

วารสาร



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560
Vol. 5 No.1 October 2016 - March 2017

บทความพิเศษ

ถวายความอาลัย การเสด็จสวรรคต

บทความทั่วไป

เด็กไทย ใจคิดดี เด็บโตดี เริ่มต้นที่ครอบครัวคุณภาพ

นายแพทย์สราวุฒิจิ บุนนสุข

เดิมทุนสมอง ท้องคุณภาพ ตามแนวปฏิบัติ 9 ประการ

นายแพทย์สราวุฒิจิ บุนนสุข

บทความวิชาการ

การประเมินผลองค์การไร้พุงต้นแบบ ในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ปี 2558

นิพนธ์ กุลนิติย์ และอนุสรณ์ ส่องแสง

การศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรี อายุ 30-70 ปี กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
เต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ปี 2559

สัทชนา ประมูลพงศ์

พัฒนาการเด็กปฐมวัย และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2557

มธุลี แสนใจ, ไปยดา วัชรศิริ และนิตยา พรธนกภาพ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2559 – มีนาคม 2560

Vol. 5 No.1 October 2016 - March 2017



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสาร และกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของศูนย์อนามัยที่ 10 และภาคีเครือข่าย

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข

บรรณาธิการ

ละออ จันสุตะ

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.อารีย์ บุตรสอน พลากร สืบสำราญ แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ
ทันตแพทย์หญิงศิริดา เล็กอุทัย มลุลี แสนใจ ไฉไล ช่างดำ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

พิมพ์ประภา อินจำปา

กองบรรณาธิการ

อุมาพร สังข์ฤกษ์ เยาวลักษณ์ แสนทวีสุข ชัยยะ เผ่าผา รัตนา ภาละกาล ปราณี อุสุพันธ์
ดาริกา รูปงาม จิตติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ มนูญชา เกษมสวัสดิ์ ชูเลิศ สีแสง
กนกกรัศม์ จันทน์สุทธิประภา จิตติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์ สิริรัมย์ภา การะนนท์

เจ้าของ

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

เลขที่ 45 หมู่ 4 ถนนสถลมารค ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190
โทรศัพท์ 045-251267-9 โทรสาร 045-251270
เว็บไซต์ <http://www.hpc10.net>

จัดพิมพ์

หจก.อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์

74-74/1 ถ.นครบาล อ.เมือง จ.อุบลราชธานี โทร. 045-240636, 240637, 255468

คำแนะนำ

ในการเสนอผลงานเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี”

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งพิมพ์

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

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

บทความพิเศษ (Special articles) เป็นบทความประเภทที่เกี่ยวกับบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไป ที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง 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 บทความย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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 วิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (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. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบตัวเลข (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 เผ่าสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของเด็กตายคลอด. ใน สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), เด็กตายคลอด, หน้า 1-32.

กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 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 ภวภูตานนท์ 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

กัลยาณมิตร. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ [ออนไลน์]. 2548. แหล่งที่มา: <http://www.kalyanamitra.org/daily/dhamma/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/prizker/prizker.html> [1995, June 8]

3.5 หลักการอ้างอิงชื่อผู้แต่ง

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

2) ผู้แต่งชาวไทย ให้ลงชื่อก่อน แล้วตามด้วยนามสกุล เช่น เป็ลื่อง ณ นคร ในกรณีที่เขียนเอกสารเป็นภาษาต่างประเทศ อาจใช้แนวทางเดียวกันกับผู้แต่งชาวต่างประเทศได้

3) ผู้แต่งชาวไทยมีฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ ให้พิมพ์ชื่อ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และฐานันดรศักดิ์หรือบรรดาศักดิ์ เช่น ธรรมศักดิ์มนตรี, เจ้าพระยา ไม่ใส่ยศทางทหาร ตำรวจ 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 ให้เขียนชื่อบรรณาธิการแทน ผู้แต่ง และใส่คำว่า “บรรณาธิการ” (สำหรับภาษาไทย) และคำว่า “ed.” หรือ “eds.” แล้วแต่กรณี (สำหรับภาษาต่างประเทศ) เช่น ติรณ พงศ์มพัฒน์ 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 เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ที่ถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับเอกสาร 3 ชุด พร้อมระบุที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของผลงาน ส่งมาที่

กองบรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 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

ต้นฉบับบทความวิชาการที่ได้รับพิจารณาให้ลงพิมพ์ จะได้รับการอ่านประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ของหน่วยงาน และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียน เพื่อเพิ่มเติมแก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง คณะบรรณาธิการมีสิทธิ์แก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ฉบับนี้ เป็นฉบับประจำปีที 5 ฉบับที่ 1 นำเสนอ บทความวิชาการ ผลการศึกษาวิจัย และ ข่าวกิจกรรมความเคลื่อนไหวของศูนย์อนามัยที่ 10 วารสารฉบับนี้ มีบทความวิชาการและบทความวิจัยที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทความ 2 เรื่อง คือ IQ ดีเริ่มที่ครอบครัว และแนวปฏิบัติ 9 ประการในการ เติบโตสมอง ท้องคุณภาพ เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับวิตามินโฟลิก และธาตุเหล็ก สนับสนุนนโยบายเด็กไทยแ่ก้มใส่ หูญไทยแ่ก้ม แดง สืบเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพประชากรแต่ละช่วงวัยในประเทศไทย ยังพบปัญหาโดย เฉพาะมุมมองช่วงวัยของผู้หญิงและเด็ก บทความวิจัย จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ การประเมินผล องค์กรไร้พุงต้นแบบ ในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี การศึกษาผลการตรวจ คัดกรองสตรีอายุ 30–70 ปี กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ปีงบประมาณ 2559 และพัฒนาการเด็กปฐมวัย และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับ พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับความเคลื่อนไหวในองค์กร ขอแนะนำ ผู้บริหารองค์กร คนรุ่นใหม่ไฟแรง ที่จะนำพาองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกันขับเคลื่อนความ เป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป

ท้ายนี้ วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ขอเชิญชวนนักวิชาการจากหน่วยงาน ทุกระดับ ส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ร่วมเผยแพร่เพื่อให้เครือข่ายได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ตามรายละเอียดที่อยู่ภายในวารสารฉบับนี้

นางสาวละออ จันสุตะ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านสาธารณสุข)



กราบแทบฝ่าพระบาท ส่องเสด็จสู่สวรรคาลัย
น้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณและร่วมถวายความอาลัย
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

น้อมติระกราบบังคม
ส่องเสด็จจอมราชันย์
สิ้นทูลกระหม่อมแก้ว
ไต่ร่มพระบริบาล
รักดีในองค์ภูมิพล
ธ สถิต กลางดวงใจ

ด้วยทุกซ์ตรมและโคกคัลย์
สู่สวรรคตพิภพพิมาน
ผู้เปี่ยมแล้วคุณไพศาล
พระโพธิสมภารป้องปกไทย
เป็นล้นพ้น หาสุขไม่
ข้าฯ ปวงไทย นิรันดร์กาล

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม
ข้าพระพุทธเจ้า
คณะผู้บริหาร ข้าราชการและพนักงานทุกคนศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

ประพันธ์โดย นายสังวร เขตคำ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
29/11/2559



นายแพทย์สรายุทธ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ที่อยู่ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลขที่ 45 หมู่ 4 ตำบลธาตุ ถนนสถลมารค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190
หมายเลขโทรศัพท์ 045-251267-9 หมายเลขโทรสาร 045-251270

2. ประวัติการศึกษาและการฝึกอบรม

- 2.1 ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
- 2.2 ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2.3 หนังสืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน

แขนงระบาดวิทยา

- 2.4 วุฒิบัตร การบริหารงานสาธารณสุขระดับสูง (Mini Master of Management in Health)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

- 2.5 ประกาศนียบัตร การดูแลรักษาผู้ป่วยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากโรงพยาบาลราชวิถี

- 2.6 วุฒิบัตร การบริหารสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 11 มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รางวัลและผลงานดีเด่น

3.1 รางวัลผลงานวิชาการดีเด่นระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ปี 2547 เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Improving Effectiveness for Prevention Mother to child HIV Transmission at Kanthaluk Hospital, Srisaket Province)

3.2 รางวัลผลงานวิชาการดีเด่นระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) (The Development of ESRD Health Care System by CAPD in Benjalakchalermprakret 80 pansa Hospital, Srisaket Province)

- 3.3 รางวัลแพทย์ดีเด่น สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี ประจำปี 2553

- 3.4 รางวัลศิษย์เก่าดีเด่น มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2555

- 3.5 ข้าราชการดีเด่น ครุฑทองคำ ประจำปี 2558

4. ผลงานวิชาการ (บทความวิจัย)

4.1 คู่มือการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของประเทศไทย (Thai national guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV, March 2010)

4.2 การประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการใช้ยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัว เป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย (Economic evaluation and feasibility analysis of using three-drug antiretroviral regimens as the standard regimens for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Thailand, 2009)

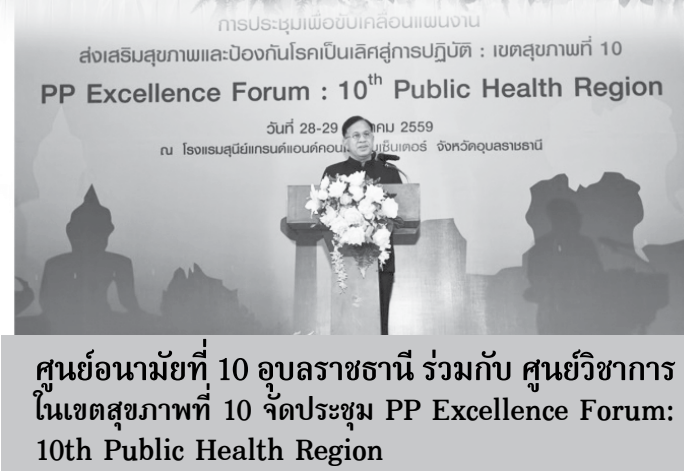
4.3 Evolution of interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV: Perspective from Thailand (Siriraj Medical Journal, 2011)



ศอ.10 อุบลฯ และเขตสุขภาพที่ 10 จัดประชุมและลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อร่วมกันพัฒนาไอคิวเด็ก ร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2559 รศ.คลินิก พญ.วารุณี จินารัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 เป็นประธานในพิธีเปิดและพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือในการพัฒนาเด็กไทย ไอคิวดี เติบโตดี เริ่มที่ครอบครัวคุณภาพ ณ ห้องประชุมทัตติยสยาม โรงแรมสุโขทัยแกรนด์แอนด์คอนเวนชัน เซ็นเตอร์ ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี โดยนายแพทย์สราวุธ บัญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ร่วมกับ เขตสุขภาพที่ 10 เป็นผู้จัดการประชุม โดยเชิญหน่วยงานจาก 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร ร่วมประชุมและลงนามบันทึกข้อตกลง





เหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ โดยเน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบร่วมกันขับเคลื่อนแนวทางการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระหว่างกรมอนามัยและาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการสร้างความร่วมมือที่ต้องใช้การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ (Area based approach) เพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่เขตสุขภาพอันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน



วันนี้ (28 ธ.ค.59) นายแพทย์วิรัช เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัยเป็นประธานเปิดการประชุมเพื่อขับเคลื่อนแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศสู่การปฏิบัติเขตสุขภาพที่ 10 (PP Excellence Forum 10th Public Health Region) ณ โรงแรมสุนีย์ไฮเทล แอนด์คอนเวนชัน เซ็นเตอร์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี โดยกล่าวว่า

จากทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ 7 แนวทาง โดยแนวทางข้อที่ 7 คือพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งประกอบด้วยยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการสร้างคามอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย ให้เอื้อต่อการพัฒนาคนและรัฐบาลได้แถลงนโยบายด้านสาธารณสุข คือการยกระดับคุณภาพบริการ โดยรัฐบาลจะวางรากฐาน พัฒนาและเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยเน้นความทั่วถึง ความมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ ไม่มีความ



กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข



เขตสุขภาพที่ 10 Kick off การพัฒนาเด็กไทย ไอคิวดี เติบโตดี เริ่มต้นที่ครอบครัวคุณภาพ

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 เขตสุขภาพที่ 10 จัด kick off โครงการเด็กไทยแถมใส ห่วงไทยแถมแดงและ โครงการพัฒนาเด็กไทยไอคิวดี เติบโตดี เริ่มต้นที่ครอบครัวคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

เวลา 09.00 น. จักรณรงค์ให้ความรู้ มอบชุดวิตามินเสริมโพลีคและธาตุเหล็ก เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยให้หญิงตั้งครรภ์ ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยมี รศ.คลินิก พญ.วราณี จินรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 เป็นประธาน พร้อมด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผู้อำนวยการ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกิจกรรมครั้งนี้ จากนั้นเวลา 13.00 น. ได้เดินทางไปเปิดกิจกรรม kick off ที่โรงเรียนอนุบาลอุบลราชธานี ในการนี้มี ดร.สมศักดิ์ จังตระกุล ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมพิธีเปิดโครงการ และมอบวิตามินเสริมธาตุเหล็ก โพลีค ไอโอดีนให้กับเด็กนักเรียนชั้นปฐมวัย จากนั้น เวลา 15.00 น. เดินทางไป Kick off ที่ โรงเรียนเบญจมาฆะมหาราชและมอบวิตามินเสริมธาตุเหล็ก โพลีคไอโอดีน ให้กับเด็กนักเรียน ระดับชั้น ม.2

ในส่วนจังหวัดอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดศรีสะเกษ นำโดย นายธวัช สุระบาล รองผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษเป็นประธาน ณ ศาลาเอนกประสงค์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร โดยนายบุญธรรม เลิศสุขีเกษม ผู้ว่าราชการจังหวัดยโสธร เป็นประธาน ณ โรงเรียนยโสธรพิทยาคม จังหวัดมุกดาหาร โดยนายพนดล ไพฑูรย์ รองผู้ว่าราชการจังหวัดมุกดาหาร เป็นประธานจัดงาน ณ โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดอำนาจเจริญ โดยนายกัญจน์ธรุ์ เจริญชัย สร.เชี่ยวชาญ สสจ.อำนาจเจริญ เป็นประธาน ณ โรงเรียนอนุบาลอำนาจเจริญ



คำแนะนำในการเสนอผลงานเพื่อตีพิมพ์	4
บทบรรณาธิการ	8
บทความพิเศษ	9
■ ถวายความอาลัย การเสด็จสวรรคต	
ข่าวประชาสัมพันธ์	
■ แนะนำ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	10
■ ข่าวประชาสัมพันธ์ กิจกรรมของหน่วยงาน	11
บทความทั่วไป	
■ เรื่อง เด็กไทย ไอคิวดี เด็บโตดี เริ่มต้นที่ครอบครัวคุณภาพ โดยนายแพทย์สรารัฐ บัญสุข	15
■ เรื่อง เต็มทุนสมอง ท้องคุณภาพ ตามแนวปฏิบัติ 9 ประการ โดยนายแพทย์สรารัฐ บัญสุข	18
บทวิพากษ์การ	
■ เรื่อง การประเมินผลองค์กรไร้พุงต้นแบบ ในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ปี 2558 โดย นิพนธ์ กุณินิตย์ และอนุสรณ์ ส่องแสง	20
■ เรื่อง การศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรี อายุ 30-70 ปี กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ปี 2559 โดย ลักขณา ประมูลพงศ์	32
■ เรื่อง พัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2557 โดย มลลธิ์ แสนใจ, ไปยดา วิรค์มี และนิตยา พรรณาภพ	40

เด็กไทย IQ ดี เติบโต ดี

เริ่มต้นที่....

