

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เมษายน - กันยายน 2556

Vol.5 No.2 April 2013 - September 2013

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์
นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล
นางพงศ์สุรางค์ เสนิงวงศ์ ณ ออยุธยา

บรรณาธิการ

นางทัศนีย์ รอดชมภู

กองบรรณาธิการ

ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์, แพทย์หญิงสยมพร อีร์โชติภากร
นางสาวจรียา อินทรธัมมี, นางชนิตา รุ่งวิทยาการ, นายพิพัฒน์ พุศรีนวล
นางกรแก้ว อธิพงษ์สวัสดิ์, นางสาวกันยารัตน์ สมบัติธีระ, นางสาวจันทร์ธรา สมด้ว

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางอิสรา เปรินทร์, นางพรพรรณ นามตะ

ศิลปกรรมออกแบบ

นางสาวจันทร์ธรา สมด้ว, นางพรพรรณ นามตะ

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 195 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร.043-235-902-5 โทรสาร 043-243-416
[http:// www.anamai.moph.go.th/hpc](http://www.anamai.moph.go.th/hpc) 6

กำหนดออก

ปีละ 2 เล่ม เมษายน – กันยายน, ตุลาคม – มีนาคม

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์

64-66 ถ.รื่นรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. 043-221938, 220128

ถ้อยแถลง

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมต้องอาศัยเครือข่ายในทุกภาคส่วนในการร่วมมือพัฒนางาน ซึ่งเป็นนิมิตหมายอันดีที่การจัดทำวารสารของศูนย์อนามัยที่ 6 ได้เผยแพร่ผลงานที่ดีของบุคลากรและเครือข่าย ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี และด้วยศูนย์อนามัยที่ 6 มุ่งหวังให้การวิจัยเป็นพื้นฐานสำคัญในการยืนยันการดำเนินงานที่มีคุณภาพด้วยแล้ว สำหรับวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ฉบับที่ 2 เล่มที่ 5 ยังคงรวบรวมเนื้อหาผลงานด้านวิชาการ ทั้งบทความทั่วไป และบทความวิชาการ เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ทั้งจากแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ ของศูนย์ฯ และจากภาคีเครือข่ายที่ให้ความสำคัญกับการทำงานด้านหลักวิชาการที่ถูกต้อง ทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย การศึกษาวิจัย เป็นกลยุทธ์สำคัญที่แก้ไขปัญหาถึงสาเหตุและมีเป้าหมายที่ชัดเจน ตรงตามหลักวิชาการ อันจะส่งผลถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ท้ายนี้ผมขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการส่งผลงานวิชาการร่วมเผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 และขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านและบุคลากรทุกท่านปฏิบัติงานสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป



(นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ขอเสนอเรื่องราวที่น่าสนใจสาระความรู้ทางวิชาการบทความวิจัย โดยขอบเขตของเนื้อหาในวารสารเน้นความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้รวบรวมผลงานวิจัยของบุคลากรศูนย์ฯและเครือข่าย รวมทั้งผลงานวิชาการที่นำเสนอในงานสัมมนาวิชาการศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556 และผลงานวิจัยหลายเรื่อง ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู 2) สุขภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 3) การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 4) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 5) ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 6) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 7) ประสิทธิภาพคุณภาพบริการการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบึงกาฬ 8) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556 ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียในดินที่ผ่านระบบกำจัดน้ำเสียแบบร่องซึมกรณีถังเกราะที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน

วารสารฉบับนี้ได้รับความอนุเคราะห์เนื้อหาจากผู้เรียบเรียงบทความ ผู้เขียนบทวิชาการ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร บุคลากรและคณะกรรมการพัฒนาวิชาการทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการทำให้วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ฉบับนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จได้ด้วยดี ท้ายนี้กองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณท่านผู้อ่านทุกท่าน ที่ให้ความสนใจ ในวารสารทุกฉบับ ขอให้ทุกท่านก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานมีความสุขและสุขภาพแข็งแรงตลอดไป



(นางทัศนีย์ รอดชมภู)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทความวิชาการ	หน้า
1. ประสิทธิภาพของเสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู จิวตินันท์ จันเส	3
2. สุขภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 กรแก้ว ภิรมพงษ์สวัสดิ์	14
3. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กศนิษฐ์ รอดชมพู	28
4. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กิตติพร นาคเสน	49
5. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ดุษฎี ศรีวิชา	67
6. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม	79
7. ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียในดินที่ผ่านระบบกำจัดน้ำเสียแบบร่องซึม กรณีถังเกรอะที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน วิไลวัล ศรีสุโพธิ์	95
8. ประสิทธิภาพคุณภาพบริการการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบึงกาฬ ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว	112
9. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556 ปิพัฒนีย์ ฟูศรีนวล	126
10. การพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์	135
11. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยอาหารที่มีในชุมชน นิคม หาญวงศ์	150

บทความทั่วไป	หน้า
1. จุดบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน One stop service in community ประภาพรรณ โคหมอม	165
2. สรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2554 พิพัฒนน์ ฟูศรีนวล	171
บทคัดย่อจากการจัดสัมมนาวิชาการศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556	
- ผลลัพธ์การจัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาลกุมภวาปี	177
- การพัฒนาระบบให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	179
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันออกอาการปวดหลัง ในผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พื้นที่ตำบลเขื่อน	181
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพพนักงานโรงงานน้ำแข็ง	182
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการกำกับตนเองในการลดน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น	184
- การประเมินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพ ประชาชนเครือข่ายสุขภาพสหัชชนันท์ ปีงบประมาณ 2554	186
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุดอกคูณและ อาสาสมัครธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น	188
- ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วย เรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	190
- นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่น	191
- โครงการฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลสหัชชนันท์	192
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบของเทศบาลเมืองมหาสารคาม	193
- ความต้องการบริการสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นตามมุมมองของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองอ่าง	195
คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์	197

บทความวิทยากร

ประสิทธิภาพของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู

นางฐิตินันท์ จันเส และคณะ นักรังสีการแพทย์ปฏิบัติการ
กลุ่มบริการทางการแพทย์ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี ระหว่างการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูกับการใช้ถุทราช่วยจับยึดแบบเดิม และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีและการใช้ถุทราช่วยจับยึด กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กแรกเกิดที่ได้รับการถ่ายภาพรังสี ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 ถึงเดือน มิถุนายน 2553 ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยระบบ 1 : 1 กลุ่มละ 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ชุด คือ เครื่องมือในการดำเนินการศึกษาได้แก่ สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินประสิทธิภาพของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่า 5.21 และ 9.27 นาที ตามลำดับ (SD = 1.01 และ 1.40 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) โดยสามารถลดเวลาการถ่ายภาพรังสีได้ 4.06 นาที ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูของพยาบาลผู้ดูแลเด็กประจำหอผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจำนวน 12 คน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในเรื่องช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบนแขนขาเด็ก คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็กมีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารกเพราะน้ำหนักเบาและรู้สึกมั่นใจ ในความปลอดภัยของเด็กทารกขณะเอกซเรย์ร้อยละ 66.7 58.3 และ 33.3 ตามลำดับ

เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานถ่ายภาพรังสี มีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องมีความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน รองลงมาคือ ช่วยลดเวลาในการถ่ายภาพรังสี ลดเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการเอกซเรย์ และที่สำคัญทำให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมบนฟิล์มเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานคนเดียวได้ โดยไม่ต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยจับเด็ก ช่วยให้การจัดท่าเอกซเรย์ทำได้ง่ายขึ้นทำให้เด็กอยู่นิ่งได้ ช่วยลดโอกาสฟิล์มเสียและรูปแบบของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูมีความเหมาะสมต่อการใช้งานมากกว่าการใช้ถุทราช่วยจับยึดแบบเดิม

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการนำภาพถ่ายทางรังสีมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคอย่างกว้างขวาง ซึ่งรังสีที่ใช้สำหรับถ่ายภาพรังสีทั่วไป (General radiography) คือรังสีเอกซ์ ซึ่งเป็นคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าความถี่สูง มีพลังงานสูงสามารถทะลุผ่านวัตถุต่างๆ ได้จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง และคำนึงถึงความปลอดภัยจากการได้รับรังสีของผู้ป่วยและผู้ช่วยจับผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วย ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในการถ่ายภาพรังสีต้องใช้รังสีในปริมาณที่พอเหมาะโดยอาศัยองค์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการทำงานเพื่อให้ใช้ประโยชน์จากรังสีได้สูงสุด ซึ่งหากเทคนิคการถ่ายภาพรังสีไม่ดีจะทำให้ได้ภาพที่มีคุณภาพไม่ดี และจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีซ้ำ (Repeat examination) จะเป็นการเพิ่มปริมาณรังสีให้ผู้ป่วยถึง 2 เท่า เนื่องจากรังสีเอกซ์เป็นรังสีชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกตัวเป็นไอออน (Ionizing radiation) ที่ใช้ในทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค จากการประเมินพบว่าร้อยละ 75 - 90 ของปริมาณรังสีที่ประชาชนได้รับจากรังสีที่ใช้ในทางการแพทย์ นั้นมาจากการตรวจด้วยรังสีเอกซ์ และอวัยวะที่ตอบสนองต่อรังสีได้ดี (Radiosensitive organ) ได้แก่ไขกระดูก (Bone marrow) บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (Gonads) และต่อมน้ำเหลือง จึงต้องระมัดระวังและป้องกันให้ดีเป็นพิเศษ⁽⁴⁾

จากประสบการณ์การทำงานที่งานรังสีวิทยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 มีผู้มารับบริการถ่ายภาพรังสีทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ซึ่งในผู้ป่วยเด็กมักจะมีปัญหายุ่งยากในการจัดทำเอกซเรย์ เนื่องจากเด็กตื่น

ไม่ยอมให้ความร่วมมือ บางครั้งมีญาติมาเพียงคนเดียว หรือถ้าเป็นการถ่ายภาพรังสีบนทอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจะมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมักจะมีภาระงานมากจนบางครั้งไม่สามารถช่วยจับเด็กได้ จึงทำให้การจัดท่าเอกซเรย์ทำได้ยากและใช้เวลานาน ซึ่งเด็มนักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์จะใช้หมอนทรายช่วย ทับแขน ขาเด็กเพื่อเป็นการยึดตรึงไม่ให้เด็กตื่น ป้องกันภาพเบลอมืดจางจากการขยับตัวของเด็ก แต่เด็กบางคนจะตื่นแรงมากจนถุงทรายช่วยยึดตรึงหลุด ทำให้ต้องเสียเวลามาจัดทำใหม่ และบางครั้งทำให้ฟิล์มเสียเนื่องจากเด็กขยับตัวในระหว่างการเอกซเรย์ อีกทั้งถุงทรายมีน้ำหนักอาจทำให้เด็กรู้สึกอึดอัดหรืออาจทำให้เกิดรอยกดทับบนแขน ขาเด็กได้ และทำมาตรฐานในการเอกซเรย์ปอดของเด็กวัยทารกแรกเกิดที่ยังยืนไม่ได้จะถ่ายภาพในท่านอนหงาย (CXR -supine) ซึ่งตามหลักปฏิบัติในการถ่ายภาพรังสีนั้น นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์จะต้องมีการเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการยึดตรึง (Immobilization) ให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือให้อยู่นิ่ง และถ้าจำเป็น ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ป่วยช่วยจับให้อยู่นิ่งๆ ขณะถ่ายภาพรังสีเพื่อป้องกันการขยับตัวของผู้ป่วยและลดโอกาสฟิล์มเสีย

ดังนั้น งานรังสีวิทยาจึงได้ตระหนักถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และที่สำคัญคือ คุณภาพของภาพถ่ายรังสี จึงได้ประดิษฐ์เสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูขึ้นซึ่งเป็นอุปกรณ์ช่วยยึดตรึงในการจัดทำก่อนถ่ายภาพรังสี โดยช่วยยึดตรึงเด็กไม่ให้ตื่น

และอุปกรณ์นี้ทำจากผ้ามีลักษณะเหมือนเส้น
น้ำหนักเบา ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยลดปัญหาความ
ยุ่งยากในการจัดทำเอกซเรย์ ลดเวลาในการถ่าย
ภาพรังสี ลดภาระงานของพยาบาลบนหอผู้ป่วย
ที่สำคัญ

ช่วยลดความเสี่ยงต่อการได้รับรังสีโดย
ไม่จำเป็น ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
รวมทั้งญาติผู้ป่วย และนอกจากนี้ยังช่วยลด
โอกาสฟิล์มเสียและช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้
แม่นยำยิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
ทำงานให้มากยิ่งขึ้นเพราะการถ่ายภาพรังสีโดย
เทคนิคไม่ดี การจัดทำไม่ถูกต้อง ทำให้คุณภาพ
ของภาพถ่ายรังสีไม่ดีอาจทำให้แพทย์อ่านผล
เอกซเรย์ผิดพลาดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการ
ถ่ายภาพรังสี ระหว่างการใช้เสื้อถ่ายภาพรังสี
สำหรับคุณหนูและ การใช้ถุงทรายช่วยจับยึด

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้
บริการต่อการใช้เสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู
และการใช้ถุงทรายช่วยจับยึด

ขอบเขตของการศึกษา การศึกษาค้นคว้าเป็นการ
ศึกษาประสิทธิภาพของเสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับ
คุณหนู ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์
อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ในระหว่างเดือนมกราคม
2553 ถึง มิถุนายน 2555

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู หมายถึง
ถึง อุปกรณ์สำหรับหุ้ม Cassette ใส่ฟิล์ม
เอกซเรย์ และใช้ยึดตรึงเด็กทารกให้อยู่นิ่งก่อน
ถ่ายภาพรังสี ซึ่งตัดเย็บจากผ้า ลักษณะคล้ายเสื้อ
มีสายรัดบริเวณขา และ แขน เพื่อยึดตรึงเด็กให้
อยู่นิ่งขณะถ่ายภาพรังสี

2. ประสิทธิภาพของเสื้อถ่ายภาพรังสี
สำหรับคุณหนู หมายถึง ความสามารถในการ
ช่วยลดเวลาในกระบวนการถ่ายภาพรังสี ช่วยให้
ได้ภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพ

3. Cassette หมายถึง อุปกรณ์สำหรับ
บรรจุฟิล์มเอกซเรย์

รูปแบบการศึกษา การศึกษากึ่งทดลอง (Quasi
Experimental Research)

ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเด็กทารกแรกเกิด
อายุไม่เกิน 1 เดือน ที่มารับบริการถ่ายภาพ
รังสีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย
ที่ 6 ขอนแก่น ตั้งแต่เดือน มกราคม 2553 ถึง
มิถุนายน 2555 โดยแบ่งกลุ่มเด็กทารกเป็น 2
กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง ใช้เสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับ
คุณหนู ช่วยในการถ่ายภาพรังสี จำนวน 80 ราย
กลุ่มควบคุม ใช้ถุงทรายเป็นอุปกรณ์ช่วยจับยึด
เด็กในการถ่ายภาพรังสี จำนวน 80 รายซึ่งเลือก
กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมด้วยระบบ 1 : 1 กลุ่มละ 80 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

มีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากการศึกษาวิจัย
นำร่อง (Pilot study) โดยใช้สถิติประมาณค่าที่
ไม่ทราบค่าประชากรแน่นอน

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{Z_{\alpha}^2 \sigma^2}{e^2}$$

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดค่า
ความคลาดเคลื่อน = 0.33 ขนาดตัวอย่างที่ได้
คือกลุ่มละ 80 ราย

**กลุ่มผู้ใช้บริการที่ตอบแบบสอบถามความ
พึงพอใจ** ได้แก่ พยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิด

บนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต จำนวน 12 คน และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการถ่ายภาพรังสี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย

1. เลื่อนถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู

การจัดทำเลื่อนถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย ผ้าฝ้ายหรือผ้าโทเร ขนาดหน้ากว้าง 70 ซม. จำนวน 2 เมตร ผ้าติดตุ๊กแกแถบแบนขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 เมตร

1.2 ออกแบบ ตัดเย็บให้เป็นถุงสำหรับสวมใส่ Cassette ใส่ฟิล์มเอกซเรย์ขนาด 25.4 x 30.5 ซม. ใช้ผ้าติดตุ๊กแกเป็นแถบยึดบริเวณแขนสองข้าง และบริเวณขาสองแถบ โดยตัดเย็บให้ได้ขนาด 30 x 35 ซม.

1.3 เมื่อตัดเย็บเสร็จทดลองนำไปใช้งาน และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้งานจริง

2. ถุงทรายช่วยจับยึด ซึ่งทำจากผ้าซึ่งตัดเย็บเป็นถุง แล้วบรรจุทรายลงไปเพื่อให้มีน้ำหนักในการ กดทับช่วยในการยึดตรึงเด็ก มี 2 ขนาด คือ ขนาดใหญ่ใช้ทับบริเวณขา และขนาดเล็กใช้ทับบริเวณแขน

3. แบบประเมินประสิทธิภาพของเลื่อนถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา

ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (พยาบาลผู้ดูแลทารกแรกเกิดระยะ

วิกฤต) มีข้อความทั้งหมด 4 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนเต็มของคำถามแบบประเมินในส่วนที่ 2 รวม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ มีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ ให้เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้เลื่อนถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก

3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

คะแนนเต็มของคำถามแบบประเมินในส่วนที่ 3 รวม 30 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี ให้เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์บันทึกเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี ตั้งแต่เวลาที่เริ่มเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ฟิล์มเอกซเรย์ อุปกรณ์ช่วยจับยึด จนถึงเวลาที่ถ่ายภาพรังสีเสร็จ และเก็บอุปกรณ์เรียบร้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ

ความตรง และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

2. ประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๖ ให้ความเข้าใจตรงกันและสามารถเก็บข้อมูลได้ถูกต้อง

3. ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลของผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลองใช้แบบประเมิน ชุดที่ 1 และกลุ่มควบคุมใช้แบบประเมินชุดที่ 2

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินมาทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลพร้อมลงรหัสข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- 21 – 34 ปี	4	33.3
- มากกว่า 35 ปี	8	66.7
การศึกษา		
- มัธยมปลาย/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1	8.3
- ปริญญาตรีขึ้นไป	11	91.7

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไป แสดงด้วยค่าความถี่ร้อยละ

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู แสดงด้วย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

3. เปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีระหว่างการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูกับถุงทรายช่วยจับยึด แสดงด้วยสถิติ Independent t-test

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤต บนหอผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 12 คน พบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับราชการ

ร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป 11 คน ร้อยละ 91.7 ระดับอนุปริญญา 1 คน ร้อยละ 8.3

2. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤตต่อการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู (n=12)

ความพึงพอใจต่อการบริการ	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
1. รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของเด็กทารกขณะเอกซเรย์	4 (33.3)	8 (66.7)	-	-	-	4.33	0.79
2. มีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารกเพราะน้ำหนักเบา	7 (58.3)	4 (41.7)	-	-	-	4.58	0.15
3. ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็ก	8 (66.7)	4 (33.3)	-	-	-	4.67	0.49
4. ช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบนแขนขาเด็ก	9 (75)	3 (8.3)	2 (16.7)	-	-	4.58	0.79

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า **ข้อที่ 1** ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของเด็กทารกขณะเอกซเรย์มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.3 และพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 66.7 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.33 คะแนน SD = 0.49

ข้อที่ 2 มีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารกเพราะน้ำหนักเบา มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 58.3 และพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 41.7 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.58 คะแนน SD = 0.51

ข้อที่ 3 ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็กมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 66.7 และพึงพอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 33.3 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.67 คะแนน SD = 0.49

ข้อที่ 4 ช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบนแขนขาเด็กมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดร้อยละ 75 และพึงพอใจมากคิดเป็นร้อยละ 8.3 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.58 คะแนน SD = 0.79

3. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลเด็ก ทารกแรกเกิดระยะวิกฤตต่อการใช้อุปกรณ์ช่วย จับยึด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ช่วยจับยึด (n=12)

ความพึงพอใจ ต่อการบริการ	ระดับความพึงพอใจ					ค่า เฉลี่ย	SD
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด		
1. รู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของเด็ก ทารกขณะเอกซเรย์	-	2 (16.7)	5 (41.7)	4 (33.3)	1 (8.3)	2.67	0.88
2. มีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารก เพราะน้ำหนักเบา	-	-	3 (25.0)	8 (66.7)	1 (8.3)	2.17	0.57
3. ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็ก	-	4 (33.3)	5 (41.7)	1 (8.3)	1 (16.7)	2.92	1.08
4. ช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบน แขนขาเด็ก	-	-	4 (33.3)	7 (58.3)	1 (8.3)	2.25	0.62

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบ พบว่า
ข้อที่ 1 ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย
ของเด็กทารกขณะเอกซเรย์ มีความพึงพอใจใน
ระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.7 พึงพอใจปาน
กลางร้อยละ 41.7 พึงพอใจน้อยร้อยละ 33.3
และพึงพอใจน้อยที่สุด ร้อยละ 8.3 คะแนนความ
พึงพอใจเฉลี่ย 2.67 คะแนน SD = 0.88

ข้อที่ 2 มีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารก
เพราะน้ำหนักเบา มีความพึงพอใจในระดับปาน
กลางร้อยละ 25.0 พึงพอใจน้อยร้อยละ 66.7
และพึงพอใจน้อยที่สุดร้อยละ 8.3 คะแนนความ
พึงพอใจเฉลี่ย 2.17 คะแนน SD = 0.57

ข้อที่ 3 ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับ
รังสีของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็กมีความพึง
พอใจในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 พึงพอใจ

ปานกลาง ร้อยละ 41.7 พึงพอใจน้อยร้อยละ 8.3
และพึงพอใจน้อยที่สุดร้อยละ 16.7 คะแนนความ
พึงพอใจเฉลี่ย 2.92 คะแนน SD = 1.08

ข้อที่ 4 ช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบน
แขนขาเด็กมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
ร้อยละ 33.3 พึงพอใจน้อยคิดเป็นร้อยละ 58.3
พึงพอใจน้อยที่สุดร้อยละ 8.3 คะแนนความพึง
พอใจเฉลี่ย 2.25 คะแนน SD = 0.62

4. ผลการเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการ ถ่ายภาพรังสีระหว่างการใช้อุปกรณ์ช่วยจับยึด สำหรับคุณหนูกับอุปกรณ์ช่วยจับยึด

การจับเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี เริ่ม
ตั้งแต่เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ การเตรียมฟิล์ม
เอกซเรย์พร้อมเสื่อถ่ายภาพรังสี หรืออุปกรณ์
ช่วยจับยึด

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีด้วยสถิติ Independent T-test

เวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p-value	๙๕ %CI
กลุ่มทดลอง	4.21	1.01	4.06	<0.001	3.40 ถึง 4.31
กลุ่มควบคุม	9.27	1.40			

จากตารางที่ 4 พบว่า เวลาเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า 5.21 และ 9.27 นาที ตามลำดับ SD = 1.01 และ 1.40 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001)

5. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ต่อการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู

จากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานถ่ายภาพรังสี พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในเรื่องความสะดวก และง่ายต่อการใช้งาน รองลงมาคือช่วยลดเวลาในการถ่ายภาพรังสี และลดเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการเอกซเรย์ และที่สำคัญทำให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพไม่มีสิ่งแปลกปลอมบนฟิล์ม สามารถปฏิบัติงานคนเดียวได้โดยไม่ต้องให้ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ช่วยจับเด็ก นอกจากนี้ยังช่วยให้การจัดท่าเอกซเรย์ทำได้ง่ายขึ้นทำให้เด็กอยู่นิ่งได้ ช่วยลดโอกาสฟิล์มเสียและรูปแบบของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูมีความเหมาะสมต่อการใช้งานมากกว่าการใช้ถุงทรายช่วยจับยึดแบบเดิม

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสี ระหว่างการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูกับการใช้ถุงทรายช่วยจับยึดแบบเดิม และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีและการใช้ถุงทรายช่วยจับยึด ผลการศึกษาพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่า 5.21 และ 9.27 นาที ตามลำดับ (SD = 1.01 และ 1.40 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) จะเห็นได้ว่าการใช้สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูมีประสิทธิภาพในการทำงานจริง โดยช่วยลดเวลาในการถ่ายภาพรังสี ได้ 4.06 นาที มีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยจัดท่า และช่วยยึดตรึงเด็กทารกให้อยู่นิ่งได้ขณะถ่ายภาพรังสี ช่วยให้นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ทำงานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น และลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีของพยาบาลบนหอผู้ป่วยหรือญาติ เพราะไม่ต้องช่วยจับเด็ก

ขณะถ่ายภาพรังสี อีกทั้งช่วยลดโอกาสฟิล์มเสีย ต้องถ่ายฟิล์มซ้ำจากสาเหตุที่เด็กขยับตัวไม่อยู่นิ่งซึ่งในกระบวนการถ่ายภาพรังสีนั้น การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องตามเทคนิคจะทำให้ดีถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือได้ดีด้วยดี แต่ในกรณีเด็กทารกไม่สามารถให้ความร่วมมือตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำได้จึงจำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์ช่วยจัดทำและยึดตรึงให้อยู่นิ่งก่อนถ่ายภาพรังสี ทั้งนี้เพื่อให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ได้ถูกต้อง แม่นยำยิ่งขึ้น หากการถ่ายภาพรังสีโดยเทคนิคไม่ถูกต้องจะทำให้การอ่านผลเอกซเรย์ผิดได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการแปลผลภาพเอกซเรย์ของระบบทางเดินหายใจของ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ⁽¹⁾

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ บนหอผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 12 คน พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในเรื่องช่วยลดโอกาสเกิดรอยกดทับบนแขนขาเด็ก คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีของเจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องช่วยจับเด็กมีความเหมาะสมสำหรับเด็กทารกเพราะน้ำหนักเบาและรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของเด็กทารกขณะเอกซเรย์ร้อยละ 66.7 58.3 และ 33.3 ตามลำดับจะเห็นได้ว่า เมื่อนำเสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูมาใช้ ช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกแรกเกิดมีความพึงพอใจ เพราะไม่ต้องช่วยจับเด็กขณะถ่ายภาพรังสี ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็น และมีความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยของเด็กทารกขณะเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ผู้ปฏิบัติ

งานถ่ายภาพรังสี มีความพึงพอใจต่อการใช้เสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูในระดับมากที่สุดในเรื่อง มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน รองลงมาคือช่วยลดเวลาในการถ่ายภาพรังสี ช่วยลดเวลาในการเตรียมอุปกรณ์ในการเอกซเรย์ และที่สำคัญทำให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมบนฟิล์ม สามารถปฏิบัติงานคนเดียวได้โดยไม่ต้องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ช่วยจับเด็ก นอกจากนี้ยังช่วยให้การจัดทำเอกซเรย์ทำได้ง่ายขึ้น ทำให้เด็กอยู่นิ่งได้ ช่วยลดโอกาสฟิล์มเสีย และรูปแบบของเสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูมีความเหมาะสมต่อการใช้งานมากกว่าการใช้ถุงทรายช่วยจับยึดแบบเดิม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การใช้เสื้อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูช่วยให้การบริการถ่ายภาพรังสีในเด็กทารกแรกเกิดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับช่วยยึดตรึงเด็กทารกในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ซึ่งสามารถใช้งานได้ทั้งการถ่ายภาพรังสีประจำที่ห้องเอกซเรย์ และเหมาะสมสำหรับใช้ถ่ายภาพรังสีบนหอผู้ป่วย (Portable X-ray)
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเด็กทารก ช่วยลดเวลาในการปฏิบัติงานลดโอกาสฟิล์มเสียต้องถ่ายภาพซ้ำ
3. ช่วยลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นของพยาบาลผู้ดูแลเด็กทารกเพราะไม่ต้องช่วยจับเด็กขณะถ่ายภาพรังสี

ข้อเสนอแนะและวิจารณ์

1. ควรขยายผลการศึกษาระสิทธิภาพของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในโรงพยาบาลต่างๆ และเป็นการพัฒนาผลงานให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรปรับปรุงรูปแบบของสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนูให้สามารถป้องกันการเปียกน้ำได้เพราะเด็กทารกอาจถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ขณะถ่ายภาพรังสี ซึ่งอาจทำให้ฟิล์มเสียเพราะเปียกน้ำได้

3. ควรเพิ่มแถบยึดบริเวณสะโพกและติดแผ่นยางผสมตะกั่วเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากรังสีในบริเวณอวัยวะเพศ (Gonad shielding)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในการสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสันสนีย์ หาญพินิจศักดิ์ นางคงขจร ประวัติ และ ญ.ศติวิมล ทองพัว ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งได้ช่วยให้คำแนะนำ แก้ไขผลงานให้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุทิน ชนะบุญ และ น.ส.กันยารัตน์ สมบัติธระ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำในเรื่องสถิติด้านการวิจัย

ขอขอบคุณ หัวหน้างานจ่ายกลางและ ชักฟอก และ นางภริมย์ เรียมพิมพ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตัดเย็บสื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่งานรังสีวิทยา และ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิดระยะวิกฤติทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด ทำให้การจัดทำผลงานครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี



สื่อถ่ายภาพรังสีสำหรับคุณหนู



ภาพตัวอย่างการใช้งาน



ถุงทรายช่วยจับยึด



ตัวอย่างการใช้ถุงทราย

เอกสารอ้างอิง

1. จิตเจริญ ไชยาคำ. รังสีวิทยาทางเดินหายใจ Chest Imaging. ใน: เอมอร ไม้เรียง, เพชรกร หาญพานิชย์. รังสีวิทยาคคลินิก Clinical Radiology เล่ม 1.ขอนแก่น: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; มปป. (173 - 202).
2. จิราภรณ์ ศรีนัครินทร์. รังสีวิทยาทางเดินหายใจในเด็ก Chest Pediatric Imaging.ใน : เอมอร ไม้เรียง, เพชรกร หาญพานิชย์. รังสีวิทยาคคลินิก Clinical Radiology เล่ม 1. ขอนแก่น : ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; มปป. (203 – 261).
3. เขาวนา อุชชิน. รังสีเทคนิค. ภาควิชารังสีเทคนิค มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ; 2548.
4. ประวีติ ผดุงเจริญ. เอกสารประกอบการสอนวิชารังสีและการป้องกันอันตรายจากรังสีในทางการแพทย์. ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น ; 2534.
5. เพชรกร หาญพานิชย์. การปฏิบัติงานประจำให้เป็นงานวิจัย ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ค้นจากhttp://radio1.md.kku.ac.th/site_data/mykku_radio1/8/R2R.pdf. ค้นข้อมูลเมื่อ 1 มิถุนายน 2553.
6. Hardwick, Judith. Radiography of Children A Guide to Good Practice. ค้นจาก http://www.elsevier.com/wps/find/bookdescription.cws_home/705800/description#description ค้นข้อมูลเมื่อ 22 กันยายน 2553.

สภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556

กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

จันทร์ธรา สมตัว

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 6

บทคัดย่อ

สภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อประเมินความสุขของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2555 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2555 จำนวน 314 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม HAPPINOMETER พัฒนาจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้รับกลับคืนมาทั้งหมด จำนวน 268 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.4 ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.6 อายุอยู่ในช่วง 30-41 ปี ร้อยละ 27.2 การศึกษาสูงสุดเป็นวุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 61.9 จำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 42.2 ลักษณะงาน งานด้านบริการ ร้อยละ 68.7 สถานภาพการจ้างงานประจำ ร้อยละ 64.6 ระยะเวลาที่ทำงานในศูนย์ฯ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.7 ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขภาพรวม คือ 72.3 แปลผล “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณารายมิติความสุข พบว่า มิติความสุขน้ำใจดี และมิติความสุขจิตวิญญาณ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขอยู่ที่ 79.9 และ 79.9 แปลผลว่า “มีความสุขมาก” ส่วนมิติความสุขครอบครัวดี มิติความสุขใฝ่รู้ดี มิติความสุขสุขภาพดี มิติความสุขการงานดี มิติความสุขสังคมดี มิติความสุขผ่อนคลายดี มิติความสุขสุขภาพเงินดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 74.9, 73.6, 73.1, 71.9, 71.1, 64.9 และ 61.6 ตามลำดับ แปลผล “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณารายกลุ่มงาน กลุ่มที่มีระดับความสุข “มีความสุขมาก” ได้แก่ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย ส่วน กลุ่มที่มีระดับความสุข “มีความสุข” ได้แก่ กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มอำนวยการ และหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ บุคลากรในศูนย์อนามัยที่ 6 มีความสุขอยู่ในระดับ “มีความสุข” หากสามารถสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไปถึง ระดับ “มีความสุขมาก” จะส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพใน

การทำงานเนื่องจาก ความสุขมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในระดับบุคคลและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำงาน คือ ผู้ที่มีความสุขระดับสูง มีพฤติกรรมบริการในด้านต่างๆ เป็น 5.18 เท่าของผู้ที่มีความสุขในระดับปานกลาง สำหรับการจัดโครงการ/กิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดความสุข ไม่จำเป็นต้องจัดโครงการ/กิจกรรมให้มีจำนวนมากหรือเท่ากับจำนวนรายมิติความสุข แต่ควรพิจารณาเลือกจัดโครงการ/กิจกรรมที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนความสุขให้ครอบคลุมรายมิติได้จำนวนมาก จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณของศูนย์ฯ ให้ดียิ่งขึ้น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐบาล โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการไทย (ก.พ.ร.) ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เสนอให้หน่วยงานราชการมาใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาองค์กรภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ และในปีงบประมาณ 2553 ได้นำแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้เกิดการพัฒนาและการดำเนินงานในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้ตัวชี้วัดรายบุคคล ซึ่ง กพร. หวังผลในการพัฒนาคน เพราะคน คือ สิ่งสำคัญที่สุดในองค์กร นอกจากสมรรถนะจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลการปฏิบัติงาน⁽¹⁾ ยังมีปัจจัยที่มีผลกับการปฏิบัติงาน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล(Trait) การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) และความพยายามในการทำงาน (Work Effort) ซึ่งแรงจูงใจ (Motivation) ของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะตัวต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงาน⁽¹⁾

ปัจจุบัน ผู้บริหารหน่วยงานจึงให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้หน่วยงานมีกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร ซึ่งในการสร้างแรงจูงใจจะก่อให้เกิดพลังและการขับเคลื่อน

การดำเนินงาน ความพยายาม (Work Effort) รวมไปถึง “ความสุข” จะช่วยส่งเสริมให้งานประสบความสำเร็จ ส่งผลให้หน่วยงานประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว และเติบโตอย่างมั่นคง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลรามามาธิบดี⁽⁵⁾ พบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการ โดยผู้ที่มีความสุขระดับสูงจะมีพฤติกรรมบริการเป็น 5.18 เท่าของผู้ที่มีความสุขระดับปานกลาง ดังนั้น จึงอาจจะกล่าวได้ว่า “ความสำเร็จ” คู่ขนานไปพร้อมกับ “ความสุข” ของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่ง ดร. จิตรสุดา ลิ้มเกรียงไกร กล่าวไว้ว่า เราสามารถนำความสุขเข้ามาเป็นแรงขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จได้ ศูนย์สร้างเสริมสุขภาวะองค์กร (Happy Workplace) สำนักงานสนับสนุนสุขภาวะองค์กร เสนอแนวคิดองค์กรแห่งความสุข หรือ Happy Workplace เพื่อมุ่งสร้างคนในองค์กรให้เป็นคนมีความสุข และเติมเต็มช่องว่างระหว่างผู้บริหารและบุคลากร ทุกๆ คน ซึ่งความสุขเป็นเรื่องของความรู้สึกที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นแนวคิดดังกล่าว ได้นิยามความสุข หมายถึง สุขภาวะ ซึ่งประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องซึ่ง

กันและกัน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Physical Health) สุขภาวะทางใจ (Psychological Health) สุขภาวะทางสังคม (Social Health) สุขภาวะทางปัญญา (Intellectual Health) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) และ สุขภาวะทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) โดยมีแนวทางการสร้างสุขในที่ทำงาน ให้ครบตามองค์ประกอบ ดังกล่าว แต่ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานไม่จำเป็นจะต้องสร้างกิจกรรมเพื่อสนองทั้ง 8 องค์ประกอบ แต่สามารถวัดความสุขจากองค์ประกอบต่างๆ และพิจารณา จัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับองค์ประกอบที่ขาดได้

ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 จากการวิเคราะห์และจัดทำตารางคาดการณ์ของศูนย์อนามัยที่ 6 ทุกปีได้ปรากฏเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ว่า “บุคลากรมีความสุข” และบางปีก็ปรากฏเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ของศูนย์ฯ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารและทีมงานได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับ ความสุขของบุคลากร และศูนย์ฯ มีกิจกรรมเพื่อเพิ่มและสร้างความสุขให้กับบุคลากร แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ศูนย์ฯ ได้มีการประเมินผลกิจกรรมในการสร้างความสุขต่างๆ ให้กับบุคลากร แต่ยังไม่ได้มีการวัดความสุขในภาพรวมของบุคลากร การศึกษาถึงความสุขของ บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 โดยใช้แนวคิดองค์กรแห่งความสุข วัดความสุขหรือสุขภาวะของบุคลากรเพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาโครงการและกิจกรรมสำหรับบุคลากรในการสร้างความสุข หรือสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสุขของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 6

ขอบเขตการวิจัย การศึกษานี้ ศึกษาความสุขตามนิยามขององค์กรสุขภาวะ ศึกษาเฉพาะบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ มากกว่า 1 ปีขึ้นไปนับถึง เดือน พฤศจิกายน 2555

นิยามศัพท์ในการวิจัย

สุขภาวะ หมายถึง ความรู้สึกผาสุก สามารถทำงานตามบทบาทที่ได้เต็มศักยภาพ เป็นภาวะที่เป็นสุข ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ ปัญญา สังคมและสิ่งแวดล้อม” ประกอบไปด้วย

Happy Body (สุขภาพดี) คือ สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจ มาจากการที่ รู้จักใช้ชีวิต รู้จักกิน รู้จักนอน ชีวิตมีสุข เหมาะสมกับวัย เหมาะสม กับสถานการณ์ เหมาะสมกับฐานะทางการเงิน

Happy Heart (น้ำใจงาม) ในองค์กรสิ่งที่เราจำเป็นที่สุดในการที่มนุษย์จะอยู่กับคนอื่นได้ ต้อง มีน้ำใจคิดถึงคนอื่น มีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกัน และกัน คนเราเอาแต่ตัวเองอยู่คนเดียวไม่ได้ ต้อง รู้จัก การแบ่งปันอย่างเหมาะสม ต้องรู้บทบาทของเจ้านาย บทบาทของลูกน้อง บทบาทของคุณพ่อ บทบาทของคุณแม่ กับผลสิ่งต่างๆ ที่ จะเข้ามาในชีวิต

Happy Relax (การผ่อนคลาย) ต้องรู้จักการผ่อนคลายกับสิ่งต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต เมื่อชีวิตในการทำงานเครียดก็ต้องมีวิธีผ่อนคลายในการทำงานขณะเดียวกันการใช้ชีวิตส่วนตัวก็ต้องรู้จักผ่อนคลายเช่นเดียวกัน เป็นการสร้างสมดุลชีวิต

