

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 7 Ubonratchathani Journal



วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการรายงานความก้าวหน้าของการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

หลังว่าง

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์

บรรณาธิการ

มลลื แสนใจ

บรรณาธิการวิชาการ

พลากร สืบสำราญ ทักษิณ พิมพ์พัทธ์ ดร.กิตติ เหลาสุภาพ ดร.อารีย์ บุตรสอน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

สิริรัมภา การะนนท์ เจนวิทย์ ศรีพรหม

กองบรรณาธิการ

สุพัตรา เสนาใหญ่ ศตวรรษ ศรีพรหม อุมพร สังข์ฤกษ์ นาฏนฤมล ทองมี พิมพ์ภา อินจำปา
รัชดาพร จันทบุตร ตติยา สารธิมา นิสิต อินลี สุกิจ โตสงค์ ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ ภาคอร ทองโบราณ

เจ้าของ

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค์ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-288586-8 โทรสาร 045-288580
เว็บไซต์ <http://www.hpc7.net>

จัดพิมพ์

หจก.อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์

74-74/1 ถ.นครบาล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี โทร. 045-264364, 265275

คำแนะนำ

ในการเสนอผลงานเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี”

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งพิมพ์

บทความวิชาการ (Original articles) เป็นรายงานผลการศึกษา การค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ความยาวของเรื่อง 10-15 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (General articles) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกรวบรวมมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน ความยาว 5-10 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (Special articles) เป็นบทความประเภทที่บทความพิเศษกับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง ถอดบทเรียน (Knowledge management) บทสัมภาษณ์ที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ดที่มีความหลากหลาย ความยาวไม่เกิน 2 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ

2.1 รูปแบบอักษร ขนาด และการจัดวางเนื้อหาของต้นฉบับ

- รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 point
- พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ด้วยโปรแกรม Microsoft word
- จัดเค้าโครงหน้ากระดาษ ให้ระยะขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 2 เซนติเมตร

2.2 การลำดับเนื้อหา ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปและข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย (ไม่ใช่คำย่อ) และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ เขียนเป็นภาษาไทยร้อยแก้ว ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา วิจัยหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย การศึกษาค้นคว้าที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตการวิจัย

วิธีการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายผลที่ได้จากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

2.3 การอ้างอิงในเนื้อหาบทความ

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (The numerical arrangement system) คือ ใส่ตัวเลขกำกับไว้ในวงเล็บ [] ท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงเอกสารซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่าง

...ภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ มีทั้งความเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยแรกของการตั้งครรภ์ [1]...

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงให้ใช้แบบปีพิมพ์อยู่ท้ายรายการ และการอ้างอิงแบบตัวเลขให้พิมพ์ตัวเลขอยู่ในวงเล็บ [] หน้ารายการ เรียงตามลำดับตัวเลขที่อ้างอิง

3.1 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง.\ชื่อหนังสือ.\เล่มที่หรือจำนวนเล่ม(ถ้ามี).\ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี).\ชื่อชุดหนังสือหรือลำดับที่ (ถ้ามี).\เมืองที่พิมพ์
:\สำนักพิมพ์,\ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยครอบครัว.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics. 12thed. Philadelphia : W.B.Saunders, 1987.

3.2 การอ้างอิงบทความในหนังสือ

ชื่อผู้เขียนบทความ.\ชื่อบทความ.\ใน\ชื่อบรรณาธิการ(ถ้ามี).\ชื่อหนังสือ,\เลขหน้า.\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์,\ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน สุจิตต์ เฝ้าสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), เด็กตายคลอด, หน้า 1-32.

กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2531.

Wood WG. Hemoglobin Analysis. In Weatherall DJ (ed.), The thalassemias, pp.31-53. New York : Churchill Livingstone, 1983.

3.3 การอ้างอิงบทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียนบทความ.\ชื่อบทความ.\ชื่อวารสาร\ปีที่หรือเล่มที่\(\เดือน ปี)\:\เลขหน้า.

ตัวอย่าง

กตিকা ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ. การตรวจกรองฮีโมโกลบินอี โดยวิธีการตรวจกรองด้วยดีซีโอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 51 (2536) : 39-43.

Wilson, K., and others. Rights and responsibilities in interlibrary cooperation ventures.

Southeastern Librarian 30 (January 1980) : 22-28.

3.4 การอ้างอิงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แฟ้มข้อมูล และโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ชื่อผู้รับผิดชอบหลัก.\ชื่อแฟ้มข้อมูลหรือชื่อโปรแกรม [ประเภทสื่อ].\ปีที่จัดทำ.\แหล่งที่มา:\ชื่อของแหล่งที่มา\ [วันที่เข้าถึงแหล่งข้อมูล]

ตัวอย่าง

กल्याณมิตร. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ [ออนไลน์]. 2548. แหล่งที่มา: <http://www.kalyanamitra.org/daily/hamma/index.php?option=com> [9 พฤศจิกายน 2552]

Prizker, T.J. An early fragment from central Nepal [Online]. (n.d.). Available from: <http://www.ingress.com/-astanart/pritzker/pritzker.html> [1995, June 8]

3.5 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

1) ผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ลงชื่อสกุล ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง (ถ้ามี) และใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นชื่อสกุลและอักษรย่อของชื่อต้นกับชื่อกลาง เช่น Reynolds, F.E.

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เปลื้อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ดำรง หรือตำแหน่งทางวิชาการ/วิชาชีพ

4) ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน โดยใช้คำว่า “และ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “and” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

5) ผู้แต่ง 6 คน ขึ้นไป ให้ลงชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า “และคนอื่น ๆ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “et al.” หรือ “and others” (สำหรับภาษาอังกฤษ)

6) ผู้แต่งเป็นสถาบัน ให้เขียนกลับคำนำหน้า ถ้าเป็นหน่วยงานรัฐบาล อย่างน้อยต้องอ้างถึงระดับกรมหรือเทียบเท่า และอ้างถึงหน่วยงานระดับสูงก่อน เช่น สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค.

7) ถ้าเป็นหนังสือที่มีบรรณาธิการ และผู้อ้างอิงต้องการอ้างถึงหนังสือทั้งเล่ม ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทนผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ตีรณ พงศ์มขพัฒน์ และจารุมา อึ้งกุล, บรรณาธิการ. หรือ Forbes, S. M., ed.

4. การส่งต้นฉบับ

- 4.1 ส่งในรูปแบบเอกสารพิมพ์ ขนาด A4 พร้อมแผ่น CD บันทึกไฟล์ผลงาน
- 4.2 ภาพประกอบ หากเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว หากเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรือภาพสีขนาดโปสการ์ด การเขียนคำอธิบายภาพให้เขียนแยกต่างหาก ไม่เขียนลงในภาพ และกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ต้องการ
- 4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับเอกสาร 3 ชุด พร้อมระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของผลงาน ส่งมาที่ กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เลขที่ 45 หมู่ 4 ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาให้ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาให้ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 เล่ม

6. การอ่านประเมินต้นฉบับ

ต้นฉบับบทความที่ได้รับการพิจารณาให้ลงพิมพ์ จะได้รับการอ่านประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ของหน่วยงาน และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียน เพื่อเพิ่มเติมแก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่ แล้วแต่กรณี

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์แก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

บทบรรณาธิการ

คลอดอีกฉบับแล้ว สำหรับวารสารน้องใหม่ “วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี” ที่จะเป็นอีกกระบอกเสียงของการสื่อสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเขตพื้นที่อีสานตอนล่าง เนื้อหาสำคัญในวารสารฉบับนี้มีเรื่องที่น่าสนใจหลายเรื่อง อาทิเช่น บทความพิเศษเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางอากาศเพื่อการมีสุขภาพดี บทความเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไขพยาธิ และกรณีศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน เป็นต้น ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการพัฒนางานในส่วนที่เกี่ยวข้องได้

และเนื่องในโอกาสสำคัญ “วันแม่แห่งชาติ” ในเดือนสิงหาคมที่เพิ่งผ่านพ้นมานี้ มีกิจกรรมสำคัญที่ชาวไทยได้รวมใจทำพร้อมกันทั่วประเทศ คือ กิจกรรมการปั่นจักรยานเพื่อแม่ “Bike for Mom” วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จึงขอถือโอกาสอัญเชิญคำขวัญวันแม่ประจำปี 2558 ซึ่งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทาน มาเพื่อเตือนใจพวกเราชาวไทยทุกคน

“ดินและน้ำ	ลมและฟ้า	ป่าและเขา
รวมกันเข้า	คือทรัพย์สิน	แผ่นดินแม่
ฝากลูกไทย	รวมใจภักดี	รักดูแล
เพื่อมอบแก่	หลานเหลนไทย	ไปชั่วกาล”

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ
ข้าพระพุทธเจ้า นางมลลิตา แสนใจ
บรรณาธิการ



จ.อุบลฯ จัดรณรงค์

“ปวงประชาร่วมใจ ปั่นสองล้อ สู่สุขภาพดี”

วันที่ 2 เมษายน 2558 ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี จัดกิจกรรมรณรงค์ “ปวงประชาร่วมใจ ปั่นสองล้อ สู่สุขภาพดี” เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ณ ลานกิจกรรมหน้าศาลหลักเมืองอุบลราชธานี โดยมี หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนชาวจังหวัดอุบลราชธานี เข้าร่วมกิจกรรมกว่า 600 คน





อธิบดีกรมอนามัย ร่วมแถลงข่าว บทบาทคณะอนุกรรมการสาธารณสุข จังหวัดต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่

วันที่ 28 เมษายน 2558 ดร.นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย และ นายบุญส่ง เตชะมณีสถิตย์ ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร ร่วมแถลงข่าว “บทบาทคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่” ณ เทศบาลตำบลตองโขบ อ.โคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร โดยจังหวัดสกลนครได้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้เป็นผลสำเร็จ มีการฝึกอบรมการจัดการขยะในครัวเรือนให้กับ อสม. ให้สามารถแนะนำวิธีการจัดการขยะให้กับประชาชนในชุมชนได้อย่างถูกวิธี และร่วมกันพัฒนาชุมชนจนเป็นต้นแบบด้านการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โอกาสนี้ อธิบดีกรมอนามัยได้มอบโล่รางวัลให้กับผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด และ อสม. ดีเด่นสาขาการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน รวมทั้งเข้าเยี่ยมชมระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลตำบลตองโขบ ซึ่งมีระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อนำกลับมาใช้เป็นปุ๋ยในชุมชน



ข่าวประชาสัมพันธ์



ศอ.7 อุบลฯ เปิดให้บริการ คลินิกเด็กฉลาด “เด็กฉลาด พ่อแม่สร้างได้”

วันที่ 21 พฤษภาคม 2558 ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ได้ทำการเปิดตัวคลินิกเด็กฉลาด ภายใต้แนวคิด “เด็กฉลาด พ่อแม่สร้างได้”

คลินิกเด็กฉลาด เป็นห้องเรียนที่จะช่วยเปิดประสบการณ์และมุมมองของพ่อแม่ที่มีลูกอยู่ในช่วงอายุ 0-5 ปี ด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนุกสนาน สร้างความเข้าใจเรื่องการเรียนรู้ของลูกด้วยกิจกรรมฝึกปฏิบัติ เช่น กิจกรรมภาษาพาเพลิน กิจกรรมหุ่นน้อยประดิษฐ์คิดสร้างสรรค์ กิจกรรมหนูทำได้ พร้อมทั้งแนะแนวทางเทคนิคใหม่ๆ ในการเลี้ยงลูกให้เป็นเด็กฉลาด และการส่งเสริมพัฒนาการให้ลูกน้อยเรียนรู้อย่างมีความสุข โดยคลินิกเด็กฉลาดเปิดให้บริการทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือน ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.



ศอ.7 อุบลฯ ร่วมจัดกิจกรรมถนนเด็กเดิน ครั้งที่ 2



วันที่ 20 มิถุนายน 2558 ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยกลุ่มอนามัยวัยเรียนวัยรุ่น และกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องไอโอดีน และให้คำปรึกษาปัญหาวัยรุ่นในงานถนนเด็กเดิน ครั้งที่ 2 ตอน “สายใยรักแห่งครอบครัว”

ซึ่งจัดโดยเทศบาลนครอุบลราชธานี ณ บริเวณลานทุ่งศรีเมือง เพื่อเป็นเวทีให้เยาวชนได้แสดงออก และใช้เวลาว่างอย่างสร้างสรรค์และเกิดประโยชน์



คำแนะนำในการเสนอผลงานเพื่อตีพิมพ์	4
บทบรรณาธิการ	8
ข่าวประชาสัมพันธ์	9
บทความพิเศษ	
อากาศสดใส คนไทยสุขภาพดี	13
■ ไฉไล ช่างดำ	
บทความวิชาการ	
ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยง	16
ต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากร	
กลุ่มวัยทำงาน : กรณีศึกษา บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ (ระยะที่ 1)	
■ ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ	
ประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไขพยาธิ	26
■ ไฉไล ช่างดำ, ไกรวัลย์ มัฐผา	
การสำรวจภาวะสุขภาพตามตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย	36
ปีงบประมาณ 2556 ในเขตสุขภาพที่ 10	
■ มนฤดี แสงวงศ์	
ประเมินผลการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียน	60
ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี	
ปีงบประมาณ 2556	
■ เยาวลักษณ์ แสนทวีสุข	
บทความทั่วไป	
เปิดโลก...ตะลุยแดนปลาติบ (ตอนที่ 2)	68
■ ปิยนุช พันธุ์ศิริ	



อากาศสดใส คนไทยสุขภาพดี

ไฉไล ช่างคำ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณยิ่งที่ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงเป็นผู้นำที่เข้มแข็งและมีพระปณิธานอันแน่วแน่มั่นคงในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไม่เพียงแต่ประชาชนในประเทศเท่านั้น แต่ยังทรงสร้างคุณประโยชน์แก่วงการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของมนุษยชาติ อย่างชัดเจน จนได้รับการยกย่องและได้รับการทูลเกล้าถวายรางวัลเกียรติคุณจากสถาบันต่างๆ ทั่วโลก

กระทรวงสาธารณสุข สำนักในพระมหากรุณาธิคุณของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ที่พระราชทานอนุญาตให้อัญเชิญวันคล้ายวันประสูติของพระองค์ วันที่ 4 กรกฎาคม ของทุกปี เป็น “วันอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย” อันจะนำไปสู่การกระตุ้นเตือนให้ประชาชนและทุกหน่วยงานทุกภาคส่วนตระหนักถึงความสำคัญของการอนามัยสิ่งแวดล้อม และเกิดการประสานความร่วมมือ สนับสนุนให้การดำเนินงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

และในปี 2558 ซึ่งเป็นปีแรก ได้กำหนดคำขวัญวันอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย คือ **อากาศสดใส คนไทยสุขภาพดี (Better Health in Clean Air)** เนื่องจากคุณภาพอากาศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน สารมลพิษในอากาศจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในปี 2543-2552 พบว่า ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 11 ไมครอน (PM11) ยังคงเป็นปัญหาหลักของประเทศไทย ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับเกินมาตรฐานหลายพื้นที่ ได้แก่ สระบุรี ลำพูน เชียงราย แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ น่าน ลำปาง กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา ระยอง นนทบุรี และชลบุรี ปัญหาหมอกควันจากการเผาในที่โล่งแจ้งยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือ สาเหตุหลักมาจากการเผาในชุมชน การเผาในพื้นที่การเกษตร การเผาไหม้ทางหรือไฟฟ้า นอกจากนี้อากาศในอาคารมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากในแต่ละวันประชาชนใช้เวลาอยู่อาศัยและทำกิจกรรมประจำวันในอาคารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในประเทศไทยมีการสร้างอาคารที่ปิดทึบ ไม่ว่าจะเป็นบ้านเรือน อพาร์ทเมนต์ คอนโดมิเนียม โรงแรม โรงเรียนหรือสถานที่ทำงาน การจัดการถ่ายเทอากาศภายในภายนอกอาคาร รวมทั้งการประหยัดพลังงาน จึงเป็นปัจจัยทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ในอาคาร ผู้ที่ทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่อยู่ภายในอาคารมีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบจากมลพิษที่มีแหล่งกำเนิดภายในอาคาร เช่น อันตรายจากการก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์จากการหุงต้มในครัวเรือนที่อยู่ในอาคาร สารประกอบอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ซึ่งระเหยออกมาภายในอาคารในระดับต่ำจากเฟอร์นิเจอร์ วัสดุตกแต่งอาคาร น้ำยาทำความสะอาด เป็นต้น [1] และผลกระทบ

ต่อสุขภาพมีความชัดเจนและรุนแรงขึ้น โดยพบว่าในช่วงปี 2555-2557 โรคอันเนื่องมาจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ พิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืช และจากข้อร้องเรียนจากเหตุรำคาญในปี 2556 พบว่าเรื่องที่ร้องเรียนกันมากที่สุดคือ กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง เสียงดัง น้ำเสีย สิ่งปฏิกูล [2]

ดังนั้น ในช่วงเวลาอีก 2 ปี ภายใต้แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2555-2559 ที่มุ่งขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะเน้นการเสริมสร้างบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้วยการบูรณาการเชิงพื้นที่ (Areas based) และประเด็นปัญหา (Issues based) เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น (Local Environmental Health Action Plan) รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้สามารถป้องกันตนเองจากมลพิษ และไม่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ

แล้ว...เราต้องทำอย่างไรบ้าง?

ภาคส่วนราชการ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ปัญหามลพิษทางอากาศร่วมกันดังนี้ [3]

1. กำหนดให้มีและบังคับใช้มาตรฐานคุณภาพอากาศ
2. จัดทำฐานข้อมูลแหล่งก่อมลพิษในพื้นที่ โดยการสำรวจและตรวจสอบมลพิษทางอากาศจากแหล่งกำเนิดเป็นประจำ เช่น โรงการโรงไฟฟ้าชีวมวล บ่อขยะ การเผาในที่โล่ง เป็นต้น
3. จัดทำระบบเฝ้าระวัง แจ้งเตือนสถานการณ์และรายงานผลมลพิษทางอากาศในพื้นที่เสี่ยง
4. เชื่อมโยงฐานข้อมูลรายงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกับข้อมูลสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่เสี่ยง
5. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการควบคุมการเผาในที่โล่งในพื้นที่การเกษตร การควบคุม ไฟป่า การเผามูลฝอยในชุมชน และการเผาวัชพืชริมทาง
6. เผยแพร่ความรู้ด้านผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ
7. พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เช่น เฝ้าระวังไฟป่า เฝ้าระวังโรคจากมลพิษทางอากาศ เป็นต้น

เมื่อหน่วยงานราชการ องค์กรต่างๆ มีวิธีการป้องกันมลพิษทางอากาศแล้ว **ประชาชนอย่างเราๆ จะช่วยกันลดมลพิษทางอากาศอย่างไรบ้าง** [4] ลองมาดูกันสักนิด

1. ศึกษาหาความรู้เข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของอากาศและอันตรายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ รวมถึงให้ทราบระเบียบ กฎเกณฑ์ มาตรฐานต่างๆ ที่ทางราชการกำหนดขึ้นเพื่อควบคุมมลพิษทางอากาศ และเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง
2. การใช้รถยนต์ ต้องมีวินัยและเคารพกฎจราจร ต้องให้ความสำคัญในการดูแลรักษาเครื่องยนต์ให้อยู่ในสภาพดีเพื่อลดควัน
3. ลดการเผาในที่โล่ง เช่น ไม่เผามูลฝอยหรือเผาในที่การเกษตร เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหมอกควันและสร้างมลภาวะ
4. การเพิ่มการไหลเวียนของอากาศจะช่วยลดความเข้มข้นของมลพิษในอากาศ เมื่อสภาพอากาศเหมาะสมให้เปิดหน้าต่าง ประตู เครื่องดูดอากาศในห้องน้ำ ห้องครัว เพื่อที่อากาศจากภายนอกจะเข้ามาแทนอากาศที่มีมลพิษ
5. หากท่านใช้เครื่องกรองอากาศ หรือเครื่องปรับอากาศ ให้ท่านล้างหรือเปลี่ยนตัวกรองตามระยะเวลาที่กำหนด หากอุปกรณ์ของท่านทำงานหนักก็อาจจะต้องล้างหรือเปลี่ยนเร็วกว่าปกติ

6. ทำความสะอาดผ้า màn เฟอร์นิเจอร์ เปลี่ยนหน้ากากเครื่องปรับอากาศ เพื่อป้องกันเชื้อรา ไรฝุ่น รักษาบ้านให้แห้งอยู่เสมอ เมื่อมีการรั่วของประปาต้องแก้ไขภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อป้องกันมิให้เชื้อราเจริญเติบโต

7. ไม่สูบบุหรี่ในอาคาร

8. การจัดการก๊าซหรือกลิ่นจากสารเคมี เช่น สี เบนซิน แลคเกอร์ สารเคมี กาว น้ำยาทำความสะอาด น้ำยาดับกลิ่น สารเคมีที่ใช้ในการตกแต่งบ้านจะมีการระเหยสู่อากาศขณะที่ใช้งาน ดังนั้นจึงต้องลดความเข้มข้นของสารเคมีโดยการใช้ตามคู่มือการใช้งานอย่างเคร่งครัด เมื่อใช้สารเคมีหรือสีที่มีกลิ่นจะต้องเพิ่มการไหลเวียนของอากาศโดยใช้พัดลมช่วยเพิ่มการไหลเวียน ไม่ควรนำสารเคมีมาผสมกันเอง เก็บอุปกรณ์เหล่านั้นตามคำแนะนำ และเก็บให้พ้นมือเด็ก

9. ลดการเกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และไนโตรเจนไดออกไซด์จากการใช้เตา ทั้งเตาก๊าซ หรือเตาไม้ เตาผิง โดยเมื่อใช้อุปกรณ์ดังกล่าวให้เพิ่มการระบายของอากาศ ใช้พัดลมระบายอากาศ และอุปกรณ์ที่ใช้ต้องอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

10. ปลูกต้นไม้ดูดสารพิษในอาคารหรือภายในบ้าน เช่น ต้นวาสนาอธิษฐาน กลั้วไม้พันธุหทัย เศรษฐี ยางอินเดีย หน้าวัว ดอกเยอบีร่า ลิ้นมังกร สาวน้อยประแป้ง สับปะรดสี เป็นต้น

ดังนั้น การที่จะทำให้อากาศดี สดใส ต้องควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดฝุ่นละออง ควัน กลิ่นเหม็น สารเคมี จากกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการประกอบกิจการต่างๆ โดยเริ่มต้นที่ตัวเรา ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เราทุกคนมีสุขภาพดี

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2555-2559.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.

[2] คณะกรรมการบริหารแผนบูรณาการด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แผนบูรณาการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558. 15 ตุลาคม 2557.