ครอบครัวคุณภาพ



นายแพทย์สราวุธ บัญสุข
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

เมื่อตั้งครรภ์แล้ว สุขยอดปรารถนาของว่าที่คุณแม่ทุกคน คือ อยากให้เจ้าตัวน้อยคลอดออกมามีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง แน่แน่นอนว่าเจ้าตัวน้อยจะแข็งแรงได้นั้นต้องบำรุงกันตั้งแต่วินาทีแรกตั้งแต่วินาทีแรก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของคุณแม่ระหว่างตั้งครรภ์ ตั้งแต่เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือวิตามิน รวมไปถึงการพบคุณหมอตตามนัดหมายทุกครั้ง

เสริม โฟลิก และ ธาตุเหล็ก

- เพื่อความสมบูรณ์ของแม่
- เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย



กรดโฟลิก คืออะไร ทำไมต้องเสริมโฟลิก

กรดโฟลิก (Folic acid) เป็นสารอาหารในกลุ่มวิตามิน บี ซึ่งก็คือวิตามินบี 9 ละลายน้ำได้ อาจอยู่ในรูปสารประกอบชนิดอื่นๆ และมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น โฟเลต (Folate) โฟลาซิน (Folacin) เป็นต้น กรดโฟลิก มีหน้าที่ในการสังเคราะห์สารพันธุกรรม (DNA) ให้คงรูปโครโมโซม ควบคุมการสร้างกรด อะมิโน (Amino acids) ซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของโปรตีน จำเป็นต่อการแบ่งตัวของเซลล์และการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ในการสร้างและการแก่ตัวของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวในไขกระดูก **กรดโฟลิก** มีความสำคัญในการสร้างหลอดประสาทซึ่งเกิดขึ้นภายใน 28 วันหลังปฏิสนธิ ในปี 1992 องค์การอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้เสริมโฟเลตในอาหารประจำวันใน cereal สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดหลอดประสาทไม่ปิดลงได้ร้อยละ 30-40 ต่อมาพบว่านโยบายการให้โฟเลต supplementation 0.4 mg ต่อวันสามารถลดอัตราการเกิดหลอดประสาท ไม่ปิดได้ถึงร้อยละ 82 นอกจากนั้นยังมีข้อมูลว่าการให้ โฟเลตระหว่างตั้งครรภ์จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดได้ในช่วง 20-32 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์อีกด้วย[1] ปัจจุบันมีมากกว่า 50 ประเทศทั่วโลกที่มีนโยบายเสริมอาหารด้วยโฟเลต นอกจากป้องกันหลอดประสาทไม่ปิดแล้ว โฟเลตยังสามารถป้องกัน oral clefts, cardiac defects และความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงอื่นๆได้อีกหลายอย่าง รวมทั้งลดความเสี่ยงของ low-birth weight, pre-term delivery, language delay, leukemia, childhood brain tumors และ autism อย่างไรก็ดี ข้อมูลในส่วนนี้ยังไม่มีการยืนยันชัดเจน ต้องรองานวิจัยมากกว่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน[1]

ใครกันที่เสี่ยงต่อการขาดกรดโฟลิก กลุ่มที่เสี่ยงต่อการขาดกรดโฟลิกมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์ คนที่รับประทานกรดโฟลิก ไม่เพียงพอ กลุ่มทารก เด็กที่กำลังเจริญเติบโตและผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ

อาการแสดงสำคัญของการขาดกรดโฟลิก

1. ภาวะโลหิตจาง ที่มีขนาดเม็ดเลือดแดงใหญ่กว่าปกติ (Megaloblastic Anemia) ภาวะโลหิตจางชนิดนี้เกิดขึ้นเพราะมีการปล่อยเม็ดเลือดแดงที่ยังไม่โตเต็มที่ออกมาในกระแสเลือด เนื่องจากมีเม็ดเลือดแดงที่ไม่โตเต็มที่ ไม่เพียงพอ (เม็ดเลือดแดงที่โตไม่เต็มที่ จะมีขนาดใหญ่กว่าเม็ดเลือดแดงปกติที่โตเต็มที่แล้ว)

2. ความพิการทางสมอง (Neural tube defect) เป็นความผิดปกติในการสร้าง หลอดประสาท มีผลต่อไขสันหลังและสมอง เกิดขึ้นในระยะแรกของการพัฒนาเป็นตัวอ่อนในครรภ์ ในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงในตัวอ่อน เพื่อพัฒนาเป็นไขสันหลัง ประสาทและสมอง ขณะเดียวกันกระดูกสันหลังจะค่อย ๆ เจริญออกมาล้อมรอบไขสันหลัง ซึ่งในช่วงที่ร่างกายกำลังพัฒนานี้ เกิดความผิดปกติขึ้น จะทำให้เกิดปัญหาได้ ภาวะรุนแรงที่สุด คือ สมองทั้งหมดขาดหายไป (Anencephaly) ที่พบบ่อยที่สุด คือ กระดูกสันหลังไม่ยื่นมาเชื่อมเป็นวงแหวน เพื่อจะโอบล้อมไขสันหลัง ทำให้ของเหลวในไขสันหลังดันช่องกระดูก สันหลังที่ปิดไม่สนิทนี้โป่งออกมา เรียกว่า Spina Bifida ซึ่งความพิการทางสมองนี้ เกิดจากการขาดกรดโฟลิกในช่วงก่อนตั้งครรภ์และช่วงแรกของการตั้งครรภ์

3. ภาวะมีสารโฮโมซิสเตอีนสูงเกินปกติ (Homocysteinemia) ภาวะนี้เกิดเนื่องจาก การเพิ่มขึ้นของปริมาณสารโฮโมซิสเตอีนในกระแสเลือด เชื่อว่าโฮโมซิสเตอีนนี้ จะยับยั้ง Cross-linking ระหว่างการสร้าง elastin และ collagen เพิ่มการสร้าง prostaglandin ในเกร็ดเลือดและหลอดเลือดมีการกระตุ้น coagulation factors จนมีการทำลายหลอดเลือดในที่สุด ซึ่งการเพิ่มขึ้นของโฮโมซิสเตอีนนี้จะมี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ ไขมันอุดตันในหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะเลือดแข็งตัวเป็นก้อนอุดตันทางเดินของหลอดเลือดในเส้นเลือดบริเวณรอบนอกตามแขนขาและอาจส่งผลให้เกิดภาวะโคเลสเตอรอลสูง โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน

ทำไมต้องเสริมโฟลิกก่อนท้อง 1-3 เดือน เนื่องจากการพัฒนาการของสมองและระบบประสาทเกิดขึ้น อย่างต่อเนื่อง ภายหลังการปฏิสนธิ โดยหลอดประสาทจะปิดอย่างสมบูรณ์ในระหว่างสัปดาห์ที่ 3-4 หลังการปฏิสนธิ (วันที่ 21-28) ซึ่งปกติกว่าที่แม่จะรู้ว่าตั้งครรภ์ โดยสังเกตจากประจำเดือนไม่มาตามกำหนด แล้วจึงไปพบแพทย์ ก็ล่วงเข้าสัปดาห์ที่ 3 เป็นอย่างเร็วที่สุด การเริ่มรับประทานกรดโฟลิกในระยะนี้จึงไม่ทันการณ์ ดังนั้นหากจะให้ได้ผลจริง ๆ จะต้องเริ่มรับประทานกรดโฟลิก ก่อนการตั้งครรภ์ประมาณ 1-3 เดือนเป็นอย่างน้อย และถ้าจะให้ครอบคลุมถึงการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้าให้ครบถ้วนด้วย จะต้องแนะนำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคนรับประทานกรดโฟลิกเพิ่มทุกวันเป็นประจำ การกินกรดโฟลิกเสริม ก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 1-3 เดือน และกินต่อไปอีก 3 เดือนหลังตั้งครรภ์แล้ว จะได้รับประโยชน์และช่วยลดความพิการของโรคได้ แม้ความเสี่ยงเหล่านี้มีเพียง 1:1,000 ของการตั้งครรภ์ก็ตาม แต่ก็เป็นเรื่องที่เราไม่ควรเสี่ยง การกินกรดโฟลิก ขณะตั้งครรภ์ จะไม่มีผลต่อการป้องกันความพิการแต่กำเนิด เนื่องจากการปิดท่อน้ำไขสันหลังจะปิดเสร็จภายใน 28 วันหลังปฏิสนธิ สำหรับคุณแม่ที่ไม่ได้เสริมกรดโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ก็ไม่ต้องตกใจ เพราะกรดโฟลิกจะมีในอาหารที่เรากินทุกวันอยู่แล้ว ถ้าคุณแม่ไม่ใช้กลุ่มเสี่ยงก็ไม่ต้องกังวล และอีกอย่างหนึ่งคือ ความผิดปกติเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับเด็กทุกคน และไม่ได้เกิดขึ้นจากการขาดกรดโฟลิกอย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกถึง 50% คือ

ความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับไข่ของคุณแม่มากกว่าน้ำเชื้อของคุณพ่อ เพราะจะมีการแบ่งโครโมโซมไว้ครึ่งหนึ่งแล้วตั้งแต่อยู่ในท้องเพื่อรอปฏิสนธิ ซึ่งอาจจะมีการแตก หัก หลุด และไปจับกันใหม่จนผิดที่ผิดทาง หรือหายไปบ้าง พอผสมกับน้ำอสุจิทำให้ไม่ครบคู่บ้าง เกินบ้าง ยิ่งอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป เพอร์เซ็นต์ที่จะเกิดก็เพิ่มมากขึ้นไปด้วยได้

รับเชื้อบางชนิดระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ไวรัสหัดเยอรมัน ก็มีส่วนทำให้สมองพิการได้เหมือนกัน เช่น ปัญญาอ่อน สมองลีบเล็ก ไม่เติบโต การกินยาบางชนิดขณะตั้งครรภ์ เช่น ยาขับประจำเดือนและยาอื่นๆ ซึ่งเข้าไปรบกวนการสร้างอวัยวะ เป็นต้น อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น พื้นที่เสี่ยง โดนรังสีเอกซ์เรย์ ได้รับสารเคมีบางอย่าง เป็นต้น

กรดโฟลิก กินแค่ไหนจึงจะพอ

แม่กลุ่มทั่วไป คือกลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติว่าลูกหรือญาติมีความพิการแต่กำเนิด เมื่อตั้งครรภ์กรดโฟลิกในคุณแม่จะลดลง เนื่องจากถูกดึงไปใช้ในการสร้างตัวอ่อน ดังนั้นควรได้รับอย่างน้อยวันละ 400 ไมโครกรัม (0.04 มิลลิกรัม) จึงจะช่วยลดอุบัติการณ์ความพิการแต่กำเนิดได้มากกว่า 50% แต่ถ้าไม่ได้รับกรดโฟลิกก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการแต่กำเนิดมากกว่า 50% เช่นกัน

แม่ในกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มที่มีประวัติว่าลูกหรือญาติเคยมีความพิการเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น ความพิการของกะโหลก ระบบประสาทส่วนกลาง สมองพิการแต่กำเนิด โรคปากแหว่งเพดานโหว่ หรือแม่เป็นโรคโลหิตจาง เป็นต้น แม่กลุ่มนี้จะต้องได้รับกรดโฟลิกเพิ่มเป็นวันละประมาณ 40,000 ไมโครกรัม (4 มิลลิกรัม) คือมากกว่าแม่กลุ่มปกติประมาณ 100 เท่าค่ะ

เอกสารอ้างอิง

- [1] พรสวรรค์ วสันต์(2559), ความสำคัญของโฟเลตในการป้องกันความพิการแต่กำเนิด-An Update ใน National Forum on Birth Defects and Disabilities ครั้งที่ 8 สมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิด ,102-110



เติมทุนสมอง ท้องคุณภาพ ตามแนวปฏิบัติ 9 ประการ

นายแพทย์สราวุธ บุญสุข
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

การพัฒนาศักยภาพประชากรแต่ละช่วงวัยในประเทศไทย ยังพบปัญหา โดยเฉพาะมุมมองช่วงวัยของผู้หญิงและเด็ก ซึ่งต้องได้รับโอกาสพัฒนาอีกมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านสติปัญญา คุณภาพการศึกษา และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ จากผลการสำรวจตามช่วงวัย พบว่า กลุ่มเด็กไทยมีโอกาสป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 6 : 1,000 การเกิดมีชีพ เด็กกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม 1 : 800-1,000 การเกิดมีชีพ ร้อยละ 8.2 ของเด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 29.6 สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 0-5 ปี มีสัดส่วนลดลงจาก ร้อยละ 72 เหลือเพียงร้อยละ 71 มีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 10.6 ดังนั้นการเติมทุนสมองจึงมีความสำคัญในการพัฒนาสมองของเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการดีตั้งแต่เริ่มต้นอยู่ในครรภ์มารดา เต็มโตเป็นเด็กดี เด็กเก่ง ของสังคม

แนวปฏิบัติ 9 ประการ ในการเติมทุนสมอง ท้องคุณภาพ “เด็กดี เด็กเก่ง ครอบครัวสร้างได้”

1. เลือกคู่ดี อิทธิพลของพันธุกรรมหรือยีน มีผลต่อการพัฒนาทั้งทางด้านสติปัญญาและร่างกาย คู่ที่ดี จึงควรได้รับการคัดกรองโรคที่สามารถถ่ายทอดจากครอบครัวไปสู่ลูก กรมอนามัย ได้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแก่คู่ที่เตรียมพร้อมจะตั้งครรภ์ เช่น การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี และซิฟิลิส ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

2. ฝากท้องเร็วและมีคุณภาพ การฝากท้องเร็ว คือ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองโรคทางพันธุกรรม ทั้งดาวน์ซินโดรม ธาลัสซีเมีย เอชไอวี ซิฟิลิส ตับอักเสบปี ตลอดจนได้รับการส่งเสริมสุขภาพครรภ์มารดา การให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นคุณแม่ที่มีคุณภาพ

3. เลือกคลอดดี กรมอนามัย ส่งเสริมให้มีการคลอดในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ลดอัตราการตาย ของมารดาและทารก

4. ให้นมแม่เร็ว และนาน มีผลการศึกษาจำนวนมาก ที่แสดงให้เห็นว่า นมแม่มีคุณประโยชน์สูง และควรให้อย่างน้อย 6 เดือน หลังจากนั้น ส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสมตามอายุและสามารถให้นมแม่ได้นานต่อเนื่อง การให้นมแม่ นอกจากมีประโยชน์ด้านสุขภาพแล้ว ยังสร้างความผูกพันอันเหนียวแน่นระหว่างแม่ลูก ครอบครัวด้วย

5. พาลูกมาตรวจสุขภาพตามนัด กรมอนามัย ส่งเสริมให้มีคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพเด็ก การรับวัคซีน ตลอดจนเน้นการตรวจคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ โดยการใช้คู่มือ DSPM ซึ่งผู้ปกครองสามารถใช้แบบคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติได้ และหากพบความผิดปกติสามารถส่งต่อไป พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป

6. **กินดี เล่น อ่าน เล่า เรื่องปัญหา** ควรส่งเสริมให้มีโภชนาการเด็กและมารดาที่เหมาะสม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งพ่อ แม่ลูก ปู่ย่า ตายาย พี่น้องในครอบครัว ในการดูแลบุตรหลานอย่างใส่ใจ เล่น อ่าน เล่านิทานร่วมกัน ปลุกฝังคุณธรรม จริยธรรม สร้างสายใยรักในครอบครัว เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิตที่ดีสำหรับเด็กในอนาคต

7. **ลูก คิด ถาม อ่าน และลงมือทำ** ส่งเสริมการคิด การอ่าน เป็นการฝึกให้เด็กกล้าที่จะคิด และทำในสิ่งที่ถูกต้อง พ่อแม่ ครอบครัวควรฝึกลูกบ่อยๆ เพื่อให้ชินกับการแก้ปัญหา และทำตัวเป็นแบบอย่าง ให้เด็กซึมซับกับการปฏิบัติไปอย่างลงตัว