Happy Brain (หาความรู้) มนุษย์เราอยู่ได้ด้วยการศึกษาหาความรู้พัฒนาตัวเองตลอดเวลาจากแหล่ง ต่าง ๆ นำไปสู่การเป็นมืออาชีพเพื่อให้เกิดความมั่นคงก้าวหน้าในการทำงานหรือพูดง่าย ๆ คือ เรียนเพื่อรู้ มีปัญญาก้าวหน้าในชีวิต ทั้งหมดนี้มาจากคำว่ามืออาชีพ มืออาชีพ หมายถึงว่าคนเรา มนุษย์เราทุกคนต้องมีความรู้ในงาน มีความรับผิดชอบ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีระเบียบวินัยตรงต่อเวลา และสอนคนอื่นได้ในงานที่ตนรู้จักก็ต้องเป็นครูที่พร้อมจะสอนให้ความรู้กับคนอื่น

Happy Soul (การมีคุณธรรม หิริ โอตตัปปะ) หิริ โอตตัปปะ คุณธรรมเบื้องต้นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคม ในการทำงานเป็นทีม คือ หิริ โอตตัปปะ ความละเอียดและเกรงกลัวต่อการกระทำของตนเอง โดยเฉพาะการกระทำที่ไม่ดี คนดี มีความศรัทธาต่อศาสนา มีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต มีคุณธรรม มีความซื่อสัตย์ มีความสามัคคี และ มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมนำความสุขสู่องค์กร

Happy Money (ใช้เงินเป็น) การที่สามารถจัดการรายรับรายจ่ายของตนเองได้ คือการใช้เงินเป็น มีเงินรู้จักเก็บรู้จักใช้เป็นหนี้ให้พอดี มีชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง วันนี้คนปฏิเสธเรื่องการเป็นหนี้ไม่ได้ การเป็นหนี้การใช้จ่ายที่เหมาะสมกับสถานะที่ตนเองหามาได้ ทุกคนต้องมีการบริหารจัดการรายรับและรายจ่ายของตนเองและครอบครัว ต้องรู้จักการทำบัญชี หรือว่าถ้าเป็นระดับครอบครัว เรียกว่าบัญชีครัวเรือน

Happy Family (ครอบครัวที่ดี) มีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคงให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นกำลังใจที่ดีในการทำงาน เพราะ

ครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันเป็นกำลังใจในการที่เราจะสามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ ทำให้เรามุ่งมั่นในการทำชีวิตเรดิสขึ้น ฉะนั้นครอบครัวเข้มแข็ง สังคมก็ย่อมมั่นคงเสมอ

Happy Society (สังคมดี) หมายรวมถึงสองมิติ คือ สังคมในที่ทำงานกับสังคมนอกที่ทำงาน มนุษย์ทุกคนต้องมีความรักสามัคคีเอื้อเฟื้อต่อสังคมที่ตนเองทำงานและพักอาศัย มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี

Happinometer เป็นเครื่องมือวัดความสุขระดับบุคคลที่น่าเชื่อถือ เหมาะสมกับบริบทคนทำงานในสังคมไทย จัดมิติให้สอดคล้องกับ “ความสุข 8 ประการ” ประกอบด้วย ความสุข 8 มิติ ได้แก่ Happy Body, Happy Heart, Happy Relax, Happy Brain, Happy Soul, Happy Money, Happy Family, Happy Society และ HAPPINOMETER ได้เพิ่มอีก 1 มิติเป็นความสุข 9 มิติ โดยมิติที่ 9 คือ Happy work-life เป็นมิติที่เน้นการวัดผลความรู้สึก และประสบการณ์ของคนทำงานกับองค์กร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ข้อเสนอการพัฒนาโครงการที่ส่งเสริมความสุขแต่ละด้าน ศูนย์อนามัยที่ 6 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรม/ โครงการเพื่อพัฒนาองค์กร และเป็นข้อมูลประกอบในการประเมินเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาองค์กรและสมรรถนะบุคลากร ตามแผนยุทธศาสตร์ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556-2559

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อประเมินความสุขของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 6

ประชากร บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
กรมอนามัย ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ ระหว่าง เดือน
ตุลาคม 2555 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2555 ได้
กลุ่มตัวอย่าง 314 คน

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่ แบบสำรวจ
HAPPINOMETER และแบบวิเคราะห์โครงการ/
กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจ
ความสุขด้วยตนเอง : HAPPINOMETER ได้รับการ
พัฒนาจาก โครงการจับตาสถานการณ์ความ
สุขของคนทำงานในประเทศไทย สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้
สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลความสุขของคน
วัยทำงานในประเทศไทย เกณฑ์ในการวัดและ
วิเคราะห์ความสุข ใช้แนวทางและเกณฑ์วัดระดับ
ความสุขของโครงการจับตาสถานการณ์ความสุข
ของคนทำงานในประเทศไทย

แบบสำรวจ สำหรับบุคลากรศูนย์อนามัย
ที่ 6 โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
แบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพ
สมรส, การศึกษาสูงสุด, จำนวนบุตร, ลักษณะ
งาน, สถานภาพการจ้างงาน, ระยะเวลาในการ
ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจมิติความสุข ประกอบด้วย
ความสุขมิติต่างๆ จำนวน 9 มิติ ได้แก่

1) มิติสุขภาพดี ข้อคำถามเป็นการสำรวจ

ความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น โดยให้
เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ กำหนด
ค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

2) มิติการผ่อนคลาย ข้อคำถามเป็นการ
สำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น
โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ
กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

3) มิติน้ำใจดี ข้อคำถามเป็นการสำรวจ
ความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น โดยให้
เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ กำหนด
ค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

4) มิติจิตวิญญาณดี ข้อคำถามเป็นการ
สำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น
โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ
กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

5) มิติครอบครัวดี ข้อคำถามเป็นการ
สำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น
โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ
กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

6) มิติสังคมดี การงานดี ข้อคำถาม
เป็นการสำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดง
ความคิดเห็น โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด
15 ข้อ กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5
คะแนน

7) มิติการศึกษาเรียนรู้ ข้อคำถามเป็นการ
สำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น
โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 3 ข้อ
กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

8) มิติสุขภาพเงินดี ข้อคำถามเป็นการ
สำรวจความถี่ในการปฏิบัติแสดงความคิดเห็น
โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 4 ข้อ
กำหนดค่าน้ำหนักออกเป็น 1 ถึง 5 คะแนน

2. แบบวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรม จำแนกรายมิติความสุขที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดส่งแบบสำรวจความสุขด้วยตนเองให้กลุ่มเป้าหมาย ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2555 ประสานงานกลุ่มเป้าหมายเพื่อติดตามแบบสำรวจกลับระหว่าง เดือนมกราคม 2556 โดยมีขั้นตอนการเก็บ ดังนี้

1. ชี้แจงโครงการสำรวจสุขภาพในการนำเสนอแผนงานโครงการของศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการและแจ้งรายละเอียดขั้นตอน

2. ทำหนังสือถึงหัวหน้ากลุ่ม/หน่วย เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งและแจกแบบสำรวจกลุ่มเป้าหมาย และรวบรวมส่ง

3. รวบรวมตรวจสอบความครบถ้วนและติดตามแบบสำรวจทางโทรศัพท์ในเดือนมกราคม 2556 เพื่อให้ได้รับข้อมูลเพียงพอในการวิเคราะห์

4. ผู้วิจัยรวบรวมโครงการ / กิจกรรมของศูนย์ฯ ส่งแบบวิเคราะห์พร้อมโครงการให้ผู้เชี่ยวชาญโครงการและประเมินผลโครงการวิเคราะห์

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการวิเคราะห์ผลวิจัย ออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

แบบสำรวจ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อแบบสอบถามและลงข้อมูลจากนั้น

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

แบบวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรม นำโครงการ/กิจกรรมที่จัดให้บุคลากรศูนย์ฯ ส่งให้ผู้รับผิดชอบงานด้านแผนงาน งานประเมินผล จำนวน 5 คน ได้วิเคราะห์จำแนกโครงการ/กิจกรรม ที่สามารถส่งเสริมความสุข และเจงนัฒเฉพาะโครงการ/กิจกรรม ที่ผู้วิเคราะห์มีความคิดเห็นตรงกันว่าสามารถสนับสนุนความสุขในแต่ละมิติ มากกว่าร้อยละ 50 เป็นโครงการ/กิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขให้กับบุคลากรศูนย์

ผลการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามทั้งหมด 314 ชุดได้รับกลับคืนมาทั้งหมด จำนวน 268 ชุด คิดเป็นร้อยละ 85.4 ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 88.41 พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.6 อายุอยู่ในช่วง 30-41 ปี ร้อยละ 27.2 การศึกษาสูงสุดเป็นวุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 61.9 จำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 42.2 ลักษณะงาน งานด้านบริการร้อยละ 68.7 สถานภาพการจ้างงานประจำร้อยละ 64.6 ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ลักษณะงาน สถานภาพจ้างงาน ระยะเวลาในการทำงาน ในองค์กร

ข้อมูลทั่วไปของลักษณะประชากร	จำนวน (N=268)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	205	99.6
ชาย	62	23.1
ไม่ตอบ	1	0.4
อายุ		
21 - 30 ปี	37	13.8
31 - 40 ปี	73	27.2
41 - 50 ปี	71	26.5
51 - 60 ปี	87	32.5
อายุเฉลี่ย 43.36 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.34 ปี		
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	14	5.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	6.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	11.6
ปวช.	19	7.1
ปวส.	23	8.6
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8	3.0
ปริญญาตรี	115	42.9
สูงกว่าปริญญาตรี	42	15.7
สถานภาพสมรส		
โสด	47	17.5
แต่งงานและอยู่ร่วมกัน	166	61.9
แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	16	6.0
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	5	1.9
หม้าย	9	3.4
หย่า/แยกทางกัน/เลิกกัน	25	9.3

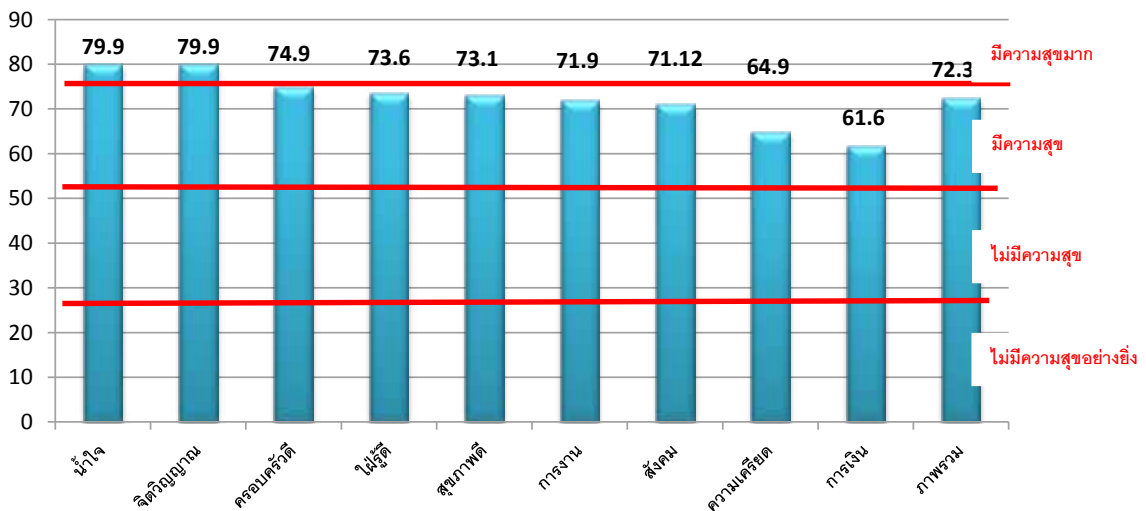
ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ลักษณะงาน สถานภาพจ้างงาน ระยะเวลาในการทำงาน ในองค์กร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของลักษณะประชากร	จำนวน (N=268)	ร้อยละ
จำนวนบุตร		
จำนวน 1 คน	66	24.6
จำนวน 2 คน	113	42.2
จำนวน 3-4 คน	17	6.3
จำนวน 5 คนขึ้นไป	1	0.5
ไม่มี	71	26.5
ลักษณะงาน		
งานสำนักงาน	46	17.2
งานด้านการผลิต	2	0.7
งานด้านการบริการ	184	68.7
งานด้านบริหาร	20	7.5
งานด้านอื่นๆ	16	6.0
สภาพการจ้างงาน		
ประจำ	173	64.6
ตามสัญญาจ้าง	95	35.4
ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน		
ไม่ถึง 1 ปี	13	4.9
ระหว่าง 1- 2 ปี	31	11.6
ระหว่าง 3- 5 ปี	19	7.1
ระหว่าง 6- 9 ปี	21	7.8
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	184	68.7

ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข จำแนกรายมิติ และภาพรวม

จากการสำรวจความสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขภาพรวมอยู่ที่ 72.3 แปลผลว่า “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติความสุขที่อยู่ในระดับ “มีความสุขมาก” ได้แก่

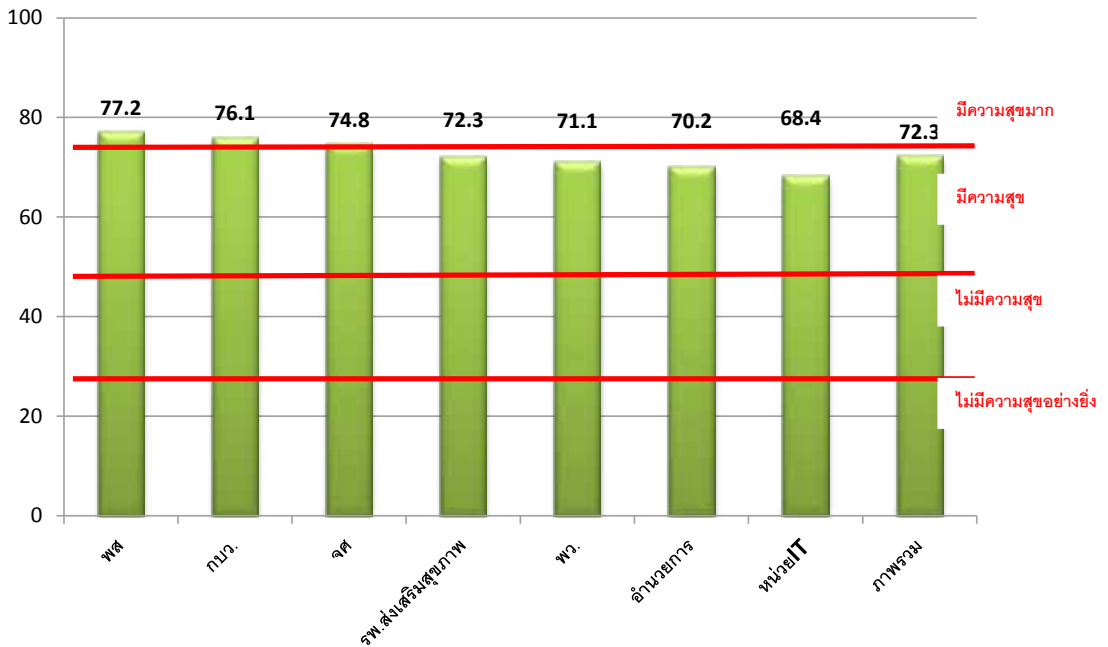
มิติความสุขมีน้ำใจดี และมิติความสุขจิตวิญญาณดี ส่วนมิติความสุขที่อยู่ในระดับ “มีความสุข” มิติความสุขครอบครัวดี มิติความสุขใฝ่รู้ดี มิติความสุขสุขภาพดี มิติความสุขการงานดี มิติความสุขสังคมดี มิติความสุขมีการผ่อนคลายดี มิติความสุขสุขภาพเงินดี ไม่มีมิติความสุขที่อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเป้าหมาย รายละเอียดจัดแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขจำแนกรายมิติความสุขของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556

ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขจำแนกแยกรายกลุ่ม จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มที่มีภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “มีความสุขมาก” ได้แก่ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย กลุ่มที่มีภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “มีความสุข

” ได้แก่ กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มอำนวยการ และหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ รายละเอียดจัดแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขจำแนกรายกลุ่ม หน่วย ศูนย์อนามัยที่ 6

วิเคราะห์โครงการที่สร้างความสุขจำแนกรายมิติความสุข ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2555

จากการวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรมที่ศูนย์ฯ จัดสำหรับบุคลากรศูนย์ฯ พบว่า ศูนย์ฯ จัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อสร้างความสุขให้บุคลากรครอบคลุมเกือบครบทุกมิติความสุข ยกเว้นมิติความสุขครอบครัว และสุขภาพการเงิน

จากการวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขในทั้งสองมิติ คิดเห็นการสร้างความสุขในรายมิติทั้งสองยังไม่ถึงร้อยละ 50 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ โครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขจำแนกรายมิติ

ความสุขรายมิติ	จำนวนโครงการ/กิจกรรม	ร้อยละ
มิติความสุขสุขภาพดี	6	31.58
มิติความสุขน้ำใจดี	6	31.88
มิติความสุขผ่อนคลายดี	6	31.58
มิติความสุขจิตวิญญาณดี	3	15.79
มิติความสุขใฝ่รู้ดี	10	52.63
มิติความสุขครอบครัวดี	-	0.00
มิติความสุขสุขภาพเงินดี	-	0.00
มิติความสุขการทำงานและสังคมดี	10	52.63

อภิปรายผลการศึกษา สุขภาวะของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 เพื่อประเมินระดับความสุขของบุคลากร พบว่า ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 72.3 แปลผล มีความสุข สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในศูนย์อนามัยที่ 6 อยู่ในระดับ “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย และควรจะต้องสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไป เนื่องจาก ความสุขมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในระดับบุคคล⁽⁴⁾ นอกจากนี้ผลการวัดค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 สอดคล้องกับการสำรวจความสุขของคนทำงานในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล รอบครึ่งปีแรก ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2555 ซึ่งสำรวจคนทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 10,596 ราย จาก 64 องค์กร พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 61.1 และครึ่งปีหลัง เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2555 สำรวจคนทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 20,297 ราย จาก 67 องค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 60.9 ซึ่งอยู่ในระดับ “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ รอดเที่ยง⁽³⁾ พบว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่ามีมิติความสุข น้ำใจดี และจิตวิญญาณ มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขมากที่สุด อยู่ที่ 79.9 และ 79.3 แปลผลว่ามีความสุขมาก รองลงมาคือมิติความสุข

ครอบครัว คะแนน 74.9 แปลผลมีความสุข สอดคล้องกับการสำรวจความสุขของคนทำงานในประเทศไทยในรอบครึ่งปีแรกและครึ่งปีหลังที่ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขคนทำงานในประเทศไทยรายมิติ อันดับแรก ได้แก่ มิติ จิตวิญญาณดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 68.6 และ 68.8 ตามลำดับ อันดับสอง ได้แก่ น้ำใจดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.3 และ 67.9 ตามลำดับ และลำดับสาม ได้แก่ ครอบครัวดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 62.5 และ 59.4 ตามลำดับ และมิติที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ 61.7 คือ สุขภาพเงินดี เช่นเดียวกับการสำรวจทั่วประเทศที่มีมิติสุขภาพเงินดี อยู่ในลำดับท้ายของรายมิติ

จากการนำโครงการและกิจกรรมที่จัดเพื่อสร้างความสุขให้กับบุคลากรศูนย์ฯ พบว่า มีโครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขในมิติใฝ่รู้ดี และ มิติความสุขด้านการงานและสังคมดี ร้อยละ 52.6 รองลงมา มิติความสุขสุขภาพดี มิติความสุขน้ำใจดี มิติความสุขผ่อนคลายดี ร้อยละ 31.6 และมิติความสุข จิตวิญญาณดี ร้อยละ 15.8 ซึ่งหากพิจารณาแต่ละโครงการ/กิจกรรมที่จัดให้บุคลากรนั้น สามารถที่จะสร้างความสุขมากกว่าหนึ่งมิติ ดังนั้นในการพิจารณาอนุมัติโครงการ/กิจกรรมที่จัดในหนึ่งโครงการ สามารถส่งผลกับระดับค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของบุคลากรได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ให้ความสำคัญกับ ความผาสุกหรือความสุขของบุคลากรมาโดยตลอด ดังจะมีโครงการ/กิจกรรมที่จัดให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในแต่ละปีงบประมาณ อาจจะไม่สามารถจัดโครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขในแต่ละมิติได้ครบทั้ง 9 มิติ แต่จากการสนับสนุนจากผู้บริหารที่อนุมัติ

ให้มีการจัดโครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขเป็นประจำทุกปี ย่อมสามารถสร้างความสุขและเพิ่มระดับความสุขให้กับบุคลากรและส่งผลต่อคุณภาพ ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรศูนย์ฯ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากการศึกษาของสายสุนีย์ ทับทิมเทศ⁽⁵⁾ พบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ที่มีความสุขระดับสูง มีพฤติกรรมการด้านอำนวยความสะดวก มีจำนวนเป็น 5.18 เท่าของผู้ที่มีความสุขระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds Ratio=5.18) และพบผลที่คล้ายคลึงกันทุกพฤติกรรมทั้งด้านการต้อนรับ, สื่อสาร, มนุษยสัมพันธ์ และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนมิติความสุขครอบครัว และสุขภาพการเงินยังไม่มีโครงการ/กิจกรรมที่จัดในด้านนี้ แต่บุคลากรศูนย์ฯ ที่มีอายุ 6 มีการรวมกลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ศูนย์ฯ ส่งเสริมสุขภาพ เปิดให้บุคลากรสามารถสมัครเป็นสมาชิกและให้การช่วยเหลือด้านการเงินถึงแม้สุขภาพการเงินจะเป็นมิติที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 61.7 แต่ค่าคะแนนของบุคลากรศูนย์ฯ ในมิติสุขภาพการเงินก็มีค่าคะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งประเทศคือ 55.7 แปลผล อยู่ในระดับมีความสุข เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย เช่นเดียวกับมิติความสุขครอบครัวดี ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 74.9 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 75.00-100.0 ซึ่งเป็น ระดับความสุข มีความสุขมาก ดังนั้นการพิจารณาจัดกิจกรรม/โครงการ ในแต่ละปีงบประมาณของศูนย์ฯ อาจพิจารณาเลือกจัด

โครงการ/กิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขได้หลายมิติพร้อมกัน โดยการนำโครงการ/กิจกรรมมาวิเคราะห์แยกรายมิติความสุขด้านต่างๆ และเลือกจัดกิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริมความสุขในหลายมิติในโครงการเดียว จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ และยังสามารถส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพในการทำงานอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

สรุปการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 88.41 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.6 อายุอยู่ในช่วง 30-41 ปี ร้อยละ 27.2 การศึกษาสูงสุดเป็นวุฒิปริญญาตรี ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 61.9 จำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 42.2 ลักษณะงานด้านบริการ ร้อยละ 68.7 สถานภาพการจ้างงานประจำ ร้อยละ 64.6 ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.7

ค่าเฉลี่ยระดับความสุข จากการสำรวจความสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุขภาพรวมอยู่ที่ 72.3 แปลผลว่า “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า มิติความสุขที่อยู่ในระดับ “มีความสุขมาก” ได้แก่ มิติความสุขมีน้ำใจดี และมิติความสุขจิตวิญญาณดี ส่วนมิติความสุขที่อยู่ในระดับ “มีความสุข” มิติความสุขครอบครัวดี มิติความสุขใฝ่รู้ดี มิติความสุขสุขภาพดี มิติความสุขการงานดี มิติความสุขสังคมดี มิติความสุขมีการผ่อนคลายดี มิติความสุขสุขภาพเงินดี ไม่มีมิติความสุขที่อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเป้าหมาย

ค่าเฉลี่ยความสุขแยกรายกลุ่ม กลุ่มที่มีภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “มีความสุขมาก” ได้แก่ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย กลุ่มที่มีภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ “มีความสุข” ได้แก่ กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มอำนาจการ และหน่วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ

วิเคราะห์โครงการที่สร้างความสุขแยกรายมิติ ศูนย์ฯ จัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อสร้างความสุขให้บุคลากรครอบคลุมเกือบครบทุกมิติความสุข ยกเว้นมิติความสุขครอบครัว และสุขภาพการเงิน จากการวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขในทั้งสองมิตินี้ คิดเห็นการสร้างความสุขในรายมิติทั้งสองยังไม่ถึงร้อยละ 50

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. จากการศึกษา พบว่า ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข เท่ากับ 72.3 แปลผล มีความสุข สะท้อนให้เห็นว่า คนทำงานในศูนย์อนามัยที่ 6 อยู่ในระดับ “มีความสุข” เป็นระดับความสุขตามเป้าหมาย และหากสามารถสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไปถึง ระดับ “มีความสุขมาก” (ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 75.0-100.0) จะส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพในการทำงานเนื่องจาก ความสุขมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในระดับบุคคลและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการทำงาน คือ ผู้ที่มีความสุข

ระดับสูงมีพฤติกรรมบริการในด้านต่างๆ เป็น 5.18 เท่าของผู้ที่มีความสุขในระดับปานกลาง

2. จากการวิเคราะห์โครงการ/กิจกรรม พบว่า ศูนย์ฯ ได้จัดโครงการ/กิจกรรมที่สร้างความสุขให้กับบุคลากรครอบคลุม รายมิติความสุข 7 มิติ ถึงแม้จะไม่สามารถจัดได้ครบในทุกมิติแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในมิติที่ไม่มีโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมความสุขอยู่ในระดับ “มีความสุข” ดังนั้นศูนย์ฯ อาจไม่จำเป็นต้องจัดโครงการ/กิจกรรมให้มีจำนวนมากหรือเท่ากับจำนวนรายมิติความสุข แต่ควรพิจารณาเลือกจัดโครงการ/กิจกรรมที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนความสุขให้ครอบคลุมรายมิติได้จำนวนมาก จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณของศูนย์ฯ ให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวัดความสุขของบุคคล เป็นสิ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพียงแต่มากหรือน้อย ช้าหรือเร็ว HAPPINOMETER สามารถวัดความสุขได้เป็นความสุขระยะสั้น เป็นรายครึ่งปี แต่สามารถสะท้อนความสุขขององค์กรได้ ดังนั้นควรมีการวัดระดับความสุขของบุคลากรศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง และควรพิจารณาเลือกเครื่องมือวัดความสุขด้านต่างๆ เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบและสอบถามข้อมูลอย่างเป็นระยะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดความสุขในองค์กร อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
2. กล่องแห่งความสุข 8 ประการ[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนทางวิชาการแก่ภาคีเครือข่ายองค์กรสุขภาพ; 2555. สร้าง “สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน” ผ่าน องค์กรสุขภาพ”; [วันที่อ้างถึง 8 ตุลาคม 2555]. ที่มา: http://www.happy-workplace.com/Main/Frontpages/HWFM008_Article.php?Article=185&Hit=y
3. นภัชชล รอดเที่ยง. ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . รายงานการวิจัย. มปป; 2550.
4. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ. คู่มือ การวัดความสุขด้วยตนเอง HAPPINOMETER. กรุงเทพฯ. ธรรมดาเพรส จำกัด; 2555.
5. สายสุนีย์ ทับทิมเวช. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรามธิบดี. รายงานการวิจัย. มปป; 2555.
6. องค์กรแห่งความสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2555. “องค์กร” กับ “กล่องแห่งความสุข”; [วันที่อ้างถึง 8 ตุลาคม 2555]. ที่มา: <http://www.happy8workplace.com/node/294>
7. HAPPINOMETER ความสุขวัดเองได้ [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2556. ผลการสำรวจความสุขคนทำงานในประเทศไทยรอบครึ่งปีแรก (มกราคม – มิถุนายน 2555); [วันที่อ้างถึง 30 มิถุนายน 2556]. ที่มา: <http://www.happinometer.ipsr.mahidol.ac.th>.
8. HAPPINOMETER ความสุขวัดเองได้[อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2556. ผลการสำรวจความสุขคนทำงานในประเทศไทยรอบครึ่งปีหลัง (กรกฎาคม – ธันวาคม 2555); [วันที่อ้างถึง 30 มิถุนายน 2556]. ที่มา: <http://www.happinometer.ipsr.mahidol.ac.th>.

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น Development of Health Literacy to Prevent Teenage Pregnancy

นางทัศนีย์ รอดชมภู

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นางธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ของโรงเรียน 1 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 รวม 30 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงโดยกลุ่มเพื่อน และวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 61 คน มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมการโดยการสร้างแนวร่วมจากภาคีเครือข่ายภายนอกสถานศึกษา 2) ขั้นตอนปฏิบัติการ คณะผู้วิจัยพัฒนาศักยภาพแกนนำเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการละลายพฤติกรรมวัยรุ่น การวิเคราะห์ภาพยนตร์สั้นและบทเรียนที่ได้รับ และการเสริมสร้างความเข้าใจด้วยระบบฐานความรู้ภายใต้แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากนั้นแกนนำจัดกิจกรรมในสถานศึกษา เพื่อพัฒนาวัยรุ่นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 3) ขั้นตอนติดตามและประเมินผลทั้งในกลุ่มแกนนำและนักเรียนในสถานศึกษา ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งด้านสาธารณสุข ท้องถิ่น ปกครองและแกนนำชุมชนร่วมวางแผนร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรมบนพื้นฐานการตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

2. แกนนำนักเรียน มีความสามารถในการสื่อสารความรู้ข่าวสารด้านเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น รวมทั้งดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในสถานศึกษาได้

3. วัยรุ่นในสถานศึกษา วัยรุ่นในโรงเรียนมีการเปลี่ยนแปลงความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน กล่าวคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพดีขึ้น ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับบุคลากรสาธารณสุข ครู และเรียนรู้จากเวปไซด์ที่น่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ด้านทักษะการตัดสินใจ พบว่า วัยรุ่นมีความคิดในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ด้านการจัดการตนเอง พบว่า มีการจัดการตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์

แต่คิดว่าความสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนไม่ได้เพิ่มขึ้น และด้านการรู้เท่าทันสื่อพบว่าช่องทางหรือการรู้แหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อการทวนสอบข้อมูลข้อเท็จจริงด้านเพศมีมากขึ้น

สรุปได้ว่า รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย การสร้างแนวร่วมจากภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ การจัดกิจกรรมสื่อสารความรู้ข่าวสารด้านเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในสถานศึกษา โดยแกนนำวัยรุ่น ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือ รูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สามารถนำไปดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ได้

ABSTRACT

This Action Research aimed to study the process of health literacy to prevent teenage pregnancy. The study sample included 91 students at a junior high school in Northeastern, Thailand. Of these, 30 students were leaders, purposively selected by their peers, and 61 students were simple randomly selected. The procedures consisted of three steps: 1) the preparation in creating the network of organizations in the community 2) the operating stage, the researchers developed and strengthened leaders' potential for health literacy using participatory learning process, involved in the adolescents' behavioral change, analyzed short film and the lessons learned, and strengthened the leaders' understanding of the health literacy process to prevent teenage pregnancy and improved adolescent reproductive health, and 3) the follow-up and evaluation of both leaders and students in schools. The results demonstrated that:

1. The community network including the local health care team, local government agencies, policemen and community participated in the study activities, such as follow-up and evaluation, based on continuous awareness of the impact of unwanted pregnancy.
2. The student leaders were able to communicate the knowledge of adolescent reproductive health, including the surveillance of risk behaviors in the schools.
3. Adolescents' health literacy had improved in all six aspects: a) A better quality in the access to sexual education, health services, and pregnancy prevention; b) Knowledge about sex and prevention of pregnancy increased significantly; c) Increase in communication skills about sexual health with public

health personnel, their teachers and the website; d) Improve in decision making skills in avoiding the risk and sexual engagement; e) Improve self-management in avoiding the risk of having sex, however, the ability to deny having sex did not increase; and f) Almost half of adolescents still watched risk media but were aware of the source of quality information for factual verification.

In conclusion, the process of health literacy to prevent teenage pregnancy included the collaboration of partnership networks in the community, capacity development and strengthening adolescent leaders' health literacy, and providing health education related to gender and pregnancy prevention, risk behavior surveillance in schools by adolescent leaders. Recommendation based on these findings is that the health literacy model to prevent pregnancy can be applied to improve the reproductive health at a district level.

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การคลอดของวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นปี 2552 พบประมาณ 336 คนต่อวัน วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอดเพิ่มจากร้อยละ 11.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2552 วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดประมาณ 3,000 คน และมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ในช่วงอายุน้อยลงเพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ พบว่าร้อยละ 8 ของการตั้งครรภ์ไม่มีการวางแผน ส่งผลให้มีอัตราการทำแท้งถึงร้อยละ 16 ขณะที่ ในรายที่มีการวางแผนก็ยังคงพบว่ามีการทำแท้งเช่นกันแต่มีอัตราการทำแท้งที่น้อยกว่าคือ ร้อยละ 1⁽²⁾ ร้อยละ 26.8 เป็นนักเรียน⁽⁷⁾ นักศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ปีงบประมาณ 2554 ในระบบรายงานพบว่า อัตรามารดามีบุตรอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 18.6 เรียงลำดับรายจังหวัด จากมากไปหาน้อยคือ 26.2, 19.8, 19.1, 18.6, 17.5, 16.5 และ 16.2 ในจังหวัด หนองบัวลำภู อุดรธานี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด เลย มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์

ในเขตสุขภาพที่ 7 พบ 70.3 ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ 8 พบ 67.76 ต่อแสนประชากร

วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสติปัญญาเมื่อช่วงชีวิตวัยรุ่นกำลังก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ที่เติบโตเต็มที่ในทุกๆด้านของเด็กวัยรุ่นเรียนและวัยรุ่น จึงต้องการการเตรียมความพร้อมและการพัฒนาสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ แต่ถ้าวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์และการคลอดเกิดขึ้นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยทั้งแม่และลูก เพราะกระดูกเชิงกรานที่ต้องรองรับการตั้งครรภ์และการคลอดยังไม่เติบโตเต็มที่ ไม่มีความพร้อมในการดูแลครรภ์ อาจส่งผลกระทบต่อลูกในครรภ์ อาจตัวเล็ก หรือคลอดก่อนกำหนด ไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูลูกอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากขาดความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจฐานะ ขาดความมั่นคงในการดูแลครอบครัว ขาดอาชีพ บางกลุ่มเกิดความล้มเหลวทางการเรียน การปรับตัวทางด้านอารมณ์และสังคมของแม่ยังต้องพัฒนาอีกมาก มีการปกปิดไม่ให้ผู้ปกครองรู้ ทำให้ขาดที่ปรึกษาที่ดี

ไปทำแท้งเถื่อน ทำให้เกิดการติดเชื้อและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

จะเห็นว่าการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากรอย่างชัดเจน รวมถึงด้านสังคมและเศรษฐกิจตามมา สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดจากหลายปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่ป้องกันได้และสร้างได้คือทักษะชีวิตของวัยรุ่นรวมทั้งความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถ้าวัยรุ่นมีทักษะชีวิตที่ดี มีความฉลาดทางสุขภาพ จะทำให้ทัศนคติและการปฏิบัติมีความเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลถึงปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นลดลง ดังนั้นการศึกษากระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น น่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาของวัยรุ่นได้ รวมทั้งเป็นต้นแบบการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นคำถามการวิจัยไว้ ดังนี้ 1.กระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นอย่างไร 2. ผลการพัฒนาฯ สามารถเปลี่ยนแปลงความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านเพศของวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่น

2. เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัยรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยปฏิบัติการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนชุมชนหนองกุ้งวิทยา ตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างมี 2 ประเภทคือกลุ่มแกนนำคัดเลือกกลุ่มแกนนำโดยการโหวตของนักเรียนแต่ละชั้นปี จากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 จำนวน 30 คน และกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาของกลุ่มแกนนำสุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของนักเรียน โรงเรียนและสภาพแวดล้อมโรงเรียน และชุมชน แบบสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาในโรงเรียน ประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นแบบสอบถามเพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพและคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพในระดับพื้นฐานของดอน นัทปิม⁽¹⁾ ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มวัยรุ่น เพื่อดูความเข้าใจของวัยรุ่นต่อข้อความและทราบคำตอบของวัยรุ่นว่าตรงกับวัตถุประสงค์ของข้อความ และความเป็นไปได้ในการใช้แบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและทีมนักวิจัยซึ่งผ่านการชี้แจงให้เข้าใจประเด็นและข้อคำถามของเครื่องมือแล้ว การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มแกนนำวัยรุ่นจำนวน 16 คน/2 กลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึกวัยรุ่น ครูอนามัย ครูประจำชั้นผู้บริหารโรงเรียน ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลเกี่ยวกับข้อมูลและปัญหาชุมชน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ทุกห้องเรียนจำนวน 61 คน ก่อนและหลังพัฒนาสู่มิอิสระต่อกัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน มีดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวางแผน (plan)

1.1 ประสานงานและคัดเลือกพื้นที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอและผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลวังชัย

1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานโรงเรียนและชุมชน ปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นในโรงเรียน

1.3 สร้างแนวร่วมดำเนินการกับเครือข่ายองค์กรในชุมชน

1.4 ประเมินความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในโรงเรียนก่อนดำเนินการ

2. ขั้นปฏิบัติการ (Implement)

2.1 จัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการละลายพฤติกรรม การวิเคราะห์ภาพยนตร์สั้นและสรุปบทเรียนที่ได้รับ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในระบบฐาน การประชุมกลุ่มจัดทำโครงการ

2.2 นำเสนอแผน/โครงการต่อแกนนำวัยรุ่น แกนนำชุมชน ครู ผู้บริหารโรงเรียนและเทศบาล ดำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3 กลุ่มแกนนำวัยรุ่นดำเนินโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียน

3. ขั้นติดตามและประเมินผล

3.1 ติดตามประเมินผลรูปแบบด้านความต่อเนื่องของโครงการและการยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

3.2 ประเมินความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ก่อนหลังการพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาและความเชื่อมโยง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 61 คน อายุระหว่าง 13-15 ปี อาชีพของบิดาและมารดา คือ รับจ้าง ร้อยละ 47.5 และ 49.2 ตามลำดับ รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 34.4 ทั้งบิดามารดา การศึกษาของบิดาและมารดาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 49.2 และ 54.1 ตามลำดับ รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.6 และ 19.7 ตามลำดับ สถานภาพความ

สัมพันธ์ของบิดาและมารดาปัจจุบันอยู่ด้วยกัน คือ ร้อยละ 70.5 หย่า ร้อยละ 13.1 แยกกันอยู่ ร้อยละ 11.5 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา เป็น ร้อยละ 54.1 รองลงมาอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 32.8 ฐานะเศรษฐกิจตามการรับรู้ ของนักเรียนส่วนใหญ่บอกว่าฐานะปานกลาง ร้อยละ 63.9 ฐานะดีร้อยละ 16.4 ไม่ทราบร้อยละ 19.7 นักเรียนคิดว่าได้รับค่าใช้จ่ายไปเรียน เพียงพอ ร้อยละ 86.8 ด้านสุขภาพจิต เวลาเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจนักเรียนจะปรึกษา แม่มากที่สุด รองลงมาคือพ่อ เพื่อนสนิทและครู ร้อยละ 39.3, 27.9, 14.8 และ 8.2 ตามลำดับ