[3] สร้างสังคมที่สะอาดปราศจากมลพิษ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://airpollution.simdif.com> [5 กรกฎาคม 2558]

[4] การดูแลมลพิษในอาคาร [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.siamhealth.net/public_html/environment/air_care.html#.VZjaV-k9LIU [5 กรกฎาคม 2558]



ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน :

กรณีศึกษา บ้านศาลา อำเภอสิเกาอำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ (ระยะที่ 1)

EFFECTS OF RISK BEHAVIORAL REDUCTION PROPULSION PARTICIPATION OF THE WAIST CIRCUMFERENCE AND BODY MASS INDEX EXCEEDS THE BENCHMARK AMONG WORKING-AGE POPULATION IN BAN SALA, LUE AMNAT DISTRICT, AMNAT CHAROEN PROVINCE, THAILAND

ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน: กรณีศึกษา บ้านศาลา อำเภอสิเกาอำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนบ้านศาลา อำเภอสิเกาอำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่มีเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานจำนวน 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกกิจกรรม แบบสัมภาษณ์ จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคและกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาโครงการเฝ้าระวังและแก้ปัญหา ดำเนินการศึกษาในเดือนธันวาคม 2557 ถึงพฤษภาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.1 เพศชายส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ระหว่าง 90-99 เซนติเมตร ร้อยละ 73.7 และเพศหญิงส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ระหว่าง 80-89 เซนติเมตร ร้อยละ 46.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 กก./เมตร² รองลงมาอยู่ในภาวะน้ำหนักตัวเกิน 23.0-24.9 กก./เมตร² และอยู่ในภาวะอ้วนมาก 30.0 กก./เมตร² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.1, 37.5 และ 22.4 ตามลำดับ ด้านการรับรู้พฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 80.9 ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี ด้านผลผลิตเกิดกิจกรรม 5 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชน การปลูกผักปลอดสารพิษพืชไรศ การส่งเสริมการเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ การประชาสัมพันธ์เรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และโครงการอบรมเรื่องอาหารและการปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการเสริมพลังชุมชนพบว่า ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง โดยพบว่า เกิดกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนในชุมชน และกิจกรรมการปลูกผักปลอดสารพิษ พืชไรศ ส่วนกิจกรรมที่อยู่ระหว่างดำเนินการ คือ การส่งเสริมการเลี้ยงปลาในบ่อซีเมนต์ และโครงการที่ต้องขอสนับสนุนให้คำปรึกษาด้านการบริหารจัดการคือ การประชาสัมพันธ์เรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการอบรมเรื่องอาหารและการปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ คือ การสร้างการรับรู้ต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของตนเองและชุมชน ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยการคืนข้อมูล การสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการต่างๆ โดยให้ทุกคนเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบร่วมกัน และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความชัดเจน การมีพี่เลี้ยง การกำกับติดตามสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวิชาการและสื่อต่างๆ และการสร้างขวัญและกำลังใจในการดำเนินงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะการอ้วนที่บริเวณพุง องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า ในปัจจุบันประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากถึง 300 ล้านคน และอาจเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน 20 ปีข้างหน้า มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ มีผลให้การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีอุปนิสัยการบริโภคที่ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีการออกกำลังกายน้อยลง จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในประชาชน 55 ล้านคน พบว่า มีการออกกำลังกายเพียง 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.09 ส่งผลต่อการเกิดปัญหาโรคอ้วนได้ ปัจจุบันมีประชากรไทยที่น้ำหนักเกินประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 5 ในทวีปเอเชีย-แปซิฟิก ซึ่งความอ้วนส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังตามมาไม่น้อยกว่า 8 โรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

สาเหตุหลักของภาวะอ้วนลงพุงเกิดจากความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นเหตุทำให้เกิดไขมันสะสม โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าท้องและรอบเอว เมื่อไขมันแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังต่างๆ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งผลต่ออัตราการตายของประชากรไทย จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2542 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2551 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย โดยพบว่า โรคเรื้อรังมีสาเหตุจากกลุ่มอาการอ้วนลงพุง และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันช่องท้อง และปริมาณไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้รอบเอวยังมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูงขึ้น

จากข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2556 โดยการสำรวจการวัดเส้นรอบเอวในเขตพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ของประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปมีรอบเอว

มากกว่า 90 เซนติเมตรในเพศชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตรในเพศหญิง พบว่า จังหวัดที่ประชาชนมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ จังหวัดอำนาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี นครพนม ศรีสะเกษ มุกดาหาร และจังหวัดสกลนคร คิดเป็นร้อยละ 45.00, 44.00, 41.77, 34.08, 29.24, 26.74 และ 22.41 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า จังหวัดอำนาจเจริญมีประชาชนที่มีรอบเอวเกินมากกว่าในจังหวัดอื่นๆ เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชาย ร้อยละ 18 และเพศหญิง ร้อยละ 27 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญได้ดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2555 โดยทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชาย มีรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 71.02 เพศหญิงมีรอบเอว มากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 26.22 ของประชาชนจังหวัดอำนาจเจริญที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ.2556 พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ อายุ 15-59 ปี มีเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 32.96 และพบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก (ฐานข้อมูลประชากร HosXP PCU ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2557)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงเอง โดยการนำกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปตามแบบจำลองของ Pender's (2011) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคคลในพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะ ประสพการณ์ คุณลักษณะของปัจเจกบุคคล และปัจจัยด้านอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของดรณ์ี ดลรัตนภัทร ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน และสอดคล้องกับการศึกษาของดรณ์ี ใจสว่าง และสุตาวรรณ อูราสาย ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน หมู่บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะเสี่ยง และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

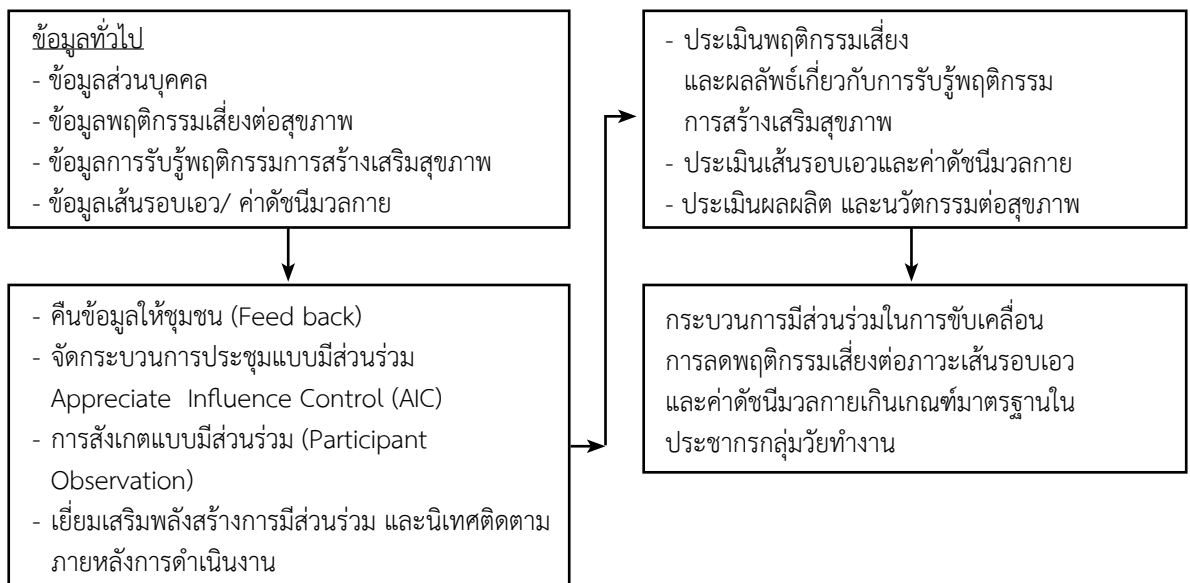
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน
3. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มวัยทำงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1. **พื้นที่ศึกษา** คือ บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยคัดเลือกพื้นที่ศึกษา เลือกแบบเจาะจง

2. **ประชากร** คือ ประชาชนบ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่มีเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน และมีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 235 คน

3. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนบ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ที่มีเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานที่ได้จากการคำนวณ โดยการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 150 คน

4. **ระยะเวลาการวิจัย** 1 ปี 6 เดือน (18 เดือน)

ระยะที่ 1 เดือนธันวาคม 2557-มิถุนายน 2558

- สํารวจข้อมูลเบื้องต้น
- ค้นข้อมูล/ จัดกระบวนการ AIC/ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม
- เยี่ยมเสริมพลัง 4 ครั้ง

ระยะที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2558-กันยายน 2558

- ประเมินผลผลิต และนวัตกรรม
- ประเมินผลลัพธ์ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยรวบรวมเนื้อหาจากตำราเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และพฤติกรรมเฝ้าระวังอื่นๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciate Influence Control : AIC) ใช้แนวคำถามที่ทบทวนอดีต/ เข้าใจตนเอง มีการตั้งเป้าหมาย วิสัยทัศน์ร่วมกัน และนำไปสู่การจัดทำกิจกรรมโครงการต่างๆ โดยการระดมสมองทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ที่ได้จากการประชุม ซึ่งมาจากความคิดของทุกคน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อนำเสนอและสรุปผลการ

วิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายถึงลักษณะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เยี่ยมเสริมพลังสร้างการมีส่วนร่วม และนิเทศติดตามภายหลังการดำเนินงาน

ผลการศึกษา

จากการสำรวจข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 25-26 ธันวาคม 2558 และ 29 ธันวาคม 2558 ณ บ้านศาลา อำเภอสิรินธร จังหวัดอำนาจเจริญ จากแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 152 ฉบับ และจากข้อมูลผลผลิตของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=152)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	57	37.5
เพศหญิง	95	62.5
อายุ		
15-19 ปี	30	19.7
20-24 ปี	9	5.9
25-29 ปี	6	3.9
30-34 ปี	14	9.2
35-39 ปี	27	17.8
40-44 ปี	21	13.8
45-49 ปี	12	7.9
50-54 ปี	22	14.5
55-59 ปี	11	7.2
$\bar{X}=36.18$ (S.D.=13.09) : Median=38.00 (Min=15, Max=58)		
สถานภาพสมรส		
โสด	35	23.0
คู่	115	75.7
หย่า หม้าย แยก	2	1.3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=152) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	0.7
ประถมศึกษา	79	52.0
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	71	46.7
ปริญญาตรี	1	0.7
ปริญญาโทขึ้นไป	0	0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	16	10.5
รับจ้าง	14	9.2
ค้าขาย	1	0.7
เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) เลี้ยงสัตว์	108	71.1
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0	0
อื่นๆ	13	8.6

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุเฉลี่ย 36.18 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.7 จบการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม

ศึกษา ร้อยละ 52.0 มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 71.1 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ท่านมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) หรือไม่		
มี	22	14.5
ไม่มี	124	81.6
ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	6	3.9
ท่านได้รับการรักษาโรคที่เจ็บป่วยหรือไม่		
ได้รับการรักษา	22	100.0
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่ผ่านมา		
0-6 เดือน	8	36.4
7-12 เดือน	9	40.9
13-18 เดือน	2	9.1
19-24 เดือน	3	13.6
$\bar{X}=7.14$ (S.D.=6.61) : Median=5.50 (Min=1, Max=24)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการรักษา		
แพทย์แผนปัจจุบัน	20	90.9
แพทย์แผนไทย	0	0
ผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	1	4.5
อื่นๆ	1	4.5
บุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิต) หรือไม่		
มี	72	47.4
ไม่มี	71	46.7
ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	9	5.9

จากตารางที่ 2 พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 81.6 โดยในกลุ่มที่มีประวัติการเจ็บป่วย ได้รับการรักษาทุกคน เป็นการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 90.9 และมีการรักษาโรคอย่างต่อเนื่องทุกคน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เส้นรอบเอวเพศชาย		
90-99 เซนติเมตร	42	73.7
100-109 เซนติเมตร	8	14.0
110-119 เซนติเมตร	5	8.8
มากกว่า 120 เซนติเมตรขึ้นไป	2	3.5
$\bar{X}=97.04$ (S.D.=9.55) : Median=92.00 (Min=90.0, Max=128.0)		
เส้นรอบเอวเพศหญิง		
80-89 เซนติเมตร	44	46.3
90-99 เซนติเมตร	35	36.8
100-109 เซนติเมตร	11	11.6
มากกว่า 110 เซนติเมตรขึ้นไป	5	5.3
$\bar{X}=90.9$ (S.D.=9.23) : Median=90.00 (Min=80.0, Max=120.0)		

จากตารางที่ 3 การวัดเส้นรอบเอวและประเมินค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศชายส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวเกินอยู่ระหว่าง 90-99 เซนติเมตร ร้อยละ 73.7 และเพศหญิงส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอวอยู่ระหว่าง 80-89 เซนติเมตร ร้อยละ 46.3

เมื่อนำส่วนสูงและน้ำหนักมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วน 25.0-29.9 กก./เมตร²

รองลงมาอยู่ในภาวะน้ำหนักตัวเกิน 23.0-24.9 กก./เมตร² ขึ้นไป และอยู่ในภาวะอ้วนมาก 30.0 กก./เมตร² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.1, 37.5 และ 22.4 ตามลำดับ โดยมีค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 23.1 กก./เมตร² ค่าดัชนีมวลกายสูงสุด 43.9 กก./เมตร² และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.59 กก./เมตร² เมื่อนำค่าดัชนีมวลกายมาจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าเพศชาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ (ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ

ระดับการรับรู้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0-6 คะแนน)	1	0.7
ระดับปานกลาง	(7-12 คะแนน)	28	18.4
ระดับสูง	(13-18 คะแนน)	123	80.9

$\bar{X}=14.39$ (S.D.=2.38) : Median=15.00 (Min=6, Max=18)

จากตารางที่ 4 การศึกษาข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ (ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือมีการรับรู้ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 80.9, 18.4 และ 0.7 ตามลำดับ

โดยข้อความถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อ 1 อาหารมื้อเช้า เป็นมื้ออาหารที่สำคัญที่สุด

ต่อร่างกายที่ทุกคนควรรับประทาน รองลงมาตอบถูกเท่ากัน 2 ข้อ คือ ข้อ 2 อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ ไข่ นม และน้ำมัน และข้อ 16 ควรนอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง และลำดับที่ 3 คือ ข้อ 18 ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายได้ คิดเป็นร้อยละ 96.7, 93.4 และ 90.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานฯ (ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ฯ

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานฯ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(66-84 คะแนน)	17	11.2
ระดับปานกลาง	(47-65 คะแนน)	133	87.5
ระดับสูง	(28-46 คะแนน)	2	1.3

$\bar{X}=60.15$ (S.D.=4.58) : Median=60.00 (Min=42, Max=71)

จากตารางที่ 5 การศึกษาข้อมูลของพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานฯ (ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 87.5, 11.2 และ 1.3 ตามลำดับ

โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของการปฏิบัติประจำ 3 อันดับแรกคือ ข้อ 15 ทานแต่น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ๊ว หรือซอสอื่นๆ ในอาหารที่ทานกินแต่ละมื้อ รองลงมาคือ ข้อ 18 ทานออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน และข้อ 13 ทานดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม กาแฟ ชา คิดเป็นร้อยละ 33.6, 28.9 และ 26.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความถี่ของการปฏิบัติเป็นครั้งคราว 3 อันดับแรก คือ ข้อ 7 ทานกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ของหวานที่มีน้ำกะทิ รองลงมาคือข้อ 12 ทานกินขนมหวาน ของหวานที่มีแป้งและน้ำตาล และลำดับที่ 3 คือข้อ 9 ทานกินอาหารทอดน้ำมัน เช่น ปาท่องโก๋ กลัวยทอด คิดเป็นร้อยละ 88.8, 84.1 และ 83.6 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง 3 อันดับแรก คือข้อ 26 เมื่อมีความเครียด ทานสูบบุหรี่ รองลงมาคือข้อ 25 เมื่อมีความเครียดทานดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และลำดับสุดท้ายคือข้อ 22 เมื่อมีความเครียดทานมักกินอาหารมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 90.0, 79.2 และ 68.9 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 กระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน

4.1 กระบวนการมีส่วนร่วม โดยการจัดประชุมเทคนิคและกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ในวันที่ 5-6 มีนาคม 2558 ณ ศาลาวัดบ้านศาลา (หมู่ 8) ผู้เข้าร่วมการประชุมจำนวน 45 คน ประกอบด้วยตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างผู้มีเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแมต ผู้ใหญ่บ้านศาลา (หมู่ 8 และหมู่ 10) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการพัฒนาชุมชน สิ่งที่ได้จากการประชุมคือ โครงการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 5 โครงการ คือ 1) โครงการส่งเสริมการ

ออกกำลังกายของประชาชนในชุมชน 2) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ พืชโตเร็ว 3) โครงการส่งเสริมการเลี้ยงปลาตกในบ่อซีเมนต์ 4) โครงการประชาสัมพันธ์เรื่องอาหารและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และ 5) โครงการอบรมเรื่องอาหารและการปรุงประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2 การเยี่ยมเสริมพลังชุมชน (Empowerment Visit)

ผู้วิจัยและคณะ ได้ติดตามเยี่ยมเสริมพลังชุมชน (Empowerment Visit) ในระยะที่ 1 ของการศึกษา ช่วงเดือนเมษายนและพฤษภาคม 2558 จำนวน 2 ครั้ง ระยะห่างกัน 1 เดือน ได้โครงการที่ชุมชนดำเนินการได้เอง ดังนี้

1) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน ในเดือนที่ 1 พบว่า (1) อสม.ร่วมกันบริจาคเงินซื้อแผ่นบันทึกภาพและเสียง (Video Compact Disc : VCD) (2) ชาวชนในหมู่บ้านช่วยคัดเลือกเพลง และบันทึกแผ่นเสียงสำหรับใช้ในกิจกรรม (3) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะผู้เกี่ยวข้องมาเยี่ยมชมการจัดกิจกรรมการเต้นแอโรบิก เพื่อรับทราบความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนกิจกรรม และให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และในเดือนที่ 2 พบว่า ประชาชนวัยทำงานและผู้สนใจเข้ามามีส่วนร่วมออกกำลังกายประมาณ 40 คนต่อวันโดยเฉลี่ย และมีการรวมกลุ่มขับเคลื่อนการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่อง โดยผสมผสานประยุกต์เข้ากับการซ้อมฟ้อนบุญบั้งไฟประจำปี

2) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ พืชโตเร็ว ในเดือนที่ 1 พบว่า (1) อสม. และแกนนำชุมชน ได้ร่วมกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการปลูกผักกินเอง (2) รณรงค์ให้ใช้ปุ๋ยคอก ปุ๋ยขี้ไก่ น้ำหมักชีวภาพมาใช้แทนปุ๋ยเคมี และ (3) ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันเมล็ดพันธุ์พืช หรือซื้อเมล็ดผักมาเพาะปลูกใหม่ และในเดือนที่ 2 พบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ปลูกผักสวนครัวไว้บริโภคในปริมาณที่เพียงพอต่อการทำกินในครัวเรือนและเผื่อแบ่งให้กับเพื่อนบ้านได้ แต่ยังไม่สามารถนำมาจำหน่ายได้

โครงการที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ดังนี้

1) โครงการส่งเสริมการเลี้ยงปลาตกในบ่อซีเมนต์ ในเดือนที่ 1 พบว่า ทุกครัวเรือนมีบ่อซีเมนต์เลี้ยงปลาตกเคยเลี้ยงมาก่อนแต่ไม่ได้ขยายพันธุ์ปลาตกไว้ จึงมีเฉพาะบ่อปลาที่ไม่ใช้ประโยชน์ ในเดือนที่ 2 พบว่า แกนนำชุมชนได้จัดทำโครงการและขอสนับสนุนพันธุ์ปลาดุกจากองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้แจ้ง

ว่าจะสนับสนุนพันธุ์ปลาตุ๋นครัวเรือนละ 200 ตัว และหัวอาหาร 5 กิโลกรัม ซึ่งคาดว่าจะให้การสนับสนุนได้ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2558

2) โครงการประชาสัมพันธ์เรื่อง อาหารและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ในเดือนที่ 1 พบว่า ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากขาดงบประมาณ แขนงนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการแก้ไขปัญหาโดย (1) ประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล รูปแบบ และแนวทางการปฏิบัติในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ผ่านหอกระจายข่าว (2) เร่งรัดและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มในการประชุมหารือเกี่ยวกับการวางแผนการดำเนินการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในชุมชน (3) วางแผนและกำหนดร่วมกันในการจัดทำตารางประชาสัมพันธ์ และผู้รับผิดชอบประชาสัมพันธ์ ในเดือนที่ 2 พบว่า ได้จัดประชาสัมพันธ์เรื่องการรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็ม แล้ว แต่เป็นการประกาศอย่างง่าย เป็นเพียงการพูดประกาศทั่วไปของผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหอกระจายข่าว การดำเนินงานโครงการนี้มีความก้าวหน้าล่าช้า เนื่องจากไม่มีงบประมาณในการจัดอบรมนักประชาสัมพันธ์ของชุมชน แขนงนำที่รับผิดชอบยังไม่ได้จัดทำตารางการประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจน

อภิปรายผลการศึกษา

การมีส่วนร่วมของชุมชน จากการศึกษาได้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านและนายกองค์การบริหารส่วนตำบล) แขนงนำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการเพื่อลดปัญหาเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานของประชากรกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งโครงการที่ได้ร่วมกันจัดทำสามารถนำไปสู่ปฏิบัติได้จริง การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว และผ่านสื่อบุคคล (แกนนำชุมชน และ อสม.) การประสานงานในชุมชน การรวมกลุ่มกิจกรรมของประชาชน การสนับสนุนงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล การสนับสนุนด้านวิชาการความรู้เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุสันทา ยิ้มแย้ม และคณะ (2549) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของแรงงานนอกระบบ : งานแกะ

สลักไม้ ระยะที่หนึ่ง (สภาพการทำงานและภาวะสุขภาพ) โดยผสมผสานระหว่างการจัดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในกลุ่มแรงงานแกะสลักไม้ในตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ในรูปแบบการเก็บข้อมูลการสนทนา การสังเกตการทำงานและสิ่งแวดล้อม การสอบถามกับแรงงาน ทั้งชายและหญิงจำนวน 202 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพในการทำงาน โดยเฉพาะเรื่องท่าทางที่ไม่ถูกต้องในการทำงาน การสัมผัสฝุ่นละอองและสารเคมี การเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคืออาการปวดเมื่อย เมื่อมีการเจ็บป่วยจะดูแลตนเองง่ายๆ ถ้าไม่หายจะไปที่สถานีนอนามัย ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพนั้นจะผ่านทางหอกระจายข่าวและสื่อบุคคล คือ เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย อสม. ผู้นำชุมชน มีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ ขณะที่การดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ มักจะรวมอยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน แนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาศักยภาพแรงงานกลุ่มนี้ คณะผู้วิจัยสรุปว่าการรณรงค์สร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การผลักดันให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้รับผิดชอบเพื่อวางแผนและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เน้นที่การร่วมมือแบบมีส่วนร่วมของแรงงาน การจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การค้นหาสถานประกอบการต้น และการเพิ่มความรู้ในสื่อบุคคล เพื่อให้คำแนะนำในช่องทางหอกระจายข่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของภิกคิณี เลิศเรืองปัญญา (2551) ได้ศึกษารูปแบบการลดและควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อมีสุขภาพดีของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 27 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป จำนวน 20 ราย จัดประชุมโดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการพิจารณากิจกรรมและแนวทางการดำเนินงาน ให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และติดตามผล มีการประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมงานส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายแล้ว แม้น้ำหนักตัวกลุ่มเป้าหมายจะไม่ลดทั้งหมด และการเข้าร่วมกิจกรรมไม่มาทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอทุกคน แต่การศึกษาทำให้ทราบถึงสภาวะสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการกินอาหารและออกกำลังกาย เพื่อใช้ในการวางแผนปฏิบัติการต่อไป การติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน กลุ่มเป้าหมายที่ลดน้ำหนักได้ยังสามารถควบคุมน้ำหนักตัว ควบคุมพฤติกรรมการกินได้ ปัจจัยที่ทำให้สามารถลดน้ำหนักได้คือ สามารถควบคุมจิตใจให้มีพฤติกรรมการกิน

ที่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สร้างภูมิต้านทานให้ตัวเอง และให้เพื่อนคอยช่วยเหลือ ส่วนในรายที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ มีปัจจัยที่สำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมจิตใจตนเองได้

บทสรุปการศึกษา

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะขอเสนอปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในระยะเริ่มต้นของการศึกษาวิจัยระยะที่ 1 คือ การสร้างการรับรู้ต่อสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและชุมชนให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยการคืนข้อมูลให้ทราบ การสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมโครงการต่างๆ โดยให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน มีความเป็นเจ้าของ และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีความชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ กุลธิดา กุลประทีปปัญญา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ที่กรุณาตรวจแก้โครงร่างงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณนางสิริพินท์ ศิริโสภางษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนางมุลีแสนใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ให้คำแนะนำในการจัดทำวิจัย และขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ สาธารณสุขอำเภอสิรินธร อำนาจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแมต นายกองคการบริหารส่วนตำบลแมต ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชนและประชาชน ในบ้านศาลา อำเภอสิรินธร จังหวัดอำนาจเจริญ ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายให้ความอนุเคราะห์และร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตลอดระยะเวลา อีกทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี และบุคคลที่ผู้วิจัยมิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่สนับสนุนและมีส่วนทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์สำเร็จลงด้วยดี

บรรณานุกรม

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2549. โรคอ้วนควบคุมได้. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ทวีศักดิ์ นพเกสร. 2541. “กระบวนการมีส่วนร่วม” ใน วิกฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยากรกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อจัดเวทีประชาคม. (เอกสารอัดสำเนา)
- ปาริฉัตร พงษ์หาร และคณะ. 2554. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5.
- สุสันทา ยิ้มแย้ม และคณะ. 2549. วิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของแรงงานนอกระบบ : งานแกะสลักไม้ระยะที่หนึ่ง (สภาพการทำงานและภาวะสุขภาพ). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุสันทา ยิ้มแย้ม และคณะ. 2549. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของแรงงานนอกระบบ: งานแกะสลักไม้ระยะที่สอง (การมีส่วนร่วมของชุมชน). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ. 2554. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Krista A Varady. Et al. 2011. Comparison of effects of diet versus exercise weight loss regimens on LDL and HDL particle size in obese adults. Lipids in Health and Disease 10 : 119.
- Mahavir Singh and Babita Jangra. 2013. Association between body mass index and risk of breast cancer among females of north India. South Asian J Cancer 2(3) (Jul-Sep 2013) : 121-125.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L.,& Parson, M.A. Health Promotion In Nurse Practice. 6thed. The United States of America : Pearson Education LTD.



ประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไข่พยาธิ EFFICIENCY OF SAND FILTER POND FOR SEWAGE TREATMENT SYSTEM IN REMOVAL OF ASCARIS LUMBRICOIDES

ไฉไล ช่างดำ, ไกรวัลย์ มัฐพา
ศูนย์อนามัยที่ ๗ อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross – sectional research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไข่พยาธิ เก็บตัวอย่างจากบ่อทรายกรองจำนวน 1 บ่อที่มีขนาดกว้าง 2.10 เมตร ยาว 2.10 เมตร สูง 1.30 เมตร และมีหลังคาโปร่งแสง พื้นบ่อเป็นลานทรายกรองหนา 50 เซนติเมตร โดยชั้นบนสุดเป็นทรายหยาบหนา 20 เซนติเมตร ชั้นกลางเป็นกรวดขนาด $\frac{3}{8}$ นิ้ว หนา 20 เซนติเมตร และชั้นล่างสุดเป็นกรวดขนาด 1-2 นิ้ว และที่พื้นบ่อวางท่อพีวีซีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วที่มีการเจาะรูด้านล่างขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง ห่างกัน 0.10 เมตร เพื่อรับน้ำปฏิกูลลงสู่บ่อบำบัด โดยการสุ่มเก็บตัวอย่างของกากปฏิกูลทุกๆ 60 ตารางเซนติเมตร จำนวน 8 จุด รวมกันให้ได้ฤๅษะ 100 กรัม เพื่อตรวจหาค่าเปอร์เซ็นต์ของกากปฏิกูลและไข่พยาธิ โดยเก็บตัวอย่างในวันที่ 12 ของการบำบัดสิ่งปฏิกูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Correlation

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.704$, $p=0.016$) กล่าวคือ เมื่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในบ่อทรายกรองนานขึ้น ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลจะลดลง นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจพบไข่พยาธิได้เดือนกับระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูลเมื่อใช้ระยะเวลาการบำบัดนาน 17 วันขึ้นไป ทำให้ตรวจไม่พบไข่พยาธิได้เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.755$, $p=0.007$) อีกทั้งพบความสัมพันธ์ของเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลกับการตรวจพบไข่พยาธิ กล่าวคือ เมื่อค่าความชื้นลดลงเท่ากับ 6.3 ลงไป ทำให้ตรวจไม่พบไข่พยาธิได้เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.712$, $p=0.014$) และบ่อทรายกรองทำให้ค่า BOD ลดลงร้อยละ 44.91 ทั้งนี้ เทศบาลมีการบริหารจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นระบบ มีการจัดสรรงบประมาณในการบำรุงรักษา จัดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและมีการกำกับติดตามชัดเจน

การที่จะให้ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองมีประสิทธิภาพในการกำจัดไข่พยาธิได้เดือนนั้น ต้องมีการกำกับดูแลให้ปฏิบัติตามหลักการอย่างสม่ำเสมอ เช่น เทสิ่งปฏิกูลไม่เข้าบ่อเดิม เดิมทราย และควรมีการตรวจหาไข่พยาธิได้เดือนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

คำสำคัญ ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล บ่อทรายกรอง กำจัดไข่พยาธิได้เดือน

Abstract

This research is cross – sectional research aiming at investigating efficiency of sand filter pond for sewage treatment system in removal of *Ascaris lumbricoides*. The sample was collected from a sand filter pond sized 2.10 meters long, 2.10 meters wide and 1.30 meters high with a translucent roof. The base of the pond was filled with sand with 50-centimeter thickness. The top layer was filled with coarse sand with 20-centimeter thickness. The middle layer was filled with pebbles sized $\frac{3}{8}$ inches with 20-centimeter thickness. The bottom layer was filled with pebbles sized 1-2 inches. The ground base was supported by PVC tubes with 3 inches in diameter. The bottom parts of the tubes were drilled to make the holes sized 15 millimeters in diameter on both sides and they were 0.10 meters away from each other. They were used to get water into sewage treatment pond. The sample of sewage sludge was randomly collected on every 60 square centimeters from 8 points. Then the sample was separated into 1 gram per bag to measure the percentage of sewage sludge and *Ascaris lumbricoides*. The sample was collected on the 12th day during the treatment. The data was analyzed by statistical correlation.

The results show that the percentage of moisture content was significantly associated with the duration consumed for sewage treatment ($r=-.704$, $p=0.016$). That is, the longer treatment in the sand filter pond, the lesser percentage of moisture was found. In addition, the relationship between *Ascaris lumbricoides* detection and treatment duration was found. That is, *Ascaris lumbricoides* were not statistically detected after 17 days or above were consumed for the treatment ($r=-0.755$, $p=0.007$). The relationship between the percentage of moisture content and *Ascaris lumbricoides* detection was found. That is, *Ascaris lumbricoides* were not statistically detected when the moisture was at 6.3 or lower ($r=0.712$, $p=0.014$). Furthermore, the sand filter pond reduced BOD at 44.91 percent. The municipality has systematic sewage treatment, has budget for maintenance, provides operational officers and has clear follow-up.

In order to achieve efficiency of sand filters for sewage treatment pond in removal of *Ascaris lumbricoides*, it requires regular practice and follow-up. For instance, there should be releasing sewage in different ponds, filling more sand and detecting *Ascaris lumbricoides* at least once a year.

Keywords : sewage treatment system, sand filter pond, removal of *Ascaris lumbricoides*

ความสำคัญและความเป็นมา

อุจจาระและปัสสาวะเป็นสิ่งโสโครก นอกจากจะทำให้เกิดกลิ่นเหม็นเป็นที่น่ารังเกียจแล้ว ยังทำให้ดินและแหล่งน้ำสกปรกเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและแหล่งเชื้อโรคต่างๆ เช่น อหิวาตกโรค บิด ไทฟอยด์ พยาธิลำไส้ และโรคอื่นๆ อีกหลายชนิด ทั้งนี้ของเสียที่ปล่อยออกมาจากร่างกายโดยมีน้ำหนักแห้ง 27 กรัมต่อคนต่อวัน น้ำหนักเปียก 100-200 กรัม

ต่อคนต่อวัน มีแบคทีเรียชนิดอีโคไล (*E. Coli*) ประมาณ 400 พันล้านต่อคนต่อวัน มีฟิซิลโคลิฟอร์ม 2,000 พันล้านต่อคนต่อวัน มีฟิซิลสเตรปโตคอคโคไคประมาณ 450 พันล้านต่อคนต่อวัน [1] โดยปริมาณสิ่งปฏิภูลที่เกิดขึ้นต่อคนเท่ากับ 0.365 ลบ.ม/ปี ซึ่งหลังจากเกิดปฏิกิริยาการย่อยสลายของจุลินทรีย์ จะเหลือกากตะกอนที่ถูกกักเก็บอยู่ในบ่อเกรอะหรือบ่อซึมประมาณ 45 ลิตร/คน/ปี (0.045ลบ.ม./คน/ปี)

และกรมอนามัยได้ศึกษาอัตราการสะสมของอุจจาระ ตะกอน และผ้าในหลุมส้วมของคนไทยเฉลี่ยเท่ากับ 37.595 ลิตร/คน/ปี (0.037 ลบ.ม./คน/ปี) หรือ 0.103 ลิตร/คน/วัน [2]

เนื่องจากอุจจาระมีเชื้อโรคที่สามารถติดต่อกับมนุษย์ โดยอาจปนเปื้อนผ่านทางอาหารและน้ำเป็นสื่อ เมื่อมนุษย์ได้รับเข้าไปอาจก่อให้เกิดโรคได้ จึงจำเป็นจะต้องมีการบำบัดให้ถูกต้องและปลอดภัย การบำบัดสิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาลมีหลายวิธีแตกต่างกันตามราคาในการลงทุน ประสิทธิภาพในการบำบัด และผลพลอยได้ที่ได้รับ และทุกวิธีที่ใช้ในการบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทางเดินอาหารและพยาธิ สำหรับการบำบัดสิ่งปฏิกูลโดยวิธีการหมักย่อยสลายในถังปิด (Anaerobic Digestion) นาน 28 วัน โดยปล่อยให้จุลินทรีย์ช่วยย่อยสิ่งปฏิกูล เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากและได้ปุ๋ยอินทรีย์ที่เกิดจากกากตะกอนของอุจจาระ และพบว่าหลังจากหมักอุจจาระในระบบ Anaerobic Digestion เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงทางระบบทางเดินอาหารจะตายหมดสิ้นภายใน 28 วัน [3, 4] ในอุจจาระยังมีพยาธิต่างๆ ปนอยู่มากมายหลายชนิด ดังนั้น การกำจัดอุจจาระโดยการนำมาหมักเป็นปุ๋ยจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยจากพยาธิเหล่านั้นด้วย และไข่พยาธิไส้เดือนกลม (*Ascaris Egg* ; A eggs) มีความทนทานต่อสภาพแวดล้อมมากที่สุด [5] โดยมีรายงานถึงความคงทนของไข่พยาธิไส้เดือนกลมที่มีต่อ Artificial agent ไวดังนี้ [6] อุณหภูมิ (Temperature) โดยปกติไข่พยาธิตัวกลมจะเจริญเป็นตัวอ่อนที่อุณหภูมิ 15-34 องศาเซลเซียส แต่มีความคงทน สามารถอยู่ในน้ำที่อุณหภูมิ 50, 55, 60 และ 70 องศาเซลเซียส ได้นานถึง 45 นาที 50 วินาที 5 นาที และ 1 วินาที ตามลำดับ แต่จะตายทันทีที่อุณหภูมิ (-30) ถึง (-40) องศาเซลเซียส ความแห้ง (Dryness) ไข่พยาธิไส้เดือนกลมจะตายหมดเมื่อความชื้นน้อยกว่าร้อยละ 90 ภายใน 90 วัน และจะตายภายใน 1 วันเมื่ออยู่ในความชื้นน้อยกว่าร้อยละ 20 แสงแดด (Light) สามารถหยุดยั้งการเจริญเติบโตของไข่พยาธิไส้เดือนกลมได้ และไข่พยาธิจะตายหากได้รับแสงแดดโดยตรงเป็นเวลานาน 2 วัน แต่ถ้าไข่นั้นปนอยู่กับอุจจาระ ก็จะไม่ตาย มีรายงานการศึกษาและนักวิจัยจำนวนมากได้กล่าวถึงการดำรงชีวิตของเชื้อโรคในการหมักอุจจาระ [2] ให้ได้ผลผลิตที่ปราศจากเชื้อโรคหรือค่อนข้างปราศจากเชื้อโรคนั้น จะต้องมีการออกแบบที่ดีและมีการบริหารจัดการที่ดี

ทุกๆ ส่วนภายในถังหมักต้องได้อุณหภูมิที่พอเหมาะตามระยะเวลาที่กำหนด การตรวจสอบดูว่าการหมักอุจจาระได้ทำลายพยาธิไส้เดือนหรือไม่ ให้ไข่พยาธิไส้เดือนกลม (*Ascaris Egg*; A eggs) เป็นตัวชี้วัด เพราะไข่พยาธิไส้เดือนเป็นตัวทำให้เกิดโรค (Pathogens) ที่มีความคงทนมากที่สุดที่ออกมาจากอุจจาระ จึงได้มีการศึกษาเฉพาะการมีชีวิตของไข่พยาธิไส้เดือนกลมกับการหมักอุจจาระทั้งในและต่างประเทศพบว่า ระยะเวลาการหมักอุจจาระ ระยะเวลาการตาก และความแห้ง มีผลในการทำลายไข่พยาธิไส้เดือนกลม

จากการศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วยเทศบาลตำบล 17 แห่ง เทศบาลเมือง 25 แห่ง และเทศบาลนคร 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 46 แห่ง พบว่า เทศบาลร้อยละ 97.8 มีการออกเทศบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล แต่ไม่มีนโยบายการจัดการสิ่งปฏิกูล เทศบาลทุกแห่งมีบริการสูบสิ่งปฏิกูล เทศบาลมีสถานที่กำจัดสิ่งปฏิกูลร้อยละ 26.1 ส่วนมากเป็นระบบถังหมักปฏิกูลแบบ 28 วัน มีการใช้อย่างต่อเนื่องร้อยละ 4.3 สาเหตุที่ไม่ได้ใช้งานเกิดจากระบบอยู่ไกล ขาดการควบคุมจากผู้รับผิดชอบ การก่อสร้างถังหมักสิ่งปฏิกูลไม่เหมาะสมกับรถสูบสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ส่วนเทศบาลที่ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกเก็บขนมักถูกนำไปทิ้งบริเวณที่สาธารณะ ทั้งในสวนป่า สวนผลไม้ ทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ พื้นที่นาที่ประชาชนอนุญาตและไม่อนุญาต โดยสิ่งปฏิกูลเหล่านั้นไม่ผ่านการบำบัด [7] และในปี 2552 ได้มีการศึกษาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองโดยการนำไข่พยาธิไส้เดือนลงไปในระบบบำบัดบ่อทรายกรองที่มีหลังคาปิดแบบทึบและแบบโปร่งแสง พบว่า การฟ่อของไข่พยาธิภายในบ่อทรายกรองสิ่งปฏิกูลแบบหลังคาโปร่งแสงไม่มีความสัมพันธ์กับอุณหภูมิภายในบ่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.102$) แต่การฟ่อของไข่พยาธิภายในบ่อทรายกรองสิ่งปฏิกูลแบบหลังคาโปร่งแสงมีความสัมพันธ์กับความชื้นของกากปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อตากกากสิ่งปฏิกูลไว้นาน 12 วันในฤดูฝนส่งผลให้ความชื้นของกากปฏิกูลลดลงเหลือร้อยละ 3.05 ทำให้ไข่พยาธิ (*Ascaris suum*) ฝ่อร้อยละ 98 [8] และได้มีเทศบาลอีกหลายแห่งได้นำรูปแบบของการบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองไปใช้ในการบำบัดสิ่งปฏิกูล และนำกากสิ่งปฏิกูลที่ผ่านการบำบัดไปใช้ในการทำปุ๋ยในพื้นที่ ดังนั้น เพื่อเป็นการประเมิน

ประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การขยายผลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะดำเนินการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไขพยาธิไส้เดือน

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาระยะเวลาของการกักเก็บสิ่งปฏิกูลในระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองกับค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของสิ่งปฏิกูล

2.2 เพื่อศึกษาการตรวจพบไขพยาธิไส้เดือนในปฏิกูลตามระยะเวลาการกักเก็บสิ่งปฏิกูลในระบบบำบัดแบบบ่อทรายกรอง

2.3 เพื่อศึกษาค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของสิ่งปฏิกูลกับการตรวจพบไขพยาธิไส้เดือนในกากสิ่งปฏิกูลที่ผ่านระบบบำบัดแบบบ่อทรายกรอง

2.4 เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำปฏิกูลที่ผ่านระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง

2.5 เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ประชากรคือ บ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลตองโขบ อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร จำนวน 8 บ่อ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลจำนวน 1 บ่อ ซึ่งมีขนาดกว้าง 2.10 เมตร ยาว 2.10 เมตร สูง 1.30 เมตร และมีหลังคาโปร่งแสง หลังคาเปิดปิดได้สะดวก ไม่มีรอยรั่วซึม และลานทรายกรองภายในบ่อหนา 50 เซนติเมตร โดยชั้นบนสุดเป็นทรายหยาบหนา 20 เซนติเมตร ชั้นกลางเป็นกรวดเล็กขนาด 3/8 นิ้ว หนา 20 เซนติเมตร และชั้นล่างสุดเป็นกรวดเล็กขนาด 1-2 นิ้ว หนา 10 เซนติเมตร และที่พื้นบ่อวางท่อพีวีซีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วที่มีการเจาะรูด้านล่างขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง ห่างกัน 0.10 เมตร เพื่อรองรับน้ำปฏิกูลที่ผ่านการกรองระบายไปสู่บ่อซึม

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1) ในการเก็บน้ำปฏิกูลเพื่อส่งตรวจหาค่า BOD และ COD ใช้ขวดพลาสติกขนาด 1,000 มิลลิลิตร จำนวน 2 ใบ

2) การเก็บกากปฏิกูลใช้ตะหลิวด้ามยาวและถุงพลาสติกแบบปากซิปป เพื่อตรวจหาค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นโดยใช้วิธีวิเคราะห์ตาม Standard Tect for Moisture, Ash and Organic Matter of Peat and Other Organic. Soile. และตรวจหาไขพยาธิ ใช้วิธีตกตะกอน (Sedimentation technique) ตามเอกสาร VET 133 Clinical Pathology

3) แบบเก็บข้อมูลการบริหารจัดการบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประสานความร่วมมือกับเทศบาลเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และดำเนินการเก็บสิ่งปฏิกูลจำนวน 1 คัน จำนวน 1,700 ลิตร หลังจากนั้นเก็บตัวอย่างน้ำปฏิกูลที่ผ่านระบบการบำบัดที่บ่อรับน้ำจำนวน 1,000 มิลลิลิตร และเก็บกากปฏิกูลเพื่อนำไปตรวจหาไขพยาธิไส้เดือนและค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้น

การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บน้ำปฏิกูลที่ผ่านการบำบัดในวันแรกของการเทสิ่งปฏิกูลจำนวน 1 ขวด เก็บกากปฏิกูลเพื่อตรวจค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นจำนวน 100 กรัม และ 500 กรัม สำหรับตรวจหาไขพยาธิไส้เดือน โดยสุ่มเก็บตัวอย่างกากปฏิกูลในบริเวณที่เป็นจุดตัดทุกๆ 60 ตารางเซนติเมตร จำนวน 8 จุด และสัมภาษณ์ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในเรื่องการบริหารจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เสร็จแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องการบริหารจัดการ ใช้บรรยาย และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูล การตรวจพบไขพยาธิด้วยคำร้อยละ และหาความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการกักเก็บปฏิกูลกับค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้น ระยะเวลาการกักเก็บกับการตรวจพบไขพยาธิ และค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากสิ่งปฏิกูลกับการตรวจพบไขพยาธิ ใช้สถิติ Correlation

ผลการวิจัย

ศักยภาพในการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล เทศบาลมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และมีบุคลากรในกองสาธารณสุขจำนวน 10 คน โดยงานด้านสิ่งแวดล้อม มีการส่งเสริมให้ประชาชนคัดแยกขยะและเป็นแกนนำในการคัดแยกขยะ และทำปุ๋ยหมักชีวภาพเพื่อลดปริมาณขยะและน้ำเน่าเสียในครัวเรือน มีงบด้านสาธารณสุขเฉลี่ยปีละ 2.1 ล้านบาท

ในปี 2556-2558 เทศบาลตำบลตองโขบได้มีการวางแผนการจัดการสิ่งปฏิกูล โดยมีงบประมาณในการก่อสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล ปิละ 500,000 บาท ด้านการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล 22,500/ 760,000/ 2,960,000 บาท ตามลำดับ ในการบริการกำจัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาล มีรถสูบสิ่งปฏิกูลจำนวน 1 คัน ขนาดบรรจุ 5,000 ลิตร ซึ่งให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยให้บริการเฉพาะในเขตเทศบาล คืออัตราค่าบริการลูกบาศก์เมตรแรกคิด 100 บาท หากเกินครึ่งลูกบาศก์เมตรคิดราคา 50 บาท และไม่เกินครึ่งลูกบาศก์เมตรคิด 30 บาท มีพนักงานประจำรถสูบสิ่งปฏิกูล 3 คน โดยเทศบาลมีการชี้แจงให้ความรู้ในการปฏิบัติตนในการเก็บขนและกำจัดสิ่งปฏิกูลแก่พนักงานทุกคน

การบริหารจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาล

เทศบาลตองโขบ มีรถสูบสิ่งปฏิกูลให้บริการประชาชนในพื้นที่ แต่ต้องนำสิ่งปฏิกูลไปกำจัดที่บ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เทศบาลนครสกลนคร มีระยะทางไปกลับประมาณ 100 กิโลเมตร ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง จึงได้ร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 9 อุตรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดทำโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร เพื่อให้บริการกำจัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่อำเภอโคกศรีสุพรรณ และอำเภอใกล้เคียง โดยได้มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนในการดำเนินการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาล

1) ก่อนดำเนินการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เทศบาลได้ดำเนินงานรับฟังความคิดเห็นของประชาชน โดยการทำประชาคมหมู่บ้านใกล้เคียงกับที่สร้างระบบ จากการประชาคม พบว่า มีความเห็นชอบกับการสร้างระบบบำบัดร้อยละ 65 และงดออกเสียงร้อยละ 35

2) ประสานหน่วยงานด้านวิชาการเพื่อให้การสนับสนุนองค์ความรู้และเทคนิคในการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 อุตรธานี ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

3) ดำเนินการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบพอทรายกรอง

2. การให้บริการบำบัดสิ่งปฏิกูล

ในการให้บริการเก็บและขนสิ่งปฏิกูล เทศบาลมีแบบคำขอรับบริการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ยื่นแบบคำขอ โดยในแบบคำขอจะมีการบอกอัตราค่าบริการดังนี้ อัตราค่าบริการลูกบาศก์เมตรแรกค่าบริการ 100 บาท เกินครึ่งลูกบาศก์เมตรค่าบริการ 50 บาท แต่ถ้าไม่เกินครึ่งลูกบาศก์เมตรค่าบริการ 30 บาท

เทศบาลมีการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล โดยสอบถามความคิดเห็นของประชาชนจำนวน 226 คน โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด (5) ระดับมาก (4) ระดับปานกลาง (3) ระดับน้อย (2) และระดับน้อยมาก (1) จากการประเมินพบว่า ความพึงพอใจในกระบวนการขั้นตอนการดำเนินโครงการ ในเรื่องความเหมาะสมของสถานที่ก่อสร้าง และประชาชนพื้นที่ใกล้เคียงรับทราบว่าจะมีการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ระดับมาก จำนวน 66 คน (ร้อยละ 29.20) และ 61 คน (ร้อยละ 26.99) ในเรื่องผลกระทบต่อการดำรงชีพของประชาชนพบว่า ประชาชนมีความกังวลเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรคในระดับปานกลาง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 29.65) เรื่องกลิ่นและการเกิดแมลงนำโรค มีความกังวลในระดับน้อย จำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.51) และจำนวน 81 คน (ร้อยละ 35.84) ตามลำดับ และกังวลในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรค ระดับปานกลาง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 29.65) ทั้งนี้ได้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการ โดยประชาชนให้คะแนนความพึงพอใจของพฤติกรรมในการให้บริการของพนักงานในระดับดีมาก จำนวน 71 คน (ร้อยละ 31.41) รองลงมาเป็นการอำนวยความสะดวกในการติดต่อ และความรวดเร็วในการให้บริการ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 38.50) และจำนวน 68 คน (ร้อยละ 30.09) ตามลำดับ

3. การประเมินความคุ้มค่า/ประโยชน์ที่ได้รับ

เทศบาลมีการประเมินค่าใช้จ่ายของการมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในระยะเวลา 4 เดือน พบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ากำจัดสิ่งปฏิกูลปิละ 5,000 บาท ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงลดลงเฉลี่ย 1,300 บาท มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการจำหน่ายกากปฏิกูล 2,500 บาท และระยะเวลาในการบำบัดสิ่งปฏิกูลลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าใช้จ่ายก่อน-หลังการมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

รายการ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ลดค่าใช้จ่าย
1. ค่ากำจัดสิ่งปฏิกูล	5,000 บาท/ ปี	ไม่มีค่าใช้จ่าย	5,000 บาท
2. ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง	เฉลี่ย 14,500 บาท	เฉลี่ย 13,200 บาท	1,300 บาท
3. ค่าจำหน่ายกากสิ่งปฏิกูล	-	เดือน 2,500 บาท	2,500 บาท
4. ระยะเวลาในการนำไปบำบัด	1 ชั่วโมง/ครั้ง	เฉลี่ย 25 นาที/ครั้ง	

4. การกำกับติดตามของเทศบาล

การกำกับติดตามการเก็บขนและกำจัดสิ่งปฏิกูล เทศบาลมีแบบคำขอรับบริการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลที่ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ที่ประสงค์จะขอรับบริการ อัตราค่าบริการ ปริมาณสิ่งปฏิกูลที่สูบในแต่ละครั้ง และในการเทสิ่งปฏิกูลลงบ่อบำบัดจะเทตามลำดับ ไม่เทซ้ำบ่อเดิม เมื่อเทเสร็จแล้วจะปิดบ่อให้มิดชิด และบันทึกวันเดือนปีที่เทสิ่งปฏิกูลในแต่ละบ่อ และมีการเติมทรายลงในบ่อเมื่อน้ำกากปฏิกูลออกจากบ่อ 2 ครั้ง โดยใช้ทรายประมาณ 10 ถัง โดยมีนักวิชาการทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและติดตามเป็นระยะๆ

ผลการตรวจน้ำเสีย (น้ำปฏิกูล)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของน้ำเสียที่ผ่านระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล พบว่า ค่าบีโอดี (BOD) ของน้ำเสียก่อนเข้าระบบมีค่าเท่ากับ 334 mg/l และหลังเข้าระบบมีค่า 150 mg/l คิดเป็นร้อยละ 44.91 ส่วนค่าซีโอดี (COD) ก่อนเข้าระบบบำบัดมีค่า 2,511 mg/l หลังเข้าระบบมีค่า 1,200 mg/l คิดเป็นร้อยละ 47.79 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจน้ำเสียก่อนและหลังระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

รายการที่ตรวจ	ตัวอย่างน้ำเสีย		มาตรฐานคุณภาพน้ำทิ้ง	หน่วย	ร้อยละของการลดลง
	ก่อนเข้าระบบ	หลังเข้าระบบ			
บีโอดี (BOD)	334	150	ไม่เกิน 20	mg/l	44.91
ซีโอดี (COD)	2,511	1,200	-	mg/l	47.79

ผลการตรวจค่าความขึ้นของกากปฏิกูล

ผลการตรวจหาค่าความขึ้นในกากสิ่งปฏิกูล พบว่าค่าความขึ้นของกากสิ่งปฏิกูลในวันที่ 12 ของการบำบัดสิ่งปฏิกูลมีความขึ้นร้อยละ 21.6 และจะลดลงเป็นลำดับตามจำนวนวันของการบำบัดสิ่งปฏิกูล โดยในวันที่ 18 - 20 ของการบำบัดจะมีค่าความขึ้นลดลงเหลือร้อยละ 4.0, 3.1, 3.0,

และวันที่ 25 ของการบำบัดค่าความขึ้นลดลงมากที่สุดคือร้อยละ 2.5 และความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการบำบัดสิ่งปฏิกูลมากขึ้นทำให้เปอร์เซ็นต์ค่าความขึ้นของสิ่งปฏิกูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.704$, $p=0.016$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูลกับค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูล

ระยะเวลาของการบำบัดสิ่งปฏิกูล (วัน)	ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกาก ปฏิกูล	ความสัมพันธ์ของค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้น ของกากปฏิกูลกับระยะเวลาในการบำบัด
12	21.6	r= -0.704 p= 0.016
13	21.8	
14	17.2	
15	15.1	
16	2.6	
17	6.3	
18	4.0	
19	3.1	
20	3.0	
25	2.5	
31	2.9	

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูลกับการ
ตรวจพบไข่พยาธิในกากปฏิกูล

1) ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูล
กับการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน พบว่า ในวันที่ 12, 13,
14, 15 และ 16 ของการบำบัดสิ่งปฏิกูลในบ่อทรายกรอง
ยังมีการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนจำนวน 1 ใบ/300 fields

และหลังจากวันที่ 17 ของการบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นต้นไปจะ
ตรวจไม่พบไข่พยาธิไส้เดือน แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของ
ระยะเวลาของการบำบัดสิ่งปฏิกูลกับการตรวจพบไข่พยาธิ
ไส้เดือนในกากปฏิกูล เมื่อระยะเวลาการบำบัดมากขึ้นทำให้
การตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(r= -0.755 ค่า p= 0.007) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของระยะเวลาการบำบัดสิ่งปฏิกูลกับการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนในกากปฏิกูล

ระยะเวลาในการบำบัด (วัน)	การตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน (ใบ/300 fields)	ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการบำบัด กับการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน
12	1	r= - 0.755 p= 0.007
13	1	
14	1	
15	1	
16	1	
17	0	
18	0	
19	0	
20	0	
25	0	
31	0	

2) ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลกับการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนในกากปฏิกูลพบว่า เมื่อค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลลดลง

การตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนในกากสิ่งปฏิกูลก็จะลดลงตามไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.712, p = 0.014$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลและการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน

ระยะเวลาในการบำบัด (วัน)	ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูล	การตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน (ใบ/300fields)	ความสัมพันธ์ของค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นและการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือน
12	21.6	1	$r = 0.712$ $p = 0.014$
13	21.8	1	
14	17.2	1	
15	15.1	1	
16	2.6	1	
17	6.3	0	
18	4.0	0	
19	3.1	0	
20	3.0	0	
25	2.5	0	
31	2.9	0	

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิภาพของระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองต่อการกำจัดไข่พยาธิ พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการอภิปรายผล ดังนี้

1) ระบบบำบัดปฏิกูลแบบบ่อทรายกรองที่ใช้ทรายกรองที่ไม่คัดขนาดหนา 20 เซนติเมตร อยู่ชั้นบนสุด และชั้นกลางเป็นหิน 3 นิ้ว หนา 20 เซนติเมตร ชั้นล่างสุดเป็นกรวดขนาด 1-2 นิ้ว หนา 10 เซนติเมตร โดยในแต่ละชั้นของกรวดทรายจะวางตาข่ายในลอนปูรองพื้นไว้ทุกชั้น และที่พื้นบ่อวางท่อพีวีซีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้วที่มีการเจาะรูด้านล่างขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 15 มิลลิเมตรทั้งสองข้าง ห่างกัน 0.10 เมตร และมีหลังคาปิดมิดชิด ทำให้ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลลดลงเหลือร้อยละ 2.6 เมื่อใช้เวลาการบำบัด 16 วันขึ้นไป กล่าวคือ เมื่อใช้เวลากการบำบัดสิ่งปฏิกูลนานขึ้น ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นจะลดลงตามไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.704, p = 0.016$) ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของสารสิน อูยานนท์ [11] พบว่า เมื่อกำหนดให้ชั้นทรายกรองโดยใช้ทรายไม่คัดขนาดหนา 15 เซนติเมตร อยู่ชั้นบนสุด ชั้นกลางเป็นหิน 3 นิ้ว หนา 10 เซนติเมตร และชั้นล่างสุดใช้หิน 2 นิ้ว หนา 10 เซนติเมตร เมื่อปล่อยกากตะกอนบนลานทรายกรองนาน 9 วันในฤดูฝน และ 5 วันในฤดูร้อน ทำให้ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลลดลง

2) ระยะเวลาในการบำบัดสิ่งปฏิกูลมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนในกากปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.755, p = 0.007$) โดยที่เมื่อใช้ระยะเวลาในการบำบัดสิ่งปฏิกูลนานขึ้น การตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนจะลดลงจนไม่สามารถตรวจพบไข่พยาธิไส้เดือนหลังจากการตากสิ่งปฏิกูล 17 วันขึ้นไป

3) ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบไข่พยาธิ โดยเมื่อค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นลดลงถึง 2.6 ทำให้ตรวจไม่พบไข่พยาธิอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($r=0.712$, $p=0.014$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gram, E.B. and Hick, D.O. [9] ที่พบว่าไข่พยาธิ Ascaris จะตายหมดเมื่อความชื้นในกากตะกอนลดต่ำกว่า 5.8% และ Keller, P. [10] ที่พบว่าทำให้แห้งเป็นศัตรูที่จะทำลายไข่พยาธิ Ascaris ที่ความชื้น (Moisture content) ต่ำกว่าประมาณ 5% และอุณหภูมิที่อบอุ่นจะทำให้ไข่พยาธิ Ascaris ตายค่อนข้างรวดเร็ว และการศึกษาของสารสิน อุทยานต์และคณะ [11] ที่พบว่าการจัดสิ่งปฏิกูลโดยลานทรายกรองและใช้แสงแดดฆ่าเชื้อโรคก่อนนำไปทำปุ๋ย เมื่อปล่อยให้กากตะกอนบนลานทรายกรองแห้งนาน 9 วันในฤดูฝน โดยความชื้นของกากตะกอน 2.28 % และในฤดูร้อนตากตะกอนนาน 5 วัน เมื่อกากตะกอนมีความชื้น 0.56% โดยค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการตายของไข่พยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r=0.936$, $p=0.001$ รวมทั้งงานวิจัยของ ไฉไล ช่างดำ และคณะ [8] ที่ศึกษาการบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง พบว่า หลังคาบแบบปรับปรุงแสงมีความสัมพันธ์กับความชื้นของกากปฏิกูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ เมื่อกากปฏิกูลในฤดูฝนนาน 12 วัน ทำให้ค่าความชื้นลดลงเหลือร้อยละ 3.05 ทำให้ไข่พยาธิไส้เดือนฝอยร้อยละ 98.0

4) การบำบัดน้ำปฏิกูลเมื่อผ่านบ่อทรายกรอง พบว่าบ่อทรายกรองสามารถลดค่า BOD ได้ร้อยละ 44.91 โดยหลังเข้าระบบลดลงจาก 334.0 mg/l เหลือ 150 mg/l และค่า COD ลดลงจาก 2,511 mg/l เหลือ 1,200 mg/l คิดเป็นร้อยละ 47.79 ซึ่งน้ำเสียยังมีค่าความสกปรกสูงกว่าที่ค่ามาตรฐานน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20 mg/l ดังนั้นน้ำเสียที่ผ่านระบบบ่อทรายกรองจึงควรนำไปบำบัดก่อนนำไปใช้ประโยชน์

5) การบริหารจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลจะลดลง เมื่อระยะเวลาในการบำบัดสิ่งปฏิกูลนานขึ้น ซึ่งการจะทำให้กากปฏิกูลแห้งหรือความชื้นลดลงนั้น ระบบ

บำบัดต้องเป็นไปตามมาตรฐานแบบที่กำหนดได้แก่ หลังคาต้องปิดมิดชิด การเลี้ยงปฏิกูลลงบ่อต้องระบุน้ำความชัดเจนของลำดับการเท ต้องมีการเปลี่ยนทรายกรองเมื่ออัตราการกรองลดลงหรือตามระยะเวลาที่เหมาะสม และที่สำคัญต้องมีนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าใจระบบ ทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับติดตามอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 เพื่อความปลอดภัยจากไข่พยาธิไส้เดือน ควรบำบัดสิ่งปฏิกูลในบ่อทรายกรองอย่างน้อย 17 วัน
- 1.2 น้ำเสียที่ออกจากบ่อทรายกรองหากจะนำไปใช้ประโยชน์ควรใช้การซึมผ่านใต้ดิน เพื่อให้ดินช่วยบำบัดน้ำเสียอีกครั้ง
- 1.3 การจัดการระบบบำบัดแบบบ่อทรายกรอง ต้องมีการควบคุมกำกับปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ
- 1.4 การเฝ้าระวังประสิทธิภาพของบ่อทรายกรอง ต้องเติมทรายเมื่ออัตราการกรองลดลงหรือช้าลง
- 1.5 ควรมีการส่งตรวจหาค่าเปอร์เซ็นต์ความชื้นของกากปฏิกูลและตรวจหาไข่พยาธิอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิภาพของระบบ
- 1.6 ควรมีการให้ความรู้แก่พนักงานผู้ดูแลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และตรวจสอบสุขภาพและตรวจอุจจาระประจำปี

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาการนำน้ำปฏิกูลที่ผ่านระบบบำบัดไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ
- 2.2 ควรมีการศึกษาการนำกากปฏิกูลที่ผ่านระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลไปเป็นปุ๋ย
- 2.3 ควรมีการศึกษาการนำสิ่งปฏิกูลไปใช้เป็นพลังงานทางเลือก
- 2.4 ควรมีการศึกษาระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในรูปแบบอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- [1] พัฒนา มุลพฤกษ์. อนามัยสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
- [2] กรมอนามัย. คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลแบบครบวงจร. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.
- [3] อุดม เชื้อน้อย และคณะ. วิธีการกำจัดอุจจาระเพื่อนำไปใช้เป็นปุ๋ย กองสุขภาพอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักช่างพาณิชย์, 2525.
- [4] โชติ บุรณกาล และคณะ. การศึกษาและวิจัยสิ่งแวดล้อมเรื่อง น้ำ-ดินของสวนทุเรียนจังหวัดนนทบุรี และการกำจัดของเสีย สิ่งขับถ่ายจากคนให้ถูกต้องตามหลักสุขภาพ โดยปุ๋ยหมักเพื่อใช้กับพืช ต้นไม้ และต้นทุเรียน. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์, 2523.
- [5] Shuval, H.I., Gunnerson, C.G., and Julins, D.S. Night-soil Composting. Appropriate Technology for Water Supply and Sanitation, Vol. 10. Washington, D.C. : World Bank, 1981.
- [6] Morishita Kaour, Komiya Yoshitaga, and Matsubayshi Hisakich. Process of Medical Parasitology in Japan. Tokyo: Megureo Paraitological Museum, 1972.
- [7] วีรศักดิ์ สืบเสาะ และเลิศชาย เจริญธัญรักษ์. การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 10 (เมษายน-มิถุนายน 2551) : 32-39.
- [8] ไฉไล ช่างดำ และคณะ. ศึกษาระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลแบบบ่อทรายกรอง กรณีศึกษาเทศบาลตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก จังหวัดสกลนคร. กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2552.
- [9] Grame, E.B., and Hicks, D.O. The effective of sludge digestion, drying and supplement treat on eggs of Asearis lumbeicoides, 1944.
- [10] Keller, P. Sterilization of sewage sludges. 1. A review of the literature pertaining to the occurrence and viability of parasitic ova and in sewage with particular reference to Ascaris lumbricoides. Journal of Institute of Sewage Purification part 1 (1951a) : 922-99.
- [11] สารสิน อูยานนท์ และคณะ. ศึกษาการกำจัดสิ่งปฏิกูลจากโรงสูบน้ำด้วยลานทรายกรองและใช้แสงอาทิตย์ฆ่าเชื้อโรคก่อนนำไปเป็นปุ๋ย. ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ 6 ขอนแก่น, 2537.



การสำรวจภาวะสุขภาพตามตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีงบประมาณ 2556 ในเขตสุขภาพที่ 10

SURVEY OF HEALTH STATUS AMONG DIFFERENTLY AGE POPULATION IN 2013 IN 10th REGIONAL HEALTH AUTHORITY

มนฤดี แสงวงษ์

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามแผนงานยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีงบประมาณ 2556 ประชากรในการศึกษาคือ หญิงที่มีบุตรอายุ 0-12 เดือน เด็กปฐมวัย นักเรียนระดับประถมศึกษา นักเรียนระดับมัธยมศึกษา และประชาชนอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ โยธธร ศรีสะเกษ และมุกดาหาร โดยวิธีการสำรวจอย่างเร่งด่วน (Rapid survey) และใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการสำรวจตามตัวชี้วัดการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มสตรีทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด คือหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 76.7) ส่วนในกลุ่มเด็กปฐมวัย มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียง 1 ตัวชี้วัดเช่นกัน คือ เด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ร้อยละ 77.8 และ 70.5) การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละของนักเรียนมีภาวะอ้วนไม่เกิน 15 (ร้อยละ 5.8) และร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (ร้อยละ 100) การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ ตัวชี้วัด คือ อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ผลการสำรวจพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด คือ หญิงอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 81.4) และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี 1 ตัวชี้วัด คือ ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะกายใจร้อยละ 80 ข้อมูลจากการสำรวจพบร้อยละ 91.5 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งนี้ เมื่อนำข้อมูลจากการสำรวจมาเปรียบเทียบกับข้อมูลระบบรายงานปกติพบว่าหลายตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ (การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์) การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ (เด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรกกินนมแม่อย่างเดียว และการเข้าถึงการบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี) การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ (เด็กอายุ 6-12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน) การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ (อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี) การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย (หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภท) โดยส่วนใหญ่ข้อมูลจากระบบรายงานจะสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ดังนั้น การสำรวจซึ่งมีวิธีการที่น่าเชื่อถือจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องนำไปสู่การศึกษาแนวทางแก้ไขได้ตรงกับสภาพปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ถึงแม้ว่าการสำรวจอาจต้องใช้เวลาและงบประมาณในการจัดเก็บข้อมูลค่อนข้างมาก แต่ก็ทำให้ได้ข้อมูลที่ให้รายละเอียดตรงตามความต้องการของผู้ใช้ การเลือกข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการสำรวจในครั้งต่อไป อาจพิจารณาเลือกเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับที่ได้จากระบบรายงานปกติหรือเลือกเฉพาะประเด็นที่เป็นตัวชี้วัดจริงๆ เท่านั้น เพื่อลดเวลาและงบประมาณสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

บทนำ

ประเทศไทยเผชิญหน้ากับภาวะการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ ด้วยอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งแรงกดดันจากการที่ประเทศกำลังจะเข้าสู่การแข่งขันของประชาคมอาเซียน ผลกระทบจากการเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็วของภาวะสิ่งแวดล้อม ปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นเองหรือด้วยการกระทำของมนุษย์ รวมไปถึงกระแสทุนนิยม บริโภคนิยมที่กำลังครอบงำการดำเนินชีวิต อันเป็นเหตุให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ข้อ 4 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต และข้อ 2 นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ โดยส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ [1]

การส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของประชากร ซึ่งเริ่มตั้งแต่การดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ต่อเนื่องถึงการดูแลเด็กในช่วงปฐมวัย แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุที่ผ่านมา (ปี 2554) พบว่าในงานอนามัยแม่และเด็กมีอุปสรรคต่อสุขภาพของมารดาและเด็กแรกเกิดถึง 5 ปีหลายประการ ได้แก่ แม่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2555 ร้อยละ 18.8 ซึ่งแม่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มิอายุเกินกว่า 20 ปี เช่น พบอุบัติการณ์ของโลหิตจางสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และภาวะคลอดก่อนกำหนดสูง นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราตายของมารดาอายุ 15-19 ปี สูงกว่ามารดาที่มีอายุ 20-24 ปี ถึง 3 เท่า [2] ในขณะเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขมีมากกว่าร้อยละ 95 แต่ฝากครรภ์ล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ส่งผลให้พบภาวะผิดปกติซ้ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตับอักเสบ โรคพันธุกรรมธาลัสซีเมีย อีกทั้งการได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวระยะตั้งครรภ์ การได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก สารไอโอดีนและโฟลิกซ์ตามไปด้วย นอกจากนี้ การสำรวจพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี พ.ศ. 2553 โดยใช้เครื่องมือ Denver II พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70.3 (เป้าหมายร้อยละ 90) พบพัฒนาการล่าช้าสูง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและภาษา เด็ก 0-5 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเพียงร้อยละ 70.21 มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.07 น้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.36 และความสูงเทียบอายุตามเกณฑ์

ร้อยละ 76.11 ต่ำร้อยละ 9.10 น้ำหนักเทียบส่วนสูง พบว่า ส่วนร้อยละ 67.71 อ้วนร้อยละ 6.75 [3] และเด็กไทยมีปัญหาฟันน้ำนมผุตั้งแต่อายุได้ 9 เดือนและผุมากขึ้นตามวัยที่เจริญเติบโตขึ้น เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 61.37 มีฟันน้ำนมผุเฉลี่ยคนละ 3.21 ซี่ และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 80.64 มีฟันน้ำนมผุเฉลี่ยคนละ 5.43 ซี่ [4, 5] เด็กวัยเรียน พบว่า มีปัญหาโภชนาการเกิน โดยในปี 2546-2554 พบความชุกของปัญหาภาวะโภชนาการเกินเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 เด็กวัยเรียนเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 13.6 [5] และจากการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนปี 2553 พบว่า เด็กวัยเรียนเป็นโรคอ้วนร้อยละ 13.7 และในปี 2554 พบร้อยละ 17.0 [3] ข้อมูลจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพในปี 2550 ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีรสหวานของเด็กวัยเรียน ทำให้เกิดปัญหาฟันผุเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า จากปี 2547-2550 และมีอัตราเพิ่มของโรคฟันผุคนใหม่ อัตรา 20,000 คนต่อช่วงอายุ โดยพบรอยโรคฟันผุที่เกิดขึ้นเฉลี่ย 1 ซี่/คน ช่วงวัยประถมศึกษา [4,5] ปัญหาโภชนาการที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เตี้ย) ซึ่งผลกระทบของการขาดอาหารเรื้อรังไม่ใช่เพียงทำให้โครงสร้างด้านร่างกายเตี้ยแคระแกร็นเท่านั้น ยังทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำเป็นผลให้ติดเชื้อได้ง่าย เจ็บป่วยบ่อยหรือเป็นระยะเวลานานๆ และมีความรุนแรง ภาวะเตี้ยยังมีผลต่อการพัฒนาสมองเป็นผลให้เด็กมีสติปัญญาต่ำ ความสามารถในการเรียนรู้บกพร่องไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา [4] ส่วนสถานการณ์ปัญหาที่พบในวัยรุ่น คือ อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นลดลงจาก 18-19 ปี เป็นประมาณ 15-16 ปี และจากผลการเฝ้าระวัง Behavioral Surveillance Survey ของสำนักกระบาดวิทยา พบว่า จากปี 2549-2554 นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และ ปวช.2 มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์สูงขึ้น ซึ่งผลกระทบสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นนอกจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์คือการตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน มีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตรา 49.3 ในปี 2548 เป็นอัตรา 53.6 ในปี 2554 [7] ในวัยทำงานยังพบว่าอัตราป่วยจากโรคเมร็งค์ด้านมของสตรีไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2550-2554 พบอัตราป่วย 37.9, 40.6, 38.4, 55.9 และ 40.8 ตามลำดับ และอัตราตาย 6.8, 7.3, 7.3, 7.7 และ 8.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ [8] แต่ยังมี การตรวจคัดกรองน้อย นอกจากนี้ วัยสูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากกว่ากลุ่ม

อื่นๆ โดยพบมีความชุกของโรคภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.4 [9] ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากสุขภาพสูงกว่าวัยอื่น จากการสำรวจระดับชาติโรครจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตปี 2551 พบว่าคนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความชุกป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 34.6 และในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 63 ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ในปี 2555 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 44.3 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 50 มีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.2 นอกจากนี้ในปี 2556 ตัวชี้วัดร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วน ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในบางจังหวัด และตัวชี้วัดในกลุ่มวัยอื่นๆ ยังขาดความสมบูรณ์ (รายงานประจำปีไตรมาส ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัยโดยผ่านระบบรายงาน แต่ข้อมูลที่ได้ยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ขาดความสมบูรณ์ และขาดความทันเวลาที่จะใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพทุกกลุ่มวัยได้อย่างทันทั่วทั้ง ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพเมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความทันเวลาของข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบรายงานปกติที่มีอยู่ โดยจัดทำการสำรวจผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัยตามตัวชี้วัดตามแผนงานยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพที่กรมอนามัยรับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2556 ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้การสำรวจอย่างเร่งด่วน (Rapid survey) ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามแผนงานยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยที่กรมอนามัยรับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2556 ในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้การสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid survey) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือหญิงที่มีบุตรอายุ 0-12 เดือน และเด็กปฐมวัย นักเรียนระดับประถมศึกษา นักเรียน

ระดับมัธยมศึกษา และประชาชนอายุ 10 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร ศรีสะเกษ และมุกดาหาร

การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้ผลการสำรวจในเรื่องเดียวกันที่เคยศึกษามาก่อน มาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มประชากร [10] คือ

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

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

P = สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (ที่มีสัดส่วนน้อยที่สุด เพื่อจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุม)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติของ P ที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

α = Probability Type I error = 0.05 (2-sides)

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96

Deff = Design Effect

เมื่อแทนค่าในสูตร จะใช้ตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

- 1) หญิงที่มีบุตรอายุ 0 -12 เดือน จำนวน 300 คน
- 2) เด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 300 คน
- 3) นักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 1,800 คน
- 4) นักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1,260 คน
- 5) ประชาชนอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 1,920 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

5 ชุด ตามกลุ่มเป้าหมายของการเก็บข้อมูล ดังนี้

- 1) แบบสัมภาษณ์หญิงที่มีบุตรอายุ 0-12 เดือน
- 2) แบบสัมภาษณ์เด็กอายุ 0-5 ปี
- 3) แบบสัมภาษณ์นักเรียนระดับประถมศึกษา
- 4) แบบสัมภาษณ์นักเรียนระดับมัธยมศึกษา
- 5) แบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อย ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อเตรียมวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 89.3) และมีอายุต่ำสุดอยู่ที่ 16 ปี มีอาชีพหลักเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 20.3 สำหรับในด้านการศึกษานั้น กว่าครึ่งหนึ่งจบระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 71.6) ที่ไม่ได้เรียน มีเพียงร้อยละ 1.7 (ตารางที่ 1)

1.2 การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.3) ได้เข้ารับบริการฝากครรภ์โดยที่ร้อยละ 70.3 ฝากครรภ์

ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และอีกร้อยละ 28.0 ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ แต่ยังมีหญิงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.7 ที่ไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ สำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ แม้จะมีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 76.7) แต่ก็ยังน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ การฝากครรภ์ในครั้งอื่นๆ การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และยาเม็ดโฟลิคยังไม่ครอบคลุมหญิงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 72.5 ร้อยละ 93.3 และร้อยละ 81.1 ตามลำดับ) และยังพบว่าหญิงในกลุ่มที่ได้รับยาไม่ได้กินยาทุกวัน การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย พบผลผิดปกติร้อยละ 12.7 และเมื่อตรวจยืนยันในคู่สมรสแล้วพบผลตรวจธาลัสซีเมียผิดปกติ ร้อยละ 31.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน จำนวน 300 คน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15 - 19 ปี	32	10.7
	20 - 35 ปี	234	78.0
	มากกว่า 35 ปี	34	11.3
	อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 27.35 (6.67) ปี อายุต่ำสุด - อายุสูงสุด 16 ปี 48 ปี		
อาชีพหลัก	ว่างงาน	38	12.7
	แม่บ้าน	101	33.7
	เกษตรกรรม	61	20.3
	รับจ้าง	58	19.3
	บริษัท/เอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	20	6.6
	ค้าขาย	13	4.3
	خرก./รัฐวิสาหกิจ/ خرก.บำนาญ	8	2.7
	นักเรียน/นักศึกษา	1	0.3
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	5	1.7
	ประถมศึกษา	80	26.7
	มัธยมศึกษา	160	53.3
	ปวช./ปวส.	31	10.3
	ปริญญาตรี	23	7.7
	ปริญญาโท/เอก	1	0.3

ตารางที่ 2 การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน

การตั้งครรภ์ การฝากครรภ์		จำนวน	ร้อยละ
การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์			
	ไม่ฝาก	5	1.7
	ฝากไม่ครบ	84	28.0
	ฝากครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	211	70.3
ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์			
	1 - 12 สัปดาห์	230	76.7
	16 - 20 สัปดาห์	275	91.7
	24 - 28 สัปดาห์	280	93.3
	30 - 34 สัปดาห์	283	94.3
	36 สัปดาห์ขึ้นไป	275	91.7
การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน			
	ไม่ได้รับ	78	27.5
	ได้รับ	206	72.5
	ได้รับและกินทุกวัน	161	78.2
	ได้รับและกินบางวัน	36	17.5
	ได้รับแต่ไม่ได้กิน	9	4.3
ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก			
	ไม่ได้รับ	19	6.7
	ได้รับ	266	93.3
	ได้รับและกินทุกวัน	210	78.9
	ได้รับและกินบางวัน	51	19.2
	ได้รับแต่ไม่ได้กิน	5	1.9
ได้รับยาโฟลิก			
	ไม่ได้รับ	55	18.9
	ได้รับ	236	81.1
	ได้รับและกินทุกวัน	168	71.2
	ได้รับและกินบางวัน	46	19.5
	ได้รับแต่ไม่ได้กิน	22	9.3
ได้รับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย			
	ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง	10	3.3
	ได้รับตรวจ และผลปกติ	252	84.0
	ได้รับตรวจ และผลผิดปกติ	38	12.7
คู่สมรสได้รับการตรวจยืนยันธาลัสซีเมีย (n=38)			
	ไม่ได้รับการตรวจยืนยัน	7	18.4
	ได้รับตรวจ และผลปกติ	19	50.0
	ได้รับตรวจ และผลผิดปกติ	12	31.6

