



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 : Vol 11 NO. 2 July - December 2021

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส เขตสุขภาพที่ 1

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน
โรงเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

Lanna Journal of Health Promotion
& Environmental Health

ว.อ.
๑

ISSN 2228-9410

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

นางสาวลิตาพัฒน์ ยุตบุตร	รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
-------------------------	--

รองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. นายอรรถพล ปัญญา | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นางอุมาพร นิมตระกูล | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. นางสาวโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายศุภฤกษ์ สี่รุ่งเรือง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางจริยาพร ศรีสว่าง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. นายเดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 1. นางสาวชิตชนก เรือนก้อน | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. นางปลื้มจิตร โชติกะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ |
| 3. นางสาวจิตติมา กตัญญู | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่ |
| 4. นางกาญจนา ปินตาคำ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่ |
| 5. นางสาวเพ็ญประภา ศิวโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. นางสาววราภรณ์ บุญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. นางสาวกฤติพิชญ์ จิตพิชญานันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 8. นายเศรษฐ์ สัมภัตตะกุล | คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 9. นายชัยพร พรหมสิงห์ | นักวิชาการอิสระ |
| 10. นางปิยพร เสาร์สาร | นักวิชาการอิสระ |
| 11. นายเพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 12. นางสาวนารถลดดา ชันธิกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 13. นางอโนชา วิปุลากร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

14. นางสาวพิมพ์ภากรณ์ พรหมใจ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
15. นายไพโรช ตันอุดม ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

คณะกรรมการ

1. นางสาวสิริร่ำไพ ภูธรใจ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. นางวิรัชญา พุ่มทอง ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
3. นางสาวภคมน เชาว์ศิลป์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
4. นางสาวปิยาภา วงศ์หล้า ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
5. นางนงศ์เยาว์ แสงคำ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
6. นางสาววัชรา ศิริกุลเสถียร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
7. นางสาวพินทรพจน์ พรหมเสน ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
8. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
9. นางสาวธนพร จิตตะวิกุล ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
10. นางพชรา คำฟู ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
11. นางสาวอนุสรณ์ กันธา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
12. นางวันเพ็ญ ใสด้วง ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

สำนักงานวารสาร

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

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

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

สารบัญ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

	หน้า
บทนิพนธ์ต้นฉบับ	
■ รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส เขตสุขภาพที่ 1 พลอยเนตร ชนนานันท์พจนินิ ¹ , อโนชา วิบุลากร ² , ไพรัชล ตันอุค ³ , อรพรรณ พูลสวัสดิ์ ⁴ , พรพิสุทธิ์ ศรีประไหม ⁵	1 - 17
■ การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อง อำเภอต๋อยสะแกต จังหวัดเชียงใหม่ พัชรียา วรรณะ ¹ , ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ วัชรราชภู ² , อาจารย์ ดร.สินีนากู ชาวตระการ ³	18- 32
■ ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ทิวาพร ผลวัฒน์ ¹ , วรางคณา นาคเสน ² , วราภรณ์ บุญเชียง ³ , กฤษณา กาเผือก ⁴	33 - 46

รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส เขตสุขภาพที่ 1 Management Model of The Master Healthy Kids Healthy Food Schools, Health Region 1

พลอยเนตร ชนนันท์พจนินิ¹, อโนชา วิปุลากร², ไพโรช ตันอุต³, อรพรรณ พูลสวัสดิ์⁴, พรพิสุทธิ์ ศรีประไพ⁵

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ^{1,3}, นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ²,

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ³, พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน⁵

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

¹Corresponding author, E-mail: ploynate99@gmail.com

(Revised: October 26, 2021; Revised: December 05, 2021; Accepted: February 18, 2022)

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่รวดเร็ว ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อเด็กวัยนี้ และเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งสำหรับการพัฒนาคนและประเทศชาติ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพดีและมีภาวะโภชนาการดี โรงเรียนจึงเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาเด็กทุกด้านแบบองค์รวม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และกระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม – สิงหาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรในโรงเรียนแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายจำนวนแห่งละ 10-12 คน ในโรงเรียนที่มีผลงานดีเด่นพร้อมเป็นต้นแบบโรงเรียนเด็กไทยแถมใส จำนวน 5 โรงเรียน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม เครื่องมือประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เกณฑ์การประเมินโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการบริหารจัดการ โดยกำหนดเป็นนโยบายหลักของโรงเรียน มีการจัดทำแผนและการดำเนินงานตามแผน มีระบบการกำกับ ติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน ภายใต้อำนาจร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานเกิดจากความศรัทธาในโครงการพระราชดำริฯ ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุน ทีมดำเนินงานมีความเข้มแข็ง มีความมุ่งมั่นตั้งใจเสียสละ ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือโดยเน้นเด็กเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา กระบวนการดำเนินงานและการพัฒนา ทำให้โรงเรียนมีผลการประเมินอยู่ในระดับยอดเยี่ยม มีระดับความสำเร็จด้านผลผลิตและผลลัพธ์อยู่ในระดับดีมาก แต่ด้านผลกระทบอยู่เพียงในระดับดี นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีจิตสำนึกด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่มีภาวะโภชนาการเกิน และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่เพียงในระดับพอใช้ พบปัญหาอุปสรรคด้านผลผลิตทางการเกษตรไม่เพียงพอต่อการจัดอาหารกลางวันให้นักเรียน

จากผลการศึกษาเสนอแนะให้นำสิ่งที่ได้จากการวิจัยไปขยายผลและพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้ เพื่อสร้างเด็กไทยให้เติบโตเป็นประชากรที่มีสุขภาพดี และเป็นกำลังของชาติในอนาคต นำปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน เป็น “โอกาสในการพัฒนา” ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) เชื่อมโยงจากระดับส่วนกลาง ลงสู่ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารจัดการ โรงเรียนต้นแบบ เด็กไทยแก้มใส

ABSTRACT

School-age children are the age of rapid growth and development. Nutrition is important for children and be a very important factor for the development of people and the nation, to keep children healthy and nutritious. The school is important base for develop children in all aspects holistically. This study was qualitative research. The objective educated of management model, factors achievement, problems, obstacles and development process of the master healthy kids healthy food schools. Data collected during March – August 2018. The sample group was schools personnel, community leaders and network partners 10-12 people of each. the schools model for which have outstanding works, ready to be a master healthy kids healthy food school 5 schools. Collected data by in-dept interview and focus group discussion. The tools consist of basic information survey, assessment criterion of the master healthy kids healthy food schools and structured interview form. Analysis data by using descriptive statistics and content analysis.

The results of the study found that the sample had a management model by defining as the main policy of the school. There are clear plans and operations according to the plan, monitoring and evaluation system under the cooperation of all network partners. The operational factors achievement caused by the faith in the Royal Project. Executive give an importance and support, the operation team had strength commitment and selfless. Network partners cooperated with emphasis on child-centered development. The process of operation and development makes the school to have an excellent assessment, have success levels in productivity and results at a very good level but the impact was only at a good level. The students have desirable health behaviors, have a public mind in health promotion and environmental health, but have over nutritional and have academic achievement only at a fair level. Found problems and obstacles in agricultural produce is not enough to arrange lunch for the students.

From the results of the study, suggested to use the results of the study to expand and develop as a learning source, create Thai children grow up as a healthy populations and be nation power in the future, bring problems and obstacles of operations and operating results as a "development opportunity", according to the National Strategy 20 year period (2560-2579 B.C.), linked from a central level down to the regional level and local level.

Keywords: Management Model, Master school, Healthy Kids Healthy Food.

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนในปัจจุบัน มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การสื่อสารและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ทั้งปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสังคมและอื่นๆ เช่น ปัญหายาเสพติด ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพศสัมพันธ์ เอดส์ อุบัติเหตุ สื่อร้ายๆ พฤติกรรมเนือยนิ่ง ฟันผุ และภาวะโภชนาการ เป็นต้น โดยเฉพาะปัญหาภาวะโภชนาการ ซึ่งมีความสำคัญต่อเด็กวัยเรียน และเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง สำหรับการพัฒนาคน และประเทศชาติ หากเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ จากการที่เด็กได้รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เด็กขาดอาหาร หากขาดอาหารระยะสั้น เด็กจะผอม แต่หากขาดอาหารเป็นเวลานานแบบเรื้อรัง จะส่งผลให้เด็กเตี้ย ซึ่งมีผลมากมายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ สติปัญญาต่ำ ความสามารถในการเรียนรู้บกพร่อง ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน หรือภาวะเด็กอ้วน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต เช่น โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน โรคอ้วนลงพุง โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทย ในระบบฐานข้อมูล HDC ตั้งแต่ปี 2558 - ปัจจุบัน พบว่า มีเด็กวัยเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยพบร้อยละ 9.23 ในปี 2558 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.13 ในปี 2561 ซึ่งเป้าหมายกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 10 ขณะเดียวกันภาวะเตี้ย และภาวะผอม ก็ยังเป็นปัญหาอยู่ โดยในปี 2561 พบภาวะเตี้ยร้อยละ 6.92 และภาวะผอมร้อยละ 4.18 ทำให้เด็กไทยมีรูปร่าง

สูงดีสมส่วนเพียงร้อยละ 65.59 ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือร้อยละ 68⁽¹⁾ สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 พบปัญหาทั้งเด็กอ้วนและเตี้ย โดยพบเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงถึง ร้อยละ 14.81 เด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 8.76 และเด็กที่มีภาวะผอม ร้อยละ 4.26⁽¹⁾

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงผลักดันให้โรงเรียนและภาคีเครือข่ายร่วมกันดำเนินงานส่งเสริมและแก้ไขปัญหาสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนอย่างจริงจังและเข้มข้น ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด โดยมีเป้าประสงค์ให้เด็กวัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ มุ่งให้โรงเรียนมีระบบการบริหารจัดการให้ทุกคนในโรงเรียนสื่อสารดูแลสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสื่อสารบอกต่อผู้อื่นได้ ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่นจะควบคู่ไปกับด้านการศึกษา เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้รับการพัฒนาทั้งด้านสติปัญญา กระบวนการเรียนรู้ และทักษะความรับผิดชอบต่อตนเอง ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีคุณภาพและสู่การเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว จึงเกิดความร่วมมือระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้น้อมนำแนวพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มาเป็นต้นแบบจัดทำโครงการเด็กไทย แก้มใส (Healthy Kids Healthy Food) ถวายเจ้าฟ้า นักโภชนาการ⁽²⁾ ประกอบด้วยกิจกรรม 8 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงและหนุนเสริมกัน ที่ทรงดำเนินงานเพื่อพัฒนาอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ และการศึกษาของเด็กและเยาวชนมา

อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 35 ปี⁽³⁾ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาให้เด็กมีโภชนาการ สมวัยและมีสุขภาพที่ดี

การดำเนินโครงการในระยะที่ 1 (พ.ศ.2557-2558) เปิดตัวโครงการและมีโรงเรียนสมัครเข้าร่วมโครงการ เป็นโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 1 (จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน) จำนวน 75 แห่ง โดย สสส. สนับสนุนงบประมาณให้โรงเรียนละ 60,000 บาท ระยะที่ 2 สร้างกลไกหนุนเสริมงานของโรงเรียน ติดตามประเมินผลถอดบทเรียนและพัฒนาโรงเรียน“ต้นแบบ”เด็กไทยแถมใส เป็นโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 18 แห่ง ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส.อีกแห่งละ 100,000 บาท สำหรับโรงเรียนที่เหลืออีก 57 แห่ง ที่ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย ในฐานะหน่วยงานในส่วนภูมิภาค จึงรับผิดชอบดูแลสนับสนุนและช่วยพัฒนาโรงเรียน ให้เป็นโรงเรียนเด็กไทยแถมใส โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 855,000 บาท เพื่อจัดทำโครงการพัฒนาโรงเรียนให้ เป็นศูนย์เรียนรู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ เพื่อเด็กไทยแถมใส ปี 2560 กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การจัดประชุมให้แก่ผู้บริหารโรงเรียนและครูผู้เกี่ยวข้อง การสนับสนุนงบประมาณให้โรงเรียนจัดทำโครงการสุขภาพ การนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมสร้างพลังเครือข่ายการดำเนินงานโรงเรียนในโครงการ เด็กไทยแถมใส เป็นต้น โดยมีการดำเนินการทั้งหมด 8 จังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 57 โรงเรียน ผลการดำเนินการพบว่า โรงเรียนที่มี

ทักษะและความสามารถในการบริหารจัดการด้านการจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ โดยน้อมนำองค์ความรู้และรูปแบบที่ดีด้านการจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพนักเรียนอย่างครบวงจร สู่การปฏิบัติในระดับโรงเรียนและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ครอบคลุม 8 องค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงและหนุนเสริมกัน คือ 1) เกษตรในโรงเรียน 2) สหกรณ์นักเรียน 3) การจัดบริการอาหาร 4) การติดตามภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกาย 5) การพัฒนาสุขนิสัยนักเรียน 6) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน 7) การจัดบริการสุขภาพ 8) การจัดการเรียนรู้ เกษตร โภชนาการและสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กระบวนการขยายผลการดำเนินการยังไม่ชัดเจน และต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนา ขั้วเคลื่อน และขยายผลการดำเนินการตามโครงการต่อไป

โดยจากการติดตามผลการดำเนินงานโครงการเจริญตามรอยพระยุคลบาท เขตสุขภาพที่ 1 นั้น พบโรงเรียนส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โรงเรียนเป็นฐานของการพัฒนาเด็กทุกด้านแบบองค์รวม ทำให้นักเรียนได้รับการพัฒนาอย่างสมดุล ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการจัดการโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส เขตสุขภาพที่ 1 โดยการถอดบทเรียน และศึกษาเชิงลึกทุกด้าน เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ ขยายผล ให้โรงเรียนที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการที่ดี ของโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และกระบวนการพัฒนา โรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการเด็กไทยแก้มใส มีการดำเนินงานครบทั้ง 8 องค์ประกอบได้แก่ เกษตรในโรงเรียน สหกรณ์นักเรียน การจัดบริการอาหารนักเรียน การเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการ การพัฒนาสุขนิสัย การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การจัดการบริการสุขภาพและการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ มีผลงานนวัตกรรมที่โดดเด่น ในด้านการจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กนักเรียนในโรงเรียน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของผลการประเมินตนเองในมาตรฐานที่ 1-3 อยู่ในระดับยอดเยี่ยม (3.50-4.00 คะแนน) มีความพร้อมเป็นโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 5 โรงเรียน

