีกิจกรรมที่เน้นการกินอาหารที่ควรกินให้มากขึ้นด้วย

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 6 เดือนซึ่งอาจเป็นระยะเวลาที่สั้น ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ที่ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง สถานการณ์ในขณะนั้น ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำต่อบุคคลนั้นๆ^[7]

ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยด้านความเชื่อและแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ครอบคลุมทุกด้านเพราะผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเองจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ยากเพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว^[9]

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า การเข้าร่วม DPAC ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย อย่างไรก็ตาม การเข้าร่วม DPAC ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม DPAC

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันต่อสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย โดยเฉพาะกิจกรรมทางกายโดยรวมที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว

2. การเข้าร่วม DPAC ในฉบับของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อาจมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเกณฑ์ใหม่ที่น่าเสนอได้และ

สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.นงนุช ภัทรอนันตณพ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่1 และนพ.สุรพันธ์แสงสว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ นพ.ภาคภูมิ ตันแสนทอง และ นพ.ศุภฤกษ์ สื่อรุ่งเรือง ที่ได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องเพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. 2544-2643 โลกเข้าสู่ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ เข้าถึง 15 กันยายน 2560 จาก <http://www.hfocus.org/content/2015/04/9743>.
2. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.สังคมผู้สูงอายุ:นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ.เข้าถึง15 กันยายน 2560 จาก http://www.Stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/com12/05_01html
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ.ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2557
4. คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ . แบบบันทึกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่ ; 2558.
5. นางพะงา ศิวานุวัฒน์ ชัยรัตน์ จันทรตรี และคณะทำงานคลินิกไร้พุงกรมอนามัย.คู่มือกระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง (DPAC)สำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับรพ.สต.กรุงเทพฯ:ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม;2557.
6. องค์การอนามัยโลก. แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก. (Global Physical Activity Questionnaire version2;GPAQ).

2010.เข้าถึง10มิถุนายน2560จาก

www.who.int/chp/steps/resources/GP

[AO_Analysis_Guide.pdf](#).

7. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ .เข้าถึง 10 มิถุนายน 2560 จาก

Utostore.mogh.go.th/web/e_reports/research/upload/08/20140804101903.doc

8. กรมอนามัย . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและปฏิบัติการเรื่องกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมนั่ง นาน และคุณภาพการนอนหลับของคนไทยวัยทำงานระหว่าง วันที่ 25-27 มกราคม 2560 ณ.ชลพฤกษารีสอร์ท อ.บ้านนา จ.นครนายก
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร70 ชั่วโมง. ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ; 2558.

การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน IFG ระหว่างกลุ่ม DPAC plus และ Routine Practice คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

The Change of Blood Glucose Level in IFG Patient between DPAC Plus and Routine Practice Group at Health Promotion Clinic, Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

วิภาพร เตชะสรรพัต

ศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง

กัลยา อูร์จนาพันธ์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากความชุกของโรค ปี พ.ศ.2552 และ 2557 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 6.9 เป็น 8.9 มาตรการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ ในปีงบประมาณ 2560 คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้พัฒนารูปแบบ DPAC plus โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านการกินและกิจกรรมทางกาย โดยบูรณาการกับงานประจำ (Routine Practice)

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด FPG (Fasting Plasma Glucose) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG (Impaired Fasting Glucose) ระหว่างผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการ DPAC plus และ Routine Practice โดยศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) ใช้ฐานข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง กันยายน 2560

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG ที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษา 295 ราย ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 57.51 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มทั่วไป ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด FPG ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG โดยรวมอยู่ที่

ร้อยละ 61.36 การถอดบทเรียนจาก Routine practice เป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อพัฒนากระบวนการ DPAC plus ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงต่อไป

Abstract

Diabetes is one of the most important public health problems in Thailand. The prevalence of the disease has increased from 6.9 per cent in 2009 to 8.9 percent in 2014. Strategies towards modifying health behaviors among pre-diabetes should be conducted in order to prevent or delay its occurrence. In 2017, Health Promotion Clinic, Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai had developed the "DPAC plus" model, focusing on eating behavior and physical activity, integrating with regular clinical practice (Routine Practice).

The purpose of this study was to compare the changes in blood glucose levels among patients with pre-diabetes as impaired fasting glucose (IFG) between DPAC plus and Routine Practice group. This study is a retrospective analytic study, using database by medical records between December 2019 and September 2017. There were 295 patients included to this study. The average age of the patients was 57.51 years old. Body mass index were mostly overweighted. There were no statistically significant differences in the change of blood glucose levels between both groups.

The improvement of blood glucose levels in all of IFG group was 61.36% compared with intervention review for improving IFG that got result 50-70% (62.24% and 59.60% in Routine Practice and DPAC Plus, respectively). Quality research in Routine practice process is suggested for getting a key success and developing another intervention appropriate for the specific context of the IFG or risk group."

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบริโภคของมนุษย์ในปัจจุบันเป็นสาเหตุให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทุก

ประเทศทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคเบาหวานแม้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างฉับพลันแต่ก็บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ประเทศต้องเสียงบประมาณทางด้านสาธารณสุขเพื่อการดูแล จากข้อมูลภาระโรคประเทศไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในประเทศไทยปี 2556 โรคเบาหวานเป็นภาระโรคลำดับที่ 7 ในผู้ชาย ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) 236,000 ปี (ร้อยละ 3.9 ของ DALYs loss) ส่วนในผู้หญิงเป็นภาระโรคอันดับที่ 2 ทำให้สูญเสีย 355,000 ปีสุขภาวะ (ร้อยละ 7.9 ของ DALYs loss)^[1]

สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes federation) คาดการณ์ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี ทั่วโลก 285 ล้านคน ในปี 2553 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้าน เป็น 101 ล้านคน^[2] สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 ส่วนความชุกของภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน (Impaired Fasting Glucose; IFG) โดยรวมร้อยละ 14.2 ความชุกในผู้ชายสูงกว่าในหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 15.1 และ 13.4 ตามลำดับ)^[1]

การวินิจฉัยเบาหวานตาม American Diabetes Association และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สามารถวินิจฉัยได้จากอาการแสดง ระดับน้ำตาลในเลือด และการทดสอบความทนทานต่อน้ำตาล (Oral Glucose Tolerance

Test; OGTT) ในเวชปฏิบัติทั่วไปมักใช้เกณฑ์ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ซึ่งอาจวัดด้วยวิธีตรวจพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose; FPG) หรือวิธีตรวจน้ำตาลในเลือดเจาะจากปลายนิ้ว (Fasting capillary blood glucose; DTx) ตามความพร้อมของสถานพยาบาล ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 126 มก./ดล. ซ้ำ 2 ครั้งขึ้นไปสามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ขณะที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG^[3]

จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าน้ำตาลครั้งแรกอยู่ระหว่าง น้อยกว่า 100, 100 -109 และ 110-125 มก.ดล. คิดเป็น 3.8, 19.5 และ 58 ต่อ 1000 ประชากรรายปี ตามลำดับ^[4] นั้นแสดงถึงโอกาสของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนทั่วไปถึง 5-15 เท่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย^[5] ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าทำให้ intervention ในกลุ่มที่เสี่ยงโรคเบาหวานสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ 40-70 %ในผู้ใหญ่^[6] ทั้งนี้การให้ intervention ต้องคำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ภูมิฐานะ เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม^[7]

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในฐานะส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีพันธกิจในการสร้างรูปแบบบริการสาธารณสุขส่งเสริมสุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. โดยเฉพาะพฤติกรรมกินและกิจกรรมทางกาย ผ่านบริการ DPAC (Diet and Physical Activity Clinic) ซึ่งพัฒนาโดยกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ (ขณะนั้นชื่อ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 และมีการพัฒนาต่อยอดเรื่อยมาตามบริบทของพื้นที่ ในส่วนของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2560 ได้ปรับ

รูปแบบ DPAC plus ให้บูรณาการเข้ากับงานประจำ (Routine Practice) เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการ DPAC plus ที่ตรงตามความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการที่ไม่มีเวลาในการร่วมกิจกรรมมาก เนื่องจากเป็นวัยทำงาน^[8]

Routine Practice ของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างความตระหนักรู้และเสริมพลังโดยพยาบาลและแพทย์ โดยการพบพยาบาลเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. (อาหาร กิจกรรมทางกาย อารมณ์ การบริโภคยาสูบ และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการประเมินการดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองอย่างรอบด้าน (การใช้ยาที่เหมาะสม การมาตรวจตามนัด การรับรู้และเข้าใจในความเสี่ยงที่จะเกิดโรค) และการพบแพทย์เพื่อเยี่ยมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพที่ได้ตรวจในวันนั้น รวมถึงการวางแผนร่วมกันกับผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองต่อไป

ส่วน DPAC plus เป็นกระบวนการเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากการให้บริการตามปกติ (Routine Practice) ได้แก่ การพบโภชนากรที่ห้อง “ตาสว่าง” ซึ่งเป็นห้องที่จำลองการเลือกซื้อสินค้าบริโภค ในรูปแบบร้านสะดวกซื้อขนาดเล็ก เพื่อเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองเรื่องอาหาร และการพบนักวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ห้อง “Lifestyle Studio” ซึ่งเป็นห้องที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ในกิจวัตรประจำวันด้วยการจำลองพื้นที่ภายในบ้านและที่ทำงาน ได้แก่ มุมโต๊ะทำงาน โต๊ะอาหาร ห้องนั่งเล่น และห้องนอน (ผังแผนภาพที่ 1) ผู้ศึกษาสนใจผลลัพธ์ของ DPAC plus ในรูปแบบดังกล่าวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน IFG โดยมีสมมติฐานว่าการเข้าร่วม DPAC plus น่าจะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง

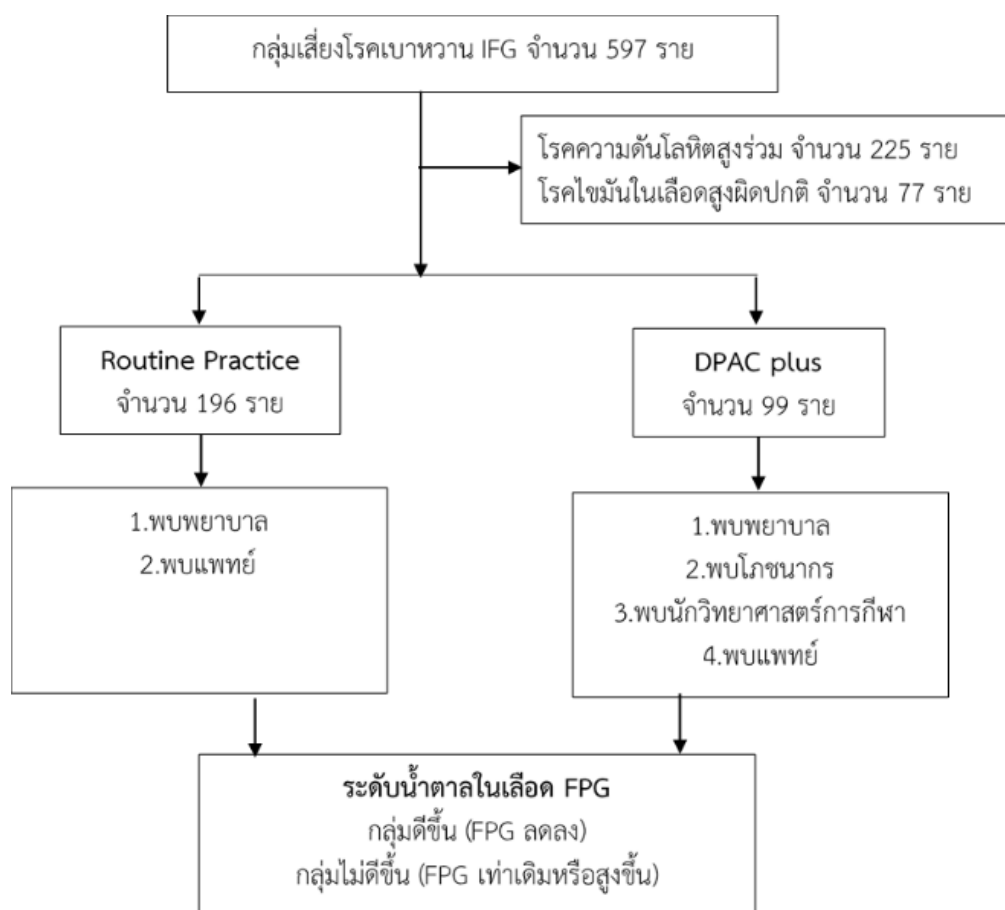
โรคเบาหวาน IFG ระหว่างกลุ่ม DPAC plus และ Routine Practice

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective analytic study) โดยใช้ฐานข้อมูลและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ของผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG ยกเว้นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดผิดปกติร่วมด้วย โดยมารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด FPG ที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่าง ธันวาคม 2559 ถึง กันยายน 2560

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด FPG โดยผลการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ระดับน้ำตาลดีขึ้น (ค่าระดับน้ำตาล FPG ลดลงตั้งแต่ 1 มก./ดล. ขึ้นไป) และกลุ่มที่ระดับน้ำตาลไม่ดีขึ้น (ค่าระดับน้ำตาลในเลือดคงเดิมหรือสูงขึ้น) โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา แสดงโดย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi square) สำหรับข้อมูลประเภทกลุ่ม และ t-test สำหรับข้อมูลค่าเฉลี่ย

แผนภาพ 1 ประชากรที่ศึกษา



ผลการศึกษา

ผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับ การ วิ นิ จ ฉั ย ว่า เป็ น เป็ น ก ลุ่ ม เส่ ย ง โรคเบาหวาน IFG มีจำนวนทั้งสิ้น 597 ราย เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG ที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษานี้ จำนวน 295 ราย และเข้า DPAC plus ร้อยละ 33.56 ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 57.51 ปี จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลพื้นฐานทั้ง เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม Routine Practice และ DPAC plus

