

# ประสิทธิผลของการใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6

ณัฐริรา ทองบัวศิริไล, กุลพร สุขุมาลตระกูล, ภารดี เต็มเจริญ

\*สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, \*\*ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

กลวิธีหนึ่งของการดำเนินงานโครงการโภชนาการในโรงเรียน คือ การบูรณาการความรู้ด้านโภชนาการ เข้าในกลุ่มสาระการเรียนรู้ต่างๆ ในโรงเรียน แต่ยังคงขาดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ที่มีเนื้อหาครบถ้วนและสะดวกสำหรับครูในการนำไปใช้ การศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้คู่มือการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการที่จัดทำขึ้นต่อการเพิ่มความรู้ทางโภชนาการ ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในโรงเรียนสังกัด สพฐ. จังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 326 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 329 คน ครูในโรงเรียนกลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการชั้นปีละ 4 เรื่อง คือ 1) โภชนบัญญัติ 9 ประการ 2) ธงโภชนาการ 3) เด็กไทยไม่กิน หวาน มัน เค็ม และ 4) กินเป็นเน้นผัก ผลไม้ ระยะเวลาการทดลองนาน 12 สัปดาห์ ในภาคการศึกษาที่ 1 พ.ศ. 2552 เก็บข้อมูลความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค ด้วยแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ซึ่งนำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง สถิติวิเคราะห์ด้วย Chi-square test, Independent t-test, และ Paired t-test

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ทางโภชนาการสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เช่นกัน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภค อย่างไรก็ตาม การทดลองนี้ พบการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มทดลองในทางที่ดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่จัดทำขึ้นในการวิจัยนี้ จัดเป็นสื่อการสอนที่มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มความรู้ทางโภชนาการและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนในทางที่ดีขึ้น สำหรับการประเมินผลกระทบของโครงการต่อภาวะโภชนาการต้องการระยะเวลาในการติดตามผลยาวกว่านี้

ผลการศึกษาเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ สำหรับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 และนำคู่มือที่พัฒนาในการศึกษานี้ไปใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในโรงเรียนอื่นๆ

**คำสำคัญ:** โครงการโภชนาการในโรงเรียน, ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6

# Effectiveness of Nutrition Learning Package to Promote Good Eating Behavior and Nutritional Status of Grade 4-6 School Children

*Natthira Thongbuasirilai\**, M.P.S. (Food and nutrition planning)

*Kunlaporn Sukumaltakun\**, M.Sc. (Community nutrition)

*Paradee Temcharoen\*\**, Dr.P.H. (Public health nutrition)

*\*Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health*

*\*\*Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Mahidol University*

## Abstract

School nutrition program requires various strategies to ensure the effectiveness of program implementation. One of the strategies is an integration of nutrition knowledge into school curriculum. However, such comprehensive integration has not been established. A simple integration one also has not been widely used by teachers. The researchers, therefore, designed the integrative learning package and introduced to schools, to promote good eating behavior and nutritional status of the grade 4 - 6 school children. This quasi experimental research aimed to evaluate an effectiveness of the nutrition learning package. Schools were those under supervision of the Office of the Basic Education Commission in Nonthaburi province. School children were divided into two groups: 326 in an experiment group and 329 in a comparison group. Teachers in the experimental group used a nutrition learning package which were consisted of 4 modules i.e. 1) Food-based dietary guidelines for Thai, 2) A nutrition flag, 3) Anti-salt-sugar-fat educational materials, and 4) Promotion of vegetables and fruits consumption campaign materials. The experiment was 12 week long, during the 1st semester in 2009. Nutrition knowledge and eating behavior of the samples were collected using self-administered questionnaires; weight and height were measured to evaluate nutritional status, pre- and post-experiment. Chi-square test, Independent t-test and Paired t-test were applied for statistical analysis.

Results shown that nutrition knowledge and eating behavior of the experiment group improved significantly and were better than those of the comparison group (p-value <0.001). Of the comparison group, nutrition knowledge also improved significantly while the eating behavior did not (p-value <0.001). An improvement of nutritional status among experiment group children was noted but it shown no statistical significance. These results illustrated an effectiveness of the nutrition learning package, to be used as educational material to provide nutrition knowledge and to promote good eating behavior for school children. However, the impact on children's nutritional status requires a longer period of follow-up and further comprehensive studies. Expansion to other schools, as well as other grades of school is suggested by the researchers.

**Keyword:** School nutrition program, Nutrition learning package, School children

## บทนำ

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ร่างกายยังมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างมาก มีความพร้อมในการเรียนรู้ทุกๆ ด้าน เป็นวัยที่เด็กออกสู่สังคมนอกบ้านมากขึ้น เวลาส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่ในโรงเรียน โรงเรียนจึงถือเป็นสถานที่สำคัญที่มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กควบคู่ไปกับการศึกษา ดังนั้นการส่งเสริมโภชนาการที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัย เติบโตตามศักยภาพที่พันธุกรรมกำหนด และยังเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่อีกด้วย<sup>1</sup>

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552<sup>2</sup> แสดงว่าเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปีมีภาวะโภชนาการขาดลดลงจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546<sup>3</sup> คือ ภาวะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุน้อยกว่าเกณฑ์จากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 3.7 ภาวะเตี้ยหรือการขาดสารอาหารแบบเรื้อรังจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 3.5 และภาวะผอมหรือการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลันจากร้อยละ 5.5 เป็นร้อยละ 3.9 แต่พบแนวโน้มของภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับติดตามการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา พ.ศ. 2545-2548<sup>4</sup> พบภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.2 เป็นร้อยละ 9 ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

พ.ศ. 2551-2552<sup>2</sup> ซึ่งพบภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วน ร้อยละ 9.7 เด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ถ้าเติบโตเป็นผู้ใหญ่และยังคงอ้วน<sup>1</sup>

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนดังกล่าว อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ดังผลการสำรวจ<sup>2</sup> ที่พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี 1 ใน 5 มีพฤติกรรมการกินอาหารแต่ละวันไม่ครบ 3 มื้อ ในกลุ่มเด็กที่กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ พบว่า มีอาหารที่มีกรรมกรมากที่สุดคือ มื้อเช้าร้อยละ 61.3 การไม่กินอาหารเช้าจะมีผลทำให้ได้รับพลังงานและสารอาหารน้อยกว่านักเรียนที่กินอาหารเช้า<sup>5</sup> และการศึกษาในปัจจุบันพบความสัมพันธ์ทางบวกของการไม่กินอาหารเช้ากับภาวะอ้วน<sup>6,7</sup> เด็กส่วนใหญ่กินอาหารว่าง และชนิดของอาหารว่างที่เด็กวัยเรียนกินบ่อยได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน และอาหารประเภททอด<sup>8</sup> และรายงานการสำรวจ<sup>9</sup> ยังพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี กินขนมกรุบกรอบทุกวันมากที่สุด (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ ไข่เจียว ไข่ดาว (ร้อยละ 26.4) อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่มีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนหากไม่ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเพียงพอ ซึ่งผลการสำรวจ<sup>2</sup> พบว่า เด็กอายุ 6-9 ปี และอายุ 10-14 ปี ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์วันละ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า ในวันธรรมดา ร้อยละ 57.1 และ 73.1 ตามลำดับ และใช้เวลาเพิ่มขึ้นในวันหยุด นอกจากนี้ รายงานการสำรวจ<sup>9</sup> ยังพบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี มากกว่าร้อยละ 30 ที่ดื่มนมรสปรุงแต่ง น้ำหวาน น้ำอัดลม ลูกอม

ซ็อกโกแลต และไอศกรีม เกือบทุกวันและทุกวัน ทำให้ได้รับน้ำตาลในปริมาณมากเกินไป และนำไปสู่ปัญหาโภชนาการเกินและโรคฟันผุ ในขณะที่ผลการสำรวจใน พ.ศ. 2546<sup>3</sup> พบเด็กวัยเรียนกินผักและผลไม้ในปริมาณน้อยคือผักเฉลี่ย 13.9 กรัมต่อวัน และผลไม้เฉลี่ย 61.5 กรัมต่อวัน ซึ่งน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ<sup>10</sup> สอดคล้องกับรายงานการสำรวจครั้งหลังสุดใน พ.ศ. 2551-2552<sup>9</sup> ที่พบเด็กอายุ 6-14 ปี กินผักและผลไม้ในปริมาณเพียงพอตามข้อแนะนำเพียงร้อยละ 5 และ ร้อยละ 21.7 ตามลำดับ

การดำเนินโครงการด้านโภชนาการในโรงเรียนในระยะแรกๆ เน้นการดำเนินโครงการเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหาร เช่น โครงการอาหารกลางวันโรงเรียน<sup>11</sup> และโครงการอาหารเสริม (นม)<sup>12</sup> เป็นโครงการที่เป็นนโยบายของรัฐบาลซึ่งดำเนินการมายาวนาน มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายสำหรับเด็กวัยเรียน ผลการดำเนินโครงการมีผลทำให้เด็กวัยเรียนมีการขาดสารอาหารลดลงในระดับหนึ่ง ต่อมาเมื่อมีต้องเผชิญกับปัญหาโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน การดำเนินโครงการโภชนาการในโรงเรียนได้มีการปรับกลวิธีการดำเนินงาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ<sup>13</sup> กิจกรรมส่วนใหญ่ คือ การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ครู ผู้ปกครอง เด็กนักเรียน และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแก่เด็กนักเรียน

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>14</sup> เสนอแนะแนวทางการจัดกิจกรรมหนึ่งสำหรับโครงการสุขภาพโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดี คือ การจัดหลักสูตรโภชนศึกษาที่มีเนื้อหาครบถ้วน ต่อเนื่องทุกระดับชั้นตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษา สำหรับประเทศไทยมีการนำแนวคิดการบูรณาการเนื้อหาสาระทางโภชนาการเข้าในหลักสูตรและการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามปกติ คู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ จัดเป็นนวัตกรรมของเครื่องมือที่ช่วยให้ครูมีแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเชิงบูรณาการด้านโภชนาการแก่เด็กนักเรียน สะดวกในการใช้และมีเนื้อหาสาระที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่ผ่านมามีการจัดทำคู่มือการบูรณาการเนื้อหาเฉพาะเรื่อง เช่น แนวการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ เรื่องผักผลไม้สำหรับเด็กชั้นอนุบาลและประถมศึกษา<sup>15</sup> แต่ยังไม่มีการจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่มีเนื้อหาสาระด้านโภชนาการครบถ้วนที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาโภชนาการในปัจจุบัน การวิจัยนี้จึงได้มีแนวคิดในการจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการครอบคลุมประเด็นสำคัญ 4 เรื่อง คือ 1) โภชนบัญญัติ 9 ประการ 2) ธงโภชนาการ 3) เด็กไทยไม่กินหวาน มัน เค็ม และ 4) กินเป็นเน้นผักผลไม้ สำหรับกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา และทดลองใช้กับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งสามารถตอบแบบสอบถาม

ด้วยตนเอง ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัด สพฐ. จังหวัดนนทบุรี ว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค และภาวะโภชนาการของเด็กที่ดีขึ้นหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การขยายผลในการจัดทำคู่มือสำหรับช่วง ชั้นอื่นๆ และนำไปใช้ในโรงเรียนสังกัดอื่นๆ ต่อไป

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) รูปแบบ การศึกษาเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและ หลังการทดลอง (Pre test-post test two groups design) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง พฤษภาคม - ตุลาคม 2554

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัด สพฐ. ในจังหวัดนนทบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำสองขั้นตอน ขั้นแรกทำการคัดเลือกโรงเรียน ตัวอย่าง โดยแบ่งโรงเรียนตามขนาด เป็นขนาดเล็ก (นักเรียนไม่เกิน 120 คน) ขนาดกลาง (นักเรียน 121-300 คน) และขนาดใหญ่ (นักเรียน 301 คน ขึ้นไป) เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีการ ดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน ผู้บริหารและ ครูยินดีเข้าร่วมโครงการ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ลักษณะนี้มาก่อน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เลือกโรงเรียน ขนาดละ 2 โรงเรียน รวม 6 โรงเรียน สุ่มเลือก เป็นโรงเรียนในกลุ่มทดลองจำนวน 3 โรงเรียน และโรงเรียนกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 3 โรงเรียน แต่ละกลุ่มประกอบด้วยโรงเรียนขนาดเล็ก

ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ขนาดละ 1 โรงเรียน ชั้นที่สอง การคัดเลือกนักเรียนตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 ทุกคนในโรงเรียนที่เป็นตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยที่มีผลต่อการ บริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

### เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ชุดคู่มือ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 4 เรื่องต่อชั้นปี รวม 12 เล่ม 2) แบบสอบถาม ความรู้ทางโภชนาการ 3) แบบสอบถามข้อมูล พฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน 4) เครื่องชั่ง น้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง และ 5) โปรแกรม IMMU THAI GROWTH สำหรับใช้ในประเมิน ภาวะโภชนาการ

**การพัฒนาชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้ด้านโภชนาการ** ได้รับความร่วมมือจาก ศึกษาในเทศก์สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 1 นนทบุรี ที่ทราบถึงปัญหาการจัดการเรียนการสอน วิชาสุขศึกษาและพลศึกษาของโรงเรียน ร่วมกับ สำนักโภชนาการเป็นแกนนำในการจัดทำคู่มือ โดยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักมาตรฐานการศึกษา สพฐ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ สำนักส่งเสริม สุขภาพ และครูที่สอนวิชาสุขศึกษาชั้นประถม ปีที่ 4-6 ร่วมในการพิจารณาเนื้อหา มีขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้น พื้นฐาน พ.ศ. 2551 2) ศึกษาข้อมูลด้านโภชนาการ ตามเนื้อหาที่กำหนด 3) กำหนดเค้าโครงเรื่อง 4) จัดทำโครงร่าง เนื้อหา ผลการเรียนรู้ การวัดและ

ประเมินผล และรูปแบบการนำเสนอโดยให้ถูกต้องตามหลักวิชาการของคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 5) ออกแบบการเรียนรู้ประกอบด้วย 5.1 สารสำคัญ 5.2 จุดประสงค์การเรียนรู้ 5.3 สารการเรียนรู้ 5.4 กิจกรรมการเรียนรู้ จำแนกเป็นกิจกรรมหลัก กิจกรรมย่อย และกิจกรรมเสริม เริ่มจากเนื้อหาที่ง่ายไปยาก จากสิ่งใกล้ตัวไปสิ่งที่ไกลตัว จากนามธรรมไปสู่รูปธรรม เน้นกระบวนการคิดและฝึกปฏิบัติจริง ใช้ภาษากระชับ เข้าใจง่าย มีภาพประกอบสัมพันธ์กับเรื่อง เทคนิคการนำเสนอหลากหลายน่าสนใจ มีการเสริมการเรียนรู้ และการอ้างอิงถูกต้อง ชัดเจนและมีความคิดสร้างสรรค์สามารถเรียนแล้วนำไปใช้ได้จริง 5.5 การวัดและประเมินผล ประกอบด้วย วิธีวัด เครื่องมือวัด และเกณฑ์การวัด 5.6 แนะนำแหล่งเรียนรู้ที่จะค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติม 6) นำชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ไปทดลองใช้ 7) นำเสนอชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อการวิพากษ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญ 8) ปรับปรุงชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามคำชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญ และ 9) จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเอกสาร พร้อม PDF FILE เพื่อนำไปใช้ในการเรียนการสอน

**แบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการ** เป็นแบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อให้นักเรียนตอบด้วยตัวเอง (Self administered questionnaire) ครอบคลุมเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญในคู่มือที่จัดทำ จำนวน 12 ข้อ ให้นักเรียนตอบเองว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ถ้าตอบถูกต้องจะให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกหรือไม่แน่ใจ จะให้ 0 คะแนน รวมคะแนนความรู้

จะอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom16 ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ดี = 12-15 คะแนน ( $\geq 80\%$  ของคะแนนรวม) ปานกลาง = 9-14 คะแนน (60-79% ของคะแนนรวม) และ ต่ำ 0-8 คะแนน ( $<60\%$  ของคะแนนรวม)

**แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อให้นักเรียนตอบด้วยตัวเอง มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคที่จะเป็นตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคที่เป็นผลจากการใช้ชุดคู่มือกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ทั้ง 4 เรื่อง จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมการบริโภคเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับความถี่ของพฤติกรรมการบริโภค คือ กินเป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) กินเกือบทุกวัน (4-5 วันต่อสัปดาห์) กินบางวัน (1-3 วันต่อสัปดาห์) กินนานๆ ครั้ง และไม่กินเลย (0-3 ครั้ง/เดือน) การกำหนดคะแนนพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคเชิงบวก กินเป็นประจำ = 4 คะแนน กินเกือบทุกวัน = 3 คะแนน กินบางวัน = 2 คะแนน กินนานๆ ครั้งและไม่กินเลย = 1 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการบริโภคเชิงลบ กินเป็นประจำ = 1 คะแนน กินเกือบทุกวัน = 2 คะแนน กินบางวัน = 3 คะแนน กินนานๆ ครั้งและไม่กินเลย = 4 คะแนน รวมพฤติกรรมการบริโภคจะอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนพฤติกรรมการบริโภคออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี (37-48 คะแนน) พอใช้ (25-36 คะแนน) และไม่ดี (12-24 คะแนน)

แบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียน จะได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำไปทดสอบกับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) จำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม หลังจากนั้นทำการปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

**ภาวะโภชนาการของนักเรียน** ทำการชั่งน้ำหนักนักเรียนด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักแบบ Beam Balance Scale ที่มีสเกลละเอียดเป็น 0.1 กิโลกรัม และเครื่องวัดส่วนสูงเป็นชนิดเทปโลหะมาตรฐานติดกับแผ่นกระดานสำหรับวัดส่วนสูง มีสเกลละเอียดเป็น 0.1 เซนติเมตร เทคนิคการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงดำเนินตามคู่มือ<sup>17</sup> นำข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง วัน เดือน ปี เกิด และเพศของเด็กนักเรียนวิเคราะห์ภาวะโภชนาการด้วยโปรแกรม IMMU THAI GROWTH ในการศึกษา<sup>17</sup> ใช้ดัชนีชี้วัดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการที่เป็นผลจากการทดลอง ด้วยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

**ขั้นตอนการดำเนินงาน** แบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้

**ระยะก่อนการทดลอง** ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ดังนี้ 1) พัฒนาชุดคู่มือการจัดกิจกรรมทางโภชนาการ ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ

8 สัปดาห์ 2) คัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวอย่างการศึกษา ติดต่อประสานงานผู้บริหารโรงเรียนเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และรายละเอียดของการศึกษา 3) เก็บข้อมูลความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**ระยะการทดลอง** ระยะเวลาดำเนินการทดลอง ประมาณ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง 1) ประชุมชี้แจงและอธิบายการใช้คู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางโภชนาการในแก้หัวหน้างานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ครูผู้สอนวิชาสุขศึกษา ครูประจำชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4-6 ครูอนามัยโรงเรียน และครูผู้รับผิดชอบโครงการอาหารกลางวัน 2) หัวหน้างานวิชาการในแต่ละโรงเรียน ประชุมจัดทำแผนบูรณาการในหลักสูตรสถานศึกษา และให้ครูที่รับผิดชอบนำชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการไปทดลองใช้จริง 3) การนิเทศติดตามงาน เพื่อให้คำแนะนำการใช้คู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดยคณะผู้วิจัยกลุ่มเปรียบเทียบ จะดำเนินการเรียนการสอนตามปกติ

**ระยะหลังการทดลอง** ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลความรู้ทางโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ Chi-square test ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test และความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ กำหนดค่านัยสำคัญที่ค่า p-value <0.05

### ผลการศึกษา

โรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 โรงเรียน มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 655 คน เป็นนักเรียนกลุ่มทดลอง 326 คน และนักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบ 329 คน เป็นนักเรียนชาย 341 คน และนักเรียนหญิง 314 คน อายุระหว่าง 8-12 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 9-11 ปี คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศ อายุ ชั้นเรียน และขนาดโรงเรียน ของทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทั่วไปและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 326)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 329)		$\chi^2$ (df)	p-value
	n	%	n	%		
<b>เพศ</b>						
ชาย	172	52.8	169	51.4	0.1273(1)	0.721
หญิง	154	47.2	160	48.6		
<b>อายุ (ปี)</b>						
8	6	1.8	5	1.5		
9	76	23.3	88	26.7		
10	100	30.7	96	29.2	1.4038(4)	0.844
11	107	32.8	108	32.8		
12	37	11.3	32	9.7		
<b>ชั้นเรียน</b>						
ประถมศึกษาปีที่ 4	88	27.0	99	30.1		
ประถมศึกษาปีที่ 5	114	35.0	112	34.0	0.9242(2)	0.630
ประถมศึกษาปีที่ 6	124	38.0	118	35.9		



ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 326)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 329)		$\chi^2$ (df)	p-value
	n	%	n	%		
<b>ขนาดโรงเรียน</b>						
เล็ก	47	14.4	52	15.8	1.0740(2)	0.585
กลาง	71	21.8	80	24.3		
ใหญ่	208	63.8	197	59.9		
<b>น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ</b>						
มากเกินเกณฑ์	29	8.9	24	7.4	3.194(4)	0.526
ค่อนข้างมาก	15	4.6	12	3.7		
ตามเกณฑ์	242	74.2	256	78.5		
ค่อนข้างน้อย	25	7.7	20	6.1		
น้อยกว่าเกณฑ์	15	4.6	14	4.3		
<b>ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</b>						
สูง	20	6.1	21	6.4	1.359(4)	0.851
ค่อนข้างสูง	17	5.2	12	3.6		
สูงตามเกณฑ์	254	77.9	262	79.6		
ค่อนข้างเตี้ย	22	6.7	19	5.8		
เตี้ย	13	4.0	15	4.6		
<b>น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</b>						
อ้วน	21	6.4	18	5.5	0.876(5)	0.972
เริ่มอ้วน	22	6.7	20	6.1		
ท้วม	17	5.2	21	6.4		
สมส่วน	224	68.7	227	69.0		
ค่อนข้างผอม	23	7.1	22	6.7		
ผอม	19	5.8	21	6.4		

**ความรู้ทางโภชนาการของนักเรียน** ผลการศึกษา (ตารางที่ 2) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางโภชนาการภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จะเห็นว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้ ( $\bar{d}$ ) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางโภชนาการของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	$\overline{sd}$	df	paired t-test	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD					
กลุ่มทดลอง	326	7.75	1.64	10.71	1.65	-2.96	1.39	325	-38.44	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	329	7.14	1.91	7.38	1.88	-0.24	0.86	328	-5.13	<0.001
t(df)		4.39(653)		24.08(653)		23.21(653)				
p-value		<0.001		<0.001		<0.001				

**พฤติกรรมบริโภคของนักเรียน** พบว่า ก่อนทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการกินอาหารไม่เหมาะสมเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ กินขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ 34.4) รองลงมา คือ ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน นมเปรี้ยว และนมปรุงแต่งรสหวาน (ร้อยละ 34.0) และกินอาหารจานด่วนประเภท พิซซ่า แซนวิช ฮอตดอก แฮมเบอร์เกอร์ ร้อยละ 30.1 ในขณะที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม คือ กินอาหารหลักครบ 3 มื้อ มีเพียงร้อยละ 58.6 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอื่นๆ เป็นประจำเพียง ร้อยละ 23.3-

37.7 เท่านั้น แต่หลังการทดลอง พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นประจำลดลงอย่างชัดเจน และไม่พบนักเรียนที่กินขนมกรุบกรอบประจำ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นทุกข้อ (รายละเอียดผลการศึกษานี้ไม่นำเสนอ)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภค ( $\bar{d}$ ) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) รายละเอียดในตารางที่ 3