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview)⁽⁴⁾ และ สนทนากลุ่ม (Focus group discussion)⁽⁴⁾ บุคลากรในโรงเรียน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่างๆในพื้นที่แต่ละโรงเรียน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียนแห่งละ 1 คน ครูอนามัยโรงเรียน และครูผู้เกี่ยวข้องแห่งละ 3 คน แกนนำนักเรียนแห่งละ 2 คน แกนนำชุมชน แห่งละ 1 คน และผู้ปกครองนักเรียน แห่งละ 1 คน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาแห่งละ 1 คน สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดแห่งละ 1 คน กรรมการสถานศึกษาแห่งละ 1 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 55 คน จาก 5 โรงเรียน ระหว่างเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2561 เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานโรงเรียน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ (2) แบบประเมินโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2558 จำนวน 3 มาตรฐาน 39 ตัวชี้วัด และ (3) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยใช้โครงสร้างคำถามตามประเด็นตัวชี้วัดจากเกณฑ์การประเมินโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส สำหรับผู้บริหาร จำนวน 8 ข้อ สำหรับครู 15 ข้อ สำหรับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ผู้ปกครอง/แกนนำชุมชน/กรรมการสถานศึกษา เป็นคำถามเดียวกันจำนวน 7 ข้อ และสำหรับนักเรียน จำนวน 7 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบภาพรวมด้านเนื้อหาภาษาและความครอบคลุม

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย โดยได้ทำหนังสือจากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ แจ้งไปยังโรงเรียนเป้าหมาย นัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลักได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมข้อมูล ก่อนการเก็บข้อมูล ในวันที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักสร้างความคุ้นเคยด้วยบุคลิกภาพที่เป็นมิตรในครั้งแรกที่พบหน้ากัน ใช้ภาษาถิ่นเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบถึงการตอบโต้ พุดคุยตามความสมัครใจ ไม่มีความกดดันหรือสิ่งล่อใจให้ตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ สำหรับการสนทนา

กลุ่มที่วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมอธิบายที่มาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ รูปแบบการร่วมมือของผู้เข้าร่วมสนทนา ประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวจากการสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลาหากมีความประสงค์ การสนทนากลุ่มจัดขึ้นในช่วงเวลาและสถานที่ที่สะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย บรรยากาศการสนทนากลุ่มมีความเป็นกันเองทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ระยะเวลาการสนทนากลุ่มประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งขอบันทึกการสนทนาด้วยเครื่องอัดบันทึกเสียง

การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการตรวจสอบแหล่งของข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ แหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าข้อมูลต่างเวลา ต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่การจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินโรงเรียนเด็กไทยแก้มใส ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ทั้งหมด จากการสังเกต ซักถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มมาใช้ประกอบการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการแยกประเภท รวมทั้งความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูล และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 (เลขที่ 10/2561) ดำเนินการเพื่อให้มีการให้คำยินยอมในเอกสารแสดงความ

ยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ หรือในระหว่างสัมภาษณ์สามารถยกเลิกได้ตามต้องการ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผย จะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

โรงเรียนทุกแห่งเป็นสหศึกษา สังกัด สพฐ. จำนวน 4 แห่ง สังกัด อปท.จำนวน 1 แห่ง ส่วนใหญ่เปิดสอนตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงประถมศึกษา มีเพียง 1 แห่งที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนมากที่สุด คือ 450 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.44 เพศหญิงร้อยละ 57.56 มีจำนวนครูและบุคลากรมากที่สุด 39 คน รองลงมาได้แก่โรงเรียน ที่มีจำนวนนักเรียน 338 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.93 เพศหญิงร้อยละ 52.07 (\bar{X} = 225.6, SD=146.1) จำนวนครูและบุคลากร 20 คน (\bar{X} = 18.8, SD=11.0)

2. ผลการประเมินโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสตามเกณฑ์การประเมิน 3 มาตรฐาน 39 ตัวชี้วัด

เกณฑ์การประเมินโรงเรียนต้นแบบเด็กไทย แก้มใส	ระดับการประเมิน					x̄
	*S1	*S2	*S3	*S4	*S5	
มาตรฐานที่ 1 : การบริหารจัดการ						
1. ตัวชี้วัดที่ 1.1 : นโยบาย	4	3	4	3	3	3.40
2. ตัวชี้วัดที่ 1.2 : ความร่วมมือเครือข่าย	4	4	4	4	4	4
3. ตัวชี้วัดที่ 1.3 : ฐานข้อมูล	4	4	4	4	3	3.80
4. ตัวชี้วัดที่ 1.4 : แผนพัฒนา	4	3	4	4	3	3.60
5. ตัวชี้วัดที่ 1.5 : ความพร้อมในการพัฒนา	4	4	4	4	4	4
6. ตัวชี้วัดที่ 1.6 : ระบบกำกับ ติดตามประเมินผล	4	3	4	4	4	3.80
รวมระดับผลการประเมินมาตรฐานที่ 1	4.00	3.50	4.00	3.83	3.50	3.77
มาตรฐานที่ 2 : กระบวนการดำเนินงานพัฒนา						
องค์ประกอบที่ 1 : เกษตรในโรงเรียน	4	4	4	3.5	4	3.90
องค์ประกอบที่ 2 : สหกรณ์นักเรียน	4	3	4	4	4	3.80
องค์ประกอบที่ 3 : การจัดการอาหารนักเรียน	4	4	4	3.75	3.5	3.85
องค์ประกอบที่ 4 : การเฝ้าระวังและติดตาม ภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกาย นักเรียน	4	4	4	4	4	4
องค์ประกอบที่ 5 : การพัฒนาสุขนิสัย	4	4	4	4	4	4
องค์ประกอบที่ 6 : การพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อม	4	3	4	4	3	3.40
องค์ประกอบที่ 7 : การจัดการสุขภาพ นักเรียน	4	4	4	4	4	4
องค์ประกอบที่ 8 : การจัดการเรียนรู้บูรณาการ	3.67	4	4	4	3.67	3.80
รวมระดับผลการประเมินมาตรฐานที่ 2	3.86	3.86	4.00	3.79	3.71	3.84
มาตรฐานที่ 3 : ระดับความสำเร็จในการ ดำเนินงาน						
3.1 ผลผลิต	4	3.67	4	-	-	3.89
ก. ด้านความรู้	4	3.67	4	-	-	3.89
ข. ด้านทักษะ	4	3.67	4	-	-	3.89
3.2 ผลลัพธ์	4	3.67	4	4	3.33	3.80
3.3 ผลกระทบ	3.7	3.23	3.5	2.3	3.15	3.11
ก. ด้านโภชนาการ	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.60
ข. ด้านสุขภาพ	3.80	3.60	4.00	3.20	3.60	3.64

หมายเหตุ S1 คือโรงเรียนบ้านจันทร์ S2 คือโรงเรียนบ้านสันกอง
S3 คือโรงเรียนวัดต้นไคร้ S4 คือโรงเรียนจุมพิวินิตาราม
S5 คือโรงเรียนบ้านแม่ฮาว

ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 1 เรื่องการบริหารจัดการสู่การเป็นโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส พบว่า โรงเรียนมีการกำหนดนโยบาย ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษา และมีแผนปฏิบัติการประจำปี เรื่องการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ตามกิจกรรม 8 องค์ประกอบ โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากร และเครือข่ายทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุน ให้เกิดการนำรูปแบบการจัดการที่ดีด้านอาหาร โภชนาการ และสุขภาพนักเรียน อย่างครบวงจรสู่การปฏิบัติ อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่ 2 พบว่า โรงเรียนสามารถดำเนินการด้านอาหาร โภชนาการ และสุขภาพนักเรียน ได้อย่างครบวงจรสู่การปฏิบัติทั้งในโรงเรียนและชุมชนได้อย่างมี

ประสิทธิภาพสูง ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ครอบคลุมกิจกรรม 8 องค์ประกอบสำคัญ เชื่อมโยงและหนุนเสริมกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาให้เด็กมีโภชนาการ สมวัยและมีสุขภาพดี สรุปรตามกิจกรรมดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 เกษตรในโรงเรียน

โดยโรงเรียนมีนโยบาย ให้นักเรียน ครู ร่วมกันดำเนินงานเกษตรในโรงเรียน มีการผลิตทางเกษตร และเลี้ยงสัตว์หรือประมง โดยเปิดโอกาสให้เครือข่ายผู้ปกครอง แกนนำชุมชน เกษตรกรตำบล และประชาชนชาวบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการเกษตรในโรงเรียน มีการวางแผนการปลูกพืชผักผลไม้ สัตว์เลี้ยง ทำประมง และทำการผลิตตามแผนที่สอดคล้องกับฤดูกาล ภาวะสุขภาพนักเรียน และรายการอาหารกลางวันนักเรียน นักเรียนมีการจัดบันทึกและติดตามการเจริญเติบโต และจำนวนผลผลิตที่ได้จากการเกษตร ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการ หรือพันธุ์พืช พันธุ์สัตว์ จากหน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง มีการนำผลผลิตทางการเกษตร ปศุสัตว์และประมง ที่ผลิตได้ จำหน่ายให้กับสหกรณ์นักเรียน เพื่อสหกรณ์นักเรียนนำไปจำหน่ายให้กับโครงการอาหารกลางวัน และหรือขายให้กับชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 สหกรณ์นักเรียน

โดยโรงเรียนมีการดำเนินงานสหกรณ์นักเรียน ในรูปแบบร้านค้าที่ส่งเสริมการผลิตทางเกษตร และสหกรณ์ออมทรัพย์ โดยมีนักเรียนเป็นสมาชิก มีแกนนำนักเรียนดำเนินกิจกรรมสหกรณ์และการจัดทำบัญชีการค้าขายในทุกกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมมีความเชื่อมโยงกัน เช่น การยืมเงินทุนระหว่างกัน กิจกรรมสหกรณ์ร้านค้า การซื้อปัจจัยการผลิตทางการเกษตรมาขายให้กับกิจกรรมเกษตรในโรงเรียน หรือซื้อเครื่องปรุงและ

วัตถุประสงค์อาหารเพื่อใช้ในกิจกรรมอาหารกลางวันในโรงเรียน รวมทั้งมีการรับซื้อและจำหน่ายผลผลิตทางการเกษตร ปศุสัตว์ และประมงให้กับโครงการอาหารกลางวัน ตลอดจนมีการตรวจสอบบัญชีสหกรณ์แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาหารนักเรียน โรงเรียนมีการจัดทำรายการอาหารหมุนเวียนอย่างน้อย 1 เดือน ตามมาตรฐานโภชนาการ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Thai School Lunch ช่วยในการจัดรายการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและเหมาะสมตามวัย มีการล้าง การหั่น การปรุง ประกอบอาหาร การจัดเก็บและขนส่งอาหารปรุงสุกที่ถูกต้องหลักโภชนาการ สุขาภิบาลอาหาร และอาหารปลอดภัย มีการตักอาหารให้นักเรียนตามปริมาณและสัดส่วนของธงโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย มีการติดตามและประเมินการกินของนักเรียนในแต่ละวัน เช่น การประเมินความพึงพอใจ การดูอาหารที่เหลือในถาด และมีการนำข้อมูลมาพัฒนารายการอาหาร การปรุง ประกอบอาหาร และสุขนิสัยการกินของนักเรียน มีการจัดอาหารว่าง ขนม นม และเครื่องดื่มที่ได้มาตรฐานโภชนาการ

องค์ประกอบที่ 4 การเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกายนักเรียน โดยนักเรียนทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และทดสอบสมรรถภาพทางกาย มีการแปลผลภาวะโภชนาการ และสมรรถภาพทางกาย ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ชีวิตเป็นปัจจุบัน และมีการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเด็กนักเรียนสามารถประเมินภาวะโภชนาการและสมรรถภาพทางกายได้ด้วยตนเอง

องค์ประกอบที่ 5 การพัฒนาสุขนิสัยและการส่งเสริมสุขภาพนักเรียน โรงเรียนมีการจัดทำแผนกิจกรรมการพัฒนาสุขนิสัยและการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนที่ครอบคลุมในเรื่องการพัฒนาสุขนิสัยและส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติแห่งชาติ นักเรียนมีการปฏิบัติตามแผนกิจกรรมที่วางไว้ ครอบคลุมทุกกิจกรรม มีการติดตามและประเมินผลสุขนิสัยนักเรียน และนักเรียนแกนนำสามารถจัดกิจกรรมพัฒนาสุขนิสัยได้ด้วยตนเอง

องค์ประกอบที่ 6 การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน โดยโรงเรียนมีการสำรวจด้านสุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม และน้ำบริโภคในโรงเรียน มีการนำข้อมูลมาวางแผนดำเนินการ มีกิจกรรมการพัฒนาและปรับปรุงด้านสุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค อย่างมีส่วนร่วมในโรงเรียน มีบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเพียงพอกับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดเพียงพอ ที่ล้างมือ ที่แปรงฟัน ห้องส้วมสะอาด เพียงพอ เป็นต้น มีความช่วยเหลือระหว่างโรงเรียน ชุมชน และเครือข่ายท้องถิ่น ในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน มีการณรงค์และขยายผลสู่ชุมชน

องค์ประกอบที่ 7 การจัดบริการสุขภาพนักเรียน โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพนักเรียน ภายใต้ความร่วมมือกับฝ่ายสาธารณสุขที่ดูแลโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยมีห้องพยาบาลที่ถูกสุขลักษณะได้มาตรฐาน และมีอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เช่น เตียง ตู้ยา ยาสามัญ ฯลฯ มีครูอนามัย หรือนักเรียนแกนนำทำหน้าที่เวรให้บริการสุขภาพเบื้องต้นเป็นประจำทุกวัน นักเรียนทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และตรวจสุขภาพร่างกายเบื้องต้น นักเรียนกลุ่ม

เสียงหรือที่มีปัญหาสุขภาพทุกคน ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขเบื้องต้นอย่างเหมาะสม และมีการส่งต่อเพื่อการรักษาตามระบบอย่างเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 8 การจัดการเรียนรู้บูรณาการ ด้านเกษตร โภชนาการและสุขภาพ
โรงเรียนมีแผนการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ ตั้งแต่ 4 กลุ่มสาระการเรียนรู้ขึ้นไป โดยมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับเรื่องเกษตร สหกรณ์ โภชนาการ และสุขภาพ (เกษตรผสมผสาน สหกรณ์ สุขบัญญัติ โภชนบัญญัติ งดโภชนาการ สุขภิบาลอาหาร ออกกำลังกาย ทัศนสุขภาพ) โรงเรียนมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การนำองค์ความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ ของบุคคล ชุมชน หรือการสืบค้นเพื่อการศึกษา ที่ได้รับการยอมรับมาประยุกต์ใช้ ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านเกษตร สหกรณ์ โภชนาการ และสุขภาพ นอกจากนี้โรงเรียนยังมีการผลิตสื่อ นวัตกรรม ชุดความรู้ และฐานการเรียนรู้ ของโรงเรียน และชุมชน ด้านเกษตร โภชนาการ และสุขภาพ ที่เกิดจากผลงานของครู นักเรียน ครอบครัวยุ และชุมชน