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายทั้งสองกลุ่มอยู่ในกลุ่มท้วม (ดัชนีมวลกาย กลุ่ม Routine Practice และ DPAC plus เป็น 24.28 และ 23.81 กก./ม.² ตามลำดับ) ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ผลลัพธ์ที่ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นในกลุ่ม Routine Practice และ DPAC plus เท่า กับ ร้อย ละ 62. 24 และ 59. 60 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ในกลุ่มที่เข้า DPAC plus นอกจากต้องพบแพทย์และพยาบาลแล้ว ยังได้พบโภชนาการและนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ผ่านกิจกรรมในห้อง “ตาสว่าง” และ “Lifestyle Studio” ซึ่งเป็นห้องที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลือกอาหารและกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ซึ่งการเรียนรู้ด้วยการได้ปฏิบัติจริง จะทำให้ผู้รับบริการได้รับประสบการณ์โดยตรง และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถลงมือปฏิบัติได้สอดคล้องแนวคิดของ Bandura^[9] ที่กล่าวว่า การ

กำกับตนเองจะไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเพียงแต่คิดเท่านั้น บุคคลต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่จะกระทำและลงมือปฏิบัติ

อย่างไรก็ดี Routine practice ของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ในกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG มีกระบวนการเสริมพลังโดยแพทย์และพยาบาลอยู่แล้ว กล่าวคือ การพบพยาบาลเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. การประเมินการดูแล และจัดการสุขภาพของตนเองอย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Literacy) ส่วนการพบแพทย์ เพื่อตอกย้ำความสำคัญของกลุ่มเสี่ยง การวางแผนร่วมกันกับผู้รับบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามที่เหมาะสมต่อไป

ทั้ง DPAC plus และ Routine practice เป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเคอร์ (Becker 1990)^[10] ซึ่งกล่าวว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยคือบุคคลนั้นต้องมีการรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใดหรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ เกิดความพิการ มีความเจ็บปวด หรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ และเริ่มมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำแล้ว บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับ

ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ รวมทั้งคำแนะนำจากบุคลากร
ทีมสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับ
น้ำตาลในเลือด FPG ที่ดีขึ้นของกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน IFG พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
ระหว่างสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ทำให้ระดับ
น้ำตาลในเลือดดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ
อัมพร ไวยโกศา^[11] ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ
โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง
เบาหวานด้วยกิจกรรม การออกกำลังกาย การ
บริโภคอาหาร ซึ่งพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทำนอง
เดียวกับ ทิพย์สุตา แสนดี^[12] ที่ได้ศึกษาผลการ
เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนักและค่าน้ำตาลในเลือดหลัง
อดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน พบว่า
ค่าผลต่างของค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมี
ค่าลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น แม้ว่า DPAC plus ที่ เป็น
กระบวนการเสริมจาก Routine Practice ของ
คลินิกส่งเสริมจะได้ส่งผลเชิงบวกต่อการลด
ระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่
ผลลัพธ์ที่ได้กระบวนการทั้งสองกลุ่มไม่ด้อยไป
กว่า intervention ที่ถูกทบทวนที่ลดภาวะเสี่ยง
ต่อการเป็นโรคเบาหวานในในกลุ่มที่เสี่ยง
โรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 40-70^[6] ดังนั้น Routine
Practice น่าจะมีการถอดบทเรียนที่สะท้อน
ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความเสี่ยงการเป็น
โรคเบาหวานได้ ส่วน DPAC plus น่าจะมีการปรับ
รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของผู้รับบริการ
ต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ 1.ใช้ข้อมูล
ทุติยภูมิ ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน 2.การ

ประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน ในการศึกษา
หมายเอาเฉพาะ IFG เท่านั้น ขณะที่กลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน มีความหมายที่กว้างคือ
Impaired glucose Tolerance (IGT) ซึ่งหมายถึง 2hr
PP หรือ 100 กรัม OGTT ที่ 2 ชั่วโมง 140-199
มก./ดล.^[5] และ 3.ระยะเวลาที่ศึกษาติดตามอาจจะ
สั้นเกินไปกว่าการเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนของ
ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งหลายการศึกษาใช้
ระยะเวลาในการศึกษายาวอย่างน้อย 18 เดือน
เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของธัญญรัตน์ โอนทัยสิน
ทวี^[13] พบว่าความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน
จะเพิ่มขึ้นในคนที่มียกระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติโดย
พบว่าโอกาสที่จะเป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้น
ประมาณ 2% ในทุกๆ 2 ปี

สรุปผล

การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด
ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน IFG โดยรวมอยู่ที่ร้อยละ
61.36 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม DPAC
plus และ Routine practice ไม่พบความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การถอดบทเรียนจาก
Routine practice น่าจะเป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อ
พัฒนากระบวนการ DPAC plus ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงใน
รูปแบบของการศึกษาเชิงคุณภาพ

2. ผลของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้
ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล
ตนเองในกลุ่มเสี่ยง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	Routine Practice จำนวน 196 คน		DPAC plus จำนวน 99 คน		P-values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศชาย	104	53.06	59	59.60	0.262
อายุ [ค่าเฉลี่ย (SD) ปี]	57.50 (9.83)		57.61 (10.73)		0.535
การศึกษา					0.823
ประถมหรือเทียบเท่า	11	5.61	5	5.05	
มัธยม/ปวส/ปวช	16	8.16	5	5.05	
ปริญญาตรี	52	26.53	17	17.17	
สูงกว่าปริญญาตรี	11	5.61	3	3.03	
ไม่มีข้อมูล	106	54.08	69	69.70	
อาชีพ					0.808
รับราชการ	63	32.14	32	32.32	
รัฐวิสาหกิจ	19	9.69	14	13.54	
ข้าราชการบำนาญ	37	18.88	16	16.16	
รับจ้าง	25	12.76	7	7.07	
ค้าขาย/ธุรกิจ	9	4.59	5	5.05	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8	4.08	5	5.05	
นักศึกษา	1	0.51	1	1.01	
พนักงานของรัฐ	1	0.51	0	0	
ไม่มีข้อมูล	33	16.84	19	19.19	

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูล	Routine Practice จำนวน 196 คน		DPAC+ จำนวน 99 คน		P-values จำนวน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
น้ำหนัก [ค่าเฉลี่ย (SD) กก.]	61.83(11.14)		60.69(9.86)		0.193
ค่าดัชนีมวลกาย [ค่าเฉลี่ย (SD) กก./ม. ²]	24.28 (3.40)		23.81(3.62)		0.138
กลุ่มดัชนีมวลกาย					0.355
< 18.5 กก./ม. ²	4	2.04	4	4.04	
18.5-22.9 กก./ม. ²	72	36.73	35	34.34	
23.0-24.9 กก./ม. ²	53	27.04	34	34.34	
>25.0 กก./ม. ²	67	34.18	27	27.27	
ความดันโลหิตซิสโตลิก [ค่าเฉลี่ย (SD) มม.ปรอท]	119.62 (16.36)		119.15 (16.61)		0.366
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก [ค่าเฉลี่ย (SD) มม.ปรอท]	76.93 (9.42)		78.03 (10.02)		0.753

ข้อมูล	Routine Practice จำนวน 196 คน		DPAC+ จำนวน 99 คน		P-values จำนวน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับน้ำตาลในเลือด					
FPG [ค่าเฉลี่ย (SD) มก./ดล.]	102.11	(8.26)	103.16	(7.92)	0.851
HbA _{1c} [ค่าเฉลี่ย (SD) %]	6.05	(.50)	5.99	(0.53)	0.340
พฤติกรรมดื่มสุรา	77	39.29	63	63.64	0.626
พฤติกรรมสูบบุหรี่	10	5.10	4	4.04	0.686

ตาราง 3 การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด FPG

ข้อมูล	Routine Practice จำนวน 196 คน		DPAC plus จำนวน 99 คน		P-values
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มที่ระดับน้ำตาลดีขึ้น	122	62.24	59	59.60	0.659
กลุ่มที่ระดับน้ำตาลไม่ดีขึ้น	74	37.76	40	40.40	

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ภาคภูมิ ต้นแสงทอง นายแพทย์ชำนาญการ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้งานวิจัยสมบูรณ์ขึ้น แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ที่ได้ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พศ.2557 .นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ; 2557.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิต พศ 2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์สำนักพุทธศาสตร์แห่งชาติ ; 2554
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพ

รัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี.ADA guideline 2017. [เข้าถึงเมื่อ 7/10/2560] เข้าถึงจาก :

http://www.dmthai.org/news_and_knowledge/1950

4. Valdes S.Does the new American Diabetes Association definition for impaired fasting glucose improve its ability to predict type 2 diabetes mellitus in Spanish persons? The Asturias Study. [available form <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18249214>.]
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พศ.2557.พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพ. หจก. อรุณการพิมพ์ ;2557.
6. Nidhi Bansal. Prediabetes diagnosis and treatment: A review . . [available form <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4360422/>]

7. Katia Cristina Portero Mclellan and Orther. *Therapeutic interventions to reduce the risk of progression from prediabetes to type 2 diabetes mellitus* . [available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964168/>]
8. กัลยา อัจฉนันท์ กัลยา อัจฉนันท์ สุนารี เลิศทำนองธรรม ธนัฐพงษ์ กาละนิโย วิทยา บุญยศ ศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง . ประสิทธิภาพของคลินิกไร้พุง ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในการลดน้ำหนักและลดรอบเอวของผู้รับบริการ ปีงบประมาณ 2557. วารสาร Mahidol R2R e-journal .2558 ; 2 : 112-125.
9. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action a Social Cognitive Theory* ; 1986.
10. Becker, M. H. “ *Theoretical Models of Adherence and Strategies for Improving Adherence* “ In S.A. Shumaker, E.B, Schron & J.K.Ockene (Eds.). *The handbook of health behavior change*. (p 5-37). Newyork : Springer Publishing.1990.
11. อัมพร ไวยโกคา. *การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน* . สารานุกรมสุขภาพศาสตร์มหาบัณฑิต.คณะสาธารณสุข.มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ; 2555.
12. ทิพย์สุดา แสนดี. *ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน .คณะพยาบาลศาสตร์ .มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2559.*
13. ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี . *อัตราการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานและการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับและระดับกรดยูริกในเลือดกับระดับ HbA1C ในเลือดในผู้ที่มีภาวะ pre-diabetes.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* . [เข้าถึงเมื่อ 8/10/2560] เข้าถึงจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4640?locale-attribute=th>

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Research aims to study the factors that influence nutritional status in older people. Tambon Nong Han
San Sai district of Chiang Mai.

อุมพร นิ่มตระกูล

งานผู้สูงอายุ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 343 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมปัจจัยนำและปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับปานกลางและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ จากการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุคือ อายุ รายได้ และการมีโรคประจำตัว ส่วนเพศ สถานะภาพสมรส การพักอาศัยของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และแหล่งที่มาของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ปัจจัยนำซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมซึ่งประกอบไปด้วยการสนับสนุนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to study the factors that influence nutritional status in older people. Tambon Nong Han San Sai district of Chiang Mai province. The sample 343 Data collected by interview Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Analyze the relationship between social factors and the factors leading to nutritional factors in the elderly, with a statistical correlation of Pearson. (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

The results showed that the eating habits of the elderly, Tambon Nong Han San Sai district of Chiang Mai province. A moderate eating habits and nutritional status of the elderly mainly nutritional disorders. The study factors Affecting the nutritional status of older adults found that social factors related to nutritional status in older people with underlying disease are age, gender, income and marital status, residence of the elderly. Monthly income And a source of income. No relation to nutritional status in older people. Inputs spanning about eating a healthy relationship with the nutritional status of the elderly. These include the factors supporting activities to promote the health of older people and to get information about health care from the media. In relation to nutritional status in older people.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขทางด้านการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าทันสมัย มีการเสริมสร้างอนามัยที่ดี การป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีอายุยืนยาวในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดเนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง^[1] มีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีน้อยมากยิ่งขึ้นอีกด้วย

สำหรับประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านการวางแผนครอบครัว ทำให้ลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้ส่งผลทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างมาก กล่าวคือสัดส่วนประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงขึ้น จนกลายเป็นประเทศของสังคมผู้สูงวัยคือมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จาก สัดส่วนประชากรสูงวัยสูงขึ้นรวดเร็วทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน โดยปัจจุบันพบว่าประชากรของประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 ของประเทศ ประชากรรวมโดยประชากรผู้สูงอายุใน 8 จังหวัดที่รับผิดชอบในเขต 10 มีจำนวน จำนวน 826,921 คน คิดเป็นร้อยละ 14.51 ของประชากรทั้งเขต ตามคำนิยามของ United Nations^[2] ถือว่าขณะนี้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (Aged Society) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุต่อคนวัยทำงานของประเทศไทย จากปี พ.ศ. 2543 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 14.3 คนและในปี พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 19.7 คน โดยมีแนวโน้มว่าในปี พ.ศ. 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30.3 คน จากที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะจะเพิ่มมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จะต้องเพิ่มสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากร ทำให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของภาครัฐต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในปี 2553 รวม 2.2 % (เป็นภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.6 % คิดเป็น 27 % ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งหมด) คาดว่าปี 2565 รวม 2.8 % (เป็นภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ = 1.1 % คิดเป็นร้อยละ 39 % ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งหมด^[1] นอกจากนี้

ยังพบว่าอัตราการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่ติดต่อคือ คนป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และมะเร็งมากขึ้นกว่าเดิม สถิติอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 29 รายต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 51 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 โรคเบาหวาน เพิ่มจาก 257 เป็น 381 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งเพิ่มจาก 72 คน เป็น 102 คนต่อประชากรแสนคนในเวลาทุก 3 ปี ทุกๆ 6 นาที มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคเบาหวาน 1 คน ทั้งนี้ เพราะพฤติกรรมมารับประทานอาหาร หวานเกินไป มันเกินไป เค็มเกินไป รับประทานเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งเกินธรรมชาติ การใช้ชีวิตสบายเกินไป นั่งๆ นอนๆ มากเกินไปไม่ได้ใช้ร่างกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องทุ่นแรงในชีวิตประจำวันมากมาย^[1] ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสิ้น จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยบริโภคอาหารไขมันสูงร้อยละ 86.3 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานร้อยละ 71.7 รับประทานอาหารประเภทจานด่วนร้อยละ 15.3 และจากผลการสำรวจเรื่องอาหารที่คนไทยบอกว่าต้องกินประจำ ของชีวิต โพลล์ พ.ศ. 2549 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม “กินตามใจปาก” โดยพบว่าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ร้อยละ 56.7 ดื่มชา กาแฟร้อน ร้อยละ 54.6 รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่างจนไหม้เกรียม ร้อยละ 54.1 รับประทานอาหารไม่ตรงร้อยละ 35.1 รับประทานอาหารประเภทจานด่วนร้อยละ 33.4 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.5^[3] จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งการจะลดอัตราการเกิดโรคได้นั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องรีบ

ดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ ทุกพื้นที่ได้รับรู้และตระหนักใส่ใจด้านสุขภาพ

นอกจากนี้จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยวัดเป็นศูนย์กลาง วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.5 และแบ่งเป็นกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.4 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 40.8 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.8 โดยมีผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้คิดเป็นร้อยละ 93.4 ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 5.6 และผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 0.8 และพบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.4 และเป็นโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 4.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมา มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 8.8^[4] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่มีดัชนีมวลกายผิดปกติเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งภาวะดังกล่าว นั้นเป็นส่วนหนึ่งของส่งเสริมให้เกิดโรคที่ไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ ตามที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ชะลอลดอัตราการเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ สถานที่ดำเนินงานวิจัยได้คัดเลือกตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ดำเนินงานและชุมชนเป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่มีผู้วิจัยสร้างขึ้นบนพื้นฐานของกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสริม และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ วิธีการดำเนินงาน ศึกษาวิจัยผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานผ่านโรงพยาบาลชุมชนสันทรายและผู้นำชุมชน เพื่อขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยทางสังคม) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และการมี

โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ที่ใช้คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของความสัมพันธ์ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำเข้าและปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลลักษณะของปัจจัยทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มากที่สุดร้อยละ 55.9 และมีสถานภาพคู่ร้อยละ 48.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรร้อยละ 20.4 รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 3,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 53.4 โดยส่วนใหญ่ที่มาของรายได้จากการประกอบอาชีพร้อยละ 27.9 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.1 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.0

1.2 ข้อมูลลักษณะของปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้าต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก คิด

เป็นร้อยละ 43.1 รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 35.3 และมีการรับรู้ในระดับน้อยร้อยละ 21.6

1.3 ข้อมูลลักษณะของปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ในการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.65 รองลงมา มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเรื่องการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.78 และมีกิจกรรมการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ ระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 28.57

1.4 ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมา มีการพฤติกรรม การรับประทานอาหารระดับมากคิดเป็นร้อยละ 32.6 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 27.7

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

พบว่า ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุคือ อายุ รายได้ และการมีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การพัก

อาศัยของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และแหล่งที่มาของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

พบว่าปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

พบว่าปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกับปัจจัยทางสังคมพบว่า อายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^[4] ที่ว่า ปัจจัยทางประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยความรู้ การรับรู้ภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางประชากรหรือปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ รายได้ และลักษณะงานมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งสภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจจะมีรายได้สูง ซึ่งเป็นประโยชน์ให้บุคคล

สามารถดูแลให้ตนได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนไป เพศหญิง และเพศชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นคู่โสด หรือหม้าย ต้องรับผิดชอบดูแลชีวิตตนเองเหมือนกัน และปัจจุบันมีช่องทางการสื่อสารข้อมูลข่าวสารมากมายซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงทำให้มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พรหมลาย^[5] พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ดวงพร อารยะพงษ์^[6] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย การศึกษาของสุกัญญา ไผ่โสภณ^[7] ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธนิช หุนสาร^[8] พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรีและ

ข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของจินตนา พรหมลาย^[5] พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขต 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกับปัจจัยนำพบว่า

ปัจจัยนำของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งจะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้จากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกันกับการศึกษาของจิราภรณ์ ตัณฑ์ทรัพย์^[9] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรใน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุกับปัจจัยเสริม พบว่า

ปัจจัยเสริมของภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กองมณี สุรวงษ์สิน^[10] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนในเรื่องการรับประทานอาหาร แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในระดับดีก็ตาม แต่เมื่อพิจารณารายชื่อแล้ว พบว่าเนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอยู่หลายข้อ ซึ่งเป็นข้อที่มีความสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานอาหารที่ทำจากกะทิหรือทอดน้ำมันเป็นประจำ และการดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นประจำ เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคและเป็นการคัดกรองอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น หากพบความผิดปกติก็สามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่และยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมาก

3. จากผลการศึกษาวิจัย พบว่าบุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้องมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุนั้น ควรให้ญาติพี่น้อง ร่วมฟังคำแนะนำด้วยเพื่อกลับไปที่บ้านจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุดกับบุคคลในครอบครัวเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกัน

ข้อเสนอแนะ ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาวิจัยในเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมและถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถอธิบายตัวแปรที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533 – 2563. กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535.
2. วาทีนี บุพฐะลักษ์ .2545:11. สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ,2551: 6-7.
4. Peuder, N. J. 1996. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Appleton and Lange connecticut. Peuder. N. J. 1987 Health Promotion Nursing Practice. Appleton century – Crofts. Norwalk.
5. จินตนา พรหมลาย.2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของการพัฒนากิจกรรม 3 กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
6. อุมพร นิมตระกูล. 2556. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยวัดเป็นศูนย์กลาง วัดห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.
7. ดวงพร อารยะพงษ์. 2546 .ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
8. สุกัญญา ไพทโสภณ. 2540 . พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
9. สุทธิจิ หุณทสาร. (2539 : 158) .พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนจังหวัดนนทบุรี.
10. จีราภรณ์ ตัญทรัพย์. 2550. ปัจจัยที่มีผลต่ออิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.

11. กองมณี สุรวงษ์สิน. 2552. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
12. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. 2542. ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ.
13. อนันต์ ตันมุขยะกุล. 2526. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. สารสิริราช. 35, หน้า 153-159.
14. วินัส ลิทธิกุล. 2542. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ใน ถนอมขวัญ ทวีบุรณ และพิสมนต์ คุ่มทวรพร (บรรณาธิการ), การดูแลตนเองในวัยทอง. (หน้า 11-13) กรุงเทพฯ: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
15. สุรัตน์ โคมินทร์. มิถุนายน 2544. โรคอ้วนกับสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บรรณาธิการ), เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา. พ.ศ. 2544, หน้า 92-102. สมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
16. จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. 2531. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 5(1). หน้า 119-1257).
17. อรวรรณ แผนคง. 2533. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด.
18. เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2528.
19. สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มีนาคม 2556. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
20. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ.: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2538.
21. นภาพร ชโยวรรณ มานี วังศ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. ปัญหาของผู้สูงอายุภายในประเทศไทย: ผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สมาคมนักประชากรไทย, 2530.
22. บรรลุ ศิริพานิชและคณะและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ: สามัคคีการพิมพ์, 2531.
23. วิไลวรรณ ทองเจริญ, การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรีย์ ตันศิริ, บรรณาธิการ, การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 52-58. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
24. อัมพร โอตระกูล. 2527. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วารสารสุขศึกษา. 7, (หน้า 25-31).
25. วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์, การประเมินภาวะโภชนาการทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา. เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
26. ปรียานุช แยมวงษ์. มิถุนายน 2544. ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ดี. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล(บรรณาธิการ), เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา พ.ศ. 2544. (หน้า 103 – 109). สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
27. ภิญญา หนูภักดี และจิตรลดา ศรีสารคาม. 2545. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ

การบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

A survey of personnel participation in the public sector management quality award ,
Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai.

นางจุฬาลักษณ์ อนุอันธ์

กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน

บทคัดย่อ

การวิจัยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) และหาแนวทางแก้ไข ทำการศึกษาในบุคลากรทุกระดับของศูนย์อนามัยที่ 1 ที่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 230 คน ประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานจ้างเหมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการทดสอบใช้เครื่องมือ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 ระหว่างวันที่ 1-14 กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิจัยแบบพรรณนา โดยการวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์อนามัยที่ 1 โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 จำแนกรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 สูงกว่าปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 โดยด้านแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด เท่ากับ 3.77 (บรรยากาศการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การประสบความสำเร็จขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ การยอมรับความรู้ความ

สามารถจากองค์กรและผู้บังคับบัญชา) รองลงมา คือ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และด้านการจัดองค์กร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจ มีส่วนในการสร้างบรรยากาศ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์อนามัยที่ 1 เป็นอย่างมาก ส่วนระดับความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 จำแนกการมีส่วนร่วม รายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมด้านผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 ยังขาดการมีส่วนร่วมคิด การตัดสินใจ ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ การเลือกโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำมาพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ผลการสำรวจปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์อนามัยที่ 1 พบว่า บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ขาดแรงจูงใจในการให้รางวัลกับบุคลากรทุกระดับในการเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ บุคลากรเข้าใจว่า PMQA มีความยุ่งยาก เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น จึงไม่เห็นความสำคัญถึงประโยชน์ที่จะได้รับและไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเท่าที่ควร การสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐยังไม่ชัดเจน ไม่ทั่วถึงทุกระดับ การประชาสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการ

พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกระดับ สื่อสารถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมายการดำเนินงานให้ชัดเจนทั่วทั้งองค์กร พัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล กำหนดช่องทางหลากหลายในการรับฟังความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของบุคลากรทุกระดับ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างแท้จริง สร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมให้เอื้อในการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม ส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การทำงานเป็นทีม สร้างความผูกพันให้บุคลากร จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้บุคลากรทุกระดับ มีการบูรณาการการทำงานและนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไปใช้ในงานประจำ มีการสอนงาน ปรับทัศนคติบุคลากรให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและคิดปรับปรุงยอมรับสิ่งใหม่ๆ สร้างแรงจูงใจ ให้บุคลากรทุกระดับที่ได้เข้าร่วมการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม กำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

Abstract

A survey of personnel participation in the development of quality of public administration, Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai. To study the participation of personnel in the public sector management quality award (PMQA), including problems and obstacles in the participation of personnel in the development of the quality of public administration (PMQA) and to find solutions.

The study was conducted at all levels of personnel in Health Promotion Center Region 1, which have operated for 3 years or more. The total number of people in this survey is 230 persons that composed of government officials, government employees, employees of Ministry of Public Health and staff hire. A data were collected by

questionnaire and tested by using tools. The reliability was 0.95 between 1st -14th of July. Using descriptive statistics by the frequency, percentage, mean and standard deviation, The result indicated that The level of opinion on the participation of personnel in the development of the quality of public administration of the Health Promotion Center Region 1 was at a high level so the average was 3.63. Classifying by groups, The average of the internal environment was 3.68, higher than the average of the knowledge and attitude which was 3.55. The highest average is motivation factor that was 3.77. Next, The average of organizational culture was 3.76 and the average of organization management was 3.57. It signifies that motivation contributes to a creation of the atmosphere which promotes or encourages staff to participate in the development of quality of public administration in the workplace a lot. The level of opinion of the participation of personnel in improving the quality of government management, the overall was moderate and the average was 3.28. Classifying by participation, The average of the advantage of participation was 3.32, The highest average. Next, The average of participation in the operation was 3.31, the average of participation in the evaluation was 3.30 and the average of participation in decision making was 3.19. It shows that personnel in this workplace still lack participation in decision making, guiding the Development of Quality of Governmental Management and selecting of projects or activities for developing to achieve.

The result of obstacles in this survey pointed that the staff lack of knowledge and motivation on the public sector management quality award (PMQA). Many staff thought that PMQA is complicated and increased workload. Because of this, the staff does not see how important it is to cooperate. In addition, communication and public relations at all level are unclear. Therefore, the guidelines for the development of quality of public administration in Health Promotion Center Region 1 have many ways to do. The executive should focus on

improving the quality of government management seriously and continuously as follows : paying attention to personnel at all levels, communicating policy and operational goals throughout the organization clearly, developing an effective communication system by set multi-channel to listen to opinions or suggestions of personnel at all levels, including increased public relations, creating good atmosphere and engagement, promoting good relationship teamwork, making a commitment to personnel, establishing a systematic working committee, enhancing knowledge and understanding about the development of quality of public administration to all levels of personnel, integrating the work and lead the way to improve the quality of government administration for routine work, coaching, adjusting attitudes, personnel, accepting change, and improving and accepting a new things. Furthermore, motivating personnel to participate in the particular development and following up and evaluating continuously.