**ภาวะโภชนาการของนักเรียน** ผลการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการตามดัชนีซีวีดี ในตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เด็กนักเรียนทั้งสองกลุ่ม มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ตามเกณฑ์ ซึ่งแสดงว่าเด็กมีการเจริญเติบโตของน้ำหนักเหมาะสมกับอายุน้อยกว่า ร้อยละ 80 มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ คือ สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง และสูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งแสดงว่าเด็กมีการเจริญเติบโตทางโครงสร้างร่างกายดี ดีมาก และดีมาก ร้อยละ 89.2 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 89.6 ในกลุ่ม

เปรียบเทียบ แต่พบเด็กนักเรียนที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงคือ มีรูปร่างสมส่วนซึ่งแสดงว่าเด็กมีการเจริญเติบโตของน้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงเพียงร้อยละ 68.7 และร้อยละ 69.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ เมื่อพิจารณาเด็กที่มีปัญหาการขาดสารอาหารโดยรวมทำให้น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ภาวะเตี้ยจากการขาดสารอาหารแบบเรื้อรัง และภาวะผอมจากการขาดสารอาหารแบบเฉียบพลัน จะพบเด็กที่มีปัญหาของทั้งสองกลุ่มระหว่างร้อยละ 4.0-6.4 โดยเด็กที่มีภาวะผอมมีสัดส่วนมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และภาวะเตี้ยเล็กน้อย ในทางตรงกันข้าม จะพบเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วนในสัดส่วนที่มากกว่า คือร้อยละ 13.1 และ 11.6 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ และภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	$\overline{sd}$	df	paired t-test	p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD					
กลุ่มทดลอง	326	30.97	5.93	33.63	3.05	-2.26	5.72	325	-8.388	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	329	30.56	1.48	30.62	2.28	-0.05	2.21	328	-0.449	0.654
t(df)		1.21(653)		14.33(653)		7.693(653)				
p-value		<0.001		<0.001		<0.001				

การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของภาวะ  
โภชนาการซึ่งเป็นผลการทดลองด้วยดัชนีชี้วัด  
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเปรียบเทียบกับระหว่าง  
ก่อนและหลังการทดลองในตารางที่ 4 พบว่า  
ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีรูปร่างสมส่วน  
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.7 เป็นร้อยละ 76.7 โดย  
สัดส่วนของเด็กที่มีภาวะค่อนข้างผอมและผอม

ลดลงจากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 9.2 และภาวะ  
ท้วม เริ่มอ้วน (น้ำหนักเกิน) และอ้วนลดลงจาก  
ร้อยละ 18.3 เป็นร้อยละ 14.1 แต่ไม่มีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p = 0.374$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการ  
เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงอย่าง  
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.97$ )

ตารางที่ 4 คุณลักษณะทั่วไปและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับภาวะ โภชนาการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\chi^2$ (df)	p-value
		n	%	n	%		
กลุ่มทดลอง (n=326)	อ้วน	21	6.4	16	4.9	5.354(5)	0.374
	เริ่มอ้วน	22	6.7	16	4.9		
	ท้วม	17	5.2	14	4.3		
	สมส่วน	224	68.7	250	76.7		
	ค่อนข้างผอม	23	7.1	16	4.9		
	ผอม	19	5.8	14	4.3		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=326)	อ้วน	18	5.5	21	6.4	0.849(5)	0.974
	เริ่มอ้วน	20	6.1	22	6.7		
	ท้วม	21	6.4	19	5.8		
	สมส่วน	227	69.0	228	69.3		
	ค่อนข้างผอม	22	6.7	22	6.7		
	ผอม	21	6.4	17	5.2		
$\chi^2$ (df)		0.876(5)		4.617(5)			
p-value		0.972		0.464			

## บทวิจารณ์

การดำเนินโครงการทางโภชนาการในโรงเรียน ถือว่ามีส่วนสำคัญยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคและภาวะสุขภาพของเด็ก<sup>18</sup> การวิจัยนี้เน้นการบูรณาการเรื่องโภชนาการในหลักสูตรการเรียนการสอนในกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษา โดยเพิ่มเนื้อหาที่จำเป็นต่อการสร้างทักษะโภชนาการเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการครอบคลุมสาระสำคัญทางโภชนาการ 4 ประเด็น เป็นแนวทางสำเร็จรูปให้ครูผู้สอน มีความสะดวกในการนำไปใช้ ประหยัดเวลาในการคิดกิจกรรม ครูที่ไม่จบด้านสุขศึกษาและพลศึกษาก็สามารถใช้ได้ คู่มือที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงจัดเป็นนวัตกรรมของสื่อการเรียนการสอนอย่างหนึ่ง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและมีโครงการอาหารกลางวัน เนื่องจากจะมีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการที่เด็กจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ระดับหนึ่ง<sup>13</sup> ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรงเรียนที่ครูใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการแก่เด็ก มีผลต่อการเพิ่มความรู้อาหารโภชนาการแก่เด็กนักเรียนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งครูไม่ได้ใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า เด็กนักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ทางโภชนาการเพิ่มขึ้นหลังการทดลองเช่นกัน (ตารางที่ 2) อาจกล่าวได้ว่าการจัดการเรียนการสอนตามปกติของครูน่าจะมีส่วนช่วยเพิ่ม

ความรู้ด้านโภชนาการแก่เด็กนักเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของนุชนาฏ นุชานนท์<sup>18</sup> ที่พบว่า แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพส่งผลให้นักเรียนมีความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดเลือกโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเดียวกัน อาจมีผลต่อระดับความรู้ทางโภชนาการของเด็กนักเรียนที่แตกต่างกันได้ ดังจะเห็นได้จากคะแนนความรู้ทางโภชนาการและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียนทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ในระยะก่อนการทดลอง (ตารางที่ 3) ข้อดีของงานวิจัยนี้คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ และมีจำนวนตัวอย่างค่อนข้างมาก ทำให้ได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่า กลุ่มโรงเรียนที่ครูใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการแก่เด็กก็มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคในเด็กวัยเรียนในทางที่ดีขึ้น โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 3) แสดงว่า ความรู้ของเด็กอาจเพิ่มได้จากการเรียนการสอนทั่วไป แต่ถ้าจะให้เด็กนำไปปฏิบัติได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม ดังการวิจัยของนันทวิ สาลิกานนท์<sup>19</sup> ที่ทำการพัฒนาสื่อการสอนและคู่มือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ไม่พบ

ความแตกต่างกันของคะแนนความรู้แต่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ผลการวิจัยดังกล่าวเสนอแนะว่า สื่อการสอน และคู่มือมีบทบาทต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สำหรับชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่จัดทำขึ้นในการศึกษานี้ ได้กำหนดลักษณะพิเศษของการใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ คือ เน้นการให้เด็กมีบทบาทโดยตรงในการทำกิจกรรม ลองผิดลองถูกด้วยตนเอง จนเกิดความชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง ครูมีบทบาทเป็นเพียงผู้ชี้แนะให้คำปรึกษาและเอื้ออำนวยเท่านั้น

สำหรับภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากกว่าภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจ<sup>2</sup> ที่พบว่า เด็กวัยเรียนมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินมากกว่าภาวะขาดสารอาหาร แม้ว่าปัญหาการขาดสารอาหารจะพบไม่มาก แต่จะมีกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร คือน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ค่อนข้างเตี้ย และค่อนข้างผอมซึ่งควรจะได้รับการพัฒนาการเจริญเติบโตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่านักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการเจริญเติบโตทางโครงสร้างของร่างกาย (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ) ในระดับดี ดีมาก และดีมากฯ ใกล้เคียงกับเกณฑ์เป้าหมาย<sup>20</sup> (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) แต่มีรูปร่างสมส่วนซึ่งแสดงถึงการเจริญเติบโตของน้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงยัง

น้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมาย<sup>20</sup> (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) ค่อนข้างมาก การวิจัยนี้เลือกใช้ดัชนีชี้วัดน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการจึงน่าจะเหมาะสมสำหรับการทดลองในระยะสั้น<sup>21</sup> หลังการทดลอง ปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการในทางที่ดีขึ้นแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ครูผู้สอนจะมีอิสระในการเลือกกิจกรรมจากคู่มือทั้ง 4 เรื่อง มาทยอยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการศึกษา ความรู้บางอย่างเด็กอาจเพิ่งได้รับและยังไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติ และพฤติกรรมการบริโภคของเด็กบางอย่างอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงยังไม่นานพอที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ นอกจากนี้ การที่เด็กจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้นั้นยังต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมซึ่งเอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนร่วมด้วย<sup>14</sup> ดังนั้น ระยะเวลาในการทดลองเพียง 12 สัปดาห์อาจน้อยไปสำหรับประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของเด็ก และควรเพิ่มระยะติดตามผล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กอายุ 8-12 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีอัตราการเจริญเติบโตค่อนข้างน้อย แต่เด็กบางคนอาจเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยรุ่น<sup>1</sup> และการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยด้านโภชนาการ เช่น พันธุกรรม การใช้กิจกรรมทางกาย และการพักผ่อน เป็นต้น นอกจากนี้ ถ้าจะได้มีการใช้ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องในชั้นปีต่อๆ ไป น่าจะมี

ผลกระทบต่อ การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดี ของเด็กนักเรียน

### สรุปการศึกษา

การที่ครูนำชุดคู่มือการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ด้านโภชนาการที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 4 ประเด็นไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียน การสอนโดยบูรณาการในกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษาแก่เด็กนักเรียนชั้น ประถม ศึกษาปีที่ 4-6 มีผลต่อการเพิ่มความรู้ทางโภชนาการ และพฤติกรรม การบริโภคของเด็กนักเรียน ในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน และยังแสดงให้เห็น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ ของเด็กนักเรียนในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน ชุดคู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ที่จัดทำขึ้นในการวิจัยนี้ จัดเป็นนวัตกรรมของสื่อ การเรียนการสอนที่ควรมีการพัฒนาสำหรับเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 เพื่อเป็นการ เริ่มต้นปลูกฝังพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ที่เหมาะสมแก่เด็กอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่ ให้มีการนำไปใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ปีที่ 4-6 ในโรงเรียนอื่นๆ อย่างกว้างขวางต่อไป สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรกำหนด เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับเดียวกัน มีอายุใกล้เคียงกัน เช่น เลือกเฉพาะชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเข้าสู่วัยรุ่น นอกจากนี้ ควรเพิ่มการติดตามผลในระยะยาว เพื่อการประเมินผลกระทบของการดำเนินกิจกรรม ต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1 และ 2 ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู นักเรียนและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ อาจารย์ จุฑามาศ เจริญธรรม ที่ให้คำปรึกษาอันเป็น ประโยชน์ยิ่ง, ผู้อำนวยการกองโภชนาการ และ นายสง่า ดามาพงษ์ ที่ปรึกษากองโภชนาการ ตลอดจนกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ จนประสบความสำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Wooldridge NH. Child and preadolescent nutrition. In: Brown JE. Nutrition through the life cycle. United State: Wadsworth; 2011.
2. วิชัย เอกผลากร. บรรณาธิการ. สำนักงานสำรวจสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ฉบับสุขภาพเด็ก. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซีเอสเอ็มเอส จำกัด; 2554.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2549.
4. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับติดตามการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา พ.ศ. 2545-2548 . (อัดสำเนา)
5. ภารดี เต็มเจริญ, รัตนภรณ์ เจริญพงศ์, เพ็ญศิริ น้อยพงษ์. บทบาทของอาหารเข้าสู่คุณค่าอาหารประจำวันและภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน. โภชนาการสาร 2531; 22(1):33-45.
6. Ortega RM, Requejo AM, Lopez-Sobaler AM, Quintas ME, Andries P, Redondo MR et al. Difference in the breakfast habits of overweight/obese and normal weight children. Int J Vitam Nutr Res 1998; 68:125-32.
7. Wolfe WS, Campbell CC, Frongillo Jr EA, Haas JD, Melnik TA. Overweight school children in New York State: prevalence and characteristic.” Am J Public Health 1994; 84:807-813.
8. อุไรพร จิตต์แจ่ม, ประไพศรี ศิริจักรวาล, กิตติ สรณเจริญพงศ์, ปิยดา ประเสริฐสม, ผุสดี จันทร์บาง. รายงานการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี. โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.; 2547.
9. วิชัย เอกผลากร. บรรณาธิการ. สำนักงานสำรวจสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซีเอสเอ็มเอส จำกัด; 2554.
10. คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. คู่มือธงโภชนาการกินพอดี สุขีทั่วไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2543.