ในกระบวนการดำเนินงาน มีนวัตกรรมเกิดขึ้นมากมายและหลากหลาย เช่น การเกษตรกรรมแบบผสมผสาน มีแหล่งเรียนรู้ที่มีชีวิตนอกห้องเรียน โรงเรียนบางแห่งมีฐานเรียนรู้ให้กับนักเรียนมากถึง 13 ฐาน นวัตกรรมปลูกข้าวนาโยน การแปรรูปผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเสริมการขายสู่ตลาดสากลในเวปไซด์อาลีบาบา นวัตกรรม Nan Model เมนูสุขภาพ (เช่น ข้าวปั้นสมุนไพร) โครงการแม่คู้เทศก์น้อย พ่อค้า-แม่ค้าน้อย เซฟน้อย ร้านค้าเกษตรกรน้อย ที่สำคัญคือ เกิดกระบวนการสร้าง Health Literacy เรื่องโภชนาการ

โดยนักเรียนสามารถบอกต่อให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครอบครัว และชุมชน ได้

ผลการประเมินภาพรวมมาตรฐานที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ด้วยคะแนน 3.36 โดยพบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก มีเพียงโรงเรียนเดียวที่มีคะแนนระดับยอดเยี่ยม เมื่อวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) พบว่า ภาพรวมตัวชี้วัดผลผลิต (Output) ในเรื่องความรู้และทักษะของนักเรียน ด้านการเกษตร โภชนาการและสุขภาพ มีผลการประเมินอยู่ในระดับยอดเยี่ยม ด้วยคะแนน 3.89 โดยทุกโรงเรียนที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับยอดเยี่ยม ทุกแห่ง ภาพรวมตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome) ในเรื่องนักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เหมาะสมตามวัย ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และสุขนิสัยตามสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า มีผลการประเมินอยู่ในระดับยอดเยี่ยม ด้วยคะแนน 3.75 โดยโรงเรียนส่วนใหญ่ที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับยอดเยี่ยม ภาพรวมตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพ ด้านผลการเรียน และด้านจิตสาธารณะ พบว่า ผลการประเมินผลกระทบทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ด้วยคะแนน 3.11 โดยทุกโรงเรียนที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับดีมากทุกแห่ง

สำหรับตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) จำแนกรายด้าน พบว่า ผลกระทบด้านโภชนาการ ในเรื่องนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ภาวะผอม ภาวะเตี้ย ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า ภาพรวมการประเมินผลกระทบด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ด้วยคะแนน 2.60 โดยโรงเรียนส่วนใหญ่ที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก เมื่อวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ เปรียบเทียบ ปี 2560 -2561 พบว่า

นักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ในภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) โดยพบร้อยละ 10.12 และ 11.82 ตามลำดับ ภาวะผอม พบไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5 โดยพบร้อยละ 2.61 และร้อยละ 3.79 ตามลำดับ ภาวะเตี้ย ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 10 โดยพบร้อยละ 6.71 และร้อยละ 3.53 ตามลำดับ ภาวะสูงตีสมส่วน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 65 ขึ้นไป) โดยพบร้อยละ 74.65 และร้อยละ 73.81 ตามลำดับ

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ในเรื่อง นักเรียนมีสมรรถภาพทางกายดี ไม่เป็นพินทุ ไม่เป็นหานักเรียนที่มีความผิดปกติด้านสายตาและการได้ยิน ได้รับการดูแลและส่งต่อ พบว่า ภาพรวมผลกระทบต่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับยอดเยี่ยม ด้วยคะแนน 3.64 โดยโรงเรียนส่วนใหญ่ที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับยอดเยี่ยม มีเพียง 1 แห่งที่อยู่ในระดับดีมาก ผลกระทบด้านผลการเรียน จากคะแนนผลสอบของโรงเรียน ผลสอบ O-NET ผลสอบ NT พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยทุกโรงเรียนที่มีผลคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ทุกแห่ง ผลกระทบด้านจิตสาธารณะ ในเรื่องนักเรียนมีจิตสาธารณะในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ผลประเมินอยู่ในระดับยอดเยี่ยมทุกโรงเรียน ด้วยคะแนน 4.00

3. ปัจจัยความสำเร็จ ของการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม สรุปปัจจัยความสำเร็จ ของการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ได้ดังนี้

3.1 ความศรัทธาในโครงการเจริญรอยตามพระยุคลบาท สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรม

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทำให้ทีมงานทุกฝ่ายมีความภาคภูมิใจ และนับว่าเป็นบุญที่ได้ดำเนินงานตามรอยพระยุคลบาท และจะมุ่งมั่นทำต่อไปแม้จะไม่ได้รับงบประมาณ โรงเรียนมีทีมดำเนินงานที่มีความเข้มแข็ง และความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินงาน มีการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ คณะครูโรงเรียนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทีมปฏิบัติงานมีความเป็นกัลยาณมิตร นอกจากนั้นผู้บริหารองค์กรทุกระดับให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน มีการกำหนดเป็นนโยบายและมีแผนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งบ้าน วัด และโรงเรียน (บวร) รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน ให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยโรงเรียนมีกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณ สามารถสานความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายได้ดีมาก การมีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง มีความเสียสละ และมีจิตอาสาเป็นแกนหลัก ในการระดมทุนช่วยเหลือกิจกรรมโรงเรียนทุก ๆ ปี อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ปราชญ์ชุมชน ในการแก้ปัญหา เน้นความสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิตของแต่ละโรงเรียนและชุมชนที่ตั้ง

3.3 โรงเรียนมีการจัดทำแผนการเรียนรู้บูรณาการด้านเกษตร โภชนาการ และสุขภาพ ในทุกกลุ่มสาระการเรียนรู้ของโรงเรียน ทุกชั้นเรียน ในช่วงกิจกรรม “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้” โรงเรียนมีฐานการเรียนรู้นอกห้องเรียนที่มีชีวิตที่หลากหลาย สำหรับจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ให้นักเรียนได้ฝึกประสบการณ์จาก

การปฏิบัติจริง มีการพัฒนาพื้นที่โรงเรียนทุกจุด ให้เป็น “แหล่งเรียนรู้” และส่งเสริมการเรียนรู้ในห้องเรียน

3.4 มีการขยายผลการดำเนินงานสู่ครอบครัวและชุมชน เช่น การปลูกพืชปลอดสารพิษ การจัดการขยะ การทำปุ๋ยหมัก การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น มีการบูรณาการงานเข้าสู่งานประจำ ร่วมกับโครงการเดิมที่โรงเรียนทำอยู่แล้ว เช่น โครงการสถานศึกษาพอเพียง โครงการอาหารกลางวันนักเรียน โครงการยุวเกษตรกร โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการนักเรียนไทยสุขภาพดี โครงการโรงเรียน อย.น้อย เป็นต้น

3.5 โรงเรียนมีวิธีการทำงาน โดยการทำ AAR (After Action Review) ทุกครั้ง หลังทำงาน เพื่อสรุป สะท้อนผลการทำงาน ปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องการทำงาน และคิดหาวิธีแก้ไขเพื่อใช้ในครั้งต่อไป ครูแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเอง ทำสม่ำเสมอจนเป็นวิถีของโรงเรียน ดำเนินการต่อเนื่องจนเป็นแหล่งเรียนรู้และโรงเรียนต้นแบบให้ชุมชนและโรงเรียนเครือข่าย โดยมีหลักสำคัญของการดำเนินงาน คือ การเน้นให้เด็กเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ศูน ย์ ก ล า ง ข อ ง ก า ร พ ั ด ฒ นาการ เด็กเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง โรงเรียนเป็นฐานของการพัฒนา ส่งผลให้เด็กพัฒนาตนเองทั้งด้านพลศึกษา พุทธิศึกษา จริยศึกษา และหัตถศึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กนักเรียน มีความรู้ และมีทักษะ ด้านเกษตร สหกรณ์ อาหาร โภชนาการ และสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พัฒนาการเองสู่การมีโภชนาการสมวัย และการมีสุขภาพดี

3.6 การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จากภาคีเครือข่ายทุกองค์กร ทั้งภาครัฐ

เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความสามารถในการประสานหาแหล่งทุนของโรงเรียน รวมทั้งการได้รับการส่งเสริม สนับสนุนจากส่วนกลาง โดยเฉพาะกรมอนามัยกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กรมประชาสัมพันธ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยการอบรมเทคนิคเชิงวิชาการต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเวทีวิชาการ เวทีการประกวดนวัตกรรมและถอดบทเรียน การประชาสัมพันธ์ และ การยกย่องเชิดชูเกียรติ

3.7 การใช้โปรแกรม Thai School Lunch ในการช่วยจัดรายการอาหารให้กับนักเรียนที่มีความหลากหลาย มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและเหมาะสมตามวัย เพิ่มผักและผลไม้ โดยนักเรียนมีส่วนร่วมในการคิดเมนูอาหาร และการปรุงอาหาร

4. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม สรุปปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ได้ดังนี้

4.1 ผลิตผลทางการเกษตร ปศุสัตว์ และประมง ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอับความต้องการโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียน เนื่องจาก การเกษตรในโรงเรียนเป็นเพียงฐานการเรียนรู้ให้กับนักเรียน และบางโรงเรียนมีพื้นที่ทำการเกษตรจำกัด โรงเรียนแก้ปัญหาโดยการแจกเมล็ดพันธุ์พืชให้กับผู้ปกครองไปปลูกที่บ้านเพื่อส่งผลผลิตมาจำหน่ายให้โรงเรียน เพื่อประกอบอาหารในโครงการอาหารกลางวันนักเรียน นอกจากนี้กิจกรรมทางการเกษตรบางกิจกรรมต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามฤดูกาล และ

สภาพอากาศของพื้นที่ เช่น อากาศบางฤดูกาลไม่เหมาะสมกับการเพาะเห็ด ปัญหาเรื่องน้ำไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมทางการเกษตรบางฤดูกาล เป็นต้น และ บางกิจกรรมต้องมีการลงทุนในด้านวัตถุดิบและอุปกรณ์สูง

4.2 สหกรณ์นักเรียนบางแห่งยังทำได้ไม่ครบสมบูรณ์ตามหลักการของสหกรณ์ และยังไม่เข้มแข็ง ทำให้การจัดทำบัญชียังผิดพลาดไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร และเวลาในการเปิดทำกิจกรรมสหกรณ์มีน้อย แต่เป็นการเริ่มต้นฝึกให้เด็กเรียนรู้ฝึกการค้าขาย การคำนวณ การทำบัญชี การออมเงิน การทำงานร่วมกัน และการปลูกฝังจริยธรรมคุณธรรมให้แก่เด็ก

4.3 นักเรียนบางโรงเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเกินเกณฑ์ที่กำหนด เป็นปัญหาจากพฤติกรรมการบริโภคที่บ้าน ผู้ปกครองตามใจลูกในเรื่องการรับประทานอาหาร ขนมอบกรอบ ลูกอม และไม่ชอบทานผักผลไม้ ดังนั้น โรงเรียนจึงควรมีนโยบายเรื่องการจัดการอาหารรอบรั้วโรงเรียนที่ยังไม่ได้มาตรฐานโภชนาการ สุขภาพอาหาร และอาหารปลอดภัย รวมทั้งการส่งเสริมการออกกำลังกายนักเรียนให้ได้วันละ 60 นาที นอกจากนี้ยังพบว่า เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน และการแปลผลภาวะโภชนาการไม่ถูกต้อง

4.4 ปัญหาอุปสรรคอื่นๆ เช่น การนิเทศติดตาม และการเยี่ยมเสริมพลังจากส่วนกลางหรือหน่วยงานเหนือขึ้นไปขาดความต่อเนื่อง ขาดความท้าทายในการขยายผลโครงการทั้งในโรงเรียนและให้กับโรงเรียนอื่นๆ ดังนั้น ส่วนกลางจึงควรผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะในระดับองค์การระดับท้องถิ่น และระดับชาติ เพื่อให้แม้จะมีการเปลี่ยนผู้บริหาร เปลี่ยนครูผู้รับผิดชอบงาน การ

เกษียณ ก็จะไม่มีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง และไม่มีความยุ่งยากในการเรียนรู้งานของผู้รับผิดชอบใหม่ เป็นต้น

5. กระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทย แก้มใสในอนาคต ดังนี้

1) จากปัญหาอุปสรรค ของการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส สมควรนำมาเป็น “โอกาสในการพัฒนา” ตามแนวคิด หลักการ แนวทาง วิธีการ และ เทคนิค ของ Change Problem into Opportunity for Improvement ของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ โดยร่วมมือกับผู้ปกครอง ชุมชน และ เครือข่าย ทุกภาคส่วน (รัฐ เอกชน NGOs ประชาชน) ทั้งด้านการพัฒนาผลิตผลทางการเกษตร ปศุสัตว์ และประมง ด้านสหกรณ์ ด้านการจัดการอาหารรอบรั้วโรงเรียนให้ได้มาตรฐานโภชนาการ สุขภาพอาหาร และอาหารปลอดภัย เชื่อมโยงสู่ “การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า” ของประชาชนทั้งชุมชนที่ตั้งของโรงเรียน อย่างยั่งยืน โดยอาศัยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 รวมทั้งการพัฒนา การนิเทศติดตาม และการเยี่ยมเสริมพลังจากส่วนกลางหรือหน่วยงานเหนือขึ้นไป ให้มีความต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะในระดับชาติ ลงสู่ นโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง แม้จะมีการเปลี่ยนผู้บริหาร เปลี่ยนครูผู้รับผิดชอบงาน หรือการเกษียณ ก็ตาม

2) การพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส สู่ความยั่งยืน โดยเน้นให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของนักเรียนและชุมชน ด้านการจัดการอาหาร

โภชนาการ และสุขภาพเด็ก ด้วยการพึ่งพาตนเอง ได้ จากความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนจนเกิดเป็นความยั่งยืนด้านอาหารและโภชนาการของชุมชน โดยมีหลักการสำคัญคือ เน้นให้เด็กเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองอย่างมีความสุข ส่งผลให้เด็กนักเรียน มีความรู้จริง และมีทักษะ ด้านการเกษตร สหกรณ์ อาหาร โภชนาการ และสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ สามารถพัฒนาตนเองสู่การมีโภชนาการ สมวัย มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา เต็มที่เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของชาติในอนาคตได้อย่างมั่นใจ