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการนำระบบคุณภาพการบริหารจัดการมาใช้ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยที่การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบราชการไทย ที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมีการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระบบมาตรฐานสากล (High Performance)^[1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้ออกแบบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยนำหลักเกณฑ์และแนวคิดมาจาก รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Malcolm Baldrige National Quality Award : MBNQA)^[2] ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการบริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพที่สุด และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (Thailand

Quality Award : TQA) ของภาคเอกชนไทย มาปรับให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบราชการไทย และการดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 เพื่อให้ส่วนราชการนำมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร โดยอาศัยหลักการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) ^[2] เป็นการทบทวนสิ่งที่องค์กรดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) เมื่อตรวจสอบพบว่าเรื่องใดยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับเกณฑ์ องค์กรจะได้พัฒนาวิธีปฏิบัติเพื่อปรับปรุงองค์กรไปสู่ความสำเร็จ โดยมีแรงจูงใจในรูปแบบของรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ส่วนราชการต่างๆ สามารถนำไปปรับใช้ได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้การส่งมอบผลผลิตและการบริการดีขึ้น ปรับปรุงผลการดำเนินการด้านอื่นๆ และเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน โดยทำให้เกิดความสอดคล้องกันของแผนกระบวนการตัดสินใจ บุคลากร การปฏิบัติการ และผลลัพธ์ ในปี 2558 สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ปรับปรุงเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ทันสมัยตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ.2556-2561) เป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานภาครัฐให้สูงขึ้น สอดคล้องกับบริบทของภาคราชการในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการตอบสนองและสร้างความพึงพอใจ ความเชื่อถือไว้วางใจในการทำงานภาครัฐ การพัฒนาไปสู่องค์กรที่มีขีดสมรรถนะสูง สร้างความสามารถทางการแข่งขันของภาคราชการและระดับประเทศ ความรับผิดชอบต่อสังคม การใช้ประโยชน์ของข้อมูลสารสนเทศ และผลลัพธ์ที่สะท้อนความสำเร็จของการบริหารจัดการองค์กรอย่างยั่งยืน^[3]

กรมอนามัยมีนโยบายปฏิรูปกรมอนามัยมุ่งสู่การเป็นองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ได้กำหนดให้มีการพัฒนา

องค์กรตามประเด็นยุทธศาสตร์ปฏิรูประบบบริหารและวิธีการทำงาน โดยใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ทั้งทั้งองค์การ เป้าประสงค์คือการเป็นองค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม มีนโยบายบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อปฏิรูปองค์กรสู่กรมอนามัย 4.0 และให้ทุกหน่วยงานยกระดับการทำงานบนฐานความรู้และนวัตกรรมใหม่ ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการโดยกำหนดให้ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนกรมอนามัยสู่องค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization : HPO) และกำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของทุกหน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นศูนย์วิชาการสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการขององค์กรตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน โดยใช้เป็นกรอบประเมินตนเอง (Self-Assessment) ทำให้ทราบจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงองค์กรมาอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณพ.ศ.2559 ได้รับรางวัลพัฒนาการบริการเป็นเลิศ หมวด 1- 7 ได้แก่ หมวด 1 การนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ได้ประเมินสถานะองค์กร (Self-Assessment) ตามเกณฑ์ PMQA พบว่า หมวด 1 มีค่าคะแนน 3.25 สอดคล้องกับกรมอนามัยที่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 1 ด้านการนำองค์การและความรับผิดชอบต่อองค์กร ในปีงบประมาณพ.ศ. 2559 หมวด 2 มีค่าคะแนน 3.07 , หมวด 3 มีค่าคะแนน 2.6 , หมวด 4 มีค่าคะแนน 2.77 , หมวด 5 มีค่าคะแนน 2.15 และหมวด 6 มีค่าคะแนน 2.6 ในภาพรวมมีค่าคะแนน

เท่ากับ 2.74 อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐดังกล่าว ดำเนินการในกลุ่มบุคลากรเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น ยังไม่สามารถกำหนดให้บุคลากรทุกกลุ่มในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ถึงแม้จะมีคณะกรรมการและคณะทำงานให้ครอบคลุมมากขึ้น และยังพบว่าระดับผู้ปฏิบัติงานได้นำเครื่องมือ PMQA มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร การสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกคนเข้ามาร่วมพัฒนาองค์กรยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 ตลอดจนศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อค้นหาสาเหตุอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และหาแนวทางการแก้ไข

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์อนามัยที่ 1 ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และพนักงานจ้างเหมา ที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 1 เป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัย

ด้านบุคลากร ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ข้อมูลความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถามสรุปเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านบุคลากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคลากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคลากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์อนามัยที่ 1

ประสบการณ์การทำงานในการพัฒนาคุณภาพการ
บริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1

เชียงใหม่ และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ/
คณะทำงาน PMQA

ตาราง 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคลากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยด้านบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	18	9.0
31 – 40 ปี	45	22.5
41 – 50 ปี	45	22.5
51 ปีขึ้นไป	92	46.0
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	50	25.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	100	50.0
ปริญญาโท	48	24.0
ปริญญาเอก	2	1.0
3. ระดับตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
ข้าราชการ	134	67.0
ลูกจ้างประจำ	25	12.5
พนักงานราชการ	8	4.0
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	21	10.5
ลูกจ้างจ้างเหมา	12	6.0
ข้าราชการ	26	13.0
1. ประเภททั่วไป		
ปฏิบัติงาน	9	4.5
ชำนาญงาน	17	8.5
2. ประเภทวิชาการ	108	54.0
ปฏิบัติการ	17	8.5
ชำนาญการ	77	38.5
ชำนาญการพิเศษ	10	5.0
เชี่ยวชาญ	4	2.0
4. กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	124	62.0
กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน	19	9.5
กลุ่มอำนวยการ	34	17.0
กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก	3	1.5
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน	5	2.5
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น	3	1.5
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน	1	0.5
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ	7	3.5
กลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม	4	2.0

ปัจจัยด้านบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
5. ระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์อนามัยที่ 1		
3-5 ปี	40	20.0
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	160	80.0
6. ประสบการณ์การทำงานในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่		
เคยเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA	60	30.0
ไม่เคยเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA	140	70.0
7. ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA		
1 ปี	16	26.7
2 ปี	13	21.7
3 ปี	10	16.7
4 ปี	1	1.7
5 ปีขึ้นไป	20	33.3

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ซึ่งมีจำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 67.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด รองลงมาเป็นลูกจ้างประจำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 เป็นลูกจ้างจ้างเหมา จำนวน 12 คน และเป็นพนักงานราชการ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 และ 4.0 ตามลำดับ ข้าราชการส่วนใหญ่เป็นประเภทวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 54.0 และข้าราชการประเภททั่วไป คิดเป็นร้อยละ 13.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

มี ผู้ ต อ บ แ บ บ ส อ บ ถ า ม ที่ เ ป็น คณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 นอกจากนั้นไม่เป็น

คณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA โดยคิดเป็นร้อยละ 70.0 ของทั้งหมด ในส่วนของระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA นั้นมากที่สุดมีระยะเวลาการเป็น 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมามีระยะเวลาการเป็น 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ข้อมูลปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตาราง 2 ระดับความคิดเห็นปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านความรู้และทัศนคติ	3.55	มาก
1.1 ความรู้	3.26	ปานกลาง
1.2 ทัศนคติ	3.76	มาก
2. ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร	3.68	มาก

2.1 การจัดองค์กร	3.57	มาก
2.2 วัฒนธรรมองค์กร	3.76	มาก
2.3 การสื่อสาร	3.54	มาก
2.4 แรงจูงใจ	3.77	มาก
รวม	3.63	มาก

ความคิดเห็นต่อปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่โดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.63 อยู่ในระดับมาก โดยจะเห็นว่าด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร มีค่าเฉลี่ยระดับความ

คิดเห็น 3.68 สูงกว่าด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.55

1. ด้านความรู้และทัศนคติ

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังนี้

	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1.1 ความรู้	3.26	ปานกลาง
1.2 ทักษะ	3.76	มาก
รวม	3.55	มาก

ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีค่าเฉลี่ย 3.55 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายปัจจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความ

คิดเห็นปัจจัยด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ย 3.76 อยู่ในระดับมาก สูงกว่าด้านความรู้ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.26 อยู่ในระดับปานกลาง

	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1.1 ความรู้		
1. ท่านได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับPMQA อยู่ในระดับใด	3.17	ปานกลาง
2. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกณฑ์ เพียงใด	3.07	ปานกลาง
3. ท่านมีความรู้และเข้าใจในกระบวนการ เพียงใด	3.05	ปานกลาง
4. PMQA มีประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของศูนย์อนามัยที่ 1 เพียงใด	3.51	มาก
5. ท่านมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์อนามัย ที่ 1 เพียงใด	3.48	มาก
1.2 ทักษะ		
6. ท่านคิดว่าต้องพัฒนาตนเองอยู่เสมอให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา	4.02	มาก
7. ท่านคิดว่า PMQA เป็นงานที่ท้าทายความสามารถ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร	3.93	มาก
8. PMQA จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์	3.94	มาก

9. PMQA นอกจากหน่วยงานมีระบบบริหารจัดการที่ดีแล้ว ยังทำให้ท่านได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น	3.84	มาก
10. ท่านคิดว่านโยบายของผู้บริหารให้ความสำคัญ PMQA ต้องการให้ทุกคนนำไปใช้กลมกลืนกับงานประจำ	3.91	มาก
11. ท่านคิดว่า PMQA เป็นการเพิ่มภาระงานและทำให้คนเกียจกันทำงาน	2.87	ปานกลาง
12. ท่านคิดว่าหน่วยงานจำเป็นต้องนำ PMQA มาใช้หรือไม่	3.85	มาก

เมื่อพิจารณาด้านความรู้เป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 4 PMQA มีประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.51 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ข้อ 5 ท่านมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.48 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 3 ท่านมีความรู้และเข้าใจในกระบวนการ เพียงใด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.05 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาด้านทัศนคติเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 6 ท่านคิดว่าต้องพัฒนาตนเองอยู่เสมอให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา โดยมีค่าเฉลี่ย 4.02 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ข้อ 8 PMQA จะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย 3.94 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 11 ท่านคิดว่า PMQA เป็นการเพิ่มภาระงานและทำให้คนเกียจกันทำงาน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.87 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับ ปานกลาง

2. ด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังนี้

สภาพแวดล้อมในองค์กร	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
2.1 การจัดองค์กร	3.57	มาก
2.2 วัฒนธรรมองค์กร	3.76	มาก
2.3 การสื่อสาร	3.54	มาก
2.4 แรงจูงใจ	3.77	มาก
รวม	3.68	มาก

ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 3.68 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3.77 รองลงมา เป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร มีค่าเฉลี่ย 3.76

ปัจจัยด้านการจัดองค์กร มีค่าเฉลี่ย 3.57 และการสื่อสาร มีค่าเฉลี่ย 3.54 ตามลำดับ ทั้งนี้ในด้านสภาพแวดล้อมในองค์กรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
2.1 การจัดองค์กร		
13. หน่วยงานมีการออกแบบ และจัดระบบงานที่ดีสนับสนุนการดำเนินงาน PMQA อย่างมีส่วนร่วม	3.55	มาก
14. การทำงานมีการกระจายความรับผิดชอบให้บุคลากรทุกคน	3.58	มาก
15. การทำงานมีความยืดหยุ่น เหมาะสมต่อการบรรลุเป้าหมายของ PMQA	3.59	มาก
2.2 วัฒนธรรมองค์กร		
16. วัฒนธรรมองค์กรเหมาะสมต่อการพัฒนาเพื่อบ่มบ่มผู้ส่งเสริมสุขภาพ/องค์กรแห่งการเรียนรู้	3.86	มาก
17. วัฒนธรรมองค์กรกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน PMQA	3.77	มาก
18. บุคลากรมีการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กร เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์กร	3.65	มาก
2.3 การสื่อสาร		
19. ผู้บริหารมีการสื่อสารทิศทางอนาคตของศูนย์ฯ ที่ชัดเจน และทั่วถึง	3.70	มาก
20. ท่านสามารถแสดงความคิดเห็น หรือข้อเสนอต่อผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบได้เสมอทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	3.55	มาก
21. การพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติด้วยกันเองเป็นไปอย่างฉันทามติและมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน	3.62	มาก
22. เมื่อท่านประสบปัญหาในการพัฒนา PMQA ท่านมีการพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องได้สะดวก และนำไปสู่การแก้ไขปัญหา	3.53	มาก
23. เมื่อมีข้อขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับ PMQA ข้อขัดแย้งนั้นจะได้รับการแก้ไขโดยทันที	3.31	ปานกลาง
2.4 แรงจูงใจ		
24. ความชัดเจนในนโยบายและการบริหารองค์กร มีผลต่อการผลักดันให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.71	มาก
25. การบังคับบัญชาของผู้บริหาร/หัวหน้าฯ มีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.67	มาก
26. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากร มีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.79	มาก
27. บรรยากาศการทำงานมีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วม	3.83	มาก
28. การที่องค์กรประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ มีส่วนจูงใจให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.83	มาก
29. การที่บุคลากรได้รับการยอมรับจากองค์กรและผู้บังคับบัญชา มีส่วนเกี่ยวข้องให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.81	มาก

30. การที่บุคลากรได้รับมอบหมายงานที่ทำหยา มีส่วนเข้ามามีส่วนร่วม	3.71	มาก
31. การที่บุคลากรมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีส่วนให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม	3.83	มาก

เมื่อพิจารณาด้านการจัดองค์กรเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 15 การทำงานมีความยืดหยุ่น เหมาะสมต่อการบรรลุเป้าหมายของ PMQA โดยมีค่าเฉลี่ย 3.59 รองลงมา คือ ข้อ 14 การทำงานมีการกระจายความรับผิดชอบให้บุคลากรทุกคน มีค่าเฉลี่ย 3.58 และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 13 หน่วยงานมีการออกแบบ และจัดระบบงานที่ดี สนับสนุนการดำเนินงาน PMQA อย่างมีส่วนร่วม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55 ทั้งนี้ในด้านการจัดองค์กรมีความคิดเห็นอยู่ใน ระดับมาก

เมื่อพิจารณาด้านวัฒนธรรมองค์กรเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 16 วัฒนธรรมองค์กรเหมาะสมต่อการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่องค์กรสมรรถนะสูง/องค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.86 รองลงมา คือ ข้อ 17 วัฒนธรรมองค์กร กระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน PMQA มีค่าเฉลี่ย 3.77 และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 18 บุคลากรมีการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมองค์กร เพื่อบรรลุเป้าหมายองค์กร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.65 ทั้งนี้ในด้านวัฒนธรรมองค์กรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการสื่อสาร ในข้อคำถามที่ 19 ผู้บริหารมีการสื่อสารทิศทางอนาคตของศูนย์ฯ ที่ชัดเจน และทั่วถึง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.70 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ข้อ 21 การพูดคุยสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติด้วยตนเองเป็นไปอย่างฉันทมิตรและมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีค่าเฉลี่ย 3.62 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 23 เมื่อ