2. ผลการสร้างแนวร่วมในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ ซึ่งเรียกว่าเป็นเครือข่ายองค์กร ในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลระดับตำบล 2 แห่ง เทศบาลตำบล สถานีตำรวจภูธร แกนนำผู้ปกครอง ครูอนามัย มีส่วนร่วมดำเนินการทุกกิจกรรม ได้แก่ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน ร่วมติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน และร่วมให้ข้อเสนอแนะ โรงเรียนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ดำเนินงานของวัยรุ่น เทศบาลเสนอให้ของบประมาณ ดำเนินการต่อเนื่อง โรงพยาบาลทั้งระดับตำบล และอำเภอยินดีสนับสนุนด้านการให้ความรู้ใน โรงเรียน

3. ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น แกนนำวัยรุ่นสามารถจัดทำโครงการและบริหารจัดการโครงการพัฒนานามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ให้มีความต่อเนื่อง ทั้งสิ้น 4 โครงการ ได้แก่ โครงการเสียงตามสาย.. เพื่อนใจวัยรุ่น โครงการชวนเพื่อนอ่านหนังสือ เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โครงการ

ให้การปรึกษา โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ของวัยรุ่นในโรงเรียน ซึ่งการดำเนินโครงการ ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากครูอนามัย ครูประจำชั้น และผู้บริหารโรงเรียน

4. ผลกระทบของโครงการต่อการพัฒนา ความฉลาดของวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทั้ง 6 ด้าน กล่าวคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1-3 พบว่าแหล่งความรู้ที่ดีสำหรับวัยรุ่นได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ได้ เพิ่มขึ้น และพบว่าได้รับความรู้จากเพื่อนเพิ่มขึ้น มีการรับการปรึกษาสุขภาพทางเพศในบุคลากร ทางการแพทย์ ครูและทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น และวัยรุ่นรู้จักคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มากขึ้น ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทักษะการสื่อสารพบว่าบุคคลแรกที่วัยรุ่นจะสื่อสารด้วยถ้าต้องการรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์คือเพื่อนและการค้นหา ทางอินเทอร์เน็ต และหลังการพัฒนาความคิด ที่ต้องการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู เพิ่มขึ้น บุคคลที่วัยรุ่นได้รับข้อมูลชัดเจนที่สุดคือ ครู บุคลากรสาธารณสุข ด้านทักษะการตัดสินใจ วัยรุ่นให้ความสำคัญกับพ่อแม่เป็นบุคคลที่มีผล ต่อการตัดสินใจมากที่สุด การตัดสินใจเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้น ด้านการจัดการตนเอง หลังพัฒนาพบว่า วัยรุ่นเห็นด้วยกับการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่มีความคิดว่าการตั้งครรภ์ใน วัยเรียนทำให้เสียอนาคต ทำให้อับอาย เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และคิดว่าสามารถปฏิเสธการมีเพศ

สัมพันธ์ได้ แต่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา ส่วน การรู้เท่าทันสื่อ ก่อนและหลังการพัฒนาวัยรุ่น มากกว่าร้อยละ 91 คิดว่าไม่ควรดูสื่อลามก แต่

มีวัยรุ่นร้อยละ 34.4 และ 29.5 (ก่อนและหลัง พัฒนา) เคยดูสื่อลามก 1-2 วันต่อสัปดาห์และ ลดลงเล็กน้อยหลังการพัฒนา ดังตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่เคยรับความรู้เรื่องเพศ				
ครู	32	52.5	32	52.5
พ่อ แม่ ผู้ปกครอง	32	52.5	31	50.8
เพื่อน	17	27.9	18	29.5
ทีวี	12	19.7	10	16.4
ญาติผู้ใหญ่	12	19.7	13	21.3
บุคลากรทางการแพทย์	11	18.0	21	34.4
อินเทอร์เน็ต	8	13.1	15	24.6
นิตยสาร/แผ่นพับ	6	9.8	5	8.2
แฟน/คู่รัก	4	6.6	2	3.3
วิทยุ	4	6.6	4	6.6
สายด่วน/Hot line	1	1.6	0	0.0
ไม่เคยรับความรู้เรื่องเพศ	1	1.6	0	0.0
แหล่งที่เคยปรึกษาสุขภาพทางเพศ				
พ่อ แม่ ผู้ปกครอง	35	57.1	30	49.2
ครู	24	39.7	31	50.8
เพื่อน/ลูกพี่ลูกน้องวัยเดียวกัน	14	23.7	17	27.9
ญาติผู้ใหญ่	12	19.7	12	19.7
อินเทอร์เน็ต	3	4.9	11	18.0
แฟน/คู่รัก	4	6.7	0	0.0
บุคลากรทางการแพทย์	1	1.6	13	21.3
สายด่วน/Hot line	1	1.6	2	3.3
ไม่เคยรับการปรึกษา	3	4.9	3	4.9
แหล่งที่วัยรุ่นจะขอรับบริการ การปรึกษา				
บุคลากรทางการแพทย์	31	50.8	31	50.8
ผู้ปกครอง	30	49.2	29	47.5
ครู	23	37.7	24	39.3
เพื่อน	12	19.7	15	24.6
ญาติผู้ใหญ่	10	16.4	10	16.4

ตารางที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ (ต่อ)

รายการ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สายด่วน	1	1.6	12	19.7
รู้จักคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น				
รู้จัก	28	45.9	49	80.3
ไม่รู้จัก	33	54.1	12	19.7

ตารางที่ 2 ความรู้และความเข้าใจเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่าง	N	\bar{X}	SD	t	Sig
ก่อนพัฒนา	61	4.4754	1.57699	-7.845	0.000
หลังพัฒนา	61	7.0656	2.04017		

ตารางที่ 3 ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์

ทักษะการสื่อสาร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีปฏิบัติของนักเรียนถ้าต้องการรู้เรื่องเพศและเรื่องการตั้งครรภ์				
- ถามเพื่อน	23	37.7	29	47.5
- ค้นหาในอินเทอร์เน็ต	13	21.3	25	40.9
- ถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	16.4	12	19.7
- ถามครู	7	11.5	10	16.4
- ถามพ่อแม่	5	8.1	5	8.2
- ถามแฟน	1	1.6	0	0.0
แหล่งที่วัยรุ่นได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ชัดเจนที่สุด				
- ครู	22	36.1	21	34.4
- ผู้ปกครอง	13	21.3	12	19.7
- บุคลากรสาธารณสุข	12	19.7	18	29.5
- เพื่อน	5	8.2	7	11.4

ตารางที่ 3 ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ทักษะการสื่อสาร	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- อินเทอร์เน็ต	3	4.9	2	3.3
- โทรศัพท์	3	4.9	0	0.0
- นิตยสาร	2	3.3	1	1.6
- ญาติ	1	1.6	0	0.0
บุคคลที่นักเรียนจะแนะนำให้ไปปรึกษาถ้าเพื่อน				
ปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์				
- พ่อแม่	23	37.7	23	37.7
- ครู	16	26.2	18	29.5
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	14	23.0	16	26.2
- เพื่อน	5	8.2	4	6.6
- ญาติ	1	1.6	0	0.0
- ไม่แน่ใจ	2	3.3	0	0.0

ตารางที่ 4 ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์

การตัดสินใจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของนักเรียนมากที่สุด				
- พ่อแม่	24	39.3	24	39.3
- ความคิดตัวเองเป็นหลัก	19	31.1	19	31.1
- ครู	11	18.0	12	19.7
- เพื่อน	7	11.5	6	9.8
การตัดสินใจถ้าเพื่อนต่างเพศชวนไปเที่ยวสองต่อสอง				
ในที่ลับตาคน				
ไป	28	46.0	18	30.0
- ไม่คิดมาก/เป็นเรื่องธรรมดา	28	46.0	18	30.0
ไม่ไป	33	54.0	43	70.0
- เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์/ไม่ไว้ใจ	18	29.5	43	70.0
- รู้สึกว่าเป็นสิ่งไม่ดีไม่ควรทำ	10	16.4	-	-
- ควรคุยกันในที่ที่คนมองเห็น	5	8.2	-	-

ตารางที่ 4 ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ (ต่อ)

การตัดสินใจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจถ้าเพศตรงข้ามชวนไปเที่ยวบ้าน				
ขณะผู้ปกครองไม่อยู่บ้าน				
ไป	29	47.5	12	19.7
- ไม่คิดว่าจะมีอะไร	23	37.7	8	13.1
- เป็นเพื่อนกัน	4	6.6	4	6.6
- สนุกดี	1	1.6	-	-
- อยากไปดูบ้านเพื่อน	1	1.6	-	-
ไม่ไป	32	52.5	49	80.3
- ไม่เหมาะสม	28	46.0	-	-
- มีความเสี่ยงต่อสิ่งไม่ดีไม่งามเกิดขึ้น/ไม่ไว้วางใจ	2	3.3	49	80.0
- พ่อแม่คงไม่ให้ไป	1	1.6	-	-
- ไม่คิดจะไป	1	1.6	-	-
การปฏิบัติถ้านักเรียนถูกบุคคล/ต่างเพศถูกรบกวนเนื้อต้องตัว				
ในลักษณะลวนลาม				
- ไม่พอใจรีบบอกเพื่อนว่าเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมกับวัย	36	59.0	35	57.4
- ไม่พอใจบอกกว่าถ้าไม่หยุดทำจะเลิกคบ	11	18.0	-	-
- หลบเลี่ยงบุคคลดังกล่าวทันที	10	16.4	26	42.6
- ไม่เป็นไร เป็นเรื่องธรรมดา	4	6.6	-	-
การปฏิบัติถ้านักเรียนเผชิญกับการมีผู้ขอมิเพศสัมพันธ์ด้วย				
ยอม	0	0.0	0	0.0
ไม่ยอม	55	90.2	60	98.4
- ไม่พร้อม/อยู่ในวัยเรียน/ยังไม่แต่งงาน	27	44.3	27	44.3
- กลัวตั้งครรภ์	13	21.3	20	32.8
- เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	9	14.8	12	19.7
- กลัวติดโรค	4	6.6	-	-
- จะทำให้เสียอนาคต	2	3.3	11	18.0
ไม่ตอบ	6	9.8	1	1.6

ตารางที่ 5 การจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง		เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น
		มาก	เห็นด้วย (ร้อยละ)	น้อย	ด้วย
นักเรียนอยู่ตามลำพังสองต่อสองกับแฟนหรือเพื่อนต่างเพศบ่อยๆ					
	ก่อนพัฒนา	6.0	17.0	44.4	32.6
	หลังพัฒนา	4.9	6.6	34.4	54.1
นักเรียนยอมให้แฟน/เพื่อนต่างเพศถูกเนื้อต้องตัวบ่อยๆ					
	ก่อนพัฒนา	14.7	20.2	27.8	37.3
	หลังพัฒนา	0.0	13.1	27.9	59.0
นักเรียนรู้สึกภูมิใจที่ได้กอดจูบกับแฟน/เพื่อนต่างเพศ					
	ก่อนพัฒนา	7.0	9.6	16.5	66.9
	หลังพัฒนา	6.5	6.6	14.8	72.1
การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นวิธีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม					
	ก่อนพัฒนา	55.1	20.4	10.4	14.1
	หลังพัฒนา	31.1	32.8	21.3	14.8
นักเรียนสามารถปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์					
	ก่อนพัฒนา	37.9	29.9	18.0	14.2
	หลังพัฒนา	39.3	31.2	16.4	13.1
การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนถือเป็นเรื่องปกติ					
	ก่อนพัฒนา	5.9	8.6	14.6	70.9
	หลังพัฒนา	4.7	8.2	16.6	70.5
วัยรุ่นสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้ามีการป้องกัน การตั้งครรรภ์ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
	ก่อนพัฒนา	18.6	24.6	32.8	24.0
	หลังพัฒนา	18.0	24.6	32.8	24.6
การรักษานวลสงวนตัวเป็นค่านิยมที่ล้ำสมัย					
	ก่อนพัฒนา	12.5	14.3	18.0	55.2
	หลังพัฒนา	11.5	14.8	18.0	55.7

ตารางที่ 5 การจัดการตนเอง (ต่อ)

การจัดการตนเอง		เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็น
		มาก	น้อย	น้อย	ด้วย
		(ร้อยละ)			
การตั้งครุภัณฑ์ในวัยเรียนทำให้เสียอนาคต	ก่อนพัฒนา	66.9	22.3	4.5	6.3
	หลังพัฒนา	65.6	22.7	4.9	6.8
การตั้งครุภัณฑ์ในวัยเรียนถือเป็นเรื่องน่าอับอาย	ก่อนพัฒนา	59.0	26.0	8.2	6.8
	หลังพัฒนา	59.0	26.2	8.2	6.6
การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นสิ่งที่ถูกต้อง	ก่อนพัฒนา	54.1	21.5	10.7	13.7
	หลังพัฒนา	55.7	21.3	9.8	13.2
นักเรียนสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนได้	ก่อนพัฒนา	54.1	21.5	10.7	13.7
	หลังพัฒนา	55.7	21.3	9.8	13.2

ตารางที่ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

ความคิด/การปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียนเคยดูสื่อลามกหรือไม่ (หนังสือ การ์ตูนลามก นิตยสาร คลิป Facebook)				
	ไม่เคย	33	54.1	33
เคย	28	45.9	28	45.9
ความบ่อยในการดูสื่อลามก				
1-2 วัน/สัปดาห์	21	34.4	18	29.5
3-4 วัน/สัปดาห์	2	3.3	-	-
5-6 วัน/สัปดาห์	5	8.2	10	16.4
ความคิดของนักเรียนต่อการดูหนังโป๊				
ไม่ชอบ	33	54.1	33	54.1
ดูเพื่อรู้ไม่ดูบ่อย	19	31.1	20	32.7
เป็นเรื่องธรรมดา	2	9.8	1	1.6
ไม่ตอบ	7	11.5	7	11.5

ตารางที่ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ต่อ)

ความคิด/การปฏิบัติ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ถ้ามีโฆษณาที่ระบุว่าสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางเพศได้ จะเชื่อหรือไม่				
เชื่อ	0	0.0	0	0.0
ไม่เชื่อ เพราะ	49	80.3	60	98.4
- เป็นเพียงโฆษณา	40	65.6	55	90.2
- เป็นไปไม่ได้	9	14.8	5	8.2
- ไม่ตอบ	12	19.7	1	1.6
การปฏิบัติของนักเรียนถ้าสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลหรือความรู้เรื่องเพศและการตั้งครรภ์ที่ได้จากสื่อ				
ปรึกษา/ถามครู	19	31.1	18	29.5
ปรึกษา/ถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รู้	18	29.5	28	45.9
ปรึกษา/ถามเพื่อน	12	19.7	18	29.5
ปรึกษา/ถามพ่อแม่หรือผู้ปกครอง	11	18.0	9	14.8
ค้นหาทางอินเทอร์เน็ต	-	-	8	13.1

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป ความต้องการของวัยรุ่นและข้อมูลพื้นฐานชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงเรียนชุมชนหนองกุงวิทยา ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากสภาพปัญหาและความต้องการของโรงเรียน ผู้บริหารมีความพร้อมในการรับการพัฒนาและการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านงบประมาณ รวมทั้งผู้บริหารเทศบาลมีวิสัยทัศน์การพัฒนาในกลุ่มวัยรุ่น ได้บรรจุไว้ในแผนการพัฒนามีงบประมาณอย่างชัดเจน โรงเรียนนี้เป็นโรงเรียนขนาดกลางรับนักเรียนจากชุมชนรอบๆ โรงเรียนและชุมชนอื่นๆ ในอำเภอ จากการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการพบว่า องค์กรต่างๆ ใน

ระดับตำบลและอำเภอที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นทุกแห่ง มีความยินดีเข้าร่วมดำเนินการในกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากในพื้นที่มีปัญหาเช่นเดียวกับที่อื่น ต้องการเรียนรู้และนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากองค์กรทุกแห่งเป็นเครือข่ายการทำงานแก้ไขปัญหาร่วมกันในพื้นที่เป็นทุนในการดำเนินงาน

ความต้องการการพัฒนาของกลุ่มวัยรุ่นในด้านเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่าสอดคล้องกันทั้งผลการสนทนากลุ่มและผลการประเมินก่อนการพัฒนา คือ กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ ขาดองค์ความรู้ในเรื่องเพศและการคุมกำเนิด และยังรู้จักแหล่งให้การปรึกษาของสถานบริการสาธารณสุขน้อยมาก และต้องการแหล่งให้การปรึกษาที่สะดวก ผู้ให้บริการมีวัยที่

ใกล้เคียงกับวัยรุ่น เข้าใจและเก็บความลับได้ และ ยังต้องการศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นที่เป็นศูนย์กลาง วัยรุ่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงการบริการ ของสถานบริการสาธารณสุขยังมีน้อย โดยเฉพาะ ด้านความรู้และการให้การปรึกษา นอกจากนี้ ยังมีความต้องการให้ผู้ปกครองเข้าใจมากขึ้นซึ่ง ทีมนักวิจัยได้ร่วมกับเครือข่ายชุมชนจัดประชุม ปฏิบัติการปรับทัศนคติและความเข้าใจเรื่อง เพศในวัยรุ่น โดยเน้นเรื่องการสื่อสารด้านเพศ ระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่นแก่ผู้ปกครองเด็ก 1 รุ่น เพื่อเป็นรูปแบบแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเทศบาลให้นำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

2. กระบวนการพัฒนาความฉลาดทาง สุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.1 รูปแบบการพัฒนาความฉลาด ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมี กระบวนการดังนี้ 1) การสร้างแนวร่วมจากเครือ ข่ายองค์กรในชุมชน 2) กระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมของกลุ่มแกนนำวัยรุ่น ซึ่งมีขั้นตอน สำคัญคือ การละลายพฤติกรรม การวิเคราะห์ ภาพยนตร์สั้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมใน ระบบฐาน การประชุมกลุ่มทำโครงการแก้ปัญหา 3) การดำเนินโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียน โดย กลุ่มแกนนำวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นในโรงเรียน อภิปรายดังนี้ การสร้างแนว ร่วมจากองค์กรเครือข่ายในชุมชน เป็นการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นปัญหาของชุมชนทุกหน่วย ดังนั้นทุกหน่วยจึง เป็นเจ้าของปัญหา เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกชั้น ตอนของการพัฒนา และกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมในขั้นตอนการละลายพฤติกรรม เป็น

กิจกรรมที่ทำให้ผู้เรียนรู้มีความสุขสนุกสนาน เพื่อ นำเข้าสู่การเรียนรู้ การระดมความคิดและการ อภิปรายที่ได้ผล (9) การวิเคราะห์ภาพยนตร์สั้น กลุ่มแกนนำสนใจชมภาพยนตร์มากและได้ ฝึกคิด ฝึกแก้ปัญหา และฝึกการตัดสินใจจาก บทบาทที่สมมุติขึ้นจากประสบการณ์ของ วัยรุ่น คล้ายคลึงสิ่งที่เป็นจริง ทำให้รู้และ เข้าใจได้ง่าย สามารถวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อ การมีเพศสัมพันธ์จากภาพยนตร์ได้สามารถ วิเคราะห์ทางเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมใน การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนที่เป็นเพศ ตรงข้าม และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมี แกนนำวัยรุ่นให้ข้อมูลเปรียบเทียบกับเพื่อน วัยรุ่นที่มีปัญหาตั้งครรภ์ในวัยเรียนที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มแกนนำ มีความ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของสุภาวดี ป้องสา และคณะ ปี 2555 (7) ที่ได้สำรวจความคิดเห็น และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขต รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่าสาเหตุ สำคัญของการมีเพศสัมพันธ์เกิดจากการอยาก ลองอยากรู้ อยู่ด้วยกันสองต่อสอง และวัยรุ่น คิดว่าเป็นความรักและสอดคล้องกับผลการศึกษา ของตี้ม บุญรอด (4) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะ กรรมการอาชีวศึกษา อำเภอเมืองของจังหวัด แห่งหนึ่ง พบว่า สถานที่ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกคือ บ้าน/ที่พักการเรียนรู้แบบมีส่วน ร่วมของกลุ่มแกนนำวัยรุ่นในระบบฐาน สร้าง โอกาสให้แกนนำเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ ให้มีความครอบคลุม ผสมผสานกับการทำงาน เป็นกลุ่ม การค้นด้วยตนเองโดยการอ่าน การถาม การฟังหรือการดูภาพยนตร์สั้น เป็นการสร้าง

ประสบการณ์ในกระบวนการเรียนรู้⁽⁸⁾ ทำให้วัยรุ่นรู้สึกเป็นเจ้าของบทเรียน กระตือรือร้นในการค้นหาความรู้ แบ่งประเด็นค้นหาและเขียนคำตอบรวมทั้งมีการแบ่งกันนำเสนอ ผลงานกลุ่มพบว่า สามารถตอบคำถามและนำเสนอได้มากกว่าร้อยละ 80 เนื้อหาที่ไม่ครอบคลุมวิทยากรเป็นผู้เพิ่มเติมให้ การประชุมกลุ่มจัดทำโครงการแก้ปัญหาและพัฒนาวัยรุ่นในโรงเรียน กลุ่มแกนนำมีการวิเคราะห์ปัญหาจากประสบการณ์และจากการค้นข้อมูลของทีมวิจัย มีการระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นขั้นสะท้อนคิด เรียนรู้กันเป็นกลุ่ม ซึ่งมีผลดีต่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁽⁵⁾ เป็นกระบวนการที่วัยรุ่นบริหารจัดการกลุ่มเอง แบ่งบทบาทหน้าที่ในกลุ่ม และระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำโครงการ แต่แกนนำวัยรุ่นเหล่านี้ไม่มีประสบการณ์การจัดทำโครงการมาก่อน นักวิจัยและเครือข่ายชุมชนได้ช่วยเหลือกระบวนการอย่างใกล้ชิด โครงการที่เกิดขึ้นได้เกิดจากสิ่งที่วัยรุ่นวิเคราะห์และต้องการจะทำ และมีการทบทวนปรับปรุงเมื่อนำไปปฏิบัติจริง

2.2 ความต่อเนื่องของโครงการ จากการติดตามประเมินผลพบว่า โครงการที่ดำเนินการต่อเนื่องมี 4 โครงการนักเรียนรับรู้ว่ากลุ่มแกนนำผ่านการพัฒนาศักยภาพ และทำโครงการเสียงตามสาย..เพื่อนใจวัยรุ่น โครงการชวนเพื่อนอ่านหนังสือเรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในโรงเรียน โครงการการให้การปรึกษาวัยรุ่นในโรงเรียนมีความพึงพอใจรับทราบประโยชน์ และร่วมกิจกรรมโครงการ เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ทางเสียงตามสาย และมีการตอบปัญหาชิงรางวัลทางเสียงตามสาย ทำให้การรับรู้ของวัยรุ่นในโรงเรียน

มีความครอบคลุมสูง จากการสุ่มถามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 พบว่าทุกคนรู้จักโครงการ และได้ฟังรายการให้ความรู้ทางเสียงตามสายของโรงเรียน และรับรู้ว่ามีโครงการ 4 โครงการ ในการติดตามทีมนักวิจัยได้ประสานเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ครูแดร์ (เจ้าหน้าที่ตำรวจ) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แกนนำชุมชน (ผู้ปกครอง) ร่วมติดตามโครงการด้วย อภิปรายดังนี้ ความต่อเนื่องของโครงการเกิดจากแกนนำวัยรุ่นที่สามารถบริหารจัดการโครงการได้ดี และมีกลยุทธ์ให้นักเรียนมีส่วนร่วม จากการสนับสนุนและการยอมรับของครู และผู้บริหารโรงเรียนที่เป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานตามศักยภาพของโรงเรียน และการที่เครือข่ายองค์กรชุมชนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ การร่วมติดตามและร่วมประเมินผล เป็นส่วนดีที่ทำให้หน่วยงานเหล่านั้นได้รับรู้ปัญหาทั้งฝ่ายสาธารณสุขและท้องถิ่น ทำให้ครูและนักเรียนมีความกระตือรือร้นและมีพลังในการพัฒนา นอกจากนี้เทศบาลยังได้เสนอให้นักเรียนทำโครงการของงบประมาณ ไปยังเทศบาลเพื่อดำเนินการให้ต่อเนื่องในปีต่อไป

3. ผลประเมินความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

3.1 กลุ่มแกนนำวัยรุ่น ที่ผ่านการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางหลักคือ 1) การละลายพฤติกรรม 2) การวิเคราะห์ภาพยนตร์สั้นและบทเรียนที่ได้จากภาพยนตร์สั้น 3) การค้นหา-การเขียน-การนำเสนอความรู้จากฐานความรู้ตามประเด็นที่ทีมนักวิจัยกำหนดคำถาม

4) การจัดทำโครงการพัฒนาทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูล ได้เรียนรู้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับวัยรุ่นที่วัยรุ่นควรใช้บริการ ได้แก่เอกสาร/แผ่นพับ/โปสเตอร์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เว็บไซต์ที่มีองค์ความรู้ที่ครบถ้วน เว็บไซต์ของสถานบริการสาธารณสุขที่ให้การปรึกษาและมีสื่อต่างๆให้ดูสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ให้บริการคลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นใกล้บ้าน และในระดับจังหวัดผลของกระบวนการทำให้วัยรุ่นบอกได้ว่าจะค้นหาข้อมูลและความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์จากแหล่งใดบ้าง จะปรึกษาทางเว็บไซต์จากแหล่งใด จะดูสื่อต่างๆของวัยรุ่นจากแหล่งใดบอกได้ว่าสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ให้บริการสุขภาพแก่วัยรุ่นใกล้บ้านและในระดับจังหวัดตั้งอยู่ที่ใดด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มแกนนำจากการสนทนากลุ่มพบว่า วัยรุ่นสามารถบอกทีมนักวิจัยเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเรื่องเพศ การคุมกำเนิดที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ด้านการสื่อสาร วัยรุ่นได้รับการฝึกทักษะการพูด การอ่าน การเขียนในกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มตามฐาน ซึ่งสามารถช่วยกันค้นหาคำตอบแบบกลุ่ม โดยการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบแต่ละประเด็นเพื่อค้นหา-อ่านเป็นส่วนใหญ่เมื่อครบทุกข้อแล้วมีการคัดเลือกตัวแทนนำเสนอผลงานจากการค้นคว้า บางกลุ่มนำเสนอ 2 คน บางกลุ่มรับผิดชอบคนละหัวข้อ มีการถามข้อสงสัยจากวิทยากรประจำฐานเมื่อค้นหาคำตอบไม่พบ กลุ่มแกนนำสามารถจัดทำโครงการพัฒนากลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน ด้านทักษะการตัดสินใจและด้านการจัดการตนเอง แกนนำได้เรียนรู้บทเรียนจากภาพยนตร์สั้นโดยรวมวิเคราะห์ตัวละครผลดีและผลเสียจากการตัดสินใจของตัวละคร

รวมทั้งวิธีปฏิบัติที่ดีและไม่ดีของตัวละคร ทำให้เกิดทัศนคติเชิงบวกในการปรึกษาพ่อแม่ ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อสงสัยว่าจะเกิดความเสียและผลเสียเรื่องเพศ นอกจากนี้กลุ่มแกนนำได้ร่วมกันจัดทำโครงการและวางแผนกิจกรรมรวมทั้งแบ่งหน้าที่กันในการจัดการกับปัญหาที่พบและแผนการถ่ายทอดความรู้เรื่องเพศที่ควรรู้และสามารถทำกิจกรรมการให้ความรู้ทางเสียงตามสาย การให้การปรึกษา การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในโรงเรียนได้ ซึ่งแกนนำส่วนใหญ่มีภาวะผู้นำและสามารถทำงานเป็นทีมและบริหารโครงการให้ดำเนินการต่อเนื่อง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ กลุ่มแกนนำได้รับการแนะนำสื่อต่างๆ สำหรับวัยรุ่นที่ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจากการทบทวนในการประชุมกลุ่มพบว่า วัยรุ่นสามารถจำได้และมีการจดบันทึกไว้เพื่อการเผยแพร่ให้เพื่อนๆ รู้แหล่งที่จะสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องคือสถานบริการสาธารณสุข และเว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่นักวิจัยให้ข้อมูล

3.2 กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการของแกนนำวัยรุ่น

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่าแหล่งที่วัยรุ่นได้รับความรู้และได้รับการปรึกษาสุขภาพทางเพศมากที่สุดคือ พ่อแม่ ครูและเพื่อนทั้งก่อนและหลังพัฒนา หลังพัฒนาพบว่าวัยรุ่นได้รับความรู้และได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และทางอินเทอร์เน็ตมากขึ้นอย่างชัดเจน และวัยรุ่นคิดว่าต่อไปถ้ามีปัญหาจะปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครองและครูมากที่สุดตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีความคิดที่จะปรึกษาเพื่อน อินเทอร์เน็ตและสายด่วนเพิ่ม

ขึ้น แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการเข้าถึงและการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น และใช้แหล่งที่ตรงความต้องการด้านอนามัย การเจริญพันธุ์มากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการถ่ายทอดความรู้ข่าวสารของกลุ่มแกนนำ โดยเฉพาะทางเสียงตามสาย การให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นในโรงเรียน และที่สำคัญครูอนามัยได้มีการประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นในโรงเรียนทราบว่า กลุ่มแกนนำได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพและมีความรู้เรื่องเพศ พร้อมจะเป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่เพื่อนๆ ได้ วัยรุ่นรู้จักคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.9 เป็น ร้อยละ 80.3 ซึ่งเป็นข่าวสารที่ทีวีวิทยากรเน้นว่าต้องประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นทุกคนทราบ ในกลุ่มที่ไม่รู้จักอีกเกือบ ร้อยละ 20 เป็นกลุ่มที่น่าสนใจเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารของวัยรุ่นเองที่ครูอาจต้องค้นหาและแก้ไขต่อไป

2) ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ก่อนพัฒนาวัยรุ่นมีความรู้ในระดับต่ำถึงร้อยละ 67.2 นอกนั้นมีความรู้ระดับกลาง หลังพัฒนาวัยรุ่นมีความรู้ในระดับมากถึงร้อยละ 41.0 มีความรู้ระดับกลางถึงร้อยละ 49.2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายดังนี้ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มแกนนำมีประสิทธิผล คือแกนนำสามารถทำโครงการที่มีผลทำให้วัยรุ่นในโรงเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่า การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านการรับความรู้และการปรึกษาลำดับแรกๆ ก่อนพัฒนาและหลังพัฒนาวัยรุ่นใช้บริการใกล้เคียงกัน แทบจะไม่มีแตกต่าง แต่ข้อสังเกตคือแหล่งให้ความรู้และการให้การปรึกษาที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากร

ที่มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น นั่นคือการใช้บริการด้านความรู้และการให้การปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และมีการค้นหาความรู้ทางอินเทอร์เน็ตในเว็บไซต์ที่ให้ความรู้และให้การปรึกษาอย่างดีเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งน่าจะส่งผลดีต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เพราะจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าถ้านักเรียนรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ในระดับมากจะทำให้พฤติกรรมแต่ต้องสัมผัสเชิงคู่สาวและการมีเพศสัมพันธ์น้อยลง⁽¹²⁾

3) ด้านการสื่อสารเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า บุคคลแรกที่วัยรุ่นจะสื่อสารด้วยถ้าต้องการรู้เรื่องเพศคือเพื่อน เป็นลำดับแรก ลำดับต่อมาคือ การค้นหาทางอินเทอร์เน็ต และวัยรุ่นบอกว่าบุคคลที่สื่อสารเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีที่สุดสำหรับวัยรุ่นคือครูทั้งก่อนและหลังพัฒนารองลงมาภายหลังจากพัฒนาแล้วคือ บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลแรกที่วัยรุ่นจะแนะนำไปพบถ้าเพื่อนปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ คือพ่อแม่ ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ อภิปรายดังนี้ เนื่องจากกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลมากในวัยนี้ เพื่อนจึงเป็นบุคคลแรกที่วัยรุ่นจะนึกถึง ถึงแม้ว่าการถามหรือการปรึกษาแล้วจะไม่ได้ข้อมูลตามต้องการและไม่ชัดเจน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นบอกว่าเพื่อนจะเข้าใจกันและให้กำลังใจมากกว่าพ่อแม่ อยู่กับเพื่อนแล้วรู้สึกเป็นอิสระไม่ถูกจำกัดกรอบเหมือนอยู่กับพ่อแม่และรู้สึกว่าตนเองมีเอกลักษณ์ สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการ ที่พัฒนาการทางสังคมเด็กวัยรุ่นจะเด่นชัดมาก เด็กจะให้ความสำคัญต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทั้งต่อบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่น แต่ถ้าวัยรุ่นเกิดความขัดแย้งในครอบครัววัยรุ่น

จะอยู่กับกลุ่มเพื่อนซึ่งวัยรุ่นคิดว่ามีความเข้าใจซึ่งกันและกันอย่างมาก มีความสุขเมื่อได้อยู่ด้วยกัน และสอดคล้องกับ Amett⁽¹⁰⁾ ที่ว่า วัยรุ่นเริ่มที่จะออกห่างครอบครัว เริ่มมีปฏิสัมพันธ์และมีสัมพันธภาพกับบุคคลภายนอกครอบครัวมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนและเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นมากและเริ่มสนใจที่จะคบเพื่อนต่างเพศ นอกจากนี้ Dacey and Kenny⁽¹¹⁾ ยังกล่าวว่า การคบเพื่อนหรือการมีกลุ่มเพื่อนเป็นพัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่น เมื่อวัยรุ่นมีโอกาสที่จะได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม วัยรุ่นมีโอกาสที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ ที่สำคัญ เนื่องจากกลุ่มเพื่อนจะทำให้วัยรุ่นเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ คอยสนับสนุนประคับประคองจิตใจกันละกัน พัฒนาทักษะทางสังคมและความสามารถในการใช้เหตุผล พัฒนาต่อพฤติกรรมทางเพศและบทบาททางเพศอีกด้วย

4) ด้านทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์
พบว่าบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่นมากที่สุดคือ พ่อแม่และตัวเองเป็นหลัก ร้อยละ 39.3 และ 31.1 ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา วัยรุ่นส่วนใหญ่คิดว่าการไปเที่ยวสองต่อสองในที่ลับตาคน และการไปเที่ยวบ้านเพื่อนที่เป็นเพศตรงข้ามขณะผู้ปกครองไม่อยู่บ้านไม่ควรทำ ซึ่งเพิ่มขึ้นหลังพัฒนา ส่วนใหญ่มองเห็นความเสี่ยงต่อสิ่งไม่ดีด้านเพศเกิดขึ้น และไม่เห็นด้วยกับการถูกเนื้อต้องตัวและการแสดงออกด้านเพศ อภิปรายดังนี้ วัยรุ่นส่วนใหญ่มีจิตสำนึกดี ไม่คิดนอกกลุ่มนอกทางและคิดว่าพ่อกับแม่เป็นที่ปรึกษาที่ดีในลำดับแรกๆ นอกจากนี้จากผลการประเมินยังพบว่า วัยรุ่นให้ความสำคัญกับพ่อแม่ต่อกระบวนการตัดสินใจ แต่มีวัยรุ่นเกือบครึ่งที่มอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดาและไม่คิดว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ซึ่งวัยรุ่นที่มองภาพแบบนั้นลดลงหลังการพัฒนา กลุ่มแกนนำจึงควรถ่ายทอดเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นให้วัยรุ่นทราบครอบคลุมมากขึ้น ครูอาจต้องคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าอบรมและพัฒนาทักษะชีวิตเพิ่มเติม

5) ด้านการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความคิดในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากความเสี่ยงด้านเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์และเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา มีข้อสังเกตคือ ความคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนถือเป็นเรื่องปกติไม่ลดลง และพบว่าความคิดการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ไม่ลดลง อภิปรายดังนี้ ทักษะคิดด้านเพศของวัยรุ่นส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปและขัดแย้งกับกลุ่มอนุรักษ์ ซึ่งเห็นว่าวัยรุ่นในโรงเรียนแห่งนี้มีกลุ่มที่มีความคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องปกติทั้งก่อนและหลังพัฒนาเปลี่ยนแปลงน้อยมากคือประมาณร้อยละ 13 สอดคล้องกับการศึกษาของดวงมาลัย แสงไกล ปี 2552⁽³⁾ ได้ศึกษาการอยู่กินกันก่อนแต่งงานของนักศึกษาในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า วัยรุ่นมีทัศนคติทางเพศเกี่ยวกับการมีคู่รักและการมีชีวิตคู่ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมดา และการศึกษาของศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) พบว่า การรับรู้ของเด็กเห็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่ความผิดเพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่ชอบ

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ วัยรุ่นรู้ว่าไม่ควรดูสื่อลามกสูงถึงร้อยละ 91.8 และ 93.4 (ก่อน

และหลังการพัฒนา) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าวัยรุ่นคู่มือลามกสัปดาห์ละ 1-2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 34.4 และ 29.5 (ก่อนและหลังพัฒนา) และทราบว่าไม่ควรซื้อสื่อโฆษณาร้อยละ 80.3 และ 98.4 (ก่อนพัฒนาหลังพัฒนา) และรู้แหล่งสอบถามข้อมูล กลุ่มแกนนำรู้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือทั้งแหล่งข้อมูลบุคคล สถานที่ และเว็บไซต์ที่ดีด้านการให้ความรู้ และการให้การปรึกษา และยังเป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่วัยรุ่นในโรงเรียน อภิปรายดังนี้ วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงจากแรงขับทางเพศทำให้มีความสนใจในเรื่องเพศเป็นอย่างมาก ความสนใจนี้ทำให้วัยรุ่นอยากรู้อยากเห็น สนใจศึกษา ค้นหา ทดลองสิ่งใหม่ มีการแสวงหาความรู้ทั้งจากหนังสือ จากเพื่อน จากสื่อต่าง ๆ ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ วีซีดีถ้าวัยรุ่นได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ยั่วยุก็จะมีแนวโน้มที่จะสนองตอบต่อความต้องการของตนได้ง่าย เช่นจากสื่อต่างๆ ทำให้เกิดความอยากรู้อยากเห็นหรืออยากรู้อยากทดลอง ถ้าเด็กได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และมีข้อมูลเพียงพอจะทำให้รู้เท่าทันสื่อเหล่านั้น จะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความหลงหรือมัวเมาได้ ถึงแม้จะต้องเผชิญกับสื่อหรือสิ่งที่ยั่วยุต่างๆ เขาก็จะรู้จักวิเคราะห์หรือถ้ามีปัญหาไม่รู้ไม่แน่ใจเขาก็จะกล้าที่จะนำมาปรึกษาพ่อแม่หรือคนที่เขาไว้วางใจ ซึ่งจากผลประเมิณพบว่าวัยรุ่นเคยปรึกษาเรื่องเพศกับพ่อแม่และครูสูงในอันดับต้นๆและหลังพัฒนามักพบว่ามีการใช้บริการการปรึกษามูลนิธิทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังว่าต่อไปจะขอรับบริการการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในลำดับต้นๆ

สรุปรูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์รูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาความฉลาดคือ

1) การสร้างแนวร่วมในการดำเนินงาน 2) การพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นในระบบฐาน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : การละลายพฤติกรรม การวิเคราะห์ภาพยนตร์สั้นและบทเรียนที่ได้รับจากภาพยนตร์สั้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นในระบบฐานความรู้ตามแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ 3)การจัดทำโครงการแก้ปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนและการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโดยกลุ่มแกนนำวัยรุ่น สามารถทำให้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนในภาพรวม ทั้ง 6 ด้านคือ การเข้าถึงแหล่งข้อมูล และแหล่งบริการสุขภาพเรื่องเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น เข้าถึงแหล่งบริการด้านการปรึกษาที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น มีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทักษะการสื่อสารเรื่องเพศกับบุคลากรสาธารณสุข ครูและเรียนรู้จากเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น ด้านทักษะการตัดสินใจพบว่าวัยรุ่นมีความคิดหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เรื่องการรู้เท่าทันสื่อพบว่าวัยรุ่นมีความคิดที่จะทวนสอบข้อมูลที่สงสัยเกี่ยวกับเรื่องเพศและการตั้งครรภ์ จากบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น ส่วนด้านการจัดการตนเองพบว่า มีการจัดการตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แต่คิดว่าความสามารถปฏิบัติเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนไม่ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน ถ้าวัยรุ่นได้รับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องยาวนานขึ้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน่าจะดีขึ้น ครูและบุคลากรสาธารณสุข

ในพื้นที่ที่มีความสำคัญมากในการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติซึ่งอาจใช้สื่อภาพยนตร์สั้นประกอบการเรียนการสอนกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน เพื่อให้เกิดความตระหนักมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ควรนำรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเพื่อป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนและชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงและแก้ปัญหาด้านเพศและป้องกันการตั้งครรภ์โดยกลุ่มวัยรุ่นเพื่อวัยรุ่นและมีภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมของวัยรุ่น
2. โรงเรียนควรพัฒนาแกนนำนักเรียนและครูให้มีศักยภาพในการเป็นที่ปรึกษาเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่าง

ต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า บุคคลแรกที่วัยรุ่นไว้วางใจและปรึกษาเมื่อต้องการหรือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นคือเพื่อน บุคคลที่สองคือครู

3. โรงเรียนควรมีระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการบริการด้านความรู้ ด้านการศึกษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่มีความคิดหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และไม่ลดลงหลังการพัฒนา

4. ควรมีการวิจัยและพัฒนากระบวนการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างน้อย 2 ปีต่อเนื่องเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของแกนนำและระบบสนับสนุนในโรงเรียนและชุมชนต่อเนื่อง

5. ควรพัฒนาเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นเพื่อให้ได้นวัตกรรมกระบวนการมาประยุกต์ใช้อย่างหลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา. ความฉลาดทางสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์, 2554.
2. กฤตยา อาชวนิจกุล. สารพันความรู้ประชากร. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
3. ดวงมัลย์ แสงไกล. การกินอยู่กันก่อนแต่งงานของนักศึกษาในสถานศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพัฒนาสังคม : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552
4. ตัม บัญรอด. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา. สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
5. พรวิณัส นุ่มท้วม. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. มหาสารคาม : คณะวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554
6. ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). จังหวัดขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

7. สุภาวดี ป้องสาและคณะ. สํารวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในเขตการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2555.
8. สมณฑา พรหมบุญและคณะ. ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม:ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎี และแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2549.
9. อติศร วงศ์คงเดช. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. เอกสารประกอบการฝึกอบรม ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น, 2548.
10. Arnett, J.J. Adolescence and Emerging Adulthood. New Jersey : Printice – Hal, 2001.
11. Dacey, J. and Kenny, M. Adolescent Development. 2nded. Dobuge : Time Mirror Higher,1997.
12. Porter, C.P., Oakley, D., Ronis, D.L. & Neal, R.W. Pathways of influence on fifth and eighth graders' report about having had sexual intercourse. Research in Nurse & Health19, 193-204.