8. **สอนทักษะชีวิต และทักษะการคิด** ทักษะชีวิต และทักษะการคิด (Executive Function: EF) เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหา และการปรับตัว เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข และมีคุณภาพ การปลูกฝังทักษะชีวิต และทักษะการคิด ต้องเริ่มบ่มเพาะตั้งแต่วัยเด็ก ด้วยการส่งเสริมให้เด็กมีการเรียนรู้ทั้ง 10 ประการ ได้แก่ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การตระหนักในตนเอง ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด

9. **ให้อิสระในการเรียนรู้** ครอบครัวควรส่งเสริมให้เด็กสามารถเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ กรมอนามัยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคนอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่ในครรภ์ ช่วงปฐมวัย และต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวเป็นแกนหลัก และชุมชนเป็นฐาน มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนา

บทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ ในครอบครัว

เมื่อภรรยาให้กำเนิดลูกน้อย ก็จะมีบทบาทเพิ่มขึ้น คือ บทบาทของแม่ ในขณะที่เดียวกันสามี ก็ต้องทำบทบาทของพ่อไปพร้อมๆ กันด้วย การทำให้ครอบครัวอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวที่มีความสุข พ่อแม่ควรมีบทบาท ดังต่อไปนี้

1. ให้ความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัย
2. มีการพูดจาสื่อสารที่ดีต่อกัน
3. มีการส่งเสริมประสบการณ์ชีวิตที่ดีให้กับลูก ฝึกให้ลูกช่วยเหลืองานบ้าน ฝึกให้ลูกตัดสินใจด้วยตนเอง
4. สอนให้ลูกทำความดี มีความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ
5. ส่งเสริมให้ลูกได้รับการศึกษาในวัยที่เหมาะสม
6. สำคัญมากที่สุด คือ พ่อแม่ต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับลูก

ปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวที่ดี

การที่คู่สมรสจะมาอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวที่ดี มีบุตรสืบสกุลที่จะเจริญเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาตินั้น แต่ละคนย่อมมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อกัน ปรับตัวในการใช้ชีวิต อยู่ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม และการมีครอบครัวที่สมบูรณ์ มีความสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวที่ดี ได้แก่ ปัจจัย 4 คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่นๆอีก เช่น การประกอบอาชีพที่มั่นคง การประหยัดอดออม การมีสภาพครอบครัวที่สมบูรณ์ เช่น

- ครอบครัวแบ่งบทบาทหน้าที่ ช่วยเหลือกัน
- มีความยืดหยุ่น โดยเฉพาะการเลี้ยงลูก และการดูแลบ้าน
- มีความรัก ความผูกพันในครอบครัว สามารถเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตได้ตามพัฒนาการได้



นายนิพนธ์ กุลนิตย์

นายอนุสรณ์ ส่องแสง

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation Research) วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลองค์กรไร้พุงต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบในปี 2558 ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 12 องค์กร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินผลองค์กรไร้พุงต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 12 องค์กรผ่านการประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบตามเกณฑ์ประเมินทุกข้อ โดยพบว่าด้านปัจจัยนำเข้ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานรับผิดชอบโครงการพร้อมทั้งระบุหน้าที่คณะกรรมการแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน มีการประกาศนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่บุคลากรในองค์กรออกมาตรการร่วมกันเพื่อส่งเสริมการจัดการควบคุมน้ำหนัก เช่น นโยบายด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และมีการจัดทำแผนงานในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรในองค์กรพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาการทำงานมีผู้รับผิดชอบโครงการอย่างชัดเจน ปัจจัยด้านกระบวนการพบว่า มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรเพื่อส่งข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบส่งถึงเจ้าหน้าที่ในองค์กรทุกคนทั้งคนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ ผ่านเสียงตามสาย ป้ายประชาสัมพันธ์ และปัจจัยด้านผลผลิตและผลลัพธ์พบว่า บุคลากรที่ร่วมโครงการมีรอบเอวปกติ 900 คน คิดเป็นร้อยละ 72.70 รอบเอวเกิน 338 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 เพศชายรอบเอวปกติ 317 คน คิดเป็นร้อยละ 77.70 เพศหญิงรอบเอวปกติ 583 คน คิดเป็นร้อยละ 70.20 มีการพัฒนาองค์กรไร้พุงเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยั่งยืน และมีการจัดทำงบประมาณเพื่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้บุคลากรมีกิจกรรมดำเนินการควบคุมและลดน้ำหนัก ลดอ้วนลงพุง อย่างต่อเนื่อง

Assessment of the Prototyped Bellyless Organization at Regional Health Promotion Center 10, Ubonratchathani in the Year 2015

Nipon Kulnit

Anusorn songsang

Regional Health Promotion Center 10 UbonRatchathani

Abstract

This evaluation research aim to evaluate effectiveness of the 12 approved prototyped bellyless organizations in the year 2015 at regional health promotion center 10, Ubonratchathani. The test for prototyped bellyless organization was implemented and. descriptive statistics were analyzed for frequency and percentage. Results demonstrated that the total of 12 organizations fulfilled all items of the prototyped bellyless organization evaluation. According to input factors, the designated committee were responsible for their own function. There were announcement of public health policy of which elaborated by their own staff to control body weight of the personnel e.g. diet behavior, exercising and emotional control; conducted health promotion plan for staff, together with time line for the program, and also assigned personnel to take responsibility to the project. Regarding to process factors, internal communication has been conducted through advertising board covering both obesity vulnerable groups and normal groups. The designed output and outcome came across as 900 participants (72.70 percent) have normal waist circumference with only 338 people (27.30 percent) still over waist circumference. There were 317 males (77.0 percent) and 583 females (70.20 percent) have normal waist circumference. Lastly, it were found that sustainable development of bellyless organization has been established anregular budget allocated to operate the activities continuously. Most of activities were conducted in the form of health promotion, surveillance, health behavior change and physical fitness testing in order to encourage staff to control body weight and reduce obesity steadily.

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันแปรผันไปตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในอดีตแบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิต มีสาเหตุมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเกิดโรคติดต่อที่แพร่เชื้อทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เมื่อภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงสู่ยุคโลกาภิวัตน์สาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเปลี่ยนเป็นสาเหตุอันเกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเกิดโรคจากพฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิตโดยเฉพาะโรคNCDs เพิ่มมากขึ้นกลุ่มโรคดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิตและศักยภาพของ

ทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่องและรุนแรง องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน ประมาณ 2 เท่าของผู้เสียชีวิตจากโรคติดต่อทั้งหมด[1] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายงานการเสียชีวิตของประชากรโลกที่เสียชีวิตจากกลุ่มโรคNCDs 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดในปี 2555 สอดคล้องกับสถานการณ์การเสียชีวิตในประเทศไทย ปี 2556 กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง 349,090 รายคิดเป็นร้อยละ 75.2 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดและก่อให้เกิดภาระโลกจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs)

มากถึงร้อยละ 75.44 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในปี 2556 โดยประชากรไทยมีภาระโรคในสัดส่วนที่สูงที่สุดจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 1.5 ล้านDALYs รองลงมาคือโรคมะเร็ง 1.4 ล้านDALYs โรคเบาหวาน 0.6 ล้าน DALYs และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 0.5 ล้าน DALYs[2] นอกจากนี้มีการประมาณการต้นทุนผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs ในช่วง พ.ศ.2554-พ.ศ.2573 มีมูลค่าถึง 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐหรือ 1,401 ล้านล้านบาท และเมื่อศึกษาต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรค NCDs ในพ.ศ.2552 พบว่ามีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของชาติ[3] ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคจากการดำเนินวิถีชีวิตดังกล่าวโดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วนโดยเฉพาะอ้วนลงพุงโดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และโภชนาการและการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนั้นองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติได้มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับโรค NCDs อย่างชัดเจนในปี 2543 โดยมีการรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก534 และได้มีการกำหนดหลักการสำคัญในการดำเนินการได้แก่ การเฝ้าระวังติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ การส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยและการป้องกันโรครวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงได้แก่การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การป้องกันควบคุมโรคจึงถูกยกระดับความสำคัญจากวาระทางด้านสุขภาพเป็นวาระทางการเมืองที่สำคัญระดับโลกโดยมีการจัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศ(High-Level meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of NCDs) ในปี พ.ศ.2554 ได้มีการรับรองปฏิญญาทางการเมือง ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ(Political Declaration) ซึ่งภายหลังการประกาศปฏิญญานี้ก่อให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการเคลื่อนไหวในการจัดการกับปัญหาโรคNCDs ทั้งใน

ระดับโลกและระดับประเทศอย่างกว้างขวาง เช่นการประชุม First Global Ministerial Conference on Healthy Life-styles and NCDs Control ที่ได้มีการประกาศปฏิญญามอสโก (Moscow Declaration) ตลอดจนถึงการผลักดันวาระโรคNCDs ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในวาระสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาหลัง พ.ศ. 2558 (Post-2015 development agenda) และมีความมุ่งมั่นที่จะให้บรรลุ 9 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใน พ.ศ.2568[2] หลังจากนั้นรัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายในปี 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน ด้วยการรณรงค์สร้างสุขภาพ มากกว่าซ่อมสุขภาพ ภายใต้สโลแกน “สร้างนำซ่อม” และได้จัดงานรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพอย่างยิ่งใหญ่ ภายใต้ชื่องาน “มหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพครั้งที่ 1” เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2545[4] เป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนในการย้ำเน้นถึงทิศทางและเป้าหมายของนโยบายรัฐบาลที่มุ่งกระตุ้นให้ทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่สำคัญคือ การส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ และการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย โดยมีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนแต่ละชุมชนรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมในการสร้างสุขภาพ ในรูปของกลุ่มหรือชมรมสร้างสุขภาพ ต่อมาในปี พ.ศ.2550 ได้ริเริ่มสร้างกระแสสังคมขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินงานตามโครงการ “คนไทยไร้พุง” รณรงค์สร้างกระแสลดอ้วนลงพุง โดยใช้หลัก 3 อ. ได้แก่อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ สร้างกระแสผ่านสื่อต่าง ๆ ด้วยการวัดรอบเอวประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพื่อค้นหา คัดกรอง และสร้างความตระหนักให้กับประชาชน เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคและการใช้ชีวิตเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนลงพุง สำหรับคนอ้วนลงพุงใช้เกณฑ์จากการวัดเส้นรอบเอวผ่านสะดือ คนอ้วนลงพุงในเพศชายคือคนที่มียอดเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป และคนอ้วนลงพุงในเพศหญิงคือคนที่มียอดเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป อ้วนลงพุงเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่มีผลต่อชีวิตเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคข้อและเส้นเอ็น และโรคหลอดเลือดเชิงอุดตัน[5] ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายของคนไทยใน

อันดับต้นๆ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนวิถีชีวิตของคนไทย ทั้งเรื่องของการเลือกบริโภคอาหารและการไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากโครงสร้างของสังคมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนถึงความเชื่อ วัฒนธรรมเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เข้ามาช่วยให้การดำเนินชีวิตสะดวกสบายมากขึ้นการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ต้องใช้ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา ขององค์การอนามัยโลก 5 ด้าน อันได้แก่ 1. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อให้มีความรู้ที่จะดูแลตนเอง 2. พัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง เพื่อให้มีการพัฒนาไปอย่างยั่งยืน 3. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มปัจจัยเอื้อเรื่องการกินผักผลไม้ การออกกำลังกาย 4. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนความคิดในการให้บริการหรือวิธีการทำงานให้เป็นเชิงรุกมากขึ้นเพื่อให้ชุมชนประชาชน มีส่วนเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแท้จริง 5. การมีนโยบายสาธารณะไร้พุง การดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะต้องเป็นการดำเนินการแบบสหสาขา และร่วมมือทุกภาคส่วน โดยมีประชาชน ชุมชน เป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามนโยบายเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด รวมทั้งภาคีเครือข่ายต้องร่วมมือขับเคลื่อนสังคมโดยการสร้างกระแสให้สังคมตระหนักยอมรับว่าเป็นปัญหารุนแรง พร้อมทั้งสื่อสารให้เกิดความรู้ และทักษะของการควบคุมป้องกันรวมทั้งวิธีการลดน้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสม ควบคู่กันไป [6] สำนักโภชนาการ กรมอนามัยร่วมกับศูนย์อนามัยเขตทุกเขตทั่วประเทศได้ผลักดันให้เครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องโดยจัดทำโครงการภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง เน้นการแก้ปัญหาโรคอ้วนด้วยกระบวนการขับเคลื่อนสังคมให้เกิดการทำงานร่วมกันในทุกเครือข่าย เพื่อลดอ้วน ลดพุง ควบคุมป้องกันการเกิดโรคอ้วนในชุมชน ในองค์กรตนเอง โดยพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ และก้าวสู่การเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยั่งยืน ในปี 2558 ที่ผ่านมา ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีดำเนินโครงการศูนย์การเรียนรู้ องค์กรไร้พุงต้นแบบโดยดำเนินโครงการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตรับผิดชอบ รับผิดชอบหน่วยงาน/ องค์กรร่วมโครงการ และดำเนินกิจกรรมในองค์กรตามเกณฑ์ประเมินองค์กรไร้พุงต้นแบบ ส่งเสริมสุขภาพสมาชิก ในองค์กรตามหลัก 3 อ. ได้แก่อาหาร ออกกำลังกายและ

อารมณ์ ในการที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการรณรงค์สร้างกระแสการแก้ปัญหาโรคอ้วน ลดพุงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้เกิดเป็นองค์กร ไร้พุงต้นแบบ และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเมื่อครบกำหนดการดำเนินโครงการ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผล เพื่อการประเมินประสิทธิผลของโครงการและการปรับปรุงพัฒนาโครงการให้ดียิ่งขึ้น

การประเมินผลด้วยระบบวิเคราะห์ (Analytical Evaluation) เป็นการประเมินที่นิยมมาใช้ในการประเมินผลโครงการต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Outputs) ตลอดจนประเมินผลต่อเป้าหมาย (Outcomes) และผลกระทบ (Impacts) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากโครงการ ทั้งทางตรงและทางอ้อมในมิติด้านบวกและด้านลบโดยมีการประเมินก่อน (Pre- Evaluation) และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ (Ex-post Evaluation) เพื่อจะมุ่งประเมินประสิทธิผล (Outputs) ของโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหรือไม่ รวมถึงการประเมินผลต่อเป้าหมายหรือคุณประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Outcomes) จากโครงการ ตลอดจนผลกระทบ (Impacts) ที่เกิดขึ้น[7] จากสถานการณ์และแนวคิดการประเมินดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานโครงการ ฯ จึงสนใจที่จะทำการวิจัยประเมินองค์กรไร้พุงต้นแบบโดยใช้กรอบการประเมินแบบจำลองการประเมินเชิงระบบ(System Approach Model) ที่วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Outputs) ตลอดจนประเมินผลต่อเป้าหมาย (Outcomes) เพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการ ทั้งโครงสร้างการบริหารจัดการ กระบวนการดำเนินงาน ผลการลดอ้วน ลดพุง และความยั่งยืนของโครงการฯ เพื่อให้การควบคุมป้องกันการเกิดโรคอ้วนลดพุงที่จะนำไปสู่การเกิดโรค NCDs อย่างยั่งยืน และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบ ในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบด้านปัจจัยนำเข้า (Input)
2. เพื่อประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบเชิงกระบวนการ (Process)
3. เพื่อประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบเชิงผลผลิตและผลลัพธ์ (Outputs/Outcome)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินโครงการประเมินผลโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ประกอบด้วยจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ โยธธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ที่ผ่านการประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ในปี 2558 จำนวน 12 องค์กร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้กรอบการประเมินแบบจำลอง (Model) การประเมินเชิงระบบ (System Approach Model)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการเก็บข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ องค์กรที่สมัครร่วมโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบ และผ่านการประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ตามมาตรฐานของกรมอนามัย ประจำปี 2558 จำนวน 12 องค์กร