มีข้อขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับ PMQA ข้อขัดแย้งนั้นจะได้รับการแก้ไขโดยทันที โดยมีค่าเฉลี่ย 3.31 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านแรงจูงใจนั้น ในข้อคำถามที่ 27 บรรยากาศการทำงานมีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วม ข้อ 28 การที่องค์กรประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ มีส่วนจูงใจให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม และ ข้อ 31 การที่บุคลากรมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีส่วนให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.83 เท่ากัน รองลงมา คือ ข้อ 29 การที่บุคลากรได้รับการยอมรับจากองค์กรและผู้บังคับบัญชา มีส่วนเกี่ยวข้องให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย 3.81 และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 25 การบังคับบัญชาของผู้บริหาร/หัวหน้าฯ มีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.67 ทั้งนี้ในด้านแรงจูงใจมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ แรงจูงใจ ได้แก่ บรรยากาศการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การประสบความสำเร็จขององค์กรในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ การยอมรับความรู้ความสามารถจากองค์กรและผู้บังคับบัญชา เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจ มีส่วนในการสร้างบรรยากาศ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์อนามัยที่ 1 เป็นอย่างมาก

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีผลการวิเคราะห์โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 3 ระดับความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยรวม

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.19	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.31	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.32	ปานกลาง
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.30	ปานกลาง
รวม	3.28	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีค่าสูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 และที่ได้ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นเป็นลำดับสุดท้าย คือ การมีส่วนร่วม

ในการตัดสินใจ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 แสดงให้เห็นว่า บุคลากรยังขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมคิดกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์ และร่วมตัดสินใจเลือกโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์อยู่มาก

ค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำแนกเป็นรายข้อคำถามได้ดังนี้

	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		
32. ท่านได้ร่วมคิดและตัดสินใจในการกำหนดแนวทาง PMQA	3.18	ปานกลาง
33. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกโครงการ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำมาพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย	3.20	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ		
34. ท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา PMQA ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	3.23	ปานกลาง
35. ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพัฒนา PMQA	3.39	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์		
36. มีการประกาศเกียรติคุณ ยกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจบุคลากรที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนายอย่างสม่ำเสมอ และทั่วถึง	3.32	ปานกลาง

	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล		
37. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร	3.27	ปานกลาง
38. ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานผลการพัฒนา และผลการปรับปรุงองค์กร	3.22	ปานกลาง
39. หน่วยงานเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมรับรู้และแสดงความคิดเห็นในการประเมินผลการปฏิบัติงาน	3.40	ปานกลาง

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 33 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกโครงการ หรือ กิจกรรมต่างๆ ที่จะนำมาพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ย 3.20 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง สูงกว่า ข้อ 32 ท่านได้ร่วมคิดและตัดสินใจในการกำหนดแนวทาง PMQA ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อ 35 ท่านได้เข้าร่วมปฏิบัติตามนโยบาย/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพัฒนา PMQA มีค่าเฉลี่ย 3.39 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง สูงกว่า ข้อ 34 ท่านได้เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนา PMQA ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ พบว่า ข้อ 36 มีการประกาศเกียรติคุณ ยกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจบุคลากรที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ และทั่วถึง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ ข้อ 39 หน่วยงานเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมรับรู้และแสดง

ความคิดเห็นในการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 รองลงมา คือ ข้อ 37 ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาองค์กร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 และคำถามที่ได้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำสุด คือ ข้อ 38 ท่านมีส่วนร่วมในการรายงานผลการพัฒนา และผลการปรับปรุงองค์กร โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นในเรื่องปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1 มีดังนี้

- บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในนโยบาย ทิศทาง กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ไปสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ไม่ทั่วถึงทั้งองค์กร
- ความเข้าใจในเรื่อง PMQA รู้เฉพาะบางกลุ่ม โดยเฉพาะคณะกรรมการ/คณะทำงาน
- ขาดแรงจูงใจในการให้รางวัลกับบุคลากรทุกระดับในการเข้าร่วมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

- ทักษะที่มีต่อ PMQA เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น มีความยุ่งยาก การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ไม่เห็นความสำคัญถึงประโยชน์ที่จะได้รับและการให้ความร่วมมือในการดำเนินการเท่าที่ควร
- การสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐยังไม่ชัดเจน ไม่ทั่วถึงทุกระดับ
- การประชาสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง
- บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลเวลาไม่ตรงกัน ทำให้บุคลากรไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกคน
- การทำงานของบุคลากรขาดการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและศูนย์อนามัยที่ 1
- การบริหารจัดการกำลังคน การมอบหมายงานไม่ชัดเจน ไม่เอื้อต่อการทำงาน
- การได้รับโอกาสพัฒนาศักยภาพยังไม่ทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของศูนย์อนามัยที่ 1

- ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างจริงจังและต่อเนื่องให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกระดับ
- การสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย การดำเนินงานให้ชัดเจนทั่วถึงบุคลากรทุกระดับผ่านหลายช่องทาง
- บุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติทุกระดับ ควรสื่อสารระหว่างกันมากขึ้น มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล
- กำหนดช่องทางหลากหลายในการรับฟังความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของบุคลากรทุกระดับ

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างแท้จริง
- ปรับแนวคิด และเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกคน ไม่เฉพาะกรรมการเท่านั้น
- มีการบูรณาการการทำงานและนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไปใช้ในงานประจำทุกหน่วยงาน ตลอดจนมีการสอนงาน
- ทีมผู้บริหารต้องสร้างบรรยากาศให้เอื้อในการเรียนรู้ และในการประชุม สร้างการมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ที่ดี การทำงานเป็นทีม ปลูกฝังการรักองค์กร และสร้างความผูกพันให้บุคลากร
- จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และกำกับติดตาม/ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- จัดคนให้เหมาะสมกับงาน และมอบหมายงานให้ชัดเจน
- สร้างแรงจูงใจ ให้ผลตอบแทนตามผลงาน ยกย่อง ให้เกียรติ บุคลากรที่สร้างผลงานเป็นที่ยอมรับ
- ผู้บริหารทุกระดับ กำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของศูนย์อนามัยที่ ๑ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าเกิดขึ้นเนื่องจาก บุคลากรส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่อง PMQA ความไม่ชัดเจนในนโยบายของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานได้รับการถ่ายทอดนโยบายไม่ทั่วถึง ทั้งนี้เนื่องจากการสื่อสารในเรื่อง PMQA ยังไม่ทั่วถึงทุกระดับ จะทราบเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้บริหาร กรรมการและผู้มีส่วนร่วมเท่านั้น อีกทั้งบุคลากรยังเห็นว่ามีการแบ่งแยกการทำงานระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์ และภาระงานที่มาก จึงทำให้บุคลากรไม่เข้าใจเรื่อง

PMQA คิดว่า PMQA มีความยุ่งยาก ไม่ชัดเจน ไม่เห็นความสำคัญถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการดังกล่าว และคิดว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ บุคลากรยังเห็นว่าไม่มีแรงจูงใจในการให้รางวัลกับบุคลากรทุกระดับในการเข้าร่วม PMQA ผลตอบแทนจากการเข้าร่วมดำเนินการ PMQA ยังมองไม่เป็นรูปธรรมที่บ่งบอกว่าผู้มีส่วนร่วมทุกคนได้รับผลประโยชน์

ศูนย์อนามัยที่ 1 ควรสื่อสารสร้างความเข้าใจในการนำเครื่องมือ PMQA ไปใช้ในการทำงานแก่บุคลากรทุกระดับทั่วทั้งองค์กร สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับในการดำเนินการ ทั้งนี้ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์กรตามแนวทาง PMQA อย่างจริงจังและต่อเนื่อง สร้างขวัญ กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ยกย่อง ให้เกียรติบุคลากรที่สร้างผลงานเป็นที่ยอมรับ ปลุกฝังการรักษาระดับให้แก่บุคลากร มีกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกันในองค์กร ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ปรับทัศนคติบุคลากรทุกระดับ ให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลง คิดปรับปรุงยอมรับสิ่งใหม่ๆ พร้อมทั้งจะเรียนรู้พัฒนาตนเองและองค์กรให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเรื่องผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามตัวชี้วัดการรับรองผลการปฏิบัติราชการ ของศูนย์อนามัยที่ 1
2. ศึกษาความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรทราบผลสัมฤทธิ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงาน ก.พ.ร.. คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปีงบประมาณ พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ : บริษัท วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2553.

2. สำนักงาน ก.พ.ร..เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : บริษัท วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2557.
3. สำนักงาน ก.พ.ร..รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปี พ.ศ.2559.กรุงเทพฯ : บริษัท วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย จำกัด; 2559.
4. ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.รายงานการประเมินตนเองตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558; 2558.

ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

พ.ศ. 2556-2558 เขตสุขภาพที่ 1

The Evaluation Results of Youth Friendly Health Services of Health region zone 1, 2013-2015

ผู้วิจัย นางสาวสุทธินี รมเย็น

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

ความสำคัญ ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนมีความรุนแรงมากขึ้น แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น ผลกระทบที่ตามมาคือการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การแท้ง การทอดทิ้งบุตร การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้ ข้อมูลสถิติทั่วโลกพบว่าอัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี พบในอัตรา 55.7 ต่อพัน (World Population Prospects, the 2010th revision) และจากข้อมูลระดับประเทศของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 พบว่า อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 42.5 ต่อพัน อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 11.9 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน เท่ากับ 43.44 ต่อแสนโดยเขตสุขภาพที่ 1 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 34.1 ต่อพัน และจากข้อมูล HDC เขตสุขภาพที่ 1 รอบ 9 เดือน ปี 2560 (3) อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่นร้อยละ 15.8 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ ๑๐) โดยจังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำสูง 3 จังหวัดแรกคือ เชียงราย แพร่ และเชียงใหม่ (ร้อยละ 18.36 , 18.35 และ 18.28 ตามลำดับ กรมอนามัยเริ่มวางแผนพัฒนาและจัดทำมาตรฐาน YFHS เพื่อพัฒนาคุณภาพสถานบริการให้มีการจัดบริการแก่วัยรุ่นอย่างครอบคลุม เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนลดลง ในอนาคต

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประเมินรับรองมุมให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนปี 2556-2558

วิธีการศึกษา ศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใน 8 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา, ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าในปี 2556-2558 อำเภอด่านเกวียน การประเมินรับรองจำนวน 76 ร.พ คิดเป็น ร้อยละ 77.55 สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 60 มีโรงพยาบาลในจังหวัดที่ผ่านการประเมินรับรองครบร้อยละ 100 จำนวน 2 จังหวัด คือ จ.พะเยา และจ.แม่ฮ่องสอน รองลงมาคือจังหวัด เชียงรายและ จังหวัดลำปางที่ผ่านการประเมินเกินร้อยละ 90 ประเด็นสำคัญที่เป็นเงื่อนไขของความสำเร็จ คือ นโยบายของผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด การบูรณาการทำงานภายในองค์กร ระบบข้อมูล การทำงานเชิงรุกและการสร้างภาคีเครือข่าย

สรุปและวิจารณ์ การประเมินมาตรฐานคลินิก ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเป็นวิธีการที่จะพัฒนาการให้วัยรุ่นได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานซึ่งต้องใช้เวลาและความมุ่งมั่น ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด ควรมีการนิเทศงานเพื่อกระตุ้นให้สถานบริการเห็นความสำคัญของการพัฒนา

คลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้เข้าประเมินรับรองตามมาตรฐาน

Abstract

The background of the problem : at present the reproductive health of adolescents and youth in Thailand is severe increasing. In addition the premature sex trends are increasing, the consequence impact is that the number of unwanted pregnancy, unsafe abortion ,sexual transmitted infections and AIDS. World statistics showed that the rates of childbirth among 15-19

year old women are at the rate of 55.7 per thousand (World Population Prospects, the 2010th revision). The national data of the Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health in 2016 It was found that the preterm delivery rate in adolescents aged 15-19 was 42.5 per thousand. The rate of repeat pregnancy was 11.9%. The rate of sexually transmitted diseases was 43.44 per hundred thousand. Health Region 1

Found that the rates of childbirth among 15-19 year old women was 34.1 per thousand and HDC data showed that the rate of repeat pregnancy was 15.8%, which was higher than the standard (not more than 10%). There are 3 provinces have got the highest repeat pregnancy were Chiang Rai, Phrae and Chiang Mai ; 18.36%, 18.35% and 18.28%. The Department of Health began to set the planning, developing, and developing the YFHS standards to improve the quality of services for adolescents and youth for enable access and use standardized health services that will be able to reduce the reproductive health of adolescents and youth problems in the future.

The objective of this study : study the results of the assessment of Youth Friendly Health Services in 2013-2015.

Study method : a qualitative and quantitative study was conducted in 8 provinces. Descriptive statistics, Percentage.

The results showed that in 2013-2015, there are 76 hospitals pass the assessment of Youth Friendly Health Services, 77.55% higher than the target. (60 %). There are 2 provinces pass the assessment 100 % ; Phayao and Mae Hong Son province. Chiang Rai and Lampang Provinces were evaluated by over 90%. The key to success is the policy of the executive, provincial managers, the organization integration, information systems, proactive working and networking partners.

Conclusions and Critiques: the assessment of Youth Friendly

Health Services is a way to develop standardized health services for adolescents with that take time and commitment. Provincial managers are an important role person in the implementation with gain to the comprehensive and effective health services.

Recommendations : The Provincial Health official should be supervision, empowerment and encourage the district hospital realize to the importance of development on a youth- friendly health service for adolescents to assess their standards.