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

กิตติพร นาคเสน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 30 จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่าประเทศไทยยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าเป้าหมาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน และศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น วิธีการศึกษาโดยเก็บข้อมูลมารดาและทารกในหอผู้ป่วยหลังคลอด และข้อมูลจากมารดาที่พาบุตรมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24 เดือน ระหว่างมีนาคม 2551 ถึง มิถุนายน 2554 จำนวน 295 คน รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square test ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 93.2 อายุมารดาอยู่ในช่วง 21- 30 ปีร้อยละ 58.0 อาชีพมารดาร้อยละ 36.6 ไม่มีงานประจำ ส่วนใหญ่มารดาไม่ต้องลาคลอดร้อยละ 71.9 มารดาส่วนใหญ่วางแผนจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ร้อยละ 88.8 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนร้อยละ 61.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ อาชีพของมารดา สิทธิการลาคลอดของมารดา และการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาเพื่อหาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาและเด็ก 0-5 ปีเพื่อให้ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างเต็มที่เพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

ABSTRACT

Breast milk is the best for infant. The goal of exclusive breastfeeding for 6 months rate was more than 30%. By the survey of Department of Health, rate of exclusive breastfeeding was lower than the target. This study explored the rate of

exclusive breastfeeding at least 6 months of age and related factors to breastfeeding at 6 months in Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Centre 6, KhonKaen. The research tools were data recording forms. Sample groups were 295 mothers in postpartum ward and were followed up at well child clinic. Data recorded since March 2008 to June 2011. Data was analyzed by using percentage, frequency and chi-square test. The result of this study showed most of sample groups lived in district was 93.2%. Maternal ages during 21 -30 years was 58 %. Mothers had no occupation was 36.6%. No maternity leave was 71.9%. Most of mothers planned to breastfeeding 6 months was 88.8%. Rate of exclusive breast feeding at least 6 months was 61.0%. Factors which related exclusive breastfeeding statistically significant ($P < 0.05$) were maternal occupation, maternity and the plan of breastfeeding. This study is useful in system of maternal care in order to get exclusive breastfeeding at least 6 months for children aged 0-5 years to fully growth and development.

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารต่างๆ ครบถ้วนตามที่ร่างกายทารกต้องการ และยังมีสารภูมิต้านทาน สารสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยให้เนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายเจริญเติบโต และทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์⁽¹⁾ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของทารกและเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 จนถึงปัจจุบันโดยกำหนดเป้าหมายเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 4 เดือน เปลี่ยนเป็น 6 เดือน ตามแนวทางการให้อาหารทารกและเด็กเล็กขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2545 ที่แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวยุติในระยะเวลา 6 เดือนแรก หลังจากนั้นให้ร่วม

กับอาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี หรือมากกว่า⁽²⁾ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตั้งเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือนให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 30 จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่า ประเทศไทยยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าเป้าหมาย และด้วยพระบารมีของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ที่ทรงเป็นผู้นำในการเป็นต้นแบบแม่ยุคใหม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเกิดโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวของกรมอนามัยซึ่งมีมาตรฐานการดูแลมารดาและเด็กที่ครอบคลุมการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากข้อมูลตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่มาฝากครรภ์ คลอดและบุตร

มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2551 ถึง ปี 2555 มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ จาก 40.92% ในปี 2551 เหลือเพียง 32.44% ในปี 2555 ภายใต้โครงการการสร้างรากฐานชีวิตและสังคมด้วย นมแม่ ได้มีโครงการวิจัยการศึกษาติดตามทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี (ปัจจัยและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน) โดย รศ.พญ.กฤษมา ชูศิลป์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยขอนแก่น เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตหัวหน้าโครงการวิจัย เพื่อนำข้อมูลของแบบบันทึกข้อมูลบางส่วน ของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และเด็กอายุ 0 -5 ปี ให้ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างเต็มที่เพื่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน และศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการศึกษาติดตามทารกตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี (ปัจจัยและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน) โดยเก็บข้อมูล

มารดาและทารกในหอผู้ป่วยหลังคลอด และสัมภาษณ์มารดาที่พบบุตรมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่อายุ 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นระหว่างเดือนมีนาคม 2551 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 จำนวน 295 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test

นิยามศัพท์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน หมายถึง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้นำนมผสม หรืออาหารอื่นเพิ่มเติม

Latch score⁽³⁾ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกประสิทธิภาพของการให้นมแทนการรายงานความคิดเห็นของตนเอง

ผลการศึกษา ลักษณะทั่วไปด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พบว่ามารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 93.2 สำหรับมารดาอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีร้อยละ 58.0 มารดามีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 37.6 ปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 33.2 อาชีพมารดาร้อยละ 36.6 ไม่มีงานประจำ รายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 28.1 รายได้ 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 24.7 ส่วนใหญ่มารดาไม่มีสิทธิลาคลอดหมายถึงไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้านไม่ต้องลาคลอด ร้อยละ 71.9 สิทธิลาคลอด 90 วันร้อยละ 22.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม

รายละเอียด (n = 295)	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย		
ในเขตอำเภอเมือง	275	93.2
นอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น	15	5.1
ต่างจังหวัด	5	1.7
อายุของมารดา		
ต่ำกว่า 20 ปี	52	17.6
21- 30 ปี	171	58.0
31 – 40 ปี	70	23.7
41 ปีขึ้นไป	2	0.7
การศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา	17	5.8
มัธยมศึกษา	111	37.6
ปวช./ ปวส.	66	22.4
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	98	33.2
ไม่ได้ศึกษา	3	1.0
อาชีพของมารดา		
ไม่มีงานประจำ	108	36.6
ค้าขาย	61	20.7
ลูกจ้าง	56	19.0
รับจ้าง	28	9.5
ธุรกิจส่วนตัว	22	7.5
รับราชการ	14	4.7
เกษตรกร	2	0.7
รัฐวิสาหกิจ	1	0.3
อื่นๆ	3	1.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000 บาท	16	5.5
5001 – 10,000 บาท	73	24.7
10,001 – 15,000 บาท	56	19.0
15,001 – 20,000 บาท	67	22.7
มากกว่า 20,000 บาท	83	28.1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม (ต่อ)

รายละเอียด (n = 295)	จำนวน	ร้อยละ
มารดามีสิทธิลาคลอดนาน		
ไม่มีสิทธิ (ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน)	212	71.9
30 วัน	6	2.0
60 วัน	6	2.0
90 วัน	65	22.1
อื่นๆ	6	2.0

ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่มาคลอดส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรกร้อยละ 46.8 มารดามีประวัติการฝากครรภ์ ร้อยละ 99.0 การฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ร้อยละ 40.3 อายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ร้อยละ 29.8 สถานบริการที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ร้อยละ 81.4 ก่อนตั้งครรภ์มารดาไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 94.2 มารดาได้รับการตรวจเต้านมและห้วงมขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 92.2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
มารดาครรภ์ที่		
ครรภ์ที่ 1	138	46.8
ครรภ์ที่ 2	127	43.0
ครรภ์ที่ 3	26	8.8
ครรภ์ที่ 4	2	0.7
ครรภ์ที่ 5	2	0.7
ประวัติฝากครรภ์		
เคย	292	99.0
ไม่เคย	3	1.0
ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์		
1-4 สัปดาห์	11	3.8
5-8 สัปดาห์	77	26.1
9-12 สัปดาห์	88	29.8
มากกว่า 12 สัปดาห์	119	40.3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด (ต่อ)

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการที่เคยฝากครรภ์		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6	240	81.4
คลินิกแพทย์	26	8.8
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย /ของรัฐอื่นๆ	22	7.4
อื่นๆ	7	2.4
โรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์		
ไม่มี	278	94.2
มี	17	5.8
ผลการตรวจเต้านมและห้วงมขณะตั้งครรภ์		
เต้านมห้วงมปกติ	272	92.2
เต้านมห้วงมผิดปกติ เช่น ห้วงมบอด/บวม	19	6.4
ไม่ได้ตรวจ	4	1.4

ประวัติการคลอดของมารดา ส่วนใหญ่คลอดด้วยวิธีปกติร้อยละ 75.3 ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 22.0 มารดาไม่ได้รับยาสลบขณะคลอดร้อยละ 77.6 ระหว่างการคลอดส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 81.0 ขณะอยู่ในห้องคลอด

มารดาได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อครั้งแรกและให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกร้อยละ 84.1 ส่วนใหญ่ภายใน 30 นาทีหลังคลอดร้อยละ 79.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการคลอดของมารดา

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการคลอด		
คลอดด้วยวิธีปกติ	222	75.3
ผ่าตัดคลอด	65	22.0
อื่นๆ	8	2.7
การได้รับยาสลบขณะคลอด		
ไม่ได้รับ	229	77.6
การฉีดยาชาเฉพาะที่เข้า Subarachnoid space	64	21.8
อื่นๆ	2	0.6

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการคลอดของมารดา (ต่อ)

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด		
ไม่มี	239	81.0
น้ำคร่ำมีสีเขียว	21	7.1
การฉีดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา	14	4.7
อื่นๆ	21	7.1
ขณะอยู่ในห้องคลอดมารดาได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อครั้งแรก		
ไม่ได้	47	15.9
ได้	248	84.1
≤ 30 นาที	198	79.8
> 30 นาที	50	20.2
ขณะอยู่ในห้องคลอดมารดาได้ให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกเมื่อใด		
ไม่ได้ให้ดูด	47	15.9
ให้ดูด	248	84.1
≤ 30 นาที	198	79.8
> 30 นาที	50	20.2

ประวัติทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดส่วน ใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.9 ส่วนใหญ่ไม่มี ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด apgar score ที่ 1 นาที 8-10 ร้อยละ 98.4 apgar score ที่ 5 นาที 8-10 ร้อยละ 99.7 ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่ ไม่มี การช่วยกู้ชีพร้อยละ 86.4 น้ำหนักทารกแรก เกิด 3,000 – 3,999 กรัมร้อยละ 64.1 ทารกส่วน ใหญ่ไม่มีความผิดปกติหรือความพิการร้อยละ 98.3 ปัญหาสุขภาพของทารกหลังคลอดมีปัญหาคือ ตัวเหลือง ได้ส่องไฟร้อยละ 44.7 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 32.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติทารกแรกเกิด

เพศ	รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
ชาย		159	53.9
หญิง		136	46.1

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติทารกแรกเกิด (ต่อ)

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
Apgar score		
ที่ 1 นาที		
≤ 3	1	0.3
4-7	4	1.3
8-10	290	98.4
ที่ 5 นาที		
≤ 3	-	0.0
4-7	1	0.3
8-10	294	99.7
การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด		
ไม่มี	255	86.4
ให้ดมออกซิเจน	35	11.9
ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก	5	1.7
น้ำหนักทารก		
< 2,500 กรัม	9	3.0
2,500 – 2,999 กรัม	92	31.2
3,000 – 3,999 กรัม	189	64.1
≥ 4,000 กรัม	5	1.7
ความผิดปกติหรือความพิการ		
ไม่มี	290	98.3
เท้าบิดผิดรูป	2	0.7
อื่นๆ	3	1
ปัญหาสุขภาพในระยะแรกเกิด		
ไม่มี	96	32.5
ตัวเหลืองไม่ส่องไฟ	44	14.9
ตัวเหลืองส่องไฟ	132	44.7
หายใจหอบ/เร็ว	12	4.1
อื่นๆ	11	3.8

การวางแผนของมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่บ้าน มารดาส่วนใหญ่วางแผนจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 88.8 ถ้ามารดาต้องไปทำงานในช่วง 6 เดือนแรก

มารดาส่วนใหญ่วางแผนจะให้ลูกดูนมขณะอยู่กับแม่ร้อยละ 87.8 บีบเก็บตุนน้ำนมก่อนไปทำงานร้อยละ 46.4 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการวางแผนของมารดาและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่บ้าน

รายละเอียด (n= 295)	จำนวน	ร้อยละ
วางแผนจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว		
น้อยกว่า 6 เดือน	18	6.1
6 เดือน	262	88.8
มากกว่า 6 เดือน	15	5.1
ถ้ามารดาต้องไปทำงานในช่วง 6 เดือนแรก		
ไม่ได้วางแผน	4	1.4
หยุดการให้นม	6	2.0
บีบเก็บตุนน้ำนมก่อนไปทำงาน	137	46.4
บีบเก็บตุนน้ำนมขณะทำงาน	80	27.1
ให้ลูกดูนมขณะอยู่กับแม่	259	87.8
ให้นมแม่ที่บิบด้วยแก้ว	48	16.3
ให้นมแม่ที่บิบทางขวดนม	45	15.3
ให้นมผสมขณะทำงาน	14	4.7
ให้นมแม่ที่บิบไว้ร่วมกับอาหารอื่น	4	1.4

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าบุคคลที่มารดาได้รับคำแนะนำพูดคุยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระดับมากคือ พยาบาลร้อยละ 79.6 รองลงมาคือแพทย์ ร้อยละ 73.6 มารดาไม่เคยได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครในหมู่บ้านร้อยละ 40.3 แหล่งข้อมูลที่มารดาได้รับความรู้มากคือเอกสารที่ห้องฝากครรภ์ร้อยละ 79.6 วีดีโอที่ห้องฝากครรภ์ ร้อยละ 58.3 หัวข้อความรู้ที่มารดาได้รับคำแนะนำมาก คือ ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 92.2 การให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ร้อยละ 90.2 มารดาคิดว่าเด็กได้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก คือ นมแม่สร้างภูมิคุ้มกันร้อยละ 98.6 นมแม่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของสมอง ร้อยละ 98.3 มารดาคิดว่ามารดาได้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก คือ รักและผูกพันกับลูกมากขึ้นร้อยละ 98.0 มดลูกเข้าอู่หรือเข้าสู่ปกติได้เร็วร้อยละ 91.1 ส่วนความเชื่อของมารดาเชื่อว่านมแม่ย่อยได้ง่ายกว่านมผสมร้อยละ 95.6 และเชื่อว่าการเริ่มดูนมเร็วหลังคลอดช่วยให้นมแม่มาเร็วร้อยละ 90.8 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รายละเอียด	ไม่ตอบ	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก
บุคคลที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับนมแม่					
สมาชิกในครอบครัว	-	1.7	3.1	33.2	62.0
เพื่อน/ผู้ร่วมงาน	-	7.5	16.9	46.4	29.2
กลุ่มหญิงตั้งครรภ์	0.6	10.8	22.4	40.3	25.9
อาสาสมัครในหมู่บ้าน	1.7	40.3	18.3	22.4	17.3
พยาบาล	-	1.0	1.7	17.7	79.6
แพทย์	0.3	1.7	4.1	20.3	73.6
แหล่งข้อมูลเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
นิตยสาร/หนังสือพิมพ์	-	5.8	14.6	48.8	30.8
เอกสารที่ห้องฝากครรภ์	-	-	1.7	18.7	79.6
วิดีโอที่ห้องฝากครรภ์	-	4.4	10.2	27.1	58.3
รายการวิทยุ	0.3	20.7	41.7	28.8	8.5
รายการโทรทัศน์	-	3.1	15.6	46.7	34.6
หนังสือ/ตำรา	-	3.7	10.5	35.6	50.2
อินเทอร์เน็ต	0.6	31.6	19.0	25.1	23.7
หัวข้อที่ได้รับคำแนะนำหรือฝึกปฏิบัติ					
ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.3	0.3	-	7.2	92.2
กลไกการสร้างนมแม่	0.3	1.7	2.4	27.5	68.1
การเริ่มต้นดูดนมแม่โดยเร็ว	0.3	0.3	2.4	15.0	82.0
การให้นมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน	0.6	-	1.0	8.2	90.2
การให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี	0.6	-	0.3	15.4	83.7
การตรวจ/เตรียมหัวนม	0.6	0.7	2.4	28.2	68.1
มารดาคิดว่าเด็กได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
นมแม่มีสารอาหารครบถ้วน	-	-	-	2.4	97.6
นมแม่สร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย	-	-	-	1.4	98.6
นมแม่ลดโอกาสเป็นโรคอุจจาระร่วง	-	-	2.0	10.2	87.8
นมแม่ลดโอกาสเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	0.3	2.0	1.7	12.9	83.1

ตารางที่ 6 แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อ)

รายละเอียด	ไม่ตอบ	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	มาก
นมแม่ลดโอกาสเกิดภาวะภูมิแพ้	-	1.0	1.4	8.1	89.5
นมแม่ช่วยให้สมองเจริญเติบโตดี	-	-	-	2.0	98.0
นมแม่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของสมอง	-	-	-	1.7	98.3
มารดาคิดว่ามารดาได้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
ลดการตกเลือดหลังคลอด	1.0	2.0	2.0	11.6	83.4
มดลูกเข้าอู่หรือเข้าสู่ปกติได้เร็ว	0.3	0.3	0.3	8.0	91.1
ลดมะเร็งเต้านม/รังไข่	0.7	1.0	0.7	9.5	88.1
รูปร่างดี/ไม่อ้วนหลังคลอด	0.3	-	2.7	17.0	80.0
รักและผูกพันกับลูกมากขึ้น	0.3	-	0.3	1.4	98.0
ยืดเวลาการตั้งครรภ์ลูกคนถัดไป	2.3	1.4	3.7	16.7	75.9
ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
แม่ไปทำงานให้ลูกกินนมแม่ได้	0.3	4.1	2.0	26.1	67.5
ลูกต้องการน้ำล้างปากหลังให้นมแม่	2.4	45.4	26.4	17.3	8.5
นมผงหรือนมผสมดีเท่ากับนมแม่	1.4	59.3	28.1	8.5	2.7
นมแม่ยิ่งมากถ้าลูกดูดนมแม่บ่อยครั้ง	-	1.4	2.0	10.9	85.7
นมแม่ย่อยได้ง่ายกว่านมผสม	0.3	0.7	-	3.4	95.6
เวลาส่วนตัวลดลงเพราะให้นมลูก	1.4	15.3	21.3	36.2	25.8
เต้านมเล็กสร้างน้ำนมได้น้อย	3.7	51.5	14.9	22.1	7.8
เริ่มดูดนมเร็วหลังคลอดช่วยให้นมแม่มาเร็ว	1.4	0.3	1.7	5.8	90.8

สาระความรู้ เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าระดับความรู้ของมารดาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.6 อยู่ในระดับสูง เมื่อแจกแจงความรู้ของมารดารายชื่อพบว่า ความรู้เรื่องความสำคัญของการให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วหลังคลอด ส่วนใหญ่ตอบว่า นำนมมาเร็ว ร้อยละ 85.8 แม่ลูกผูกพันร้อยละ 80.0 ความรู้

เรื่องความสำคัญการให้แม่ลูกอยู่ห้องเดียวกันหรือเตียงเดียวกัน ตอบว่า แม่ลูกผูกพันร้อยละ 90.8 และลูกดูดนมแม่ได้บ่อยครั้งตามต้องการ ร้อยละ 84.4 ความรู้เรื่องทำอุ้มและการดูดนมของลูกที่ถูกต้อง ตอบว่าริมฝีปากคลุมลานนมเต็มที่ ร้อยละ 90.8 ท้องลูกตะแคงเข้าหาแม่ร้อยละ 81.0 ความรู้เรื่องความสำคัญของการให้นม

ทุกครั้งเมื่อลูกต้องการ ตอบว่า เพื่อให้ลูกได้นม เพียงพอ ร้อยละ 86.4 ลดเต้านมตึงคัดร้อยละ 77.3 ความรู้เรื่องการทำให้น้ำนมเพียงพอสำหรับลูก ตอบว่าดูนมแม่อย่างถูกวิธีร้อยละ 86.1 ดูนมแม่ทันทีหลังคลอดร้อยละ 84.4 ส่วนความรู้เรื่อง

ความสำคัญของการให้นมแม่อย่างเดียว ตอบว่า ร่างกายทารกได้สารอาหารที่มีคุณค่าร้อยละ 85.1 มีการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างเต็มที่ร้อยละ 73.2 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของสาระความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รายละเอียด (n= 295)	จำนวน	ร้อยละ
มารดาที่มีความรู้เรื่อง “ความสำคัญของการให้ลูกดูนมแม่โดยเร็ว หลังคลอด”		
แม่ลูกผูกพัน	236	80.0
ลูกได้รับภูมิคุ้มกันโรค	233	79.0
น้ำนมมาเร็ว	253	85.8
กระตุ้นฮอร์โมนที่ช่วยหลั่งน้ำนม	224	75.9
กระตุ้นฮอร์โมนสร้างน้ำนม	223	75.6
มารดาที่มีความรู้เรื่อง “ความสำคัญการให้แม่ลูกอยู่ห้องเดียวกัน หรือเตียงเดียวกัน”		
แม่ลูกผูกพัน	268	90.8
ลูกดูนมแม่บ่อยครั้งตามต้องการ	249	84.4
แม่เรียนรู้การเลี้ยงลูก	206	69.8
แม่ตอบสนองพฤติกรรมลูกสม่ำเสมอ	202	68.5
เพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	140	47.5
มารดาที่มีความรู้เรื่อง “ทำอุ้มลูกและการดูนมของลูกที่ถูกต้อง”		
ท้องลูกตะแคงเข้าหาแม่	239	81.0
ปากลูกอยู่ตรงหัวนม	107	36.3
ริมฝีปากบนและล่างบานออก	176	59.7
ริมฝีปากคลุมลานนมเต็มที่	268	90.8
คางลูกชิดเต้านมขณะดูด	180	61.0
มารดาที่มีความรู้เรื่อง “ความสำคัญของการให้นมทุกครั้งเมื่อลูกต้องการ”		
เพิ่มการสัมผัสลูก	219	74.2
กระตุ้นสมอง	179	60.7
เพิ่มปริมาณน้ำนม	211	71.5
ลูกได้นมเพียงพอ	255	86.4
ลดเต้านมตึงคัด	228	77.3

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของสาระความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อ)

รายละเอียด (n= 295)	จำนวน	ร้อยละ
ลดภาวะตัวเหลือง	200	67.8
เพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	142	48.1
มารดามีความรู้เรื่อง “การทำให้มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก”		
ดูนมแม่ทันทีหลังคลอด	249	84.4
ดูนมแม่อย่างถูกวิธี	254	86.1
ลูกดูนมบ่อยครั้งตามต้องการ	227	76.9
ดูนมแม่แต่ละครั้งให้นานพอ	205	69.5
ลูกไม่ได้รับการเสริมน้ำหรือนมผสม	113	38.3
มารดามีความรู้เรื่อง “ ความสำคัญของการให้นมแม่อย่างเดียว”		
สารอาหารย่อย/ดูดซึมอย่างเต็มที่	212	71.9
ร่างกายได้สารอาหารที่มีคุณค่า	251	85.1
กระตุ้นให้ลูกหิว และดูนมบ่อยครั้ง	133	45.1
มีการสร้าง และหลั่งน้ำนมอย่างเต็มที่	216	73.2
ลูกไม่สับสนการดูดหัวนม	132	44.7
ลดผ้าขาวในปากลูก	150	50.8
ได้ธาตุเหล็กจากนมแม่เต็มที่	173	58.6
ลดอุจจาระร่วงในลูก	191	64.7
ลดภาวะภูมิแพ้ในลูก	195	66.1

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 61.0 และเลี้ยง ด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ครบ 6 เดือนร้อยละ 39.0 อาหารที่เริ่มให้ครั้งแรกก่อนอายุ 6 เดือน ส่วน ใหญ่คือนมผสมร้อยละ 54.8 จากการติดตามการ หย่านมมารดา เด็กส่วนใหญ่หย่านมมารดาเมื่อ อายุมากกว่า 6 เดือน ถึง 12 เดือน ร้อยละ 43.1 และเป็นเด็กที่ยังไม่หย่านมมารดาขณะติดตามที่ อายุ 24 เดือนร้อยละ 13.6 เหตุผลในการหย่านม เพราะมารดาไปทำงานนอกบ้านร้อยละ 51.5 ดัง ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับนมแม่		
นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน	180	61.0
นมแม่อย่างเดียวไม่ครบ 6 เดือน	115	39.0

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ต่อ)

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
0 - 2 เดือน	41	35.6
> 2 - 4 เดือน	54	47.0
> 4 - < 6 เดือน	20	17.4
อาหารที่เริ่มให้ครั้งแรกก่อนอายุ 6 เดือน (n = 115)		
นมผสม	63	54.8
น้ำ	21	18.3
อาหารอื่นๆ เช่น น้ำผลไม้	18	15.6
นมผสม และ อาหารอื่น ๆ	13	11.3
การหย่านมมารดา		
≤ 6 เดือน	64	21.7
> 6-12 เดือน	127	43.1
> 12-18 เดือน	50	16.9
> 18-24 เดือน	14	4.7
> 24 เดือน	40	13.6

การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่อายุ 24 เดือน จากการติดตามทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 24 เดือน จำนวน 295 คน เมื่อประเมินน้ำหนักตัวเทียบกับเกณฑ์อายุของเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พบว่าน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 78.6 ส่วนพัฒนาการไม่มีปัญหาทางพัฒนาการร้อยละ 95.9 มีปัญหาด้านภาษาร้อยละ 4.1 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอายุ 24 เดือน

รายละเอียด (n=295)	จำนวน	ร้อยละ
ผลการประเมินน้ำหนักตัวเทียบกับเกณฑ์อายุของเด็กในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก		
น้ำหนักตามเกณฑ์	232	78.6
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	17	5.8
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	10	3.4
น้ำหนักค่อนข้างมาก	17	5.8
น้ำหนักเกินเกณฑ์	19	6.4
ปัญหาพัฒนาการที่ต้องส่งให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญดูแลเป็นพิเศษ		
ไม่มีปัญหา	283	95.9
ปัญหาด้านภาษา	12	4.1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้แก่ อาชีพของมารดาที่ระดับ 0.001 สิทธิการลาคลอดที่ระดับ 0.000 การวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระดับ 0.003 ส่วนปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย อายุของมารดา การศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว

ประวัติการตั้งครรภ์ การได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อในห้องคลอด การให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด ปัญหาสุขภาพของทารก และระดับความรู้ของมารดาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของมารดา การลาคลอด และการวางแผนการเลี้ยงลูกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ปัจจัย	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				P-value
	นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน n = 180		นมแม่อย่างเดียว ไม่ครบ 6 เดือน n = 115		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพของมารดา					0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน	130	72.2	61	53	
ประกอบอาชีพนอกบ้าน	50	27.8	54	47	
มารดาลาคลอด					0.000
ไม่ต้องลาคลอด	146	81.1	66	57.4	
มีสิทธิลาคลอด	34	18.9	49	42.4	
วางแผนจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					0.003
น้อยกว่า 6 เดือน	5	2.8	13	11.3	
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	175	97.2	102	88.7	

อภิปราย

จากผลการวิจัย พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 61.0 ในการวิจัยนี้มารดาส่วนใหญ่ได้รับความรู้และได้รับบริการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด แผนกหลังคลอด แผนกผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤติ ตลอดจนคลินิกนมแม่และคลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ

ต่างประเทศที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด หลังคลอด ความรู้เกี่ยวกับการให้นมแม่ และประโยชน์ของนมแม่จากบุคลากรสาธารณสุข จะมีผลเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁴⁾ และจากการศึกษาของ Hall และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องให้เป็นผลสำเร็จ ในระยะ 2 สัปดาห์แรกเป็นระยะที่สำคัญที่มารดามักมีปัญหา ดังนั้นเพื่อให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

น้อย 6 เดือนประสบผลสำเร็จและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่นจึงได้มีการบูรณาการกิจกรรมการบริการและการให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทุกจุดบริการอย่างเชื่อมโยง โดยเน้นความรู้ ทักษะ เตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ โดยมีการตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม หัวนม และให้การแก้ไขปัญหาหัวนมและเต้านมที่ผิดปกติ เน้นให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ส่วนในห้องคลอดและห้องผ่าตัด มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เพื่อให้มารดาได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อและให้ลูกดูดนมแม่ทันทีหลังคลอดโดยเร็วและในแผนกหลังคลอดมีการให้คำแนะนำให้ลูกดูดนมเร็ว ดูปบอ่ย ดูดถูกวิธี มีมิสนมแม่ช่วยสร้างทักษะแก่มารดา ใช้ Latch score⁽³⁾ ในการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรจากคลินิกนมแม่ จนมารดามีความพร้อม และมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงจะจำหน่ายมารดาและทารกออกจากโรงพยาบาล แต่จะนัดติดตามทารกทุกคนที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในช่วงแรกเมื่อทารกอายุ 1-2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวางแผนการแก้ไขปัญหานมแม่ให้ทันท่วงทีอย่างต่อเนื่องจนมารดามีความมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และเมื่อมารดานำเด็กมารับบริการวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี จะให้คำแนะนำเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแผนกการสอนของโรงเรียนพ่อแม่ และมีการคัดกรองปัญหานมแม่ เพื่อส่งต่อคลินิกนม

แม่ช่วยแก้ไขปัญหาจนมารดามีทักษะที่ถูกต้อง และมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อ นอกจากนี้ บุคลากรของโรงพยาบาลทั้งคลินิกนมแม่ ห้องคลอด แผนกหลังคลอด แผนกทารกแรกเกิด ระยะวิกฤติ ยังให้บริการให้คำปรึกษาปัญหานมแม่ทางโทรศัพท์ เพื่อให้กิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงเพื่อประโยชน์แก่มารดาและเด็ก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพของมารดาและสิทธิการลาคลอด มารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้านและไม่ต้องลาคลอดจะมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมากกว่าเพราะมารดาใช้เวลาอยู่กับลูก และสามารถให้นมลูกได้ตลอดเวลาตามที่ลูกต้องการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร⁽⁶⁾ ไสววรรณ ไม้ประเสริฐ และคณะ⁽⁷⁾ ชัยวัฒน์ อภิวันทนา และคณะ⁽⁸⁾ และ Ryan AS.⁽⁹⁾ ดังนั้น ในกลุ่มมารดาที่ประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรมีการช่วยเหลือสนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้โดยมีนโยบายให้มารดาลาคลอดได้นานขึ้น มีสถานรับดูแลเด็กในที่ทำงานหรือใกล้ที่ทำงาน จัดตั้งมุมนมแม่ และวางแผนช่วยเหลือมารดา โดยสอนเก็บบีบน้ำนมในตู้เย็น และสอนวิธีปั๊มนมเพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง

การวางแผนที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร⁽⁶⁾ ที่พบว่าระยะเวลาที่คิดจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติที่ถูกต้องแก่มารดาและครอบครัว ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พร้อมให้คำแนะนำและเตรียมการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้มารดามั่นใจที่จะวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ โดยการสร้างกระแสนรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ และนำสามีมาด้วยเพราะการฝากครรภ์ครั้งแรกมีผลต่อการประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เรื่องความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าบุคคลที่มารดาได้รับคำแนะนำมากคือพยาบาล และแพทย์ ตามลำดับ และมารดาส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องนมแม่จากอาสาสมัครในหมู่บ้าน ส่วนแหล่งความรู้ส่วนใหญ่ได้จากเอกสาร และวิดีโอจากแผนกฝากครรภ์ ถึงแม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ระดับความรู้ของมารดาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อิติมา เงินมาก⁽¹⁰⁾ และ เรณู สุขแจ่ม และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่มีผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่มารดามีความรู้เรื่องนมแม่ดี ถ้าจะให้ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน นอกจากบุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครในหมู่บ้าน ชมรมนมแม่ต้องให้ความสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจังและโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับนมแม่โดยเริ่มตั้งแต่แผนกฝากครรภ์เพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นแล้วควรมีแรงสนับสนุนจากครอบครัว การให้กำลังใจ การช่วยเหลือและช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัคร และชมรมนมแม่เพื่อให้มารดามีกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

สรุป

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 61.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้แก่ อาชีพของมารดา สิทธิการลาคลอดของมารดา และการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ควรสร้างกระแสให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์เพื่อวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโรงพยาบาลควรมีการบูรณาการกิจกรรมการบริการและการให้คำปรึกษา พัฒนาคุณภาพการบริการ ยึดหลักปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รักษามาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พร้อมกับระบบให้การช่วยเหลือเมื่อมารดามีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภาครัฐควรสนับสนุนให้มารดาที่ทำงานนอกบ้าน สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สะดวกขึ้น โดยกำหนดนโยบายในสถานประกอบการทั้งสิทธิการลาคลอด การจัดตั้งมูมนมแม่ รวมทั้งมีการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงเด็กตอนกลางวันเพื่อมารดาที่ลาคลอดสามารถให้ลูกกินนมแม่ได้ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กุสุมา ชูศิลป์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน : สุขชาติ เกิดผล, อวยพร ปะนะมณฑา, จามรี ธีรตกุลพิศาล, ชาญชัย พานทอง วิริยะกุล, ณรงค์ เอื้อวิชญาแพทย์, จรรยา จิระประดิษฐา, บรรณาธิการ. วิชาการเวชศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : แอนนาออฟเซต; 2552. หน้า 803.
2. สมชาย ดุรงค์เดช. ย้อนรอยนมแม่ตีแผ่อนาคต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 3 เรื่องนมแม่: ความท้าทายของสังคมไทยยุคใหม่; 22 - 24 มิถุนายน 2554; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2554. หน้า 2.
3. กุสุมา ชูศิลป์. การประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมพอโดยวิธีแลช (Latch). ใน: สำหรับ จิตตินันท์, วิระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้...สู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2546. หน้า 103 -7.
4. Anne L Wright. The rise of breastfeeding in the United States in : Richard J. Schanler. The pediatric clinics of North America: W. B. Saunders, 2001 : 1 – 10.
5. Hall RT, Merce AM, Teasley SL, Mcpherson DM, Simon SD Rantosser, et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7 to 11 day of age. J Pediatr 2002; 141: 659 – 663.
6. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ศันสนีย์ เจตน์ประยูกต์. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 4 เดือน. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2547.
7. ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ, กรวิภา ภูพงศ์พันธ์กุล, วิราวรรณ วิชระขจร, วิราวรรณ โพธิ์งาม. การศึกษาประสิทธิผลของการบูรณาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นครสวรรค์. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2548; 28 (4): 68 – 82.
8. ชัยวัฒน์ อภิวันทนา, ศศิชล หงส์ไทยและคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์, 2553.
9. Ryan AS. The resurgence of breastfeeding in the United States. Pediatrics 1997; 99: E 12.
10. จิตติมา เงินมาก. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนและ 6 เดือนหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลรามาริบัติ. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: รามาริบัติ; 2548.
11. เรณู สุขแจ่ม, จิตภา ทองเชื้อ, สุนระ ทองเอี่ยม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์, 2552.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ดุษฎี ศรีวิชา

เจ้าพนักงานเภสัชกรรม

กลุ่มบริการทางการแพทย์ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 จำนวน 60 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2556 – 15 มีนาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ากลาง ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.30 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 61.67 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 53.30 รายได้เฉลี่ย 14,776.65 บาท/เดือน การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.70 ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ร้อยละ 75.00 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 88.33 และเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ ร้อยละ 56.70 ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.51) และภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.612$, $p\text{-value} = <0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านวิธีการจัดการ และด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 44.5

ปัญหาอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ กฎระเบียบวิธีปฏิบัติในการบริหารเวชภัณฑ์ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, การบริหารเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลชุมชน, เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ABSTRACT

This research was based on analytical study. The objective was to study Administration Factors Affecting The Drug Management in Community Hospitals Public Health Region 12. The population was 60 of Drug Management Assistant in Community Hospitals Public Health Region 12. 60 subjects were drawn for the study. The data were collected by the developed questionnaire, which was verified by three experts. Its validity was tested and gained coefficient cronbach's alpha 0.98. The data collection was carried out from 26 February, 2013 - 15 March, 2013. The collected data were analyzed by a computer package program and disseminated by statistic value, percentage, means, , median, minimum, maximum, standard deviation, Pearson's coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results of research showed that the most were female (68.30%). Their age was between 20- 30 years (61.67%). 53.30 % of the subjects had marital status single. 75% take a position of Pharmacy technicians. Their income average 14,776.65 baht . 76.70% of the subject bachelor education. The average term in the training experience of the drug management less than 10 years was 88.33% and 56.70% had received training. Overall, the level of administration factors affecting the drug management in community public health region 12 were high level (mean= 3.50, S.D.= 0.51). Overall administration factors had a moderate level of positive affecting to drug management ($r=0.612$, $p\text{-value}<0.0001$). Two factors that could predict the the drug management in community public health region 12 include authority, management and money as 44.5 %.