คุณลักษณะขององค์กรไร้พุงต้นแบบ

องค์กรไร้พุงต้นแบบ คัดเลือกจากคุณลักษณะขององค์กรภาครัฐ หรือเอกชน ที่สมัครเข้าร่วมเป็นศูนย์การเรียนรู้ องค์กรต้นแบบไร้พุงมีดังนี้คือ

1. องค์กร หมายถึง หน่วยงาน บริษัท ห้างร้าน โรงพยาบาล โรงเรียน ท้องถิ่น ชุมชน หรือ ชมรมทั้งภาครัฐและเอกชน

2. องค์กรมีบุคลากรหรือพนักงาน 30 คนขึ้นไป

3. หัวหน้า/ผู้นำองค์กรสมัครใจที่จะเข้าร่วม และยินดีที่จะร่วมมือในการขับเคลื่อนศูนย์การเรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุงกับกรมอนามัย ศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แบบประเมินองค์กรไร้พุงต้นแบบมีทั้งหมด 7 ข้อ หน่วยงาน องค์กรที่ร่วมโครงการจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินองค์กรไร้พุงต้นแบบ โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี 2554[8] คำถามตอบมี และ ไม่มี จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Inputs) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การมีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการ , การมีนโยบายด้านการส่งเสริมการจัดการควบคุมน้ำหนัก ทั้งนโยบายด้านอาหาร ด้าน อ.ออกกำลังกาย ด้าน อ.อารมณ์ และด้านอื่นๆ ที่สำคัญ และการมีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคอ้วนลงพุง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านกระบวนการ (Process) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ การมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร, ด้านการประเมินผลผลิต (Outputs) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ บุคลากรในองค์กรประเมินรอบแอดด้วยตนเอง และบุคลากรในองค์กรมีรอบแอดปกติ ขยายรอบแอดน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ผู้หญิงรอบแอดน้อยกว่า 80 เซนติเมตร และด้านผลลัพธ์ (Outcome) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ องค์กรเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยั่งยืน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขออนุมัติจัดทำโครงการ
2. ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตรับผิดชอบ เพื่อรับสมัครหน่วยงาน องค์กร ในพื้นที่ ร่วมโครงการ
3. กำหนดแผนชี้แจงโครงการรายจังหวัดให้กับผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรที่สมัครร่วมโครงการ

4. จัดประชุมผู้รับผิดชอบโครงการรายจังหวัด เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยให้กับผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรที่สมัครร่วมโครงการองค์กร ไร้พุงเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการองค์กรไร้พุงต้นแบบ พร้อมทั้งเครื่องมือประเมินผลโครงการ และข้อเสนอแนะ
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. รวบรวมข้อมูล 12 องค์กร วิเคราะห์ และ ประเมินผล
7. สรุปผลการวิจัยการประเมินโครงการ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมทั้ง ปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรายงานผลการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมิน ผลองค์กรไร้พุงต้นแบบในเขตรับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีประจำปี 2558 มาศึกษาวิเคราะห์และประเมิน ผลองค์กรจากแบบประเมินองค์กรไร้พุงต้นแบบ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Research Studies) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการประเมินผลโครงการประเมินองค์กรไร้พุง ต้นแบบในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ตามกรอบการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินองค์กรไร้พุงตามเกณฑ์ชี้วัดข้อที่ 1 ถึง 7

ข้อ	จำนวนที่เข้าร่วม	จำนวนองค์กร ที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ปัจจัยนำเข้า			
1. มีคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการ	12 แห่ง	12 แห่ง	100
2. มีนโยบายด้านการส่งเสริมการจัดการควบคุมน้ำหนัก	12 แห่ง	12 แห่ง	100
3. มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลด โรคอ้วนลงพุง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	12 แห่ง	12 แห่ง	100
กระบวนการ			
4. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายใน องค์กร	12 แห่ง	12 แห่ง	100
ผลผลิต			
5. ร้อยละ 80 ของบุคลากรในองค์กรประเมินรอบเวย ด้วยตนเอง	1,359 คน	1,238 คน	91.09
6. ร้อยละ 60 ของบุคลากรในองค์กรมี รอบเวยปกติ	1,238 คน	900 คน	72.70
ผลลัพธ์			
7. องค์กรเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยิ่งยืน			
7.1 มีงบประมาณในการพัฒนาองค์กร	12 แห่ง	12 แห่ง	100
7.2 คิดเอง ทำเอง มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	12 แห่ง	12 แห่ง	100

ตารางที่ 1 พบว่า ผลการประเมินองค์กรไร้พุงตาม เกณฑ์ชี้วัดข้อที่ 1-7 ทุกองค์กรผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 7 ข้อ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการจัดการ มีนโยบายด้านการส่งเสริมการจัดการควบคุมน้ำหนัก มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคอ้วนลงพุง

ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายใน องค์กร ร้อยละ 91.09 ของบุคลากรในองค์กรประเมิน รอบเวยด้วยตนเอง ร้อยละ 72.70 ของบุคลากรในองค์กร มีรอบเวยปกติ และองค์กรเป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยิ่งยืน

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการตามนโยบายด้านอาหาร

นโยบายด้านอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
1. จัดอาหารกลางวันให้เป็นรูปแบบการจัดเมนูอาหารสุขภาพเน้นอาหารเพื่อสุขภาพ	5	41.67
2. ในการจัดประชุมทุกครั้งต้องจัดอาหารว่างที่มีแคลอรีต่ำ	3	25.00
3. หลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/น้ำอัดลม/น้ำหวานในที่ทำงาน	4	33.33
4. ลดการกินอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม	2	16.67
5. จัดตลาดนัดสีเขียวทุกวันพุธจำหน่ายผักผลไม้ปลอดสารพิษแก่บุคลากร	1	8.33

ข้อมูลจากตารางที่ 2 พบว่าองค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 มีการดำเนินการตามนโยบายด้านอาหารมากที่สุดได้แก่การจัดอาหารกลางวันให้เป็นรูปแบบการจัดเมนูอาหารสุขภาพ เน้นอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 41.67 รองลงมาได้แก่หลีกเลี่ยงหรืองดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/น้ำอัดลม/น้ำหวานในที่ทำงาน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการตามนโยบายด้านออกกำลังกาย

นโยบายด้านออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
1. การจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกวันพุธ หรือวัน Sport Day ระหว่างเวลา 15.00 น.-17.00 น.	8	66.67
2. การส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามความถนัด/ตามวิถีชีวิตทั้งที่บ้านและที่ทำงานอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที	5	41.67
4. การจัดสถานที่และอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายให้ใช้งานได้อย่างสะดวกและปลอดภัย	5	41.67
5. การจัดให้มีกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมกันผ่านเสียงตามสาย	2	16.67

ข้อมูลจากตารางที่ 3 พบว่า องค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบปี 2558 มีการดำเนินการตามนโยบายด้านออกกำลังกายมากที่สุด ได้แก่ การจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกวันพุธหรือวัน Sport Day ระหว่างเวลา 15.00 น.-17.00 น. ร้อยละ 66.67 รองลงมา ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามความถนัด/ตามวิถีชีวิตทั้งที่บ้านและที่ทำงานอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที และการจัดสถานที่และอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกายให้ใช้งานได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ร้อยละ 41.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการตามนโยบายด้านอารมณ์

นโยบายด้านอารมณ์	จำนวน	ร้อยละ
1. การบริหารจัดการ(ฝึกสมาธิ)ก่อนทำงาน	3	25.00
2. การนั่งสมาธิอย่างน้อย 5 นาทีก่อนเริ่มการประชุม/อบรม/ ก่อนจัดการเรียนการสอน	2	16.67
3. การจัดกิจกรรมเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1	8.33
4. การจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตรสวดมนต์ปฏิบัติธรรมในวันสำคัญ	2	16.67
5. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและงานรื่นเริงสังสรรค์เพื่อควมมีชีวิตชีวาของบุคลากร	2	16.67

ข้อมูลจากตารางที่ 4 พบว่าองค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 มีการดำเนินการตามนโยบายด้านอารมณ์ มากที่สุดได้แก่การบริหารจิต (ฝึกสมาธิ) ก่อนทำงานร้อยละ 25.00 รองลงมาได้แก่การนั่งสมาธิอย่างน้อย 5 นาทีก่อนเริ่มการประชุม/อบรม/

ก่อนจัดการเรียนการสอน, การจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตรสวดมนต์ปฏิบัติธรรมในวันสำคัญและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและงาน รื่นเริงสังสรรค์เพื่อควมมีชีวิตชีวาของบุคลากรเท่ากันที่ร้อยละ16.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการตามนโยบายด้านอื่นๆ

นโยบายด้านอื่น ๆ	จำนวน	ร้อยละ
1. บุคลากรทุกระดับเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ	4	33.33
2. บุคลากรต้องมื่อังค์ความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ.	2	16.67
3.เจ้าหน้าที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมรักษสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ด้วยตนเอง อย่างน้อยทุก 1 เดือน	4	33.33
4. การใช้ผลการประเมินดัชนีมวลกาย เชื่อมโยงสู่การประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล	2	16.67
5. การสนับสนุนบุคลากรที่ม่นำด้านสุขภาพให้ได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะอย่างต่อเนื่อง	1	8.33

ข้อมูลจากตารางที่ 5 พบว่าองค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการตามนโยบายด้านอื่นๆ มากที่สุดได้แก่ บุคลากรทุกระดับเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมรักษสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ด้วยตนเอง

อย่างน้อยทุก 1 เดือนร้อยละ 33.33 รองลงมาได้แก่บุคลากรต้องมื่อังค์ความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. และ การใช้ผลการประเมินดัชนีมวลกาย เชื่อมโยงสู่การประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ดำเนินการ ตามแผนงานโครงการ

แผนงานโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
1. แผนการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรต้นแบบไร้พุง	8	66.67
2. โครงการอบรมชมรมสร้างสุขภาพและการออกกำลังกาย เพื่อลดอ้วนลดพุง	2	16.67
3. โครงการองค์กรไร้พุง มุ่งสู่วิถีธรรม	1	8.33
4. โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	1	8.33

ข้อมูลจากตารางที่ 6 พบว่าร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ที่ดำเนินการตามแผนงานโครงการ มากที่สุดได้แก่แผนการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรต้นแบบไร้พุงร้อยละ 66.67 รองลงมาได้แก่โครงการอบรมชมรมสร้างสุขภาพและการออกกำลังกาย เพื่อลดอ้วนลดพุง ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ที่ดำเนินการด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร

การสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร	จำนวน	ร้อยละ
1. การติดป้ายประชาสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน	9	75.00
2. การสื่อสารผ่านเสียงตามสาย	6	50.00
3. การให้คำปรึกษาบุคลากรรายบุคคลในคลินิกไร้พุง	5	41.67
4. ประชาสัมพันธ์ผ่านการประชุมประจำเดือนของบุคลากร	4	33.33
5. การรณรงค์สาธิตและใช้ทีมแกนนำสุขภาพเป็นแบบอย่าง	3	25.00

ข้อมูลจากตารางที่ 7 พบว่าร้อยละขององค์กรที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ปี 2558 ที่ดำเนินการด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรมากที่สุด ได้แก่ การติดป้ายประชาสัมพันธ์ภายในหน่วยงานร้อยละ 75.00 รองลงมาได้แก่การสื่อสารผ่านเสียงตามสายร้อยละ 50.00 และการให้คำปรึกษาบุคลากรรายบุคคลในคลินิกไร้พุงร้อยละ 41.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงผลการประเมินรอบเอวด้วยตนเองของบุคลากรในองค์กรไร้พุงต้นแบบ จำแนกตามเพศ

การประเมินรอบเอวด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ชาย		
รอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร (ปกติ)	317	77.70
รอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร (เกิน)	338	22.30
หญิง		
รอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ปกติ)	583	70.20
รอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร (เกิน)	247	29.80

ข้อมูลจากตารางที่ 8 พบว่า เพศชายรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร(ปกติ)ร้อยละ 77.70 รอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร (เกิน) ร้อยละ 22.30 เพศหญิงรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร (ปกติ) ร้อยละ 70.20 รอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร (เกิน) ร้อยละ 29.80

สรุปและอภิปรายผล

สรุป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลองค์กร ไร้พุงต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ประเมินเป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบ ในปี 2558 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 12 องค์กร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินผลองค์กร ไร้พุงต้นแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อ หาค่าความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผลจากการประเมินองค์กรไร้พุงที่ร่วมโครงการในเขตรับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 2558 ผ่านการประเมินเป็น องค์กรไร้พุงต้นแบบตามเกณฑ์ประเมินทุกข้อถือได้ว่าเป็น องค์กรที่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเป็นองค์กรแห่งการ เรียนรู้อย่างยั่งยืน อันเนื่องมาจากปัจจัย ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) ได้แก่ นโยบายด้านการส่งเสริมการจัดการควบคุม น้ำหนัก แผนงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคอ้วน ลงพุงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการสนับสนุนงบประมาณ ที่เพียงพอ ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร การสร้างแรงจูงใจให้กับ บุคลากรที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุม และลดน้ำหนัก ส่วนเกิน และปัจจัยด้านผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ องค์กร เป็นศูนย์เรียนรู้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาการดำเนินโครงการองค์กร ไร้พุงต้นแบบในปีงบประมาณ 2558 ผ่านการประเมิน เป็นองค์กรไร้พุงต้นแบบทุกองค์กร ทั้งนี้เนื่องจากองค์กร ไร้พุงมีกลไกการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ประกอบด้วย แกนนำองค์กร และสมาชิกในองค์กร เป็นผู้ขับเคลื่อน องค์กรไร้พุงและกระตุ้นสร้างแรงจูงใจแก่มวลสมาชิกผ่าน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กร ให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมและลดน้ำหนัก ส่วนเกินของบุคลากรตามนโยบาย 3 อ. สอดคล้องกับการ ศึกษาของชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ [9] ได้ศึกษาผล ของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรม เสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน กรณีศึกษาบ้านศาลา อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าแกนนำชุมชน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชน ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โครงการเพื่อลดปัญหาเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกาย เกินเกณฑ์มาตรฐานของประชากรกลุ่มวัยทำงานซึ่งโครงการที่ ได้ร่วมกันจัดทำสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ในส่วนที่ มีการประกาศนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่บุคลากรใน องค์กรออกมาตรการร่วมกันเพื่อส่งเสริมการจัดการควบคุม น้ำหนัก เช่นนโยบายด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ นโยบายเหล่านี้เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ที่บุคลากรในองค์กร/หน่วยงาน ออกมาตรการต่าง ๆ ร่วมกัน และรับรู้ในนโยบายเหล่านี้ เพื่อการส่งเสริมการจัดการ ควบคุมน้ำหนักให้กับสมาชิกในองค์กร ในการลดอ้วนลดพุง ในด้านการจัดทำแผนงานในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับ บุคลากรในองค์กรพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาการทำงาน มีผู้รับผิดชอบโครงการอย่างชัดเจนนั้นมีแผนงานต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดอบรมให้คำแนะนำ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. เป็นต้น โดย จะเน้นการจัดกิจกรรมสำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยง และ การติดตามผลตามระยะเวลา เช่น ทุก 3 หรือ 6 เดือน หรือทุกปี เป็นต้น