1.3 การคลอดและการรับบริการสุขภาพของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน

บุตรของกลุ่มตัวอย่างได้รับการเจาะส้นเท้าเพื่อหาภาวะพร่องไทรอยด์ ร้อยละ 91.7 และในจำนวนนี้พบผลผิดปกติ ร้อยละ 8.0 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.1) ของเด็กที่พบผลผิดปกติไม่ได้กินไทรอยด์ฮอร์โมนภายใน 2 เดือนแรก ส่วนการได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.3 เด็กกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 39.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ร้อยละ 96.3 และไม่มี ร้อยละ 3.7 การใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ใช้ในการอ่านคำแนะนำและบันทึกพัฒนาการลูกคิดเป็นร้อยละเกือบเท่าๆ กัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับบริการทางทันตสุขภาพ โดยที่ในรอบปีที่ผ่านมาเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียง ร้อยละ 15 พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการสอนแปรงฟันให้เด็ก ร้อยละ 35.3 และมีเด็กเพียงร้อยละ 16.3 ที่ได้รับการทายาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การคลอดและการรับบริการสุขภาพของหญิงที่มีบุตรอายุ 0 - 12 เดือน

การคลอดและการรับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ลูกคนล่าสุดได้รับการเจาะส้นเท้า		
ไม่ได้รับ	25	8.3
ได้รับ	275	91.7
ผิดปกติ	22	8.0
ปกติ	253	92.0
การได้กินไทรอยด์ฮอร์โมนภายใน 2 เดือนแรก ของลูกที่ผลเจาะส้นเท้าผิดปกติ		
ไม่ทราบ	1	4.5
ไม่ได้กิน	13	59.1
ได้กิน	8	36.4
อายุของลูกคนสุดท้อง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	152	50.7
มากกว่า 6 เดือน	148	49.3
การเลี้ยงลูกอายุน้อยกว่า 6 เดือน (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)		
กินนมแม่	91	59.9
กินน้ำ	64	42.1
กินนมผสม	44	28.9
กินยา	6	3.9
อื่นๆ (ข้าวต้ม ข้าวโอ๊ต ไข่)	10	6.6
ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว (n=152)	60	39.5
1 เดือน (n=30)	15	50.0
2 เดือน (n=36)	15	41.7
3 เดือน (n=20)	7	35.0
4 เดือน (n=36)	17	47.2
5 เดือน (n=30)	6	20.0

การคลอดและการรับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการดูแลหลังคลอด		
ไม่ได้รับการดูแลทั้งแม่และลูก	113	37.7
ได้รับการดูแลหลังคลอดทั้งแม่และลูกครบ 3 ครั้ง	187	62.3
สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)		
ไม่มี	11	3.7
มี	289	96.3
ใช้ประโยชน์: อ่านคำแนะนำ	229	49.9
ใช้ประโยชน์: บันทึกพัฒนาการลูก	220	47.9
ไม่ได้ใช้ประโยชน์	10	2.2
ลูกเคยได้รับการตรวจช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	255	85.0
เคย	45	15.0
แม่หรือผู้ปกครองเคยได้รับการสอนแปรงฟันให้เด็กในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	194	64.7
เคย	106	35.3
วิธีที่ได้รับการสอนแปรงฟันให้เด็ก (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)		
สอนปากเปล่าหรือใช้สื่อ	80	44.4
สาธิตโดยใช้โมเดล	54	30.0
สอนโดยลงมือฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้เด็ก	46	25.5
แม่หรือผู้ปกครองได้แปรงฟันให้เด็กในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา		
ไม่ได้แปรงเลย	244	81.3
แปรงฟันให้เด็กบางวัน	33	11.0
แปรงฟันให้เด็กทุกวัน	23	7.7
เด็กได้รับการทายาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ		
ไม่ได้รับ	251	83.7
ได้รับ	49	16.3

2. ข้อมูลการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

เด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.9) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 34.3 เดือน ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม แต่ยังพบว่า มีเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมอยู่ถึงร้อยละ 8.6 แม่ของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.6) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งถูกเลี้ยงโดยแม่ ป่วยตายายในเรื่องการเจ็บป่วย เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) มีการเจ็บป่วยในรอบเดือนที่ผ่านมาโดยที่เป็นไข้หวัดมากที่สุด (ร้อยละ 74.9) และเด็กมีโรคหอบหืดเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด

(ร้อยละ 10.2) ส่วนภาวะโภชนาการเด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่ง ในเด็กอายุไม่เกิน 3 ปี มีกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ ร้อยละ 19.2 และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง ร้อยละ 11.6 ส่วนในเด็กอายุ 3-5 ปี มีกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ ร้อยละ 22.2 และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง ร้อยละ 12.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย จำนวน 630 คน

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	327	51.9
	หญิง	303	48.1
อายุเด็ก	อายุ 0-2 ปี 11 เดือน 29 วัน	328	52.1
	อายุ 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน	302	47.9
	อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 34.3 (18.24) เดือน		
	อายุต่ำสุด-สูงสุด = 1 เดือน - 71 เดือน		
น้ำหนักแรกเกิด	น้อยกว่า 2,500 กรัม	54	8.6
	2,500 ขึ้นไป	576	91.4
	น้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 3,014.7 (475.1) กรัม		
	น้ำหนักต่ำสุด-สูงสุด = 1,050.0 กรัม - 5,090.0 กรัม		
อายุแม่	15-19 ปี	28	4.4
	20-35 ปี	498	79.1
	มากกว่า 35 ปี	104	16.5
	อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 29.25 (6.32) ปี		
	อายุต่ำสุด-สูงสุด = 15 ปี - 48 ปี		
บุคคลที่เลี้ยงดูเด็ก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	พ่อ	261	41.4
	แม่	429	68.1
	ปู่/ย่า/ตา/ยาย	390	61.9
	ลุง/ป้า/น้า/อา	64	10.2
	อื่นๆ (พี่ชาย/พี่สาว)	5	0.8
เด็กเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา			
	ไม่เจ็บป่วย	359	57.0
	เจ็บป่วย	271	43.0
การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาทั้งหมด (ระบุ)			
	ไข้หวัด	203	74.9
	ไข้/ไข้ติดเชื้อ	19	7.0
	หอบหืด	14	5.2
	ท้องเสีย/ท้องร่วง/ปวดท้อง	8	3.0
	อื่นๆ	27	9.9

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เด็กมีโรคประจำตัว			
	ไม่มี	566	89.8
	มี	64	10.2
โรคประจำตัว (ระบุ)			
	หอบหืด	40	6.3
	G6PD	5	0.8
	ภูมิแพ้	5	0.8
	ธาลัสซีเมีย	4	0.6
	โรคหัวใจ/โรคหัวใจรั่ว	2	0.4
	อื่นๆ	8	1.6
ภาวะโภชนาการ			
อายุ 0 - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน			
	ส่วนสูงระดับดี	265	80.7
	รูปร่างสมส่วน	205	62.5
	ค่อนข้างเตี้ย และเตี้ย	63	19.2
	ค่อนข้างผอม และผอม	38	11.6
	ท้วม	26	7.9
	เริ่มอ้วน และอ้วน	59	18.0
	น้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	11.03 (3.08) กิโลกรัม	
	ส่วนสูงเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	79.91 (10.35) เซนติเมตร	
อายุ 3 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน			
	ส่วนสูงระดับดี	235	77.8
	รูปร่างสมส่วน	213	70.5
	ค่อนข้างเตี้ย และเตี้ย	67	22.2
	ค่อนข้างผอม และผอม	36	12.0
	ท้วม	18	6.0
	เริ่มอ้วน และอ้วน	35	11.6
	น้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	16.78 (3.93) กิโลกรัม	
	ส่วนสูงเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	101.2 (7.86) เซนติเมตร	

3. ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างมีคุณภาพ

3.1 ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษา

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนระดับประถมศึกษา

นักเรียนประถมศึกษากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) อยู่ที่ 9.1 (1.8) ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน (ร้อยละ 63.6) โดยที่มือน้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

อยู่ที่ 29.6 (9.7) กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 132.4 (12.1) เซนติเมตร แต่จากผลการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 12.7 ของเด็กระดับชั้นประถมศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10 มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูงมีร้อยละ 14.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 1,800 คน

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	763	42.4
	หญิง	1,037	57.6
อายุ	อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 9.1 (1.8) ปี		
	อายุน้อยที่สุด-มากที่สุด = 6.0 - 12.0 ปี		
น้ำหนัก	น้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 29.6 (9.7) กิโลกรัม		
	น้ำหนักน้อยที่สุด-มากที่สุด = 15.0 กิโลกรัม - 73.0 กิโลกรัม		
ส่วนสูง	ส่วนสูงเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 132.4 (12.1) เซนติเมตร		
	ส่วนสูงน้อยที่สุด-มากที่สุด = 106.0 เซนติเมตร - 169.0 เซนติเมตร		
การเจริญเติบโต	ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	1,144	63.6
	ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย	228	12.7
	ค่อนข้างผอมและผอม	257	14.3
	ท้วม	65	3.6
	ค่อนข้างอ้วนและอ้วน	106	5.8

3.1.2 ข้อมูลทัศนสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษา

จากข้อมูลทางทัศนสุขภาพ จะพบว่านักเรียนประถมศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแปรงฟัน โดยที่แปรงฟันใน

ตอนเช้ามากที่สุดร้อยละ 92.8 แต่ก็ยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากคือ มีฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 72.7 นอกจากนั้นยังมีฟันที่ถูกอุด ถูกถอน และมีเหงือกบวมแดงอีกด้วย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ข้อมูลทัศนสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 1,800 คน

ข้อมูลทัศนสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีฟันผุ		
ไม่มีฟันผุ	492	27.3
มีฟันผุ 1 ซี่	319	17.7
มีฟันผุ 2 ซี่	285	15.8
มีฟันผุ 3 ซี่	180	10.1
มีฟันผุมากกว่า 3 ซี่ขึ้นไป	524	29.1
มีฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน		
ไม่ได้เคลือบหลุมร่องฟัน	1,357	75.4
1 ซี่	114	6.3
2 ซี่	155	8.6
3 ซี่	43	2.4
3 ซี่ขึ้นไป	131	7.3
มีฟันที่ถูกอุด		
ไม่มี	1,286	71.5
1 ซี่	212	11.8
2 ซี่	141	7.8
3 ซี่ขึ้นไป	161	8.9
มีฟันที่ถูกถอน		
ไม่มี	1,136	63.1
1 ซี่	249	13.8
2 ซี่	157	8.7
3 ซี่ขึ้นไป	258	14.4
มีเหงือกบวมแดง		
ไม่มี	1,618	89.9
มี	182	10.1
การแปรงฟัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แปรงฟันตอนเช้า	1,670	92.8
แปรงฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน	1,101	61.2
แปรงฟันก่อนนอน	1,265	70.3

3.1.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6

เด็กนักเรียนประถมศึกษาทุกกลุ่มตัวอย่างมีการ
รับประทานอาหารระหว่างมื้อกับไม่รับประทานอาหารในสัดส่วน

ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก (ร้อยละ 47.7 และร้อยละ 52.3 ตาม
ลำดับ) แต่ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารนมกรูบกรอบ (84.7)
เครื่องดื่มที่มีรสหวาน (81.0) น้ำอัดลม (74.8) ลูกอมหรือ
ทอฟฟี่ (70.7) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 894 คน

พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารระหว่างมื้อ		
ไม่ได้รับประทาน	468	52.3
นานๆ ครั้ง	51	5.7
บางวัน	157	17.6
ทุกวัน	218	24.4
การรับประทานนมกรูบกรอบ		
ไม่ได้รับประทาน	137	15.3
นานๆ ครั้ง	161	18.0
บางวัน	410	45.9
ทุกวัน	186	20.8
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน		
ไม่ได้ดื่ม	170	19.0
นานๆ ครั้ง	227	25.4
บางวัน	396	44.3
ทุกวัน	101	11.3
การดื่มน้ำอัดลม		
ไม่ได้ดื่ม	225	25.2
นานๆ ครั้ง	272	30.4
บางวัน	333	37.2
ทุกวัน	64	7.2
รับประทานลูกอม/ทอฟฟี่		
ไม่ได้รับประทาน	262	29.3
นานๆ ครั้ง	275	30.8
บางวัน	314	35.1
ทุกวัน	43	4.8

3.2 ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตั้งครรภ์ร้อยละ 0.1 นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (19.61 กก./ตร.ม.) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 48.2) เส้นรอบเอวเฉลี่ยทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 8)

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา เด็กนักเรียนมัธยมศึกษากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.4) ในนักเรียนหญิงเคยมีการ

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1,559 คน

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	586	37.6
	หญิง	973	62.4
การตั้งครรภ์	เคย	1	0.1
	ไม่เคย	972	99.9
น้ำหนัก			
น้ำหนักเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 49.5 (10.6) กิโลกรัม			
น้ำหนักน้อยที่สุด-มากที่สุด = 23.0 กิโลกรัม - 120.0 กิโลกรัม			
ส่วนสูง			
ส่วนสูงเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 158.6 (8.6) เซนติเมตร			
ส่วนสูงน้อยที่สุด-มากที่สุด = 120.0 เซนติเมตร - 189.0 เซนติเมตร			
รอบเอวนักเรียนชายอายุ 15 ปีขึ้นไป			
ปกติ (น้อยกว่า 90 เซนติเมตร)		341	94.7
เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง (มากกว่าหรือเท่ากับ 90)		19	5.3
รอบเอวเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 72.8 (9.5) เซนติเมตร			
รอบเอวน้อยที่สุด-มากที่สุด = 45.7 เซนติเมตร - 117.0 เซนติเมตร			
รอบเอวนักเรียนหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป			
ปกติ (น้อยกว่า 80 เซนติเมตร)		520	90.4
เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง (มากกว่าหรือเท่ากับ 80)		55	9.6
รอบเอวเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 69.1 (7.8) เซนติเมตร			
รอบเอวน้อยที่สุด-มากที่สุด = 47.5 เซนติเมตร - 113.0 เซนติเมตร			
BMI (ดัชนีมวลกาย)			
น้อยกว่าปกติ (น้อยกว่า 18.50 กก./ตร.ม.)		614	39.4
ปกติ (18.50-22.99 กก./ตร.ม.)		750	48.2
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99 กก./ตร.ม.)		114	7.3
โรคอ้วน (25.00-29.99 กก./ตร.ม.)		60	3.8
โรคอ้วนขั้นรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 30.00 กก./ตร.ม.)		21	1.3
BMI เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 19.61 (3.37) กก./ตร.ม.			
BMI น้อยที่สุด-มากที่สุด = 12.26-45.14 กก./ตร.ม.			

3.2.2 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

เด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 77.7) แต่ก็ยังมีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.6 ที่เคยดื่มและปัจจุบันก็ยังคง

ดื่มอยู่ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 2.5 ส่วนการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีส่วนน้อยที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 26.0 และร้อยละ 3.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 1,559 คน

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคื่อดื่ม	1,212	77.7
เคยดื่ม แต่ปัจจุบันไม่ดื่มแล้ว	213	13.7
เคยดื่มและยังดื่มอยู่ในรอบปีที่ผ่านมา	134	8.6
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	1,497	96.0
สูบ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	24	1.5
เคยสูบ แต่ปัจจุบันไม่สูบแล้ว	38	2.5
1 ปีที่ผ่านมา เคยตรวจวัดความดันโลหิต		
ไม่เคยตรวจ	1,154	74.0
เคยตรวจ	405	26.0
ผลการตรวจ		
ปกติ	401	25.8
เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง	2	0.1
มีความดันโลหิตสูง	2	0.1
1 ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน		
ไม่ได้รับ	1,512	97.0
ได้รับ	47	3.0
ผลการตรวจคัดกรอง		
ปกติ	47	100.0
เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	0	0.0

4. ข้อมูลการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ (อัตราการคลอดต่อพันคน) ในอายุ 18 ปี รองลงมาคืออายุ 17 ปี
วัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี มีการคลอดมากที่สุด และ 19 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ข้อมูลการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 100 คน

ข้อมูลการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี	จำนวน	อัตราต่อพันคน
ข้อมูลการคลอด		
ไม่เคยคลอด	68	680.0*
เคยคลอด เมื่ออายุ	32	320.0*
16 ปี	2	20.0*
17 ปี	9	90.0*
18 ปี	13	130.0*
19 ปี	8	80.0*

* อัตราการคลอดต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1,000 คน

5. ข้อมูลการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย รับการบริการวางแผนครอบครัวหรือเรียกอีกอย่างว่าการ
5.1 ข้อมูลการได้รับบริการวางแผนครอบครัวใน คุมกำเนิดทุกประเภทร้อยละ 100 โดยวิธีการที่ใช้คุมกำเนิด
หญิงวัยเจริญพันธุ์ มากที่สุดคือ การทำหมันหญิง ร้อยละ 35.9 รองลงมา
หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีกลุ่มตัวอย่างได้ เป็นการกินยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ตามลำดับ
(ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ข้อมูลการได้รับบริการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี จำนวน 479 คน

ข้อมูลการได้รับบริการวางแผนครอบครัวหญิงในวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน		
ไม่คุม	171	37.1
คุม วิธีที่ใช้คุมกำเนิดในปัจจุบัน	290	62.9
หมันหญิง	104	35.9
ยาเม็ด	93	32.1
ยาฉีด	80	27.6
ถุงยาง/ห่วงอนามัย/ยาฝังคุมกำเนิด	13	4.4

- 5.2 การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งในกลุ่มนี้มีที่ตรวจเป็นประจำ
สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 81.4 มีการตรวจ ทุกเดือนเพียงร้อยละ 32.7 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ข้อมูลการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 30-70 ปี จำนวน 634 คน

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพื่อหาล้างผิดปกติ		
ไม่เคยตรวจ	118	18.6
เคยตรวจ บางเดือน	309	48.7
ตรวจ ทุกเดือน	207	32.7

6. ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

6.1 ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 82.2 โดยโรคที่เป็นมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อต่อ-กระดูก และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ร้อยละ 84.3 ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 24.9 มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 23.2

เคยพลัดตก หกล้มในรอบปีที่ผ่านมา สัดส่วนในการหกล้ม นอกบ้านกับในบ้านไม่ต่างกัน เวลาที่พลัดตกหกล้มเป็นเวลากลางวันมากถึงร้อยละ 90.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง และร้อยละ 91.5 ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยแหล่งที่ให้ความรู้หรือคำแนะนำมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลงมาคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาล (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 658 คน

ข้อมูลภาวะสุขภาพประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังในประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป		
ไม่มีโรคประจำตัว	58	8.8
โรคความดันโลหิตสูง	138	21.0
โรคข้อต่อ-กระดูก	113	17.2
โรคเบาหวาน	106	16.1
โรคตา	84	12.8
โรคไต	23	3.5
โรคหัวใจ	20	3.0
โรคช่องปาก	19	2.9
โรคหอบหืด	17	2.6
อัมพาต/อัมพฤกษ์	5	0.8
โรคซึมเศร้า	5	0.8
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4	0.6
อื่นๆ	66	10.1
ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่ได้รับ	103	15.7
ได้รับ	555	84.3
ปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ		
กลั้นได้ปกติ	494	75.1
กลั้นไม่ได้บางครั้ง (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง)	113	17.2
กลั้นไม่ได้	51	7.7
มีปัญหาการพลัดตก/หกล้ม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	502	76.8
เคย	152	23.2
สถานที่ที่หกล้ม		
ในบ้าน	71	46.7
นอกบ้าน	81	53.3

ข้อมูลภาวะสุขภาพประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป	จำนวน	ร้อยละ
เวลาที่หกล้ม		
กลางวัน	128	90.1
กลางคืน	14	9.9
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ทำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีใครช่วย	580	87.6
ทำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องมีผู้ช่วยในบางครั้ง	79	11.9
ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	3	0.5
การได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ		
ไม่เคย	56	8.5
เคย	604	91.5
แหล่งที่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำ		
อสม.	494	81.5
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	464	76.6
พยาบาล	181	29.9
แพทย์	113	18.6
วิทยุ	58	9.6
ทีวี	53	8.8
เสียงตามสาย	42	6.9
หนังสือต่างๆ	38	6.3
แผ่นพับ ใบปลิว	14	2.3
อื่นๆ (ลูก)	1	0.2

7. ผลการสำรวจตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

จากตารางที่ 14 ผลการสำรวจตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย มีดังนี้

1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ มีทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียง 1 ตัวชี้วัดเท่านั้น คือ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 76.7)

2. การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเพียง 1 ตัวชี้วัด คือ เด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 (ร้อยละ 77.8 และร้อยละ 70.5)

3. การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ มีทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 2 ตัวชี้วัด คือ

ร้อยละของนักเรียนมีภาวะอ้วนไม่เกิน 15 (ร้อยละ 5.8) และ ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (ร้อยละ 100)

4. การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ มี 1 ตัวชี้วัด คือ อัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน และไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

5. การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย มีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 1 ตัว คือ หญิงอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 81.4)

6. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 1 ตัวชี้วัด คือ ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะกายใจร้อยละ 80 ผลการสำรวจพบร้อยละ 91.5 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ตารางที่ 14 ผลการสำรวจตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลสำรวจ (ร้อยละ)
1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ		
1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่า 60	76.7
1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่า 90	70.3*
1.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	100	72.5*
1.4 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่า 65	62.3*
2. การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ		
2.1 ร้อยละของเด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่า 50	39.5*
2.2 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกิน 7	8.6*
2.3 ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	
ส่วนสูงระดับดี		80.7
รูปร่างสมส่วน		62.5*
2.4 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 70	15.0*
2.5 ร้อยละของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 70	35.3*
2.6 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีความเสี่ยงฟันผุ ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 50	16.3*
2.7 ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	
ส่วนสูงระดับดี		77.8
รูปร่างสมส่วน		70.5
3. การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ		
3.1 ร้อยละของนักเรียนมีภาวะอ้วน	ไม่เกิน 15	5.8
3.2 ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	63.6*
3.3 ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก	ไม่น้อยกว่า 85	100.0
3.4 ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	ไม่น้อยกว่า 30	24.6*
4. การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ		
4.1 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)	ไม่เกิน 50	320.0*
5. การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย		
5.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภท	ไม่น้อยกว่า 80	62.9*
5.2 ร้อยละของหญิงอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ไม่น้อยกว่า 80	81.4
6. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ	ไม่น้อยกว่า 80	91.5

* ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบข้อมูลตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยจากการสำรวจกับข้อมูลจากระบบรายงานปกติ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลจากรายงานไตรมาส ⁽¹¹⁾ (ร้อยละ)**	ผลสำรวจ (ร้อยละ)
1. การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ			
1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่า 60	65.6	76.7
1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่า 90	63.8	70.3*
1.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	100	100	72.5*
1.4 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่า 65	88.8	62.3*
2. การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ			
2.1 ร้อยละของเด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่า 50	56.4	39.5*
2.2 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกิน 7	9.2*	8.6*
2.3 ร้อยละของเด็ก 0 – 2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	85.9	
ส่วนสูงระดับดี			80.7
รูปร่างสมส่วน			62.5*
2.4 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 70	83.0	15.0*
2.5 ร้อยละของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 70	83.0	35.3*
2.6 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีที่มีความเสี่ยงฟันผุ ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช (อายุต่ำกว่า 1 ปี)	ไม่น้อยกว่า 50	79.0	16.3*
2.7 ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	78.1	
ส่วนสูงระดับดี			77.8
รูปร่างสมส่วน			70.5
3. การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ			
3.1 ร้อยละของนักเรียนมีภาวะอ้วน	ไม่เกิน 15	3.5	5.8
3.2 ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ไม่น้อยกว่า 70	80.1	63.6*
3.3 ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก	ไม่น้อยกว่า 85	91.0	100.0
3.4 ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	ไม่น้อยกว่า 30	75.0	24.6*
4. การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ			
4.1 อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี (ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)	ไม่เกิน 50	31.3	320.0*
5. การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย			
5.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภท	ไม่น้อยกว่า 80	83.4	62.9*
5.2 ร้อยละของหญิงอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ไม่น้อยกว่า 80	80.9	81.4
6. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			
6.1 ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ	ไม่น้อยกว่า 80	92.2	91.5

* ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

** ข้อมูลจากรายงานประจำไตรมาส ณ วันที่ 30 กันยายน 2556⁽¹¹⁾

อภิปรายผล

1. อภิปรายผลการศึกษา

1.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

จากผลการสำรวจ แม่หญิงกลุ่มตัวอย่างจะมีการเข้ารับบริการฝากครรภ์มากถึงร้อยละ 98.3 แต่การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 70.3 และการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์มีเพียงร้อยละ 76.7 แม้จะมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการฝากครรภ์ในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 ยังนับว่าน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 1.7 ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ซึ่งจุดมุ่งหลักของการฝากครรภ์คือ การใช้วิธีการทางการแพทย์มาป้องกันเพื่อใช้ในการดูแลผู้ตั้งครรภ์ให้มีภาวะของการเจ็บป่วยและการตายในมารดาและบุตรในครรภ์น้อยที่สุด โดยการส่งเสริมแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อจะได้มีการดูแลอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด สำหรับการได้รับยาเสริมวิตามินในระหว่างตั้งครรภ์พบว่าได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพียงร้อยละ 72.5 ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 93.3 และยาเม็ดโฟลิคร้อยละ 81.1 ซึ่งยังไม่ครอบคลุม และยังพบว่าสตรีในกลุ่มที่ได้รับยาไม่ได้กินยาทุกวัน โดยเฉพาะยาเม็ดเสริมไอโอดีนซึ่งมีความสำคัญมากเพราะภาวะผิดปกติเนื่องจากการขาดไอโอดีน (IDD) มีผลต่อการพัฒนาสมองของเด็กเป็นอย่างมาก โดยหากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีนมีความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองของลูก ลูกที่ออกมาจะมีภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (Hypothyroidism) ตั้งแต่แรกเกิด และหากขาดไอโอดีนในระดับที่รุนแรงจะกระทบกระเทือนต่อการพัฒนาของสมองและระบบประสาทอาจทำให้ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้การขาดไอโอดีนยังเป็นสาเหตุใหญ่ของการเกิดภาวะสติปัญญาอ่อนและความบกพร่องของการพัฒนาทางกายของเด็กเล็กในระดับโลกที่สามารถป้องกันได้ [12,13] ส่วนการได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.3 ยังนับว่าค่อนข้างต่ำ การเยี่ยมหลังคลอดหลังจากที่มารดาและทารกออกจากโรงพยาบาลนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน นอกจากนี้ยังเป็นการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตัวมารดาและเด็กได้ด้วย

ทั้งนี้ จากผลการสำรวจการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ พบว่าการเข้าถึงบริการทางสุขภาพต่างๆ ค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติ ซึ่งได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติ (การฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 65.6 และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 70.3 ตามลำดับ) มีเพียงการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนที่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจต่ำกว่า ข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติมาก กล่าวคือข้อมูลจากระบบรายงานปกติอยู่ที่ร้อยละ 100 [11] แต่จากการสำรวจพบว่าเพียงร้อยละ 72.5 เท่านั้น

1.2 การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ

จากผลการสำรวจมีเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม อยู่ถึงร้อยละ 8.6 ซึ่งน้ำหนักแรกคลอดของทารกเป็นตัวชี้วัดที่ดีของสุขภาพและสภาวะทางโภชนาการของผู้เป็นแม่ และยังเป็นตัวชี้วัดที่ดีของโอกาสมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต สุขภาพในระยะยาว และการพัฒนาทางจิตของทารก เกิดใหม่ด้วย การมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กอย่างน่าวิตกมากมาย ทารกที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอในระหว่างอยู่ในครรภ์ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในวัยเยาว์หรือขณะยังแบเบาะสูงชันอย่างมาก และเด็กที่รอดมาได้จะมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีโอกาสเป็นไปได้ว่าเด็กเหล่านั้นจะอยู่ในสภาพร่างกายที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อไป ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอไปตลอดชีวิต เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำยังมีแนวโน้มว่าจะมีระดับสติปัญญาต่ำและพิการทางสติปัญญา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผลการเรียนในวัยเด็กและการทำงานเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ ในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 39.5 ที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียว ซึ่งการเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ในช่วง 1-2 ปีแรกจะช่วยป้องกันเด็กจากการติดเชื้อ เพราะเด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อการเจริญเติบโต ประหยัดและปลอดภัย ส่วนการได้รับการบริการทางทันตสุขภาพของเด็กในรอบปีที่ผ่านมาซึ่งเป็นการเฝ้าระวังและติดตามการเกิดโรคในช่องปาก เพื่อให้สามารถตรวจพบโรคหรือความผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม สามารถป้องกันหรือควบคุมได้อย่างทันท่วงที

ก่อนที่โรคทางช่องปากจะลุกลาม แต่จากการสำรวจพบการได้รับการบริการทางทันตสุขภาพค่อนข้างต่ำ มีเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 15 พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการสอนแปรงฟันให้เด็กร้อยละ 35.3 และมีเด็กเพียงร้อยละ 16.3 ที่ได้รับการทายาฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุสำหรับสภาวะโภชนาการเด็กพบว่าเด็กอายุ 0-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อแบ่งเป็นเด็กอายุไม่เกิน 3 ปี มีกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ ร้อยละ 19.2 และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง ร้อยละ 11.6 และในเด็กอายุ 3-5 ปี มีกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ ร้อยละ 22.2 และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง ร้อยละ 12.0 ซึ่งสภาวะทางโภชนาการของเด็กเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงสภาพโดยรวมของเด็ก เมื่อเด็กได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ไม่เจ็บป่วยบ่อยๆ และได้รับการดูแลอย่างดี เด็กจะมีการเจริญเติบโตอย่างสมส่วนและถือว่าได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี ส่วนภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กที่เสียชีวิตทั่วโลก เด็กที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอมักจะเสียชีวิตด้วยความเจ็บป่วย ส่วนเด็กที่มีชีวิตรอดถ้าเจ็บป่วยบ่อยๆ จะทำให้การเจริญเติบโตชะงัก โดย 3 ใน 4 ของเด็กที่เสียชีวิตเกิดจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอเล็กน้อยหรือปานกลางและไม่มีการแสดงออกมาให้เห็น [14] ทั้งนี้จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติ กล่าวคือข้อมูลจากระบบรายงานปกติมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ค่อนข้างสูงและผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนอกจากจะไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายแล้วยังพบว่ามีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดค่อนข้างต่ำมาก โดยเฉพาะการได้รับการบริการทางทันตกรรม มีเพียงข้อมูลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และเด็ก 0-2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วนเท่านั้นที่พบว่าสอดคล้องกัน [11]

1.3 การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ

จากผลการสำรวจพบว่ามียุทธศาสตร์ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 ที่มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 12.7 ของเด็กระดับประถมศึกษาที่มีภาวะ

ทุพโภชนาการเรื้อรังปานกลางหรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับอายุ และร้อยละ 14.3 มีภาวะโภชนาการเฉียบพลันปานกลางหรือผอมกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง และจากข้อมูลทางทันตสุขภาพยังพบว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากคือ มีฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป มากถึงร้อยละ 72.7 นอกจากนั้นยังมีฟันที่ถูกอุด ถูกถอน และมีปัญหาเหงือกบวมแดงอีกด้วย ปัญหาด้านทันตสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในนักเรียนประถมศึกษา เพราะนอกจากจะมีผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพช่องปากของเด็กแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการเรียนและพัฒนาการของเด็ก นักเรียนประถมศึกษาอยู่ในช่วงอายุ 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีฟันแท้ขึ้นใหม่ๆ ลักษณะรูปร่างฟันมีหลุมร่องลึกทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย [15] นอกจากอุปนิสัยของเด็กที่ชอบรับประทานของหวาน ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจที่พบว่าเด็กมีการรับประทานอาหารระหว่างมื้อร้อยละ 47.7 และร้อยละ 84.7 รับประทานขนมกรุบกรอบ ร้อยละ 81.0 ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 74.8 ดื่มน้ำอัดลม และร้อยละ 70.7 รับประทานลูกอมหรือทอฟฟี่ ตลอดจนเด็กมีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่เพียงพอ ซึ่งโรคในช่องปากเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเริ่มต้นส่งเสริมตั้งแต่วัยเด็ก การฝึกฝนให้เด็กมีทันตสุขนิสัยที่ดี และการส่งเสริมและป้องกัน รวมทั้งการบำบัดรักษาในระยะเริ่มแรกของการเป็นโรคจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากของเด็กได้

ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลจากการสำรวจมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติ พบว่าจากตัวชี้วัดในการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพทั้งหมด 4 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่มีข้อมูลการดำเนินงานไม่สอดคล้องกันอย่างเห็นได้ชัดมี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ซึ่งจากระบบรายงานไตรมาสมีร้อยละ 80.1 แต่จากการสำรวจมีร้อยละ 63.6 และร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน พบข้อมูลการดำเนินงานที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างข้อมูลจากระบบรายงานมีเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันสูงถึงร้อยละ 75.0 แต่ข้อมูลจากการสำรวจพบว่าต่ำมาก มีเพียงร้อยละ 24.6 เท่านั้น

1.4 การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายและด้านเพศอย่างรวดเร็ว มีแรงขับทางเพศตามธรรมชาติ ต้องการอยากรู้ อยากลองเรื่องเพศ กอปรกับเมื่อสภาพแวดล้อมและสังคมในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีตามกระแสโลกาภิวัตน์ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้ง่าย ทำให้สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร [16] ดังจะเห็นได้จากการสำรวจพบว่าอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน มีค่าสูงมาก (อัตรา 320 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน) ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุยังน้อย บ่อยครั้งที่ต้องถูกแยกตัวออกจากสังคมโดยที่ผู้เป็นแม่ยังมีการศึกษาเพียงเล็กน้อยและได้รับการฝึกวิชาชีพต่ำ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมความยากจนในเพศหญิงให้เกิดความรุนแรงขึ้น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ถ้ายังอยู่ในระบบการศึกษามีโอกาสต้องออกจากโรงเรียนเร็ว ซึ่งส่งผลให้มีระดับภาวะการเจริญพันธุ์ที่สูง อีกทั้งยังจะต้องเผชิญกับความรุนแรงในบ้านและเสียชีวิตเนื่องจากการคลอดบุตรมากกว่าสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป [16]

1.5 การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย

1.5.1 การได้รับการวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์

ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการบริการวางแผนครอบครัวทุกประเภทร้อยละ 100 โดยวิธีการที่ใช้คุมกำเนิดมากที่สุดคือการทำหมันหญิง ร้อยละ 35.9 รองลงมาเป็นการกินยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ตามลำดับ ซึ่งการวางแผนคุมกำเนิดที่เหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญต่อสุขภาพของสตรีและเด็ก กล่าวคือช่วยป้องกันสตรีจากการตั้งครรภ์ในขณะอายุน้อยหรือมากเกินไป ช่วยเว้นระยะการมีบุตร และช่วยในการกำหนดจำนวนบุตรอีกด้วย [7]

1.5.2 การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

แม้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติได้ด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องเป็นประจำนั้นจะทำให้ทราบถึงสภาพที่ปกติของเต้านม หากเกิดความผิดปกติของเต้านมจะสามารถพบได้ตั้งแต่เนิ่นๆ คือ สามารถคลำพบก้อนได้ขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ซึ่งหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว

จะลดความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ แต่จากการสำรวจพบว่าในสตรีมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 81.4 ซึ่งในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 32.7 ที่ตรวจเป็นประจำทุกเดือน

เมื่อนำข้อมูลจากการสำรวจมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากระบบรายงานปกติ [11] พบว่าข้อมูลจากการสำรวจของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภทต่ำกว่าข้อมูลจากรายงาน (ข้อมูลจากการสำรวจร้อยละ 62.9 ข้อมูลจากรายงานร้อยละ 83.4) ส่วนข้อมูลร้อยละของหญิงอายุ 30-70 ปีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสอดคล้องกันของข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งที่มา คือมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

1.6 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะกลุ่มเฉพาะ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง ในขณะเดียวกันเกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 82.2 โดยโรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.3 มีปัญหาในการกลืน ปัสสาวะ ร้อยละ 23.2 เคยพลัดตกหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา และแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 91.5 ที่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 8.5) ที่ไม่เคยได้รับการเลย ในวัยสูงอายุอาจทำให้เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุ เหล่านี้ทำให้มีความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ “การพัฒนา การคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอย” ของสถานะทางสุขภาพ เพื่อที่จะพยายามให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้ยาวนานที่สุด [17]

ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากรายงาน [11] พบว่ามีความสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือมีผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาทักษะกายใจมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 90

2. อภิปรายวิธีดำเนินการศึกษา

2.1 อคติของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ อาจจะทำให้เกิดอคติที่ปรากฏในข้อค้นพบของงานวิจัยอันเนื่องมาจากขั้นตอนในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล อคตินี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ตัวผู้สัมภาษณ์เอง (อาจมีอคติหรือถาปนาคำถาม) (2) ตัวผู้ให้สัมภาษณ์ (เช่น อาจให้คำตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือบิดเบือนคำตอบ) และ (3) สภาพแวดล้อมในขณะที่สัมภาษณ์ (ทั้งทางกายภาพและสังคม) อย่างไรก็ตาม ในการออกแบบการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ได้ลดอคติจากสาเหตุหนึ่งด้วยการคัดเลือกผู้สัมภาษณ์และมีการอบรมเพื่อให้เข้าใจกระบวนการเก็บข้อมูลและบทบาทหน้าที่ของตน และการกำหนดคำพูดตายตัวในการถามคำถามไว้ในคู่มือการเก็บข้อมูล

นอกจากนี้ รูปแบบการศึกษาโดยใช้การสำรวจอย่างรวดเร็ว (Rapid survey) ที่มีหลักการคือ การสำรวจโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ที่น้อยที่สุด แต่มีอำนาจการทดสอบการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ (Power of test) มีการสุ่มข้อมูลที่ถูกต้องหลักวิชาการ เพื่อให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือ และสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้อีกทั้งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งปฐมภูมิ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียด ทันเวลา เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าจะเป็นตัวอย่างที่มาจากขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม แต่ข้อมูลที่ได้อาจเป็นเพียงค่าประมาณ

2) การสำรวจทำให้ได้ข้อมูลปฐมภูมิที่หายละเอียดตามที่ผู้ต้องการค่อนข้างมาก มีความผิดพลาดน้อย เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดเนื่องจากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงและมีความทันสมัย สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แต่ก็สิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดเก็บข้อมูลค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

1) ผลจากการสำรวจตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ต่างๆ จะเห็นได้ว่ามีข้อมูลในหลายตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องกับระบบรายงานของผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอและจังหวัด ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ (การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน การได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์) การดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ (เด็กทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรกกินนมแม่อย่างเดียว และการเข้าถึงการบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี) การพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ (เด็กอายุ 6-12 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน) การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ (อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี) การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทย (หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับการวางแผนครอบครัวทุกประเภท) ดังนั้น การสำรวจซึ่งมีวิธีการที่น่าเชื่อถือจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องนำไปสู่การศึกษาแนวทางแก้ไขได้ตรงกับสภาพปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

2) การสำรวจอาจต้องใช้เวลาและงบประมาณในการจัดเก็บข้อมูลค่อนข้างมาก แต่ก็ทำให้ได้ข้อมูลที่ให้รายละเอียดตรงตามความต้องการของผู้ใช้ การเลือกข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อการสำรวจในครั้งต่อไป อาจพิจารณาเลือกเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับที่ได้จากระบบรายงานปกติหรือเลือกเฉพาะประเด็นที่เป็นตัวชี้วัดจริงๆ เท่านั้น เพื่อลดเวลาและงบประมาณสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา : <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf> [8 เมษายน 2557]
- [2] สำนักโรคบาดविทยา กรมควบคุมโรค. รายงานระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา : <http://www.boe.moph.go.th/> [8 เมษายน 2556]
- [3] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
- [4] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในนักเรียน. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
- [5] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ข้อมูลสารสนเทศทันตสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา : <http://www.yimsodsai.com> [10 พฤษภาคม 2557]
- [6] กองโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546.
- [7] สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2557) [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา : <http://rh.anamai.moph.go.th/home.html> [15 พฤษภาคม 2557]
- [8] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
- [9] สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา : <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php> [10 พฤษภาคม 2557]
- [10] Levy P.S. L.S. Sampling of populations: Methodology and applications. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1999.
- [11] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลดำเนินงานตามตัวชี้วัดกรมอนามัย [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา : <http://doc.anamai.moph.go.th/admin/index.php> [2 พฤศจิกายน 2557]
- [12] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549. กรุงเทพมหานคร, 2549.
- [13] มหาวิทยาลัยมหิดล. รู้จักกับไอโอดีน [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา : <http://www.il.mahidol.ac.th/e-media/iodine/chapter1/iodine.html> [27 ตุลาคม 2557]
- [14] พรทิพย์ คำพอ. สุขภาพเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: อักษรสยามการพิมพ์, 2542.
- [15] คู่มือการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา. การดำเนินงานกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพของนักเรียนที่ครูทำได้. กรุงเทพฯ, 2553.
- [16] วิโรจน์ อารีรักษ์. การดูแลสุขภาพและการให้คำแนะนำวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1997) จำกัด, 2553.
- [17] ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2552.



ประเมินผลการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียน

ก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

ของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556

EVALUATION OF THE TRAINING COURSE ON TECHNIQUES TO DEVELOP THE HEALTH PROMOTING SCHOOL DIAMOND LEVEL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTER 7 UBONRATCHATHANI, FISCAL YEAR 2013

เยาวลักษณ์ แสนทวีสุข
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556 การจัดอบรมประกอบด้วย การบรรยาย การจัดนิทรรศการ การแบ่งกลุ่มเข้าฐานความรู้แยกประเด็นรายละเอียดตามตัวชี้วัด การอภิปรายซักถาม ปัญหา การฝึกปฏิบัติเป็นผู้ประเมินในสถานที่จริง ณ โรงเรียนที่จัดเตรียมไว้ให้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เข้าอบรมจำนวน 52 คน และผู้บังคับบัญชาาระดับต้นของผู้เข้าอบรม จำนวน 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบและแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 26-28 มิถุนายน 2556 และแบบติดตามผลการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาาระดับต้นด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์ระหว่างวันที่ 10-30 กันยายน 2556 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.10 คะแนน โดยมีความพึงพอใจต่อการจัดอบรม ระดับดี ร้อยละ 80.8 ใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ การจัดอบรมโดยภาพรวม เอกสารประกอบการอบรม และความครบถ้วนของหลักสูตร เมื่อติดตามผลการปฏิบัติงานภายหลังการอบรม 3 เดือน จากความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาาระดับต้นเห็นว่า ผู้เข้าอบรมมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.1 โดยนำความรู้จากการฝึกอบรมมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน นำความรู้ประสบการณ์มาถ่ายทอดแก่เพื่อนร่วมงาน ทำงานได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ระดับดี ร้อยละ 57.9 มากที่สุด 3 หัวข้อ ได้แก่ โภชนาการและสุขภาพในโรงเรียน การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

การจัดอบรมทำให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสนใจ กระตือรือร้น เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น มีความพึงพอใจในระดับดีต่อการจัดอบรมในภาพรวม และเมื่อติดตามผลการดำเนินงานหลังผ่านการอบรมไปแล้ว 3 เดือน จากผู้บังคับบัญชาาระดับต้น พบว่า มีความพึงพอใจที่ผู้เข้าอบรมมีการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในระดับดี ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนและพัฒนางานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ซึ่งจากการประเมินผลการอบรมครั้งนี้จะนำข้อมูลจากการประเมินผลการจัดอบรมมาวางแผนและปรับปรุงพัฒนาการจัดอบรมในครั้งต่อไป

1. บทนำ

การพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนให้มีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยการสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ดี และมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นแนวทางที่ถูกกล่าวไว้อย่างชัดเจนในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2554 นอกจากนั้นพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 6 ระบุเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนข้อหนึ่งว่า “ให้เด็กมีสุขภาพและพละอนามัยแข็งแรง รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งเสพติด”

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในสัปดาห์ของประเทศไทย ปี 2555 พบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 17.7 เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 7.3 นักเรียนประถมศึกษาพื่นแท้ ร้อยละ 54.3 นักเรียนมัธยมศึกษาพื่นแท้ ร้อยละ 65.4 เป็นโรคเหา ร้อยละ 18.1 มีพฤติกรรมล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 51.2 และล้างมือหลังการใช้ส้วม ร้อยละ 68.0 [1] ผลการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนจังหวัดในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี พบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 14.8 เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 8.1 พื่นแท้ ร้อยละ 78.5 เป็นโรคเหา ร้อยละ 8.4 มีพฤติกรรมล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 59.3 และล้างมือหลังการใช้ส้วม ร้อยละ 77.6 [2]

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงได้ดำเนินการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนตามแนวทางโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน รวมทั้งผู้ปกครองและชุมชน เพื่อให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์รวมของการพัฒนาสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่กรมอนามัยได้ร่วมดำเนินการกับกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้เรียนผ่านกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่เน้นการวัดผลทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และผลการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการมาตั้งแต่ปี 2545 ก่อให้เกิดผลเป็นที่น่าพอใจ โดยมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการและสามารถพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพจนผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับ

ทองแดง ระดับเงิน และระดับทอง เพิ่มขึ้นทุกปีติดต่อกันเป็นลำดับ เกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดภายใต้องค์ประกอบ 10 ประการ ซึ่งส่วนใหญ่เน้นด้านกระบวนการของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นทิศทางแก่โรงเรียน แต่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพมากนัก ดังนั้น เมื่อการพัฒนางานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดำเนินมาถึงโรงเรียนบรรลุเกณฑ์ค่อนข้างสูงดังกล่าว ในปี 2551 กรมอนามัยจึงเห็นสมควรที่จะยกระดับเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขึ้นอีกระดับหนึ่ง โดยจัดทำเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร โดยมีตัวชี้วัดที่เน้นการวัดผลทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และผลการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ [3]

จากสถานการณ์การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนผ่านกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับต่างๆ จนถึงปัจจุบัน พบว่าจำนวนโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 4,277 แห่ง ผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 76.79 โดยมีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการและการประเมินรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจากกรมอนามัย ตั้งแต่ปี 2551-2556 จำนวนทั้งสิ้น 48 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 1.12 [4] พบว่าในการพัฒนาโรงเรียนยังมีบางตัวชี้วัดที่เป็นปัญหา เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อาหารสะอาดปลอดภัย สุขาภิบาล และการดูแลทันตสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่จะต้องเน้นและสนับสนุนการจัดกิจกรรม โดยให้ความสำคัญกับบทบาทกลุ่มเครือข่ายโรงเรียนแกนนำและนักเรียนแกนนำ ชมรมเด็กไทยทำได้ ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานและเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในโรงเรียนร่วมกับครูและผู้ปกครองได้อย่างประสิทธิภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยกลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพและกลุ่มอนามัยวัยเรียนวัยรุ่น จึงจัดทำหลักสูตรอบรม “เทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ในปีงบประมาณ 2556” เป็นครั้งแรก ใช้ระยะเวลา 3 วัน โดยใช้วิธีการผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความหลากหลายและน่าสนใจ อาทิ การบรรยาย การอภิปราย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ พัฒนาความรู้ความเข้าใจ ให้นำไปพัฒนา

โรงเรียนตามเกณฑ์ชี้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการศึกษาจากกระทรวงศึกษาธิการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 7 จังหวัดรับผิดชอบ ที่เห็นความสำคัญของดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรเข้าร่วมอบรม จำนวนทั้งสิ้น 67 คน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการประเมินผลการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานจัดอบรมในครั้งต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้าอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556
- 2) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมต่อการจัดอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556
- 3) เพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมภายหลังการอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2556 จากการประเมินของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

3. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

3.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

3.2 ประชากร เป็นผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 67 คน

3.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) ผู้เข้าอบรม ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เข้าอบรมและทำแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 52 คน

2) ผู้บังคับบัญชาระดับต้นของผู้เข้าอบรมที่ตอบแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมภายหลังการอบรม จำนวน 38 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2) แบบทดสอบความรู้
- 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดอบรม
- 4) แบบติดตามผลการปฏิบัติงานภายหลังการอบรม

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

- 1) วัดความรู้ก่อนการอบรม (Pre-test) โดยใช้แบบทดสอบให้ผู้เข้ารับการอบรม ตอบแบบทดสอบในวันแรกก่อนเริ่มการฝึกอบรม
- 2) ระหว่างการอบรม สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความถูกต้องของการปฏิบัติจากการจัดกิจกรรม/การบันทึกภาพกิจกรรม
- 3) วัดความรู้หลังการอบรม (Post-test) ชั่วโมงสุดท้ายก่อนปิดการอบรม โดยการตอบแบบทดสอบชุดเดียวกันที่ทำในวันแรก
- 4) ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม ชั่วโมงสุดท้ายหลังทำแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนปิดการอบรม โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจให้ผู้เข้ารับการอบรม แสดงความคิดเห็นต่อการจัดอบรม โดยผู้เข้าอบรมประเมินด้วยตนเอง
- 5) ประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการอบรม ภายหลังการอบรม 3 เดือน ส่งแบบติดตามผลการปฏิบัติงาน ภายหลังการอบรม ให้ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นประเมินผลการปฏิบัติงาน แล้วส่งแบบติดตามกลับมาทางระบบจดหมายตอบกลับทางไปรษณีย์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) ตรวจสอบความครบถ้วน แบบทดสอบและแบบสอบถาม

2) นำข้อมูลที่ตรวจสอบครบแล้ว ลงรหัสแบบสอบถาม

3) ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ดังนี้

(1) สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลลักษณะประชากรทั่วไป ระดับความรู้ ระดับความพึงพอใจต่อการจัดอบรม และระดับผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม คือ จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(2) สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม ใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. ผลการศึกษา

4.1 มีผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด 67 คน ทำแบบทดสอบและแบบประเมินผลครบถ้วน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 77.61 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.8 และมีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน ร้อยละ 46.2 มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 31 คน ร้อยละ 59.6 และส่วนใหญ่เป็นครู จำนวน 23 คน ร้อยละ 44.2