11. สำนักโครงการอาหารกลางวัน กระทรวงศึกษาธิการ. แนวทางการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา ลาดพร้าว; 2544.
12. สำนักงานโครงการอาหารกลางวัน กระทรวงศึกษาธิการ. โครงการอาหารเสริม (นม): เข้าถึงจาก <http://www.schoollunch.obec.go.th/news/nomm/nom.html> [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2554]
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. J Sch Health 1997; 67:9-26.
15. ภาวดี เต็มเจริญ, จุฑามาศ เจริญธรรม, ณีฎฐิรา ทองบัวศิริไล, กุลพร สุขุมมาตระกุล, วสุนธรี เสรีสุชาติ. แนวการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ เรื่อง ผักผลไม้ สำหรับเด็ก ชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2551.
16. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
17. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อการประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2543.
18. นุชานฎ นุชานนท์. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในการส่งเสริมโภชนาการเด็กนักเรียนประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
19. นันทวดี สาริกานนท์. การพัฒนาสื่อการสอนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาลสาธารณสุข]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
20. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดงานโภชนาการ ปีงบประมาณ 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.; 2552.
21. Gibson RS. Principles of nutritional assessment. 2nd ed. New York: Oxford University Press, Inc.; 2005.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

ใจทิพย์ เชื้อมไธสง, พ.บ.

โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์

### บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป็นภาระให้บุคคลในครอบครัวและสังคมได้ การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนาโพธิ์ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ นี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 322 คน ใช้เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงซ้อนแบบถดถอยพหุลอยจิสติกเมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่นๆ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 91.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.63 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้ตนเองต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การฉีดอินซูลิน อาการตาพร่ามัว อาการเจ็บหน้าอก ความพิการที่เกิดจากเบาหวานโดยเฉพาะความพิการจอประสาทตา ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การฉีดอินซูลินและอาการเจ็บหน้าอก

การศึกษานี้ชี้แจงถึงปัจจัยทั้งทางสังคมและสุขภาพ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา, ปรับปรุงระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ หรือการพัฒนา ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) ได้ นอกจากนี้หากศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน อาจสามารถขยายผลการศึกษาและพัฒนากำหนดผลวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นได้ด้วย

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

# Factors Associated with Quality of Life of DM Type II Patients at Napho Hospital, Buriram Province

*Jaithip Chuamtaisong, MD.*

*Napho Hospital, Napho District, Buriram Province*

## Abstract

Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease which requires continuous treatment and which is potentially encounter patients with medical complications causing a decrease in quality of life. In Thailand, number of DM patients has been alarmingly increasing. The government budget has been suffering from medical care bills. Also, disability or dependency resulted from complications of DM are causing social and familial problems. This cross-sectional analytical research aims to identify the quality of life and factors associated with the quality of life of Type II Diabetes Mellitus (DM) patients at Napho Hospital, Napho district, Buriram Province. Samples are 322 DM patients, selected from a systematic random process during October 2012 to November 2012. Each subject is interviewed for 2 set of questionnaires i.e. a demographic and personal history data form and the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI). Both descriptive and analytic statistics (chi-square test) were used for data analysis. Logistic regression was performed to identify factors influencing patient's quality of life.

Results show that most samples are female with an average age of 61 years old. Most are married, are grade 6 primary school graduated, and are farmers. Household income ranges from 500 to 40,000 baht per month. Overall quality of life is at moderate level. Factors significantly associate with the quality of life of Type II Diabetes Mellitus patients are occupation, personal income, household income, health insurance status, insulin injection status, vision impairment, presence of chest pain, presence of DM complications especially diabetic retinopathy. Predicting factors for quality of life of Type II Diabetes Mellitus patients are insulin injection status and presence of chest pain.

The results can be used as basic knowledge for strategic and action planning to promote, to improve, and to optimize health status of patients. However, even with the ideal healthcare and health service re-orientation, the impact on quality of life of patients yet requires more work through non-health measures, highlighting the social determinants of health and health in all policies scheme.

**Keywords:** Quality of life, Type II diabetes mellitus

## บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังทางกายที่มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขอันดับต้นๆ ในระดับโลกและระดับประเทศ จากการประมาณการในปี 2543-2573 เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานทั่วโลก พบว่าอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในทุกกลุ่มอายุเท่ากับ ร้อยละ 2.8 ในปี 2543 และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4.4 ในปี 2573 หรือประมาณ 171 ล้านคนในปี 2543 และเพิ่มเป็น 366 ล้านคนในปี 2573 โดยอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่เพิ่มขึ้น<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์เบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มจากร้อยละ 4.4 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 6.9 ในปี 2552 และจากการพยากรณ์สำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่าในปี พ.ศ.2554 จะพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 501,299 คน และระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2563 เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299 – 553,941 คน/ปี ทั้งนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายใน 6 ปี และในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน<sup>2</sup>

จากข้อมูลจังหวัดบุรีรัมย์ พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี 2552 – 2554 เป็น 1780.02 , 1975.90 และ 2425.87 ต่อแสนประชากรตามลำดับ 3 จากข้อมูลโรงพยาบาลนาโพธิ์ ปี 2553-2555 พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ (ต่อแสนประชากร )คิดเป็น 296, 369 และ 284 ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั้งหมด 1,632 คน ส่วนมากเป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.46

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2552-2555 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 3.78, 6.43, 56.62 และ 41.06 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 2.12, 0.96, 2.25 และ 3.47 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาในปี 2553-2555 พบร้อยละ 0.44, 2.91 และ 5.52 อัตราการ Readmit ภายใน 28 วัน ด้วยภาวะฉุกเฉินจากเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 1.35 , 3.09 และ 2.67 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hyperglycemia คิดเป็นร้อยละ 3.38 , 3.34 และ 5.35 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hypoglycemia คิดเป็นร้อยละ 2.64 , 3.42 และ 3.46<sup>4</sup>

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย<sup>5</sup> คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบริบทของวัฒนธรรมและเป้าหมายชีวิตของแต่ละคน<sup>6</sup> รวมถึงการพัฒนาความเป็นอยู่ของผู้ป่วยหลังเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในสภาพแวดล้อมและสังคมของตนเอง<sup>7</sup> โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบประสาท ตา ไต ระบบเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน<sup>8</sup> ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการรับประทานยา ออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การปฏิบัติตามคำแนะนำ<sup>8,9</sup> รวมถึงการดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพของตนที่ถูกจำกัดขาดอิสระ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยในชีวิต

จากที่เคยดูแลใส่ใจสุขภาพตนเองได้ กลับเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวังกับการรักษา ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว<sup>10</sup> สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวแย่งลง นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพมากกว่าคนปกติ 4.5 เท่า<sup>11</sup>

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและยังเป็นภาระที่ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือด้านการรักษาเป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอาจเป็นภาระให้บุคคลในครอบครัวและสังคมได้ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอนาโพธิ์จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำผลการวิจัยในครั้งนี้อมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความพึงพอใจในชีวิตคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## วิธีดำเนินการวิจัย

### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาโพธิ์ จำนวน 322 คน

### เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า(Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนาโพธิ์

2. มารับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
3. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

5. สามารถพูดตอบโต้ ติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันระหว่างการศึกษา เช่น หมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เป็นต้น

2. มีโรคประจำตัวอื่นๆ ยกเว้น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคไข้มันผิดปกติ โรคตาซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

3. มีความพิการทางกาย ยกเว้น ความพิการนั้นเกิดจากการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เช่น นิ้วขาด ขาขาด ตาบอด เป็นต้น

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน<sup>12</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 322 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ Systematic random sampling<sup>12</sup> โดยผู้ป่วยเบาหวานตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมดจะถูกกำหนดลำดับที่ในแต่ละคน จากนั้นหาช่วงของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร  $l = N/n$  ได้ระยะห่างในการสุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 5 จากนั้นทำการสุ่มหาเลขสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเริ่มต้น (Random start: R) โดยการสุ่มค่าเริ่มต้นอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรก ในการสุ่มได้เลขเริ่มต้นที่ตำแหน่ง 5 จากนั้นให้บวกทุกๆ ตำแหน่งที่ 5 จากตำแหน่งเริ่มต้น จนได้ครบตามจำนวนที่ต้องการ เช่น R+5, R+2(5), ..., R+(n-1)5

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความเจ็บป่วย
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกทีมวิจัย โดยเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีรายชื่อผู้ป่วยจากการสุ่มอยู่ในเขตพื้นที่
2. อบรมทีมวิจัยในการใช้แบบสอบถาม
3. รวบรวมผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า เข้าร่วมการวิจัย
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ โดยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นอาสาสมัคร
5. ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา และถ้าผู้ป่วยต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและยกเลิกการเก็บข้อมูลรายนั้น
6. นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมดที่ข้อมูลครบถ้วนมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

## ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ด้านสังคม และเศรษฐกิจ และด้านการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร กลุ่มผู้ป่วย ที่ศึกษาจำนวน 322 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.6 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.8 อายุเฉลี่ย 61.6 ปี ส่วนใหญ่ อยู่ในสถานภาพคู่ คือ ร้อยละ 74.5

1.2 ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.6 ระดับการศึกษา เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมหรือ กสิกรรม ร้อยละ 70.5 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.6 รายได้เฉลี่ย 2,246.2 บาท รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.9 รองลงมา อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 8,086 บาท โดยมี รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเก็บสะสมร้อยละ 42.2 รองลงมา มีเพียงพอ และเก็บสะสม ร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท ร้อยละ 59.9 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 48.4 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 95.6

1.3 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ผู้ป่วย ส่วนใหญ่เริ่มป่วยเป็นเบาหวานในช่วงอายุ 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.4 ป่วยด้วย โรคเบาหวานเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 77.6 เคยเข้ารับรักษาตัว ในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.4 ด้านวิธีการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับ คำแนะนำให้ควบคุมอาหารมากที่สุด ร้อยละ 71.7 รองลงมาเป็นการรับประทานยาลดน้ำตาล ร้อยละ 67.3 และได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานในช่วง 2 สัปดาห์ ร้อยละ 31.9 อาการและภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ตาพร่ามัว ร้อยละ 28.2 ชาตามปลายมือปลายเท้า ร้อยละ 27.6 และปวดขา ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ ไม่เคยเกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 95.0 และไม่พบ ความพิการทางกายที่เกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 97.2 มีผู้ป่วยที่ได้รับการตัดนิ้วเท้า ร้อยละ 1.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คะแนนคุณภาพชีวิต พบค่าต่ำสุด 53 คะแนน ค่าสูงสุด 119 คะแนน คะแนนเฉลี่ย คิดเป็น  $91.8 \pm 10.6$  คะแนน

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายในผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 2.8 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ไม่ดี ร้อยละ 79.8 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 17.3 อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพ

ชีวิตด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 1.2 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ไม่ดี ร้อยละ 50.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.4 อยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตด้านสังคมในผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 8.0 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ไม่ดี ร้อยละ 71.1 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 20.8 อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 1.2 มีระดับ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ร้อยละ 66.4 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.1 อยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พบว่าร้อยละ 66.4 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.9 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 0.6 อยู่ในระดับที่ไม่ดี