บทนำ

เนื่องด้วยสถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนที่มีความรุนแรงมากขึ้น ในประเทศต่างๆ ไม่เฉพาะแต่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้ WHO สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกเร่งจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นพร้อมแนวทางการดำเนินงานสำหรับสถานบริการ ในลักษณะที่เรียกว่า Youth Friendly Health Services (YFHS) เพื่อเป็นมาตรการหนึ่งที่จะทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้มากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในประชากรกลุ่มนี้ ยุพา พูนขำ(1)กล่าวถึง ความหมายของ Youth Friendly Health Services (YFHS) บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนว่า คือ บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชน WHO ได้สรุปคุณลักษณะ YFHS ประกอบด้วย 1. นโยบายที่เป็นมิตร เป็นไปตามสิทธิของวัยรุ่นและเยาวชนในข้อกำหนดของสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของเด็ก และคำประกาศต่างๆที่เกี่ยวข้อง 2. กระบวนการให้บริการที่เป็นมิตร 3. ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร 4. ทีมสนับสนุนบริการที่เป็นมิตร เข้าใจและคำนึงถึงการให้บริการวัยรุ่นและเยาวชนแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน . 5.สถานที่ตั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เดินทาง สะดวก และมีรูปแบบที่วัยรุ่นและเยาวชนต้องการ มีความเป็นส่วนตัวและไม่

ทำให้สังคมและชุมชนมองในแง่ลบ 6.วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วม 7. มีการสื่อสารกับชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วม 8. การบริการเชิงรุกและสัมพันธ์กับบริการด้านอื่นโดยวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน 9. การบริการที่เหมาะสมและครบวงจรลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น 10.การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 11.การบริการที่มีประสิทธิภาพ มีระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร มีระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น และเป็นการสนับสนุนประเด็นยุทธศาสตร์ที่2ของกรมอนามัยในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของวัยรุ่นที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยนโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศไทยและประเด็นยุทธศาสตร์ลดปัจจัยเสี่ยงวัยรุ่นและวัยรุ่นของกรมอนามัย และมีนโยบายให้เร่งดำเนินงาน คลินิกวัยรุ่น ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้ครอบคลุมพื้นที่ภายในปี 2559 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้วางแผนพัฒนาและจัดทำมาตรฐาน YFHS ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ได้ตระหนักถึงปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นจึงมีการพัฒนาศักยภาพสถานบริการให้มีการจัดบริการตามมาตรฐาน YFHS เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ อันจะมีส่วนช่วยให้อุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวลดลง

กรมอนามัยร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น ในปีพ.ศ 2553 – 2554 ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่1 ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สนับสนุนให้สถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ จัดอบรมจังหวัด เชียงใหม่ ลำปาง เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน

รวม 6 จังหวัด ต่อมาในปีพ.ศ. 2555 ได้จัดอบรมผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นในจังหวัดที่เหลือเพิ่มเติม คือ จังหวัด ลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครบทั้ง 8 จังหวัด โดยมีจุดมุ่งหมายให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมกลับไปให้บริการและผลักดันให้มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นของโรงพยาบาล ในปี 2555 กรมอนามัยได้ตั้งเป้าหมายการประเมินโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมในปี 2553-2554 โดยกำหนดให้อย่างน้อยร้อยละ 30 รพ.ต้องผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่น (YFHS) ของกรมอนามัย แต่เนื่องด้วยการประสบปัญหาความล่าช้าในการพัฒนาทีมประเมินรับรองฯ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบกับการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมินรับรองมาตรฐาน อย่างไรก็ตามศูนย์อนามัยที่ 0 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการประเมินรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาลจำนวน 6 โรงพยาบาล และมีแผนจะดำเนินการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลต่างๆในปี 2556 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการประเมินรับรองมุมให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนปี 2556-2558

2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินมุมให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐาน YFHS ในปี 2556-2558

การดำเนินงาน ในปี 2553-2554 ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ร่วมกับกรมอนามัยในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการโดยการจัดอบรมการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นให้แก่ผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นในสถานบริการทุกระดับ ทั้งใน โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์และศูนย์เขตได้ร่วมกันพัฒนาระบบการ

ประเมิน และรับรองตามมาตรฐานมาตรฐาน มุมให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชน

กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบการประเมิน และรับรอง การนิเทศติดตามเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการประเมินรับรอง การจัดประชุมชี้แจงแนวทาง หลักเกณฑ์การประเมินฯ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการสนับสนุนสื่อวิชาการต่างๆ เช่น คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและ แบบประเมินตนเองและคู่มือแนวทางการเยี่ยมสำรวจและประเมิน รพ. ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปี 2556 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กำหนดให้มีการประเมินมาตรฐาน มุมให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนในรพ. อย่างน้อยร้อยละ 20 ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 1 ได้รับนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการ โดยมีการกำหนดกิจกรรมเป็นขั้นตอน เริ่มด้วย

1. การประเมินสถานการณ์ปัญหาและส่วนขาดของจังหวัด เตรียมความพร้อมของพื้นที่โดยการเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศติดตาม เพื่อรับทราบความก้าวหน้าในการดำเนินการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน จัดประชุมชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการ การเตรียมการ และเกณฑ์การประเมินรับรองให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และผู้รับผิดชอบระดับอำเภอรับทราบ เพื่อให้โรงพยาบาลมีความพร้อมรองรับการประเมินรับรองมาตรฐานฯ โดยในระยะแรก ศูนย์ฯ ได้สุ่มเยี่ยมนิเทศติดตามโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 22 แห่ง ประกอบด้วย จังหวัด เชียงราย ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสันกำแพง โรงพยาบาลแม่อน โรงพยาบาลสะเมิง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด โรงพยาบาลสารภี โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดลำปาง ได้แก่

โรงพยาบาลแจ้ห่ม โรงพยาบาลเถิน โรงพยาบาลสบปราบ โรงพยาบาลเกาะคา และ โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัด พะเยา ได้แก่ โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัด แพร่ ได้แก่ โรงพยาบาลเด่นชัย โรงพยาบาลสูงเม่น โรงพยาบาลร้องกวางจังหวัด น่าน ได้แก่ โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลทุ่งช้าง โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์

2. การประเมินรับรองมุมให้บริการที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน Youth Friendly Health Services

เริ่มด้วย การกำหนดเป้าหมายการประเมินรายจังหวัด ประสานจังหวัดในการคัดเลือกสถานบริการที่มีความพร้อมในการสมัครเข้ารับการประเมินรับรอง การประเมินรับรองฯ ใช้แนวทางการเยี่ยมสำรวจและประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยรพ.ที่มีความประสงค์จะสมัครต้องทำแบบประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนด โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าระดับ 2 โดยต้องส่งเอกสารให้ศูนย์อนามัยฯ ล่วงหน้าก่อนการประเมินรับรอง 2 สัปดาห์ก่อนวันนัดหมาย

ผลการประเมินรับรองตามมาตรฐาน

ปี2555 สำนักงานয়เจริญพันธุ์ กรมอนามัย ยังไม่มีการกำหนดเป้าหมายในการประเมินรับรอง มีโรงพยาบาลที่สมัครเข้ารับการประเมินรับรองมาตรฐานฯ และผ่านการประเมินรับรองจำนวน 6 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัด พะเยา โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัด น่าน และ โรงพยาบาลเถิน โรงพยาบาลสบปราบ จังหวัด ลำปาง

ปี2556- 2558 มีการกำหนดเป้าหมายปี 2556 ร้อยละ 20, และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ40 และร้อยละ 60 ตามลำดับ มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองฯ ดังนี้

จังหวัด เชียงราย ปี2556 ผ่านการประเมินรับรอง 4 รพ.ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาล แม่ลาว โรงพยาบาลเทิง ปี 2557 ผ่านการประเมิน 7 รพ. ได้แก่ โรงพยาบาล แม่สาย โรงพยาบาลเชียงแสน โรงพยาบาล ขุนตาล โรงพยาบาล เวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาล พญาเม็งราย โรงพยาบาลแม่สรวย และโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า ปี 2558 ผ่านการประเมิน 6 รพ .ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงชัย โรงพยาบาลป่าแดด โรงพยาบาลเวียงแก่น โรงพยาบาลเชียงของ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาล แม่จัน รวมผลงานสะสม 17 รพ. จากทั้งหมด 18 รพ คิดเป็น ร้อยละ 94.4

จังหวัด ลำปาง ปี2555 ผ่านการประเมิน 2 รพ.ได้แก่ รพ.เถิน รพ.สบปราบ ปี2556 ผ่านการประเมิน 7 รพ.ได้แก่ รพ.ห้างฉัตร รพ. แจ้ห่ม รพ. เสริมงาม รพ. แม่เกาะ รพ.เกาะคา รพ.แม่พริก รพ.เมืองปาน ปี2557 ผ่านการประเมิน 3 รพ.ได้แก่ รพ.งาว รพ.วังเหนือ รพ. แม่ทะ ปี2558 ไม่ส่งเข้ารับการประเมิน รวมผลงานสะสม 12 รพ. จากทั้งหมด 13 รพ คิดเป็น ร้อยละ 92.3

จังหวัด ลำพูน ปี2556 ผ่านการประเมิน 2 รพ.ได้แก่ รพ.ลำพูน รพ.บ้านธิ ปี2557 ผ่านการประเมิน 1 รพ.ได้แก่ รพ. ลี้ ปี2558 ผ่านการประเมิน 2 รพ.ได้แก่ รพ.ทุ่งหัวช้าง รพ.ป่าซาง รวมผลงานสะสม 5 รพ. จากทั้งหมด 7 รพ คิดเป็น ร้อยละ 71.4

จังหวัด เชียงใหม่ ปี2556 ไม่ส่งเข้ารับการประเมิน ปี2557 ผ่านการประเมิน 9 รพ. ได้แก่ รพ. สารภี รพ จอมทอง รพ.สะเมิง รพ. แม่ฮอน รพ.ดอยสะเก็ด รพ.สันทราย รพ.สันกำแพง รพ. หางดง รพ.สันป่าตอง

ปี2558 ผ่านการประเมิน 6 รพ.ได้แก่ รพ.เชียงดาว รพ.แม่วาง รพ.พร้าว รพ.ฮอด รพ.แม่แจ่ม รพ.ฝาง

รวมผลงานสะสม 15 รพ. จากทั้งหมด 24 รพ คิดเป็น ร้อยละ 62.5

จังหวัด แม่ฮ่องสอน ปี2556 ผ่านการประเมิน 4 รพ. ได้แก่ รพ.ศรีสังวาลย์ รพ.ปาย รพ.ปางมะผ้า รพ.ขุนยวม ปี2557 ผ่านการประเมิน 3 รพ. ได้แก่ รพ.แม่สะเรียง รพ.แม่ลาน้อย รพ.สบเมย

รวมผลงานสะสม 7 รพ. จากทั้งหมด 7 รพ คิดเป็น ร้อยละ 100

จังหวัด พะเยา ปี2555ผ่านการประเมิน 2 รพ. ได้แก่ รพ.เชียงคำ รพ.ปง ปี2556 ผ่านการประเมิน 3 รพ. ได้แก่ ดอกคำใต้ เชียงม่วน แม่ใจ ปี2557 ผ่านการประเมิน 2 รพ. ได้แก่ รพ. พะเยา และ รพ.จุน

รวมผลงานสะสม 7 รพ. จากทั้งหมด 7 รพ คิดเป็น ร้อยละ 100

จังหวัด แพร่ ปี2556 ผ่านการประเมิน 1 รพ ได้แก่ รพ.สูงเม่นปี2557 ไม่ส่งเข้ารับการประเมิน ปี2558 ผ่านการประเมิน 1 รพ. ได้แก่ รพ. ร้องกวาง รวมผลงานสะสม 2 รพ. จาก 8 รพ คิดเป็น ร้อยละ 25.0

จังหวัด น่าน ปี2556 ผ่านการประเมิน 3 รพ. ได้แก่ รพ.ปัว รพ.ทุ่งช้าง รพ.นาหมื่น ปี2557 ผ่านการประเมิน 3 รพ. ได้แก่ รพ.สองแคว รพ.

สันติสุข รพ. เวียงสา ปี2558 ผ่านการประเมิน 3 รพ. ได้แก่ รพ.บ่อเกลือ รพ.เฉลิมพระเกียรติ รพ.แม่จิม รวมผลงานสะสม 11 รพ. จากทั้งหมด 14 รพ คิดเป็น ร้อยละ 78.6

สรุปผล การประเมินรับรองมาตรฐานคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน เริ่มด้วยการการประสานจังหวัดในการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น และดำเนินงานตามมาตรฐานYFHS ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักได้แก่ องค์ประกอบที่ 1. การบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ องค์ประกอบที่ 3. บริการที่ครอบคลุม ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และ องค์ประกอบที่ 4. ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอนเริ่มด้วยการให้โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในปี 2555 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์จำนวน 6 แห่ง ปี 2556 จำนวน 24 แห่ง ปี 2557 จำนวน 28 แห่ง ปี2558 จำนวน 18 แห่ง รวมยอดสะสมถึงปี 2558 เท่ากับ 76 แห่ง จาก 98 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.5 เกินเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดในปี 2558 ที่ตั้งเป้าไว้ ร้อยละ 60

ตาราง 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองมาตรฐานฯ ระหว่างปี2556-2558 จำแนก รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนรพ.ทั้งหมด	ผลงานสะสม ปี/2558	ร้อยละ (เป้าหมายปี2558ร้อยละ60)
เชียงใหม่	24	15	62.5
ลำพูน	7	5	71.4
ลำปาง	13	12	92.3
แม่ฮ่องสอน	7	7	100
เชียงราย	18	17	94.4
พะเยา	7	7	100
แพร่	8	2	25
น่าน	14	11	78.6
รวม	98	76	77.55

ตาราง 2 รายชื่อโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานมูให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ปี2556-2558