Problem and obstacles arising from the study was the drug management rules were inconvenient for smoothly practice

Keyword: Administration Factors, The Drug Management, Community Hospitals, Public Health Region 12

บทนำ

ในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายด้านยาภายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถ้าหากไม่มีการควบคุมด้านราคา ยา การควบคุมมูลค่าการบริโภคยา และการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล จะส่งผลให้รัฐบาลสูญเสียงบประมาณใน

การนำเข้ายาเป็นอย่างมาก เพื่อให้ประชาชนทุกระบบประกันสุขภาพได้รับประโยชน์ด้านยาอย่างสูงสุด คุ่มค่าและเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงมีการกำหนดนโยบายการพัฒนา ระบบบริหารจัดการและระบบบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานในระบบหลักประกันสุขภาพ รวม

ทั้งการส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานการกำกับสถานบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะภาครัฐให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทั่วถึง เป็นธรรม สร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพค่าใช้จ่ายด้านยาภายในประเทศ ร้อยละ 70 เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจึงเป็นแหล่งกระจายหลักของระบบบริการด้านยา การบริหารเวชภัณฑ์จึงเป็นหัวใจหลักอย่างหนึ่งในโรงพยาบาล ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่า ในภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อลดต้นทุนการให้บริการลง โดยการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดต้นทุน และทำให้เกิดความประหยัดด้านงบประมาณเป็นอย่างมาก การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ คือการบริหารจัดการเรื่องเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นยาที่มีคุณภาพในการรักษาในเวลาที่รวดเร็ว มีการบริหารงบประมาณค่าเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสมเป็นธรรมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และต่อบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย การบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีนั้น ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและการวางแผน การคัดเลือก การจัดซื้อ/จัดหา การตรวจรับ การควบคุม/เก็บรักษา การเบิกจ่าย การใช้ ระบุรายงาน และการตรวจสอบรายงาน

ในปี พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ในแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Healthat Low Cost) พร้อมทั้ง

กำกับให้โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งทั่วประเทศเร่งรัดระบบการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล 9 ข้อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองนโยบายรัฐบาล

ปัจจัยทางบริหาร คือ สิ่งต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้หรือสนับสนุนให้งานสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ จากการศึกษาแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน พบว่าปัจจัยบริหารมีองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการ คือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ(Material) และวิธีการจัดการ (Manage) รวมเรียกว่า 4M ส่วนประสิทธิภาพของงานขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทั้ง 4 ประการ แต่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ องค์การต่างๆ ก็อาจมีการนำปัจจัยทางการบริหารตัวอื่นมาใช้ เช่น ปัจจัยด้านกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน (Morale) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) และเวลา (Time) เป็นต้น ดังนั้นปัจจัยทางการบริหารที่นำมาศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวน 7 ปัจจัย ดังนี้ คือ คน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) วิธีการจัดการ (Manage) กำลังใจในการทำงาน (Morale) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology) และเวลา (Time) กล่าวย่อๆ ว่า 5M + IT

จากรายงานการติดตามผลงานการดำเนินงานตามมาตรการการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ปี 2555 พบปัญหาการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องในการจัดซื้อจัดหาไม่ถูกต้องตามขั้นตอนระเบียบพัสดุ เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความรู้เรื่องการจัดทำเอกสารในการจัดซื้อจัดหาตามระเบียบพัสดุ ข้อจำกัดเรื่องเวลา คนที่

รับผิดชอบงาน และขาดความเข้มงวดในการควบคุมตรวจสอบ⁽⁹⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาการดำเนินการด้านการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน และจากแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในทุกๆด้าน ของคนในองค์กร ผู้วิจัยจึงสนใจว่าปัจจัยทางการบริหารจะมีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 หรือไม่อย่างไร โดยผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ให้เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร ไม่ว่าจะในระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ ในการที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งปัจจัยทางการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ที่ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่บริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถการบริหารเวชภัณฑ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอย่างเต็มกำลังความรู้ความสามารถ มีผลในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ในทุกด้านเพิ่มขึ้น อันมีผลสืบเนื่องต่อการได้รับบริการที่ดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อการที่กำหนดนโยบาย ตลอดจนให้สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนสอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา

คือ เจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 โรงพยาบาลละ 1 คน ซึ่งมีจำนวน 60 แห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน(จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์, 2555) และเนื่องจากประชากรมีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือในการวิจัย คือแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร การบริหารเวชภัณฑ์ และปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะในการบริหารเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 10 จำนวน 30 โรงพยาบาล แล้วยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2556 – 15 มีนาคม 2556

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่ามัธยฐาน (Median)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) และการถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.30 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 61.67 อายุเฉลี่ย 30.20 ปี (S.D. = 6.31 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 46 ปี สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 53.30 รายได้เฉลี่ย 14,776.65 บาท/เดือน (S.D. = 6,995.61 บาท/เดือน) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.70 ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ร้อยละ 75.00 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 88.33 เฉลี่ย 7.13 ปี (S.D. = 7.67 ปี) ค่ามัธยฐาน 4.5 และเคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ ร้อยละ 56.70

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของปัจจัยทางการบริหาร

ปัจจัยทางการบริหาร	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านคน	3.44	0.59	ปานกลาง
2. ด้านเงิน(งบประมาณ)	3.45	0.70	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุสิ่งของ	3.54	0.68	มาก
4. ด้านวิธีการจัดการ	3.77	0.68	มาก
5. ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน	3.52	0.62	มาก
6. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.37	0.68	ปานกลาง
7. ด้านเวลา	3.44	0.69	ปานกลาง
ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร	3.50	0.92	มาก

ปัจจัยทางการบริหาร โรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ในภาพรวมมีระดับทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านวิธีการจัดการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดโดยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77

(S.D. = 0.68) รองลงมาคือ ด้านวัสดุและสิ่งของ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D. = 0.68) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D. = 0.68)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ระดับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการกำหนดนโยบายและการวางแผน	3.78	0.75	มาก
2. ด้านการคัดเลือก	3.71	0.80	มาก
3. ด้านการจัดซื้อ/จัดหา	3.99	0.69	มาก
4. ด้านการตรวจรับ	4.28	0.68	มาก
5. ด้านการควบคุม/เก็บรักษา	4.18	0.68	มาก
6. ด้านการเบิกจ่าย	4.34	0.64	มาก
7. ด้านการใช้	4.08	1.00	มาก
8. ด้านระบบรายงานและการตรวจสอบ	4.28	0.67	มาก
ภาพรวม	4.09	0.61	มาก

การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ 12

ในภาพรวมมีการการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D. = 0.61) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือด้านการ

เบิกจ่าย ค่าเฉลี่ย 4.34 (S.D. = 0.64) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาและอยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน คือ ด้านการตรวจรับและด้านระบบรายงานและการตรวจสอบ ค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 0.68 และ 0.67 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการคัดเลือก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.80)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คน	0.374**	0.003	ปานกลาง
เงิน	0.444**	< 0.001	ปานกลาง
วัสดุสิ่งของ	0.436**	< 0.001	ปานกลาง
วิธีการจัดการ	0.609**	< 0.001	ปานกลาง
ขวัญและกำลังใจในการทำงาน	0.578**	< 0.001	ปานกลาง

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์
ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 (ต่อ)

	การปฏิบัติงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เทคโนโลยีสารสนเทศ	0.374**	0.003	ปานกลาง
เวลา	0.495**	< 0.001	ปานกลาง
รวม	0.612**	< 0.001	ปานกลาง

* ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ** ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12

ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.612$, $p\text{-value} = <0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน

ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านคน($r=0.374$, $p\text{-value} = 0.003$) ด้านเงิน($r=0.444$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านวัสดุสิ่งของ($r=0.436$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านวิธีการจัดการ($r=0.609$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน($r=0.578$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ($r=0.374$, $p\text{-value} = 0.003$) และด้านเวลา($r=0.495$, $p\text{-value} = <0.001$)

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²
1. ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ	0.371	0.411	3.369	< 0.001	0.609	0.371
2. ปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจ ในการทำงาน	0.328	0.336	2.753	< 0.001	0.667	0.445

ค่าคงที่ = 1.543, F = 22.829, P-value < 0.001

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยวิธีการจัดการ และปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน ซึ่งสามารถพยากรณ์การบริหาร

เวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ได้ร้อยละ 44.5

สรุปและการอภิปรายผล

1. ในภาพรวมมีระดับทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.51) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทัน สมิน้อย⁽⁴⁾ พบว่าภาพรวมปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D. = 0.44) เช่นเดียวกับเสกสรรค์ สองจันทร์⁽¹²⁾ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D.= 0.569) เช่นเดียวกับอาคม ปัญญาแก้ว⁽¹⁴⁾ พบว่า ในภาพรวมปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.41) เช่นเดียวกับสิทธิพร นามมา⁽¹¹⁾ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D.=0.46)

(2) ผลการศึกษาปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.612$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรวิทย์ กรมขุนทด⁽²⁾ พบว่า ปัจจัยการบริหาร ด้านกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการความสมบูรณ์ของการรายงานข้อมูลมาตรฐาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย ในอำเภอ

แก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$, $r= 0.649$) เช่นเดียวกับบุญถม ชัยญวัฒน์⁽³⁾ พบว่าภาพรวมของกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น เช่นเดียวกับบรรณลดา กลิ่นแก้ว⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานีเช่นเดียวกับกรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์⁽¹⁾ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับความสามารถในการจัดการสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับอัจฉรา จันเพ็ชร⁽¹³⁾ พบว่า ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าในงาน เงินเดือน และสวัสดิการ และบรรยากาศในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

(3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยด้านวิธีการ

จัดการ($r=0.371, p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยด้านขวัญและกำลังใจในการทำงาน ($r=0.445, p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12 ได้ ร้อยละ 44.5 สอดคล้องกับอาคม ปัญญาแก้ว⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านการจัดองค์การ และปัจจัยด้านการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 49.10 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทัน สมิน้อย⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยพื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับพรพรรณ สุนทรสุด⁽¹⁶⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บรรยากาศองค์การ มิติความรับผิดชอบ ($p\text{-value} < 0.001$) และมิติความอบอุ่น ($p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหาร($p\text{-value} < 0.001$) และด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 59.0 เช่นเดียวกับมนตรี ยาสุต⁽⁷⁾ พบว่า บรรยากาศองค์การ และการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการจัดการความรู้ของบุคลากร

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.709, p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.825, p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) โดยการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ ด้านเทคโนโลยีบรรยากาศองค์การ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านประสบการณ์ในการจัดการความรู้ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร และด้านเวลา ร่วมกันพยากรณ์การจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 71.7 เช่นเดียวกับอาคม ปัญญาแก้ว⁽¹⁴⁾ พบว่า การฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะ ปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารองค์การ มีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.353, p\text{-value} = 0.002$; $r = 0.551, p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.556, p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดองค์การ และการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 49.10 เช่นเดียวกับสิทธิพร นามมา⁽¹¹⁾ พบว่า ผลการปฏิบัติงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.55) การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.763, p\text{-value} < 0.001$)

value < 0.001) และตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารและปัจจัยด้านงบประมาณ ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้านสามารถร่วมพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 55.90 เช่นเดียวกับประดิษฐ์ สารรัตน์⁽⁵⁾ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r=0.773, p\text{-value} < 0.001$) และตัวแปรที่ 3 สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านการบริหาร ด้านบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 61.20

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) ควรมีการวางแผนด้านบุคลากรและสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องงานคลังเวชภัณฑ์สม่ำเสมอ

(2) ควรจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมในการบริหารเวชภัณฑ์

(3) ควรจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการบริหารเวชภัณฑ์ เช่น คอมพิวเตอร์โทรศัพท์ โทรสาร เป็นต้น ให้เพียงพอ และสะดวกในการใช้งาน

(4) ควรมีการยกย่อง ชมเชย หรือให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานกรณีมีผลงานดีเด่นเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์

(2) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานบริหารเวชภัณฑ์สำหรับเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ต้องขอขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร. ชัญญา อภิบาลกุล ที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลังเวชภัณฑ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดระบบสารสนเทศด้านส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 5 (พิเศษ) : 141 – 158, 2548
2. ธีระวุฒิ กรมขุนทด. ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของรายงานข้อมูลมาตรฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย ในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ปริญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553
3. บุญถม ชัยญวน และ ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 10 (4) : 37-46, 2553.
4. บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16(6) : 706-715, 2554.
5. ประดิษฐ์ สารรัตน์. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. ปริญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น., 2551.
6. พรพรรณ สุนทรสุด และประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16(5) :551-562, 2554.
7. มนต์รี ยาสุต. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การค้นคว้าแบบอิสระปริญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
8. วรณลดา กลิ่นแก้ว และ ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 9(3) : 28-41, 2552.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่เรื่อง “การบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. ขอนแก่น : คณะทำงานจัดทำเกณฑ์มาตรฐานและแนวทางการบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดขอนแก่น, 2553.

10. _____. รายงานการติดตามผลงานการดำเนินงานตาม มาตรการการพัฒนาประสิทธิภาพ การบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข, 2552.
11. สิทธิพร นามมา. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำ โดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. ปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. เสกสรรค์ สองจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสุ่มเส้า อำเภอยะผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16(6):730-738, 2554.
13. อัจฉรา จันเพ็ชร วราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์ และอภิษฐา อรัณยภาค. ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติ งานของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ปฏิบัติงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. โครงการวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก, 2552.
14. อาคม ปัญญาแก้ว และ ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์การที่ มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัด ขอนแก่น. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 16 (7) : 855-863, 2554.

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Model of health behavior changer on Risk group for
diabetes in Samran the health promotion district
hospitals cruise Muang Khon Kaen.

อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรมและคณะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง(Empowerment) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย คัดเลือกโดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่ง การวิจัยเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของปัญหา (Situation analysis phase) ระยะที่ 2 การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation phase) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ **เชิงคุณภาพ**โดยสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา **เชิงปริมาณ** เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย Paired t-test

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ความสนใจดีต่อการนำเสนอเรื่องการศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และร่วมร่างแนวทางการออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎี PRECEED MODEL **ระยะที่ 2** การประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การอบรมความรู้และทักษะ จัดกระบวนการกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม การสะท้อนกลับเพื่อปรับปรุงการวิจัย โดยในระดับชุมชนมีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการมีส่วนร่วมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน **ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน** ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วม ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน จำนวน 8 กิจกรรม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตั้งแต่ระดับการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ถึงร่วมตรวจสอบเป็นเจ้าของ การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลัง

การพัฒนาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการเสริมพลังใช้ได้ผลกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานทั้งในระดับบุคคลและชุมชน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยต่อไป

Abstract

This study. The research (Action research) by using the concept of empowerment (Empowerment) sample population at risk of diabetes of 30 patients selected without sampling a simple division of the study into 3 phases: Phase 1 study of the situation of the problem. (Situation analysis phase), Phase 2 of the development model of health behavior change Stage 3 assessment results (Evaluation phase) collected qualitative and quantitative data. Qualitative discussion groups. Participant observation. Quantitative content analysis of data collected by questionnaires of knowledge and practice. Quantitative analysis of the Paired t-test.

Phase 1 study found that public health officials and the public at risk to do good for the present study the behavior of health-risk diabetes. And a design approach to health behavior theory PRECEED MODEL Phase 2 Application of the concept of empowerment in health behavior change include training, knowledge and skills, group process. Home visits. Growth factors and contributing factors. Reflection to improve research The community is a group exercise activities. Peer. And participation in screening for diabetes in at-risk communities, Phase 3 evaluation, including the level of participation. Both individual and community activities, which showed that the number 8 is involved in the activity level of the participants stated that the decision to participate in a joint inspection. Comparison of the average knowledge and practices about diabetes. Before and after the development of health behavior change. Before and after the development. The average knowledge and practices following the model of health behavior change than before the development of a statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$).

The results of this study indicated that the model was modified by Health On the concept of empowerment is the risk of diabetes, both at the individual and community. Should be applied in the risk of chronic disease and the patient.

บทนำ

ระบาดวิทยาของโรคเบาหวานประมาณการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ.1985 ประมาณ 30 ล้านคน และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 2000 เป็น 177 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างน้อยประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งมีการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 4 ล้านคนต่อปี⁽⁶⁾ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในปี ค.ศ. 1995 ประมาณร้อยละ 2.4 ของประชากรไทย และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ปัญหาขณะนี้พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยมากที่สุดอันดับแรกของคนไทย และยังมีประชากรเสี่ยงที่จะป่วยจากโรคนี้อีกประมาณ 10 ล้านคน⁽³⁾ แต่การจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยความพิการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่กลับได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2552 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดเท่ากับ 1,034.82 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 2,092.13 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

จากผลการคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ พบว่า โรคอันดับ

หนึ่งคือ โรคเบาหวาน และยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2552-2554 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 16,18 และ 6 รายตามลำดับ ผลการคัดกรองสภาวะสุขภาพในปี พ.ศ. 2555 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 211 คน โดยพบโรคเบาหวานเป็นอันดับต้นๆ ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น” ขึ้น โดยใช้เทคนิคกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมพลัง เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มโรคเบาหวานเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและการเสริมพลัง ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพเรื่องเดียวกัน ในชุมชน สามารถวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนสถานการณ์ในอดีต เชื่อมโยงถึงปัจจุบัน กำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อค้นหารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นในช่วงเวลา ที่ทำการศึกษา เกณฑ์นำเข้า คือ

1.1 เป็นผู้ที่มียอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.2 ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น มีประวัติเสี่ยงทางด้านพันธุกรรม, ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ที่กำหนด, มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 126 mg/dl หลังดื่มน้ำดอาหาร 8 ชั่วโมง

1.3 สามารถรับรู้และรับฟัง และสามารถอ่านออกเขียนได้

1.4 ยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยใช้โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่างของ⁽⁴⁾ โดยฐานคำนวณที่ร้อยละ 14.5 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยวิธีจับสลาก

ขั้นตอนในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ (Situation analysis phase)

เป็นศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลเชิงลึก โดยการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-action phase)

1.1 การแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการดำเนินงาน

1.2 การสร้างสัมพันธภาพกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัยเป็นเวลา 3 เดือน

1.3 การเตรียมผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ บุคลากรบุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาบทบาทของผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการ (Action phase)

2.1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ จัดการประชุมระดมสมองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการทบทวนปัญหาและสถานการณ์ในอดีต กำหนดเป้าหมายในอนาคตและออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 จากขั้นตอนนี้จะได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย

2.2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน

2.2.2 จัดกิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เสวนากลุ่มเสี่ยงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และบุคคลในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างพลังให้เกิดความตระหนัก ความมุ่งมั่นตั้งใจ และสร้างทัศนคติเชิงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เดือนละ 2 ครั้ง ต่อเนื่อง 3 เดือน

2.3 สะท้อนกลับข้อมูล (Reflex) ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ดำเนินการดำเนินงานตามแผนงานหรือรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดและทฤษฎี PRECEED-PROCEED Model โดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ เอกชนและประชาชนในพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation phase)

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

3.2 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ชนิดดังนี้

1.1 คู่มือการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อแจกให้กลุ่มตัวอย่าง หลังกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

1.2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้และทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเสริมพลัง ที่เป็นรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 1 ของการวิจัย

1.3 เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่มการประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละครั้งของการพบกลุ่ม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสังเกตโดยผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม 5 ระดับ คือ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ บันทึกลงในตารางสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา หาคำตรงของ

เนื้อหา (Content Validity) และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยด้วยโรคเบาหวานของญาติสายตรง ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และและโรคประจำตัว

2.2.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาจาก 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

2.2.3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค เบาหวาน แบบสอบถามในตอนนี้ประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นบวกและเป็นลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิต 4 ระดับ การให้คะแนนพิจารณาตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติดังนี้คือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการรวบรวมข้อมูลจากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำมาสร้างเป็นรูปแบบและทดลองปฏิบัติจริง

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ
3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัว เช่น การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายเครียด การวิเคราะห์ผลทางสถิติ

ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ สถิติ Paired T-test

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของปัญหา (Situation analysis phase)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพศหญิงจำนวน 20 คน ร้อยละ 66.7 อายุระหว่าง 46-55 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 18 คน ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือรับจ้าง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 แต่มีบางส่วนที่มีญาติสายตรงซึ่งเป็นมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 6 คน ร้อยละ 20.0 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีดัชนีมวลกายเกิน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 อ้วนอันตราย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย อยู่ในระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	10 (33.3)
หญิง	20 (66.7)
อายุ	
ต่ำกว่า 35 ปี	2 (6.7)
35-45 ปี	5 (16.7)
46-55 ปี	18 (60.0)
56-65 ปี	5 (16.7)
Min= 30 Max= 64 \bar{X} = 49.	SD 8 D.= 7.6
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	18 (60.0)
รับจ้าง	8 (26.7)
เกษตรกรกรรม	3 (10.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.3)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	18 (60.0)
5,001-10,000 บาท	7 (23.3)
10,001-15,000 บาท	3 (10.0)
15,001-20,000 บาท	1 (3.3)
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	1 (3.3)
ญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน	
มี	11 (36.7)
ไม่มี	19 (63.3)
ญาติที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	
บิดา	3 (10.0)
มารดา	6 (20.0)
พี่ชายหรือ พี่สาว	2 (6.7)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	24 (80.0)
ความดันโลหิตสูง	6 (20.0)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย	
ปกติ (น้อยกว่า 25)	0 (0)
เกิน (25-29.9)	18 (60.0)
อ้วนอันตราย (มากกว่า 30 ขึ้นไป)	12 (40.0)
Min=25.4 Max= 34.8 \bar{X} =29.4 SD= 2.79	
เคยได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	
ปีละ 1 ครั้ง	16 (53.3)
6 เดือนครั้ง	13 (43.3)
ไม่แน่นอน	1 (3.3)
ระดับน้ำตาลก่อนเข้าโครงการ	
ต่ำกว่า 100 มก./ดล.	9 (30.0)
100-125 มก./ดล.	17 (56.7)
126 มก./ดล.ขึ้นไป	4 (13.3)
Min= 81 Max= 128 \bar{X} =107.7 SD= 11.49	

2) การประชุมระดมสมองเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญและผู้วิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจดีต่อการนำเสนอเรื่องการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และร่วมร่างแนวทางการออกแบบกิจกรรม นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอว่าควรให้ผู้ป่วยมีการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพรายสัปดาห์หรือรายเดือน เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับแผนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

3) การศึกษาสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย ผลการประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยให้เหตุผลว่า “สุขภาพร่างกายดีจะส่งผลต่อจิตใจดี” “ปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาในระดับบุคคล การป้องกันดีกว่าการรักษา” “การมีความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานในภายหลัง” “ การป้องกันโรคเบาหวาน จะจำเป็นต้องมีการวางแผนร่วมกันและหมอบต้องเน้นการพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงมีทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง” นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ต้องการให้เจ้าหน้าที่มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อไป ส่วนในระดับชุมชนควรมีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

สรุปจากการประเมินสถานการณ์ระยะที่ 1

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ให้ความสนใจดีต่อการนำเสนอเรื่องการศึกษารูปแบบการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและมีส่วนร่วมการออกแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประชาชนกลุ่มเสี่ยง เห็นว่า ควรมีกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องที่จะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. ระดับชุมชนควรมีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-action phase)

จากผลการประเมินสถานการณ์ระยะที่

1 นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัย ได้ดำเนินการกระบวนการต่างๆ ดังนี้

1.1 การประชุมระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยให้กลุ่มเสี่ยงมีการนำเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ผลการประชุม สรุปเป็นปัญหาและความต้องการ กิจกรรมที่ควรทำทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ กิจกรรมและผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม

ระดับบุคคล

ปัญหาและความต้องการ	วิธีดำเนินการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. ปัญหาโรคเบาหวานเป็นปัญหาระดับบุคคลที่พบแนวโน้มการเจ็บป่วยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. กลุ่มเสี่ยงไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา อาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะโรคเบาหวาน 3. กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่ำ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน	1. สร้างความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้ 1.1 จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือ กันเอง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 1.2 จัดอบรมความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อให้มีศักยภาพและทักษะด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การจัดการความเครียดและการดูแลสุขภาพตนเอง	1. กลุ่มเสี่ยงมีร่างกายแข็งแรงและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่เกณฑ์ที่ 2. มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม 3. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ กิจกรรมและผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วม (ต่อ)

ปัญหาและความต้องการ	วิธีดำเนินการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
4. พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม - ส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่เคยออกกำลังกายเลย - บริโภคอาหารหมักดอง รสจัด ไขมันสูง/ของทอด อาหารปิ้งสุก ๆ ดิบ ๆ ดื่มน้ำแปะ	2. การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านสุขภาพ 3. บริการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกเดือน 4. การบันทึกเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 5. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดือนละ 1 ครั้ง 6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแบบอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีการดูแลตนเองดี	4. กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองทุกเดือน 5. ดัชนีมวลกายลดลง

จากรูปแบบการระดมสมองจากเจ้าหน้าที่ และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานนำมาสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล และชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบา

หวาน 3 องค์ประกอบหลักคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมตามแบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ PRECEED Model ซึ่งผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ PRECEED Model		
	สุขภาพ	ปัจจัยนำ	ปัจจัยเอื้อ
ระดับบุคคล	1. จัดอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง ดังนี้	1. การสนับสนุนสื่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านสุขภาพ	1 สร้างเครือข่ายแกนนำกลุ่มเสี่ยงในชุมชน 2. การเรียนรู้จากแบบอย่างผู้ป่วยเบาหวาน 3. การจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (ต่อ)

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		
	PRECEED Model		
สุขภาพ	ปัจจัยนำ	ปัจจัยเอื้อ	ปัจจัยเสริม
	<ul style="list-style-type: none"> - การออกกำลังกาย - นันทนาการ - กิจกรรมศาสนาและพัฒนাজิต - การปลูกผัก พืชสมุนไพร ใกล้เคียง - การปลูกผัก พืชสมุนไพร ใกล้บ้าน 3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> 2. การคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน 3. การบันทึกเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 	
ระดับชุมชน	อบรมแกนนำกลุ่มเสี่ยงให้มีความรู้ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของตนเอง	สนับสนุนสื่อ/แหล่งเรียนรู้ เรื่องโรคเบาหวาน	จัดตั้งเครือข่ายเบาหวานในชุมชน จัดลานออกกำลังกาย

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้นำมาเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดทำแผนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 8 เรื่อง

1. กลุ่มสัมพันธ์สร้างความคุ้นเคย
2. การอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
3. การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว
4. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
5. การออกกำลังกายในชุมชน
6. การบันทึกแบบเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพ
7. การปลูกพืชผักสมุนไพรใกล้บ้าน
8. กิจกรรมส่งท้าย : กลุ่มเปิดใจ

(2) จากการออกแบบกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดร่วมกัน นำไปสู่การประสานงานกับหน่วยงานทั้งด้านสถานที่จัดกิจกรรม วิทยากร และการประสานงานขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) ขั้นตอนการ (Action phase)

(1) การพัฒนาปัจจัยนำ จากแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดำเนินการจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง มาเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ รวม 4 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและความคุ้นเคยโดยใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 2 การอบรมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกัน

กิจกรรมที่ 3 การพบกลุ่มเพื่อติดตามความก้าวหน้า

กิจกรรมที่ 4 การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวโดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างมีข้อตกลงร่วมกันในการปลูกผักและพืชสมุนไพรในแต่ละครอบครัวและในการพบกลุ่มจะนำมารับประทานร่วมกัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร่วมกับแกนนำชุมชนจะจัดให้มีการออกกำลังกายในชุมชนของแต่ละชุมชน หรือหากมีกลุ่มออกกำลังกายอยู่แล้วจะไปร่วมออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

(2) การพัฒนาปัจจัยเอื้อ

กิจกรรมที่ 1 จากการเยี่ยมบ้านของผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ออกแบบแผนระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลในครอบครัว ชีตเครื่องหมายลงในช่องการปฏิบัติตัวประจำวัน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาการปฏิบัติตัว

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถนำไป

ประยุกต์ใช้ เช่นการปลูกผักในสวนข้างบ้านหรือที่นา หรือกินผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ การรวมกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน การปฏิบัติตามวิธีดีที่บ้านตนเอง การฝึกสมาธิ เป็นต้น

กิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้ในแลกเปลี่ยนความคิดและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีทักษะในการดูแลตนเอง

(3) การพัฒนาปัจจัยเสริม ด้วยแรงสนับสนุนจากภายนอก เพื่อสนับสนุนเงินทุนและกิจกรรม

3) การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflex)

การสะท้อนการปฏิบัติ ผู้วิจัยและทีมงานได้วิเคราะห์การดำเนินงานต่างๆ พบว่า มีทั้งปัจจัยเสริมและอุปสรรคในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

(1) ปัจจัยเสริม พบว่า การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพบปะกันอย่างสม่ำเสมอและการเยี่ยมบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นแรงจูงใจให้ทุกคนหันกลับมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เกิดความตระหนักในตนเองโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้เป็นสิ่งกระตุ้นให้ทุกคนเห็นคุณค่าในตนเอง

(2) อุปสรรค

- อาชีพและรายได้ การมาร่วมกิจกรรมทำให้ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้หรือขาดรายได้จากการค้าขาย

- คมนาคมที่ไม่สะดวก กลุ่มตัวอย่างต้องพึ่งพารถโดยสารหรืออาศัยเพื่อนมาร่วมกัน ประกอบกับเป็นช่วงฤดูเก็บเกี่ยวผลิตผล

ทางการเกษตร(เกี่ยวข้าว)ทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม

วงจรถิ่นที่ 2

4) การปรับแผน

ในการสะท้อนกลับผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จึงร่วมกันปรับปรุงแผนดำเนินการใหม่ดังนี้

(1) การปรับบางกิจกรรมให้กระชับขึ้น และปรับเวลาการพบกลุ่มจากครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นครั้งละ 1 ชั่วโมง

(2) ผู้วิจัยได้จัดสรรเงินจากโครงการสนับสนุนเป็นค่าพาหนะของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเหมาจ่าย

(3) การจับคู่เพื่อนในชุมชน (Buddy) โดยให้จับคู่กับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นที่ปรึกษาซึ่งกันและกันอย่าง

ใกล้ชิด โดยความสมัครใจทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะในการเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ เพศ อายุที่คล้ายคลึงกัน

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Evaluation)

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 12.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.22 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้	\bar{X}	S.D.	\bar{d}	95% CI	P-value
ก่อนการพัฒนา	12.53	1.99	2.03	1.50-2.56	<0.001
หลังการพัฒนา	14.56	2.27			

3) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับความรู้ ก่อนการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คิด

เป็นร้อยละ 66.7 หลังการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้เรื่องเบาหวาน

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	5	16.7	9	30.0
ระดับปานกลาง (12-15คะแนน)	5	16.7	16	53.3
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	20	66.7	5	16.7
\bar{X}	12.53		14.56	
S.D.	1.99		2.27	
Max	17		19	
Min	9		10	

4) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเท่ากับ 91.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.45 หลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 104.03 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เท่ากับ 7.91 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวหลังการพัฒนารูปแบบ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การปฏิบัติตัว	\bar{X}	S.D.	\bar{d}	95% CI	P-value
ก่อนการพัฒนา	91.43	7.45	12.6	11.86-13.34	<0.001
หลังการพัฒนา	104.03	7.91			

5) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว ก่อนการพัฒนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติ

ตัวอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ เท่ากัน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.0 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามระดับคะแนนการปฏิบัติตัว

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (120-150 คะแนน)	0	0.00	1	3.3
ระดับปานกลาง (90-119 คะแนน)	15	50.0	27	90.0
ระดับสูง (120-150 คะแนน)	0	0.00	1	3.3
ระดับปานกลาง (90-119 คะแนน)	15	50.0	27	90.0
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 90 คะแนน)	15	50.0	3	6.7
\bar{X}	91.43		104.03	
S.D.	7.45		7.91	
Max	107		123	
Min	77		89	

6) สรุปรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ดังนี้

1. การสร้างองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการเสริมพลัง ได้แก่ การรับรู้ปัญหาและความต้องการ มีส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกัน ร่วมประเมินและร่วมตรวจสอบความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับวิถีชีวิต

2. การพัฒนาปัจจัยเอื้อ เป็นการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล หรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. ปัจจัยเสริม เป็นการพัฒนา ปัจจัยเสริมแรง ได้แก่ รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการมีเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องโรคเบาหวานแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

1.2 การเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาโดยทีมผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร ถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการสะท้อนการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต เป็นการประเมินสภาพแวดล้อมของชุมชนที่เป็นปัจจัยเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

1.3 การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อช่วยเพื่อน (Buddy) โดยเฉพาะเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

ในการให้คำปรึกษาและกำลังใจ ถือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

2. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาวิถีชีวิตและการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยงโรค

เบาหวานในการจัดการดูแลตนเองโดยเน้นกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation action research)

2.2 การนำแนวคิดกระบวนการเสริมพลัง ร่วมกับแนวคิด PRECEED MODEL ประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา เพ็ญศิริรักษา. การศึกษาเพื่อสร้างพลัง. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปประยุกต์ใช้การดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรม. กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542.
2. โรงพยาบาลสุภาพตำบลสำราญ. สรุปรายงานประจำปี 2554. เอกสารอัดสำเนา, 2554.
3. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์ (รสป.), 2547.
4. สาโร เพ็งสวัสดิ์. วิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2551.
5. อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. รายงานวิจัยเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร, 2553.
6. Green ,L. Krueger , M. Health Promotion Planning An Education Approach Toronto: Mayfield Publishing Company, 1999.

ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียในดินที่ผ่านระบบกำจัดน้ำเสีย แบบร่องซึมกรณีถังเกรอะที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน

Quantity of Coliform Bacteria in Soil Treated by Absorption Trench in the Case of Septic Tank having Different Hydraulic Retention Time

วิไลวัล ศรีสุโพธิ์

นักวิชาการสาธารณสุขศาสตร์

ชัชชาย แจ่มใส

อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การจัดการน้ำเสียโดยการกำจัดน้ำเสีย ที่ระบบประกอบด้วยถังเกรอะ และระบบซึมใต้ผิวดิน เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากในชนบทซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ และวิธีดังกล่าวยังไม่ชัดเจนว่าจะมีผลกระทบต่อระบบดิน และสุขภาพของผู้อาศัยอยู่บริเวณนั้นหรือไม่ งานวิจัยนี้จึงศึกษาลักษณะของน้ำเสียเมื่อผ่านถังเกรอะที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน และผลกระทบต่อดินที่ได้รับน้ำเสียจากถังเกรอะนั้น โดยการวางแผนการทดลอง เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของน้ำเสียเมื่อผ่านถังเกรอะ โดยวางแผนการทดลองแบบ CRD 3 ซ้ำ มีระยะพักตัวที่ 1, 2 และ 5 วัน เป็นทริทเมนต์ วิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลโดย ANOVA และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทริทเมนต์แบบ LSD ส่วนการศึกษาผลกระทบต่อดิน วางแผนการทดลองโดย ANOVA ที่มี 3 ทริทเมนต์ และ 3 ซ้ำ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทริทเมนต์แบบ LSD เช่นกัน โดยมีลักษณะน้ำเสียที่ออกมาจากถังเกรอะ 3 สภาพ เป็นทริทเมนต์

ผลการทดลองพบว่า น้ำเสียเมื่อผ่านถังเกรอะที่มีระยะเวลาพักตัวต่างกัน ทำให้น้ำทิ้งที่ออกมา มีลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในดัชนี บีไอดี ซีไอดี และของแข็งแขวนลอย มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และ 0.05 ซึ่งมีค่าลดลงมากที่สุดที่ทริทเมนต์ 5 วัน โดยเปลี่ยนแปลงลดลงจาก 123.47, 317.17 และ 77.97 มิลลิกรัมต่อลิตร เหลือเพียง 47.00, 153.97 และ 6.13 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามลำดับ แต่ในส่วนของแข็งละลายได้ทั้งหมด ความนำไฟฟ้า และค่าความเป็นกรดต่าง พบมีการลดลงเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทดลอง เช่นเดียวกับ โคลิฟอร์มแบคทีเรียที่มีการลดลงไม่มากนัก ส่วนผลการศึกษาผลกระทบต่อดิน พบว่า น้ำเสียที่ออกมาจากถังเกรอะที่มีระยะเวลาเก็บกักต่างกัน ทำให้ปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่พบในดินในระบบร่องซึมมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และ 0.05 ทุกทริทเมนต์ อีกทั้งน้ำเสียจากถังเกรอะที่มีระยะพักตัวแตกต่างกันยังทำให้ความเป็นกรดต่างในดิน การไหลซึมของน้ำ ความ

สามารถในการอุ้มน้ำของดิน และอินทรีย์วัตถุในดิน เปลี่ยนแปลงไป (ความเป็นกรดต่างเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยจาก 8.30 เป็น 7.40 อินทรีย์วัตถุในดิน เพิ่มจาก 0.52 เป็น 0.65 เปอร์เซ็นต์ การไหลซึมเพิ่มจาก 1.15×10^{-6} เป็น 8.55×10^{-5} ความพรุนของดินลดลงจาก 0.43 เป็น 0.35 เปอร์เซ็นต์ และความสามารถในการอุ้มน้ำของดินลดลงจาก 11.33 เป็น 7.53 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อกรัม)

ABSTRACT

Wastewater management by wastewater disposal the system consisting of septic tanks and subsurface leaching system was quite popular in rural areas in which most population inhabiting. The mentioned method was still not clear whether it could affect to soil system and health of neighborhood inhabitants. This research was to study the characteristics of wastewater being treated through septic tanks with different hydraulic retention time and affection to the soil. The research was planned to utilize CRD 3 repetitions with hydraulic retention time of 1, 2 and 5 days was treatment respectively. The result was analyzed for the variance by ANOVA and compared with LSD, while the affection to soil was planned of 3 treatments and 3 repetitions, comparing averages with LSD, out of 3 features out flowage provided.

The research outcome appeared that wastewater of hydraulic retention time of treatment in septic tanks showed significantly statistical difference, BOD, COD and SS index at $p < 0.01$ and 0.05 of which the lowest decrease was of 5 day-length, decreasing from 123.47, 317.17 and 77.97 mg/l to 47.00, 153.97 and 6.13 mg/l respectively; while TDS, Ec and pH values slightly decreased with no statistical difference, as well as coliform bacteria also slightly decreased. For the affection to the soil, it was found that the effluence of hydraulic retention time helped differentiate amounts of coliform bacteria in the soil in absorption trench statistically significantly at $p < 0.01$ and 0.05 out of every treatment. And also the effluence helped changing pH value in the soil, permeability, water holding capacity, and organic matter (pH value changed from 8.30 to 7.40, organic matter increased from 0.52% to 0.65%, permeability rose from 1.15×10^{-6} to 8.55×10^{-5} , porosity lowered from 0.43% to 0.35%, and water holding capacity decreased from 11.33 to 7.53 cm^3/gm).

1. บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่ในเขตร้อน ประกอบกับพื้นที่ส่วนใหญ่มีความอุดมสมบูรณ์ ด้วยทรัพยากรน้ำ ดังจะเห็นได้ว่าประเทศไทยไม่ค่อยประสบปัญหาขาดแคลนน้ำ เนื่องจากสถิติปริมาณฝนตกมีค่าเฉลี่ยมากถึง 1,600 มิลลิเมตร⁽²⁾ ต่อปี สภาพเช่นนี้จึงส่งผลต่อการใช้น้ำของประชากร อันเนื่องมาจากการใช้น้ำอย่างไม่มีข้อจำกัด จึงส่งผลให้ประเทศไทยเกิดน้ำเสียมากมายจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคอันเนื่องมาจากน้ำเป็นเหตุ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งทั้งสองโรคระบาดนี้มีการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ สภาพดังกล่าวนี้มีความจำเป็นมากที่จะต้องจัดการน้ำเสียโดยวิธีทางใดวิธีหนึ่ง เช่น การบำบัดหรือการกำจัด ถ้าเป็นการบำบัดจะมีวัตถุประสงค์เพื่อพยายามแยกของเสียให้ออกจากน้ำก่อนปล่อยน้ำทิ้งนั้นออกสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการบำบัดน้ำเสียต่อลูกบาศก์เมตร แต่ถ้าเป็นการกำจัดก็จะมีวัตถุประสงค์แตกต่างออกไป และมีค่าใช้จ่ายในการจัดการค่อนข้างน้อย เพราะหมายถึงการทำให้ น้ำเสีย นั้นหายไป และไม่ก่อผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

จากสภาพการใช้น้ำดังกล่าว พบว่า ชุมชนต้องเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งในการจัดการน้ำเสียไม่ จะเป็นการบำบัดหรือการกำจัด เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และในประเทศไทยก็มีครัวเรือนอยู่ในเขตเทศบาลประมาณ 21 ล้านคน และในชนบทประมาณ 42 ล้านคน⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในชนบท และมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะนำระบบบำบัดมาใช้ได้ส่วนใหญ่ จึงเลือกใช้ระบบกำจัดน้ำเสีย ถ้าเป็นเช่นนั้น

แสดงว่าระบบจัดการน้ำเสียส่วนใหญ่ที่ประชากรประเทศไทยเลือกใช้เป็นระบบกำจัดน้ำเสีย ซึ่งรูปแบบที่นำมาใช้นั้นปรีดา แยมเจริญวงศ์⁽⁷⁾ ได้เสนอว่า การซึมใต้ผิวดินเหมาะสมกับการกำจัดน้ำเสียจากครัวเรือนมากที่สุด เช่นเดียวกับกับกรรมควบคุมมลพิษ⁽¹⁾ ที่ได้รายงานไว้ว่า น้ำที่ผ่านถึงเกราะแล้วควรเข้าสู่บ่อซึม หรือลานซึมเพื่อกำจัดต่อไป

จากสถานการณ์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าชุมชนชนบทส่วนใหญ่เลือกใช้ระบบจัดการน้ำเสียแบบระบบซึมใต้ผิวดิน ซึ่งระบบดังกล่าวต้องรองรับของเสียจากถังเกราะเสมอ โอกาสที่ระบบจะล้มเหลวเนื่องจากการสะสมปริมาณสารอินทรีย์ไว้ในดินหรือการสะสมจุลินทรีย์ในปริมาณมากไว้ในดินนั้นย่อมเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำเสีย เมื่อน้ำเสียนั้นผ่านถึงเกราะ เพราะหากน้ำเสียมีคุณภาพดีขึ้นมาก คือ มีสารอินทรีย์เหลืออยู่น้อย โอกาสที่ดินจะได้รับผลกระทบหรือเป็นพิษก็น้อย อีกทั้งความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ก่อโรคในดินที่เป็นพื้นที่รับการซึมจึงมีความสำคัญ และมีคุณค่าต่อการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาปริมาณของโคลิฟอร์มแบคทีเรียในดินที่ได้รับน้ำเสียจากถังเกราะที่มีระยะเวลาพักตัวแตกต่างกัน

2.2 เพื่อศึกษาระยะเวลาพักตัว (Hydraulic Retention Time; HRT) ที่เหมาะสมในถังเกราะ ที่ทำให้สารอินทรีย์ในน้ำเสียเหลือน้อยที่สุด

วิธีการศึกษา

3.1 การเตรียมหน่วยทดลองและน้ำเสียที่ใช้ในการทดลอง วิธีการทดลองเป็นการเตรียมน้ำเสียและการเตรียมหน่วยทดลองก่อนดำเนินการทดลอง ในขั้นการเตรียมน้ำเสียที่ใช้ในการทดลอง เป็นการรวบรวมน้ำเสียที่เกิดจากกิจกรรมภายในอาคารปฏิบัติการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งมีกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและการเรียนการสอน โดยน้ำเสียดังกล่าวเป็นน้ำเสียที่จัดอยู่ในประเภทน้ำเสียชุมชน ทำการรวบรวมโดยการวางท่อรับน้ำเสียจากเครื่องสุขภัณฑ์เข้าสู่หน่วยพักน้ำเสียที่มีความสามารถเก็บกักน้ำเสียได้ประมาณ 50 ลิตร แล้วสูบส่งด้วยเครื่องสูบน้ำเสียไปยังหน่วยทดลองทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงสภาพของน้ำเสีย ส่วนการเตรียมหน่วยทดลองเป็นการเตรียมถังกรองด้วยถักคอนกรีตวงขอบสำเร็จรูปขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.40 เมตร สูงประมาณ 0.60 เมตร มีความสามารถในการเก็บกักน้ำเสียได้ประมาณ 80 ลิตร จำนวน 9 หน่วยทดลอง และในหน่วยทดลองแต่ละหน่วยนั้นยังมีหน่วยกำจัดน้ำเสียแบบร่องซึม ที่มีขนาดความกว้าง 0.30 เมตร ลึกประมาณ 0.30 เมตร และความยาวหน่วยทดลองละ 4.00 เมตร

3.2 รูปแบบการทดลอง

เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ทำการทดลองในหน่วยทดลองที่จัดทำขึ้นทั้ง 2 ส่วน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างดินที่ได้รับน้ำทิ้งจากถังกรองที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน เมื่อระดับความลึกของดินเท่ากัน โดยในงานวิจัยนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1 ส่วนที่ 1 ในหน่วยทดลองที่เป็นถังกรอง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.40 เมตร สูง 0.60 เมตร ทั้ง 9 หน่วยทดลองนั้น ทำการศึกษาประสิทธิภาพของถังกรองในการลดปริมาณสารอินทรีย์ในน้ำเสีย เมื่อน้ำเสียไหลผ่านถังกรองทดลองที่มีระยะเก็บกักน้ำเสียได้ต่างกัน

3.2.2 ส่วนที่ 2 ในหน่วยทดลองที่เป็นร่องซึมขนาดกว้าง 0.30 เมตร ลึก 0.30 เมตร และยาว 4.00 เมตรนั้น ทำการศึกษาแบคทีเรียในดินที่ได้รับน้ำทิ้งจากถังกรองที่มีระยะเวลาพักตัวแตกต่างกัน

3.3 แผนการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.3.1 ส่วนที่ 1 ในหน่วยทดลองที่เป็นถังกรอง วางแผนการทดลองแบบ CRD (Completely Randomize Design) มีการวางหน่วยทดลองเป็น 3 ชุดการทดลอง ชุดการทดลองละ 3 ซ้ำ รวม 9 หน่วยทดลอง มีระยะพักตัวของน้ำเสียในหน่วยทดลองเป็นทริทเมนต์ ซึ่งส่วนการทดลองนี้มี 3 ทริทเมนต์ ได้แก่ ระยะพักตัว 1, 2 และ 5 วัน

3.3.2 ส่วนที่ 2 ในหน่วยทดลองที่เป็นร่องซึม วางแผนการทดลองแบบ CRD มีการวางหน่วยทดลองเป็น 3 ชุดการทดลอง ชุดการทดลองละ 3 ซ้ำ รวม 9 หน่วยทดลอง มีน้ำทิ้งจากถังกรองที่มีระยะพักตัวต่างกันเป็นทริทเมนต์ 3 ระดับ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 น้ำเสียก่อนการทดลองและหลังผ่านหน่วยทดลอง ตรวจสอบลักษณะน้ำเสียในพารามิเตอร์ ความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี (Biochemical Oxygen Demand; BOD) ความต้องการออกซิเจนทางเคมี (Chemical

Oxygen Demand; COD) ของแข็งแขวนลอย (Suspended Solid; SS) ของแข็งละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solid; TDS) ความเป็นกรดต่าง (pH) ความนำไฟฟ้า (Electro Conductivity; Ec) โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด (Total Coliform Bacteria; TCB) และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Faecal Coliform Bacteria; FCB) ทำการตรวจ สอบทุกสัปดาห์ตลอด 10 สัปดาห์ของการทดลอง

3.4.2 ดินก่อนการทดลอง และดินหลังการทดลองทำการตรวจสอบดัชนี ความนำไฟฟ้า ความเป็นกรดต่าง อินทรีย์วัตถุ การไหลซึมของน้ำ ความพรุนของดิน ความหนาแน่นรวมของดิน ความสามารถในการอุ้มน้ำของดิน โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการทดลองแบบ Analysis of Variance (ANOVA) ในแผนการทดลองของ CRD และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทริทเมนต์ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference)

4. ผลการศึกษาและอภิปรายผล

4.1 ผลการตรวจสอบน้ำเสียและดินก่อนได้รับทริทเมนต์

ผลการตรวจสอบลักษณะของน้ำเสียที่นำมาใช้ในการทดลอง พบว่า น้ำเสียที่นำมาทดลองมีอัตราการเกิดระหว่าง 8 ถึง 10 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน มีค่าบีโอดี ซีโอดี ของแข็งแขวนลอย ของแข็งละลายได้ทั้งหมด กรดต่าง ความนำไฟฟ้า ค่าโคลิฟอร์มทั้งหมด และฟีคัลโคลิฟอร์ม ตามลำดับ ข้อมูลลักษณะน้ำเสียที่ใช้ในการทดลองแสดงไว้ในตารางที่ 1 ส่วนดินที่วางหน่วยทดลองพบว่ามีค่าความซึมลึก (Percolation Rate) เท่ากับ 5.62 นิ้วต่อนาที ลักษณะของดินที่วางหน่วยทดลองเป็นชุดดิน โยไซธรร (Fine-loamy, siliceous, semiactive, isohyperthermic Typic Paleustults) และลักษณะดินที่นำมาเป็นหน่วยทดลองนั้น พบมีค่าความนำไฟฟ้า ความเป็นกรดต่างที่ดินต่อน้ำ 1 : 5 ส่วนอินทรีย์วัตถุ การไหลซึมของน้ำ ความพรุนของดิน ความหนาแน่นรวม ความสามารถในการอุ้มน้ำของดิน โคลิฟอร์มทั้งหมด และ ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะน้ำเสียที่นำมาใช้ในการทดลอง

พารามิเตอร์	ปริมาณ	หน่วย
BOD	123.47	mg/L
COD	317.17	mg/L
SS	77.97	mg/L
TDS	820.33	mg/L
pH	7.74	-
Ec	1515.77	µs/cm

ตารางที่ 1 ลักษณะน้ำเสียที่นำมาใช้ในการทดลอง (ต่อ)

พารามิเตอร์	ปริมาณ	หน่วย
TCB	3.94×10^5	MPN /100 ml
FCB	3.70×10^5	MPN /100 ml

ตารางที่ 2 ลักษณะดินที่นำมาใช้ในการทดลอง

พารามิเตอร์	ปริมาณ	หน่วย
ความนำไฟฟ้า	122	$\mu\text{s/cm}$
ความเป็นกรดต่าง	8	-
อินทรีย์วัตถุ	0.52	%
การไหลซึมของน้ำ	1.15×10^{-6}	cm/sec
ความพรุนของดิน	0.44	%
ความหนาแน่นรวม	1.46	g/cm ³
ความสามารถในการอุ้มน้ำของดิน	12	cc/100 g
โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด	4	MPN /100 ml ของสารละลายดิน
ฟิคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย	1.8	MPN /100 ml ของสารละลายดิน

4.2 การเปลี่ยนแปลงน้ำเสียเมื่อผ่านหน่วยทดลอง

4.2.1 การเปลี่ยนแปลงบีโอดีและซีโอดีในน้ำทิ้งจากหน่วยทดลอง

หน่วยทดลองที่เป็นถังเกราะที่มีค่า HRT เท่ากับ 1 วัน มีค่าบีโอดีลดลงแตกต่างกันกับค่าบีโอดีของน้ำเข้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ในทุกครั้งของการสังเกตเช่นเดียวกันกับค่าซีโอดีตลอดระยะเวลาการทดลอง

จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่าน้ำเสียเมื่อผ่านถังเกราะในหน่วยทดลองมาแล้ว ทั้งค่าบีโอดีและซีโอดีมีค่าลดลง สามารถอธิบายได้ว่า ในน้ำทิ้งตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์นั้นมีปริมาณสารอินทรีย์ที่ละลายอยู่ในน้ำลดลง

เพราะทั้งสองพารามิเตอร์นั้นเป็นดัชนีชี้บ่งออกปริมาณของสารอินทรีย์ที่มีอยู่ในน้ำเสีย และผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ นั้น ยงยุทธ บุญจันทร์⁽⁹⁾ ได้ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลสำหรับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองอุทัยธานี โดยใช้ถังเกราะรับน้ำเสียจากส้วม พบว่า เมื่อตรวจสอบน้ำทิ้งจากถังเกราะแล้วมีค่าบีโอดีอยู่ระหว่าง 10 ถึง 69 มิลลิกรัมต่อลิตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ค่าบีโอดีของน้ำเสียที่ออกมาจากถังเกราะที่มีระยะพักตัวเป็น 1, 2 และ 5 วัน นั้นมีค่าเฉลี่ยเป็น 83.17, 61.30 และ 47.00 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามลำดับ

4.2.2 การเปลี่ยนแปลงของแข็งแขวนลอยในน้ำทิ้งจากถังกรองทดลอง

เมื่อน้ำเสียที่นำมาทดลองผ่านหน่วยทดลองที่เป็นถังกรองที่มีระยะพักตัวแตกต่างกัน น้ำทิ้งมีค่าของแข็งแขวนลอยไม่เท่ากัน การตรวจสอบน้ำทิ้งตลอดการทดลอง 10 สัปดาห์พบว่าของแข็งแขวนลอยในน้ำเสียที่ผ่านถังกรองที่มีระยะพักตัว 1 วัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.13 มิลลิกรัมต่อลิตร และเมื่อน้ำเสียผ่านหน่วยทดลองในถังกรองที่มีระยะพักตัว 2 และ 5 วัน พบว่าค่าดังกล่าวในน้ำทิ้งนั้นลดลงเหลืออยู่เพียง 16.67 และ 6.13 มิลลิกรัมต่อลิตร โดยเฉลี่ยตามลำดับ (ตารางที่ 5)

แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของปริมาณของแข็งแขวนลอยในหน่วยทดลองทุกระยะพักตัวในทุกสัปดาห์มีลักษณะคล้ายกัน เนื่องจาก การที่น้ำเสียพักตัวอยู่ในหน่วยทดลองที่มีสภาพการหมักแบบไร้ออกซิเจน ประกอบกับในถังกรองทดลองมีส่วนกั้นตะกอนที่มีลักษณะคล้ายแผงกั้นอยู่ด้วยโอกาสที่ของแข็งแขวนลอยจะหลุดปนไปกับน้ำทิ้งก็มีน้อยลง เช่นเดียวกับตะกอนขนาดใหญ่ อีกทั้งการหมักแบบไร้ออกซิเจนยังทำให้ของแข็งแขวนลอยซึ่งเป็นสารอินทรีย์ขนาดเล็กเปลี่ยนรูปไปเป็นกรดอินทรีย์เป็นสำคัญ การพักตัวอยู่ในถังนาน การย่อยสลายก็มีมากขึ้นด้วย

4.2.3 การเปลี่ยนแปลงของแข็งละลายได้ทั้งหมดและความนำไฟฟ้าในน้ำทิ้งจากถังกรองทดลอง

ค่าของแข็งละลายได้ทั้งหมดและความนำไฟฟ้ามีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากตลอดระยะเวลาการทดลอง ส่วนค่าความนำไฟฟ้าที่พบ

ในการตรวจสอบน้ำทิ้งที่นำมาทำการทดลอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากเช่นเดียวกันกับปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมด สภาพที่พบดังกล่าวสอดคล้องกับปริมาณของของแข็งละลายได้ทั้งหมด เพราะการละลายของของแข็งในน้ำเสียจะแตกตัวให้อิออนเสมอ ส่งผลให้เกิดความสามารถในการนำไฟฟ้าขึ้น ปกติถ้าค่าของแข็งละลายได้ทั้งหมดมีค่ามาก จะทำให้ค่าความนำไฟฟ้ามีค่ามากตามไปด้วย ดังเช่นการรายงานของ มั่นสิน ตัณฑุลเวศม์ และ มั่นรักษ์ ตัณฑุลเวศม์⁽⁸⁾ ที่เสนอไว้ว่า ปริมาณของแข็งละลายได้ทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 0.5 ถึง 0.9 ของค่าความนำไฟฟ้า

4.2.4 การเปลี่ยนแปลงค่าความเป็นกรดต่างในน้ำทิ้งจากถังกรองทดลองในน้ำเสียที่นำมาทดลองมีค่าความเป็นกรดต่างเฉลี่ยเท่ากับ 7.74 เมื่อน้ำเสียผ่านหน่วยทดลองแล้วค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 8) เมื่อนำผลการศึกษาไปเทียบเคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยงยุทธ บุญจันทร์⁽⁹⁾ ได้วิเคราะห์น้ำทิ้งจากถังกรองไร้อากาศพบว่าค่าความเป็นกรดต่างอยู่ระหว่าง 6.90 ถึง 8.70 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.30 ซึ่งใกล้เคียงกับการทดลองนี้

ส่วนการเปลี่ยนแปลงค่าความเป็นกรดต่างของน้ำเสียจากถังกรอง เมื่อผ่านถังกรองมาแล้วค่าความเป็นกรดต่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนั้น เนื่องจากในหน่วยทดลองที่เป็นถังกรองนั้นภายในถังไม่สามารถทำให้อยู่ในสภาพไร้ออกซิเจนได้อย่างสมบูรณ์ ในหน่วยทดลองยังคงมีการซึมเข้าไปของออกซิเจนจากอากาศ ซึ่งปริมาณออกซิเจนที่รบกวนสภาพการหมักภายใน

ดังนั้น ส่งผลให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้นเล็กน้อย อีกทั้งการหมักในช่วงแรกแบคทีเรียที่สร้างกรด จะสร้างกรดเป็นจำนวนมาก จะทำให้ค่าความเป็นกรดต่างลดลง และในช่วงท้ายของการหมัก ความเข้มข้นของNH₄ จะมากขึ้นตามการย่อยสลายไนโตรเจนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น โดยอาจเพิ่มขึ้นเกิน 8 จนกระทั่งระบบการย่อยสลายเริ่มมีความเสถียร ค่าความเป็นกรดต่างจึงจะมีค่าอยู่ระหว่าง 6.8-8

4.2.5 การเปลี่ยนแปลงปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำทิ้งจากถังกรอง

ปริมาณของโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่พบในระหว่างการทดลองนั้น ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด และพีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงคล้ายกัน (ตารางที่ 9 และตารางที่ 10) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทั้งสองดัชนีมีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก เนื่องจากแบคทีเรียกลุ่มนี้โดยปกติดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะแพคคูลเททีฟ อาจดำรงชีพแบบการใช้ ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจนบ้าง อีกทั้งในน้ำเสียจากชุมชนทั่วไปมีความเข้มข้นของออกซิเจนไม่มากนัก ดังนั้น น้ำเสียจึงมีโอกาสอยู่ในสภาวะดังกล่าวได้มาก ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในกลุ่มแพคคูลเททีฟได้เป็นอย่างดี และเมื่อน้ำเสียนั้นถูกนำมาพักตัวในถังกรองตามเวลาที่กำหนด ทำให้สภาพน้ำนั้นเข้าใกล้สภาวะไร้ออกซิเจนมากขึ้น การพัฒนาการดำรงชีวิตของแบคทีเรียนั้นอาจไม่สามารถดำเนินไปได้ ส่งผลให้แบคทีเรียมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าระยะพักตัวมากกว่า 2 วัน มีการลดลงของแบคทีเรียดังกล่าวซึ่งมีปริมาณแตกต่างจากปริมาณที่พบในน้ำเสียก่อนทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และ 0.01 ด้วย ข้อมูลดังกล่าวชี้บ่งว่า ปริมาณของแบคทีเรียในกลุ่มโคลิฟอร์มมีแนวโน้มลดลงเมื่อน้ำนั้นผ่านถังกรองทดลองมาแล้ว ซึ่งในเรื่องนี้มีความสอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมา โดย นุชนาถ แซ่มซ้อย⁽⁵⁾ ได้เสนอว่า เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นเชื้อก่อโรคต่างๆ รวมทั้งโคลิฟอร์มด้วยนั้นจะตายภายใน 2 วัน เมื่อน้ำเสียนั้นถูกเก็บกักอยู่ในถัง คล้ายกับการศึกษาของ ญัฐภูมิ สุดแก้ว⁽⁴⁾ ที่เคยได้รายงานไว้ว่า เชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคหลายชนิดจะตายเมื่อเวลาผ่านไป 4 วันของการเก็บน้ำเสียไว้ในถังกรอง อีกทั้ง venhuizen⁽¹³⁾ ก็ได้รายงานว่ น้ำที่ผ่านถังกรองแล้วแบคทีเรียจะลดปริมาณลงประมาณร้อยละ 50 ถึง 90 เช่นเดียวกัน

4.3 การเปลี่ยนแปลงสภาพดินหลังได้รับน้ำทิ้ง

4.3.1 การเปลี่ยนแปลงค่าความนำไฟฟ้า

จากการทดลองพบว่า ความนำไฟฟ้าในสารละลายดิน มีค่าเปลี่ยนไปตามค่าความนำไฟฟ้าในน้ำทิ้งที่นำมาทดลอง เมื่อพิจารณาแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพบว่าค่าความนำไฟฟ้ามีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงคล้ายกัน ดังตารางที่ 11 ต่างกันเฉพาะค่าความนำไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นในทุกสัปดาห์ของการสังเกต เนื่องจากดินได้รับน้ำทิ้งที่มีค่าความนำไฟฟ้าสูง จึงทำให้สารละลายดินมีค่าดังกล่าวสูงตามไปด้วย

4.3.2 การเปลี่ยนแปลงค่าความเป็นกรดต่างในสารละลายดิน

ความเป็นกรดต่างในสารละลายดินมีค่าลดลงจาก 8.30 เหลือเพียง 7.23, 7.33 และ 7.23 ตารางที่ 12 สภาพเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่า

ค่าความเป็นกรดต่างในสารละลายดินมีค่าเป็นไปตามความเป็นกรดต่างของน้ำทิ้งที่ปล่อยเข้าสู่ระบบดินของแต่ละหน่วยทดลอง เมื่อพิจารณาในแต่ละทริทเมนต์ของการทดลองในระบบดินในแต่ละสัปดาห์พบว่าค่าความเป็นกรดต่างในสารละลายดินไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างทริทเมนต์ และในแต่ละช่วงของสัปดาห์ค่าความเป็นกรดต่างมีแนวโน้มเป็นไปตามค่าความเป็นกรดต่างของน้ำทิ้งซึ่งเป็นทริทเมนต์ที่ระบบดินได้รับ

เกี่ยวกับเรื่องความเป็นกรดต่างในดินนั้น อาจกล่าวได้ว่า ปกติแล้วดินเป็นสิ่งที่มีความประจุทั้งบวกและลบ แต่มีค่าประจุลบมากกว่า การมีประจุนี้ จึงทำให้ผิวของอนุภาคดินสามารถดูดจับไอออนต่างๆ ในสารละลายดินไว้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไอออนบวก และไฮโดรเจนไอออนนั้น มีประจุบวก ดังนั้น จะมีบางส่วนของไฮโดรเจนไอออนในสารละลายดินถูกดูดจับด้วยประจุที่ผิวของอนุภาคดิน และค่าความเป็นกรดต่างที่วัดได้ในการศึกษานี้ เป็นค่ากรดต่างที่อยู่ในสารละลายดินเป็นสำคัญ เกี่ยวกับเรื่องนี้ ศุภมาศ พนิชศักดิ์พัฒนา⁽¹⁰⁾ ได้รายงานไว้ว่าค่าความเป็นกรดต่างของดินที่วัดได้ เป็นสภาพกรดจริง ซึ่งค่าที่วัดได้จะเกี่ยวพันกับสภาพของสารละลายดิน

4.3.3 การเปลี่ยนแปลงอินทรีย์วัตถุในดิน ความพรุนของดิน ความหนาแน่นรวมของดิน การไหลซึมของน้ำในดิน และความสามารถในการอุ้มน้ำได้ของดินปริมาณของอินทรีย์วัตถุในดิน ในหน่วยทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ (ตารางที่ 13) จึงกล่าวได้ว่า ในระบบดินมีการเพิ่มขึ้นของอินทรีย์วัตถุ อันเนื่องมาจากทริทเมนต์ที่โดยเป็นองค์ประกอบของน้ำทิ้ง

ที่ผ่านถึงเกราะทดลองออกมา แล้วเกิดการสะสมอยู่ในระบบดิน

ในกรณีของความพรุนของดินนั้น จากผลการทดลองพบว่า เมื่อเวลาการทดลองผ่านไปค่าความพรุนของดินลดลงในทุกหน่วยทดลองและพบว่าความพรุนในหน่วยทดลองที่ได้รับน้ำทิ้งจากถังเกราะที่มีระยะเวลาพักตัวต่างกัน ทำให้ค่าความพรุนของดินลดลงไม่เท่ากัน ในหน่วยทดลองที่ได้รับน้ำทิ้งจากถังเกราะที่มีระยะเวลาพักตัวเพียง 1 วัน ทำให้ความพรุนของดินลดลงเร็วกว่าหน่วยทดลองที่ได้รับน้ำทิ้งจากถังเกราะที่มีระยะเวลาพักตัว 5 วัน (ตารางที่ 14)

เมื่อพิจารณาความหนาแน่นรวมของดินแต่ละหน่วยทดลองตามตารางที่ 15 พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปความหนาแน่นรวมของดินมีค่าน้อยลง แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีน้ำทิ้งไหลเข้าสู่ระบบดินแล้วดินมีความร่วนซุยมากขึ้น โดยผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าดินก่อนรับน้ำทิ้งมีความหนาแน่นรวมเฉลี่ย 1.49 กรัมต่อลูกบาศก์เซนติเมตร เมื่อได้รับน้ำทิ้งแล้วดินมีค่าเฉลี่ยของความหนาแน่นรวมลดลงเป็น 1.32, 1.33 และ 1.44 กรัมต่อลูกบาศก์เซนติเมตร เมื่อได้รับน้ำทิ้งที่ผ่านระยะเวลาพักตัว 1, 2 และ 5 วัน ตามลำดับ

จากสภาพดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการมีอินทรีย์วัตถุเข้าสู่ระบบดินมากเพียงใด ทำให้ดินเกิดสารเชื่อมมากขึ้นเท่านั้น จนทำให้อนุภาคดินห่างกันมากขึ้น สภาวะเช่นนี้จะทำให้ดินเหลือช่องว่างที่สามารถบรรจุอากาศได้น้อยลง อีกทั้งดินจะมีน้ำหนักต่อหน่วยลดลงเช่นกัน เนื่องจากระบบดินถูกแทนที่ด้วยชีวมวลจากสารอินทรีย์ต่างในน้ำเสีย ระบบดินเช่นนี้ยังจะทำให้ความสามารถในการอุ้มน้ำได้ของดินลดลง เช่นเดียวกันกับค่าอัตราการซึมของดินด้วย

เหตุผลที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของ ศุภมาศ พนิชศักดิ์พัฒนา⁽¹⁰⁾ ที่ ได้รายงานไว้ว่า อินทรียวตฤ เมื่อเข้าสู่ระบบดิน แล้วจะช่วยให้เกิดเม็ดดินและช่วยให้เม็ดดินมีความเสถียร แต่อย่างไรก็ตาม อินทรียวตฤไม่ใช่ สารเสถียร จึงมีการสลายตัวได้ และทำให้ก้อนดินลดความเสถียรลงไปด้วย แต่การเพิ่มอินทรียวตฤอยู่ตลอดเวลา ทำให้ความเสถียรของการเกิดเม็ดดินคงอยู่นาน เป็นผลต่อคุณภาพของระบบดิน เพื่อประโยชน์ในทางเกษตรกรรม เนื่องจากทำให้ดินมีความพรุน อุ่มน้ำได้มากและระบายอากาศดี อีกทั้งในงานทดลองยังแสดงผลให้เห็นว่า ดินที่ได้รับน้ำทิ้งที่มีระยะพักตัวไม่นานในถังเกราะแล้วปล่อยเข้าสู่ระบบดินจะทำให้ดินมีความร่วนซุยมากกว่าน้ำทิ้งที่ผ่านการพักตัวมานาน เนื่องจากน้ำทิ้งที่ผ่านการพักตัวไม่นานสารอินทรีย์ยังคงหลงเหลืออยู่ในน้ำทิ้งปริมาณมากกว่า เมื่อเข้าสู่ระบบดิน สารอินทรีย์เหล่านั้นทำหน้าที่เป็นสารเชื่อมในดิน (Cementing agent) ก่อให้ดินเกิดเป็นโครงสร้างและมีความอุดมสมบูรณ์สูง

4.4 การเปลี่ยนแปลงปริมาณโคลิฟอร์มในดิน

โคลิฟอร์มในดินก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตรของสารละลายดิน ซึ่งปริมาณดังกล่าวต่ำกว่าปริมาณที่พบในหน่วยทดลองทุกหน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ปริมาณของโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 183.33 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตรของสารละลายดิน ในสัปดาห์ที่ 1 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนสูงสุดในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36,667 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตร

ของสารละลายดิน และในหน่วยทดลองอื่นๆที่ได้รับทรีทเมนต์ต่างกัน (ระยะพักตัว 2 และ 5 วัน) ปริมาณพีคัลโคลิฟอร์มที่พบในดินก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 MPN ต่อ 100 มิลลิลิตรของสารละลายดิน แต่เมื่อหน่วยทดลองได้รับน้ำทิ้งแล้วดินในหน่วยทดลองทุกหน่วยมีปริมาณของพีคัลโคลิฟอร์มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 18 และตารางที่ 19)

เมื่อพิจารณาถึงความเปลี่ยนแปลงของปริมาณโคลิฟอร์มแบคทีเรียในงานทดลองนี้แล้ว พบว่า น้ำทิ้งที่เข้าสู่ระบบดิน ยิ่งน้ำเสียมีระยะพักตัวมากขึ้นเท่าใด จะทำให้ดินมีโคลิฟอร์มแบคทีเรียในสารละลายน้อยลง โดยการแปรผกผันกับระยะพักตัวของน้ำเสียในหน่วยทดลอง อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยแรก คือ การรับสารอินทรีย์เข้ามาในระบบดิน เมื่อระบบดินมีสารอินทรีย์ซึ่งเป็นแหล่งอาหารของจุลินทรีย์อยู่มาก ทำให้ระบบดินเกิดการปนเปื้อนด้วยจุลินทรีย์และจำนวนจุลินทรีย์นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งในการทดลองนี้ระบบดินจะได้รับสารอินทรีย์จากน้ำเสียอยู่ตลอดเวลา ทำให้ระบบดินไม่ขาดสารอินทรีย์ ปัจจัยต่อมาเป็นปริมาณของแบคทีเรียซึ่งเป็นกลุ่มหลักของจุลินทรีย์ในงานทดลองนี้ หน่วยทดลองที่มีระยะพักตัวของน้ำเสียในถังเกราะ 1 วัน จะมีน้ำทิ้งเข้าสู่ระบบดินมากกว่าหน่วยทดลองที่มีระยะพักตัวมากกว่า 1 วัน มีผลต่อจำนวนของแบคทีเรียที่ละลายอยู่ในสารละลายดิน และปัจจัยสุดท้ายคือ การแก่งแย่งแข่งขันในระบบนิเวศน์ของดิน โดยระบบดินที่ได้รับจุลินทรีย์จากภายนอกมากกว่าจะส่งผลต่อ

จุลินทรีย์ประจำถิ่น อาจทำให้จุลินทรีย์ประจำถิ่น
ดำรงชีวิตอยู่ไม่ได้ ตรงกันข้ามกับการรับปริมาณ
จุลินทรีย์เข้าสู่ระบบดินจำนวนจำกัดจะทำให้

จุลินทรีย์ประจำถิ่นสามารถดำรงชีวิตแข่งขันกับ
จุลินทรีย์แปลกปลอมได้ มีผลให้จุลินทรีย์แปลก
ปลอมขยายจำนวนได้ไม่มากด้วยเช่นกัน⁽³⁾

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยที่รีทเมนท์ของความต้องการออกซิเจนทางชีวเคมี

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	81.67 b	79.33 b	85.33 b	85.67 b	70.67 b	84.67 b	88.00 b	80.33 b	85.33 b	90.67 b	83.17
ระยะพักตัว 2 วัน	59.00 c	59.33 c	61.67 c	62.00bc	65.67 b	61.00 c	68.00 c	62.67 c	58.33 c	55.33 c	61.3
ระยะพักตัว 5 วัน	46.33 c	49.33 c	45.00 d	43.00 c	43.00 c	42.67 d	47.67 d	47.00 d	51.67 c	54.33 c	47
น้ำเข้า	146.67a	125.00a	130.33a	121.67a	107.00a	122.00a	132.67a	111.67a	119.33a	118.33a	123.47
mean	83.42	78.25	80.58	78.09	71.59	77.59	84.09	75.42	78.67	79.67	78.74
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	8.63	8.61	7.68	16.18	9.30	10.02	9.32	7.44	12.88	11.80	-

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยที่รีทเมนท์ของความต้องการออกซิเจนทางเคมี

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	305.00a	240.00b	273.33a	271.00a	226.67b	256.67b	280.00a	262.00b	268.33b	290.00a	267.30
ระยะพักตัว 2 วัน	176.67b	178.33c	200.00b	203.33b	190.00bc	210.00c	223.33b	216.67b	198.33c	186.67b	198.33
ระยะพักตัว 5 วัน	143.33b	162.67c	140.00c	143.00c	150.00c	145.00d	170.00c	160.33c	152.00c	173.33b	153.97
น้ำเข้า	320.00a	306.67a	318.33a	305.00a	296.67a	313.33a	321.67a	353.33a	321.67a	315.00a	317.17
mean	236.25	221.92	232.92	230.58	215.83	231.25	248.75	248.08	325.08	241.25	234.19
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	7.57	6.78	9.70	11.11	10.44	8.46	10.66	11.21	11.30	14.33	-

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยที่รีทเมนท์ของของแข็งแขวนลอย

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	23.33b	28.67b	25.33b	26.67b	33.33b	36.33b	34.00b	29.00b	36.00b	38.67b	31.13
ระยะพักตัว 2 วัน	13.00bc	14.33c	17.33bc	18.33bc	20.33c	20.00c	19.00c	21.33b	22.00c	24.67c	16.97
ระยะพักตัว 5 วัน	5.00c	5.67d	6.67c	7.00c	6.67d	6.33d	5.33c	5.33c	5.00d	8.33d	6.13
น้ำเข้า	80.00a	77.33a	80.00 a	76.33a	68.33a	85.33a	83.67a	80.33a	73.00a	75.33a	77.97
mean	30.33	31.50	32.33	32.08	32.17	37.00	35.50	34.00	34.00	36.75	33.05
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	21.76	11.09	21.72	23.35	17.75	9.71	19.81	16.49	15.35	10.89	-

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยทริทเมนต์ของของแข็งละลายได้ทั้งหมด

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	821.33	862.33	844.33	868	880.33	824.67	836	832.33	867	827	846.33
ระยะพักตัว 2 วัน	810.67	854	821.33	840.67	877	818.33	824.33	827	860.67	823.67	835.77
ระยะพักตัว 5 วัน	804.67	843.33	814	829	866.33	815.33	819.33	827.33	845.33	820.67	828.53
น้ำเข้า	800	833.33	801.67	825	844.47	808.33	812.67	826.7	844.33	806.7	820.33
mean	809.17	848.25	820.34	840.67	867.03	816.67	823.08	828.34	854.33	819.51	832.74
F-test	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	
C.V. (%)	2.95	8.06	9.78	9.85	13.17	11.07	14.54	7.32	13.82	16.22	

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยทริทเมนต์ของความนำไฟฟ้า

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	1463.3a	1473.3 a	1510.0 a	1400.0 a	1495.0 a	1498.3a	1486.7a	1456.7a	1580.0a	1608.3a	1497.17
ระยะพักตัว 2 วัน	1390.0b	1366.7 b	1395.0 b	1343.67 b	1357.0 b	1351.3b	1349.3b	1362.67b	1439.3b	1500.67b	1385.57
ระยะพักตัว 5 วัน	1318.67 b	1341.33 b	1339.33 b	1337.33 b	1324.67 b	1332.67b	1343 b	1327.33 b	1350.0b	1461.33 b	1347.57
น้ำเข้า	1481.0 a	1513.3 a	1526.7 a	1453.3 a	1486.7 a	1516.7 a	1476.7 a	1453.3 a	1600.0a	1650.0 a	1515.77
mean	1413.24	1423.66	1442.67	1383.57	1415.84	1424.75	1413.93	1400.00	1492.33	1555.07	1436.52
F-test	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	-
C.V. (%)	1.76	2.33	2.27	1.23	1.12	1.12	0.96	1.34	1.90	1.70	-

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยทริทเมนต์ของความเป็นกรดต่าง

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	8.30 a	8.20 a	8.00	7.97	7.93 a	8.03 a	8.17	8.17	8.27 a	8.23 a	8.13
ระยะพักตัว 2 วัน	8.23 a	8.27 a	8.00	8.07	8.10 a	7.96 a	8.17	8.17	8.23 a	8.13 a	8.13
ระยะพักตัว 5 วัน	8.33 a	8.33 a	8.17	8.07	8.10 a	7.93 a	8.2	8.13	8.07 b	8.13 a	8.15
น้ำเข้า	7.83 b	7.70 b	7.80	7.5	7.60 b	7.53 b	7.77	7.97	7.97 c	7.73 b	7.74
mean	8.18	8.13	8.00	7.90	7.93	7.86	8.07	8.11	8.13	8.06	8.04
F-test	0.05	0.01	ns	ns	0.05	0.05	ns	ns	0.01	0.05	
C.V. (%)	2.15	1.83	1.81	3.49	1.75	1.83	2.37	3.10	0.61	1.72	