นอกจากนี้ แผนงานและโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดโรคอ้วนลงพุง และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งโครงการ อบรมชมรมสร้างสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อลดอ้วน ลดพุง เพื่อให้สมาชิกชมรม มีความรู้ที่ถูกต้อง โครงการองค์กร ไร้พุงมุ่งสู่วิถีธรรม และโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการถือเป็นกระบวนการสำคัญที่สร้างโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในควบคุมน้ำหนักและลดรอบเอว ให้กับบุคลากรทำให้บุคลากรเหล่านั้นเกิดกระบวนการเรียนรู้ ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Chan , LokY, Sea and Woo (2009) [10] ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของลูกค้าในชุมชนในประเทศ อังกฤษ ยืนยันว่าในปัจจุบันการที่จะประสบผลสำเร็จในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับบุคคลในองค์กร ประการ สำคัญ คือ นักโภชนาการจะต้องให้ความรู้ด้านโภชนาศาสตร์ ที่ถูกต้องแก่คนในองค์กรและสร้างการรับรู้ในด้านผลกระทบ ทางบวกด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมในการ ทำงานและการสร้างทางเลือกการรับประทานอาหารที่มี

สุขภาพดีจะเป็นปัจจัยที่จะช่วยเอาชนะต่ออุปสรรคที่มีได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม เวชสุทธานนท์[11] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อภาวะอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักและเส้นรอบเอวภายหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการจัดทำแผนงานในการสร้างเสริมสุขภาพส่งผลต่อน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวของบุคลากรในองค์กร และที่สำคัญจะต้องได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในองค์กรให้เห็นถึงความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อสร้างจิตสำนึกและความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพในการลดอ้วนลดพุง สำหรับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรเพื่อส่งข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบส่งถึงเจ้าหน้าที่ในองค์กรทุกคนทั้งคนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ผ่านเสียงตามสายและป้ายประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคลากรในองค์กรได้รับรู้ข่าวสารและการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจะเป็นการกระตุ้นและการเสริมแรงได้อีกวิธีหนึ่งรวมทั้งการประชาสัมพันธ์บุคคลต้นแบบภายในหน่วยงานที่จะทำให้สมาชิกในองค์กรได้รับรู้วิธีการดำเนินงาน และข้อปฏิบัติต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จและนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้รุ่งเป็นศูนย์เรียนรู้ อย่างยั่งยืนมีการจัดหางบประมาณเพื่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้บุคลากรมีกิจกรรมดำเนินการเพื่อการควบคุมและลดน้ำหนักลดอ้วนลดพุงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม Harvey,Glenny AKirk SFSummerbell (1999)[12] และKirk , Penney (2013)[13] ชี้ให้เห็นว่านอกจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ความรู้และโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใหม่ๆ ที่จะช่วยให้เกิดองค์การดูแลผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องปรับแนวคิดการจัดการปัญหาใหม่ๆ ให้กับบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองที่แตกต่างจากเดิมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการจัดการปัญหา ทั้งในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และทัศนคติและความเชื่อของบุคคลในสังคม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การสร้างนโยบายสาธารณะในด้านการสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ.ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ องค์กรไร้พุงต้นแบบสามารถเผยแพร่นโยบายดังกล่าวไปสู่หน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อให้เกิดกิจกรรมการสร้างสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในองค์กรและประชาชนในพื้นที่ให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาระโรคเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และลดอ้วนลดพุงลดโรค ของประชาชนต่อไป
2. หน่วยงานในพื้นที่ทั้งหน่วยงานราชการ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณในการรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในพื้นที่ ทั้งด้านการสนับสนุนการฝึกอบรมผู้นำในการออกกำลังกาย การจัดหาสถานที่สำหรับการออกกำลังกายและจัดมหกรรมกีฬาเพื่อมวลชนเพื่อเป็นการรณรงค์และกระตุ้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนให้ตื่นตัวและนำไปปฏิบัติจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อภาวะอ้วนของบุคลากรและองค์กรไร้พุงต้นแบบเพื่อเป็นข้อมูลใหม่ๆ ในการจัดการปัญหาโรคอ้วนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] WHO ; 2005,อ้างถึง เกษม เวชสุทธานนท์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อภาวะอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 38 (2558) : 31-42.
- [2] ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. สถานการณ์ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อรวมทั้งระบบตอบสนอง.ใน สุพัตรา ศรีวิเชียรและอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ บรรณาธิการ . ข้อเสนอ(ร่าง) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่ตอบสนองต่อ 9 เป้าหมาย ปี พ.ศ.2560-2568.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์ไชน์, 2559.
- [3] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2557 , อ้างถึง ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ.สถานการณ์ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อรวมทั้งระบบตอบสนอง.ใน สุพัตรา ศรีวิเชียร และ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ บรรณาธิการ , ข้อเสนอ(ร่าง)แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่ตอบสนองต่อ 9 เป้าหมาย ปีพ.ศ.2560-2568, หน้า 1 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ไชน์, 2559 .
- [4] สุนทร จีเยรสกุล. “ชี้ชวนกันออกกำลังกายเพื่อคนไทยแข็งแรงประเทศไทยแข็งแรง”. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 25 (ตุลาคม – ธันวาคม 2545) : หน้า 13-16.
- [5] Arthur.H.Rubenstien , 2005, อ้างถึง เกษม เวชสุทธานนท์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อภาวะอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 38 (2558) : 31-42.
- [6] วีระชัย สิทธิปิยะสกุล และคณะ. ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง สถานการณ์ภาวะอ้วน และการดำเนินงานแก้ไขเขตตรวจราชการที่ 17 : กระทรวงสาธารณสุข. เชียงใหม่ : เกวลีการพิมพ์,2553.
- [7] Katz and Kahn, 1978, อ้างถึง วรณภา ทองแดง. การประเมินผลโครงการอยู่ดี มีสุข ในปีงบประมาณ 2550: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ กับพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2551.
- [8] สำนักโภชนาการ, กรมอนามัย. แบบประเมินองค์การไร้พุง, 2554. (อัคราณา).
- [9] ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ. ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานในประชากรกลุ่มวัยทำงาน กรณีศึกษานานาชาติ อำเภอเมืองอำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี 4 (2558) : 16-25.
- [10] Chan,LokY, Sea and Woo. Int J Environ Res Public Health. [Online]. 2009.
Available from :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20054457>. [2017,January 27]
- [11] เกษม เวชสุทธานนท์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อภาวะอ้วนของบุคลากรโรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 38 (2558) : 31-42.
- [12] Harvey , GlennY AKirk SFSummerbell. Int J ObesRelatMetabDisord. [Online]. 1999.
Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10643676>.
- [13] Kirk, Penney. CurrObesRep. [Online]. 2013.
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24273700>



การศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรีอายุ 30 – 70 ปีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ปีงบประมาณ 2559 (The Results of Screening Women with a High Risk of Breast with Mammogram , Fiscal Year 2016)

นางลักขณา ประมูลพงศ์
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางชนิดพรรณนา (Cross – Sectional Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมที่มีอายุ 30 – 70 ปี จำนวน 149 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำแนก จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.4 หมดประจำเดือนแล้ว ร้อยละ 65 หมดประจำเดือนในช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 55.8 มีประวัติพบความผิดปกติที่เต้านม ร้อยละ 69.1 และพบในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50.0 ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 56.3 แต่สามารถตรวจได้อย่างถูกต้องเพียง ร้อยละ 6.7

ผลการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) รายงานผลตามแนวทางการแปลผลที่เรียกว่า BI-RADS (Breast Imaging Reporting and data system) โดยส่วนใหญ่รายงานผลเป็น BI-RADS Category 1 – 3 (เสี่ยงต่ำ) ร้อยละ 94.0 พบ BI-RADS Category 4 – 5 (เสี่ยงสูง) ร้อยละ 6.0 โดยในกลุ่มที่พบความผิดปกติต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (BI-RADS Category 4 – 5) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี และมีประวัติเคยมีก้อนที่บริเวณเต้านมหรือใต้รักแร้ ร้อยละ 88.9 มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ ร้อยละ 57.1 และตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้อง ร้อยละ 14.3

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่สตรีทุกคนควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง และหน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมให้สตรีในพื้นที่ มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จะทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งจะทำการรักษา การพยากรณ์โรคดีขึ้นและทำให้ลดการตายจากมะเร็งเต้านมได้

คำสำคัญ สตรีกลุ่มเสี่ยง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นโรคไม่ติดต่อที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกพยากรณ์ไว้ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน นอกจากนี้ และยังได้คาดการณ์อีกว่า ในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายจากโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน[1,2] โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาของสตรีทั่วโลก พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มชนผิวขาวและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามความเจริญของบ้านเมือง[3] โดยในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว พบอุบัติการณ์โรคนี้นับถึง 63 คนต่อแสนประชากรต่อปี อุตการณ์ของโรคนี้นในทวีปอเมริกาเหนือ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสูงที่สุดในอเมริกาถึง 91 คนต่อแสนประชากรต่อปี รองลงมา คือ ประเทศแคนาดา พบอุบัติการณ์โรคนี้น 82 คนต่อแสนประชากรต่อปี ส่วนประเทศในกลุ่มที่กำลังพัฒนา พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมต่ำกว่ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว 3 เท่า โดยพบอุบัติการณ์ของโรค 23 คนต่อแสนประชากรต่อปี ลักษณะของโรคมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่โรงพยาบาลนานกว่าโรคอื่นๆ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าโรคอื่นๆ 4-10 เท่า[4] และยังคงมีความเป็นอยู่ของครอบครัวและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทย พบอัตราป่วย 20.9 คนต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 12 คน ส่วนโรคมะเร็งปากมดลูก พบมากเป็นอันดับ 2 พบอัตราป่วย 18.1 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2548-2552 เป็นต้นมา จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 - 2554 พบว่า อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 6.7, 7.3, 7.4 และ 8.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คือ 37.9, 40.6 , 38.4, 55.9 และ 40.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ กลุ่มอายุที่มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้น คือ ผู้หญิงตั้งแต่กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป[5] มีอุบัติการณ์สูงถึง 16 คนต่อแสนประชากรต่อปี โดยที่สตรีไทยทุก 16 คนมีสตรี 1 คนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม[6] สาเหตุของโรคมะเร็ง

ทราบแน่ชัด แต่สตรีทุกคนมีความเสี่ยงโดยเฉพาะสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ มีประวัติคนในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย (อายุ 12 ปี) หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี มีน้ำหนักตัวเกินหลังหมดประจำเดือน มีลูกคนแรกเมื่ออายุมากหรือไม่บุตร การรับฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานาน ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

วิธีการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด คือ การค้นพบให้เร็วที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งมีผลต่ออัตราการรอดของผู้ป่วย คือ หากสามารถค้นพบในระยะที่ 1-2 คลำพบก้อนโตขนาด 2 - 5 ซม. อัตราการอยู่รอดมีถึงร้อยละ 75-90 แต่หากพบในระยะ 3-4 คือ คลำพบก้อนโตขนาด 5 ซม.ขึ้นไป จนถึงมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ อัตราการอยู่รอดมีเพียงร้อยละ 15-50 เท่านั้น ซึ่งการตรวจคัดกรองหามะเร็งเต้านมมี 3 วิธี คือ 1) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) 2) การตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination) 3) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) โดยที่การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่การตรวจด้วยวิธีดังกล่าวต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพง และต้องอาศัยบุคลากรที่มีความชำนาญเป็นจำนวนมาก และยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ อีกทั้งโรคมะเร็งเต้านมสามารถตรวจค้นหาความผิดปกติได้ด้วยตนเอง เพราะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือน สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ถึงร้อยละ 18[7]

ในปีงบประมาณ 2559 มูลนิธิกาญจนบารมีร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้จัดกิจกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อเป็นการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีไทยที่ด้อยโอกาส ในครั้งนี้ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี จึงได้ศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการตรวจคัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวางชนิดพรรณนา Cross – Sectional Descriptive Study

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ เลือกสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30 – 70 ปี ที่ได้รับการส่งต่อโดยแพทย์ และได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) จำนวน 149 ราย โดยมูลนิธิกาญจนบารมี ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2559

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

4. วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำแนกจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานดูแล และเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ย 47.3 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.9 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.5

สตรีกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เคยมีประวัติพบความผิดปกติที่เต้านม ร้อยละ 69.1 โดยพบความผิดปกติที่เต้านมในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50.0 พบความผิดปกติเป็นก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ ร้อยละ 81.6 รองลงมา คือ เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.8 สตรีที่พบความผิดปกติที่เต้านมพบโดยวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 82.4 พบจากการตรวจคลำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 16.2 และพบจากการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ

สตรีกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ยังไม่หมดประจำเดือน ร้อยละ 65.1 ส่วนสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว พบว่าหมดประจำเดือนในช่วงอายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ร้อยละ 86.5 ดังแสดงในตารางที่ 1 – 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	149	100.0
30 – 39	23	15.4
40 – 49	75	26.2
50 – 59	39	28.9
60 – 70	12	29.5
Mean (S.D.) = 47.3 (7.6)	Min – Max = 33 – 70	
สถานภาพสมรส	105	100.0
โสด	5	4.8
คู่	86	84.9
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	14	13.3
ระดับการศึกษา	105	100.0
ไม่ได้เรียน	1	1.0
ประถมศึกษา	56	53.3
มัธยมต้น / มัธยมปลาย / ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา	40	38.1
ตั้งแต่ปริญญาตรีเป็นต้นไป	8	7.6
อาชีพ	105	100.0
ไม่ได้ทำงาน	7	6.7
รับจ้าง / ค้าขาย	17	16.2
เกษตรกร	73	69.5
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	7.6

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

ประวัติสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประวัติความผิดปกติที่เต้านม	149	100.0
ไม่เคย	46	30.9
เคย	103	69.1
ความผิดปกติที่พบ	103	100.0
- ก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้	84	81.6
- มีแผลบริเวณเต้านม	6	5.8
- มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนม	2	1.9
- มะเร็งที่เต้านม	8	7.8
- มีความผิดปกติมากกว่า 1 อย่าง	3	2.9
ระยะเวลาที่ตรวจพบความผิดปกติ	68	100.0
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	34	50.0
- 2 – 5 ปี	19	27.9
- 6 – 10 ปี	6	8.8
- มากกว่า 10 ปี	9	13.2
ตรวจพบความผิดปกติครั้งแรกโดยวิธี	68	100.0
- ตรวจพบด้วยตนเอง	56	82.4
- ตรวจพบโดยบุคลากรทางการแพทย์	11	16.2
- ตรวจพบโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านม	1	1.5
ประวัติการหมดประจำเดือน	149	100.0
ยังไม่หมด	97	65.1
หมดแล้ว	52	34.9
สาเหตุการหมดประจำเดือน.....หมดตามธรรมชาติ	45	86.5
..... ผ่าตัดมดลูก	7	13.5
อายุที่หมดประจำเดือน	52	100.0
อายุน้อยกว่า 50 ปี	29	55.8
อายุ 50 ปีขึ้นไป	23	44.2
ประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	N = 149	
อายุมากกว่า 40 ปี	126	84.6
มีประวัติความผิดปกติที่เต้านม	103	69.1
หมดประจำเดือนตอนอายุมากกว่า 50 ปี	23	15.4
มีแม่/พี่สาว/น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านมหรือรังไข่	17	11.4
มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี	12	8.1
ไม่มีบุตร	18	12.1
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี	0	0.0
ได้ฮอร์โมนทดแทนหลังหมดประจำเดือนเกิน 5 ปี	2	1.3
รับประทานยาคุมกำเนิดเกิน 10 ปี	20	13.4

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 78.5 ออกกำลังกายเป็นประจำ (3-5ครั้ง/สัปดาห์ นาน 30-60 นาที) ร้อยละ 47.7 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.3 และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ร้อยละ 6.7 รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่	0	0.0
ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง	26	17.4
ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	3	2.0
ออกกำลังกายเป็นประจำ (3-5ครั้ง/สัปดาห์ นาน 30-60 นาที)	71	47.7
ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25.00	52	34.9
รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ	117	78.5
ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน	67	56.3
ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง	7	6.7
N = 149		