วิจารณ์

1. รูปแบบการบริหารจัดการ ของโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส เป็นรูปแบบที่ดี คือ ช่วยให้การดำเนินงานและการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ประสบความสำเร็จ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานทั้ง 3 โดยรวมอยู่ในระดับยอดเยี่ยม (คะแนนตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและสนับสนุน รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรทุกคนในโรงเรียนให้ความสำคัญร่วมมือร่วมใจ ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันและมองเห็นสุขภาพของเด็กนักเรียนเป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของประกายมาศ บรรจงรักษา และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า ผู้บริหารมีนโยบายที่ชัดเจนและเป็นบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนอย่างจริงจัง รวมทั้งความร่วมมือจากชุมชนและภาคีเครือข่าย แต่ยังมีระดับความสำเร็จจากการดำเนินงาน ด้านผลกระทบ (Impacts) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบด้านโภชนาการ ที่ได้

คะแนนเพียง 2.60 เนื่องจากพบนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าก่อนหน้านั้นเด็กนักเรียนมีความขาดแคลนด้านอาหาร เมื่อมีโครงการนี้เข้าไปจึงทำให้มีอาหารอุดมสมบูรณ์ ประกอบกับพฤติกรรมออกกำลังกายค่อนข้างน้อย จึงทำให้เด็กอ้วนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดุชนิ สุวรรณคงและคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนได้แก่ การบริโภคที่ไม่เหมาะสมของตัวเด็กเอง สิ่งแวดล้อมบริเวณหน้าโรงเรียนที่มีร้านแผงลอยรถเร่ ที่ขายอาหารประเภททอด ปิ้ง ย่าง เครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม พฤติกรรมการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครอง กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายค่อนข้างน้อย มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง; และผลกระทบด้านผลการเรียน ที่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพียง 3.08 เนื่องจากวัดจากผลสอบ O-NET (Ordinary National Education Test) และ NT (National Test) ของโรงเรียน เป็นการทดสอบที่มีจุดหมายเดียวกันคือประเมินคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐาน ของนักเรียนแต่ละโรงเรียน เพื่อนำข้อมูลมาทำแผนพัฒนานักเรียนให้สามารถอ่านออกเขียนได้ รู้จักคิดวิเคราะห์ เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนแต่ละช่วงชั้น เมื่อเรียนครบ 3 ปี โดยจะทดสอบที่ชั้นสูงสุดของช่วงชั้นนั้นๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลกระทบด้านการเรียน ที่วัดด้าน “ความรู้ในหนังสือเรียนเป็นหลัก” แต่การดำเนินงานโครงการเด็กไทยแก้มใส นั้นเป็นการพัฒนาด้านการจัดการอาหาร โภชนาการและสุขภาพอย่างครบวงจรที่ส่งผลให้เด็กพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างสมดุลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พลศึกษา พุทธิศึกษา จริยศึกษาและหัตถศึกษา⁽³⁾

2. ปัจจัยความสำเร็จ ของ การดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ทั้ง 7 ปัจจัยที่พบ

สรุปได้ว่า ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งบ้าน วัด และโรงเรียน รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน มาร่วมมือร่วมใจกันในการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยมีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง มีความเสียสละ และมีจิตอาสา เป็นแกนหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของจกกลนี้ วิทยารุ่งเรืองศรี และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า โครงการเด็กไทยแก้มใสมีเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงาน 2 ส่วน คือ เครือข่ายความร่วมมือภายในโรงเรียน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูและบุคลากรทางการศึกษา นักเรียน และนักการภารโรง ตลอดจนคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ผู้ปกครองนักเรียน และประชาชนชาวบ้าน ที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ และเครือข่ายความร่วมมือภายนอกโรงเรียน ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรภาคเอกชน ที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน การชลประทาน และการจัดบริการอาหารแก่โรงเรียน

3. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ด้านผลิตผลทางการเกษตร ปศุสัตว์ และประมง ที่ไม่เพียงพอับความต้องการโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียน นั้น เป็นสัญญาณที่ดี บ่งบอกว่ากิจกรรมนี้เป็นที่ต้องการของทั้งโรงเรียนและชุมชน หากคำนวณประมาณการงบค่าอาหารกลางวันนักเรียน 20 บาท/คน/วัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการหมุนเวียนของเม็ดเงินในระบบเศรษฐกิจในชุมชน ซึ่งสามารถมีส่วนช่วยเศรษฐกิจของชุมชนที่ตั้งของโรงเรียนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ค้อศุภฤกษ์สกุล⁽⁸⁾ ที่ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดโครงการอาหารกลางวันในสังกัดองค์การ

บริหารส่วนตำบลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมด้านทุนทรัพย์ และการบริหารการเงินด้านการมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ ตามลำดับ

4. กระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสในช่วงเวลาที่ผ่านมา ใช้ความศรัทธาใน สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงานมาก ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งบ้าน วัด และโรงเรียน รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน เป็นตัวเสริม สอดคล้องกับการศึกษาของ ราเชนทร์ นพณัฐวงศ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ว่าการนำเอารูปแบบ และ แนวคิด การพัฒนาแบบ“บวร” (บ้าน วัด และโรงเรียน) มาใช้ในการพัฒนาชุมชน การนำเอาสถาบันหลักในชุมชนมาเป็นกลไกในการพัฒนา และสร้างชุมชนให้เข้มแข็งทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการพัฒนา ตัดสินใจแก้ปัญหาตนเองและชุมชน จึงเป็นทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual capital) และ ทุนทางวัฒนธรรม (Cultural capital) ที่มีอยู่ในชุมชน ใช้ความร่วมมือร่วมใจกันในการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน มีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง มีความเสียสละ และมีจิตอาสา เป็นแกนหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของนุชา สระสม⁽¹⁰⁾ ที่ว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมใน “การบริหารแบบบ้าน วัด โรงเรียน” ของโรงเรียนวัดพระอินทร์ทรงช้างเอราวัณ มี 5 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมในการปฏิบัติ ร่วมประสาน และการร่วมในการติดตาม และประเมินผล

5. กระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสในอนาคต ด้วยการนำ ปัญหาอุปสรรค ของการดำเนินงาน และ ผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมา เป็น “โอกาสในการพัฒนา” นั้น เป็นสิ่งที่องค์การชั้นนำทั้งหลาย ใช้ในกระบวนการพัฒนางานทั้งหลายของตน สอดคล้องกับ กิจรัฐเชต ไกรवास และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ว่าชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่ครอบคลุม (1) การรับรู้และตระหนักในความสำคัญของปัญหา ร่วมกัน (2) การร่วมกัน ค้นหาสาเหตุของปัญหา (3) การร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และ (4) ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ในการพัฒนา โรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสในอนาคต ได้เป็นอย่างดี โดยเน้นที่การพัฒนาให้มี “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ที่ดี มีศักยภาพสูง และมี Good Governance⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

1. สำหรับโรงเรียนพื้นที่วิจัย สามารถนำกระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสในอนาคต ไปประยุกต์ในบริบทของตน อย่างเหมาะสม และ มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จก้าวหน้าของโรงเรียน/องค์การ ยิ่งๆขึ้น
2. สำหรับหน่วยงานที่ดูแลโรงเรียนพื้นที่วิจัย เช่น สพฐ. อปท. จังหวัด สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปเป็นข้อมูล บทเรียน ตัวอย่างแนวทาง ข้อคิด ในการพัฒนาการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ให้ดีและมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้ในการวางแผน และการพัฒนาบุคลากรและงานทั้งหลาย ทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนต้นแบบเด็กไทย

แก้มใส และงานอื่นๆ ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ได้อย่างน่าภาคภูมิใจ

เสนอแนะให้มีการติดตามนิเทศเสริมพลัง (Empowerment M&E) ให้โรงเรียนได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ช่วยส่งเสริมสนับสนุนและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้การดำเนินงานโครงการเด็กไทยแก้มใสเป็นไปอย่างรวดเร็ว บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพสูง และผู้ปฏิบัติงานมีความสุข

เสนอแนะให้พัฒนาโรงเรียนเด็กไทยแก้มใสให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชนและโรงเรียนใกล้เคียง เกิดการขยายผล ต่อยอด การดำเนินงานและการพัฒนา ของงานด้านอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรนอกภาครัฐ (non-governmental organization : NGO) และประชาชน โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานของการพัฒนา เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนา ให้มีภาวะโภชนาการสมวัย มีสุขภาพดี ยิ่งๆขึ้น สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

3. สำหรับกรมอนามัย สามารถให้การสนับสนุนและส่งเสริม ในการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสต่อไป จนเป็นแบบจำลองของผลลัพธ์ (Prototype) ของประเทศ โดยเน้นด้านวิชาการ ตามภารกิจหลักของกรมอนามัย

4. สำหรับ สสส. ที่ให้การสนับสนุนดูแลโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสทั่วประเทศ สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปเป็นข้อมูลประกอบการสนับสนุนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้จริงแล้ว โดยใช้งบประมาณไม่มาก โรงเรียนทุกแห่งสามารถทำได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลวิจัยที่พบว่า โรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส สามารถช่วยให้ระดับความสำเร็จจากการดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ด้านผลผลิต (Output) อยู่ในระดับดีเยี่ยม ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน แต่ด้านผลกระทบ (Impact) อยู่ในระดับเพียงดีมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบด้านโภชนาการ และด้านผลการเรียน ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องดำเนินการต่อไป เพื่อให้การบรรลุทั้งผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มีความเข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืน จึงสมควรที่จะคงนโยบายโรงเรียนเด็กไทยแก้มใส ให้เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของชาติ ในการดำเนินการเชิงบูรณาการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง⁽¹³⁾ ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579)⁽¹⁴⁾ เชื่อมโยงจากระดับส่วนกลาง ลงสู่ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น

สรุปผลของการศึกษา

ได้ถอดบทเรียน และศึกษาเชิงลึก ของการดำเนินงานและการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส ที่ดี ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปเผยแพร่ขยายผล ให้โรงเรียนที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ สู่ความยั่งยืน ที่เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพเด็ก ที่เน้นการพึ่งพาตนเอง ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในพื้นที่ที่ตั้งของโรงเรียน ส่งเสริมให้เกิดเป็นความยั่งยืนด้านอาหารและโภชนาการ โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลให้เป็นผู้มีความรู้จริง มีทักษะด้านเกษตร สหกรณ์ อาหาร โภชนาการ และสุขภาพ เชิงผสมผสาน สู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่

พึงประสงค์ สามารถพัฒนาตนเองสู่การเป็นพลเมืองไทยในศตวรรษที่ 21 ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC). ตัวชี้วัดร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2018&source=pformatted/format1.php&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e
2. กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. คู่มือการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลการเจริญตามรอยพระยุคลบาท พัฒนาด้านอาหาร โภชนาการและสุขภาพเด็กในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
3. กรมอนามัย, สำนักโภชนาการ. คู่มือการประเมินตนเองโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส (ฉบับทดลองใช้ครั้งที่ 1). นนทบุรี: [ม.ป.พ.]; 2558.
4. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท; 2546.
5. ประกายมาศ บรรจงรักษา, นพวรรณ เปียชื่อ, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, ชูหงษ์ ดีเสมอ. กรณีศึกษา: การดำเนินงานด้านโภชนาการของโรงเรียนประถมศึกษา แห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33: 125-37.

6. ดุษณีย์ สุวรรณคง, ชำนาญ ชินสีห์, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก, ปัทมา รักเกื้อ, เสาวนีย์ โปษกะบุตร, อรพิน ทิพย์เดช. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนในนักเรียนของผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนและสมาชิกชุมชน ชุมชนชนบทภาคใต้ ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. มค.-เม.ย.2562; 49(1): 7-18.
7. จงกลณี วิทยารุ่งเรืองศรี, ไพโรจน์ กระโจมทอง, วิรัตน์ดา ดวงใจ และคณะ. ระบบบริหารจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนกรณีศึกษา 10 ศูนย์เรียนรู้ต้นแบบเด็กไทยแก้มใส. มูลนิธิสร้างเสริมวิถีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (มอส.), บรรณาธิการ. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2561:
8. สุกัลย์ชานา ค้อศุภฤกษ์สกุล. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดโครงการอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่าแดง (เขาค้อ) สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2 : บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้ สู่วิชาการที่ยั่งยืน 17 มิถุนายน 2559 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. 2559; 308-14
9. ราเชนทร์ นพณัฐวงศกร, ทิพย์ลัดดา ชำนิกุล, ยุมาวี ศรีสุรัตน์. กระบวนการประชาสังคม “บวร”หลักในการพัฒนาชุมชนให้ยั่งยืน. การประชุมวิชาการระดับชาติสหวิทยาการเอเชียอาคเนย์. 2559 ครั้งที่ 3. 2559; 1-9.
10. นุชา สระสม. การมีส่วนร่วมในการบริหารแบบบ้าน วัด โรงเรียน ของโรงเรียนวัด สังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
11. กิจฐเขต ไกรवास. กระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
12. พระมหาภูษิต อคฺควณฺโณ (บุลันรัมย์). การนำหลักธรรมาภิบาลสู่การปฏิบัติเพื่อการบริหารงานขององค์กรยุคใหม่. บุรีรัมย์: [ม.ป.พ.]; [2558?]
13. สง่า ตามาพงษ์. ก้าวต่อไปเด็กไทยแก้มใส. ใน : สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 9 โภชนาการตีถ่วงหน้า ตามรอยพระบาทเจ้าฟ้า นักโภชนาการ. [ม.ป.ท.]: บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์; 2558: 47.
14. เทพกัญญา พรหมขัติแก้ว. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของคนไทยในอีก 20 ปี ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12. นิตยสาร สสวท. 2560; 45(204): 35-40.

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษา
ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

Parental Perception of Over-nutrition Among Students in Primary Schools,
Pa Pong Subdistrict, Doi Saket District, Chiang Mai Province

พัชรียา วรรณะ¹, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรกฤษณ์ วัชรราชภู², อาจารย์ ดร.สินีนานู ชาวตระการ³

นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยเชียงใหม่¹

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธิตสาธิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

อาจารย์ ดร. คณะสาธิตสาธิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

¹Corresponding author, E-mail: patchy.w999@gmail.com

(Revised: September 13, 2021; Revised: December 05, 2021; Accepted: February 14, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน ชั้น ป.1 – ป.6 โรงเรียนบ้านป่าป้อ และโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 191 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน ประกอบด้วยสองส่วนคือ การรับรู้สัญญาณทางกายภาพ และการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square ในการหาความสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพรับจ้าง ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน อยู่ที่ 5,001 – 10,000 บาท ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว นักเรียนในปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 10 – 12 ปี มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นส่วนใหญ่

ส่วนผลการศึกษาด้านการรับรู้ พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่ มีการรับรู้ภาพรวมทั้งการรับรู้สัญญาณทางกายภาพ และการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกันนั้น มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ใน

เด็กนักเรียน รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมเรื่องโภชนาการในเด็กนักเรียน แก่ผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกิน ผู้ปกครอง นักเรียน โรงเรียนประถมศึกษา

ABSTRACT

This cross-sectional study assesses the perception of overnutrition among 191 students' parents of students from grade 1 to 6 in semester 2, academic year 2020, at Ban Pa Pong School and Ban Pa Mai Daeng School, Pa Pong Subdistrict, Doi Saket District, Chiangmai. Research tools were questionnaires developed from a literature review, consisting of two parts: perception of physical signals, and perception of environmental/behavioral signals. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square statistic was used to find out the correlation.