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยทริทเมนต์ของโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	4.0x10 ⁵ a	4.4x10 ⁵ ab	3.5x10 ⁵ a	5.0x10 ⁵ ab	3.7x10 ⁵ a	2.6x10 ⁵	2.6x10 ⁵	4.0x10 ⁵ ab	3.6x10 ⁵ a	3.3x10 ⁵ a	3.67x10 ⁵
ระยะพักตัว 2 วัน	3.2x10 ⁵ b	3.6x10 ⁵ b	3.4x10 ⁵ a	4.0x10 ⁵ bc	3.4x10 ⁵ a	2.6x10 ⁵	2.5x10 ⁵	3.2x10 ⁵ bc	3.3x10 ⁵ a	2.5x10 ⁵ a	3.17x10 ⁵
ระยะพักตัว 5 วัน	2.0x10 ⁵ c	2.3x10 ⁵ c	2.5x10 ⁵ b	3.0x10 ⁵ c	2.5x10 ⁵ b	2.1x10 ⁵	2.1x10 ⁵	2.6x10 ⁵ c	2.7x10 ⁵ b	1.9x10 ⁵ a	2.37x10 ⁵
น้ำเข้า	4.1x10 ⁵ a	4.9x10 ⁵ a	3.5x10 ⁵ a	5.3x10 ⁵ a	3.7x10 ⁵ a	2.6x10 ⁵	3.03x10 ⁵	4.8x10 ⁵ a	3.7x10 ⁵ a	3.8x10 ⁵ a	3.94x10 ⁵
mean	3.3x10 ⁵	3.8x10 ⁵	3.3x10 ⁵	4.3x10 ⁵	3.3x10 ⁵	2.5x10 ⁵	2.6x10 ⁵	3.6x10 ⁵	3.4x10 ⁵	2.9x10 ⁵	3.29x10 ⁵
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	ns	ns	0.05	0.05	0.01	
C.V. (%)	10.03	12.33	6.22	12.05	7.83	12.06	13.00	15.17	7.76	10.15	
Control	4.1x10 ⁵ a	4.2x10 ⁵ ab	3.4x10 ⁵ a	4.8x10 ⁵ ab	3.3x10 ⁵ a	2.6x10 ⁵ a	2.3x10 ⁵	3.3x10 ⁵ ab	3.4x10 ⁵ a	3.1x10 ⁵ a	3.45x10 ⁵

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยทรีทเมนต์ของพีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	3.8x10 ⁵ a	4.1x10 ⁵ ab	3.4x10 ⁵ a	4.6x10 ⁵ a	3.7x10 ⁵ a	2.5x10 ⁵ a	2.5x10 ⁵ a	3.9x10 ⁵ a	3.5x10 ⁵ a	3.2x10 ⁵ a	3.52x10 ⁵
ระยะพักตัว 2 วัน	2.8x10 ⁵ b	3.2x10 ⁵ b	3.3x10 ⁵ a	3.6x10 ⁵ b	3.4x10 ⁵ a	2.3x10 ⁵ a	2.5x10 ⁵ a	3.0x10 ⁵ b	2.7x10 ⁵ a	2.3x10 ⁵ a	2.91x10 ⁵
ระยะพักตัว 5 วัน	1.6x10 ⁵ c	1.5x10 ⁵ c	1.5x10 ⁵ b	2.1x10 ⁵ c	1.9x10 ⁵ b	1.5x10 ⁵ b	1.5x10 ⁵ b	1.9x10 ⁵ c	2.4x10 ⁵ a	1.8x10 ⁵ a	1.74x10 ⁵
น้ำเข้า	4.0x10 ⁵ a	4.7x10 ⁵ a	3.5x10 ⁵ a	4.8x10 ⁵ a	3.7x10 ⁵ a	2.5x10 ⁵ a	2.6x10 ⁵ a	4.0x10 ⁵ a	3.5x10 ⁵ a	3.8x10 ⁵ a	3.70x10 ⁵
mean	3.0x10 ⁵	3.4x10 ⁵	2.9x10 ⁵	3.8x10 ⁵	3.2x10 ⁵	2.2x10 ⁵	2.3x10 ⁵	3.2x10 ⁵	3.0x10 ⁵	2.8x10 ⁵	2.97x10 ⁵
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	10.10	18.18	7.47	13.54	6.84	9.09	11.37	10.19	3.95	12.24	-
Control	3.5x10 ⁵ a	3.9x10 ⁵ ab	3.1x10 ⁵ a	4.5x10 ⁵ a	3.5x10 ⁵ a	2.2x10 ⁵ a	2.2x10 ⁵ a	3.6x10 ⁵ a	3.4x10 ⁵ a	3.2x10 ⁵ a	3.31x10 ⁵

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยทรีทเมนต์ของความนำไฟฟ้าในสารละลายดิน

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	113.33	192.33 a	146.67 ab	244.00 a	379.00 a	422.67 a	511.67 a	623.00 b	791.33 a	923.33 a	434.73
ระยะพักตัว 2 วัน	100.67	155.00 b	190.33 a	225.33 a	351.00 a	398.00 a	475.00 a	685.33 a	817.00 a	866.67 a	426.43
ระยะพักตัว 5 วัน	113	144.33 bc	147.33 ab	216.67 a	364.00 a	396.67 a	483.00 a	558.67 c	795.00 a	876.67 a	409.53
ดินก่อนทดลอง	121.67	121.67 c	121.67 b	121.67 b	121.67 b	121.67 b	121.67 b	121.67 d	121.67 b	121.67 b	121.67
mean	112.17	153.33	151.50	201.92	303.92	334.75	397.83	497.17	631.25	697.08	348.09
F-test	ns	0.01	0.05	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	8.70	10.78	14.47	11.84	9.11	7.25	9.61	5.19	8.69	5.64	-

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยทรีทเมนต์ของความเป็นกรดต่างในสารละลายดิน

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	7.7 b	7.63 b	7.00 b	7.07 b	7.10 b	7.23 b	7.03 b	7.03 b	7.20 b	7.27 b	7.23
ระยะพักตัว 2 วัน	7.80 b	7.70 b	7.17 b	7.27 b	7.13 b	7.27 b	7.37 b	7.33 b	7.17 b	7.13 b	7.33
ระยะพักตัว 5 วัน	7.50 b	7.63 b	7.27 b	7.13 b	7.07 b	7.27 b	7.13 b	7.13 b	7.03 b	7.17 b	7.23
ดินก่อนทดลอง	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.30 a	8.3
mean	7.83	7.82	7.44	7.44	7.40	7.52	7.46	7.45	7.43	7.47	7.52
F-test	0.05	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	3.24	2.03	3.11	3.26	3.09	3.83	3.52	3.44	3.10	3.25	-

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยทรีทเมนต์ของอินทรีย์วัตถุในดิน

Treatment	สัปดาห์										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	0.52	0.59 a	0.65 a	0.63 b	0.66 b	0.71 b	0.78 a	0.83 a	0.83 a	0.86 a	0.71
ระยะพักตัว 2 วัน	0.51	0.57 a	0.62 b	0.77 a	0.75 a	0.78 a	0.73 b	0.81 a	0.84 a	0.87 a	0.72
ระยะพักตัว 5 วัน	0.51	0.55 ab	0.54 c	0.56 c	0.62 b	0.62 c	0.72 b	0.74 b	0.81 a	0.87 a	0.65
ดินก่อนทดลอง	0.52	0.52 b	0.52 c	0.52 d	0.52 c	0.52 d	0.52 c	0.52 c	0.52 b	0.52 b	0.52
mean	0.52	0.56	0.58	0.62	0.64	0.66	0.69	0.73	0.75	0.78	0.65
F-test	ns	0.05	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	4.61	3.86	2.75	2.80	3.44	4.19	3.04	2.96	2.62	2.91	-

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนต์ของความพรุนของดิน

Treatment	สัปดาห์					ค่าเฉลี่ย
	2	4	6	8	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	0.41	0.37 c	0.37 c	0.37 b	0.30 c	0.37
ระยะพักตัว 2 วัน	0.40	0.37 c	0.37 c	0.33 c	0.28 c	0.35
ระยะพักตัว 5 วัน	0.40	0.41 b	0.40 b	0.37 b	0.34 b	0.39
ดินก่อนทดลอง	0.43	0.43 a	0.43 a	0.43 a	0.43 a	0.43
mean	0.41	0.40	0.39	0.38	0.34	0.39
F-test	ns	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	4.32	1.46	1.90	3.56	5.14	-

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนต์ของความหนาแน่นรวมของดิน

Treatment	สัปดาห์					ค่าเฉลี่ย
	2	4	6	8	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	1.47 b	1.39 c	1.35 b	1.22 b	1.19 c	1.32
ระยะพักตัว 2 วัน	1.51 a	1.40 c	1.30 b	1.21 b	1.22 c	1.33
ระยะพักตัว 5 วัน	1.49 ab	1.46 b	1.47 a	1.42 a	1.38 b	1.44
ดินก่อนทดลอง	1.49 ab	1.49 a	1.50 a	1.50 a	1.49 a	1.49
mean	1.49	1.44	1.41	1.34	1.32	1.40
F-test	ns	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	0.84	1.01	4.05	2.85	2.15	-

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนต์ของการไหลซึมของน้ำในดิน

สัปดาห์ที่	Treatment			ดินก่อนทดลอง	mean	F-test	C.V. (%)
	1 วัน	2 วัน	5 วัน				
5	9.14 c	10.00 bc	10.77 ab	11.47 a	10.34	0.05	6.25
10	7.97 b	8.53 b	10.15 a	11.47 a	9.53	0.01	7.38
ค่าเฉลี่ย	8.55	9.27	10.46	11.47	9.94	-	-

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนต์ของความสามารถในการอุ้มน้ำของดิน

Treatment	สัปดาห์					ค่าเฉลี่ย
	2	4	6	8	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	11.00 b	9.33 b	7.33 b	5.33 b	4.67 b	7.53
ระยะพักตัว 2 วัน	11.33 ab	10.33 ab	7.33 b	5.33 b	5.33 b	7.93
ระยะพักตัว 5 วัน	12.33 a	10.33 ab	6.67 b	6.00 b	5.33 b	8.13
ดินก่อนทดลอง	11.33 ab	11.33 a	11.33 a	11.33 a	11.33 a	11.33
mean	11.50	10.33	8.17	7.00	6.67	8.73
F-test	ns	ns	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	5.02	7.90	14.14	14.29	19.36	-

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนท์ของโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมดในสารละลายดิน

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	183.33a	570.0a	16667.00a	22667.00a	36667.00a	31667.00a	31333.00a	32333.00a	31333.00a	32333.00a	23575.33
ระยะพักตัว 2 วัน	68.67b	166.70b	9467.00b	21000.00b	32333.00b	30667.00a	30667.00a	29000.00ab	30333.00a	30667.00a	21431.67
ระยะพักตัว 5 วัน	16.67c	176.70b	2267.00c	9367.0c	21667.00c	22333.00b	28667.00a	25333.00b	24000.00b	25333.00b	15921.2
ดินก่อนทดลอง	4.67c	4.67c	4.67d	4.67 d	4.67d	4.67 c	4.67b	4.67 c	4.67 c	4.67 c	4.67
mean	68.34	229.52	7101.20	13259.67	22667.92	21167.92	22667.92	21668.00	21418.00	22058.00	15233.22
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	19.32	10.95	4.53	5.78	3.53	13.48	12.59	9.07	11.14	6.62	-

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยพรีทเมนท์ของฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรียในสารละลายดิน

Treatment	สัปดาห์หลังเริ่มทำการทดลอง										ค่าเฉลี่ย
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ระยะพักตัว 1 วัน	8.03 a	21.33 a	213.33 a	250.00 a	233.33 a	326.67 b	360.00 a	456.67 a	436.67 a	473.33 a	277.94
ระยะพักตัว 2 วัน	6.03 ab	23.00 a	176.67 b	213.33 b	213.33 a	346.67 a	370.00 a	403.33 b	396.67 b	393.33 b	254.24
ระยะพักตัว 5 วัน	4.67 bc	13.67 b	30.67 c	57.00 c	123.33 b	206.67 c	336.67 a	370.00 b	346.67 c	356.67 b	184.6
ดินก่อนทดลอง	1.80 c	1.80 c	1.80 d	1.80 d	1.80 c	1.80 d	1.80 b	1.80 c	1.80 d	1.80 c	1.8
mean	5.13	14.95	105.62	130.53	142.95	220.45	267.12	307.95	295.45	306.28	179.645
F-test	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-
C.V. (%)	30.05	10.16	5.12	5.64	10.10	4.54	14.54	6.61	4.48	6.71	-

หมายเหตุ

1. ตัวเลขที่แสดงไว้ในคอลัมน์เดียวกันและตามด้วยตัวอักษรต่างชนิดกัน หมายถึง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยวิธี LSD
2. ตัวเลขที่แสดงไว้ในคอลัมน์เดียวกันและตามด้วยตัวอักษรเหมือนกัน หมายถึง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยวิธี LSD

5. สรุปผลการศึกษา

5.1 ลักษณะน้ำเสียเมื่อผ่านหน่วยทดลอง น้ำเสียเมื่อผ่านหน่วยทดลองแบบถังเกราะที่ระยะเวลาพักตัวแตกต่างกัน น้ำทิ้งในหน่วยทดลองทุกหน่วยมีลักษณะแตกต่างจากน้ำเสียที่นำมาทดลองทุกหน่วยทดลอง โดยในหน่วยทดลองที่มีระยะพักตัวเพียง 1 วัน ลักษณะน้ำเสียมีปริมาณสารอินทรีย์เมื่อวัดได้ในรูปบีโอดีและซีโอดีต่ำกว่าน้ำเสียที่เข้าสู่หน่วยทดลอง ซึ่งในหน่วยทดลองที่มีระยะพักตัวมากกว่าปริมาณสารอินทรีย์ที่เหลืออยู่ในน้ำทิ้งก็จะม่น้อยกว่า คือ ใน

หน่วยทดลองที่มีระยะพักตัว 5 วัน น้ำทิ้งจะมีสารอินทรีย์เหลืออยู่น้อยกว่าน้ำทิ้งจากหน่วยทดลองที่มีระยะพักตัว 2 วัน และ 1 วัน และพารามิเตอร์อื่นๆส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อระยะพักตัวในถังเกราะมากขึ้น ยกเว้นกรณีของของแข็งละลายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เมื่อระยะพักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนรูปจากสารอินทรีย์ไปเป็นสารอนินทรีย์ ซึ่งการทดลองนี้ที่ระยะเวลาพักตัว 2 วัน ทำให้ปริมาณสารอินทรีย์เหลืออยู่น้อยที่สุด แต่เมื่อระยะพักตัวเป็น 5 วัน สารอินทรีย์กลับลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

5.2 ประสิทธิภาพในการลดของเสียของถังกรองทดลอง น้ำเสียเมื่อผ่านหน่วยทดลองที่มีระยะพักตัวมากขึ้น สารอินทรีย์ที่อยู่ในน้ำเสียลดลง โดยแปรผันตามระยะพักตัว ในงานทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าระยะพักตัว 5 วัน มีประสิทธิภาพในการลดสารอินทรีย์มากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาในเชิงเศรษฐศาสตร์กลับพบว่าระยะพักตัวจาก 1 วัน เป็น 2 วัน ของเสียลดลงเป็นจำนวนมาก แต่เมื่อเวลาผ่านไป 2 วัน จนถึง 5 วัน ของเสียลดลงอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีสัดส่วนการลดลงต่อเวลาน้อยกว่าช่วง 1 วัน ถึง 2 วัน ดังนั้นในการจัดทำถังกรองเพื่อรองรับของเสียประเภทเดียวกันนี้ ควรเลือกใช้ระยะพักตัว 2 วันขึ้นไป แต่อาจไม่ต้องถึง 5 วัน เนื่องจากเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการก่อสร้าง

5.3 ลักษณะดินเมื่อได้รับน้ำทิ้ง หน่วยทดลองทุกหน่วยของดินที่ได้รับน้ำทิ้งลักษณะของสารละลายดินจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของน้ำทิ้งที่ได้รับ อีกทั้งเมื่อดินได้รับน้ำทิ้ง พารามิเตอร์ที่เปลี่ยนแปลงไปชัดเจนคือ ปริมาณอินทรีย์วัตถุในดินเพิ่มขึ้น ความหนาแน่นรวมของดิน ความสามารถในการอุ้มน้ำของดิน การไหลซึมของน้ำ และความพรุนของดินลดลง ส่วนในกรณีของโคลิฟอร์มแบคทีเรียนั้นพบว่าในดินมีโคลิฟอร์มแบคทีเรียในดินมากขึ้น แต่ต่ำกว่าโคลิฟอร์มในน้ำทิ้งที่เข้าสู่ระบบดิน เนื่องจากโคลิฟอร์มดังกล่าวถูกกรองด้วยสมบัติทางกายภาพของดิน และถูกทำลายด้วยสิ่งแวดล้อมในดินนั้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. ผู้ออกแบบและผลิตระบบบำบัดน้ำเสียแบบติดกับที่. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537.
2. กรมอุตุนิยมวิทยา กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถิติปริมาณฝน. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.], 2551.
3. ชัชชาย แจ่มใส. การเป็นประโยชน์ของธาตุไนโตรเจนในตะกอนน้ำเสียที่มีต่อการเจริญเติบโตและผลผลิตของข้าว. ปัญหาพิเศษ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาปฐพีศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
4. ธรรมนูญ สูดแก้ว. ขับถ่ายอย่างไรไม่เป็นภาระ. วารสารเกษตรกรรมธรรมชาติ, 11(8), 38-45, 2551.
5. นุชนาถ แซ่มซ้อย. ระบบบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูปกับการเลือกใช้. วารสารสิ่งแวดล้อม, 13(1), 41-45, 2552.
6. แนวทางการเลือกใช้ถังบำบัดน้ำเสีย. ค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.aqua.co.th/assorted-knowledge/47-2010-06-10-15-12-21.html>, 2554.

7. ปรีดา แยมเจริญวงศ์. การกำจัดอุจจาระและน้ำเสียสำหรับอาคารที่พักอาศัย และสถานประกอบการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2534.
8. มั่นสิน ตัณทุลเวศม์ และ มั่นรักษ์ ตัณทุลเวศม์. เคมีวิทยาของน้ำและน้ำเสีย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
9. ยงยุทธ บุญจันทร์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลสำหรับประชาชนที่อยู่ในแพ เขตเทศบาลเมืองอุทัยธานี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 25(3), 2545.
10. ศุภมาศ พนิชศักดิ์พัฒนา. มลภาวะของดินจากการใช้สารเคมี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2540.
11. สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. โรคทางอาหารและน้ำเป็นสื่อ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน, 2552.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประชากรจากทะเบียน จำแนกตามเพศ และเขตการปกครอง ทัวราชอาณาจักร พ.ศ.2543 - 2552. กรุงเทพฯ: สำนักงาน, 2552.
13. Venhuizen,D.P.E. (2011). An analysis of the potential impacts on groundwater quality of on site wastewater management using alternative management practices. Retrieved July 17, 2010, from http://www.venhuizen-ww.com/st_soil_treatment.htm, 2011.

**การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE
มีส่วนร่วม จังหวัดบึงกาฬ**

**Development of Tambon Health Promoting Hospital
to the Prevention of Teenage Pregnancy with
TO BE NUMBER ONE Youth Leaders
Participation, Buengkan Province**

ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
น้ำฝน มินิล	นักวิชาการสาธารณสุข
ศิริลักษณ์ ราชวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข
กุลรภัส ภูติโส	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และประเมินผลลัพธ์การพัฒนาโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ และกระบวนการ A-I-C ระยะเวลาศึกษาระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2555 - 30 สิงหาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 86 คน และแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการจัดบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย แบบประเมินผลการสอนเพศศึกษา สำหรับวัยรุ่นตอนต้นของกรมอนามัย และแบบบันทึกรายละเอียดของตัวชี้วัดปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ข้อมูลเชิงคุณลักษณะใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการพัฒนา พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยเพิ่มขึ้น และพบว่า ผลลัพธ์ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี ลดลงจาก 38.75 เหลือ 29.97 ต่อ 1,000 ประชากร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ เข้มแข็ง มีความพร้อมต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่น และแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านการอบรมเพศศึกษาด้วยกระบวนการ A-I-C เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญ ต่อการเข้าถึงบริการการป้องกัน การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ABSTRACT

This participatory action research were aimed to develop Tambon Health promoting hospital to the prevention of teenage pregnancy, and evaluation the development using the Result Base management concept and the A-I-C. Study period was between September 1, 2012 - August 30, 2013. The sample was purposively selected of 16 health promoting hospitals, 86 of district health officer, 160 of TO BE NUMBER ONE youth leaders. Tools used in this research were the evaluation form by a health service that is friendly to teens and young adults under the standards of the Department of Health, evaluation form of sex education teaching for early adolescent by Health Department, and record the details of the measure problem of teenage pregnancy. Qualitative data used content analysis. Quantitative data were analyzed with descriptive statistics, percentage, mean and standard deviation.

The research finding were as follows. Tambon Health promoting hospitals had developed health services that is friendly to adolescents and youth have the standards of the Department of Health and pregnancy rates in adolescents aged 10-19 years were decreased from 38.75 to 29.97 per 1,000 population.

Success factors were health officials have a strong sense of commitment and the development of health services for adolescents, and T TO BE NUMBER ONE youth leaders were trained about sex education with the AIC process was the key to access to services for prevent teenage pregnancy.

1. บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ป้องกันได้ แต่วัยรุ่นจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงข้อมูลและบริการด้านเพศศึกษา ไม่ได้ได้รับการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้และทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ขาดความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดอย่างถูกวิธี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือตนเองเมื่ออยู่กับเพศตรงข้าม ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางเพศจากสื่อทางลบ และใช้สารเสพติด รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นสถานการณ์และแนวโน้มขณะนี้น่าเป็นห่วงกล่าวคือ อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นลดลงจาก 18-19 ปี เป็นประมาณ 15-16 ปี⁽¹⁾ จากผลการเฝ้าระวัง Behavioral Surveillance Survey ของสำนักกระบวนวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จากปี 2549-2553 นักเรียน ม.2 ม.5 และ ปวช.2 มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์สูงขึ้น แม้ว่าจะมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ ปี 2553 มีประมาณร้อยละ 50 ของวัยรุ่นที่มีการใช้ถุงยางอนามัย สำหรับการใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก มีแนวโน้มไม่ชัดเจน โดยปี 2553 มีวัยรุ่นประมาณร้อยละ 34-53 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรักเปรียบเทียบการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ (ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคูรัก ปี 2552-2553 นั้นเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในทุกระดับการศึกษา⁽²⁾

ผลกระทบประการสำคัญที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ คือ การตั้งครรภ์ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยที่พบว่า แม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 16.2 ในปี 2553 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-19 ปี ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ก็พบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอัตรา 55.0 ในปี 2548 เป็นอัตรา 56.1 ในปี 2553⁽³⁾ จากการศึกษาของโรงพยาบาลรามารามิบัติชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 80 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส ในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์นี้ร้อยละ 30 จบลงด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 14 รายงานว่าเป็นการทำแท้งเอง ร้อยละ 56 ได้มีการคลอดบุตร และร้อยละ 25 มีการตั้งครรภ์ใน 2 ปี⁽⁴⁾

วัยรุ่นจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า 20 ปี เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนดสูง เจ็บครรภ์คลอดนาน การคลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด เสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด ภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกตายในครรภ์อัตราการตายของมารดาอายุ 15-19 ปี สูงกว่ามารดาที่มีอายุ 20-24 ปี ถึง 3 เท่า และวัยรุ่นยังไม่พร้อมด้านจิตใจสำหรับการเป็นแม่ นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย คือ การต้องหยุดหรือออกจากการศึกษา ไม่มีงานทำ ค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดา ทำให้ปัญหา “เด็ก

เกิดน้อยแต่ด้วยคุณภาพ” ของประเทศไทยที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นภาวะวิกฤติหนึ่งที่มีผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ ทั้งกาย จิต การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทั้งต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว และสังคมไทยในภาพรวม สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์เด็กและเยาวชนจังหวัดบึงกาฬ อัตราของหญิงตั้งครรภ์ 10-19 ปี พ.ศ. 2553-2555 เป็นดังนี้ 42.9, 46.8, 52.5 ต่อพันประชากรหญิงวัยรุ่น พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ⁽⁵⁾

ดังนั้น ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขโดยทุกภาคส่วน ที่ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจัง เป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) ที่เน้นการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในกลุ่มประชากรวัยรุ่นและเยาวชนก่อน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดการตั้งครรภ์ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอ็ดส์ในประชากรวัยนี้

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬตระหนักเห็นความสำคัญปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอย่างยิ่ง จึงได้กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เร่งรัดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอย่างมาก จึงศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของกรมอนามัย โดย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research - PAR) เริ่มจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน สนับสนุนให้วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management - RBM) และกระบวนการเอไอซี (A-I-C) หรือสุนทรียปรัชญา เพื่อให้แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ตระหนักในศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐานของกรมอนามัย และสามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดี เด็บโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์ในการวิจัย

2.1 เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐานของกรมอนามัย โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management - RBM) และ กระบวนการเอไอซี (A-I-C) แบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม

2.2 เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม ดังนี้

2.2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนตามมาตรฐานการตั้งครุภัณฑ์ของกรมอนามัย

2.2.2 อัตราการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีลดลง

3. สมมติฐานการวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการจัดกิจกรรมพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management - RBM) และกระบวนการ เอไอซี (A-I-C) แบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วมสามารถลดปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นได้จริง

4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research -PAR) โดยที่ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง เป็นพื้นที่ในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเยาวชน อำเภอบึงโขงหลง และอำเภอเซกา จำนวน 16 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจำนวน 86 คน และแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE จำนวน 160 คน

4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการเสริมพลังบวกให้แก่

เยาวชน โดยใช้หลักการ (Result Based Management - RBM) และแนวคิด เอไอซี (A-I-C) ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนได้แก่ 1. การวางแผนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. การกำหนดรายละเอียดของตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 3. การวัดและการตรวจสอบผลการดำเนินงาน 4. การให้รางวัลตอบแทน

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย เริ่มต้นการวิจัยและพัฒนา 1 กันยายน พ.ศ. 2555 ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2556 รวม 11 เดือน

5. ตัวแปรที่ศึกษา

5.1 ตัวแปรอิสระ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การจัดกิจกรรมพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้หลักการ (Result Based Management - RBM) และแนวคิดเอไอซี (A-I-C) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE

5.2 ตัวแปรตาม ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นที่เกิดขึ้นหลังจากการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้หลักการ (Result Based Management - RBM) และแนวคิดเอไอซี (A-I-C) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ทำให้อัตราการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นลดลง

6. ข้อตกลงเบื้องต้น

ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

6.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนได้ตามมาตรฐาน

และในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการนิเทศ เยี่ยมให้กำลังใจ ช่วยแก้ไขปัญหาคอขวด และ ผู้วิจัยมีการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเยาวชน อย่างเป็นกัลยาณมิตรต่อเนื่องตลอด กระบวนการวิจัย

6.2 เยาวชนทุกคนมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งด้านคุณลักษณะทั่วไปและความรู้เรื่องเพศ ศึกษาครอบด้าน

7. วิธีดำเนินการวิจัย

7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ บุคลากรของ รพ.สต.และ แกนนำเยาวชน

TO BE NUMBER ONE ในอำเภอบึงโขงหลง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมี เงื่อนไขดังนี้ สาธารณสุขอำเภออินดีเข้าร่วม โครงการและสนับสนุนงบประมาณ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขตำบลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ มีความ พร้อมที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับ วัยรุ่น แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE สมัครใจและมีจิตอาสาเข้าร่วมโครงการ และเป็น พื้นที่ที่มีสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงของจังหวัด บึงกาฬ สรุปลักษณะตัวอย่าง ได้ดังนี้

อำเภอ	รพ.สต.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำบล (คน)	แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE อายุ 10 – 19 ปี	
			ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอบึงโขงหลง	4 แห่ง	12	6,292	40
อำเภอเซกา	12 แห่ง	74	2,744	120
รวม	16 แห่ง	86	7,036	160

7.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา กิจกรรม ได้แก่ คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบแกน นำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม” 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผลการพัฒนา มี 3 ชุด ได้แก่ 2.1)แบบประเมินการจัดบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของ กรมอนามัย 2.2) แบบประเมินผลการสอนเพศ ศึกษาสำหรับวัยรุ่นตอนต้นของกรมอนามัย และ 2.3)แบบบันทึกรายละเอียดของตัวชี้วัดปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

7.3 ระยะเวลาศึกษาวิจัย ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2555 – 30 สิงหาคม 2556 รวมระยะเวลา 11 เดือน

7.4 จริยธรรมในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

7.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย (Pre Research Phase) ผู้วิจัยทำความเข้าใจพื้นที่และ ประสานงานแต่งตั้งคณะอนุกรรมการอนามัย เจริญพันธุ์

- วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) สถานการณ์ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น และสถานการณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- ประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อวางแผนการพัฒนากิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินงานวิจัย (Phase of Research) ประยุกต์แนวคิดการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management : RBM) และกระบวนการ A-I-C 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกันการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น แบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วมแกนนำเยาวชนผ่านการอบรมเพศศึกษาด้วยกระบวนการ A-I-C ทำให้ตระหนักถึงศักยภาพตนเอง

2. พัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จ แผนงานโครงการ และกิจกรรม

3. สรุปประเมินผลการพัฒนา-ปรับปรุงเข้าสู่การวางแผนใหม่

4. การมอบรางวัลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบ

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลปรับปรุงเข้าสู่วงจรใหม่ (Monitoring and Evaluation Phase)

- เก็บรวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบความก้าวหน้าก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกันปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น แบบแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม ดังนี้

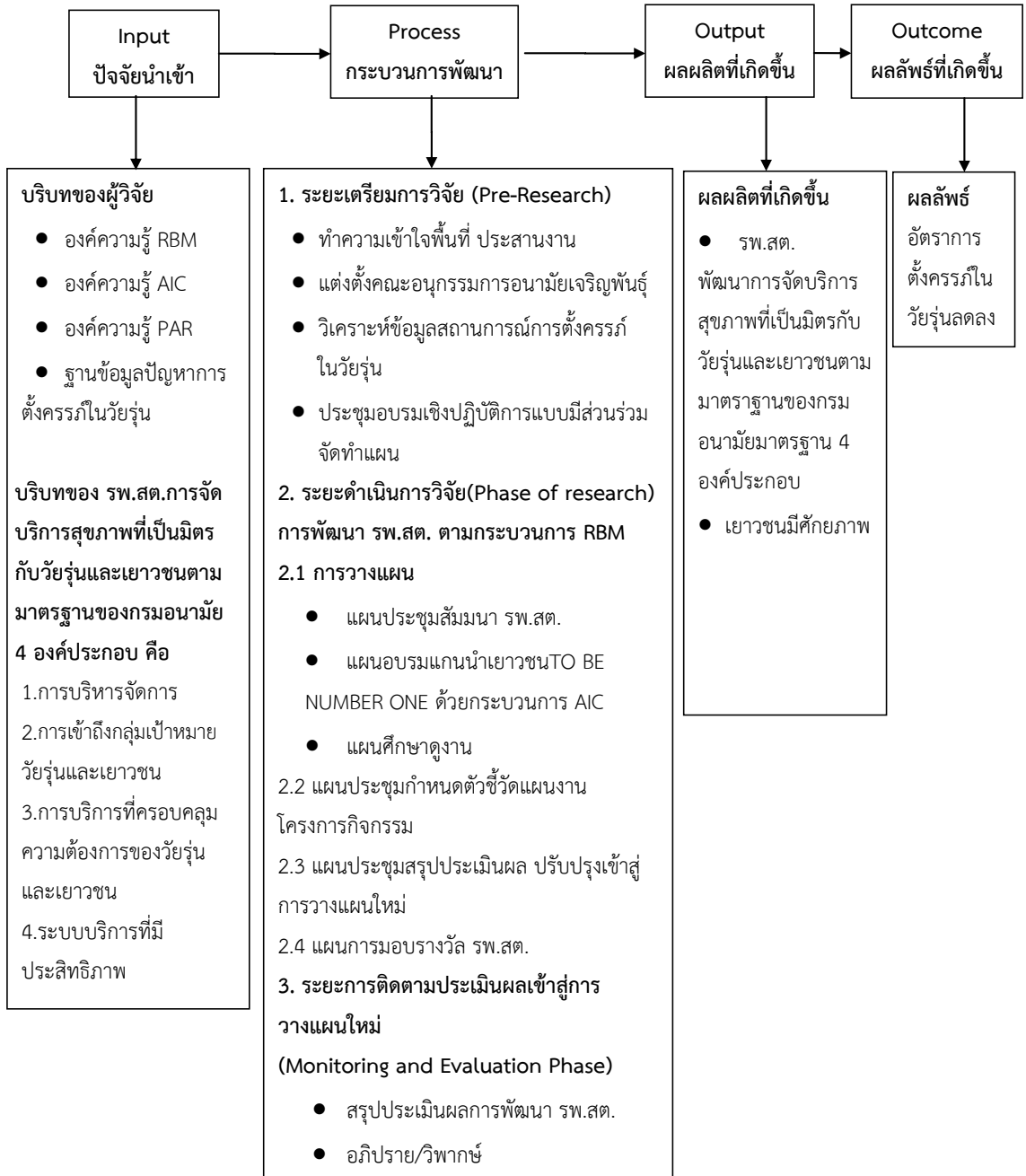
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย

2. อัตราการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น อายุ 10 – 19 ปี

8. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณลักษณะ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ผลการอบรมเพศศึกษาแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังผลการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของกรมอนามัย และผลลัพธ์การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น

9. กรอบแนวคิดการวิจัย



10. สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ใช้วิธีการประชุมสัมมนาวิเคราะห์สถานการณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Situational Analysis) และวิธีการวิเคราะห์สภาพการณ์ความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลและผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคิดเห็นสอดคล้องกันร้อยละ 100 ในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE มีส่วนร่วม ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้แผนปฏิบัติการ 4 แผนงาน ได้แก่

1. แผนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. แผนการศึกษาดูงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเลิศด้านการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนและมีผลการปฏิบัติงานโดดเด่นในการสนับสนุนส่งเสริมให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. แผนการสอนเพศศึกษาให้แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE จำนวน 9 เรื่อง
4. แผนการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน
5. แผนการประเมินผลสำเร็จการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของกรมอนามัย

6. แผนการมอบรางวัลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบ

หลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลได้รับการพัฒนาศักยภาพ แกนนำ TO BE NUMBER ONE รับการสอนเพศศึกษา 9 เรื่องด้วยกระบวนการ A – I – C หรือ สุนทรียปรัชญา ซึ่งเป็นการเสริมพลังด้านบวก กระตุ้นให้เยาวชนตระหนักในศักยภาพตนเองและมีส่วนเริ่มริเริ่มในการจัดกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ อย่างหลากหลาย อาทิเช่น การจัดรายการวิทยุในชุมชน ร่วมกันกระจายถุงยางอนามัยให้กับวัยรุ่นในชุมชน ให้ความรู้ด้านเพศศึกษาและวิธีการตั้งครรรภ์ เป็นต้น

สำหรับผลลัพธ์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์มาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนการพัฒนาในแต่ละด้าน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ตาราง 1) อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ลดลงจาก 38.75 เป็น 29.97 ต่อ 1,000 ประชากรวัยรุ่น (ตาราง 2)

12. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายได้ว่าการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยการมีส่วนร่วมของแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ด้วยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์วางแผนร่วมกันด้วยวิธีที่เหมาะสมได้แก่

- 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เห็นความคาดหวังและความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชนที่จะเติบโต

เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานอนามัยพันธุแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2553 – 2557) ที่มีนโยบายเน้นให้วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี เพื่อป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอ็ดส์ และภาวะแท้งในวัยรุ่นและเยาวชน และสอดคล้องกับ(ร่าง)พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2553 ที่ต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับสิทธิในการคุ้มครองสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ตามความต้องการ

2) เมื่อนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในระยะก่อนดำเนินการพัฒนาพบจุดอ่อนซึ่งถือว่าเป็นโอกาสพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดความรู้ด้านการให้บริการสุขภาพที่เป็นปัญหาสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย และขาดการเชื่อมโยงสานสัมพันธ์กับแกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ซึ่งถือว่าเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลมีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยซึ่งเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับภารกิจและหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและแผนงานโครงการการตรวจราชการแบบบูรณาการ ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 – 2556 อีกด้วย

ผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบบแกนนำเยาวชนมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ และกระบวนการสอนเพศศึกษาแก่ แกนนำเยาวชน TO BE NUMBER ONE ได้ริเริ่มจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างหลากหลาย เช่น วัยรุ่นและเยาวชนจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เน้นความรู้เรื่องเพศศึกษาไปแนะนำให้กลุ่มวัยรุ่นเยาวชน จัดรายการวิทยุในชุมชน วัยรุ่นและเยาวชนเป็นจุดกระจายถุงยางอนามัยในชุมชน วัยรุ่นและเยาวชนมีจิตอาสาเข้ามาพัฒนา และจัดคลินิกบริการสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยความรู้ที่มั่นใจและเป็นเจ้าของเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร จิรพันธุ์กุล⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) โดยใช่วิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกคนใน 7 จังหวัดทั่วประเทศพบว่า การนำเรื่องเพศศึกษาขึ้นสู่เวทีสาธารณะ โดยให้เด็กเป็นตัวเดินเรื่อง และออกแบบนำเสนอ มีผู้ใหญ่เป็นตัวร่วมอย่างกัลยาณมิตรทำให้เกิดขึ้นได้ในวิถีชีวิตวัยรุ่น วัยเรียน และสามารถสะท้อนความเป็นหญิง ชาย ที่เข้าใจได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุรางค์ดวงประเสริฐ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดนครนายกพบว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับไม่เหมาะสมส่วนใหญ่มิมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ

ของวัยรุ่น ได้แก่การพักอาศัยกับบิดา - มารดา ผลการเรียน และความฉลาดทางอารมณ์ ส่วนเพศและพฤติกรรมเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 และพฤติกรรมเสี่ยงเพศ ผลการเรียน ร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศ ได้ร้อยละ 27.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ได้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการรับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมาก และจากการศึกษาดูงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเป็นเลิศในการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้เข้าร่วม กิจกรรมการศึกษาดูงานให้ความเห็นว่า การศึกษาดูงานมีประโยชน์ต่อการพัฒนา คุณภาพการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้แนวทางการบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนัก เพื่อว่าจะได้รู้จักวิธีการวางแผน และรู้ปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้น การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนให้สามารถบริหารจัดการตามแนวทางการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีประโยชน์ต่อการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอย่างยิ่ง เป็นระบบหลักที่เป็นแนวทางบริหารสมัยใหม่ ที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการของส่วนราชการ จึงเป็นแนวทางการบริหารที่สอดคล้องกับการบริหารสมัยใหม่

13. ข้อเสนอแนะการวิจัย

การศึกษาวิจัยการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบึงกาฬ ครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เชิงปฏิบัติ และเชิงวิชาการ ดังนี้

13.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

13.1.1 ควรผลักดันประเด็นเรื่อง “การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น” ให้เป็นวาระของจังหวัดบึงกาฬ เพื่อวางนโยบายยุทธศาสตร์วิธีแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง เป็นระบบต่อเนื่อง เพราะเป็นปัญหาเชิงสังคมซับซ้อนโดยให้ความสำคัญในลำดับต้นๆ ที่ต้องดำเนินการ

13.1.2 ควรเร่งรัดกิจกรรมเชิงรุก โดยบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน เปิดโอกาสให้วัยรุ่นเข้ามาร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผล และสนับสนุนวัยรุ่นเป็นแกนนำสำคัญในการผลักดันและเชื่อมประสานสู่แผนงานกิจกรรมของชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม

13.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

13.2.1 ควรมีการอบรมพัฒนาฝึกรวมแกนนำวัยรุ่นและเยาวชน โดยให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเป็นผู้คัดเลือกตัวแทนกันเอง โดยกำหนดบทบาทแกนนำวัยรุ่นให้ชัดเจน เน้น “การเป็นจุดกระจายถุงยางอนามัย” ควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลข่าวสารการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไรบ้าง

13.2.2 ควรให้ความสำคัญกับการรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความ

ลัษของวัยรุ่นผู้มารับบริการให้บริการด้วยความรวดเร็ว ภาพพจน์วัยรุ่นไม่เสียหาย วัยรุ่นเมื่อมารับบริการไม่ต้องการให้คนรู้จัก เห็นสถานที่ให้บริการ ควรดึงดูดความสนใจและสอดคล้องกับรสนิยมวัยรุ่น ดังนั้น ควรนำประเด็นข้อเสนอแนะความคิดเห็นของผู้รับบริการวัยรุ่นดังกล่าวไปร่วมพิจารณาดำเนินงานตามบริบทแต่ละพื้นที่ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

13.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

13.3.1 ควรทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น โดยการขยายการทดลองให้กลุ่มอื่นๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่นๆ เพื่อจะได้นำผลการทดลองมาเปรียบเทียบซึ่งเป็นการยืนยันผลการทดลองให้แน่นอนยิ่งขึ้น

13.3.2 หากมีงบประมาณเพียงพอควรขยายระยะเวลาศึกษานานมากกว่านี้ จะทำให้การศึกษามีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพงานบริการด้านการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการดำเนินการ

กิจกรรมการพัฒนาตามเกณฑ์คลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Service : YFHS)	ก่อนดำเนินการ N=16		หลังดำเนินการ N=16		ผลต่าง ค่า เฉลี่ย
	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	
องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ					
1. มีวิสัยทัศน์เป้าหมาย พันธกิจและเป้าหมายที่มุ่งไปสู่บริการที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน	1.62	0.74	3.42	1.07	1.80
2. มีคณะทำงาน/คณะกรรมการรับผิดชอบเฉพาะ	1.88	0.83	3.45	1.53	1.57
3. มีแผนปฏิบัติ/โครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับวัยรุ่นและเยาวชน	2.15	1.05	4.2	0.77	2.05
4. มีระบบข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้	2.25	1.06	3.8	0.58	1.55
5. มีการสื่อสารภายในองค์กร	2.32	1.08	4.02	0.67	1.70
6. มีการสนับสนุนทรัพยากร	2.54	1.45	4.35	0.82	1.81
7. มีการกำกับติดตามและประเมินผล	3.01	2.01	4.45	0.65	1.44
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ					
8. มีภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการที่ครอบคลุมวัยรุ่น	2.29	1.07	4.22	0.67	1.93
9. มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์บริการข้อมูลข่าวสาร	2.84	1.1	4.32	0.87	1.48
10. มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	3.1	1.8	4.89	0.24	1.79

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพงานบริการด้านการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการดำเนินการ (ต่อ)

กิจกรรมการพัฒนาตามเกณฑ์คลินิกที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Service : YFHS)	ก่อนดำเนินการ N=16		หลังดำเนินการ N=16		ผลต่าง ค่า เฉลี่ย
	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	คะแนน เฉลี่ย	S.D.	
11. มีบริการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่น	2.45	1.53	4.75	0.22	2.30
12. มีการให้บริการปรึกษาแบบต่างๆ	2.43	1.45	3.98	0.30	1.55
13. มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟู ทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม	2.67	1.2	4.35	0.37	1.68
14. มีการดูแลต่อเนื่อง	3.22	2.05	4.86	0.53	1.64
องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน					
15. มีระบบบริการที่เป็นการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น	2.33	1.88	4.67	0.53	2.34
16. มีสถานที่ให้บริการดึงดูดความสนใจ	2.36	2.36	4.22	1.24	1.86
17. บุคลากรผู้ให้บริการได้รับการพัฒนาอบรมความรู้เหมาะสม	3.22	1.84	4.17	0.42	0.95

ตารางที่ 2 ผลการประเมินอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น จังหวัดบึงกาฬ

พื้นที่เป้าหมาย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน*	อัตรา:1,000**	จำนวน*	อัตรา:1,000**
- อำเภอเซกา	184	27.75	82	23.86
- อำเภอบึงโขงหลง	138	49.74	30	22.08
รวม	322	38.75	112	22.97

ที่มา Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ วันที่ 31 สิงหาคม 2556

*จำนวนหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์

**อัตราการตั้งครรภ์ต่อพันประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 10 -19 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กรุงเทพมหานคร :รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2554.
3. กระทรวงสาธารณสุข.กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน คลินิกวัยรุ่น”สถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
4. สุวรรณมา เรื่องกาญจนาเศรษฐ์, วิจารณ์บุญสิทธิและวิโรจน์อารีย์กุล. กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น.กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ,สรุปผลงานประจำปี 2555, 2555.
6. ศิริพร จิรพันธุ์ และคณะ.การรับรู้ของวัยรุ่นชายเกี่ยวกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556.
7. ศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดนครนายก.วารสารควบคุมโรค, 2551.