ส่วนที่ 3 ทหความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านประชากรไม่พบปัจจัยใด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 สำหรับปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้ของตนเอง รายได้ของครัวเรือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การฉีดอินซูลิน อาการตาพร่ามัว อาการเจ็บหน้าอก และความพิการของจอร์ับภาพ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติความถดถอยลอจิสติก

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การฉีดอินซูลิน และอาการเจ็บหน้าอก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ</b>				
การประกอบอาชีพ	0.86	0.21	3.51	0.83
รายได้ตนเองต่อเดือน	1.06	0.34	3.34	0.91
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	0.42	0.14	1.21	0.11
สิทธิด้านการรักษาพยาบาล	2.96	0.00	0.00	0.99
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย</b>				
การฉีดอินซูลิน	4.14	1.29	13.28	0.01**
ความพิการจอร์ับภาพ	5.89	0.92	37.40	0.06
ตามัว	1.10	0.39	0.84	
เจ็บหน้าอก	0.99	6.78	0.00**	

\*\* p<0.05



## อภิปรายผล

### 1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 322 ราย พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.46 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จินณพัทธ์ อีรอกิตต์กุล<sup>13</sup>, พันธุ์ทิพย์วัชรสินธุ์<sup>14</sup> และ เสกสรร ทีบแก้ว<sup>15</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Glasgow และคณะ<sup>16</sup> ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ SF-20 (The general Short Form 20 Health Survey) พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงต่ำ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์และคณะ<sup>17</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 88.3 ระบุว่ามีความคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และเพียงร้อยละ 11.7 ที่ระบุว่ามีความคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานั้นใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Diabetes Quality of life, DQOL) จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบรายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งถือเป็นวัยผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่เป็นอยู่อาจก่อให้เกิดสุขภาพที่ร่างกายที่เสื่อมโทรมลง<sup>9</sup> มีอาการทางกายจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น<sup>8</sup> ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง อาจส่งผลให้ปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์บางอย่างได้ยาก เช่น การที่ต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงหงุดหงิด ฉุนเฉียว<sup>18</sup> จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว และเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

4. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดอาศัยอยู่ในชุมชนชนบท มีเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บสะสม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาชีพ รายได้ตนเอง รายได้ครัวเรือน สัทธิในการรักษาพยาบาล ( $p < 0.05$ ) กล่าวคือ อายุที่มากกว่า 60 ปี การศึกษาและเศรษฐกิจที่ต่ำ จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่แย่ลง สามารถอธิบายได้ดังนี้ อายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายมากขึ้น เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนเสื่อมถอย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง การกระทำเพื่อดูแลตนเองจะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุหลายรายจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงมีความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลให้การรับรู้ความผาสุกของตนเองต่ำลง<sup>19</sup> การศึกษาก็มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัว ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีความสามารถในการปรับตัวที่ไม่ดี เนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ความรู้ ความคิดในการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งระดับการศึกษาที่สูงเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เช่น การมีอาชีพการงานที่ดีจะก่อให้เกิดรายได้ที่มาก ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>20</sup> นอกจากนี้แล้ว ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ กระทบต่อความรู้สึกเชื่อมั่น การนับถือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รวมถึงความไม่พึงพอใจในตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ<sup>21</sup> นอกจากนี้ผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจาก

ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวจะมองตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ เกิดปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่วนรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ ดังนั้นการมีรายได้ที่สูงเพื่อให้เพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายที่จำเป็นต่างๆ ของผู้ป่วย จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำและไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การฉีดยาอินซูลิน ภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ อาการตาพร่ามัว อาการเจ็บหน้าอก และความพิการของจอร์ับภาพ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากอายุที่เริ่มป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เกือบจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตของตนเกิดอันตราย และเป็นภาระของคนในครอบครัวและรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น<sup>22</sup> อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวน ได้แก่ อาการตาพร่ามัว ซึ่งเกิดจากน้ำตาลในเลือดสูงและไปคั่งอยู่ที่ตา จึงทำให้เกิดตาพร่ามัว และเมื่อเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี ก็เสี่ยงต่อการเกิดความพิการของจอร์ับภาพเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบซึ่งอาจจะแสดงอาการเจ็บหน้าอกนำมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการทางกายของโรคเบาหวานรบกวน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ เพราะอาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องหยุดงาน สูญเสียรายได้ บางครั้งอาจรุนแรงถึงสูญเสียชีวิตและชีวิตจึงส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การฉีดอินซูลิน และอาการเจ็บหน้าอก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ( $p = 0.01, 0.00$  ตามลำดับ) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การมองเห็นเริ่มไม่ชัดเจนเหมือนเดิมเมื่อต้องใช้ยาฉีดจะพบปัญหาในเรื่องการมองตัวเลขที่แสดงปริมาณของอินซูลิน และบางคน

ไม่มีผู้ดูแล หรือจำเป็นต้องพึ่งผู้อื่นในการฉีดอินซูลินให้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สำหรับอาการเจ็บหน้าอก จะสอดคล้องกับภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการจะไม่กล้าที่จะดำเนินกิจกรรมเหมือนเดิม ทำให้รู้สึกด้อยค่าในตัวเอง ซึ่งเมื่อพบปัจจัยทั้งสองอย่างนี้หรืออย่างใดอย่างหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. SARAH WILD, GOJKA ROGLIC, ANDERS GREEN, RICHARD SICREE, HILARY KING. Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. DIABETES CARE 2004; 27: 1047.
2. นิพา ศรีช้าง. การคาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554.
3. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ครั้งที่ 2/2555 ระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2555 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ หน้า 207.
4. เอกสารที่มำทางคลินิก. โรงพยาบาลนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555.
5. สุชาติพิทย์ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
6. Orley, J. and Saxena, S. What quality of life?. The WHOQOL Group. World Health Forum 17 (1996): 54-56.
7. กิ่งแก้ว ปาจารย์. คุณภาพชีวิต. สารศิริราช 49 (2540): 79-81.
8. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. แนวทางมาตรการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2539.
9. อภิชาติ วชิญาณรัตน์. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDDM. ใน: โรคต่อมไร้ท่อและ เมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้, 2537.
10. Griffiths, K. Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of patient & team (online). 2002. Available from : <http://www.ezeediabetes.co.zo/diapsychohealth.asp> [accessed on 2008 April 11]
11. Egede, L. E.; Zheng, D. and Simson, K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individual with diabetes. 2002. Available from: <http://Diabetes%20Care%20Comorbid%20Depressive&20is%20Associated> [accessed on 2008, April 11]
12. พิเชิต ฤทธิ์จรูญ. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แฮ้าส์ออฟเคอร์รี่มีส์, 2547.

13. จิณณพัต ถีรอภิศักดิ์กุล.คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม,วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54(2): 185-196.
14. พันธุ์ทิพย์ วิชรสินธุ์, ผกาทิพย์ เสวกจันทร์, เรือนขวัญ พิริยสถิต และ ชูลีวรรณ ไชยเพชร. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ห่างไกลของไทย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 15-17(2551): 56-67.
15. เสกสรร ทีบแก้ว, วงศา เลหาศิริวงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อ่าเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ(2553): 22-36.
16. Glasgow, R. E., L. Ruggiero and EG Eakin, et al. Quality of life and associated characteristics in large national sample adults with diabetes. Diabetes Care 20, 4(1977): 562-567.
17. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, พงศ์อมร บุนนาค และ นพวรรณ พุกพบสุข. คุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี. รามาธิบดี เวชสาร 28(2548): 27-35.
18. ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์, สุรัตน์ มณีแสง, จิระพันธ์ เอกอรุ, จารุณี วารหัส และ สุภรณ์ บุหลัน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา. [online]. (n.d.). Available from : <http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=38746sid=7ce77cbbc2f> [accessed on 2008, April 11].
19. สมจิตต์ สีนุธชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
20. จีรนุช สมโชค. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
21. Monsen, R.B.; Floyd, R.L. and Brookman, J.C. Stress-Coping-Adaptation: Concepts for nursing. Nurse Forum 27(1995): 27-32.
22. วรณา สามารถ. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

# การพัฒนารูปแบบการค้นหาและการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพและผู้เสพยา อย่างบูรณาการ จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2554 (ศูนย์ขวัญแผ่นดิน)

ประทุมทอง ยาทุม<sup>1</sup> แมนวัฒน์ โชคสุวัฒน์สกุล<sup>2</sup> สุวัฒน์ โชคสุวัฒน์สกุล<sup>3</sup>  
ณิชาณี พันธุ์งาม<sup>4</sup> เอนก มุ่งอ้อมกลาง<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การค้นหา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานในลักษณะค่ายฝึกอบรมชื่อว่า “ศูนย์ขวัญแผ่นดิน” ยึดปรัชญาและแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตใจอารมณ์ในการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเสพยาเสพติดของจังหวัด โดยได้รับมอบอำนาจจากผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ในการประสานการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน 2554 จำนวน 14 รุ่นๆ ละ 10 วัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับการอบรมรวมทั้งสิ้น 3,183 คน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,866 บาทต่อคน ผู้รับการอบรมไม่กลับไปเสพยา ร้อยละ 93.85 และระหว่างการอบรม ได้รับแจ้งข้อมูลเครือข่ายการค้ายาเสพติดจากผู้เข้ารับการอบรมจำนวนมาก สามารถนำไปขยายผลจับกุมผู้เสพยาและผู้ค่านำเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้เพิ่มเป็นวงจรถัดเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ คือ ระบบการบริหารจัดการที่ดี ผู้บริหารมีภาวะผู้นำและความมุ่งมั่น ผู้ปฏิบัติงานมีจิตอาสาและความเสียสละ การบูรณาการจากทุกภาคส่วน การสร้างความตระหนักในคุณค่าตัวเอง และการสร้างความไว้วางใจจากผู้รับการอบรม การนำรูปแบบไปขยายต่อ และการศึกษาประเมินผลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นประโยชน์ต่อปรับปรุงรูปแบบการค้นหาและการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพและผู้เสพยาต่อไป

**คำสำคัญ:** ค่ายบำบัดยาเสพติด นครราชสีมา ศูนย์ขวัญแผ่นดิน

---

<sup>1</sup> โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

<sup>2</sup> โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

<sup>3</sup> ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจังหวัดนครราชสีมา

<sup>4</sup> สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

# The Holistic Drug-abusers Trace and Treat Model (The Spirit of Nation Camp) in Nakhon Ratchasima Province, 2011

*Pratoomthong Yathoom<sup>1</sup>, Manwat Choksuwattanasakul<sup>2</sup>,  
Suwat Choksuwattanasakul<sup>3</sup>, Nichanee Phan-ngam<sup>4</sup>, Anek Moong-aomklang<sup>1</sup>*

## Abstract

The “Spirit of Nation Camp” project was developed and implemented to appropriate systematic means to recruit, to treat, and to rehabilitate drug abusers in Nakhon Ratchasima province. The holistic-approach camps applied 3 key concepts i.e. an ideal building force, a relation building force, and an inner-value building force. Six operational strategies were drug-abuser evaluation, counseling, inspiration building, role of family members, self-development and self-control, and social skills optimization. The project started from May 10, 2011 to November 24, 2011 and the total of 14 camps was arranged. There were 3,183 participants.

This study found that 93.85% of participants could liberate from the drug. Unit cost per one participant was 1,866 baht. More importantly, information of many paths of drug smuggling was reported from participants and it led to a broader control of drug trafficking in the province. This loop of information allowed model developers to recruit more camp participants.

Analysis revealed the key success factors as followed: policy commitment and support, holistic approach technique, integration of all relevant bodies. The model has shown its cost-effectiveness and realistic facet of application. However, a further model evaluation and continuous model development are suggested before expansion of model implementation area.