The study showed that most of the student' parents were female, aged between 31-40 years. Most of them were not educated, and were employees. The majority of families had a monthly income of 5,000-10,000 baht and were nuclear families. Most students were female, aged between 10-12 year, and had normal nutritional status.

The perception study found that the majority of students' parents had a low level of overall perception of overnutrition including physical signal perception and environmental/ behavioral signal perception. Students' parents with different educational level had statistically different perception of overnutrition among students at the 0.05 significance level. In addition, comparative study on the level of overnutrition perception, among students' parents with normal and overnutritional students, found no difference. The result of this study can be used in educational planning and build an understanding of how to promote nutritional status and healthy food consumption among students, as well as increase participation in nutrition among students' parents with overnutritional students.

Keywords: Over-nutrition, Students' Parents, Students, Primary School

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารมากเกินไปจนเกินความต้องการของร่างกาย และเก็บสะสมไว้จนเกิดอาการปรากฏ เช่น ได้รับสารอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไป จะมีการสะสมไว้ในร่างกายในสภาพไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน หรือการได้รับสารอาหารบางอย่างที่ซับซ้อนยากในปริมาณมากเกินไป จนมีการเก็บ

สะสมในร่างกาย และทำให้เกิดโทษ เช่น การได้รับวิตามินเอ และดีมากเกินไปจนเกินความต้องการของร่างกาย และร่างกายเก็บสะสมไว้ทำให้เกิดภาวะไฮเปอร์วิตามินโนซีสเอ และดี (Hyper vitaminosis A and D)⁽¹⁾ ซึ่งปัจจุบันภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาคุณภาพของเด็กในหลายๆ ประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็น

ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าในปี ค.ศ. 2016 มีเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี กว่า 340 ล้านคน มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าระหว่างปี ค.ศ. 1975 ถึง ปี ค.ศ. 2016 จากร้อยละ 4.0 ในปี ค.ศ. 1975 เป็นร้อยละ 18.0 ในปี ค.ศ. 2016⁽³⁾

เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วน และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต⁽⁴⁾ การจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กจึงสอดคล้องตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ระบุในปี พ.ศ. 2558 ว่าการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน ภายในปี พ.ศ. 2573⁽⁵⁾ ภาวะโภชนาการเกินในเด็กมีผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ที่สำคัญไปกว่านั้นคือ โอกาสเสี่ยงของเด็กที่มีโภชนาการเกินเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจจะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ในอนาคต⁽⁶⁾ เด็กที่อ้วนมักมีปัญหาเกี่ยวกับข้อและกระดูกทำให้ปวดหัวเข่า ปวดข้อเท้ากระดูกงอและขาโก่ง เพราะต้องแบกรับน้ำหนักมากอยู่ตลอดเวลา มีปัญหาทางด้านพัฒนาการที่ต้องใช้กล้ามเนื้อ คือจะทำให้เดินไม่คล่องตัว เมื่อเดินหรือวิ่งจะเหนื่อยง่าย ในเด็กโตอาจพบอาการปวดสะโพก ทำให้เดินไม่ได้⁽⁷⁾ ส่วนผลกระทบต่อทางด้านสังคมและจิตใจ เด็กที่อ้วนอาจเป็นปมด้อยโดนเพื่อนแกล้งหรือโดนล้อเลียนในหมู่เพื่อนฝูงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เก็บกด แยกตัว เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดความคับข้องใจ ส่งผลทำให้สมาธิในการเรียนลดลง ผลการเรียนด้อยลงกว่า

เพื่อนๆ ซึ่งความรู้สึกด้านลบเหล่านี้จะติดฝังแน่นไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และทำให้กลายเป็นคนที่เฉื่อยชา ทำให้เป็นปัญหาในการเข้าสังคมในอนาคต⁽⁸⁾

ตำบลป่าป้อง อำเภอต๋อยสะเก็ด มีเด็กกลุ่มอายุ 6 - 14 ปี ที่ส่วนใหญ่กำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา จากข้อมูลงานโภชนาการของตำบลป่าป้อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-พ.ศ. 2562 มีร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเกินเป็น 10.31, 12.02, 19.15 และ 19.05 ตามลำดับ⁽⁹⁾ ตำบลป่าป้อง มีโรงเรียนประถมศึกษาอยู่จำนวนสองโรงเรียน และจากข้อมูลย้อนหลังที่ผ่านมา พบว่าเด็กนักเรียนทั้งสองโรงเรียนมีแนวโน้มที่มีภาวะโภชนาการที่เกินเกณฑ์มาตรฐานสูงขึ้นทุกปี โดยโรงเรียนบ้านป่าป้องมีเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในปี พ.ศ.2560 - พ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 0.00, 5.56 และ 13.04 ตามลำดับ และโรงเรียนบ้านป่าไม้แดงมีเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในปี พ.ศ.2560 - พ.ศ.2562 เป็นร้อยละ 8.56, 10.20 และ 11.44 ตามลำดับ⁽⁹⁾

จากแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินที่กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วยนั้น การแก้ไขปัญหาก็หลายเหตุเท่านั้นคงไม่เพียงพอ เพราะหากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ไม่มีความรู้เรื่องโภชนาการที่ถูกต้อง และไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนแล้ว การจะมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องของนักเรียนก็คงจะทำได้ยากด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อง อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ แผนงานและกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครอง นักเรียนมีความรู้เรื่องภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง เกิดความตระหนักและป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายของตนเองมีภาวะโภชนาการเกิน มีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม และสุขภาพดีต่อไป

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาใช้ทฤษฎีการเรียนรู้มาอ้างอิงในการศึกษา ซึ่งการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับความรู้จากสภาพแวดล้อมของตน และความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วย ประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิตคือ ความรู้เดิม ความต้องการ และเจตคติ เป็นต้น โดยการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผู้วิจัยจึงต้องการทราบระดับการรับรู้เรื่องโภชนาการเกินของผู้ปกครอง รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้เรื่องโภชนาการเกินของผู้ปกครองกับภาวะโภชนาการของนักเรียนในปกครอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้เรื่องโภชนาการเกินของผู้ปกครอง กับภาวะโภชนาการของนักเรียนในปกครอง

นิยามศัพท์

ภาวะโภชนาการเกิน(Over-Nutrition) หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคอาหารหรือสารอาหารที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height) สามารถแยกแยะภาวะโภชนาการของเด็กอายุเดียวกันที่มีส่วนสูงต่างกันได้ จุดตัด (cut-off point)คือ อ้วน (>+3 SD), น้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน (>+2 SD ถึง +3 SD), ท้วม (>+1.5 SD ถึง +2 SD), สมส่วน (+1.5 SD ถึง -1.5 SD), ค่อนข้างผอม (<-1.5 SD ถึง -2 SD), ผอม (<-2 SD)

ซึ่งผลการวิจัยนี้จะทำให้ทราบระดับการรับรู้ของผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนประถมศึกษา ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงนำไปวางแผนการสร้างความรู้เรื่องโภชนาการในเด็กนักเรียน ให้แก่ผู้ปกครองนักเรียน เพื่อให้ นักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาในตำบลป่าป้อมีภาวะโภชนาการที่สมวัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง(cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน ชั้น ป.1 – ป.6 โรงเรียนบ้านป่าป้อ และโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองนักเรียน ชั้น ป.1 - ป.6 โรงเรียนบ้านป่าป้อ และโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง ตำบลป่าป้อ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 191 คน โดยที่ผู้ปกครองสามารถตอบแบบสอบถามซ้ำได้ตามจำนวนนักเรียนในปกครองของตนเอง

โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ผู้ปกครองนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 โรงเรียนบ้านป่าป้อและโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ปกครองที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ปกครองที่ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย 2) ผู้ปกครองนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 โรงเรียนบ้านป่าป้อและโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง ที่ถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยสองส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง แบ่งเป็น 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง 2) ข้อมูลของครอบครัว 3) ข้อมูลของนักเรียนในปกครอง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น การรับรู้สัญญาณทางกายภาพ จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม จำนวน 15 รวมข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ โดยคำตอบของการรับรู้จะเป็น ใช่ ไม่ใช่ และไม่รู้ เลือกตอบได้เพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น โดยจะ

แบ่งเป็นคะแนนตามข้อคำถามที่มีการรับรู้ถูกต้อง จะให้คะแนนเป็น 1 ข้อคำถามที่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องให้คะแนน เป็น -1 และข้อคำถามที่ตอบว่าไม่รู้ให้คะแนน เป็น 0 ตามลำดับ แปลผลคะแนนโดยใช้ร้อยละเป็นเกณฑ์ในการแบ่งช่วงคะแนนการรับรู้ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกิน ได้คะแนน ร้อยละ 75 - 79.9 หมายถึง ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับดี ได้คะแนน ร้อยละ 70 - 74.9 หมายถึง ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 69.9 หมายถึง ผู้ปกครองมีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อพัฒนาแบบสอบถามแล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะโภชนาการในวัยเรียน จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruent : IOC) ที่ 0.67 แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมกับชี้แจงให้ผู้ปกครองนักเรียนรับทราบ และลงชื่อ

ยินยอมเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านป่าป้อและโรงเรียนบ้านป่าไม้แดง เพื่อขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอรายชื่อผู้ปกครองนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 รวมทั้งแนบรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ แบบสอบถามที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

2) ทำหนังสือเชิญผู้ปกครองนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 ทั้ง 2 โรงเรียน เพื่อเข้าร่วมฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้

3) ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเป็นผู้ถูกวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4) แจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณครึ่งชั่วโมง ผู้วิจัยเก็บกลับคืนมาด้วยตนเองและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

5) ติดตามเก็บข้อมูลผู้ปกครองที่บ้านเพิ่มเติม ในกรณีที่ไม่ได้มาในวันนัดหมาย

6) ข้อมูลเอกสารแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้ในกล่องเก็บเอกสารที่ไม่มีบุคคลอื่นสามารถเปิดดูได้ ข้อมูลจะไม่รั่วไหลในลักษณะระบุตัวบุคคลได้ โดยไม่มีการระบุชื่อหรือรหัสตัวเลขใดๆ ที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและโครงการวิจัยสิ้นสุดลง แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายโดยวิธีที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ข้อมูลของครอบครัว ข้อมูลของนักเรียนในปกครอง เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้สัญญาณทางกายภาพ และการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว และเปรียบเทียบข้อมูลระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนกับภาวะโภชนาการของนักเรียนในปกครองโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.7 อายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 48.2 ส่วน

ใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 31.0 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 73.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.3 ดังแสดงในตาราง 1

2) ข้อมูลของครอบครัว ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน อยู่ที่ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 54.0 สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.9

3) ข้อมูลของนักเรียนในปกครอง นักเรียนในปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.8 อายุ 10 – 12 ปี ร้อยละ 41.3 เมื่อประเมินภาวะโภชนาการน้ำหนักเทียบตามเกณฑ์อายุ พบว่าส่วนใหญ่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 68.1 รองลงมาคือ น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ร้อยละ 13.1 ส่วนสูงเทียบตามเกณฑ์อายุ พบว่า ส่วนใหญ่ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ ค่อนข้างสูง ร้อยละ 7.9 และเมื่อเอาน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ สมส่วน ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ เริ่มอ้วน ร้อยละ 13.0 นักเรียนในปกครองส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.0 และภาวะโภชนาการต่ำ ร้อยละ 6.8 ตามลำดับ

ตาราง 1 ตารางสรุปจำนวนและร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 191)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	29.3
หญิง	135	70.7
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	1	0.5
21 – 30 ปี	34	17.8
31 – 40 ปี	92	48.2
41 – 50 ปี	46	24.1
51 – 60 ปี	13	6.8
60 ปี ขึ้นไป	5	2.6
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	59	31.0
ประถมศึกษา	55	28.8
มัธยมศึกษา	55	28.8
ปวช.	6	3.1
อนุปริญญา/ปวส.	10	5.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	6	3.1
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	5	2.6
ธุรกิจส่วนตัว	140	73.3
รับจ้าง		
พนักงานบริษัทเอกชน	7	3.7
เกษตรกร	9	4.7
ค้าขาย	13	6.8
แม่บ้านหรือข้าราชการ	8	4.2
บ้านานู	4	2.1
ว่างงาน		
โรคประจำตัวผู้ปกครอง		
ไม่มีโรคประจำตัว	158	82.7
มีโรคประจำตัว	33	17.3

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน แยกเป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ประกอบด้วย

1) การรับรู้สัญญาณทางกายภาพ

ผลการศึกษากการรับรู้สัญญาณทางกายภาพในข้อคำถามเชิงบวก พบว่า ข้อคำถามที่มีการรับรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ ได้คะแนนการรับรู้สูงที่สุด คือ ท่านสามารถประเมินได้ว่าเด็กในปกครองของท่านมีภาวะโภชนาการอยู่ระดับใด (0.14 ± 0.659) รองลงมาคือ ท่านประเมินภาวะโภชนาการของเด็กในปกครองทุก 3 เดือน (เทียบน้ำหนักกับอายุ ส่วนสูงกับอายุ และน้ำหนักกับส่วนสูง ตามกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของกรมอนามัย ปี 2542) (-0.05 ± 0.787) และข้อคำถามที่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เด็กในปกครองของท่านมีน้ำหนักตอนแรกคลอดมากกว่า 3,000 กรัม (0.07 ± 0.738) รองลงมาคือ เด็กในปกครองของท่านมีอาการเหนื่อยง่าย ขณะที่เดิน วิ่ง หรือทำกิจกรรมทางกายอื่นๆ ง่ายกว่าเด็กในวัยเดียวกัน โดยที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหอบหืด (0.61 ± 0.793) และเด็กในปกครองของท่านอ้วนมาตั้งแต่เด็ก (0.65 ± 0.738) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

2) การรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม

ผลการศึกษากการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรมในข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามที่มีการรับรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ อาหาร