จังหวัด	ปี 2555	ปี 2556 (เป้าหมายร้อยละ20)	ปี 2557 (เป้าหมายร้อยละ40)	ปี 2558 (เป้าหมายร้อยละ60)
เชียงใหม่ (24 รพ./25อ.)		0	1.รพ.สารภี 2.รพ.จอมทอง3. รพ.สะเมิง 4.รพ.แม่ออน 5.รพ.ดอยสะเก็ด6.รพ.สันทราย 7.รพ.สันกำแพง 8.รพ.หางดง 9.รพ.สันป่าตอง	1.รพ.เชียงดาว2.รพ.แม่ว่าง 3.รพ.พร้าว 4.รพ.ฮอด 5.รพ.เทพรัตนฯ 6.รพ.ฝาง
			37.5%	62.50%
ลำพูน (7 รพ./ 8อ.)		1.รพ.ลำพูน2.รพ.บ้านธิ	รพ.ลี้	1.รพ.ทุ่งหัวช้าง 2.รพ.ป่าซาง
		28.6%	42.9%	71.43%
จ.ลำปาง (13 รพ./13 อ.)	รพ.เถิน รพ.สบปราบ	1.รพ.ห้างฉัตร2. รพ.แจ้ห่ม 3. รพ.เสริมงาม 4. รพ.แม่เมาะ 5. รพ.เกาะคา 6. รพ.แม่พริก 7. รพ.เมืองปาน	1. รพ.งาว2. รพ.วังเหนือ 3. รพ.แม่ทะ	
		69.2%	92.3%	92.30%
แม่ฮ่องสอน (7 รพ./7 อ.)		1.รพ.ปาย2.รพ.ศรีสังวาล 3.รพ.ปางมะผ้า 4.รพ.ขุนยวม	1.รพ.แม่สะเรียง2.รพ.แม่ลาน้อย 3.รพ.สบเมย	
		57.1%	100%	100%
จ.เชียงราย (18 รพ./18 อ.)		1. รพ.เชียงราย 2. รพ.แม่ลาว 3. รพ.เทิง 4. รพ.พาน	1. รพ.แม่สาย2. รพ.เชียงแสน 3. รพ.ขุนตาล 4. รพ.เวียงเชียงรุ้ง5. รพ.พญาเม็งราย 6. รพ.แม่สรวย 7. รพ.เวียงป่าเป้า	1.รพ.สมเด็จเจ้า 2.รพ.ป่าแดด 3.รพ.เวียงแก่น 4.รพ.เชียงของ 5.รพ.แม่ฟ้าหลวง 6.รพ.แม่จัน
		22.2%	61.1%	94.44%
จ.พะเยา (7 รพ./9 อ.)	1. รพ เชียงคำ 2. รพ ปง	1.รพ.แม่ใจ2.รพ.ดอกคำใต้ 3.รพ.เชียงม่วน	1.รพ.พะเยา 2.รพ.จุน	
	28.6%	71.4%	100%	
จ.แพร่ (8 รพ./8อ.)		รพ.สูงเม่น	0	1.รพ.ร้องกวาง

จังหวัด	ปี 2555	ปี 2556 (เป้าหมายร้อยละ20)	ปี 2557 (เป้าหมายร้อยละ40)	ปี 2558 (เป้าหมายร้อยละ60)
รวม		12.5%		25.00%
จ.น่าน (14 รพ./15 อ.)	รพ.น่าน รพ.เชียง กลาง	1.รพ.ปัว 2.รพ.ทุ่งช้าง 3.รพ.นาหมื่น	1.รพ.สองแคว 2.รพ.สันติสุข 3.รพ.เวียงสา	1.รพ.เฉลิมฯ 2.รพ.บ่อเกลือ 3.รพ.แม่จริม
รวม	14. 28 %	33.57%	57.1%	78.57%
รวมทั้งหมด		24	28	18
(98 รพ)	6	24+6 =30	30+28 = 58	58+18=76
ร้อยละ	6.1	30.6%	58.2%	77.55%

กระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงาน

1. ระยะเตรียมการ ประเมินสถานการณ์ปัญหา ศึกษาข้อมูล หลักการ/เกณฑ์การประเมินรับรองฯ ศึกษาข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายการประเมินรับรอง
2. การวิเคราะห์หาส่วนขาด Gap Analysis ใช้ กลยุทธ์ PIRAB

PIRAB	GAP	โอกาสในการพัฒนา
P Partnership	Partnership ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีใน ภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงาน วัยรุ่นเชิงรุกในพื้นที่ในระดับอำเภอ ท้องถิ่น/ชุมชนยังมีส่วนร่วมในการ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นค่อนข้าง น้อย	สร้างความตระหนักในการแสวงหา ภาคี เครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อ เพิ่มช่องทาง การส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย ได้ครอบคลุม กระตุ้นเครือข่ายให้มี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์วัยรุ่น
I Investment	ขาดงบประมาณในการปรับปรุง สถานที่ให้เป็นสัดส่วน ขาดงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร	สนับสนุนการจัดอบรมพัฒนาองค์ ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรระดับ อำเภอ
R Regulator	-ขาดข้อมูลสำคัญของวัยรุ่นในการ ดำเนินงาน -จังหวัดขาดระบบการติดตาม เยี่ยม เสริมพลัง รพ.ที่มีคลินิกให้บริการที่เป็น มิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน -บางจังหวัดขาดการกระตุ้นพื้นที่ที่เนิ นการได้ไม่ถึงเป้าหมาย แต่ไม่มีแผนการ ส่งรพ.เข้ารับการประเมินรับรองฯ(จ. ลำพูน)	วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ วัยรุ่นใน พื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ปัญหา - พัฒนาระบบการนิเทศกำกับติดตาม ประเมินผล - สนับสนุนจังหวัดสร้างทีมติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อติดตามการ ดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น โดยร่วมกับ กรมฯ ในการจัดอบรมพัฒนาทีมเยี่ยม เสริมพลังระดับจังหวัด
A Advocacy	-ขาดการสื่อสารภายใน -ขาดการประชาสัมพันธ์ คลินิกวัยรุ่น -ขาดการกระตุ้น/พัฒนาให้รพ.เข้ารับ การประเมินรับรอง YFHS และ RHD	- นิเทศติดตามการดำเนินงานวัยรุ่นใน พื้นที่ -เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อต่างๆ ONLIN

PIRAB	GAP	โอกาสในการพัฒนา
	ตามเป้าหมายที่กำหนด (จ.ลำพูน จ.เชียงใหม่) -ขาดการกระตุ้นสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นและชุมชนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑวัยรุ่น	- กระตุ้นภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นและชุมชนร่วมแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑวัยรุ่น โดยการคืนข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย -สนับสนุนสื่อ/คู่มือ การดำเนินงาน
B Building Capacity	ขาดการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานวัยรุ่น .-ขาดการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย	-สนับสนุนการจัดอบรมฟื้นฟู และทดแทน จนท.สส.ที่ปฏิบัติงานวัยรุ่นจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานค้นหาและนำ best practiceแลกเปลี่ยนภายในจังหวัด2 เขต -พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการอบรม อาสาสมัคร/แกนนำชุมชนและแกนนำเยาวชนในเรื่องอนามัย

จากผลการประเมินรับรองมาตรฐานฯ พบว่า ในภาพรวมการดำเนินงานสามารถดำเนินการได้เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือร้อยละ 77.55 จากเป้าหมายในปี 2558 จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 60 เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัดพบว่า มีบางจังหวัดที่สามารถ พัฒนามุมให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามเกณฑ์มาตรฐาน 4 องค์ประกอบผ่านการประเมินรับรอง ได้จำนวนเกินกว่าเป้าหมายมาก ได้แก่ จังหวัด พะเยา (ร้อยละ 100) จังหวัด แม่ฮ่องสอน (ร้อยละ 100) จังหวัด เชียงราย (ร้อยละ 100) จังหวัด ลำปาง (ร้อยละ 100) จังหวัด น่าน (ร้อยละ 78.57) จังหวัด ลำพูน บางจังหวัดดำเนินการได้เกินเป้าหมายเล็กน้อย เช่น จังหวัด เชียงใหม่ (ร้อยละ 62.5) จังหวัดที่ไม่ถึงเป้าหมายคือ จังหวัด แพร่ (ร้อยละ 25) จะเห็นได้ว่า แต่ละจังหวัดมีความสามารถในการดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายต่างกัน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ และองค์ประกอบอื่นๆ เมื่อนำผลการประเมินรับรองฯ และการเยี่ยมชมพลังการดำเนินงานมาวิเคราะห์หาส่วนขาด (Gap Analysis) โดย PIRAB ได้พบโอกาสในการพัฒนาและนำมาสู่กลยุทธ์ในการพัฒนาให้ถึงเป้าหมาย

ผลการวิเคราะห์ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ประกายดาว พรหมประพัฒน์ ที่

ศึกษา เรื่องการดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” ของโรงพยาบาล (Study of the Implementation of Hospital's Youth Clinic) พบว่าการดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานไม่เท่ากัน ในประเด็นเกี่ยวกับ 1) การบริหารจัดการให้เอื้อต่อการมีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน 2) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลหลายแห่งมีการประชาสัมพันธ์ แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเชื่อมโยงบริการกับภาคีและเครือข่าย และ 3) การจัดระบบบริการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการให้บริการข้อมูลความรู้และการให้การปรึกษาแต่การดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ สถานที่ให้บริการและการให้บริการนอกเวลา ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา โดยปัจจัยสู่ความสำเร็จที่พบคือการสนับสนุนจากผู้บริหาร ทีมงาน มีความเข้มแข็ง ความร่วมมือของภาคีและเครือข่าย การประชาสัมพันธ์บริการหลากหลายช่องทาง การบริการเชิงรุก ขยายเครือข่ายบริการลงสู่ชุมชนและรพ.สต. ปัญหาที่พบคือสถานที่ไม่พร้อมการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงขาดข้อมูลและการติดตามงาน ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานมาก บุคลากรน้อย

3. กลยุทธ์ในการพัฒนาการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมาย

- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการประเมินรับรองมาตรฐานมมให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน แก่ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด 8 จังหวัดในเขตรับผิดชอบ

- เยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศติดตาม การดำเนินงานในสถานบริการ เพื่อให้ข้อมูลข้อเสนอแนะ เพื่อการเตรียมความพร้อมรับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน YFHS

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานวัยรุ่น โดยร่วมกับกรมอนามัยจัดอบรมทักษะการให้

- พัฒนาศักยภาพทีมประเมินรับรองมาตรฐาน เรื่องเทคนิคการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ

- สนับสนุนจังหวัดสร้างทีมติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อติดตามการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นในสถานบริการ โดยร่วมกับกรมฯ ในการจัดอบรมพัฒนาทีมเยี่ยมเสริมพลังระดับจังหวัด

- สนับสนุน เอกสารคู่มือ มาตรฐานการประเมินรับรองมมให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนตาม มาตรฐาน YFHS แก่สถานบริการ

- จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานวัยรุ่นระดับเขต เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานพัฒนา

- สถานบริการให้มีมมให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐาน YFHS ในจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้เกินเป้าหมาย ได้ค้นพบ รพที่เป็นต้นแบบความสำเร็จ **Best practice** หลายแห่ง ดังนี้

จังหวัดลำปาง เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการดำเนินงานคลินิก ศูนย์อนามัยที่ 1 ได้ร่วมกับกรมอนามัยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาวัยรุ่น แก่โรงพยาบาล 13 แห่งในเดือนพฤษภาคม 2553 ในปี 2555 จังหวัดลำปางได้ส่งโรงพยาบาลเข้ารับการประเมินรับรอง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเถิน และโรงพยาบาลสบปราบ ซึ่งผ่านการ

ประเมินทั้ง 2 แห่ง จังหวัดลำปาง มีต้นทุนการดำเนินงานด้านวัยรุ่นค่อนข้างสูงกว่าจังหวัดอื่น เนื่องจากมีประสพการณ์การดำเนินโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (RH PLUS PROJECT) ในช่วงปี 2551-2554 ของ UNFPA ช่วงปี 2551-2554 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ตลอดจนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์งบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆร่วมกับภาคีในชุมชน เมื่อกรมอนามัยมีนโยบายเรื่องการจัดตั้งมมให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องที่สามารถดำเนินการได้โดยไม่ยากนัก ปัจจุบัน ทุกโรงพยาบาลของจังหวัดลำปางมีการจัดคลินิกวัยรุ่นให้บริการทุกแห่ง โดยยึดหลักการผสมผสานบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน

Best practice โรงพยาบาลเถิน เป็นโรงพยาบาลขนาด 30เตียง สามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการประชาสัมพันธ์ และการสร้างความต้องการของลูกค้าเป็นอย่างดี โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ ผู้บริหารมีนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและมีทีมงานที่เข้มแข็ง

Best practice โรงพยาบาลสบปราบ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่มุ่งมั่นพัฒนาคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นตามเกณฑ์มาตรฐานจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) โดยผู้บริหารโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญ มีความเข้าใจหลักการ และสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการสร้างภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานภายนอกได้อย่างเข้มแข็ง

Best practice โรงพยาบาลเสริมงาม เป็นโรงพยาบาลขนาด 30เตียง ดำเนินงานโดยเน้นการสร้างเครือข่ายเชิงรุกในชุมชน และโรงเรียนเป็นหลัก และเป็นพื้นที่ดำเนินงานคลินิก

วัยรุ่นของมูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fun) จุดเด่นการดำเนินงานมุ่งเน้นงานเชิงรุกและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะสถานศึกษา

จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการดำเนินงาน คลินิกวัยรุ่นค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก จาก UNFPA ให้ดำเนิน โครงการอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านต่างๆอย่างมาก ทำให้มีความเข้าใจในการทำงาน จังหวัดพะเยามีประสิทธิภาพการทำงานแบบภาคีเครือข่ายมาอย่างช่ำชอง มีแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ประกอบกับผู้บริหารมีนโยบายในการพัฒนาการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นอย่างจริงจัง มีการสนับสนุนงบประมาณพิเศษให้กับโรงพยาบาลชุมชน และรพสต.ในการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น แห่งละ 5,000 บาท

Best practice รพ. เชียงคำ /รพ. ปง ในปี 2555 จ.พะเยาส่งเข้ารับการประเมินรับรองมาตรฐานฯ ผู้บริหารให้การสนับสนุนทำให้ทีมงานมีขวัญกำลังใจ สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี โรงพยาบาลเชียงคำ ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพในหลายๆด้านมาแล้ว ดำเนินการได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ มีจุดเด่นในการดำเนินงานเชิงรุก/มีการสร้างภาคีเครือข่ายภายนอกที่เข้มแข็ง

จังหวัดแม่ฮ่องสอน Best practice โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ เป็นโรงพยาบาลจังหวัดที่มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นอย่างเป็นรูปธรรม โดยบูรณาการกับงาน OSCC และงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล ให้บริการวางแผนครอบครัว บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ / Face book ให้คำปรึกษาแม่วัยรุ่นหลังคลอด ให้ความรู้แก่นักเรียน รร.เทศบาล อบรมครู /จนท.รพช. /รพสต. มีการประสานงานระหว่างกลุ่มงานต่างๆ

และมีการพัฒนาปรับระบบการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานYFHSมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีทีมงานที่เข้มแข็ง