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่าง มีผลการถ่ายภาพรังสีเต้านมรายงานผลตามแนวทางการแปลผล BI-RADS (Breast Imaging Reporting and data system) พบว่า BIRADS Category 1 ร้อยละ 27.5 BIRADS Category 2 ร้อยละ 52.3 BIRADS Category 3 ร้อยละ 14.1 BIRADS Category 4 ร้อยละ 4.7 และ BIRADS Category 5 ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลผลการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมของสตรี อายุ 30 – 70 ปี กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) ปีงบประมาณ 2559

ผลการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram)	จำนวน	ร้อยละ
BIRADS Category 1	41	27.5
BIRADS Category 2	78	52.3
BIRADS Category 3	21	14.1
BIRADS Category 4	7	4.7
BIRADS Category 5	2	1.3
รวม	149	100.0

อภิปรายผล

ผลการศึกษา สตรีกลุ่มตัวอย่างมีผลการถ่ายภาพรังสีเต้านม และรายงานผลตามแนวทางการแปลผลที่เรียกว่า BI-RADS (Breast Imaging Reporting and data system) พบ BIRADS Category 1-3 (กลุ่มเสี่ยงต่ำ) ร้อยละ 94.0 และ BIRADS Category 4 – 5 ร้อยละ 6.0 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่ม BIRADS Category 1-3 สตรีกลุ่มตัวอย่าง ที่ส่งต่อเพื่อทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) พบว่า มีความผิดปกติที่เต้านม เช่น ก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้ มีแผล มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนม ร้อยละ 61.9 ความผิดปกติที่ตรวจพบครั้งแรก พบจากการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 82.3 จากข้อมูลการสอบถามพฤติกรรมตรวจคลำเต้านมตนเอง พบว่า มีตรวจอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.3 และมีทักษะการตรวจคลำอย่างถูกต้อง เพียงร้อยละ 6.7 สอดคล้องกับการศึกษาของดาริน ไต่ะกานี [8] ในสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาส ราชนครินทร์ จำนวน 300 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้ง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับปิยนุช จิตนุห์ [9] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 398 ราย พบว่า ร้อยละ 15-20 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอเดือนละครั้ง และร้อยละ 50 ไม่เคยตรวจเต้านมตนเอง ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าตรวจไม่เป็นหรือไม่ทราบวิธีการตรวจ

การตรวจคัดกรองสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ตามแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อแนะนำจากหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เป็นแบบ Mass screenin คือ การตรวจเต้านมด้วยวิธีการคลำ การตรวจคัดกรอง

ถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammogram) เป็นวิธีการที่ต้องอาศัยความชำนาญของรังสีแพทย์ อีกทั้งเครื่องถ่ายภาพรังสี (Mammogram) ในประเทศไทยมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสี (Mammogram) คือ สตรีที่อายุมากกว่า 40 ขึ้นไปและต้องมามีประวัติความผิดปกติของเต้านมด้วย เพื่อการตรวจคัดกรองที่เกิดประโยชน์สูงสุด ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้มีผลต่อการลดอัตราการตายของโรคมะเร็งเต้านม แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และเป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้หญิงไทยให้มีความสนใจกับสุขภาพของตนเอง เพื่อคัดกรองและค้นหาก้อนผิดปกติที่เต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองถ้าปฏิบัติด้วยความถูกต้องเป็นประจำทุกเดือน จะทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้การรักษการพยากรณ์โรคดีขึ้นและทำให้ลดการตายจากมะเร็งเต้านมได้ การสอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรชี้ให้เห็นความสำคัญของการคลำบริเวณรักแร้เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจะไม่พบความผิดปกติ จะพบความผิดปกติเมื่อก่อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้มีขนาดโตขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม มีของเหลวไหลออกมาจากเต้านม และผิวเต้านมมีลักษณะขรุขระ การส่งเสริมให้สตรีตระหนักถึงการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การคัดกรองก้อนผิดปกติหรือก้อนที่สงสัยที่จะเป็นก้อนมะเร็งได้ สตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ จะสามารถตรวจพบก้อนบริเวณเต้านมได้ขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร สตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอจะสามารถตรวจพบก้อนได้ขนาดประมาณ 2.5 เซนติเมตร และสตรีที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองจะพบก้อนที่เต้านมขนาดประมาณ 4 เซนติเมตร ดังนั้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน สามารถค้นหาก้อนขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตรได้ และหากพบก้อนที่เต้านม ร้อยละ 15-20 ของก้อนที่คลำได้ บริเวณเต้านมเป็นมะเร็งเต้านมได้

สตรีกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 78.5 ออกกำลังกายเป็นประจำ (3-5 ครั้ง/สัปดาห์นาน 30 – 60 นาที) ร้อยละ 47.7 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้จำนวนครั้งของ

ประจำเดือนที่มีไข่ตกลดลง ดังนั้น จำนวนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่อยู่ในร่างกายก็อาจจะลดน้อยลง ทำให้อัตราการเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมก็อาจจะลดลง นอกจากนี้ในคนที่ออกกำลังกายจำนวนไขมันจะน้อย ซึ่งไขมันจะเป็นต้นกำเนิดของเอสโตรเจนและเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม ดังนั้นเมื่อไขมันน้อยก็จะลดอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านมลงได้ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

- 1) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้รับการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ได้รวดเร็ว และได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วขึ้น
- 2) ศึกษาประสิทธิภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพื่อส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] เรณู พุกบุญมี. ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 23 (ตุลาคม 2539) : 67-75.
- [2] สุวิทย์ เกียรติเสวี. การมองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หากมีสิ่งผิดปกติในร่างกายรีบพบแพทย์เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง. เดลินิวส์ (6 เมษายน 2540) : 20.
- [3] สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคนอื่นๆ. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ : โฆสิตการพิมพ์, 2547.
- [4] Oberst, M.T. and Scott, D.W. Post discharge distress in surgical treated cancer patients and response. Research in Nursing and Health 11 (April 1998) : 223-233.
- [5] Khon Kaen University. Cancer Unit , Statistical Report 1998 : Tumor Registry 1998. Khon Kaen Faculty Medicine : Khon Kaen University, 1998.
- [6] สุนันทา จรรย์เลิศศักดิ์ และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็งเต้านม 5 (ตุลาคม 2532) : 143-157.
- [7] สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคนอื่นๆ. เจตคติและการตรวจเต้านมของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 21 (กันยายน – ธันวาคม 2546) : 72-80.
- [8] ดาริน โต๊ะกานี, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดิงพร ทุมมาลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 1 (2552).
- [9] ปิยนุช จิตตานุรักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลค้อหงส์ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์วารสาร 27(2552).



พัฒนาการเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10

THE SITUATION OF CHILD DEVELOPMENT AND FACTORS THAT RELATE TO AND INFLUENCE THE EARLY CHILD DEVELOPMENT IN THE 10th REGIONAL HEALTH AUTHORITY

นางมลลือ แสนใจ

นางสาวไพลดา วัชรมี

นางสาวนิตยา พรธนาภ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง(Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2557 กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู และเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 8 เดือน - 5 ปีจำนวน 898 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Three-stage Sampling เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก คัดกรองพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ DENVER II วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ชนิด Binary Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.0 มีอัตราการขาดออกซิเจนหลังคลอดที่ 1 นาที เท่ากับ 26 ต่อพันการเกิดมีชีวิตได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 22.5 และมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 68.7 ผู้เลี้ยงดูเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 63.4 เป็นปู่ย่า ตายาย ร้อยละ 32.9 แม่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 51.6 และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพร้อยละ 46.3 ผลการคัดกรองพัฒนาการ พบว่า เด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่าง มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านร้อยละ 56.6 เมื่อแยกเป็น ด้านสังคม ด้านการช่วยเหลือตนเอง ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านกล้ามเนื้อใหญ่และด้านภาษา พบสมวัยร้อยละ 88.8 , 88.3, 87.9 และ 66.7 ตามลำดับ จำแนกอายุ พบว่า เด็กอายุ 1-2 ปี พัฒนาการสมวัยทุกด้าน ร้อยละ 66.2 เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยทุกด้านเพียงร้อยละ 44.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ ได้แก่ อายุพ่อ การศึกษาของพ่อ อาชีพของพ่อ อายุแม่ การฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ผู้ดูแลที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย การศึกษาผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล น้ำหนักเด็กน้อยกว่าเกณฑ์อายุ และส่วนสูงเด็กตามเกณฑ์อายุ เมื่อวิเคราะห์การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการรวมทุกด้าน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า แม่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า แม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ 1.3 เท่า (p-value = 0.04) และผู้เลี้ยงดูหลักที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า ผู้เลี้ยงดูหลัก ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี 3.6 เท่า (p-value = 0.05)

ปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ด้วยการให้ความรู้พ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก หน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาคลินิกแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน สนับสนุนการจัดบริการ ตลอดจนเร่งรัดประชาชนเข้ารับบริการและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ

คำสำคัญ : พัฒนาการเด็กปฐมวัย, ปัจจัยที่มีอิทธิพล

Abstract

This research was a cross-sectional survey, aimed to study the situation and factors that relate to and Influence the early child development in the 10th Regional Health Authority, Fiscal Year 2557. The samples of the study were parents/ caregivers and 8 months to five years old children, totaled 898 people with Stratified Three-stage sampling. Data were collected by the Denver II to assess early child development. The data set were analyzed by Binary logistic regression.

The results of the study showed that 11 percent of children were low birth weight infants (<2,500 gms), The incidences of birth asphyxia (1-minute Apgar score) were 26 per 1,000 live births, 22.5 percent of them exclusively breast feeding more than 6 months, and 68.7 percent were shapely. 63.4 percent of children caregivers were parents and 32.9 percent of them were grandparents. Moreover, the rate of pregnant mothers first visited antenatal care unit before 12 weeks of pregnancy were 51.6 percent, and the rate of pregnant mothers had 5 times prenatal care services were 46.3 percent. The results showed that rate of total child development in the 10th Regional Health Authority was 56.6% and social development, fine motor skills, gross motor skills and language development were 88.8%, 88.3%, 87.9% and 66.7% respectively. The development of 1-2-year-old children was about 66.2% and of 3-5-year-old children was only 44.5% in all aspects. The factors associated with all aspects of child development were caregiver's age, caregiver's education and income, father's age and 5 times ANC visit of mother. Binary logistic regression analysis showed that high graduated caregivers and ANC visits of mother had an influence on total child development. The children whose mothers visit ANC less than 5 times had more suspected delayed total development than whose mothers attended 5 times ANC at 1.3 times (p-value = 0.04). The children who has caregivers graduated from primary school had more suspected delayed total development than who was taking care by the bachelor's at 3.6 times (p-value = 0.05).

The early child's delayed development problem could be modified by the cooperation of all sectors as follows: (1) Educating parents and caregiver. (2) The Public Health Agency has to improve Mother and Child Care clinic to standard level. (3) Local government and community leaders have to support health service providing, as well as expedite the target population to access public services early and keep an appointment, and improve child care center to quality.

Keywords : Child Development, Influencing Factors

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของชาติ การจะพัฒนาเด็กให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้นต้องพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตโดยเฉพาะช่วง 0-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยทองของชีวิต โดยเฉพาะสมองของเด็กวัย 1 ปี

จะเจริญเติบโตได้เป็นร้อยละ 60 ของสมองผู้ใหญ่และอาหารที่ได้รับประทานจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาสมองของเด็ก ร้อยละ 60 [1] ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนามนุษย์ โดยเริ่มมีนโยบายในการพัฒนามนุษย์ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ฉบับที่ 7 [2] และต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ฉบับที่ 11 ได้เน้นการพัฒนาคน ในยุทธศาสตร์พัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตแบบยั่งยืน เน้นในเรื่องการปรับโครงสร้างประชากร ส่งเสริมให้คู่ที่มีความพร้อมในการมีบุตรให้มากขึ้น พัฒนาคนให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวยุทธศาสตร์ และสร้างกระแสการเรียนรู้ตลอดชีวิต สนใจใฝ่รู้ รักการอ่าน[3] ส่วนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 มียุทธศาสตร์พัฒนาเพื่อรองรับนโยบายการพัฒนาคน คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา เน้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา[4] กรมอนามัยเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยจัดให้มีกระบวนการดูแลเด็กให้ได้มาตรฐานตั้งแต่ปฏิสนธิ คือ การฝากครรภ์คุณภาพ การคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน การส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ภายใต้โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและยังมีการดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพคนทุกช่วงวัย การจัดมาตรฐานดูแลสุขภาพเด็กตั้งแตอยู่ในชุมชน ตามโครงการตำบลแม่เพื่อเด็กมีพัฒนาการดี และศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย[5] จากการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี ของประเทศไทย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในปี 2550 ด้วยเครื่องมือ DENVER II พบว่าเด็กทุกกลุ่มอายุมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 66.7 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น และผลการประเมินพัฒนาการในด้านต่างๆ พบว่าด้านที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด คือ พัฒนาการด้านภาษา โดยเฉพาะ เด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัวพล่าช้า ร้อยละ 86.7[6] นอกจากนี้ผลสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า พัฒนาการการทรงตัวและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ (เกินกว่าร้อยละ 90) อยู่ในเกณฑ์พัฒนาการสมอายุ สำหรับพัฒนาการทางด้านภาษา พบว่า เด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคย และร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่นๆ ทักษะด้านสติปัญญาหรือทักษะความพร้อมในการเรียน ได้แก่ ความสามารถในการบอกสีได้อย่างถูกต้อง พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74 ส่วนทักษะในการนับ (พื้นฐานด้านคณิตศาสตร์) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35.2[7] และจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการและการเจริญเติบโตในพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 และ 13 ปีงบประมาณ 2553 พบว่า เด็กในกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการรวม สมวัย คิดเป็นร้อยละ 59.6 พัฒนาการสงสัยล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 40.4 โดยเด็กอายุ 1-3 ปีมีพัฒนาการรวม สมวัย คิดเป็นร้อยละ 64.2 เด็กอายุ 4-5 ปีมีพัฒนาการรวม สมวัยคิดเป็นร้อยละ 53.0 เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายด้าน พบว่าเด็กในกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ สมวัยคิดเป็นร้อยละ 89.4 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก สมวัยคิดเป็นร้อยละ 90.5 พัฒนาการด้านภาษา สมวัย คิดเป็นร้อยละ 70.4 และพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง สมวัย คิดเป็นร้อยละ 91.3 โดยพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้ามากที่สุด คือ พัฒนาการด้านภาษา(ร้อยละ 28.4)[8] การศึกษาของไปยดา วิวิศน์ ที่ศึกษาพัฒนาการของเด็กอายุ 4-5 ปี ในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 229 คน พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 55.0 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 45.0 พัฒนาการด้านที่พบว่ามีปัญหาล่าช้ามากที่สุด คือ พัฒนาการด้านภาษา ร้อยละ 28.4[9] ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิต ในปี 2554 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศเท่ากับ 98.59 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109) ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญา ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำทางต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กในประเทศต่างๆ แถบเอเชีย เช่น ฮองกง สิงคโปร์ จีน ญี่ปุ่น เมื่อคุณภาพของประเทศ พบว่า มีเด็กเกือบครึ่ง (48.5%) ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ <100)[10] นั่นย่อมแสดงให้เห็นว่าปัญหาในเรื่องพัฒนาการเด็กไทย ยังเป็นปัญหา

สำคัญที่ยังไม่สามารถดำเนินแก้ไขให้หมดไปได้ การแก้ไข ปัญหาในเรื่องพัฒนาการของเด็ก เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากพัฒนาการเด็กแต่ละด้านมีช่วงในการพัฒนา ที่แตกต่างกันที่เรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” เด็กสามารถ เรียนรู้ทักษะบางอย่างได้ดีที่สุดในเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่ง เท่านั้น หากเลยช่วงเวลานี้ไปแล้วอาจฝึกทักษะนั้นได้ยาก หรือไม่สามารถฝึกได้อีกเลย [11]