เข้าเป็นมื้อที่ท่านหรือทางครอบครัว เตรียมหรือจัดทำให้เด็กในปกครองรับประทานทุกเช้า (0.69 ± 0.715) รองลงมาคือ ท่านหรือคนปรุงอาหารเลือกวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในครอบครัว ตัวอย่างเช่น เลือกเมนูอาหารครบ 5 หมู่, เน้นอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบเป็นส่วนใหญ่, ลดทำอาหารประเภททอด ผัด เน้นเป็นอาหารประเภท ต้ม แกง เมนูอาหารที่ใช้ไขมันน้อย เป็นต้น (0.49 ± 0.767) และข้อคำถามที่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เด็กในปกครองของท่านชอบรับประทานอาหารประเภทผัด หรือทอด (-0.49 ± 0.858) รองลงมาคือ เด็กในปกครองของท่านชอบทานขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ หรือน้ำอัดลมบ่อยๆ (-0.36 ± 0.917) ดังแสดงในตาราง 3 และ 4

ผลการศึกษาระดับคะแนนการรับรู้รวมทั้งหมด พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียน แบ่งตามการรับรู้สัญญาณทางกายภาพ และการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.7 รองลงมาคือ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.2 และอยู่ในระดับดีและระดับดีมาก เท่ากันที่ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 2 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้สัญญาณทางกายภาพ (คำถามเชิงบวก) (n = 191)

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียน ของผู้ปกครอง (คำถามเชิงบวก)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้	Mean	SD
	(รับรู้ ถูกต้อง n (%))	(รับรู้ไม่ ถูกต้อง) n (%)	(ไม่รับรู้) n (%)		
1. ท่านสามารถประเมินได้ว่าเด็กในปกครองของท่าน มีภาวะโภชนาการอยู่ระดับใด	56 (29.3)	30 (15.7)	105 (55.0)	0.14	0.659
2. ท่านประเมินภาวะโภชนาการของเด็กในปกครอง ทุก 3 เดือน (เทียบน้ำหนักกับอายุ ส่วนสูงกับอายุ และน้ำหนักกับส่วนสูง ตามกราฟแสดงเกณฑ์ อ้างอิงการเจริญเติบโต ของกรมอนามัย ปี 2542)	39 (20.4)	57 (29.9)	95 (49.7)	-0.05	0.787

ตาราง 2 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้สัญญาณทางกายภาพ (คำถามเชิงลบ) (n = 191)

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียน ของผู้ปกครอง (คำถามเชิงลบ)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้	Mean	SD
	(รับรู้ไม่ ถูกต้อง n (%))	(รับรู้ถูกต้อง) n (%)	(ไม่รับรู้) n (%)		
1. เด็กในปกครองของท่านมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (น้ำหนักเกิน เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เด็กที่เริ่มอ้วนและอ้วน คือน้ำหนักเทียบกับ ส่วนสูงเท่ากับมากกว่า +2 SD หมายเหตุ : เทียบตามกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของ กรมอนามัย ปี 2542)	25 (13.1)	106 (55.5)	60 (31.4)	0.42	0.71
2. เด็กในปกครองของท่านอ้วนกว่าเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน	25 (13.1)	152 (79.6)	14 (7.3)	0.66	0.69
3. บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ หรือข้อพับของเด็กในปกครองท่านมีสีดํา หรือคล้ำ	30 (15.7)	145 (75.9)	16 (8.4)	0.60	0.74
4. เด็กในปกครองของท่านไม่กล้าแสดงออก เพราะอายกับรูปร่างของ ตนเอง	26 (13.6)	156 (81.7)	9 (4.7)	0.68	0.70
5. เด็กในปกครองของท่านกรน หรือเคยหยุดหายใจขณะหลับ	25 (13.1)	144 (75.4)	22 (11.5)	0.62	0.70
6. เด็กในปกครองของท่านมีอาการเหนื่อยง่าย ขณะที่เดิน วิ่ง หรือทำ กิจกรรมทางกายอื่นๆ ง่ายกว่าเด็กในวัยเดียวกัน โดยที่ไม่ได้ป่วยเป็น โรคหอบหืด	37 (19.4)	153 (80.1)	1 (0.5)	0.61	0.79
7. เด็กในปกครองของท่านอ้วนมาตั้งแต่เด็ก	30 (15.7)	154 (80.6)	7 (3.7)	0.65	0.73
8. เด็กในปกครองของท่านมีน้ำหนักตอนแรกคลอดมากกว่า 3,000 กรัม	78 (40.8)	92 (48.2)	21 (11.0)	0.07	0.94
9. เด็กในปกครองของท่านมีลักษณะทางร่างกายเป็นหนุ่มสาวไวกว่าเด็ก ในวัยเดียวกัน	25 (13.1)	140 (73.3)	26 (13.6)	0.60	0.71
10. เด็กในปกครองของท่านมีปัญหาปวดเข่า หรือ ปวดขาอยู่บ่อยๆ	16 (8.4)	159 (83.2)	16 (8.4)	0.75	0.59

ตาราง 3 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม (คำถามเชิงบวก) (n = 191)

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของ ผู้ปกครอง (คำถามเชิงบวก)	ใช่ n (%)	ไม่ใช่ n (%)	ไม่รู้ n (%)	Mean	SD
1. เด็กในปกครองของท่านออกกำลังกายมากกว่า วันต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 60 นาที	3 (34.0)	105 (55.0)	21 (11.0)	-0.21	0.922
2. ท่านหรือคนปรุงอาหารเลือกวัตถุดิบใน การประกอบอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของคน ในครอบครัว ตัวอย่างเช่น เลือกเมนูอาหาร ครบ 5 หมู่, เน้นอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบเป็น ส่วนใหญ่, ลดทำอาหารประเภท ทอด ผัด เน้นเป็นอาหารประเภท ต้ม แกง เมนูอาหารที่ใช้ ไขมันน้อย เป็นต้น	126 (66.0)	32 (16.7)	33 (17.3)	0.49	0.767
3. อาหารเข้าเป็นมือที่ท่านหรือทางครอบครัว เตรียม หรือจัดหาให้เด็กในปกครองรับประทานทุกเช้า	159 (83.2)	28 (14.7)	4 (2.1)	0.69	0.715
4. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโภชนาการใน เด็กวัยเรียนเป็นอย่างดี	98 (51.3)	42 (22.0)	51 (26.7)	0.29	0.806

ตาราง 4 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้สัญญาณทางสิ่งแวดล้อม/พฤติกรรม (คำถามเชิงลบ) (n = 191)

การรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของ ผู้ปกครอง (คำถามเชิงลบ)	ใช่ n (%)	ไม่ใช่ n (%)	ไม่รู้ n (%)	Mean	SD
1. เด็กในปกครองของท่านชอบรับประทานอาหาร ไปพร้อมกับการดูโทรทัศน์ หรือโทรศัพท์	124 (64.9)	66 (34.6)	1 (0.5)	-0.30	0.953
2. เด็กในปกครองของท่านชอบทานขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ หรือน้ำอัดลมบ่อยๆ	126 (66.0)	58 (30.3)	7 (3.7)	-0.36	0.917
3. เด็กในปกครองของท่านไม่ชอบออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย	58 (30.4)	128 (67.0)	5 (2.6)	0.37	0.919
4. เด็กในปกครองของท่านรับประทานอาหารใน ปริมาณที่มากกว่าเด็กปกติทั่วไป	28 (14.7)	151 (79.0)	12 (6.3)	0.64	0.725
5. เด็กในปกครองของท่านชอบเก็บตัว ไม่ชอบไปเล่น กับเพื่อนในวัยเดียวกัน	19 (10.0)	170 (89.0)	2 (1.0)	0.79	0.605
6. เด็กในปกครองของท่านไม่ชอบรับประทานผัก หรือ ผลไม้	51 (26.7)	136 (71.2)	4 (2.1)	0.45	0.886
7. มีคนในครอบครัวของท่าน(หรือญาติสายตรง) เป็น โรคเบาหวาน	34 (17.8)	127 (66.5)	30 (15.7)	0.49	0.780
8. เด็กในปกครองของท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน	64 (33.5)	123 (64.4)	4 (2.1)	-0.31	0.942
9. เด็กในปกครองของท่าน ชอบรับประทานอาหาร ประเภทผัด หรือทอด	139 (72.8)	46 (24.1)	6 (3.1)	-0.49	0.858
10. ขณะที่รับประทานอาหารเย็นในครอบครัว มักจะ เปิดดูโทรทัศน์ไปด้วยเพื่อความเพลิดเพลิน	110 (57.6)	79 (41.4)	2 (1.0)	-0.16	0.984
11. เด็กในปกครองของท่านชอบรับประทานอาหารจาน ด่วน (Fast Food) หรืออาหารขยะ (Junk Food) เช่น พิซซ่า เคเอฟซี แมคโดนัลด์ ฮอทดอก สเวนเช่น ฯลฯ	71 (37.2)	109 (57.0)	11 (5.8)	0.20	0.953

ตาราง 5 ตารางแสดงจำนวน และร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน รวมทั้งหมด (n = 191)

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า ร้อยละ 80.0	ดีมาก	2	1.0
ร้อยละ 75.0 – 79.9	ดี	2	1.0
ร้อยละ 70.0 – 74.9	ปานกลาง	8	4.3
น้อยกว่า ร้อยละ 69.9	น้อย	179	93.7
	Total	191	100.0

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัวของผู้ปกครองนักเรียนที่

แตกต่างกันนั้น มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองนักเรียน กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว (n = 191)

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกิน				Total	p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก		
เพศ						0.240
ชาย	54 (96.4)	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.8)	56 (100.0)	
หญิง	125 (92.6)	8 (6.0)	1 (0.7)	1 (0.7)	135 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	
อายุ						0.912
น้อยกว่า 20 ปี	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	
21 - 40 ปี	119 (94.4)	5 (4.0)	1 (0.8)	1 (0.8)	126 (100.0)	
41 - 60 ปี	55 (93.2)	2 (3.4)	1 (1.7)	1 (1.7)	59 (100.0)	
มากกว่า 60 ปี	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	
การศึกษา						0.000
ไม่ได้เรียน	59 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	59 (100.0)	
ประถมศึกษา	51 (92.7)	4 (7.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (100.0)	
มัธยมศึกษา/ ปวช.	57 (93.4)	3 (4.9)	1 (1.6)	0 (0.0)	61 (100.0)	
อนุปริญญาขึ้นไป	12 (75.0)	1 (6.3)	1 (6.3)	2 (12.4)	16 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	
อาชีพ						0.253
ว่างงาน,แม่บ้าน,ข้าราชการบำนาญ	12 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (100.0)	
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	5 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

ตาราง 6 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองนักเรียน กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว (n= 191)

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกิน					p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	Total	
ธุรกิจส่วนตัว , ค้าขาย	23 (92.0)	0 (0.00)	1 (4.0)	0 (0.00)	0 (0.00)	
รับจ้าง	131 (93.6)	7 (5.0)	1 (0.7)	1 (0.7)	140 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	
ธุรกิจส่วนตัว ,ค้าขาย	23 (92.0)	0 (0.00)	1 (4.0)	0 (0.00)	0 (0.00)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	
โรคประจำตัว						0.799
ไม่มีโรคประจำตัว	147(93.0)	7 (4.4)	2 (1.3)	2 (1.3)	158 (100.0)	
มีโรคประจำตัว	32(97.0)	1 (3.0)	0 (0.00)	0 (0.00)	33 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	

* ใช้สถิติ chi-square คำนวณค่าสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน กับภาวะโภชนาการของนักเรียนในปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติกับ ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบ ข้อมูลระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน กับภาวะโภชนาการของนักเรียนในปกครอง (n= 191)

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกิน				Total	p-value
	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก		
ผู้ปกครองที่มีเด็กในปกครอง มีภาวะโภชนาการต่ำ	12 (92.3)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (100.0)	0.866
ผู้ปกครองที่มีเด็กในปกครอง มีภาวะโภชนาการปกติ	129 (94.9)	5 (3.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	136 (100.0)	
ผู้ปกครองที่มีเด็กในปกครอง มีภาวะโภชนาการเกิน	38 (90.5)	2 (4.7)	1 (2.4)	1 (2.4)	42 (100.0)	
รวม	179 (93.8)	8 (4.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	191 (100.0)	

* ใช้สถิติ chi-square คำนวณค่าสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนอยู่ในระดับน้อย ซึ่งการรับรู้ที่แบ่งเป็นการรับรู้ที่ถูกต้องและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง แสดงว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนที่ไม่ถูกต้องทำให้ผลคะแนนการรับรู้รวมออกมาอยู่ในระดับน้อย ซึ่งจะต้องมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องโภชนาการในเด็กวัยเรียน ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปกครองต่อไป เพราะการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของมนุษย์ การที่ผู้ปกครองจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโภชนาการเกินของเด็กในปกครองที่ถูกต้อง จะต้องเกิดจากการรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ปกครองก่อน ดังที่ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory) ได้กล่าวไว้ว่าการรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใดๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ จากสภาพแวดล้อมของตน และความสามารถ ในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัวของผู้ปกครองนักเรียนที่แตกต่างกันนั้น มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สารภี จันทรมุณ และสุชาดา นวนทอง⁽⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ปีการศึกษา 2560 ในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ที่พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วน

บุคคล เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกันนั้น มีระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้อีกแบบหนึ่งว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัญญา บัวศรี และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาภาวะโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนอายุ 6-12 ปี ในจังหวัดเชียงราย ที่พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และระดับการรับรู้ภาวะโภชนาการเกินในนักเรียนของผู้ปกครองนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ กับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่แตกต่างกัน ซึ่งสรุปได้ว่า ไม่ว่าเด็กในปกครองจะมีภาวะโภชนาการปกติ หรือมีภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ของผู้ปกครองก็ไม่ได้มีความแตกต่างกัน ผู้ปกครองมีการรับรู้มาก แต่ภาวะโภชนาการของเด็กในปกครองก็อาจจะเกินได้ ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Aljunaibi, A., Abdulle, A., & Nagelkerke, N.⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ น้ำหนักของผู้ปกครอง: สาเหตุของความกังวลในการป้องกันและจัดการโรคอ้วนในเด็กในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ปกครองที่มีการรับรู้อย่างไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานะน้ำหนักของเด็กก็อาจเพิกเฉยต่อข้อความด้านสุขภาพที่เหมาะสมอย่างอื่น

เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Aparajita Dasgupta, Aritra Bhattacharyya, Bobby Paul, Lina Bandyopadhyay⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผู้มีอิทธิพลในวัยเด็กเกี่ยวกับโภชนาการ: การศึกษาแบบภาคตัดขวางของเด็กประถมในโกลกาตารัฐเบงกอลตะวันตก ประเทศอินเดีย ที่พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของบุตรหลานของพวกเขา คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารของเด็กและจำนวนวันที่รับประทานอาหารปิ่นโตจากร้านค้า มีผลอย่างมากต่อการทำนายภาวะโภชนาการเกินของเด็ก ซึ่งศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือความเชื่อ สภาพแวดล้อม อาจทำให้การรับรู้และการปฏิบัติมีความแตกต่างกัน หากศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่นอาจได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันไป ซึ่งการที่ผลการศึกษาค้างนี้มีความแตกต่างไป อาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลที่ยังไม่ครอบคลุม อาจจะต้องมีการค้นคว้า และศึกษาปัจจัยอื่นๆที่กว้างกว่านี้เพิ่มเติม