**Key words:** drug abusers, rehabilitation camp, Spirit of Nation Camp

---

<sup>1</sup> Thepparat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province

<sup>2</sup> Chok Chai District Hospital, Nakhon Ratchasima province

<sup>3</sup> Expert consultant, Nakhon Ratchasima province

<sup>4</sup> Provincial Public Health Office, Nakhon Ratchasima province

## บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มขยายตัวรุนแรงมากขึ้น ใกล้เคียงกับระดับก่อนประกาศสงครามกับยาเสพติด เนื่องจากปัจจัยในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาประสิทธิภาพการผลิตโดยใช้เครื่อง Rotary ที่มีกำลังการผลิตสูง, การพัฒนาขั้นตอนการผลิตให้ง่ายขึ้นในลักษณะ Kitchen Lab หรือการเปลี่ยนสารตั้งต้นการผลิตยาบ้าและยาไอซ์ จากอีเฟดรีนเป็นซูโดอีเฟดรีน ซึ่งเป็นยาแก้หวัดที่ทำได้ง่ายในท้องตลาด เป็นต้น จากข้อมูลพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2551-พ.ศ.2553) มีการจับกุมซูโดอีเฟดรีนถึง 37 ล้านเม็ด ซึ่งสามารถนำไปผลิตยาบ้าได้ถึง 72 ล้านเม็ด และตลาดค้ายาเสพติดมีความต้องการสั่งซื้อซูโดอีเฟดรีนถึง 500 ล้านเม็ด มีการจับกุมยาไอซ์ ซึ่งเป็นหัวเชื้อในการผลิตยาบ้าเพิ่มขึ้นจาก 48 กิโลกรัม จากผู้ต้องหา 1,846 คน ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 384.50 กิโลกรัม จากผู้ต้องหา 3,963 คน ในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังคาดว่าปริมาณยาเสพติดที่ฟักคอยอยู่นอกประเทศนั้น มียาบ้าประมาณ 80-100 ล้านเม็ด ยาไอซ์ 1,500 กิโลกรัมและเฮโรอีน 1,500 กิโลกรัม<sup>(1)</sup>

ด้านผู้ค้ายั้น พบนักค้ารายเก่ากลับมาเคลื่อนไหวใหม่ และมีผู้ค้ารายใหม่เข้าสู่วงการค้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้เสพที่ผันตนเองเป็นนักค้ารายย่อยตามชุมชนต่างๆ และพบว่ากลุ่มองค์กรอาชญากรรมและอาชญากรรมข้ามชาติเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่รัฐ

บางส่วนเข้าไปมีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง<sup>(1)</sup> ในขณะที่ยังคงมีผู้ที่เสพติดเป็นตลาดรองรับอยู่เป็นจำนวนมากและมีความพยายามขยายฐานผู้เสพยาไอซ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากตลาดยาบ้าเริ่มมีความอึมตัว โดยนำเทคนิคทางการตลาดมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ เช่น การโฆษณาว่ามีรสชาติที่ดีขึ้น การอ้างอิงผลดีต่อสุขภาพ การให้ทดลองใช้ฟรี การลดราคา การแจกและแถมตามยอดจำหน่าย<sup>(1)</sup> เป็นต้น

จากข้อมูลระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.1-5) สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2554 พบว่ายาเสพติดขยายตัวเข้าสู่กลุ่มประชากรอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 3,276 คนในปี พ.ศ. 2549 เป็น 10,475 คนในปี พ.ศ. 2553 และข้อมูลผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด 2.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2545 การประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทยโดยการสำรวจและทางวิชาการ พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จาก 409,563 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็นประมาณ 1.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นสัดส่วน 19 คนต่อ 1,000 ประชากร ขณะที่เป้าหมายคือไม่เกิน 3 คนต่อ 1,000 ประชากร ผู้รับการบำบัดฟื้นฟูเพิ่มขึ้นจาก 75,419 คนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 221,288 คนในปี พ.ศ. 2553 และในปีงบประมาณ 2554 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554)



มีผู้เข้ารับการบำบัดจำนวน 124,990 คน โดยแยกเป็น ระบบสมัครใจ 23,039 คน (ร้อยละ 23.27) ระบบบังคับบำบัด 80,868 คน (ร้อยละ 76.13) และระบบต้องโทษ 11,574 คน (ร้อยละ 9.61)<sup>(2)</sup>

ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ค่านิยมที่เน้นวัตถุนิยมและบริโภคนิยม ปัญหาสถาบันบันเทิง ร้านเกมและการมั่วสุมของวัยรุ่น ปัญหาการบริโภคสุราและบุหรี่ ปัญหาสถาบันครอบครัวและชุมชนที่อ่อนแอ ลักษณะทางภูมิศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายยาเสพติด เช่น การเป็นศูนย์กลางคมนาคม แหล่งกบดานช่องสุม แหล่งหนังสือเดินทางและวีซ่าปลอมที่มียอดจำหน่ายมากที่สุดในโลก<sup>(1)</sup> แหล่งส่งผ่าน, เก็บพัก และกระจายยา เป็นต้น นอกจากนี้ จากรายงานยังพบว่าใน 84,302 หมู่บ้านทั่วประเทศไทย มีเพียง 19,616 หมู่บ้าน ที่ไม่มีปัญหายาเสพติด (ร้อยละ 23.27)<sup>(1)</sup>

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีเขตการปกครอง ทั้งหมด 32 อำเภอ 4,275 หมู่บ้าน 549 ชุมชน เป็นประตูสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเชื่อมโยงสู่ชายแดนประเทศลาวและกัมพูชาที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม เป็นแหล่งจ้างงานที่สำคัญ มีแหล่งท่องเที่ยว สถานศึกษา หอพัก สถานบันเทิงจำนวนมาก พบการระบาดของยาเสพติดอย่างกว้างขวางทั่วทั้งจังหวัดในทุกอำเภอ<sup>(1)</sup> จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ณ สิ้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 พบว่าจากจำนวนประชากรช่วงอายุ 15-64 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,761,340 คน เสียยาเสพติดถึง 54,482 คน (ร้อยละ 3.09) มีผู้เข้ารับการบำบัดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 จำนวน 3,440 คน (ร้อยละ 6.31) โดยแบ่งเป็นระบบสมัครใจ 68 คน ระบบบังคับบำบัด 2,847 คน และระบบต้องโทษ 525 คน<sup>(3)</sup>

จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น คณะผู้วิจัยและทีมงานจึงได้พัฒนารูปแบบการค้นหา, การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดและผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการขึ้น โดยใช้ชื่อ “ศูนย์ขวัญแผ่นดิน” บนพื้นฐานแนวคิดมนุษยนิยม ที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ ยอมรับในธรรมชาติของมนุษย์ว่ามีอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด รู้ร้อนรู้หนาว มีความรักความซึ้ง มีความต้องการขั้นพื้นฐาน และความรักความเข้าใจ รวมทั้งความมีคุณค่าในตัวตน ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างการเรียนรู้ที่มุ่งสร้างผลกระทบภายในจิตใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอก หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทุกมิติของการเรียนรู้ และเน้นด้านอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเป็นพื้นฐานสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อชีวิตต่อตนเองและผู้อื่น ยึดถือหลัก “เขาเหล่านั้นคือลูกหลาน” และการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาในผู้นำฝึกและพี่เลี้ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ติดและผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ครบถ้วน และดำเนินการบำบัดฟื้นฟูจนสามารถเลิกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

การดำเนินการของ “ศูนย์ขวัญแผ่นดิน” ได้รวบรวมผู้ที่ถูกตรวจค้นจับกุมยาเสพติดจากปฏิบัติการ “จัดระเบียบสังคม” ของจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2554 ถึงวันที่ 2 มิถุนายน 2554 และขยายผลปฏิบัติการต่อเนื่องมาจนถึงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2554 รวมทั้งผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดเอง หรือนำส่งจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

- inclusion criteria ประกอบด้วย กลุ่มผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดทุกชนิด ทุกกลุ่มอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้

- Exclusion criteria คือ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอยู่นอกเขตจังหวัดนครราชสีมา มีปัญหาสุขภาพจิต มีโรคติดต่อในระยะแพร่เชื้อ พิกัดทางสมอง, การได้ยิน, การพูด หรือการมองเห็น

### รูปแบบการวิจัย

การประเมินโครงการภายใต้รูปแบบประสิทธิผลการฝึกอบรม (The Kirk Patrick Approach) โดยพิจารณาระดับการประเมินทั้ง 4 ระดับ ดังนี้ การตอบสนอง (Reaction), การเรียนรู้ (Learning), พฤติกรรม (Behavior), และ ผลลัพธ์ต่อองค์กร (Results)

**การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล** ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การสัมภาษณ์ ตัวแทนทีมค้นหาจากชุดเฉพาะกิจระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ภาค 3 และอาสาสมัครรักษาดินแดนออกปฏิบัติการ

2. การสัมภาษณ์ทีมบำบัด สัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ฝึก ครูพี่เลี้ยงในค่ายฝึก (10 ท่าน)

3. การสัมภาษณ์ตัวแทนผู้เข้ารับการบำบัดเชิงลึก (In-depth interview) และทำในลักษณะกลุ่มfocus group ในแต่ละรุ่น

4. การสัมภาษณ์ตัวแทนทีมติดตามการรักษาและพฤติกรรมหลังผ่านกิจกรรมกลุ่มค่ายบำบัดในระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน

5. ทีมประเมินซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากทั้งภายในและภายนอกศูนย์ขวัญแผ่นดินร่วมกิจกรรมในค่ายบำบัด และการสังเกตพฤติกรรมในระหว่างทำกิจกรรมร่วมกับครูพี่เลี้ยง

6. ติดตามผลการบำบัดจากข้อมูลของสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมประเด็นที่ค้นพบจากการสอบถาม การทดสอบ การสัมภาษณ์และการสังเกตระหว่างทำกิจกรรม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ยืนยันและเชื่อมโยงข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ แบบสามเส้า (Triangular Analysis)

**ผลการประเมินการพัฒนา รูปแบบการดำเนินการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ขวัญแผ่นดิน มีการพัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการบำบัดตามหลักวิชาการ**

การพัฒนา รูปแบบการบำบัด พัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมการฝึกอบรม เน้นกระบวนการพัฒนาจิตลักษณะสร้างความเชื่อมั่นและการเห็นในคุณค่าของตนเอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งมั่นคงทางจิตใจ จนสามารถเอาชนะใจของตนเองหลีกเลี่ยงพ้นจากยาเสพติด มีการศึกษาทบทวนรูปแบบการบำบัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน<sup>(4)</sup> และทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ<sup>(6)</sup> พร้อมทั้งรูปแบบวิธีการและเทคนิคการจัดการเรียนการสอน<sup>(7)</sup> มาจัดทำร่างหลักสูตรการบำบัด โดยยึดเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบงานยาเสพติด (พบยส.) ปี 2553 และกรอบแนวทางปฏิบัติการให้การช่วยเหลือพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดในสถานบริการ/หน่วยบำบัด/ค่ายบำบัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นกรอบในการดำเนินการ และนำเข้าประชุมกลุ่มเพื่อหาข้อสรุปหลักสูตรการอบรม ประกอบด้วย 3 หมวดการอบรม ได้แก่ หมวดการสร้างอุดมการณ์ หมวดการสร้างความสัมพันธ์ และหมวดการสร้างคุณค่าโดยแบ่งเป็น 6 กลุ่มการเรียนรู้ ได้แก่

1. กลุ่มการประเมินสภาพก่อนฝึกอบรม เพื่อประเมินสภาพเมื่อแรกรับของผู้เข้ารับการอบรมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม คัดกรองแยกประเภทการใช้สารเสพติด รวมทั้งการตรวจค้นจากสมาชิกอาสาสมัครฯ และสุนัขทหาร

2. กลุ่มการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้เข้ารับ

การอบรมระบายนความคับข้องใจ และหาทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีครูพี่เลี้ยงที่พร้อมให้คำปรึกษาและปรับทุกข์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. กลุ่มทักษะเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนการดำเนินชีวิตของตนเอง ตระหนักในผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด สำรวจภาวะแรงจูงใจและความตั้งใจของตนเอง สามารถบอกทางเลือกที่เหมาะสมในการเลิกยาเสพติด

4. กลุ่มทักษะการทำหน้าที่ครอบครัว เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักบทบาทตนเองต่อครอบครัว ประสานความเข้าใจระหว่างครอบครัวและผู้ดำเนินการอบรม