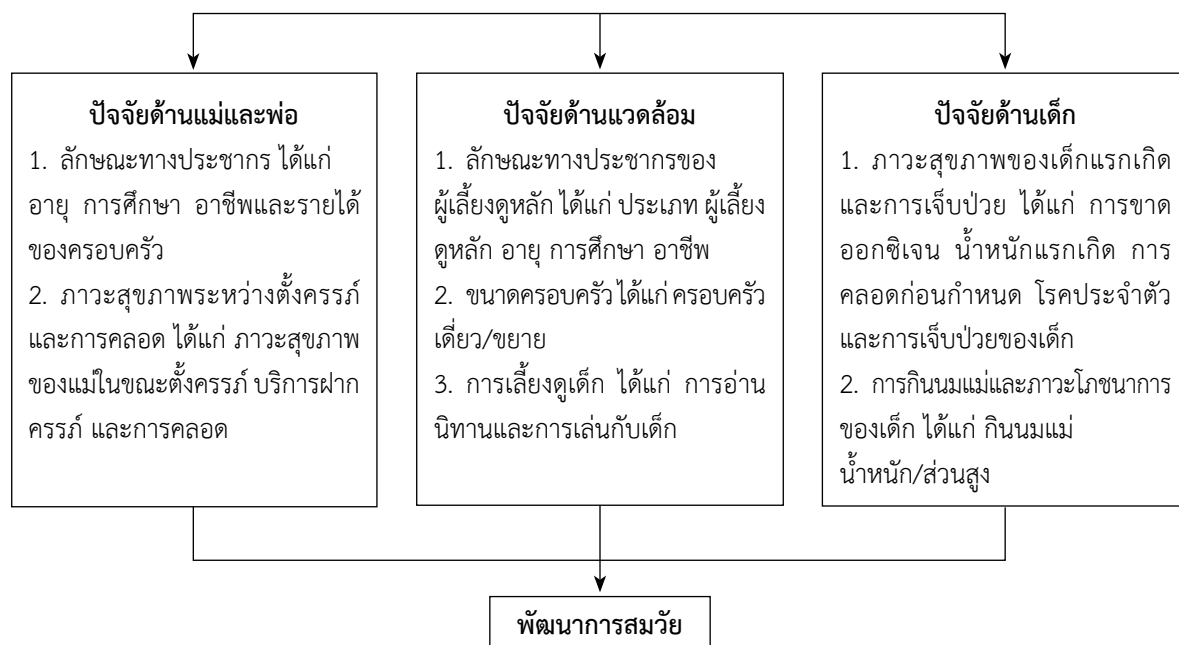
แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายในการพัฒนาเด็ก มานาน แต่เด็กไทยยังคงมีปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าใน อัตราที่ค่อนข้างสูง และจากสภาพสังคมที่เทคโนโลยี เข้ามา มีบทบาทกับประชาชนในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ส่งผลให้ บริบทการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การศึกษาวิจัย เรื่องพัฒนาการเด็กที่ผ่านมาพบว่า ไม่สามารถระบุปัจจัยที่ ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กได้ชัดเจนและไม่ตรงกับสภาพปัญหา และสังคมที่เปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการในสังกัดกรมอนามัย มีบทบาท สำคัญในการชี้ประเด็นปัญหาในการเรื่องพัฒนาการเด็กใน พื้นที่รับผิดชอบ จึงได้ทำการศึกษาศถานการณ์พัฒนาการ เด็กไทย และพฤติกรรมอนามัยแม่และเด็กในครอบครัวไทย

ของเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการใช้ในการพัฒนา งานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะด้านพ่อแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพของแม่ในขณะตั้งครรภ์ บริการฝากครรภ์ และ การคลอด
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะด้านเด็ก ภาวะสุขภาพของ เด็กแรกเกิด การเจ็บป่วย การกินนมแม่และภาวะโภชนาการ ของเด็ก
4. เพื่อศึกษาคุณลักษณะด้านแวดล้อมเกี่ยวกับเด็ก ได้แก่ อายุผู้ดูแล การศึกษาของผู้ดูแล อาชีพผู้ดูแล รายได้ ของครอบครัว ขนาดของครอบครัว และการเลี้ยงดูของ ครอบครัว
5. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแม่และพ่อ ด้านเด็ก และ ด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ทำการศึกษา ปัจจัย ด้านแม่ พ่อ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพของ แม่ในขณะตั้งครรภ์ บริการฝากครรภ์ และการคลอดที่มี อิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็ก ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ ภาวะ สุขภาพของเด็ก แรกเกิดและการเจ็บป่วย การกินนมแม่และ ภาวะโภชนาการของเด็กที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเด็ก และ ปัจจัยด้านแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้เลี้ยงดูหลัก การศึกษาของ ผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพผู้เลี้ยงดูหลัก รายได้ของครอบครัว ขนาด ของครอบครัว และการเลี้ยงดูของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อ พัฒนาการของเด็ก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 โดยทำการ ศึกษาในเด็กปฐมวัย ที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน - ถึง 5 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ เด็กอายุ 8 เดือน 16 วัน - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน และเด็กอายุ 3 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 898 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบ Stratified Three-stage Sampling เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบ สัมภาษณ์ปัจจัยแม่/พ่อ เด็ก และปัจจัยแวดล้อม แบบประเมิน พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DENVER II) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน - มิถุนายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติก ชนิด Binary Logistic Regression

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือ 2 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการ ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยพ่อแม่ เด็ก และ ปัจจัยแวดล้อม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และ ขนาดของครอบครัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลประวัติแม่ขณะ ตั้งครรภ์และประวัติการคลอด ได้แก่ อายุแม่ขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ เมื่อคลอด วิธีการคลอด การรับประทานวิตามินบำรุงครรภ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเด็กและการเลี้ยงดู ได้แก่ อายุเด็ก เพศเด็ก น้ำหนัก ส่วนสูง น้ำหนัก แรกเกิด

ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การเจ็บป่วยในรอบปี ที่ผ่านมา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก การเลี้ยงดู จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก (ประเมินโดย Denver II) จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็ก ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ ใช้แบบประเมิน DENVER II ฉบับภาษาไทยซึ่งเป็นแบบประเมินที่ อ.นิตยา คชภักดี และคณะ ทำการ แปลและเรียบเรียงมาจาก Training Manual Denver II Second edition, 1992 ของ W.K. Frankenburg แบบ ประเมินฉบับนี้แบ่งพัฒนาการเป็น 4 ด้านคือ ด้านกล้ามเนื้อ มัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ด้านภาษา และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง การประเมินผล แบ่งเป็นการประเมินผลโดยรวม และการประเมินผลรายด้าน มีระดับการวัดดังนี้

- การประเมินผลโดยรวม แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปกติ (Normal) สงสัยล่าช้า (Suspect)

- การประเมินผลรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ล่าช้า (Delayed) ปกติ (Normal) เร็วกว่าวัย (Advanced) แล้วจึงทำการแบ่งผลการประเมินเป็นสองระดับเพื่อให้ เหมาะสมกับการนำไปวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก เป็น 2 ระดับ คือ ปกติ (Normal) ประกอบด้วย ปกติ (Normal) เร็วกว่าวัย (Advanced) และสงสัยล่าช้า (Suspect)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์พัฒนาการเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 10

ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 56.6 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านสังคมและ การช่วยเหลือตนเอง ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และ ด้านภาษา มีพัฒนาการสมวัยเท่ากับ ร้อยละ 88.8, 88.3, 87.9 และ 66.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุ 8 ด. - 2 ปี มีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ร้อยละ 66.2 ขณะที่เด็ก อายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยทุกด้านเพียงร้อยละ 44.5 และเมื่อ เปรียบเทียบพัฒนาการสมวัยรายด้านใน 2 กลุ่มอายุ 8 ด.-2 ปี กับ 3-5 ปี พบว่า ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง สมวัย ร้อยละ 87.0 และ 91.0 ด้านภาษา สมวัย ร้อยละ 79.4 และ 50.8 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก สมวัย ร้อยละ 92.0 และ 83.7 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ สมวัย ร้อยละ 88.6 และ 87.4 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ พัฒนาการเด็กภาพรวมทุกด้าน และจำแนกรายด้านทั้ง 5 ด้าน

พัฒนาการ	พัฒนาการรวม		ด้านสังคมและ การช่วยเหลือ ตนเอง		ด้านภาษา		ด้านกล้ามเนื้อ มัดเล็กและการ ปรับตัว		ด้านกล้ามเนื้อ มัดใหญ่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกินวัย			0	0.0	6	0.7	2	0.2	5	0.6
สมวัย	508	56.6	797	88.8	599	66.7	793	88.3	789	87.8
สงสัยล่าช้า	390	43.4	101	11.2	293	32.6	103	11.5	104	11.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ พัฒนาการเด็กภาพรวมทุกด้านและจำแนกรายด้าน 5 ด้าน แยกตามกลุ่มอายุ

พัฒนาการ		เด็กอายุ 8 เดือน-2 ปี		เด็กอายุ 3-5 ปี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		(n=500)		(n=398)	
1. พัฒนาการรวม	สมวัย	331	66.2	177	44.5
	สงสัยล่าช้า	169	33.8	221	55.5
2. ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง					
	สมวัย	435	87.0	362	91.0
	สงสัยล่าช้า	65	13.0	36	9.0
3. ด้านภาษา	เกินวัย	6	1.2	0	0.0
	สมวัย	397	79.4	202	50.8
	สงสัยล่าช้า	97	19.4	196	49.2
4.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	เกินวัย	1	0.2	1	0.3
	สมวัย	460	92.0	333	83.7
	สงสัยล่าช้า	39	7.8	64	16.0
5. ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่	เกินวัย	1	0.2	4	1.0
	สมวัย	441	88.2	348	87.4
	สงสัยล่าช้า	58	11.6	46	11.6

2. คุณลักษณะและปัจจัยด้านแม่และพ่อ ด้านเด็ก และด้านแวดล้อม ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2.1 คุณลักษณะและปัจจัยด้านแม่และพ่อ ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า แม่ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 28.6 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุมากที่สุด 48 ปี พ่อมีอายุเฉลี่ย 31.59 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี อายุมากที่สุด 62 ปี แม่และพ่อ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.) และมีอาชีพรับจ้าง คุณลักษณะแม่ขณะตั้งครรภ์ พบว่า มารับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 98.7 แต่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง คุณภาพเพียงร้อยละ 46.3 และฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ครบ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 51.6 และ มากกว่าครึ่งฝากครรภ์ ที่ รพ.สต. (ร้อยละ 50.7) สำหรับโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ พบว่ามีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่เป็นโรคธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 30.6) พบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.0) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

ดื่มสุราขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.6 และร้อยละ 57.1 มีความถี่ในการดื่ม 1-2 ครั้งระหว่างตั้งครรภ์ ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก Obimin /Triferdine ร้อยละ 57.9 ส่วนใหญ่รับประทานยาทุกวัน (ร้อยละ 91) ได้รับยา FBC และ Folic acid ร้อยละ 35.6 และ 34.6 และรับประทานยาทุกวัน ร้อยละ 86.6 และ ร้อยละ 81.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า แม่ตั้งครรภ์มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) คลอดที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นการคลอดครบกำหนด (ร้อยละ 77.2) และ คลอดปกติ (ร้อยละ 66.3)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ พบว่า อายุพ่อ และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มีอิทธิพลกับพัฒนาการรวมทุกด้าน โดยพ่อที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าพ่อที่อายุ 36-44 ปี 1.9 เท่า และแม่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าแม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ 1.3 เท่า รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแม่/พ่อ กับพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย (n=898)	สมวัย		สงสัยล่าช้า		p-value	OR	95% C.I	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
อายุพ่อ					0.01			
น้อยกว่า 20ปี	23	82.10	5	17.90		0.3	0.12	0.90
20-35 ปี	344	55.00	282	45.00		1.2	0.90	1.72
36-44 ปี	123	60.30	81	39.70		Reference		
45 ปีขึ้นไป	18	45.00	22	55.00		1.9	0.94	3.68
การฝากครรภ์คุณภาพ					0.05			
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	250	60.10	166	39.90		Reference		
ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	258	53.50	224	46.50		1.3	1.0	1.71

ปัจจัยอายุแม่ ระดับการศึกษาพ่อ อาชีพพ่อ และวิธีการคลอด มีอิทธิพลกับพัฒนาการด้านภาษา โดยแม่ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า มากกว่าแม่ที่มีอายุ 20- 35 ปี 3.7 เท่า พ่อที่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า มากกว่า พ่อที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป 1.3 เท่า พ่อที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า มากกว่าพ่อที่มีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2.8 เท่า และแม่ที่คลอดผิดปกติ มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้า มากกว่า แม่ที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ 0.7 เท่า

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแม่/พ่อ กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย (n=898)	สมวัย		สงสัยล่าช้า		p-value	OR	95% C.I	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
อายุแม่					0.05			
น้อยกว่า 20 ปี	59	73.80	21	26.30		0.7	0.43	1.24
20-35 ปี	455	67.30	221	32.70			Reference	
36-44 ปี	86	67.20	42	32.80		1.0	0.67	1.50
45 ปี ขึ้นไป	5	35.70	9	64.30		3.7	1.23	11.19
ระดับการศึกษาพ่อ								
ไม่ได้เรียน	37	68.50	17	31.50		0.9	0.51	1.71
ประถมศึกษา	143	61.60	89	38.40		1.3	0.91	1.75
มัธยมศึกษา/ปวช.	331	67.00	163	33.00			Reference	
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	52	81.30	12	18.80		0.5	0.24	0.90
ปริญญาตรีขึ้นไป	42	77.80	12	22.20		0.6	0.3	1.13
อาชีพพ่อ					0.01			
พ่อบ้าน	34	68.00	16	32.00		2.3	0.87	6.02
เกษตรกรกรรม	155	63.50	89	36.50		2.8	1.25	6.26
รับจ้าง	333	66.10	171	33.90		2.5	1.14	5.48
ค้าขาย	44	83.00	9	17.00		1.0	0.35	2.84
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39	83.00	8	17.00			Reference	
วิธีการคลอด					0.02			
คลอดธรรมชาติ	385	64.70	210	35.30			Reference	
คลอดผิดปกติ	220	72.60	83	27.40		0.7	0.51	0.94

2.2 คุณลักษณะและปัจจัยด้านเด็ก ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กอายุ 1-2 ปี 499 คน (ร้อยละ 55.6) และอายุ 3-5 ปี 399 คน (ร้อยละ 44.4) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.0 อัตราการขาดออกซิเจนหลังคลอดนาทีที่ 1 เท่ากับ 26 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราการขาดออกซิเจนนาทีที่ 5 เท่ากับ 5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ มีภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด ร้อยละ 25.9 ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะตัวเหลือง ร้อยละ 89.3 เด็กกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 7.8 ส่วนใหญ่ คือ โรคหอบหืด (ร้อยละ 70) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เด็กป่วยด้วย โรคท้องร่วงและโรคปอดบวม ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 4.8 และ ร้อยละ 5.5

ตามลำดับ เด็กได้กินนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 22.5 ภาวะโภชนาการเทียบตามเกณฑ์มาตรฐาน 3 เกณฑ์ พบว่า เด็กมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 66.3 มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 61.7 และมีรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 68.7 การป้องกันการขาดธาตุเหล็ก พบว่า เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป เพียงร้อยละ 20.4 แต่ได้รับประทานยาทุกสัปดาห์ ร้อยละ 92.3

ผลการศึกษาปัจจัยด้านเด็กที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการด้านภาษา พบว่า เด็กที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่น้ำหนักตามเกณฑ์ 1.3 เท่า และเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านภาษา สงสัยล่าช้ามากกว่าเด็กที่ค่อนข้างสูง 1.8 เท่า