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดของการวิจัย คือ ความยากในการรวบรวมข้อมูล กล่าวคือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในครั้งเดียว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางท่านติดภารกิจไม่สามารถมาตามวันเวลาที่นัดหมายได้ บางท่านติดงานประจำไม่สามารถกลางานมาได้ จึงต้องไปติดตามเก็บข้อมูลที่บ้านเป็นรายบุคคล และต้องไปเก็บหลังเลิกงานหรือวันหยุดที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก แต่จากการติดตามเก็บข้อมูลรายบุคคลเพิ่มเติมก็สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลจากการศึกษาค้างนี้ไปวางแผนสร้างการมีส่วนร่วม สร้างความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องโภชนาการเกินในเด็กที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปกครองนักเรียน ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กนักเรียนมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินระหว่างนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ กับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เพื่อดูปัจจัยเชิงลึกอื่นๆที่อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน อย่างเช่น ความรู้และทัศนคติเรื่องโภชนาการเกินของนักเรียน เป็นต้น
- 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. การบูรณาการองค์ความรู้ปรัชญาญัตติศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
2. World Health Organization. Obesity and overweight; 2020 [cited 2020 Apr 18]. [Internet]. Retrieved from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. องค์การอนามัยโลกแนะเร่งแก้ปัญหาโรคอ้วนในเด็ก; 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://is.gd/JEUUlf>

4. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
5. กัลยานณี โนนินทร์. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18(2):1-8.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน(JHCIS). [โปรแกรมคอมพิวเตอร์]. นนทบุรี: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. สารภี จันทรมุณ, และสุชาดา นวนทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 5 และ 6 ในอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง; 2560.
8. สุกัญญา บัวศรี, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาล, และอนงค์ สุนทรานนท์. ภาวะโภชนาการและกิจกรรมทางกายของนักเรียนอายุ 6-12 ปี จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร นครน่านปริทรรศน์ 2562;3(2):81-94.
9. Aljunaibi, A., Abdulle, A., & Nagelkerke, N. Parental weight perceptions: a cause for concern in the prevention and management of childhood obesity in the United Arab Emirates, NIH 2013;8(3):e59923.
10. Aparajita Dasgupta, Aritra Bhattacharyya, Bobby Paul, Lina Bandyopadhyay. Influencers of childhood Over-nutrition: a cross sectional study among primary school children in Kolkata, IJCP 2017;4(4):1434-38.

ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

Knowledge and Health Belief Related to Anemia Prevention Behavior Among Pregnant Women in
Chiang Mai Health Promotion Hospital

ทิวาพร ผลวัฒน์¹, วรางคณา นาคเสน², วราภรณ์ บุญเชียง³, กฤษณา กาเผือก⁴
นักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2,3}, ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่⁴
ดร.^{2,4}, รองศาสตราจารย์ ดร. ³

¹Corresponding author, E-mail: freeannez1530@gmail.com

(Revised: September 18, 2021; Revised: December 05, 2021; Accepted: March 24, 2022)

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจาง ถือเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยที่สุดในหญิงตั้งครรภ์ มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของมารดา และมีผลทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย รวมทั้งเพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ของความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือด ครั้งที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2563 จำนวน 182 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง การวิเคราะห์ความเที่ยงของเนื้อหาด้วย เท่ากับ .99 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .82 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี (ร้อยละ 34) มีการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 70.3) และส่วนใหญ่การศึกษาในปริญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 41.2) และได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ (ร้อยละ 44.5) โดยหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.9 (ค่าเฉลี่ย = 8.29 , SD = 1.32) ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 64.23, SD = 4.73) และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 26.92, SD = 1.94) สำหรับการศึกษาคำสัมพันธ์ พบว่า ความรู้และความเชื่อมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .020, r = .172 และ p-value = .000, r = .299 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อ

ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

งานวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการเสนอแนะให้ผู้รับผิตชอบได้พัฒนากระบวนการทำให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะโลหิตจาง ผลจากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: ความรู้, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง, หญิงตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจาง

ABSTRACT

Anemia is the most common hematologic complication of pregnancy and is associated with increased rates of perinatal mortality. Moreover, it also has impacts on intrauterine growth retardation (IURG), preterm birth, low birth weight and perinatal mortality. This cross-sectional study aimed to investigate knowledge, health belief, and anemia prevention behaviors and the relationships among knowledge, health belief, and behaviors regarding anemia during pregnancy among 182 pregnant women receiving the second blood test from antenatal care (ANC) service of Chiang Mai Health Promotion Hospital during May-August 2020. The questionnaire consisting of 4 parts which were basic information, knowledge, health belief, and anemia prevention behaviors was used for data collection. The questionnaire's content validation was tested using Content Validity Index (CVI) which scored at .99. The reliability of knowledge part was tested by using Kuder-Richardson 20 (KR-20) with coefficient at .82 while the reliabilities of health belief, and behavior parts were tested by using Cronbach's alpha which coefficients were equally at .70. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics

The demographic data showed most subjects aged between 26-30 years old (34%), gestational age at first ANC was equal or below 12 weeks (70.3%), having bachelor's degree at least (41.2%) and ever joining the parental school operated by ANC (44.5%). The results revealed that 70.9 % exhibited moderate knowledge (score: mean=8.29, SD = 1.32), had a positive health belief (score: mean=64.23, SD = 4.73) and engaged in good behaviors (score: mean=26.92, SD = 1.94). Additionally, the results showed that behavior score had the significantly low correlations with knowledge and health belief scores ($r = .172$, $p\text{-value} < .020$ and $r = .299$, $p\text{-value} < .000$, respectively). The scores of knowledge, health belief, and anemia prevention behaviors were not significantly different between pregnant women with and without anemia.

The study suggested that the relevant agencies and organization should further support and develop the educational intervention for promoting knowledge, particularly on anemia prevention during pregnancy. Moreover, this study provides the information which can be used for developing the health promotion model of anemia prevention during pregnancy.

Key words: Knowledge, Health Belief, Anemia Prevention Behavior, Pregnant Women, Anemia

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ถือเป็นความผิดปกติทางระบบเลือดที่พบได้บ่อยที่สุดในสตรีตั้งครรภ์ โดยมีอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 42 ของการตั้งครรภ์ ข้อมูลความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ จากการสำรวจสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกพบภาวะโลหิตจางประมาณร้อยละ 38.2⁽¹⁾ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศที่มีรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักร พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางประมาณร้อยละ 16, 17, 20 และ 22 ตามลำดับ ส่วนประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง เช่น กลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกาและเหนือ เอเชียกลาง และเอเชียตะวันออกเฉียง รวมทวีปอเมริกาใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 32 ส่วนประเทศที่มีรายได้ต่ำ ได้แก่ ประเทศแถบเอเชียใต้ มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 49⁽²⁾

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยจากรายงานของกรมอนามัย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ร้อยละ 20-30 และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่า สถานการณ์ความชุกของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 25.2 โดยภาคกลางมีความชุกสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพฯ ตามลำดับ⁽³⁾ ส่วนสตรีที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์มีความชุก ร้อยละ 20.75 โดยพบสูงสุดที่ภาคใต้ร้อยละ 26.28 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ พบได้ร้อยละ 19.32, 18.96 และ 14.06 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก โดยพบว่า ผลต่อมารดาทำให้การทำงานของหัวใจหนักขึ้น เพิ่มความเสี่ยง heart failure โอกาสติดเชื้อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ช่วงการคลอดและหลังคลอดมีผลกระทบซ้ำเติมต่อมารดาจากการเสียเลือด ทำให้เกิดภาวะช็อก หรือ heart failure ได้ และสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression)⁽⁵⁾ และหากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในช่วงสองไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสำหรับการคลอดก่อนกำหนดสองเท่า และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นสามเท่าในการคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย⁽⁶⁾ ความต้องการธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์เพิ่มมากในช่วงปลายไตรมาสที่ 1 และสูงสุดในช่วงไตรมาส ที่ 3 ช่วงอายุครรภ์ 34 – 36 สัปดาห์ เพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงให้เพียงพอสำหรับระบบหมุนเวียนเลือดของมารดาและส่งผ่านสู่ทารกในครรภ์ นอกจากนั้น ธาตุเหล็กยังมีความสำคัญต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ ในเด็กทารกแรกเกิด จนอายุ 2 ขวบเป็นอย่างมาก หากเกิดภาวะเลือดจาง จากการขาดธาตุเหล็กในช่วงวัยนี้ โดยที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ จะส่งผลกระทบต่อศักยภาพการเรียนรู้อย่างถาวร ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาได้เท่ากับเด็กปกติ การรักษาโดยการเสริมธาตุเหล็กในภายหลังจะแก้ไขได้เพียงภาวะเลือดจาง แต่ไม่ช่วยให้พัฒนาการดีขึ้น ทดเทียมกับเด็กที่ไม่มีการขาดธาตุเหล็ก การขาดธาตุเหล็กในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นระยะเวลาานานจะมีผลกระทบต่อระบบการเรียนรู้ และการเจริญเติบโตของเด็ก นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันโรคและการเจ็บป่วยอีกด้วย⁽⁷⁾

จังหวัดเชียงใหม่ในปีงบประมาณ 2560-2562 มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เฉลี่ยปีละ 12,000 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.10, 14.48 และ 14.89 ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 12.90, 12.66 และ 12.58 ตามลำดับ⁽⁸⁾ แม้ภาพรวมมีแนวโน้มที่ลดลง และไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ยังคงพบว่ามีโรงพยาบาลบางแห่ง พบอัตราภาวะ โลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่าจังหวัดเชียงใหม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดในปี 2560 จำนวน 2 คนและในปี 2561 จำนวน 2 คน ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดของรัฐในการดูแลประชากรหญิงตั้งครรภ์ของจังหวัดเชียงใหม่ และมีสูติแพทย์และกุมารแพทย์ในการให้บริการแม่และเด็กโดยตรง พบว่าในปีงบประมาณ 2560-2562 สถิติหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 13.35, 14.80 และ 13.33 ตามลำดับ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ยังมีภาวะโลหิตจางเพิ่มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 17.17, 22.45 และ 15.69 ตามลำดับ⁽⁸⁾ อีกทั้งเคยมีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด จะเห็นได้ว่ายังพบปัญหาภาวะโลหิตจางในช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ยังสูงกว่าการตรวจครั้งแรกซึ่งอาจเกิดจากความรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือ และความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมมารับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะโลหิตจางซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 011/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือด ครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2563 ทุกคน จำนวน 182 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. สัญชาติไทย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรง
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระบบครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก แหล่งประโยชน์สุขภาพ ผลการตรวจภาวะโลหิตจางครั้งแรก ประวัติสถานที่ฝากครรภ์ และประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) โดยมีลักษณะคำถามแบบปลายปิด และปลายเปิด จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางขณะ

ตั้งครรภ์ และการป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ โดยมีลักษณะคำถามปลายปิดให้เลือก 2 คำตอบ คือใช่ กับไม่ใช่ โดยที่ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะโลหิตจาง เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน⁽⁹⁾ ลักษณะคำถามมีความหมายในด้านบวกและลบ มีลักษณะแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ คือ เห็นด้วย = 3 ไม่แน่ใจ = 2 และไม่เห็นด้วย = 1 จำนวน 5 ตอนๆ ละ 15 คะแนน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์, 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์, 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์, 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ, 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยต่าง ๆ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก, การรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก, การหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก และการป้องกันภาวะโลหิตจาง เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์พยาบาล และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริม

สุขภาพ ได้ค่า CVI = .99 จากนั้นนำมาปรับตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาตามนัดเพื่อเจาะเลือดครั้งที่ 2 โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบทดสอบด้านความรู้ด้วยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .82 แบบสอบถามด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ้างอิงตามเอกสารเลขที่ ET011/2563 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตพร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

2) ผู้วิจัยติดต่อกับคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล

3) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ช่วยวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม เพื่อทำความเข้าใจเรื่องแบบสอบถามและมีการซักถามความเข้าใจของกลุ่มผู้ช่วยวิจัย และดำเนินการเก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทั้งนี้กลุ่มผู้ช่วยวิจัยประกอบด้วย พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่

4) ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. โดยไม่ขัดขวางต่อการได้รับการตรวจ หรือการมารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม มีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา

5) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจก่อนลงมือทำ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 สิงหาคม 2563

7) เก็บข้อมูลผลการตรวจเลือด ได้แก่ ฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริต ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างขณะที่มาฝากครรภ์ โดยได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

8) นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางด้าน

สุขภาพ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 โดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Independent Sample T-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=182)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	9	4.9
21 - 25 ปี	45	24.7
26 - 30 ปี	62	34.1
31 - 35 ปี	39	21.5
36 ปีขึ้นไป	25	13.7
ไม่ตอบ	2	1.1
\bar{x} = 28.95, S.D. = 5.30, Min = 18, Max = 44		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครั้งที่ 1	92	50.5
ครั้งที่ 2	54	29.8
ครั้งที่ 3	26	14.3
ครั้งที่ 4	3	1.6
ครั้งที่ 5 ขึ้นไป	1	.5
ไม่ตอบ	6	3.3

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน	128	70.3
4-7 เดือน	37	20.4
8 เดือนขึ้นไป	1	.5
ไม่ตอบ	16	8.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.1
ประถมศึกษา	66	3.3
มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1- ม.3	29	15.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย ม.4- ม.6 / ปวช.	46	25.4
อนุปริญญา/หรือเทียบเท่า/ปวส.	23	12.6
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	75	41.2
ไม่ตอบ	1	0.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	19.8
เกษตรกร/ทำไร่/ทำสวน	0	0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	18.7
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐหรือเอกชน	40	22
รับจ้างทั่วไป	55	30.2
อื่นๆ	17	9.3
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	21	11.5
10,000 - 19,999 บาท	54	29.7
20,000 - 29,999 บาท	44	24.2
30,000 - 39,999 บาท	21	11.5
40,000 บาทขึ้นไป	21	6.0
ไม่ตอบ	31	17.1
\bar{x} = 21,021.52, S.D. = 18,458.91, Min = 1,500, Max = 200,000		
เคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ		
เคย	81	44.5
ไม่เคย	95	52.2
ไม่ตอบ	6	3.3
แหล่งที่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในการตั้งครรภ์ สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ		
หนังสือ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร	106	61.3
โทรทัศน์	106	61.3
อินเทอร์เน็ต/สื่อออนไลน์	162	93.6
ห้องสมุดประชาชน	20	11.6
การประชาสัมพันธ์ ใบปลิว เสียงตามสายในชุมชน	36	20.9
โรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐ	148	85.5
อื่นๆ	6	3.5
ไม่ตอบ	9	4.9