จังหวัดแพร่ Best practice โรงพยาบาลสูงเม่น เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงดำเนินงานด้านคลินิกวัยรุ่นเป็นอย่างดี มีการจัดระบบ และมอบหมายผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีทีมงานที่เข้มแข็งแบบสหวิชาชีพ มีการบูรณาการ การทำงานในฝ่ายต่างๆ ค่อนข้างดี มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และมีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทาง ปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานในทุกๆด้าน แต่การบริหารจัดการระดับจังหวัดขาดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากขาดการสนับสนุนงบประมาณ

จังหวัดน่าน เป็นจังหวัดที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น มีภาคีเครือข่าย และภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง ผู้บริหารของจังหวัดมีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาวัยรุ่นเป็นอย่างดี ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดมีการนิเทศติดตามงานเป็นระยะ ๆ ทำให้รพ.ต่างๆมีความตื่นตัวในการดำเนินงานทั้งโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดตั้งคลินิกทั้ง 14 แห่ง และสามารถดำเนินการได้ครบตามองค์ประกอบตามมาตรฐาน YFHS โรงพยาบาลขนาดใหญ่นานที่ดำเนินการได้ดี

Best practice โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลปัว เป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ดำเนินการได้ดีสามารถดำเนินการได้ครบตามองค์ประกอบตามมาตรฐาน YFHS

โรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงกลาง หุ่นช้าง สามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดเล็ก ผู้รับผิดชอบงานมีความมุ่งมั่น และตั้งใจที่จะผลักดันการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นให้ประสบผลสำเร็จ มีการบูรณาการงานเดิมเข้ากับกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น ที่สำคัญมีการบริหารความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งกับ

หน่วยงานภายนอก และมีการพัฒนาคุณภาพใน แต่ละองค์ประกอบให้เป็นไปตามมาตรฐาน

จังหวัดเชียงราย มีการผลักดันให้ โรงพยาบาลจังหวัดและ โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นใน โรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 17 แห่ง จังหวัดส่งเข้ารับการประเมินรับรองมาตรฐาน ในปี 2556

Best practice โรงพยาบาลเชียงราย
ประชาชน เคราะห์การดำเนินงานวัยรุ่น ในช่วงแรก ยังไม่มีความชัดเจนมากนักเนื่องจากผู้รับผิดชอบหลัก และยังมีแพทย์ดูแลที่ชัดเจน ต่อมา มีการ จัดตั้งและประชุมคณะกรรมการคลินิกวัยรุ่นของ โรงพยาบาล ในเดือนกันยายน 2554 มีการหารือ ถึงแนวทางการดำเนินงาน และมีการจัดทำ flow chart การให้บริการคลินิกวัยรุ่น อยู่ในความ รับผิดชอบของ แผนกผู้ป่วยนอก(ด้านสูติกรรม) มี พยาบาลที่รับผิดชอบด้านการให้คำปรึกษาดูแล และพัฒนาให้เข้าตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS อย่างไรก็ดีตามจุดแข็งของการดำเนินงานวัยรุ่นเชิง รุกสามารถดำเนินการไปได้ดี เนื่องจากมีกลไก ของคณะกรรมการ MCH BOARD ที่เข้มแข็งสามารถ ผลักดันและแสวงหาแหล่งทุนจากภายนอกมา สนับสนุนการดำเนินงาน เช่น งบประมาณจาก GLOBAL FUN มาจัดตั้งมุมให้บริการวัยรุ่นในชื่อ บ้าน S-COOL (Sex is cool) โดย การ ดำเนินงานใช้การสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ เยาวชน/ อาสาสมัครวัยรุ่น มีการให้ความรู้ด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ ระยะเวลา 3 วันและการให้ คำปรึกษา 2 วัน โดยมีวิทยากรเป็นแพทย์และ พยาบาล จากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุ เคราะห์ มีการอบรมแกนนำ ทดแทน การ ให้บริการมีการเปิดมุมให้บริการกลุ่มวัยรุ่นในและ นอกเวลาราชการ มีการจัดมุมให้คำปรึกษา/ห้อง ต่างๆให้สวยงามเพื่อดึงดูดวัยรุ่นเข้าถึงมากที่สุด ดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่โครงการ และอาสาสมัคร ซึ่งเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา และ ปวช. ที่ว่าง จากการเรียน สับเปลี่ยนมาดูแลให้คำปรึกษาแก่ กลุ่มวัยรุ่น ปัจจุบันบ้าน S-COOL ตั้งอยู่ในอาคาร

เช่าที่เป็นแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มเติมโรงพยาบาล ซึ่ง ได้รับการสนับสนุนงบจาก GLOBAL FUN

โรงพยาบาล พาน

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดแรกที่มี การจัดอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการให้คำปรึกษาแก่ วัยรุ่น โดยอบรมจนท.ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาใน โรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง ในปี 2553 หลังจากนั้น ได้ขยายการจัดอบรมในรพสต. บางแห่งของจังหวัด เชียงใหม่ ในปี 2555 ศูนย์ฯ ได้ติดตามความ คืบหน้าในการดำเนินการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น กรพ. จำนวน 8 แห่ง โรงพยาบาลแม่แตง โรงพยาบาล สะเมิง โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสัน กำแพง โรงพยาบาลแม่ออน โรงพยาบาลสันป่า ตอง โรงพยาบาลสารภี และโรงพยาบาลดอย สะเก็ด

Best practice โรงพยาบาลแม่ออน

เป็นโรงพยาบาลที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน วัยรุ่น จุดเด่นคือการดำเนินงานเชิงรุก มีเครือข่าย ท้องถิ่น ชุมชนที่ มีเครือข่ายสถานศึกษาที่ สนับสนุน/ร่วมกิจกรรม มีสภาเด็กและเยาวชนจัด กิจกรรมสร้างสรรค์อย่างเข้มแข็ง

การประเมินมาตรฐานคลินิกให้บริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเป็น วิธีการที่จะพัฒนาสถานบริการให้วัยรุ่นได้รับ บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานซึ่งต้องใช้เวลาและ ความมุ่งมั่น ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดมีบทบาท สำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานในการจัดบริการ สุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพประเด็น สำคัญที่เป็นเงื่อนไขของความสำเร็จ คือ นโยบาย ของผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด การบูรณา การทำงานภายในองค์กร ระบบข้อมูล การทำงาน เชิงรุกและการสร้างภาคีเครือข่าย โดยพบทิศทาง เดียวกับการศึกษาของ ประกายดาว พรหม ประพัฒน์ (2) ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหาร การจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาล แม้จะเป็น การสั่งการในระดับนโยบาย แต่หากไม่ได้รับการ สนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ ระดับบริหาร หรือผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนการ

ทำงานย่อมมีผลต่อระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งท้าทายอย่างยิ่ง ในการจะสื่อสารอย่างไรที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานต่อไปงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ระดับจังหวัด

1. ผู้รับผิดชอบ ควรมีระบบการนิเทศงาน เพื่อกระตุ้นให้สถานบริการเห็นความสำคัญของการพัฒนาคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้เข้าประเมินรับรองตามมาตรฐาน

2. ควรมีการการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง พร้อมการขยายผลให้ครอบคลุมสถานบริการมากขึ้นควบคู่ไปกับ

3. ให้ความสำคัญกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานบริการทุกระดับ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเพิ่มโอกาสในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

การศึกษานี้พบว่า มี “คลินิกวัยรุ่น” หลายแห่งที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานมาก สามารถ เป็นต้นแบบได้ ควรศึกษาในรายละเอียดเพื่อตอบโจทย์ว่าท ายอย่างไรให้ประสบ ความสำเร็จเพื่อเผยแพร่รูปแบบ และวิธีการดำเนินงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพา พูนขำ. AFHS: ความก้าวหน้าที่ทำ ทาย. ในเอกสารประกอบการประชุม วิชาการอนามัย การเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 15 – 17 กรกฎาคม 2552 ณ โรงแรมรามาคาร์ เต้นส์ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กองอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2552. หน้า 113-9
2. ประกายดาว พรหมประพัฒน์ การศึกษา การดำเนินงาน “คลินิกวัยรุ่น” ของ

โร ง พ ย า บ า ล (Study of the Implementation of Hospital' s Youth Clinic)2.

3. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, สายพิณ คูสมิทธิ, บรรณาธิการ. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน และแบบประเมินตนเอง.นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และ กองทุน แห่ง ส ห ปร ะ ช า ข า ตี (UNFPA);2552.
4. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ร่าง) คู่มือแนวทางการเยี่ยมสำรวจและประเมิน โรงพยาบาลตาม มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. (เอกสารอัดสำเนา)
5. กองอนามัยการเจริญพันธุ์. โครงการพัฒนาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น. 2551. (เอกสารอัดสำเนา)
6. ยุพา พูนขำ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, รุจิรา วัฒนา ยิ่งเจริญชัย.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน “คลินิก วัยรุ่น” (สถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
7. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, สายพิณ คูสมิทธิ, บรรณาธิการ. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรส าหรับวัยรุ่น และเยาวชน และแบบประเมินตนเอง.นนทบุรี: ส านักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และ กอง ทุน แ่ ห่ ง ส ห ปร ะ ช า ข า ตี (UNFPA);2552.
8. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนา อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553 - 2557. พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: ส านักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย 2553.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งข่าวสารการดำเนินงานของ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสาร เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อจัดพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้
2. **บทนิพนธ์ปริทัศน์ (Review Article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียนมา วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง
3. **บทความพิเศษ (Special Article)** เป็นบทความประเภทที่ส่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ
4. **บทความทั่วไป (General Article)** เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาที่ยังไม่สมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขปหรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน
5. **ปกิณกะ (Miscellany)** เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป
6. **บทความย่อ (Abstract Article)** เป็นเรื่องย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ

คำแนะนำในการเขียนและส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. **การเตรียมต้นฉบับ พิมพ์** โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point จัดพิมพ์ระยะบรรทัดเว้นบรรทัด
2. **รายงานการวิจัย หรือบทความหนึ่งๆ** ควรมีความยาวระหว่าง 12 – 16 หน้า โดยพิมพ์ลงในขนาดกระดาษ A4 ใส่หมายเลขหน้าให้อยู่บนมุมขวาบน
3. **ส่งต้นฉบับรายงานการวิจัย** ส่ง File ข้อมูลต้นฉบับในรูปแบบ Word ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

4. องค์ประกอบของรายงานการวิจัย หรือบทความประกอบด้วย

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ใช้
อักษรตัวหนา

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ระบุชื่อ นามสกุล ของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการและ
สังกัด ส่งทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

4.3 บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเขียนให้สั้นที่สุดไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำ กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีการ
ดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

4.4 บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้า
ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.5 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่
ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

4.6 วิธีการดำเนินงานหรือขั้นตอนการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง
แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการ
วิเคราะห์ข้อมูล หรือหลักสถิติมาประยุกต์

4.7 ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่าง
เป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐาน
ที่วางไว้

4.8 วิจารณ์ผล อภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และความเกี่ยวข้องกับ
ผลงานวิจัยที่เคยมีผู้ค้นคว้าไว้ก่อน

4.9 สรุปผล (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัยวิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย(ให้สรุปตรงประเด็น) และข้อเสนอที่
อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการ
วิจัยต่อไป

4.10 ตาราง ให้ระบุลำดับที่ของตาราง ใช้คำว่าตาราง “ตาราง...” และมีคำอธิบายเหนือ
ตารางไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.11 รูป ให้ระบุลำดับที่ของรูปใช้คำว่า “รูป...”และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูปไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.12 รายงานการวิจัยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ ผู้เขียนควรระบุให้เห็นได้ว่าได้ปฏิบัติตาม
แนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรม และแสดงหลักฐานว่ามีคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงาน
พิจารณาประเด็นที่สงสัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.13 บทความที่เสนอ ต้องไม่เคยได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นมาก่อนและหาก
บทความที่เสนอได้รับการตอบรับให้ จัดพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมล้านนา ผู้เสนอบทความต้องรับรองว่าจะไม่นำบทความไปจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นอีก (เว้นแต่จะ
ได้รับความยินยอมที่ เป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) และหากเกิดความเสียหายใดๆ
เกิดขึ้น ผู้เสนอบทความยินดีรับผิดชอบความเสียหายนั้น

5. หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

5.1 รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ

ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90^[1]

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

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

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

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง.

วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.

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

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

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

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

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

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

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

จิราภรณ์ จันทรจักร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.)

[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก

<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>

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].

6. ผลงานจะได้รับการพิจารณา/ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากภายในและภายนอกก่อนการตีพิมพ์

7. ผลการพิจารณา/ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้เจ้าของบทความทราบ

8. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข และแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) ทางไปรษณีย์ หรือแนบ ไฟล์ ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

9. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

10. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ฉบับที่ลงตีพิมพ์ จำนวน 1 เล่ม

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
(.....)

ใบสมัครสมาชิก

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ชื่อ-สกุล ในนาม.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....อาคารชั้น.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
เนื้อหาบทความที่สนใจ.....

สถานที่ส่ง () ที่ทำงาน () ที่บ้าน
การสมัคร () สมัครสมาชิกใหม่ () ต่ออายุสมาชิก (เลขที่สมาชิก.....)
() 2 ปี 4 ฉบับ 300 บาท ตั้งแต่ฉบับที่.....
() 4 ปี 8 ฉบับ 500 บาท ตั้งแต่ฉบับที่

การชำระค่าสมาชิก () เงินสด (เฉพาะชำระที่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เท่านั้น)
() โอนเงินเข้าบัญชี
“ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”
เลขที่บัญชี 533-1-10153-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างคลาน
และโปรดแฟกซ์สำเนาใบฝากเงินและแบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกที่กรอกชัดเจน
กลับมายังหมายเลข 0-53818-938 หรือ 0-5327-2740 “ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่”

ส่งมาที่ กองบรรณาธิการ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
51 ถนนประชาสัมพันธ์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง เชียงใหม่ 50100

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณกิ่งพิกุล ชำนาญคง คุณกฤษณะ จตุรงค์ศรีศรี
โทรศัพท์ 053 – 272740 ต่อ 218 e-mail : lannajournal@gmail.com