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก กับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย (n=898)	สมวัย		สงสัยล่าช้า		p-value	OR	95% C.I	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
ภาวะโภชนาการเกณฑ์ส่วนสูงเทียบอายุ					0.03			
เตี้ย	29	70.70	12	29.30		1.3	0.54	2.95
ค่อนข้างเตี้ย	11	73.30	4	26.70		1.1	0.32	3.90
สูงตามเกณฑ์	351	63.40	203	36.60		1.8	1.02	3.05
ค่อนข้างสูง	58	75.30	19	24.70			Reference	
สูงกว่าเกณฑ์	156	73.90	55	26.10		1.1	0.59	1.97
ภาวะโภชนาการเกณฑ์น้ำหนักเทียบอายุ					0.00			
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	42	58.30	30	41.70		1.3	0.80	2.15
น้ำหนักตามเกณฑ์	385	64.70	210	35.30			Reference	
น้ำหนักค่อนข้างมาก	34	70.80	14	29.20		0.8	0.40	1.44
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	144	78.70	39	21.30		0.5	0.34	0.74

2.3 คุณลักษณะและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการเด็ก

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของเด็ก พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ร้อยละ 63.4 รองลงมา คือ ปู่ย่า ตายาย ร้อยละ 32.9 และพี่ป้าน้าอา ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ อายุผู้เลี้ยงดูหลัก เฉลี่ย 38.24 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี มากที่สุด 77 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.9 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,176 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 70,000 บาท ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินร้อยละ 50.2 รูปแบบของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 82.5 การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่าหรืออ่านนิทานให้เด็กฟัง ร้อยละ 42.3 โดยเล่านิทานทุกวัน ร้อยละ 53 ใช้เวลาเล่านิทานมากกว่า 10 นาที ร้อยละ 11.9 และเล่านิทานได้คุณภาพเพียงร้อยละ 7.5 สำหรับการเล่นกับเด็ก ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า เล่นกับเด็ก 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 91.1 ใช้ระยะเวลาในการเล่นกับเด็ก

30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 42 เป็นการเล่นกับเด็กแบบมีคุณภาพ ร้อยละ 32.4 เด็กหรือคนในครอบครัวใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ทำกิจกรรมร่วมกัน ร้อยละ 82.6 เล่นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในวันธรรมดา 60 นาที ขึ้นไป ร้อยละ 40.9 และเล่นในวันหยุด 120 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 27.2

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลกับพัฒนาการได้แก่ อายุ การศึกษา และรายได้ผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่อายุ 25-29 ปี อายุ 45-49 ปี และ อายุ 50 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลเด็กที่อายุ 20-24 ปี 2.1 เท่า ผู้ดูแลเด็กที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลเด็กที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี 3.6 เท่า และผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 บาท ลงมา มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป 1.5 เท่า ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการรวมทุกด้านของเด็กปฐมวัย

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยรวมทุกด้าน

ปัจจัย (n=898)	สมวัย		สงสัยล่าช้า		p-value	OR	95% C.I	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
อายุผู้ดูแลเด็ก					0.04			
ต่ำกว่า 20 ปี	27	65.90	14	34.10		1.1	0.52	2.33
20-24 ปี	85	68.00	40	32.00		Reference		
25-29 ปี	57	50.90	55	49.10		2.1	1.21	3.48
30-34 ปี	80	58.00	58	42.00		1.5	0.93	2.55
35-39 ปี	54	59.30	37	40.70		1.5	0.83	2.56
40-44 ปี	56	58.30	40	41.70		1.5	0.87	2.64
45-49 ปี	42	50.60	41	49.40		2.1	1.17	3.67
50 ปีขึ้นไป	107	50.50	105	49.50		2.1	1.31	3.31

ปัจจัย (n=898)	สมวัย		ส่งสัยล่าช้า		p-value	OR	95% C.I	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			Lower	Upper
ระดับการศึกษาผู้ดูแล					0.00			
ไม่ได้เรียน	9	56.30	7	43.80		2.9	0.83	10.27
ประถมศึกษา	229	51.30	217	48.70		3.6	1.59	7.92
มัธยมศึกษา/ปวช.	224	59.70	151	40.30		2.5	1.13	5.66
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	16	69.60	7	30.40		1.6	0.50	5.35
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	30	78.90	8	21.10			Reference	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน					0.02			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ10,000	357	53.70	308	46.30		1.5	1.07	2.15
10,001-20,000	109	63.70	62	36.30			Reference	
20,001-30,000	32	65.30	17	34.70		0.9	0.48	1.82
มากกว่า 30,000	10	76.90	3	23.10		0.5	0.14	1.99

3. การวิเคราะห์อำนาจทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการรวมทุกด้านและด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

วิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า แม่ที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการส่งสัยล่าช้ารวมทุกด้านมากกว่า แม่ที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ 1.3 เท่า (p-value = 0.04) และ ผู้เลี้ยงดูหลักที่จบประถมศึกษา มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการส่งสัยล่าช้ารวมทุกด้านมากกว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี 3.6 เท่า (p-value = 0.05) เด็กที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการทางด้านภาษาส่งสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน 1.3 เท่า (p-value = 0.01) ผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่ย่า ตายาย มีความเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการทางด้านภาษาส่งสัยล่าช้า มากกว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็น แม่ พ่อ 0.7 เท่า (p-value = 0.03) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ไม่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย รายละเอียดในตารางที่

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยรวมทุกด้าน

ปัจจัย	B	S.E.	p-value	OR	95% C.I.OR	
					Lower	Upper
การศึกษาผู้เลี้ยงดูหลัก			.005			
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี						Reference
ไม่ได้เรียน	1.07	0.64		2.9	0.83	10.27
ประถมศึกษา	1.27	0.41		3.6	1.59	7.92
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.93	0.41		2.5	1.13	5.66
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	0.50	0.60		1.6	0.50	5.35
Constant	-1.32	0.40	.001	0.3		
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ			0.04			
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ						Reference
ฝากไม่ครบ 5 ครั้งคุณภาพ	0.28	0.14		1.3	1.01	1.73
Constant	-0.42	0.10		0.7		

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลกับพัฒนาการด้านภาษาของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย	B	S.E.	p-value	OR	95% C.I.OR	
					Lower	Upper
ภาวะโภชนาการเกณฑ์น้ำหนักเทียบอายุ			0.01			
น้ำหนักตามเกณฑ์					Reference	
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	0.30	0.26		1.3	0.81	2.24
น้ำหนักค่อนข้างมาก	-0.23	0.33		0.8	0.41	1.53
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	-0.61	0.20		0.5	0.36	0.81
ผู้เลี้ยงดูหลัก			0.03			
พ่อแม่					Reference	
ปู่ย่า ตายาย	-0.33	0.16		0.7	0.53	0.99
พี่ป้า น้าอา	-0.92	0.47		0.4	0.16	1.00
Constant	-1.31	0.40	0			

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้านและ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 56.6 และ ร้อยละ 43.4 พัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้ามากที่สุด คือ พัฒนาการด้าน ภาษา ร้อยละ 32.6 ส่วนพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกกลุ่มอายุ พบว่า เด็กอายุ 8 เดือน-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 66.2 และเด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 44.5 สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ สุขจริง ว่องเดชากุล [12] ที่สำรวจพัฒนาการเด็กอายุ 4-5 ปี ของประเทศไทย ปี 2550 ที่พบว่า เด็กมีพัฒนาการ ปกติ และสงสัยล่าช้า ที่ร้อยละ 57.9 และ 42.1 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ในกลุ่มเด็กปฐมวัยในพื้นที่รับผิดชอบ ปี 2552 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน และสงสัยล่าช้า ร้อยละ 65.9 และ ร้อยละ 34.1 [13] ปี 2553 เด็กมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน และสงสัยล่าช้า ร้อยละ 59.6 และร้อยละ 40.4[8] และ ผลการศึกษาของ ไพยดา วิรค์มี [9] ศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ในจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2553 พบว่า เด็กอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน และสงสัยล่าช้า ร้อยละ 45.0

และร้อยละ 55.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาโดยสรุป พบว่า เด็กวัย 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยต่ำกว่าเด็กอายุ <3 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ช่วงกลางวันจะอยู่ในศูนย์เด็กเล็กซึ่งผ่านเกณฑ์ คุณภาพค่อนข้างน้อย จากข้อมูลการประเมินรับรอง ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ของทีมประเมินศูนย์เด็กเล็กระดับเขต โดย ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2557 พบว่า ศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์คุณภาพเพียงร้อยละ 51.44

2. ปัจจัยด้านแม่และพ่อ จากผลการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ร้อยละ 98.7 แต่มาฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 51.6 เท่านั้น ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ย่อมขาดโอกาสที่จะได้ รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขที่ครบถ้วนตาม มาตรฐาน และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 46.3 ในแต่ละช่วงของการดูแลที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานล้วนมี ความสำคัญ โดยเฉพาะการได้รับยาสารอาหารที่จำเป็นและ เพียงพอ เพื่อใช้ในการสร้างเซลล์สมองเด็กในระยะที่เป็นตัวอ่อน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ได้ รับยาบำรุงครรภ์ไม่ครอบคลุมโดยพบว่า มีเพียงครึ่งหนึ่ง ร้อย ละ 57.9 ที่ได้รับยา Obimin/Triferdine และร้อยละ 35.6 เท่านั้นที่ได้รับยา FBC และ Folic acid (ร้อยละ 34.6) ซึ่ง หากหญิงตั้งครรภ์ขาดสารอาหารเหล่านี้ จะส่งผลต่อการ

พัฒนาโครงสร้างของสมองทารกในครรภ์ ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กต่อไปอีกด้วย [14,15,16,17]

3. ปัจจัยด้านเด็ก พบว่า เด็กกลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสุขภาพแรกเกิดที่ไม่ปกติค่อนข้างมาก เช่น มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11 (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 7) มีอัตราขาดออกซิเจนแรกเกิด 26/พันเกิดชีพ (เป้าหมายไม่เกิน 25) มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ คือ มีรูปร่างผอมและค่อนข้างผอมถึง ร้อยละ 8.6 และ 6.7 เจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงและโรคปอดบวมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกุล อิศรานรักษ์ [18] ที่พบว่า ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ และพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป และสอดคล้องกับ นิชรา เรืองดารกานนท์ [19] พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและพัฒนาการโดยเฉพาะพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ดูแลหลักที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่าผู้ดูแลหลักที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี 3.6 เท่า และผู้ดูแลหลักที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 บาทลงมา มีความเสี่ยงทำให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าผู้ดูแลหลักที่มีรายได้ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป 1.5 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ นิชรา เรืองดารกานนท์ [20] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะด้านสติปัญญาของเด็กอายุ 36 - 71 เดือน โดยพบว่าระดับการศึกษาของบิดา มารดาและผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับทักษะด้านสติปัญญาของเด็กอายุ 36 - 71 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูหลักตอนกลางวัน ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม มากกว่าผู้เลี้ยงดูหลักตอนกลางวัน ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ยังพบว่าพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูหลัก จัดกิจกรรมที่กระตุ้นพัฒนาการเด็ก เช่น การอ่านนิทานให้เด็กฟัง เพียง ร้อยละ 42.3 และร้อยละ 7.5 เท่านั้นที่ได้ฟังนิทานอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 32.4 ของครอบครัวที่มีการใช้เวลาว่างอย่างมีคุณภาพในการเล่นกับเด็กโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แต่มีครอบครัวถึง ร้อยละ 82.6

ที่ใช้เวลาว่างในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์นานเกินข้อแนะนำที่กำหนด และไม่เหมาะสมสูงถึงร้อยละ 35.6 แสดงให้เห็นว่าพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยยังคงขาดความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดู ตลอดจนการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พัฒนาศักยภาพให้กับของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะปู่ย่าตายาย ให้เห็นความสำคัญของตนเองในการเลี้ยงดูเด็ก และมีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย สถานบริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่แบบมีส่วนร่วม ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และต่อเนื่องจนถึงวัยเด็กปฐมวัย

2. สร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์ โดยการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพื่อมารับการรักษอย่างทันทั่วถึง

3. พัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้ตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพให้ครอบคลุมทุกแห่ง โดยเฉพาะการพัฒนาตามเกณฑ์ในองค์ประกอบด้านโภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จากผลการศึกษา พบว่า เด็กต่ำกว่า 2 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 66.5 ขณะที่เด็กอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เพียงร้อยละ 44.5 ซึ่งเด็กวัยนี้ ส่วนใหญ่ช่วงกลางวันจะเลี้ยงดูอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก

4. เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเด็ก โดยมีการประเมินพฤติกรรมโภชนาการ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย รวมไปถึงการให้ความรู้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการของเด็กที่เหมาะสม ไม่เกิดปัญหาการขาดสารอาหารเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบยาวทำให้เด็กมีภาวะเตี้ย และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- [1] เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. พัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส, 2549.
- [2] อาคม เต็มพิทยาไพสธและคณะ. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-11: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี(ออนไลน์). 2553. แหล่งที่มา : http://www.sobkroo.com/detail_room_main1.php?nid=2908.
- [3] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (ออนไลน์)2555. แหล่งที่มา : <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395>.
- [4] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ออนไลน์)2555. แหล่งที่มา :http://bps.ops.moph.go.th /index.php?view=news&news_id=87.
- [5] Susan P Walker TDW, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail A Wasserman, Ernesto Pollitt and Julie A Carter. Child development in developing countries, 2007.
- [6] รัตโนทัย พลับรูการ และคณะ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2552.
- [7] วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554.
- [8] ไพยดา วิรค์มี. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่สาธารณสุข เขต 11 และ 13 ปีงบประมาณ 2553. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2553.
- [9] ไพยดา วิรค์มี. สัมพันธภาพของบิดามารดาและปัจจัยครอบครัวที่ส่งผลต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กปฐมวัย. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
- [10] กรมสุขภาพจิต. ผลการสำรวจสถานการณ์สติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี2554. กรมสุขภาพจิต, 2554.
- [11] นิตยา คชภักดี. ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึง 5 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักงานแห่งชาติ เพื่อการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย, 2543. แหล่งที่มา: <http://www.saiyairakhospital.com/ back-office/upload/document/aaaa.doc>.
- [12] สุขจริง ว่องเดชากุล. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2550, กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.(ออนไลน์)2557. แหล่งที่มา: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=251&filename=download
- [13] ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. รายงานการวิจัย สถานการณ์การเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่สาธารณสุข 11 และ13 ปี 2552 ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2552.
- [14] ลัดดา เหมาะสุวรรณ. โภชนาการกับการเจริญเติบโต พัฒนาการ สติปัญญา ภูมิคุ้มกันทางโรค และโรคเรื้อรัง ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ภาควิชาเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2556.

เอกสารอ้างอิง

- [15] คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก วาระปี พ.ศ.2553-2555. บทความพิเศษ คำแนะนำการให้วิตามินและเกลือแร่สำหรับสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด. สตินรีแพทย์สัมพันธ์, 2556.
- [16] สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. คำแนะนำสำหรับการใช้ยาบำรุงและวิตามินในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร. 2550.
- [17] ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมีอาชีวะสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. วิแคน เซอร์วิส เอ็กเพรส; 2556.
- [18] ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย : ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไขไม่ได้. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. กรุงเทพฯ : 2549.
- [19] นิขรา เรืองดารกานนท์. พัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บ.ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2554.
- [20] นิขรา เรืองดารกานนท์. หนังสือชุดโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เล่ม 7 พัฒนาการและเซาว์ปัญญาของเด็กไทย. เอกสารหาตใหญ่; 2547

Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani Journal



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 45 หมู่ ถนนสดลมารักษ์ ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-251267-9 โทรสาร 045-251270

เว็บไซต์ <http://www.hpc10.net>