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำความเข้าใจก่อน-หลังการอบรมพบว่าผู้เข้าอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรม 14.67 คะแนน สูงสุด 19 คะแนน และต่ำสุด 7 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ส่วนคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรม ผู้เข้าอบรมทำคะแนนเฉลี่ย 17.77 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน และต่ำสุด 14 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ของผู้เข้าอบรม พบว่าผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ก่อนการอบรมมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 48.1 ส่วนหลังการอบรมมีความรู้ในระดับดีเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 92.3 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อน-หลังการอบรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยในการทำแบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น 3.10 คะแนน

4.3 ความพึงพอใจต่อการจัดฝึกอบรมของผู้เข้าอบรม พบว่า หลังการอบรมผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ระดับดี ร้อยละ 80.8 รองลงมาคือ ความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 19.2 เมื่อแยกเป็นประเด็นที่ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจในระดับดี 3 ลำดับแรก คือ อันดับ 1 มีความพึงพอใจต่อการจัดอบรมโดยภาพรวมและเอกสารประกอบการอบรม คะแนนเฉลี่ย 4.35 เท่ากัน รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อความครบถ้วนของหลักสูตร คะแนนเฉลี่ย 4.31 และมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาของการอบรม คะแนนเฉลี่ย 4.29 ตามลำดับ และพบว่า ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจน้อยที่สุดเกี่ยวกับประเด็นของระยะเวลาการอบรม คะแนนเฉลี่ย 4.10

4.4 ผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมภายหลังการอบรม จากความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 73.07 จากร้อยละของแบบสอบถามทางโปรชนิยที่ตอบกลับมา ถือว่าอยู่ในระดับดีมาก [5] แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1) พฤติกรรมการปฏิบัติงานภายหลังการฝึกอบรม 3 เดือน จากความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น พบว่า หลังการอบรมผ่านไป 3 เดือน ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.6 เมื่อพิจารณาแยกเป็นประเด็นที่ผู้บังคับบัญชาระดับต้นมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมพบว่าอยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก คือ อันดับ 1 ผู้เข้าอบรมนำความรู้จากการฝึกอบรมมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.32 รองลงมาคือ ผู้เข้าอบรมนำความรู้ประสบการณ์มาถ่ายทอดแก่เพื่อนร่วมงาน คะแนนเฉลี่ย 4.26 และผู้เข้าอบรมทำงานได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น คะแนนเฉลี่ย 4.13 และพบว่าผู้เข้าอบรมยังมีแผนงานใหม่ๆ น้อยกว่าที่คาดหวัง คะแนนเฉลี่ย 4.08

2) การนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น พบว่า หลังการอบรมผ่านไป 3 เดือน ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่ นำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานได้ในระดับดี ร้อยละ 57.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.6 เมื่อพิจารณาแยกเป็นประเด็นที่

ผู้บังคับบัญชาในระดับต้นมีความคิดเห็นต่อการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมในแต่ละด้าน พบว่าอยู่ในระดับดีทุกประเด็น 3 ลำดับแรก ได้แก่ หัวข้อเรื่องโภชนาการและสุขภาพในโรงเรียน คะแนนเฉลี่ย 4.29 รองลงมา คือ หัวข้อเรื่องการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.29 และหัวข้อเรื่องสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน คะแนนเฉลี่ย 4.18 ซึ่งพบว่าผู้บังคับบัญชาในระดับต้นมีความคิดเห็นว่า ผู้เข้าอบรมนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนมาใช้ในการทำงานน้อยที่สุดในประเด็นที่อบรม คะแนนเฉลี่ย 4.08

5. อภิปรายผลการศึกษา

5.1 ความรู้ของผู้เข้าอบรม จากการศึกษา พบว่าผู้เข้าอบรมเกือบครึ่งหนึ่งมีความรู้ก่อนเข้าอบรม อยู่ในระดับดีร้อยละ 48.1 สอดคล้องกับข้อมูลของผู้เข้าอบรมซึ่งเป็นผู้บริหารและครูของโรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแล้ว จึงมีความรู้ที่ถูกต้องโดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยในการประเมินหากพบว่าโรงเรียนมีข้อผิดพลาดที่ต้องแก้ไข ผู้ประเมินต้องแจ้งผลการประเมินกับผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดตามความเป็นจริง มีผู้เข้าอบรมตอบถูกถึงร้อยละ 94.2 หรือ หากโรงเรียนของท่านมีการจัดทำแผนสะสมงานการพัฒนาตามตัวชี้วัดแล้ว ไม่จำเป็นต้องทำเอกสารเพื่อรับการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรอีก และเด็กสามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดทุกประเภทเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ผู้เข้าอบรมก็ตอบถูกมากถึงร้อยละ 90.4 ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ผู้เข้าอบรมยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้และเกณฑ์ที่เป็นตัวเลขมาตรฐานต่างๆ โดยตามธงโภชนาการ พลังงานที่นักเรียนอายุ 6-13 ปี ต้องการใน 1 วัน คือ 1,600 กิโลแคลอรี มีจำนวนผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 42.3 หรือจุดบริกรน้ำดื่ม 1 ที่/นักเรียน 85 คน เป็นเกณฑ์ที่บอกถึงความพอเพียงของน้ำดื่มในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร มีจำนวนผู้ตอบถูก ร้อยละ 46.2 และเกณฑ์ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับประถมศึกษากำหนดให้ห้องส้วม 1 ห้อง/นักเรียนชายจำนวน 50 คน มีจำนวนผู้ตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่านั้น จะเห็นได้ว่า ข้อคำถาม

ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกน้อย มากที่สุด 3 อันดับแรกนั้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านเกณฑ์โภชนาการและเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพในด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ซึ่งภายหลังการจัดอบรมพบว่า ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.3 สามารถตอบถูกเพิ่มมากขึ้นทุกข้อ โดยมีคำถามถึง 3 ข้อ ที่ผู้เข้าอบรมตอบถูกทุกคน ได้แก่ ข้อ 1 ข้อ 16 และข้อ 20 โดยภายหลังการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่ดีขึ้นนี้เกิดจากการจัดกระบวนการอบรม ทั้งในส่วนของทฤษฎี การแบ่งกลุ่มเข้าฐานความรู้แยกประเด็นรายละเอียดตามตัวชี้วัดโดยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ มีการอภิปรายและซักถามปัญหา และการฝึกปฏิบัติเป็นผู้ประเมินในสถานที่จริง ณ โรงเรียนที่จัดเตรียมไว้ให้ ทำให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินโครงการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [6] ที่พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้รับความรู้และทักษะการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง กระบวนการอบรมโดยการบรรยายและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

5.2 ความพึงพอใจต่อการจัดอบรมภายหลังสิ้นสุดการอบรม การอบรมครั้งนี้มีการประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย เนื้อหาของการอบรม ความครบถ้วนของหลักสูตร ความสามารถของวิทยากร รูปแบบการอบรม ระยะเวลาการอบรม ช่วงเวลาการอบรม เอกสารประกอบการอบรม และการจัดอบรมในภาพรวม พบว่า ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อการจัดอบรมในระดับดี ทั้ง 8 ด้าน ดังนี้

1) ด้านเนื้อหาของการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาของการอบรมอยู่ในระดับดี โดยระบุว่าเนื้อหาหลักสูตรเข้าใจง่ายสามารถนำไปใช้พัฒนาโรงเรียนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลการฝึกอบรมโครงการอบรมวิทยากรสมาธิบำบัดในภาวะสุขภาพองค์รวม ในบุคลากร

ด้านสาธารณสุขและประชาชนที่สนใจ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการอบรมในภาวะสุขภาพแบบองค์รวม [7] พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 461 คน มีความพึงพอใจต่อเนื้อหาสาระการอบรมในระดับมากเนื่องจากสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ง่าย คะแนนเฉลี่ย 3.40

2) ความครบถ้วนของหลักสูตร ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อความครบถ้วนของหลักสูตรการอบรมอยู่ในระดับดี เนื่องจากการจัดอบรมครั้งนี้ ผู้จัดการอบรมและทีมวิทยากรทั้งจากภายในและภายนอก ได้มีการจัดประชุมหารือและสรุปเนื้อหาเพื่อจัดทำหลักสูตรขึ้นมาใหม่ให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีการตรวจสอบความถูกต้องขององค์ประกอบของหลักสูตรและเนื้อหา ตั้งแต่วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการฝึกอบรม จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำโครงการ เช่น ผู้บังคับบัญชา ผู้เชี่ยวชาญในหลักสูตรหรือเนื้อหาการฝึกอบรม และวิทยากร เพื่อนำมาพัฒนาโครงการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเกิดความคุ้มค่าและประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร

3) ด้านความสามารถของวิทยากร ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อความสามารถของวิทยากรโดยรวม อยู่ในระดับดี ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการอบรมครั้งนี้มีวิทยากรทั้งหมด 7 คน ส่วนมากเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยวัยเรียน งานทันตสาธารณสุขของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีวิทยากรด้านสุขภาพจิตจากเครือข่ายศูนย์วิชาการ รวมทั้งมีวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันวิชาการของกระทรวงศึกษาธิการอีกด้วย ซึ่งทั้งหมดเป็นทีมผู้ประเมินโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรระดับเขตที่มีประสบการณ์หลากหลาย มีความคุ้นเคยกับบุคลากรทางการศึกษา จึงทำให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกเป็นกันเอง อีกทั้งวิทยากรส่วนมากยังมีเทคนิคในการสอน บุคลิกภาพดี น้ำเสียงในการพูด เสียงดัง ฟังชัดเจน และความเอาใจใส่ในการตอบข้อซักถามเมื่อผู้เข้าอบรมมีประเด็นข้อสงสัย

4) ด้านรูปแบบการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการอบรมอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากการอบรมครั้งนี้มีรูปแบบการถ่ายทอดความรู้และทักษะที่หลากหลาย ทั้งการบรรยายในชั้นเรียน การบรรยายกลุ่มย่อย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และการฝึกปฏิบัติการเป็น ผู้ประเมินในสถานที่จริง ณ โรงเรียนที่จัดเตรียมไว้ให้ ตลอดจนองค์ประกอบด้านวิธีการสอน เทคนิคการสอน กิจกรรม

การอบรมและรูปแบบการประเมินผล ทำให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างเต็มที่

5) ด้านระยะเวลาการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อระยะเวลาการอบรมอยู่ในระดับดี แต่มีคะแนนน้อยที่สุดกว่าทุกประเด็น อาจเนื่องมาจากกำหนดการอบรมจำนวน 2.5 วัน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการเดินทางไปกลับของผู้เข้าอบรมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้เป็นอุปสรรคไม่สามารถมาเข้าอบรมได้ตามกำหนดเวลา ซึ่งจำเป็นต้องเริ่มการอบรมตามเวลาที่กำหนดไว้เนื่องจากเนื้อหาสาระมีมาก ทำให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความรู้ครบถ้วนตามที่คาดหวัง

6) ด้านช่วงเวลาการจัดอบรม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อช่วงเวลาของการอบรม อยู่ในระดับดี แต่มีคะแนนเก็บน้อยที่สุด เนื่องมาจากจัดการอบรมจัดในช่วงปลายเดือนมิถุนายนยังเป็นช่วงเริ่มต้นของการเปิดเทอมและเป็นเวลาปลายเดือน ทำให้ผู้เข้าอบรมโดยเฉพาะผู้บริหารติดภารกิจคาบเกี่ยวไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ครบตลอดทั้งหลักสูตร จึงควรมีการปรับช่วงเวลาในการจัดอบรมให้เหมาะสมกับตารางการทำงานของกลุ่มเป้าหมายมากกว่าความสะดวกของวิทยากรหรือผู้จัดอบรม

7) ด้านเอกสารประกอบการอบรม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อเอกสารประกอบการอบรมอยู่ในระดับดี มีคะแนนสูงอันดับต้นๆ เนื่องจากการจัดอบรมได้ประสานข้อมูล เนื้อหาและจัดพิมพ์เป็นเอกสาร จัดทำเป็นคู่มือ นอกจากนี้ยังมีคู่มือ ตำรา สื่อเอกสาร แผ่นพับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้พร้อม เนื่องจากการได้มีการกำหนดจำนวนผู้เข้ารับการอบรมไว้ล่วงหน้า ทำให้สามารถเตรียมทำเอกสารได้พร้อมอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าอบรมได้อย่างทั่วถึงครบทุกคน เอกสารประกอบการอบรมมีความชัดเจนครอบคลุมเนื้อหา สามารถใช้เป็นแนวทางในการอบรมได้เป็นอย่างดี และวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกระหว่างการอบรมตามที่ผู้เข้าอบรมต้องการครบทุกคน

8) ด้านการจัดอบรมในภาพรวม ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจในภาพรวมของการอบรมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเป็นอันดับแรก แสดงให้เห็นว่าผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนทั้งวิทยากร ผู้จัดการอบรม เจ้าหน้าที่โครงการฝึกอบรมไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยในห้องประชุม ห้องพัก

อาหาร ได้ปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ บริการด้วยความเต็มใจ สุภาพและเป็นกันเอง แม้จะมีจำนวนน้อยก็สามารถบริหารจัดการได้แล้วเสร็จทันเวลา แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง จึงทำให้การบริหารจัดการการอบรมครั้งนี้ดำเนินไปอย่างดี โดยสามารถอภิปรายภาพรวมด้านอื่นๆ ได้ดังนี้

(1) สถานที่ที่ใช้ฝึกอบรมเป็นของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ซึ่งเป็นสถานที่ที่จัดการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆ ของศูนย์ฯ อยู่แล้ว ทำให้มีความพร้อมในการจัดอบรมในครั้งนี้ ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก ทำให้รับฟังบรรยายได้อย่างชัดเจน มีแสงสว่างเพียงพอในระดับที่มองเห็นได้ดี ระดับอุณหภูมิไม่เย็นจนเกินไป จำนวนผู้เข้าอบรมมีความเหมาะสมกับขนาดของห้อง ไม่มากไม่น้อยเกินไป

(2) ห้องพักรับรองที่ให้บริการผู้เข้าอบรมก็อยู่ภายในศูนย์ฯ ที่ดัดแปลงมาจากบ้านพักแพทย์และอาคารห้องพักของข้าราชการ ทำเป็นที่พักไว้ให้บริการผู้มาฝึกอบรมที่ศูนย์ฯ แบบครบวงจร มีมาตรฐานการบริการลูกค้าด้วยเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน สะอาด เรียบง่าย ราคาประหยัด และมีการดูแลรักษาความสะอาดเป็นอย่างดี แม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่จอดรถซึ่งไม่เพียงพอหากมีผู้เข้าพักเป็นกลุ่มขนาดใหญ่แต่ก็สามารถนำรถไปจอดได้ในบริเวณศูนย์ฯ เนื่องจากมีพนักงานรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง

(3) อาหารและเครื่องดื่ม คณะผู้จัดการอบรมได้จัดเตรียมอาหารเช้า ผลไม้และเครื่องดื่มร้อน/เย็นไว้ให้บริการตั้งแต่เวลา 07.00น. มีบริการอาหารว่างเป็นขนมไทยและเครื่องดื่มร้อน/เย็น ระหว่างวันในช่วงเวลาเช้า-บ่าย โดยอาหารกลางวันให้บริการแบบตั้งรับประทานตามอัธยาศัย และบริการอาหารเย็นในช่วงเวลา 18.00-20.00 น. โดยเน้นเมนูอาหาร ผัก น้ำพริกเพื่อสุขภาพและผลไม้ตามฤดูกาลให้บริการทุกมื้อ

5.3 การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมภายหลังการอบรมผ่านไป 3 เดือน ตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

จากการส่งแบบติดตามผลการดำเนินงานหลังการฝึกอบรมหลักสูตรเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนก้าวสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร พบว่า มีผู้บังคับบัญชาระดับต้นของผู้เข้ารับการอบรมส่งแบบประเมินกลับมา จำนวน 38 คน

คิดเป็นร้อยละ 73.07 ของแบบสอบถามทั้งหมด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1) พฤติกรรมการปฏิบัติงานผู้เข้าอบรมตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น พบว่า ผู้บังคับบัญชาระดับต้นเกือบทั้งหมดประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.1 แสดงให้เห็นว่าผู้บังคับบัญชาให้ความสำคัญในการฝึกอบรมครั้งนี้และต้องการพัฒนาบุคลากรของตนเอง จึงมีการติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมกลับมาให้ผู้จัดการอบรม จากการติดตามผล พบว่า ผู้บังคับบัญชาระดับต้น ประเมินพฤติกรรมผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นไปตามพฤติกรรมที่คาดหวัง อยู่ในระดับดี ทั้ง 4 ประเด็นย่อย โดยประเมินว่าผู้เข้าอบรมนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานของตนเองมากที่สุด และผู้เข้าอบรมยังได้นำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการอบรมครั้งนี้มาถ่ายทอดให้เพื่อนร่วมงานอื่นๆ เพื่อสร้างคณะทำงานในการเร่งพัฒนาโรงเรียนของตนเองให้สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรให้ได้ตามเป้าหมายอีกด้วย โดยหลังการอบรมผ่านไป 3 เดือน ผู้บังคับบัญชาระดับต้นเห็นว่า ผู้เข้าอบรมมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนระดับเพชรมีประสิทธิภาพดีขึ้น อยู่ในระดับดี ถึงแม้ว่าจะยังขาดแผนงานใหม่ๆ ก็ยังถือว่ามีความปฏิบัติตามความคาดหวัง

2) การนำความรู้และทักษะที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรม จากความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น พบว่า ผู้บังคับบัญชาระดับต้นมากกว่าครึ่งหนึ่งประเมินการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรมอยู่ในระดับดีร้อยละ 57.9 เมื่อพิจารณาจากหัวข้อเรื่องตามหลักสูตร จำนวน 10 หัวข้อ พบว่า ผู้บังคับบัญชาได้เห็นการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปรับใช้ในพื้นที่มากที่สุด 3 อันดับแรกคือด้านโภชนาการและสุขภาพในโรงเรียน รองลงมาคือการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ และด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ซึ่งทั้ง 3 หัวข้อนั้นเป็นตัวชี้วัดหลักของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร และเป็นประเด็นที่สามารถดำเนินการได้ในอันดับแรก สามารถประยุกต์เข้ากับการเรียนการสอนและขับเคลื่อนโดยทุกคนในโรงเรียน โดยผู้บังคับบัญชายังเห็นว่า การนำความรู้และทักษะการนำ

เทคนิคการเป็นผู้ประเมินรับรองมาปรับใช้และการจัดทำเอกสารเพื่อรับการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของผู้เข้าอบรมอยู่ในระดับดี แต่น้อยที่สุดในทุกประเด็น แต่เนื่องจากโรงเรียนเพิ่งเริ่มขับเคลื่อนการทำงานจึงไม่เข้มงวดเท่าที่ควร ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการติดตามผลหลักสูตรฝึกอบรมนักพัฒนาชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [8] เพื่อศึกษาการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของนักพัฒนาชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 253 คน หลังการอบรมผู้เข้าอบรมได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจากทุกหมวดวิชาในระดับมากโดยการกำกับติดตามของผู้บังคับบัญชาอย่างจริงจัง

6. ข้อเสนอแนะในการศึกษา

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การอบรมโดยใช้วิธีการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายและน่าสนใจ ทำให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และความเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น

2) การอบรมที่มีเนื้อหาทางวิชาการมาก ควรพิจารณาระยะเวลาการอบรมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้รับเนื้อความรู้ที่ครบถ้วน

3) ขยายเวลาช่วงศึกษาดูงานให้มากกว่าเดิมจากครึ่งวันเป็น 1 วัน เพื่อให้เพียงพอต่อการสำรวจและติดตามข้อมูลจากการฝึกเป็นผู้ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรในพื้นที่จริง

4) บริหารจัดการขั้นตอนการทำแบบทดสอบและแบบสอบถามให้รัดกุมมากขึ้นเพื่อให้ได้จำนวนตอบกลับที่มากที่สุด

6.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป

1) ศึกษาติดตามผลระยะยาวต่อเนื่องไปอีกจากระยะเวลา 3 เดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน 12 เดือน เพื่อประเมินผลความก้าวหน้าในการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เข้าอบรม

2) ศึกษาเทคนิคการพัฒนาโรงเรียนรูปแบบอื่นนอกจากการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

เอกสารอ้างอิง

- [1] บังอร กล้าสุวรรณ และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. ขอนแก่น : เพ็ญพรินต์, 2555.
- [2] พิมพ์ภา อินจำปา. ข้อมูลงานอนามัยวัยเรียน. อุบลราชธานี, 2552. (เอกสารคัดสำเนา)
- [3] สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2542.
- [4] สรวิทย์ ธาณี. ข้อมูลงานอนามัยวัยเรียน. อุบลราชธานี, 2556. (เอกสารคัดสำเนา)
- [5] พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. ระเบียบวิธีวิจัย 1 [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา : https://nidamppm14.files.wordpress.com/2009/03/drpicthit_lecture.pdf [12 พฤษภาคม 2558]
- [6] สุกานดา ตีพดีดี. ประเมินผลโครงการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2554.
- [7] สมคิด เรืองจิตรรา. การประเมินผลการฝึกอบรมโครงการอบรมวิทยากรสมาชิกตำบลในภาวะสุขภาพองค์กรรวม. สำนักการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร, 2554.
- [8] ปิยะ ศรีวงศ์. การติดตามผลหลักสูตรฝึกอบรมนักพัฒนาชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553.

จากฉบับที่แล้ว เราได้ทำความรู้จักประเทศญี่ปุ่นและระบบการดูแลสุขภาพของจังหวัด Tokushima กันไปบ้างแล้ว มาถึงฉบับนี้ เรามาเรียนรู้ระบบการจัดการด้านสุขภาพของจังหวัด Tokushima กันให้มากขึ้นดีกว่าค่ะ

Community Health in Japan

ดร.Toshiko Tada อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย Tokushima ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยปัญหาสุขภาพหลักของประเทศญี่ปุ่นมี 2 ประเด็นคือ

- 1) ตอนนี้โลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ซึ่งประมาณการว่าในปี 2050 จะมีคนสองเสื่อม ร้อยละ 1 ซึ่งจะใช้งบประมาณทางการแพทย์สูงมาก
- 2) ปัญหาทางด้านภัยธรรมชาติที่รุนแรง เช่น แผ่นดินไหวในปี 2011 ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนทางการแพทย์และประชาชนที่เหลือน้อยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ประวัติศาสตร์ด้านการแพทย์ ในยุค Hippocrates ให้ความสำคัญด้านพื้นที่ อากาศ น้ำ มีการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์มาเป็นระบบ Health for all สำหรับทุกคน โดยมีการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Primary Health Care : PHC) มีหลัก 4 ประการ ดังนี้

- (1) ผู้รับบริการสามารถขอรับบริการได้ตามความต้องการของตนเอง
- (2) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ใช่แค่บุคลากรทางการแพทย์
- (3) ใช้ทรัพยากรในชุมชนให้คุ้มค่า เช่น ใช้สถานที่จัดกิจกรรมทางสุขภาพ
- (4) สอดคล้องและผสมผสานให้เข้ากับการดำรงชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชน

จากนั้นก็ได้รับการขยายผลมาเป็น “**กฎบัตร Ottawa**” (Ottawa Charter) ในปี 1986 ซึ่งเป็นหลักในการทำ Health Promotion โดยทุกคนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ (Participation of citizens) ร่วมกับความรู้ความสามารถของบุคลากร (Provision of knowledge and skill) เพื่อลดการเกิดปัญหาสุขภาพ ให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิต (Quality of life)

หลักการของ Health Promotion

- (1) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)
- (2) จัดการสิ่งแวดล้อม
- (3) การได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล

NUTBEAM D. 1986 กล่าวถึงหลักการของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ดังต่อไปนี้

- (1) ทำร่วมกันกับชุมชนในท้องถิ่น และผลักดันให้ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม
- (2) ต้องเริ่มต้นจากชุมชน
- (3) มองปัจจัยอื่นๆ ด้วย นอกเหนือจากโรคภัยไข้เจ็บ
- (4) มองถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่แค่ปัญหาเฉพาะบุคคล
- (5) กระตุ้นและปลูกจิตสำนึก ตระหนักถึงข้อดีของการมีสุขภาพดี

Health Care System in Japan

ในยุคโชวะ มีการจัดตั้งศูนย์อนามัยเป็นศูนย์กลางสุขภาพ (Health center) ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งยุคนั้นเป็นยุคที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านมลภาวะและโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (Life style) มากขึ้น

รัฐธรรมนูญของประเทศญี่ปุ่น ระบุไว้ว่า “**ประชาชนทุกคน มีสิทธิ์ที่จะมีสุขภาพดี และเป็นบทบาทหน้าที่ของประเทศที่จะคุ้มครองบทบาททางสังคมและทางด้านสุขภาพของคนในประเทศ**”

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น รัฐบาลจะกำหนดทิศทางโดยกระทรวงสาธารณสุข และมอบให้จังหวัดจัดทำแผนนโยบายทางการแพทย์ และมีศูนย์อนามัยประจำจังหวัด กระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนกสุขภาพและอนามัย รวมถึงศูนย์สุขภาพ โดยดูแลสุขภาพอนามัย สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม โรงเรียน (อนามัยในโรงเรียน) ในแต่ละจังหวัดจะมีนโยบายดูแลสุขภาพชุมชนตามกฎหมายของประเทศซึ่งออกมาตั้งแต่ปี 1994 โดยพบว่าสังคมมีอัตราการเกิดต่ำ และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงเกิดการรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเล็กๆ เข้าด้วยกัน และพบว่าปัจจุบันศูนย์สุขภาพของจังหวัดมีจำนวนน้อยลง ในขณะที่เมือง ดาบลิ หมู่บ้าน มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