5. กลุ่มทักษะการพัฒนาและควบคุมตนเอง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถแสดงความรู้สึกและยอมรับความผิดพลาดของตนเอง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์

6. กลุ่มทักษะทางสังคมและพัฒนาอาชีพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้ารับการอบรม และการวางแผนชีวิตและอาชีพ

**มีการเตรียมสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และทีมงาน** ได้แก่ ห้องประชุม เรือนนอน ห้องน้ำ โรงครัว สนามฝึก และครุภัณฑ์ที่จำเป็นอื่นๆ โดยทีมงาน คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ได้รับมอบอำนาจในลักษณะที่สามารถปฏิบัติการ, สั่งการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดได้ในทุกด้านทำให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างความรวดเร็วและมีประสิทธิผล

**มีแนวทางการค้นหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการอบรม** ได้แก่ จากการออกปฏิบัติการ เฝ้าระวัง ปิดล้อม ตรวจสอบ และตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ เพื่อนำผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ของชุดเฉพาะกิจระดับจังหวัดและระดับอำเภอ อันประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 3 และอาสาสมัครรักษาดินแดน, จากการขยายผลตรวจค้นจับกุม โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้ารับการอบรมรุ่นก่อนๆ, จากการชักชวนของผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชนในพื้นที่ พ่อแม่ ผู้ปกครองและเพื่อนๆ ตลอดจนผู้เข้ารับการอบรมรุ่นก่อนๆ ให้ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดโดยสมัครใจ, จากการส่งต่อของสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดนครราชสีมา สาขาสีคิ้วและสาขาบัวใหญ่

**มีขั้นตอนการอบรมตามโปรแกรมกิจกรรมที่ชัดเจน** ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. พิธีรับขวัญโดยหัวหน้าส่วนราชการ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมละลายพฤติกรรม
2. การฝึกทักษะทางสังคม การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. การแข่งขันกีฬาและกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อสร้างเสริมสุขนิสัยการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
4. การเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยการ

ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตของวิทยากรภาคธุรกิจที่ประสบความสำเร็จและเป็นที่ยอมรับทั้งในด้านอาชีพและชีวิตครอบครัว

5. การฝึกสร้างสรรค์กิจกรรมที่มีคุณค่าร่วมกัน ทักษะการวินิจฉัยชุมชน ทุกข์ของหมู่บ้าน
6. การสำรวจตนเองและทบทวนจิตใจ สร้างคุณค่าในตนเอง ตระหนักและเรียนรู้ ทักษะการปฏิเสธ การตั้งเป้าหมายชีวิต ผ่านกิจกรรมเกมจากวิทยากรทั้งภายในและภายนอก เช่น ชมรมผู้พิการเพื่อสังคม ชมรม TO BE NUMBER ONE เป็นต้น

7. การแนะนำและฝึกฝนอาชีพ จากกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงานเพื่อฝึกทักษะการประกอบอาชีพตามความสนใจและความถนัด

8. ทักษะการทำหน้าที่ครอบครัว เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

9. พิธีเทียน เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงบุญคุณแผ่นดิน บุญคุณผู้มีพระคุณ

10. พิธีครอบครัว และกิจกรรมอำลา เพื่อแนะนำผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลาน การให้อภัยและให้อีกาส ให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับเข้าสู่สังคมได้ด้วยจิตวิญญาณใหม่

**มีการติดตามหลังการอบรม** โดยคณะเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ติดตามให้การดูแลอย่างต่อเนื่องให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและให้สามารถดำรงชีวิตได้ในชุมชน ปลอดภัยจากการข่มขู่คุกคามของเครือข่ายยาเสพติด ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมถึงติดตาม และประเมินผลการอบรม

มีการสรุปผลการดำเนินงาน การทบทวน และหาโอกาสพัฒนา เพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงานในรุ่นต่อไป ทั้งประเด็นปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

### ผลการดำเนินโครงการศูนย์ขวัญแผ่นดิน

การค้นหาผู้ใช้สารเสพติดในระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2554 ถึงวันที่ 2 มิถุนายน 2554 ในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง รถบรรทุก

และรถตู้ จำนวน 2,400 คน ตรวจพบสารเสพติด 90 คน (ร้อยละ 3.75) ในประชาชนพื้นที่เทศบาลนครนครราชสีมา เทศบาลเมืองปากช่อง และเทศบาลโนนสูง จำนวน 7,050 คน ตรวจพบสารเสพติด 156 คน (ร้อยละ 2.21) และในประชาชนในพื้นที่อำเภอต่างๆ ของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 11,661 คน ตรวจพบสารเสพติด 444 คน (ร้อยละ 3.80) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจหาสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มผู้ได้รับการตรวจสารเสพติด	จำนวน (คน)	พบสารเสพติด (คน)	ร้อยละ
พนักงานขับรถโดยสารประจำทาง	762	19	2.49
รถบรรทุก และรถตู้ (ตั้งด่านตรวจค้น)	1,638	71	4.33
ชุมชนเทศบาลเมืองนครราชสีมา	6,658	137	2.05
ชุมชนเทศบาลเมืองปากช่อง	230	16	6.95
ชุมชนเทศบาลโนนสูง	162	3	1.85
ประชาชนในพื้นที่ 32 อำเภอ	11,661	444	3.80
<b>รวม</b>	<b>21,111</b>	<b>690</b>	<b>3.26</b>

รายที่ตรวจพบถูกนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูในศูนย์ขวัญแผ่นดิน และขยายผลการดำเนินการ จนได้ผู้รับการบำบัดรวมทั้งสิ้น 3,183 ราย แยกเป็นเพศชาย 3,039 คน (ร้อยละ 95.5) และเพศหญิง 144 คน (ร้อยละ 4.5) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-30 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน สารที่เสพส่วนใหญ่ คือ ยาบ้า และส่วนใหญ่เสพมากกว่าหนึ่งชนิดโดย

เฉพาะบุหรีและสุรา สาเหตุที่เสพ คือ เพื่อน ชักชวนและอยากลอง ส่วนใหญ่เสพที่บ้านของตนเองหรือบ้านเพื่อน

สถานที่ดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู คือ กองร้อยอาสาสมัครรักษาดินแดน จังหวัดนครราชสีมา ที่ 1 ตำบลจอหอ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2554 ถึงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2554 จำนวน 14 รุ่น รุ่นละ 10 วัน รวมผู้รับการบำบัด 3,183 ราย เฉลี่ยรุ่นละ 227 ราย

ผลการประเมินพฤติกรรมผู้เข้ารับการอบรมโดยครูพี่เลี้ยง พบว่า ก่อนการอบรม พฤติกรรมอยู่ในระดับดี จำนวน 427 คน (ร้อยละ 13.40) หลังการอบรม พฤติกรรมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น 1,818 คน (ร้อยละ 57.10) ก่อนการอบรม พฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุง จำนวน 1,172 คน (ร้อยละ 36.80) หลังการอบรม พฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุงลดลง

เป็น 568 คน (ร้อยละ 17.80) ดังแสดงในตารางที่ 2

การติดตามหลังการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู 8 เดือน พบว่าผู้ผ่านการบำบัดหยุดเสพ 2,044 ราย (ร้อยละ 93.85) กลับไปเสพซ้ำ 3 ราย (ร้อยละ 0.14) และติดตามไม่พบ 131 ราย (ร้อยละ 6.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัด เปรียบเทียบก่อนและหลัง (N=3,183)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการบำบัดฟื้นฟู		หลังการบำบัดฟื้นฟู	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	427	13.40	1,818	57.10
พอใช้	1,584	49.80	797	25.10
ควรปรับปรุง	1,172	36.80	568	17.80

ตารางที่ 3 ผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ผลการติดตาม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หยุดเสพ	2,044	93.85
เสพซ้ำ (กลับไปเสพใหม่)	3	0.14
ติดตามไม่พบ	131	6.01
<b>รวม</b>	<b>2,178</b>	<b>100.00</b>

ในกลุ่มที่ติดตามได้พบว่าร้อยละ 82.60 ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เพราะกลับสู่อาชีพเดิม, ศึกษาต่อ ร้อยละ 11.39, รองาน ร้อยละ 5.05 และต้องการรับการส่งเสริมและฝึกอาชีพ ร้อยละ 0.78

ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจในการดำเนินการบำบัด ร้อยละ 88.70 ส่วนมาก

มีความประทับใจในความรักความเอาใจใส่, การให้ความสำคัญและเห็นคุณค่า นอกจากนี้ การช่วยเหลือดูแลภาวะครอบครัวของผู้รับการบำบัด เช่น การดูแลทรัพย์สิน ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือ หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วยสร้างความเชื่อถือเชื่อใจของผู้รับการบำบัดได้

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ได้แก่ ค่าวัสดุ อุปกรณ์สำหรับกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู, ค่าใช้จ่ายในการประสานงานและติดตามผู้รับการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัด, ค่าเชื้อเพลิง, ค่าตอบแทนวิทยากร เป็นต้น ทั้งนี้ไม่รวมค่าตอบแทนในการปฏิบัติราชการในเวลาของเจ้าหน้าที่ เฉลี่ย 1,866 บาทต่อคน (ผู้รับการบำบัด) ต่อครั้ง (10 วัน)

### วิจารณ์ และอภิปรายผล

จากข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการติดตามหลังการอบรมพบว่า การอบรมในรูปแบบศูนย์ขวัญแผ่นดินนี้ มีผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระยะต้นและระยะกลาง ทั้งในด้านความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น สามารถสร้างความหวังและแรงบันดาลใจที่จะกลับไปเป็นคนดีของสังคม มีอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 93.85 ใช้งบประมาณและทรัพยากรโดยตรงไม่สูงมากนักเพียง 1,866 บาทต่อคน เทียบกับรูปแบบจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) ที่มีอัตราการไม่กลับไปเสพซ้ำร้อยละ 70<sup>(8)</sup> มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย 8,199.52 บาท ใช้เวลาบำบัด 4 เดือน และสูงสุดไม่เกิน 8 คนต่อครั้ง หรือการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ซึ่งมีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบจิตสังคมบำบัด<sup>(9)</sup> แต่มีค่าใช้จ่ายต่อรายสูงถึง 41,417.29 บาท<sup>(11)</sup> และใช้เวลาบำบัดอย่างน้อย 4 เดือน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก จากการศึกษาพบว่ารูปแบบศูนย์ขวัญแผ่นดินนี้มีประสิทธิผล

ดีกว่าระบบการถอนพิษแบบปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Perngparn U, Limanonda B, Aramrattana A, Pilley C, Areesantichai C, Taneepanichskul S<sup>(10)</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนผลงานวิจัยของ Lee NK. และ Rawson RA. ที่พบว่า Psychological Interventions (Cognitive-Behavioral and Behavioral Interventions) ในผู้ติดหรือผู้เสพสาร Amphetamine รวมทั้ง Alcohol and Other Drugs (AOD) มีประสิทธิผลดีกว่าการบำบัดโดยการใช้ยา<sup>(12)</sup> ในทำนองเดียวกันระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษ ก็มีค่าใช้จ่ายต่อรายสูงกว่าการดำเนินงานของศูนย์ขวัญแผ่นดิน<sup>(9)</sup> แต่มีผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าอย่างชัดเจน โดยมีอัตราการหยุดเสพในระบบบังคับบำบัดเพียงร้อยละ 61.19<sup>(5)</sup> นอกจากนี้รูปแบบขวัญแผ่นดิน ยังมีประสิทธิผลสูงกว่าการบำบัดในระบบสมัครใจรูปแบบอื่นๆ ซึ่งมีอัตราการหยุดเสพเพียงร้อยละ 52.53<sup>(5)</sup>