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 2 ตารางภาพรวมของตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้ (N=182)

ตัวแปรที่ศึกษา	mean	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจาง	8.29	1.32	ปานกลาง
ความเชื่อทางด้านสุขภาพ	64.23	4.73	ดี
พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโลหิตจาง	26.92	1.94	ดี

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (N=182)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	
	ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง	พฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์	.340**	.172'
ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง	1	.299**

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์กัน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Pearson's correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .020 , ** มีความสัมพันธ์กัน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Pearson's correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<.001

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 (N=180)

ปัจจัยการป้องกันภาวะโลหิตจาง	กลุ่มมีโลหิตจาง		กลุ่มไม่มีโลหิตจาง		p-value
	mean	SD.	mean	SD.	
ความรู้	8.31	1.37	8.30	1.31	.771
ความเชื่อทางด้านสุขภาพ	27.02	1.68	26.87	2.07	.243
พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโลหิตจาง	64.30	4.96	64.28	4.58	.496

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี ร้อยละ 34 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 50.5 และในกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์มาก่อนมีประวัติภาวะโลหิตจางในการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ ร้อยละ 2.7 สำหรับกลุ่มตัวอย่างมีการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 70.3 ซึ่งการมาฝากครรภ์ครั้งนี้เนื่องจากการมาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่จึงมีอายุครรภ์ 7 เดือนหรือ 28 สัปดาห์

ขึ้นไป โดยเลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐในการฝากครรภ์ ร้อยละ 61 ส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 30.2 รองลงมาคือข้าราชการหรือพนักงานของรัฐหรือเอกชน ร้อยละ 22 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 - 19,999 บาท และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 57.7 รวมทั้งเคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร้อยละ 44.5 สำหรับแหล่งที่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้จากอินเทอร์เน็ต และสื่อออนไลน์ ร้อยละ 93.6 รองลงมาคือโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 85.5

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จากผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับดี (\bar{X} =64.23, SD=4.73) โดยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ เมื่อคำนวณคะแนนระดับความเชื่อด้านสุขภาพ 15 คะแนน พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 14 คะแนน รองลงมา คือ ความเชื่อด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยต่าง ๆ ตามลำดับ ด้านพฤติกรรม

เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=26.92$, $SD=1.94$) โดยหญิงตั้งครรภ์จะให้ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งมากที่สุด ร้อยละ 97.8 รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกทุกครั้ง การล้างผักผลไม้ทุกครั้ง ก่อนรับประทานเพื่อป้องกันพยาธิปากขอ รวมทั้งการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 96.7, 94.0 และ 89.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .020$, $p\text{-value} = .000$) โดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = .172$, $r = .299$) สำหรับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ และเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง พบว่าความสัมพันธ์ต่อความอย่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเช่นกัน ($r = .340$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

ความรู้ ในการป้องกันภาวะโลหิตจางพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.9 ในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 77.38 ซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 40-50 มากกว่าขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยจะเริ่มสูงสุดในไตรมาสที่ 2 และจะคงอยู่จนกระทั่งหลังคลอดและจะกลับสู่ภาวะปกติใน 1-2 สัปดาห์หลังคลอด⁽¹⁰⁾ แต่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน ถึงร้อยละ 70.3 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพ และตัวชี้วัดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยนโยบายดังกล่าวจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น และช่วยลดภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ได้ และเนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มาตรวจเลือดครั้งที่ 2 ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ร้อยละ 46 โดยการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จะมีการสอดแทรกสาระการเรียนรู้ของโรงเรียนพ่อแม่ในแต่ละช่วงของการฝากครรภ์ โดยในช่วงการฝากครรภ์ครั้งแรก(อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์) และครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์) เนื้อหาจะเน้นเรื่องการรับประทานยาบำรุงสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลต และอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยงสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยจะ

ใช้เนื้อหาในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก⁽¹¹⁾ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในปริญญาตรีขึ้นไป ถึง ร้อยละ 41.2 และเนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่เพิ่มระดับความรู้ ทำให้บุคคลสามารถใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ⁽¹²⁾ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะพิจารณาตัดสินใจใช้ทักษะในการแก้ปัญหา เพื่อปรับทัศนคติและความเชื่อในการดูแลสุขภาพและส่งผลต่อพฤติกรรมของตนเองได้ ดังเช่นการศึกษาของ แวนูริยะห์ แวปือราเฮ็ง และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง สามารถร่วมทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง โดยหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 56 จบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ Umesh Kumar Yadav et al.⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้หญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษามีโอกาสเป็นโรคโลหิตจางมากกว่าผู้หญิงระดับมัธยมศึกษาหรืออุดมศึกษาประมาณ 3 เท่า

ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าอยู่ในระดับดีในทุกด้าน ทั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาโดยจะส่งผลต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ด้วยเช่นกัน สอดคล้องการศึกษาของแวนูริยะห์ แวปือราเฮ็ง และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง และความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง โดยสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 29 (Adjusted R2 = .29, p < 0.001) และการศึกษาของ วรพิน

วิทยวราวัฒน์⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลกระทบหรืออันตรายของทารกในครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ได้อย่าง เป็นรูปธรรมส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทาน อาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ในทางลบได้เช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของยามิลละ มุซอ⁽¹⁶⁾ ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อว่าภาวะโลหิตจางเป็นภาวะปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอในช่วงตั้งครรภ์ เชื่อมโยงกับภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่ไม่รุนแรงเกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ของการตั้งครรภ์เท่านั้น ไม่มีอาการใดๆ และไม่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์

เมื่อศึกษาด้านความสัมพันธ์ของความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง พบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของธีราภรณ์ บุญยประภาพันธ์ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) รวมทั้งการศึกษาของของมนัสมีน เจาะโนะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value <0.001) รวมทั้งการศึกษา ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์ และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$, $r = .397$) แม้ว่าการศึกษานี้ จะไม่มีการศึกษาในกลุ่มทดลองแต่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ที่มี พฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางที่ดี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.3 จะให้ความสำคัญในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และเมื่อมาฝากครรภ์เร็วหญิงตั้งครรภ์ก็จะได้รับคำแนะนำและการสอนจากบุคลากรสาธารณสุขเร็ว รวมถึงการได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ตามมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้จากการรับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งความเชื่อที่ถูกต้องจากการรับข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครอบครัวอื่นๆ เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์จากกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนัก เห็นความสำคัญในการป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางที่ถูกต้องได้

สำหรับการเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 73.8 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 26.1 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบ

กัน พบว่าระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจาง ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางและไม่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์จากผลการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของมณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าความรู้เรื่องซีดระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดยะลาไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของเนตรนารี ศิริโสภา⁽²¹⁾ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนการทดลองในหญิงตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่มีความสัมพันธ์กับระดับฮีมาโตคริตหลังทดลอง อธิบายได้ว่ายังคงมีปัจจัยอื่นที่ทำให้ยังพบภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์อยู่ แม้ว่าจะได้รับความรู้ และการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ก็ตาม และแม้ว่าการศึกษานี้ ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้งพฤติกรรม จะอยู่ในระดับที่ดี แต่อาจยังคงมีปัจจัยอื่น หรือปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ เช่น ประวัติเป็นโรคโลหิตจาง ประวัติโรคโลหิตจางทางพันธุกรรม เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้ยังคงเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ประวัติเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรม ภูมิลำเนา เศรษฐฐานะ อายุ จำนวนบุตร ชาติพันธุ์ การสื่อสาร ความเข้าใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ หรือปัจจัยอื่น แม้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งความเชื่อและพฤติกรรมที่ถูกต้องก็ตาม สำหรับการศึกษานี้เนื่องด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับดีหากหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบสาธารณสุขทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ก็จะสามารถค้นหาความเสี่ยง และส่งเสริมป้องกัน เพื่อลดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้ จึงควรสนับสนุนนโยบายวิวิธสร้างชาติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่จะมีบุตรในอนาคตตั้งแต่แรกเริ่ม พร้อมทั้งสนับสนุนยาได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก อย่างน้อย 1 เดือนก่อนตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการตั้งครรภ์ และเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ก็ส่งเสริมและสนับสนุนการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์การดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพในสถานบริการ และการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพรวมทั้งการสนับสนุนยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป้าหมายการเกิดที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งมารดาและทารก

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้นำประวัติการเป็นโรคโลหิตจางต่างๆ ก่อนตั้งครรภ์มาพิจารณาด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตั้งแต่ครั้งแรกของการมาฝากครรภ์
2. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ได้

3. การถอดบทเรียนเกี่ยวกับกิจกรรมที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับใช้ในสถานบริการอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เนื่องจากในงานวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม ยังมีหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่วิจัยส่วนหนึ่งที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล รวมถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น อาจมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มชาติพันธุ์ หรือกลุ่มที่ไม่ใช่สัญชาติไทย เพื่อศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อภาวะโลหิตจาง ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากคนสัญชาติไทยในการศึกษาค้างนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ ดร.วรางคณา นาคเสน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง และ ดร.กฤษณา กาเผือก ที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและให้ความสะดวกเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization [WHO]. The global prevalence of anaemia in 2011. S Geneva. WHO Document Production Services; 2015.
- The world bank. World Health Statistics: Prevalence of anemia among pregnant women [Internet]. 2019 - [cited 2020 Feb 13]. Available from:<https://data.worldbank.org/indicator/>
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
- ลลิตวดี เตชะกัมพลสารกิจ, กรรณิการ์ กันธะรักษา, นันทพร แสนศิริพันธ์. วิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ. พยาบาลสาร 2561;45:62-74.
- ชลธิชา ตานา และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์. . [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1372:2017-10-25-02-02-
- Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL, Shearer JW. Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study. Am J Clin Nutr 1992;55:985-8.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระราชูปถัมภ์; 2558.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานอนามัยแม่และเด็ก ปี 2560-2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564.[เข้าถึงเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/add_article.php
- Becker, M.H. (). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2:324-473.
- Cunningham, F. G., Leneno, K. J., Bloom, S. L et al. Williams obstetrics (24th ed.). New York. McGraw-Hill; 2014.
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ. คู่มือโรงเรียน พ่อ แม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2559.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice(4th ed.). New Jersey. Pearson Education; 2006.
- แวณูริยะห์ แวปือราเอ็ง, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและยาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562;11:15-28.
- Umesh Kumar Yadav, Prabesh Ghimire, Archana Amatya, and Ashish Lamichhane. Factors Associated with Anemia among Pregnant Women of Underprivileged Ethnic Groups Attending Antenatal Care at Provincial Level Hospital of Province 2, Nepal. Hindawi [Internet].

- 2021 [cited 2021 June 16]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/anemia/2021/8847472>
15. วรพิน วิทวารวัฒน์. ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเสี่ยงของทารกในครรภ์ต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของหญิงตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก:http://203.157.229.18/ptvichakarn61/index_doc.php?docgroup=01
 16. ยามี่ละ มุขอ. ความเชื่อด้านสุขภาพและบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในจังหวัดนราธิวาส (การค้นคว้าแบบอิสระมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่. 2551.
 17. อีราภรณ์ บุญยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26: 40-50.
 18. มนัสมีน เจาะโนะ. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
 19. ดาราวรรณ มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, สุพัฒน์ อาสนะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3: 1-12.
 20. มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, สุวรรณ กอวิวัฒนาการ, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในจังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563;13(1): 56-72.
 21. เนตรนารี ศิริโสภา. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2557.

ข้อเสนอแนะในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

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

วารสารจัดทำปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน (เผยแพร่เดือนสิงหาคม) และฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม (เผยแพร่เดือนกุมภาพันธ์) เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่มีการรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการจึงขอให้ผู้ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย รวมถึงงานวิจัย R to R (Routine to Research) ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน

ประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทความย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา สมมุติฐาน (ถ้ามี) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

2. **บทความวิจัย (Research article)** เป็นบทความที่สกัดมาจากงานวิจัย R2R นำเสนอถึงวิธีการและผลการศึกษาวิจัย โดยอาศัยการศึกษารายละเอียดอย่างเป็นระบบ มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน เป็นการนำเสนอในรูปแบบของบทความวิจัย องค์ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ในทางวิชาการ หรือประยุกต์ใช้ต่อไป

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานการวิจัย(ถ้ามี) การทบทวนวรรณกรรม ระเบียบวิธีวิจัย สรุปและอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

3. **บทความทางวิชาการ (Academic article)** เป็นการเขียนวิชาการซึ่งมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การจัดการความรู้ นวัตกรรม เพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ โดยรูปแบบประกอบด้วยที่มาของปัญหา หรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์ กระบวนการอธิบายหรือวิเคราะห์และบทสรุป มีการอ้างอิงบรรณานุกรมที่ ครบถ้วนและสมบูรณ์

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ เนื้อความ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

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

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

การเตรียมต้นฉบับ

- 1. การพิมพ์** ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word จัดหน้ากระดาษ A4 และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว ใส่เลขหน้ามุมขวาบนตั้งแต่หน้าแรกเรียงไปตามลำดับ
- 2. รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ตามลำดับดังนี้
 - 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
 - 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
 - 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
 - 4) หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
 - 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
 - 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt
- 3. จำนวนหน้า** ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง
- 4. ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ** หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหา โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็น และมีการกล่าวถึงเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพ แผนภูมิ และมีการกล่าวถึงให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้นๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน
- 5. การส่งต้นฉบับ** ให้ส่งบทความต้นฉบับ ในรูปแบบไฟล์ word พร้อมแนบแบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) สามารถเข้าไปศึกษารายละเอียดได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth> ทั้งนี้โปรดศึกษารายละเอียดและขั้นตอนการส่งผลงานให้ชัดเจน หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ โทร.053-272740 ต่อ 215

รายละเอียดการเตรียมของบทความ

- 1 ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2 **ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors)** ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุตำแหน่งและตำแหน่งทางวิชาการ ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากชื่อเรื่อง หากมีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3 **สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation)** ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

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

5 **คำสำคัญ (Keywords)** ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6 **เอกสารอ้างอิง (Reference)** ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน โดยใช้ระบบ Vancouver

การอ้างอิงเอกสาร Vancouver

การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ Vancouver เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี ปรัชญา (เพิ่มเติมตัวอย่าง)

1. รูปแบบการอ้างอิงในเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾

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

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

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

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

หนังสือ

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

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

วิทยานิพนธ์

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

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

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

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

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

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

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

ถนน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร..... E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร
อื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)