ปัญหาสุขภาพสำคัญ

ปี 1950 ประเทศญี่ปุ่นประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและโรคระบาดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป

ปี 1960 ประเทศญี่ปุ่นมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหามลพิษ เกิดการระบาดของโรค “อีโตะ อีโตะ” เกิดสารพิษในนม ปัญหาการกระจายตัวของประชากร (ประชากรกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่)

ปี 1980 เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อัตราการเกิดของทารกต่ำลง บทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพบุตรหลานเปลี่ยนแปลงไป ระบบการทำงานที่มุ่งถึงผลสำเร็จทำให้เกิดความเครียดและมีความภาคภูมิใจในการทำงานลดลง

ปี 2000 เป็นต้นมา เกิดโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตสมัยใหม่ (โรคอ้วน ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง Hyperglycemia) มีความเครียดสูง ความกดดันในครอบครัวทำให้เกิดการล่วงละเมิดเด็ก (Child abuse) และเกิดความผิดปกติทางจิตสูง มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเฉลี่ยปีละ 30,000 คน โดยมักเกิดจากอาการซึมเศร้าที่รุนแรง พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และส่วนใหญ่ใช้วิธีการแขวนคอตาย

- ปี 2008 สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรวัยทำงาน (30-40 ปี) คือโรคมะเร็งและการฆ่าตัวตาย ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ประเทศญี่ปุ่นเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก โดยมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) (ร้อยละ 20.80) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (Cancer) (ร้อยละ 12.80)

ปีงบประมาณ 2010 มีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงที่สุดเมื่อมีการนอนในโรงพยาบาล ส่วนค่าใช้จ่ายของ Visiting nurse ยังถือว่าน้อยมาก (ร้อยละ 0.20) ปัจจุบันมีปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ซึ่งจะต้องพยายามลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด และกลับไปอยู่ที่บ้าน

สิ่งที่สำคัญที่สุดในตอนนี้คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยรักษาสมาคมของสิ่งแวดล้อมและบุคคล เป็นที่มาของโครงการ “Health Japan 21” (ปี 2000) โดยใช้หลักการเดียวกับ “Health Promotion”

Health management เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัยในศูนย์พยาบาลต่างๆ โดยมีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม มีวิธีการต่างๆ ซึ่งใช้หลักเดียวกับ “Health Promotion” โดยคำนึงถึงต้นทุนและประสิทธิภาพด้วย

Life of the elderly ใช้หลักการป้องกันไม่ให้อายุยืนยาวเกินไป คือสามารถดูแลตนเองได้ และมีชีวิตประจำวันปกติที่มีสุขภาพดี รวมถึงมีอายุที่ยืนยาวอย่างแข็งแรง โดยเน้นเรื่องอาหารและโภชนาการ รวมถึงให้ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ด้วยตนเอง ปัญหาส่วนใหญ่คือสุขภาพช่องปาก โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มักมีปัญหาโรคเหงือก จึงมีการณรงค์ให้หมั่นแปรงฟัน 20 ซีซีให้ได้ เมื่ออายุถึง 80 ปี หน่วยงานที่มีบทบาท ได้แก่ ศูนย์ช่วยเหลือครอบครัวชุมชน (Community General

Support Center) ซึ่งไม่มีแพทย์ประจำ แต่จะมีแพทย์มาเฉพาะบางช่วงเวลา เช่น เวลาจัดกิจกรรมให้ความรู้ และมีนักกายภาพบำบัดและพยาบาลประจำอยู่ที่ศูนย์ฯ ดังกล่าว

Mental disabilities (MB) ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการช้า ซึมเศร้า ผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งมีการจัดการเพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องอยู่ในสถานพยาบาล สามารถประกอบอาชีพ และมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนได้อย่างเป็นสุข ในปี 2010 มีกฎหมายช่วยเหลือผู้พิการโดยรวม ทั้งผู้พิการทางกาย ทางจิต และสติปัญญา

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า เป้าหมายหลักของสาธารณสุขชุมชน คือ

- (1) ให้เด็กที่เกิดใหม่ ใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข
- (2) ผู้สูงอายุ ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข และเสียชีวิตอย่างสงบ

การส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน (Promotion of home care) ปัจจุบันผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล ส่วนหนึ่งประสบปัญหาไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านได้ เนื่องจากปัญหาหลายอย่าง เช่น ไม่มีคนดูแล ไม่พร้อม แม้ว่าจะมีบุคลากรที่จะดูแลแบบ Home care เพิ่มมากขึ้น เช่น Helper แพทย์ชุมชน พยาบาล แต่คนในครอบครัวก็ยังถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบันมีการผลักดันให้มีระบบการแพทย์แบบ Home care มากขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น คาดว่าจะสูงถึง 3,657 ล้านคนในปี 2025 ซึ่งจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพของประเทศในอนาคต ดังนั้นรูปแบบของ Home care จึงได้มีการปรับเปลี่ยน โดย Family doctor ที่ไปให้การรักษที่บ้าน เป็น Visiting doctor จะเพิ่มมากขึ้น และตามศูนย์พยาบาลจะมีแบบ Day care, Day services, Group home (ผู้สูงอายุมารวมกัน) การไปเยี่ยมที่บ้าน รวมถึงการจัดรูปแบบของสถานพยาบาลให้เหมือนกับอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ “Medical model” จะปรับเปลี่ยนมาเป็น “Life model” คือให้ใช้ชีวิตแบบที่มีโรคให้มีความสุข แทนที่จะมุ่งเน้นการรักษาโรคให้หายขาด เนื่องจากโรคบางโรคเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรืออาจเกิดความบกพร่องอื่นๆ แทรกเข้ามา จึงต้องเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า Community health activities มีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- (1) ต้องอาศัยความร่วมมือในชุมชน รัฐบาล และองค์กร
- (2) คำนึงถึงภัยธรรมชาติ เนื่องจากมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพด้วย

สรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของสาธารณสุขชุมชน คือ **“การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนให้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าสิ่งแวดล้อมในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป”**

การดำเนินการจัดการโรคติดต่อ

1. **การรับมือกับโรคฉี่หนู** ปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยวัณโรค 55,000 คน เป็นผู้ป่วยลงทะเบียนใหม่ประมาณ 20,000 คน โดยในปี 2012 จังหวัดโทคุชิมะ มีผู้ป่วยวัณโรค 389 ราย เป็นผู้ป่วยใหม่ 164 ราย โดยมีอัตราการอุบัติการณ์ของโรค (Incident rate) 21.1 คน ต่อประชากร 10,000 คน ถือเป็นอันดับ 4 ของประเทศ ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแต่คาดว่าอาจเกิดจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จึงมีโครงการรณรงค์เพื่อควบคุมการเกิดวัณโรคในชนบท และในกรณีเจ็บป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเลย แต่หากเป็น OPD case ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเอง ร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ประเทศญี่ปุ่นมีโรงพยาบาลที่รับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 2,322 แห่ง ในจังหวัดโทคุชิมะมีจำนวน 4 แห่ง สามารถรับผู้ป่วยได้ 39 เตียง การตรวจเพื่อค้นหาโรค (Screening) จะใช้วิธีการตรวจ QFT (Quanti Feron Tuberculosis) ร่วมกับการตรวจเสมหะในรายที่ต้องสงสัยหรือมีความเสี่ยง และการติดตามการรักษา มีโครงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้อง โดยมีการจัดทำสมุดบันทึกการกินยารักษาวัณโรค

2. **การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคติดต่อ** ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดแบ่งโรคติดต่อออกเป็น 5 ประเภท ตามระดับความรุนแรงและตามโรค ดังนี้

Type 1 : กาฬโรค และ HIV

Type 2 : TB ไข้หวัด H1N1 และไข้หวัด H7N7

Type 3 : อหิวาห์ และการติดเชื้อ E.coli (สายพันธุ์ 0157)

Type 4 : JE พิษสุนัขบ้า โรคชิคุนกุนยา และการติดเชื้อไวรัส SFTS

Type 5 : หัด หัดเยอรมัน โรคติดเชื้ออหิวาต์ชิโนแบคเตอร์ ภาวะติดเชื้อ Haemophilus Influenza ชนิดลูกกลาม และปอดอักเสบนิวโมคอคคัส

3. การดำเนินงานด้านวัคซีนป้องกันโรค กฎหมายควบคุมการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เริ่มใช้ในปี 1968 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันไม่ให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงขึ้น และในเดือนพฤศจิกายน ปี 2001 ได้มีการเพิ่มโรคที่ต้องฉีดวัคซีนป้องกันเป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ที่มีความประสงค์ที่จะฉีด ได้แก่ วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก วัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Hib) และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็ก (IPD) โดยตำบลและอำเภอจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และในอนาคตมีแผนจะเพิ่มโรคที่มีความจำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกัน ได้แก่ อีสุกอีใส ตับอักเสบบี (Hepatitis B) คางทูม (Mump) และโรคปอดอักเสบในผู้ใหญ่

Rare disease โรคหายาก (ได้แก่ โรคที่เกิดจากกัมมันตภาพรังสี และโรคเรื้อรังบางโรค)

ประเทศญี่ปุ่นถูกระเบิดปรมาณูในปี 1945 ทำให้ได้รับผลกระทบจากกัมมันตภาพรังสีที่เมืองฮิโรชิมาและนางาซากิ และส่งผลกระทบต่อมาถึงปัจจุบัน รัฐบาลจึงออกกฎหมายเพื่อควบคุมและลดผลกระทบจากผลของกัมมันตภาพรังสี ครอบคลุมถึงเรื่องการรักษาพยาบาล ปัจจุบันผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกัมมันตภาพรังสีใน Tokushima มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 83 ปี ประสบปัญหาอยู่ตามลำพังและต้องการการดูแล ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเป็นหลักฐานแสดงตัวและบันทึกข้อมูลสุขภาพทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการบาดเจ็บทางร่างกายและมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งสำนักงานประจำจังหวัด 6 แห่ง ร่วมกับสถานพยาบาล 10 แห่ง เป็นผู้ดูแล โดยผู้ป่วยจะได้รับบริการตรวจสุขภาพปีละ 4 ครั้ง โดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด และได้รับเงินสงเคราะห์รายเดือนคนละ 33,300 เยน กรณีเสียชีวิตจะได้รับเงินค่าทำศพจำนวน 201,000 เยน ปัจจุบันมีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ย 20 คนต่อปี

คามิคัสซีโจวโฮคัสซีแคร่เซ็นเตอร์

คามิคัสซีโจวโฮคัสซีแคร่เซ็นเตอร์ ตั้งอยู่ที่ตำบลคามิคัสซี จังหวัดโทคุชิมะ ตำบลคามิคัสซีมีประชากร 1,800 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีทารกเกิดใหม่เพียง 5-8 คนต่อปี พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา มีอากาศอบอุ่น และมีหิมะตก 2-3 ครั้งต่อปี มีวัดประจำตำบลที่มีชื่อเสียง 1 แห่ง มีกลุ่มเกษตรกรผู้เก็บใบไม้ เรียกว่า “กลุ่มธุรกิจใบไม้” ใช้สำหรับตกแต่งอาหาร โดยสมาชิกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และในตำบลนี้ยังเป็นตำบลที่รณรงค์เรื่องการคัดแยกขยะเป็นอันดับต้นๆ ของญี่ปุ่น

คามิคัสซีโจวคลินิก มีส่วนบริการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คลินิกให้บริการ และอาคารดูแลผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **คามิคัสซีโจวคลินิก** เป็นคลินิกให้บริการระดับตำบล มีเจ้าหน้าที่ให้บริการเต็มเวลา 8 คน และให้บริการบางวันอีก 4 คน เปิดให้บริการวันจันทร์-ศุกร์ ทั้งในและนอกเวลา ทำการรักษาโรคทั่วไป ทันตกรรม กายภาพบำบัด และบริการออกเยี่ยมบ้านประชาชนในตำบล โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภายในคลินิกมีอุปกรณ์สำหรับให้บริการอย่างครบถ้วนและทันสมัย เช่น กล้องส่องทางเดินอาหาร เครื่องอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ เครื่องอัลตราซาวด์ เครื่องตรวจ EKG เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องนับเม็ดเลือดแบบอัตโนมัติ เครื่องวิเคราะห์ก๊าซในเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือโรงพยาบาลภาคประจำจังหวัด Tokushima โดยใช้โรงพยาบาลฉุกเฉินและ Doctor Heli การบริการสุขภาพของคลินิกนี้จึงสอดคล้องกับปรัชญาของจังหวัดคือ “การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง”



คุณหมอคิมยะ แพทย์ประจำ คามิคัสซีใจคลินิก



เครื่อง Gastroscope ในคามิคัสซีใจคลินิก



ห้องกายภาพบำบัดของคามิคัสซีใจคลินิก



แผนกผู้ป่วยนอกของคามิคัสซีใจคลินิก

2. อาคารดูแลผู้สูงอายุ ก่อตั้งขึ้นในปี 2000 เป็นบ้านพักคนชราชนิดพิเศษและ Care house รับผู้สูงอายุได้ 108 คน มีเจ้าหน้าที่ให้บริการ 57 คน ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ทั่วไป อัตรานเฉลี่ยในการดูแลคือ ผู้สูงอายุ 3 คน ต่อเจ้าหน้าที่ 1 คน แบ่งพื้นที่เป็น 3 ส่วนคือ

- 1) บ้านพักคนชราพิเศษ “ปีเตอร์” 40 เตียง ลักษณะห้องเป็นห้องพักรู้ และห้องพักเดี่ยว
- 2) Care house “ฮาโตะ โนะ อุจิ” 18 เตียง ลักษณะเป็นห้องพักรู้เดี่ยวคล้ายอพาร์ทเมนต์
- 3) บ้านพักคนชรา “Edinburgh” 50 เตียง เป็นห้องพักรวม 1-2 คนต่อห้อง

ทั้ง 3 ส่วนจะมีการบริการดูแลพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล ส่งเสริมการทำกิจกรรมกลุ่มและการออกกำลังกายตามความสามารถของแต่ละบุคคล โดยศูนย์การดูแลผู้สูงอายุมีสัญญากับ คลินิกคามิคัสซีใจในการดูแลและรักษาสุขภาพผู้สูงอายุในอาคารทั้ง 3 อาคาร งบประมาณที่ได้รับมาจากจังหวัดและมาจากผู้สูงอายุเองร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่าย โดยมีบริษัทเอกชน Kensyokai เป็นผู้ดูแลให้บริการ ภายใต้การบริหารงานของ นายกเทศมนตรี



บรรยากาศภายนอกของ
คามิตส์ซีโจวคลินิกและบ้านพักคนชรา



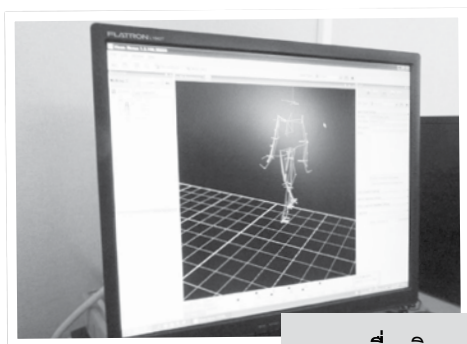
ผู้จัดการบ้านพัก และภายในห้องพัก
บ้านพักคนชรา



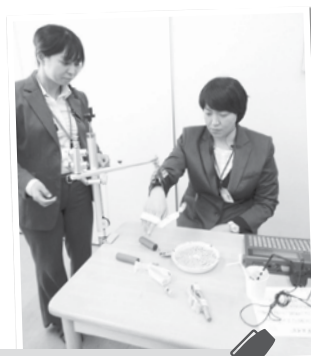
การดูแลผู้สูงอายุ และสภาพในโรงรวม
บ้านพักคนชรา

โรงเรียนอาชีวการแพทย์

เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตนักร่างกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน มีหลักสูตรการเรียนการสอน 3 ปี มีอาจารย์ประจำสาขาละ 6 ท่าน โดยอาจารย์แต่ละท่านมีประสบการณ์ทำงานทางคลินิกอย่างน้อย 5 ปี เนื่องจากมีความต้องการบุคลากรสูงจึงต้องเร่งผลิตบุคลากร ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถประกอบวิชาชีพได้ทันที และต้องสอบใบประกอบโรคศิลป์ โดยหลักสูตรกำหนดให้ต้องมีการฝึกงานปีละ 200 วัน จากสถิติการจบการศึกษาและการทำงานพบว่า ร้อยละ 70 ทำงานในสถานพยาบาล ร้อยละ 30 ทำงานด้านอื่นๆ ด้านลักษณะงาน พบว่า ร้อยละ 20 ทำงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ



เครื่องวิเคราะห์การเคลื่อนไหว



อุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อช่วยทำกิจกรรมประจำวันของคนพิการ

ศูนย์อนามัยประจำจังหวัด Tokushima

มีพันธกิจในการบริการประชาชน โดยมีหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ แนวทางการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมและรักษาสุขภาพของประชาชน เพื่อธำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ของประชาชนในเขตเมือง โดยแบ่งความรับผิดชอบออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) การให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก

กฎหมายส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ได้กำหนดไว้ว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ต้องยื่นเรื่องต่อองค์กรท้องถิ่นว่าตนเองตั้งครรรค์เพื่อขอใบรับรองในการตรวจสุขภาพและฝากครรภ์ เมื่อได้ใบรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว จึงนำมายื่นต่อศูนย์อนามัย หลังจากนั้นศูนย์อนามัยจะมอบสมุดอนามัยแม่และเด็ก ใช้บันทึกข้อมูลการตรวจครรภ์ ทั้งด้านการเจริญเติบโตของทารกและสุขภาพของมารดา รวมไปถึงการฉีดวัคซีนต่างๆ เพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดกับทารกและมารดาด้วย โดยสมุดบันทึกสุขภาพจะใช้จนอายุ 20 ปี



บอร์ดกิจกรรม และห้องให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก

2) การให้บริการฉีดวัคซีน

การตรวจสุขภาพของทารกจะตรวจตามระยะเวลาที่กำหนดในสมุดบันทึกสุขภาพ รวมถึงการฉีดวัคซีนพื้นฐานที่รัฐบาลกำหนด ให้บริการฟรีสำหรับทารก โดยมีวัคซีนพื้นฐาน เช่น OPV, DTP, BCG, MMR, JE เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่จะส่งใบรับรองการตรวจและฉีดวัคซีนให้ตามสถานบริการที่ได้รับมอบหมาย

3) การสร้างเสริมสุขภาพ

ในเดือนมีนาคม 2013 จังหวัด Tokushima ได้วางนโยบาย “รอยยิ้ม Tokushima 21” เป็นครั้งที่ 2 (ครั้งที่ 1 ในปี 2004) เพื่อรับรองและสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี สร้างสังคมดี มีอายุยืนยาว ด้วยการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายพื้นฐาน 4 ประการ คือ

1. ส่งเสริมให้มีการป้องกันโรคเบาหวาน
2. ส่งเสริมและป้องกันโรคจากการหมุนเวียนของโลหิต
3. ส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง
4. ส่งเสริมและป้องกันโรคอ้วน

มีการประชาสัมพันธ์โครงการต่างๆ ผ่านทางสื่อจุลสารของอำเภอ ส่งไปตามบ้าน และเชิญชวนให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องในกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ มีการออกแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังโครงการ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการจัดทำโครงการต่างๆ เช่น (1) โครงการเดิน 8,000 ก้าว (2) โครงการกินอิม 80% ของกระเพาะ (3) โครงการรับประทานผักวันละ 350 กรัม และ (4) โครงการ Walk rally 35 คอร์ส จำนวน 20 โซน ทัวอำเภอ เป็นต้น ทั้งนี้จะมีการฝึกปฏิบัติโครงการต่างๆ ในแต่ละช่วงวัยที่เหมาะสม เริ่มตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ



ห้อง Fitness และตารางกิจกรรมการออกกำลังกายประเภทต่างๆ

4) การตรวจสอบสุขภาพจำเพาะ

มีการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมและดูแลสุขภาพของตนเอง โดยแนะนำให้คำนึงถึงความสำคัญของการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันภาวะไขมันในช่องท้องมากเกินไป

5) การตรวจสอบสุขภาพ

เพื่อป้องกันและค้นหาความเสี่ยงต่างๆ ในระยะเริ่มต้น เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งต้องมีการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี

6) การจัดการด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

มีการเปิดคลินิกพิเศษในช่วงกลางคืนตั้งแต่เวลา 17.00 น. - 22.30 น. ในวันราชการ และเปิดให้บริการในช่วงเวลากลางวันของวันหยุดเสาร์อาทิตย์ ซึ่งทางจังหวัดได้จัดให้มีการหมุนเวียนแพทย์สาขาต่างๆ มายังศูนย์อนามัยแห่งนี้ด้วย

การศึกษาดูงานที่ Sakura Clinic และองค์กร NGO : TICO

Dr.Osamu Yoshida เป็นผู้ก่อตั้งและผู้บริหาร โดยมีบริการ 3 ส่วน

1. บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่อยู่ประจำ และ Day care มีรถรับส่งผู้สูงอายุ (รถ Access) มีกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ออกกำลังกาย และกิจกรรมงานประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุนอนเพียงอย่างเดียว

2. บริการ Day care สำหรับเด็กป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถทำงานตามปกติได้ โดยมีการแยกเด็กป่วยแต่ละโรคตามอาการและความเหมาะสม

3. บริการตรวจรักษาทางการแพทย์ เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ไม่มีวันหยุด มีเครื่องมือวินิจฉัยเพียงพอ เช่น CT-scan, Film plain x-ray, Lab, Ultrasound, Stress test เป็นต้น มีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 60-80 คน (ไม่รับทำคลอด) มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน 20 เตียง มักเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือดูแลระยะสุดท้าย โดยห้องพักรักษาผู้ป่วยออกแบบให้มีหน้าต่างเพื่อรับแสงธรรมชาติอย่างเหมาะสมทุกเตียง มีการออกแบบตัวอาคารแบบประหยัดพลังงานและคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมโดยใช้ไม้สนญี่ปุ่น มีการใช้พลังงานแสงอาทิตย์เพื่อลดการใช้ไฟฟ้าจากโรงไฟฟ้า และใช้เศษไม้เป็นเชื้อเพลิงในการทำน้ำร้อนสำหรับใช้ในสถานบริการ มีการปลูกผัก Organics เพื่อใช้ในฝ่ายโภชนาการและเปิดเป็นร้านอาหารจำหน่ายให้บุคคลทั่วไป และมีการคัดแยกขยะ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หากมีผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อเร่งด่วนจะใช้บริการ Doctor Heli โดยจุดจอดคือริมแม่น้ำใกล้คลินิก (ปี 2012 ใช้บริการ 4 ครั้ง)

แนวคิดในการสร้างคลินิก Sakura Clinic และองค์กร NGO : TICO

คลินิกสร้างขึ้นจากต้นสนในประเทศญี่ปุ่นทั้งหมด ซึ่งเป็นต้นไม้ที่ต้องตัดอยู่แล้ว จึงนำไม้ส่วนนี้มาสร้าง เพื่อลดค่าใช้จ่าย และลดการใช้พลังงานในการขนส่ง และส่วนใหญ่โรงไฟฟ้าพลังงานนิวเคลียร์ มีค่าใช้จ่ายในการกำจัดควบคุมกัมมันตภาพรังสีสูงมาก หากเกิดความผิดพลาดจะเกิดอันตรายมาก คลินิกจึงพยายามจัดการพลังงานภายในคลินิกเองด้วยพลังงานจากธรรมชาติ คือ พลังงานจากแสงอาทิตย์ และการใช้เศษไม้เป็นเชื้อเพลิง โดยมีแนวคิดในการทำงานที่ว่า **“สุขภาพดีขึ้นกับสิ่งแวดล้อมดี การเป็นหมอจึงไม่ใช่แค่รักษาโรค ต้องดูแลทุกสิ่งบนโลกใบนี้ด้วย”**

จะเห็นได้ว่า ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก **“มุ่งเน้นให้บริการอย่างเต็มความสามารถ และมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ รวมไปถึงเน้นการใช้พลังงานจากธรรมชาติในการดำรงชีวิต”**



อาหารจากผักออแกนิกส์



ห้องพักผู้ป่วยถูกออกแบบให้ได้รับแสงธรรมชาติ



บริการส่งผู้สูงอายุที่ Day care



ภายในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ



อุปกรณ์ช่วยยก เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ



ห้องอาบน้ำผู้สูงอายุ



จากที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการวางระบบการจัดการด้านสุขภาพที่ดีมาก บุคลากรทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก การดำเนินงานมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรจากธรรมชาติ ลดการสร้างมลภาวะ และมีกิจกรรมกระตุ้นการให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่เจ็บ ไม่ป่วยและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข

ทั้งนี้ ขอขอบคุณ “โครงการฝึกอบรมผู้นำเยาวชน” (Training Programme for Young Leaders) รัฐบาลประเทศญี่ปุ่น และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้โอกาสในการเข้าร่วมโครงการ ทำให้ผู้เขียนได้รับโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเยาวชนญี่ปุ่น เกิดเป็นมิตรภาพที่ดี อยากบอกว่า **“หลงรักประเทศญี่ปุ่นขึ้นมาแล้วละสิ”**