ด้านการขยายผลการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการขยายผลดำเนินการดังกล่าวมีลักษณะต่อเนื่องเป็นวงจร ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 การดำเนินการสามารถเพิ่มจำนวนผู้สมัครใจเข้ารับการอบรมรายใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งโดยการนำไปปรับฐานข้อมูลการข่าวของเจ้าหน้าที่ตำรวจและหน่วยงาน ป.ป.ส. โดยไม่ต้องมีสายข่าว และจากการสมัครเข้ารับการบำบัดโดยสมัครใจจากการชักชวนของผู้ปกครองและเพื่อน สามารถแก้ปัญหาจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดที่ลดลงในภาพรวมระดับประเทศ

ในช่วงที่ผ่านมา อันเนื่องมาจากการค้นหาโดยใช้กระบวนการชุมชน หรือการไม่ยินยอมเข้ารับการบำบัด เนื่องจากไม่ต้องการลงทะเบียนประวัติ<sup>(13)</sup>

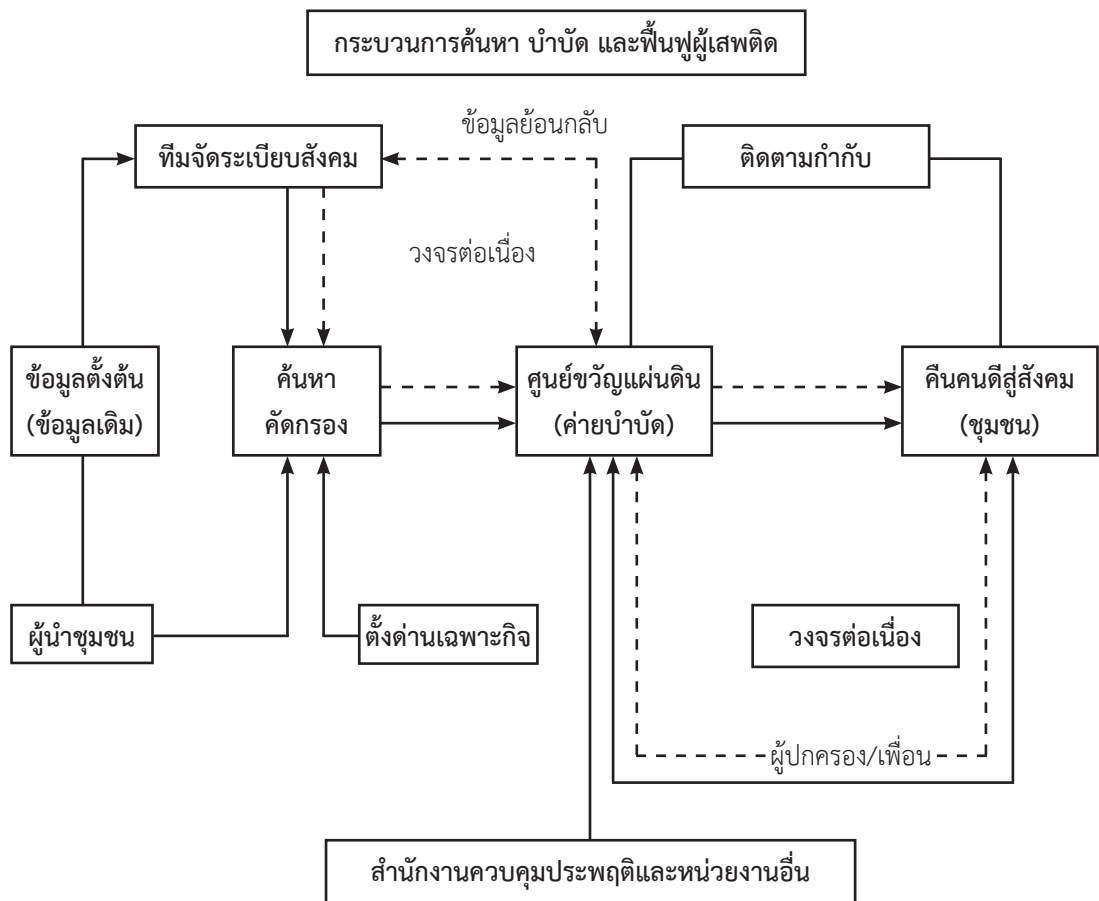
นอกจากนี้ รูปแบบการดำเนินการที่กะทัดรัด มาตรฐานใกล้เคียงกับของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายต่ำ และระยะเวลาการอบรมเพียง 10 วัน จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการเพื่อรองรับผู้เข้ารับการอบรมจำนวนมากในพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะในจังหวัดที่ยังมีรูปแบบการดำเนินงานไม่ชัดเจน<sup>(14)</sup>

## ปัจจัยความสำเร็จ เพื่อพิจารณานำไปปรับใช้ นอกพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

1. นโยบายที่ชัดเจน จริงจัง และการสนับสนุนที่เพียงพอจากผู้บริหารสูงสุดในระดับจังหวัดพร้อมทั้งมีกลยุทธ์ในการดำเนินการที่มีประสิทธิผล

2. การคัดเลือกทีมปฏิบัติงานที่มุ่งมั่นทุ่มเท และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้เสพหรือติดยาเสพติด เห็นคุณค่าในความเป็นมนุษย์และศักยภาพในการปรับปรุงพัฒนาตนเอง หัวหน้าทีมที่มีความเป็น

แผนภูมิที่ 1 วงจรการดำเนินงานของศูนย์ขวัญแผ่นดิน





ผู้นำ มีจิตวิทยา มีเมตตาทั้งต่อทีมงานผู้ใต้บังคับบัญชาและต่อผู้เข้ารับการอบรม รวมทั้งมีความสามารถในการบริหารจัดการ ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน นอกจากนี้การมีประสบการณ์ในพื้นที่ดำเนินการมาก่อน ช่วยให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 3. ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน

อย่างไรก็ตาม รูปแบบศูนย์ขวัญแผ่นดินนี้ จำเป็นต้องได้รับการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ต้องมีกระบวนการติดตามช่วยเหลือ สนับสนุน และกระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง อย่างแท้จริงเพื่อเพิ่มโอกาสในการเลิกยาเสพติด ได้อย่างถาวร<sup>(15,16,17)</sup> ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากการได้มาร่วมชุมชนกันเป็นจำนวนมากของผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด อาจทำให้เกิดเครือข่ายยาเสพติดเพิ่มขยายขึ้นได้ จึงควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจริงจัง และมีการพัฒนามาตรการการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบศูนย์ขวัญแผ่นดินนี้ ไม่พบผลลัพธ์ในด้านลบดังกล่าว **สรุปและข้อเสนอแนะ**

รูปแบบการอบรมผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดในศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดนครราชสีมา เป็นการอบรมในลักษณะค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 10 วัน ใช้งบประมาณในการดำเนินการต่อคนต่ำกว่ารูปแบบอื่นๆ มีจุดเด่น คือ เป็นศูนย์กลางการประสานและขับเคลื่อนกิจกรรมแก้ปัญหา ยาเสพติดของจังหวัด โดยมีระบบการบริหารจัดการที่กะทัดรัด

คล่องตัว มีขอบเขตอำนาจค่อนข้างเบ็ดเสร็จ นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลเครือข่ายการค้ายาเสพติด ซึ่งนำไปสู่การขยายผลจับกุมเพิ่มอีกเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ช่วยลดจำนวนผู้ค้าแล้ว ยังสามารถนำกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการบำบัดได้อย่างเป็นวงจรถัดเนื่อง จึงมีคุณค่าต่อการพิจารณานำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนารูปแบบศูนย์ขวัญแผ่นดินและผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยพร้อมสนับสนุนงบประมาณในดำเนินการโครงการจาก นายระพี ผ่องบุพกิจ ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิชัย ชัตติยวิทยากุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, นางศิริพร ปัญญาพฤทธิพงศ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้คำแนะนำด้านการจัดการและวิชาการที่จำเป็น

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่จากทุกส่วนราชการรวมทั้งภาคเอกชนที่ร่วมดำเนินการโครงการด้วยความมุ่งมั่นทุ่มเท โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่และบุคลากรประจำศูนย์ขวัญแผ่นดิน และผู้รับการบำบัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการฝึกอบรมและให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยด้วยความเต็มใจและอภัยภัยไม่ตรีอันดี

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ(ศพส.),พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด,เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการวาระแห่งชาติ เรื่องแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด;11กันยายน2554; ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล
2. ระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล : [http://phdb.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hss\\_pro/ewt\\_news.php?nid=427&filename=](http://phdb.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hss_pro/ewt_news.php?nid=427&filename=)
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล: <http://www.korathhealth.com/>หรือ <http://www.koratantidrug.ssaj@hotmail.com>
4. สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส., รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติด.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว,2547
5. พรรณณี วาทีสุนทร,กฤติกา ฉีดโฉม. การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วย ยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล : <http://antidrug.moph.go.th> หรือ <http://antidrug.phdb.org>
6. ทิศนา แคมณีและคณะ. กระบวนการเรียนรู้ความหมายแนวทางการพัฒนา.กรุงเทพมหานคร: บริษัทพัฒนาคุณภาพวิชาการ(พว.)จำกัด,2545
7. ทิศนา แคมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. ฉบับปรับปรุงพิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550
8. สถาบันธัญญารักษ์.การบำบัดรูปแบบกายจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอก (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล:[www.thanyarak.go.th](http://www.thanyarak.go.th) - .mht
9. ละเอียด ธีระรัตน์. การประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 20 : ฉบับที่ 2, กันยายน 2547, หน้า 13-30
10. Perngparn U, Limanonda B, Aramrattana A, Pilley C, Areesantichai C, Taneepanichskul S. Methamphetamine dependence treatment rehabilitation in Thailand: a model assessment. J Med Assoc Thai. 2011 Jan ; 94(1): 110-7.

11. บุรณี กาญจนถวัลย์, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, กฤตยกร แสงขาว, พรรณนิภา สังข์ทอง. การวิจัยการศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติด (Unit Cost Analysis) 2550 (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล : [http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com\\_fabrik/attachfiles/50\\_Unit\\_Cost.pdf](http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com_fabrik/attachfiles/50_Unit_Cost.pdf)
12. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Drug Alcohol Rev. 2008 May ; 27(3) : 309-17.
13. สรिता อีระวัฒน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, อภินันท์ อร่ามรัตน์. การประเมินระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการ 2552, ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. (แหล่งข้อมูล) [http://nctc.oncb.go.th/new/components/com\\_fabrik/statistic/stat\\_startegy\\_detail\\_01.php?id=122](http://nctc.oncb.go.th/new/components/com_fabrik/statistic/stat_startegy_detail_01.php?id=122)
14. กาญจนา บุญส่ง และคณะ. โครงการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของทีมวิทยากรบูรณาการบำบัดรักษายาเสพติดจังหวัด 2550 (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล : [http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com\\_fabrik/attachfiles/50\\_Vittayagorn\\_Team.pdf](http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com_fabrik/attachfiles/50_Vittayagorn_Team.pdf)
15. มูลนิธิภูมิพลังชุมชนไทยสาขาภาคเหนือตอนล่าง, รายงานกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โครงการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล [http://nctc.oncb.go.th/new/components/com\\_fabrik/statistic/stat\\_startegy\\_detail\\_01.php?id=127](http://nctc.oncb.go.th/new/components/com_fabrik/statistic/stat_startegy_detail_01.php?id=127)
16. วิชัย เสนอชุ่ม, บทวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะแรกโดยใช้กระบวนการชุมชน บ้านดอนไพลหมู่ 8 ต.ท่าเยี่ยม อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา (ออนไลน์)แหล่งข้อมูล :[http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com\\_fabrik/attachfiles/49\\_Bandonlai.pdf](http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com_fabrik/attachfiles/49_Bandonlai.pdf)
17. ยาเสพติด : มิติเชิงจัดการ คณะกรรมการอาหารวุฒิสภา คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ 2547 (ออนไลน์) แหล่งข้อมูล : [http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com\\_fabrik/attachfiles/47\\_MitiAdmin.pdf](http://nctc.oncb.go.th/new//administrator/components/com_fabrik/attachfiles/47_MitiAdmin.pdf)