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556

นายพิพัฒน์ พุศรีนิวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

บทคัดย่อ

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพันธกิจของศูนย์อนามัยที่ 6 และเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย และมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้การดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการอบรม และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการต่อการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 หลักสูตรการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 (11 จังหวัดในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม) จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 50 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired Samples t-test การดำเนินงานโครงการสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 53 คน จากที่ตั้งเป้าหมายไว้จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 50 คน รวม 100 คน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 53
2. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการอบรมหลักสูตรการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)
3. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่น มีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ปัญหาและการแก้ไขโภชนาการเด็ก พัฒนาการเด็ก ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็ก

ตามแบบอนามัย 55 การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย การปฐมพยาบาล เด็ก เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ และกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{x} = 4.30 - 4.69$)

บทนำ

การเลี้ยงดูเด็กให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย เป็นสิ่งสำคัญ การได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดใน โดยเฉพาะช่วงปฐมวัย แต่ในปัจจุบันด้วยภาระงานที่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้านจึงทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูได้เต็มที่ สถานะรับเลี้ยงเด็กจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็กในปัจจุบัน ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อให้ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย ซึ่งศูนย์เด็กเล็กนอกระบบมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็ก ทั้งการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีของสังคม

ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้การดูแลเด็กปฐมวัยได้มาตรฐานและปลอดภัย ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ ของกรมอนามัย ซึ่งปัจจุบันยังพบว่าศูนย์เด็กเล็กในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์อนามัยที่ 6 ทั้ง 11 จังหวัด ยังมีบุคลากรผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ผ่านการอบรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อีกประการหนึ่งในปีงบประมาณ 2556 กรมอนามัย ได้มีนโยบายให้นำแบบประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55 มาใช้แทนแบบประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 49 ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ตลอดจนทักษะการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ และเป็นการเตรียมความพร้อมในการประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบของกรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก นำไปสู่การพัฒนาศูนย์เด็กเล็กนอกระบบสู่เกณฑ์มาตรฐานที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพันธกิจของศูนย์อนามัยที่ 6
2. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบของกรมอนามัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้การดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งการดำเนินงาน ศูนย์เด็กเล็กนอกระบบของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการอบรม
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการต่อการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 (11 จังหวัดในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม) จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 50 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ประสานงานเพื่อการประชาสัมพันธ์ ให้กลุ่มเป้าหมายสมัครเข้าร่วมโครงการ เดือน เมษายน - มิถุนายน 2556
2. ประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านวิทยากร อุปกรณ์ สถานที่ เอกสาร สื่อ
3. ดำเนินการอบรมจำนวน 2 รุ่นๆ ละ 50 คน ระยะเวลาอบรมรุ่นละ 3 วัน (เดือน กรกฎาคม 2556)
4. สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำรายงาน

เนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย

1. การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก
2. ปัญหาและการแก้ไขโภชนาการเด็ก
3. พัฒนาการเด็ก
4. ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55
5. การดูแลสุขภาพช่องปาก
6. ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย
7. การปฐมพยาบาลเด็ก
8. เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่

วิธีการอบรม

1. การบรรยาย
2. สาธิตและฝึกปฏิบัติ
3. แบ่งกลุ่มระดมสมอง
4. ศึกษาดูงานสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 6
5. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

พื้นที่ดำเนินการ

ห้องประชุมราชพฤกษ์ ชั้น 6 อาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 และสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 6

ระยะเวลาดำเนินการ

รุ่นที่ 1 วันที่ 10 – 12 กรกฎาคม 2556
รุ่นที่ 2 วันที่ 17 – 19 กรกฎาคม 2556

งบประมาณ

ผู้เข้าร่วมโครงการจ่ายค่าลงทะเบียนคนละ 2,000 บาท (สามารถเบิกคืนจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบทดสอบ ใช้สำหรับทดสอบความรู้ผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม มีจำนวน 35 ข้อ เป็นลักษณะแบบปรนัย แต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 35 คะแนน
2. แบบสอบถาม ใช้สำหรับสอบถามผู้เข้ารับการอบรม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อการถ่ายทอดเนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชา เป็นการแสดงความพึงพอใจแบบเลือกตอบ เรียงลำดับความพึงพอใจและเติมข้อความ แบบสอบถามส่วนนี้มีข้อความจำนวน 8 ข้อ การแสดงความพึงพอใจแบบเลือกตอบ เรียงลำดับความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำผลการตอบมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

3.51- 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อกระบวนการฝึกอบรม เป็นการแสดงความพึงพอใจแบบเลือกตอบ เรียงลำดับความพึงพอใจ และเติมข้อความ แบบสอบถามส่วนนี้มีข้อความจำนวน 8 ข้อ การการแสดงความพึงพอใจแบบเลือกตอบ เรียงลำดับความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำผลการตอบมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การสร้างเครื่องมือและการปรับปรุงเครื่องมือ

1. แบบทดสอบ ใช้ประเมินก่อนและหลังการฝึกอบรม ตามเนื้อหาหลักสูตรการอบรม

2. แบบสอบถาม ประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อการถ่ายทอดเนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชา และกระบวนการฝึกอบรม ของกระบวนการประกันคุณภาพการฝึกอบรม กรมอนามัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ ก่อนดำเนินการอบรม และเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหลังสิ้นสุดการอบรม

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชา และหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ใช้สถิติ Paired Samples t – test

2. คะแนนความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชา และกระบวนการฝึกอบรม ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันทางสถิติในครั้งนี้ กำหนดความ

เชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธ วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรุ่น

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรุ่นต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชาโดยภาพรวม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่นต่อกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรุ่น

1.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่าง รุ่นที่ 1 โดยใช้สถิติ Paired Samples t – test ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 19.0 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.1) และหลังการอบรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 23.8 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.5) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงว่า หลังการอบรมมีความรู้ดีกว่าก่อนการอบรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1

กลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1	n	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการอบรม	89	19.0	3.1	-11.4	88	0.000***
หลังการอบรม	89	23.8	3.5			

1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลังการอบรม ของกลุ่มตัวอย่าง รุ่นที่ 2 โดยใช้สถิติ Paired Samples t – test ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการอบรมเท่ากับ 19.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.7)

และหลังการอบรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.3) เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงว่า หลังการอบรมมีความรู้ดีกว่าก่อนการอบรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ก่อนและหลัง การอบรม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2

กลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2	n	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการอบรม	64	19.1	2.7	-9.0	63	0.000***
หลังการอบรม	64	23.2	3.3			

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรุ่นต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชาโดยภาพรวม

2.1 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชา โดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ปัญหาและการแก้ไข โภชนาการเด็ก พัฒนาการเด็ก ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55 การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยใน

เด็กปฐมวัย การปฐมพยาบาลเด็ก และเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่โดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1 โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความพึงพอใจโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ($\bar{x} = 4.58$) และแสดงความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับมาก คือ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ($\bar{x} = 4.30$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชาโดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1

การถ่ายทอดความรู้โดยภาพรวม	n	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
- การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก	89	4.30	0.55	มาก
- ปัญหาและการแก้ไขโภชนาการเด็ก	89	4.45	0.55	มาก
- พัฒนาการเด็ก	89	4.40	0.62	มาก
- ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55	89	4.48	0.54	มาก
- การดูแลสุขภาพช่องปาก	89	4.43	0.53	มาก
- ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย	89	4.54	0.53	มากที่สุด
- การปฐมพยาบาลเด็ก	89	4.45	0.53	มาก
- เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่	89	4.58	0.75	มากที่สุด

2.2 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชาโดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก ปัญหาและการแก้ไขโภชนาการเด็ก พัฒนาการเด็ก ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55 การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย การปฐมพยาบาลเด็ก และเกณฑ์การประเมินศูนย์

เด็กเล็กน่ายู่โดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2 โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความพึงพอใจโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็ก ($\bar{x} = 4.69$) และแสดงความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ($\bar{x} = 4.33$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เนื้อหาหลักสูตรแต่ละวิชาโดยภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 2

การถ่ายทอดความรู้โดยภาพรวม	n	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
- การประเมินภาวะโภชนาการเด็ก	64	4.53	0.57	มากที่สุด
- ปัญหาและการแก้ไขโภชนาการเด็ก	64	4.48	0.53	มาก
- พัฒนาการเด็ก	64	4.33	0.67	มาก
- ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55	64	4.56	0.50	มากที่สุด
- การดูแลสุขภาพช่องปาก	64	4.47	0.54	มาก
- ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย	64	4.60	0.56	มากที่สุด
- การปฐมพยาบาลเด็ก	64	4.69	0.47	มากที่สุด
- เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่	64	4.49	0.54	มาก

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่นต่อกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม

จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม ของกลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 2 รุ่น โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 แสดงความพึงพอใจโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยสูงอยู่ในระดับมากที่สุด = \bar{x} 4.64 และ 4.55 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
- รุ่นที่ 1	89	4.64	0.51	มากที่สุด
- รุ่นที่ 2	64	4.55	0.54	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปังบประมาณ 2556 สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ศูนย์อนามัยที่ 6 ปังบประมาณ 2556 ได้ตั้งเป้ากลุ่มเป้าหมายไว้จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 50 คน รวม 100 คน หลังจากทำการประชาสัมพันธ์และทำหนังสือเชิญชวนผู้สนใจและผู้เกี่ยวข้องสมัครเข้าร่วมโครงการระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2556 พบว่ามีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 153 คน เพิ่มขึ้น 53 คน แบ่งเป็นรุ่นที่ 1 จำนวน 89 คน และรุ่นที่ 2 จำนวน 64 คน รวม 153 คน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 53

2. ภายหลังจากจัดโปรแกรมการอบรมหลักสูตรการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนออยู่ของกรมอนามัย กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนออยู่ของกรมอนามัย เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3. กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 รุ่น มีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการประเมิน

ภาวะโภชนาการเด็ก ปัญหาและการแก้ไข โภชนาการเด็ก พัฒนาการเด็ก ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบอนามัย 55 การดูแลสุขภาพช่องปาก ภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยในเด็กปฐมวัย การปฐมพยาบาลเด็ก เกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กนออยู่ และกระบวนการฝึกอบรมโดยภาพรวม ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{x} = 4.30 - 4.69$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะด้านความรู้เนื้อหาหลักสูตรของแต่ละวิชา และความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และกระบวนการฝึกอบรม ควรมีการศึกษาด้านทัศนคติและทักษะผู้ดูแลเด็กในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กควบคู่ไปด้วย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งการดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนออยู่ของกรมอนามัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด อปท. ภายหลังจากการอบรม 6 เดือน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 1 - 2 ปี เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยา ทองธีรกุล. “การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในศูนย์สาธิตการพัฒนารเด็ก”. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
2. นิรัตน์ อิมามี. “การประเมินผลโครงการ/แผนงาน”. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, 2537.
3. วีระพล สุวรรณนันท. “การประเมินผลแผนและโครงการ”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรพัฒนา, 2524.
4. ส่งเสริมสุขภาพ,สำนัก. อนามัย,กรม. สาธารณสุข,กระทรวง. “คู่มือการพัฒนาผู้ดูแลเด็ก”. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2549.
5. ส่งเสริมสุขภาพ,สำนัก. อนามัย,กรม. สาธารณสุข,กระทรวง. “คู่มือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี”. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553.
6. ส่งเสริมสุขภาพ,สำนัก. อนามัย,กรม. สาธารณสุข,กระทรวง. “คู่มือพ่อแม่ สำหรับการอบรมเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด – 5 ปี”. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552
7. ส่งเสริมสุขภาพ,สำนัก. อนามัย,กรม. สาธารณสุข,กระทรวง. “อนามัย 55 แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (เผ่าระวัง) (อนามัย 49 ฉบับปรับปรุง)”.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.
8. อนามัย,กรม. สาธารณสุข,กระทรวง. “คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายู่สู่เมืองไทยแข็งแรง”.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2549.

**การพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12**
Service Quality Indicators Development of Health
Promotion and Prevention of Tambon Health Promoting
Hospital, Public Health Inspector Region 10, 12

ดร.วันเพ็ญ ศิวารมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) เพื่อตรวจสอบตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) เพื่อกำหนดมาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาดตัวอย่างได้จากการใช้ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 457 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .973 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา การจำแนกปัจจัยและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า สามารถสกัดปัจจัยมาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ 4 กลุ่มปัจจัยหลัก กล่าวคือ 1. ปัจจัยด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ บุคลากร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และทิศทางการนำ 2. ปัจจัยการจัดบริการ ณ ที่ตั้ง ประกอบด้วย 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิด - 5 ปี 3) การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน - วัยรุ่น 4) การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และ 5) ระบบบริการ ณ ที่ตั้ง 3. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ การจัดกิจกรรมในชุมชน และระบบบริการในชุมชน และ 4. ผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาองค์กร และผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล ผลการตรวจสอบตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า ไค-สแควร์แตกต่างจาก ศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - Value = .121$) ค่าไค-สแควร์หารด้วยค่าองศาอิสระต่ำกว่า 2 ($55.164/44 = 1.254$) รวมทั้ง $GFI = .983$ $AGFI = .960$ และ $RMSEA = .024$ โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดเป็นตัวบ่งชี้มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในโอกาสต่อไป ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 76.6

สรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศได้

คำสำคัญ ตัวบ่งชี้การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Abstract

The objectives of the present study were 1) to develop indicators of Health Promotion and Prevention (HP&P) services standards of Tambon Health Promotion hospital (THPH) under the Public Health Inspector X&XII, 2) to test HP&P services standard indicators of THPH, 3) to study possibility to use HP&P services standard indicators and 4) to set up the HP&P services standard indicators. The populations taken for the study were director, nurse and public health academics. The research sample group consist of 457 informants by using the sample size tables. The research instruments were the five level rating scale questionnaires with .973 reliability. The quantitative data were analyzed in favor of descriptive statistics, to determine the exploratory and confirmatory factors by factor analysis. The research findings were as follows.

1. The exploratory factors of HP&P services indicators were four-fold: 1) Resource factor with 4 indicators: personel, strategic planning, healthy environmental and leading direction, 2) HP&P services in the office with 5 HP&P indicators: working and old age, 0 – 5 years, teenage, pregnancy and the office's services system. 3) Community-based HP&P with 2 indicators: HP&P activities and community-based services system, and 4) the result with 3 indicators: efficiency, organization development and effectiveness.

2. The confirmatory factors analysis points out that HP&P services indicators of THPH which were developed were congruent with the empirical data, as seen from chi-square having no statistical significance ($p\text{-value} = .121$), chi-square/degree of freedom < 2 ($55.164/44 = 1.254$), including the GFI and AGFI value of .983 and .960

and RMSEA value of .024 respectively. The viewpoint of personel steak-holders stands to the fact that it will be feasible to use HP&P services standard indicators of THPH in the future which were at higher up to highest 76.6 percentage.

It could be concluded that HP&P services indicators which were developed can be applicable to be at the national level.

Key word : Health Promoting and Prevention services indicators

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกลยุทธของรัฐบาลในการใช้เป็นเครื่องมือเพื่อปรับปรุงมาตรฐานการบริการของสถานีนอนามัยทั่วประเทศให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น บนพื้นฐานแนวคิดสำคัญ คือ จะคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค โดยมุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วม ยึดชุมชนเป็นฐาน ใช้บ้านเป็นเรือนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นทับหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพมากขึ้น โดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม ที่สำคัญคือให้ประชาชนและผู้บริการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อศึกษารายละเอียดของคู่มือการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วพบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการว่า ในบทบาทด้านต่างๆ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยนั้นควรดำเนินการอย่างไรอย่างเป็นรูปธรรม

ดังนั้นหากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเริ่มดำเนินการมาในระยะเริ่มต้น 2 – 3 ปีนี้ มีเครื่องมือด้านคุณภาพบริการมาช่วยสนับสนุนในการตรวจสอบ เทียบเคียงว่า ระบบบริหารจัดการและการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการอยู่นั้นมีความสอดคล้องกับมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว และญาติในขณะมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่มีคุณภาพ มีภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ ย่อมส่งผลให้การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อตรวจสอบตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

4. เพื่อกำหนดมาตรฐานการจัดบริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากร : โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 10 และ 12

ขนาดตัวอย่าง ได้จากการใช้ตารางขนาด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยที่ ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ (ศิริชัย กาญจนวาสี และ คณะ, 2540: 144 - 146) ได้สร้างตารางสำเร็จรูป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับศึกษา ค่าเฉลี่ยของประชากร ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อยอมให้คลาดเคลื่อน (E) ของการประมาณ ค่าสัดส่วนเกิดขึ้นในระดับ $\pm 5\%$ ของค่าสัดส่วน สูงสุด ($P=1$) ซึ่งประชากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 มีประมาณ 8,000 คน เมื่อเทียบกับตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น $\pm 5\%$ ได้เท่ากับ 381 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างอีกร้อยละ 20 คิดเป็น 76 คน รวมกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 457 คน

ขอบเขตเนื้อหา : การวิจัยมุ่งศึกษาตัวบ่งชี้ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประชาชนกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วยตามบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งในสถานบริการและในชุมชน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้าน ทรัพยากร ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้การนำองค์การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร

2) ปัจจัยการบริการ ณ ที่ตั้ง ประกอบด้วย ระบบบริการ ณ ที่ตั้ง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เด็กวัยเรียน - วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ และการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ และ 3) การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย ระบบบริการในชุมชน และการจัดกิจกรรมในชุมชน

ตัวแปรผล ได้แก่ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิผล ด้านคุณภาพของกระบวนการในมุมมองของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านประสิทธิภาพ และด้านการพัฒนาองค์กร

นิยามศัพท์เฉพาะ ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวประกอบ ตัวแปร หรือค่าสังเกตได้ ซึ่งใช้ตัวบ่งชี้บอกสถานภาพ หรือสะท้อนลักษณะดำเนินงานหรือผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หมายถึง การจัดการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ทั้งในสำนักงานและในชุมชนแก่ผู้รับบริการและญาติทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0 - 5 ปี เด็กวัยเรียน - วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาและจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 : ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ โรงพยาบาลสาธารณสุขยุคใหม่ การจัดการเชิงรุกของรพ.สต. มาตรฐานโรง

พยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับบูรณาการของ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค มาตรฐาน โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพฉบับ เฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มาตรฐานงานสุขศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน/ สถานีอนามัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน ประเทศและต่างประเทศ พัฒนาเป็นตัวบ่งชี้ มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำสู่การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 : การจัดทำเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยตามแนวคิดของ การกิจการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกัน โรคทั้งในสถานบริการและในชุมชนของโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมาตรฐาน การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ประชาชนชนทุกกลุ่มอายุแล้วนำไปทดลอง ใช้เครื่องมือ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่ของโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 1 อำเภอของ จังหวัดขอนแก่นซึ่งไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายที่จะ ดำเนินการวิจัย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามได้เท่ากับ .973

ขั้นตอนที่ 3 : การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสุ่ม อย่างง่ายจากตารางเลขสุ่มลำดับที่ของรายชื่อ อำเภอในแต่ละจังหวัดของเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 10 และ 12 ตามสัดส่วนขนาดกลุ่ม ตัวอย่างของแต่ละจังหวัดแล้วส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ จำนวน 900 ฉบับ ได้รับกลับคืน

560 ฉบับ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เหลือ 457 ฉบับตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ กำหนด

ขั้นตอนที่ 4 : จัดประชุมวิชาการ เพื่อ การประชาสัมพันธ์ตัวบ่งชี้ มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และถ่ายทอดองค์ความรู้ และนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียโดยตรงคือ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตการตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เบื้องต้นและผลการสกัดปัจจัยการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นความเป็นไปได้ที่จะใช้ผลการวิจัยนำไปกำหนดเป็นมาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 : การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนและน่าเชื่อถือของ ข้อมูล จากนั้นลงบันทึกข้อมูลแล้ววิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) ด้วยสถิติ Factor Analysis เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบปัจจัย การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้ง วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA) และ Path Analysis ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป AMOS (free download)

ขั้นตอนที่ 6 : การสรุปตัวบ่งชี้ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาสรุปเป็นร่างมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วส่งมอบให้หน่วยงานส่วนกลางและจังหวัดที่เกี่ยวข้องพิจารณาใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ได้จากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนและสังเคราะห์มาตรฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย

2.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ขนาดโรงพยาบาล รวมทั้งประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ตอนที่ 2 ข้อปฏิบัติที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้รับบริการและญาติทุกกลุ่มวัย และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

2.3 ตอนที่ 3 ผลลัพธ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ

ของกระบวนการในมุมมองของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ด้านการพัฒนาองค์กร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการทดสอบเครื่องมือวิจัย โดยเมื่อผู้วิจัยจัดทำร่างแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการทดสอบเครื่องมือ (Try out) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้เท่ากับ .973 แล้วปรับปรุงข้อคำถามเสนอที่ปรึกษาโครงการตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยสถิติ Factor Analysis เพื่อสำรวจและระบุองค์ประกอบปัจจัยการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA) และ Path Analysis ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป AMOS (free download)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้วิจัยพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสังเคราะห์มาตรฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ดังนี้ การนำองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม และ บุคลากร 2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้รับบริการและญาติ ณ ที่ตั้ง ประกอบด้วย 7 ตัวบ่งชี้ดังนี้ ระบบบริการ ณ ที่ตั้ง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี กลุ่มเด็กวัยเรียน - วัยรุ่น กลุ่ม วัยทำงาน กลุ่ม ผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อสุขภาพ 3) การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ดังนี้ ระบบบริการในชุมชน และการจัดกิจกรรมในชุมชน และ 4) ผลลัพธ์การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ดังนี้ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล ผลลัพธ์ด้านคุณภาพของกระบวนการในมุมมองของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลลัพธ์การจัดการบริการด้านประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การดำเนินการด้านพัฒนาองค์กร สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับบูรณาการ⁽¹⁾ ที่กำหนดให้มืองค์ประกอบด้านการนำองค์กร และการบริหาร การบริหารทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากร การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี พ.ศ.2551 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในมาตรฐานตอนที่ 2 เรื่อง สิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ

การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม และการทำงานกับชุมชน รวมทั้งมีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ⁽¹⁰⁾ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการประเมินการบริหารจัดการและจัดของบริการของเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยมีความเกี่ยวข้องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเด็น การบริหารจัดการองค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

2. ความเป็นไปได้ในการใช้ตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการสกัดปัจจัยตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า สามารถสกัดปัจจัยหลักได้ 4 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านทรัพยากร ปัจจัยการจัดการบริการ ณ ที่ตั้ง ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และปัจจัยผลลัพธ์การดำเนินงาน และเมื่อจัดประชาพิจารณ์ตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นพบว่า ตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 76.6 ในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดเป็นตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอนาคตต่อไป โดยผลการสกัดตัวบ่งชี้ 1) ปัจจัยด้านทรัพยากรได้ 4 ตัวบ่งชี้คือ บุคลากร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม และ ทิศทางนำ 2) ปัจจัยการจัดการบริการ ณ ที่ตั้งสกัดได้ 5 ตัวบ่งชี้คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ

กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี กลุ่มวัยเรียน - วัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และระบบบริการ ณ ที่ตั้ง 3) ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สกัดได้ 2 ตัวบ่งชี้คือ การจัดกิจกรรมในชุมชน และระบบบริการในชุมชน และ 4) ปัจจัยด้านผลลัพธ์การดำเนินงานสกัดได้ 3 ตัวบ่งชี้คือ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาองค์กร และผลลัพธ์ด้านประสิทธิผล สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลการจัดบริการทั้งในหน่วยงานและในชุมชน ที่เน้นการให้บริการแบบครบวงจรทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวม⁽⁵⁾ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กฤษณา สารบรรณ⁽³⁾ เรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงสาเหตุขององค์ประกอบภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 ที่พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุขององค์ประกอบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงที่เป็นตัวแปรสาเหตุ 5 ตัวแปรคือ ด้านผู้มีบริวารมี ด้านการกระตุ้นทางปัญญา ด้านการเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์เป็นรายบุคคล รวมทั้งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์ เท่ากับ 100.349 ค่าองศาอิสระ เท่ากับ 109 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value)

เท่ากับ 0.711 ค่าไคสแควร์ ทหารด้วยองศาอิสระ (χ^2/df) เท่ากับ 0.921, GFI เท่ากับ .981, AGFI เท่ากับ .967, NFI เท่ากับ 0.987, CFI เท่ากับ 1.000 และ RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.00 รวมทั้งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของกิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด⁽⁴⁾ เรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์ประกอบสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 8 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย ด้านการวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุขและประเมินสุขภาวะของชุมชน ด้านการวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน ด้านการทำงานเป็นทีมและประสานเครือข่าย ด้านงานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ บุคคล/ครอบครัว/ชุมชนและท้องถิ่น ด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ด้านภาวะผู้นำและการคิดอย่างเป็นระบบ ด้านงานวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาสถานะสุขภาพของคนในชุมชน และด้านคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณในการประกอบอาชีพ ผลการตรวจสอบความสอดคล้อง/กลมกลืนของโมเดล พบว่า สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติ $\chi^2 = 624.17$ $df = 576$ $\chi^2/df = 1.08$ $P = 0.08060$ $GFI = 0.94$ $AGFI = 0.91$ $RMR = 0.019$ $RMSEA = 0.014$ ตัวชี้วัดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้น สามารถใช้ประเมินสมรรถนะนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

3. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยด้านทรัพยากร พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรที่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการวางแผนกลยุทธ์เป็นตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสำคัญที่สุด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .843 รองลงมาคือ ทิศทางนำมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .750 บุคลากรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .729 และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .641 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยการจัดบริการ ณ ที่ตั้ง พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรที่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี เป็นตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสำคัญที่สุด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .871 รองลงมาคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .837 กลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .764 ระบบบริการ ณ ที่ตั้งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .764 และกลุ่มวัยเรียน - วัยรุ่นมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .702 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรที่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกิจกรรมในชุมชน เป็นตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสำคัญที่สุด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .888 รองลงมาคือ ระบบบริการในชุมชนมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .865

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของปัจจัยผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่า รูปแบบการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแปรที่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยด้านพัฒนาองค์กรเป็น ตัวแปรสังเกตได้ที่มีความสำคัญที่สุด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .872 รองลงมาคือ ด้านประสิทธิผลมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .853 และด้านประสิทธิภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .852 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลขององค์ประกอบ พบว่า เส้นทางอิทธิพลทางตรงเชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุดคือ องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนต่อผลลัพธ์การดำเนินงาน (ค่าน้ำหนัก = 1.018, p-value <.01) รองลงมาคือ องค์ประกอบปัจจัยด้านทรัพยากร ต่อการจัดบริการ ณ ที่ตั้ง (ค่าน้ำหนัก = .854, p-value <.001) องค์ประกอบการจัดบริการ ณ ที่ตั้งต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ค่าน้ำหนัก = .682, p-value <.001) องค์ประกอบปัจจัยด้านทรัพยากร ต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ค่าน้ำหนัก = .277,

p-value <.01) และ องค์ประกอบปัจจัยด้านทรัพยากร มีค่าอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าน้ำหนัก = -.927, p-value <.05) จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบปัจจัยด้านทรัพยากร ซึ่งมีตัวบ่งชี้ด้านทิศทางการดำเนินงานไม่ได้มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผลแต่จะส่งอิทธิพลผ่านองค์ประกอบอื่นซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกฤษฎาสารบรรณ⁽⁴⁾ ที่พบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด คือ การมีวิสัยทัศน์ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ 3.659 นอกจากนี้ผลการวิจัยในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีสอดคล้องกับการผลการวิจัยของปริญญาจิตอร่าม⁽⁶⁾ เรื่อง การพัฒนาตัวบ่งชี้การจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนของสถานีนอนามัย พบว่า ตัวบ่งชี้การจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนของสถานีนอนามัย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านบุคลากร ได้แก่ ภาวะผู้นำ การเสริมพลังอำนาจ และการจูงใจ องค์ประกอบที่ 2 ด้านกระบวนการในการจัดการความรู้ การได้ความรู้ใหม่ การดำเนินการใช้ความรู้ใหม่ และการประเมินผลการใช้ความรู้ องค์ประกอบที่ 3 ด้านองค์กร ได้แก่ โครงสร้างของสถานีนอนามัย วิสัยทัศน์/พันธกิจ/กลยุทธ์ วัฒนธรรมองค์กร และบรรยากาศการทำงาน องค์ประกอบที่ 4 ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเด็นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอมร แก้วใส⁽¹³⁾ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษา พบประเด็นสำคัญประการหนึ่ง การจัดการระบบ

บริการ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการศึกษาและประเมินสภาพแวดล้อมชุมชนก่อนนำมาสู่กระบวนการทำงาน และจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ส่วนใหญ่สามารถให้บริการ ได้ตามมาตรฐานบริการของแต่ละวิชาชีพ มีการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายสุขภาพในภาคประชาสังคม และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

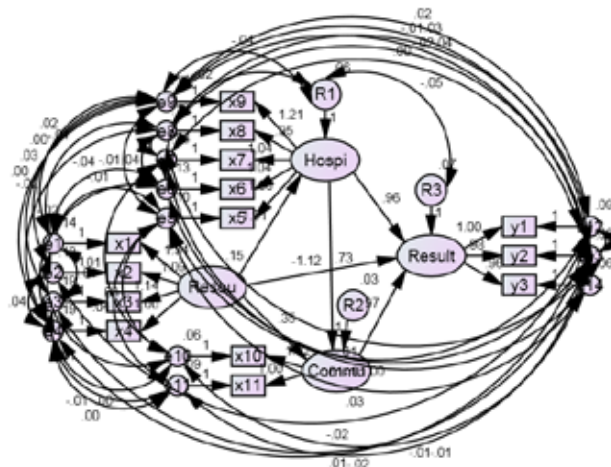
4. การกำหนดมาตรฐานการจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการประชาพิจารณ์ตัวบ่งชี้ด้านการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาขึ้น สามารถกำหนดมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ได้แก่ ตัวบ่งชี้ที่ 1 บุคลากร ตัวบ่งชี้ที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ ตัวบ่งชี้ที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และตัวบ่งชี้ที่ 4 ทิศทางการดำเนินงาน 2) ปัจจัยการจัดการบริการ ณ ที่ตั้ง ประกอบด้วย 5 ตัวบ่งชี้ คือ ตัวบ่งชี้ที่ 1 กลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ตัวบ่งชี้ที่ 2 กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ตัวบ่งชี้ที่ 3 กลุ่มวัยรุ่น – วัยรุ่น ตัวบ่งชี้ที่ 4 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ตัวบ่งชี้ที่ 5 ระบบบริการ ณ ที่ตั้ง 3) ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ดังนี้ ตัวบ่งชี้ที่ 1 การจัดกิจกรรมในชุมชน ตัวบ่งชี้ที่ 2 ระบบบริการในชุมชน และ 4) ปัจจัยผลลัพธ์การ

ดำเนินงาน ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ ดังนี้ ตัวบ่งชี้ที่ 1 ด้านประสิทธิภาพ ตัวบ่งชี้ที่ 2 ด้านการพัฒนาองค์กร และ ตัวบ่งชี้ที่ 3 ด้านประสิทธิผล ซึ่งมาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับมาตรฐานโรง

พยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับบูรณาการ⁽¹⁾ และมาตรฐานโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี⁽⁹⁾ ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบบริการและการทำงานในชุมชน ตลอดจนสอดคล้องกับตัวชี้วัดของเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ⁽¹¹⁾

THPH Indicators, 2013



chi-square=23.240, df=29, p=.765, cmin/df=.801, GFI=.993, RMSEA=.000

ภาพที่ 1 การวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันในตัวบ่งชี้มาตรฐานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผลการสกัดตัวบ่งชี้ปัจจัยด้านทรัพยากร พบว่า ในตัวบ่งชี้ที่ 1 บุคลากร มีข้อปฏิบัติที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือ การมอบหมายบุคลากรเป็นที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในและนอกหน่วยงาน โดยมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อเพิ่มพูนทักษะและการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

และพบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ บางแห่ง อัตรากำลังของบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการตอบสนองภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ ดังนั้น ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ จำเป็นต้อง สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะและเกิดการจัดการความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากยิ่งขึ้นเพื่อนำไปสู่การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุให้ได้มาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข

นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การประเมินผลและการนำข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของบุคลากรมาประกอบการทำแผนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เป็นประเด็นที่มีความสำคัญน้อยที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอาจพิจารณาว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตนเองสังกัดอาจมีบุคลากรจำนวนไม่มาก และอยู่ในวัยหนุ่มสาวปัญหาสุขภาพมีน้อย แต่มีบางส่วนให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีฟรี ซึ่งควรกำหนดเป็นนโยบายให้ครอบคลุมถึงลูกจ้างด้วย ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรเป็นหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการพัฒนาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเขตรับผิดชอบให้มีความเหมาะสม

1.2 ผลการสกัดตัวบ่งชี้ปัจจัยการจัดบริการ ณ ที่ตั้ง พบว่า ในตัวบ่งชี้ที่ 2 กลุ่มเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มี 2 ประเด็นมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า .5 ซึ่งควรตัดออกจากรายละเอียดของตัวบ่งชี้คือ 1) การตรวจประเมิน/คัดกรองความเสี่ยงภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน การมองเห็นและการได้ยิน และ 2) การแนะนำการเลี้ยงดูเด็กตามแนวทาง “โรงเรียนพ่อแม่” แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการจึงไม่ตัดทิ้งทั้ง 2 ประเด็น นอกจากนี้พบว่า ในรายละเอียดตัวบ่งชี้ที่ 3 กลุ่มวัยเรียน – วัยรุ่น ประเด็น การร่วมเป็นวิทยากรสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่ำที่สุด แต่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบค่อนข้างสูง (Factor loading = .808) ดังนั้นหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ซึ่งได้แก่ กรมอนามัยและศูนย์อนามัย จึงมี

ความจำเป็นในการสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้เรื่องดังกล่าวแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย

1.3 ผลการสกัดตัวบ่งชี้ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พบว่า ในรายละเอียดของตัวบ่งชี้ที่ 1 การจัดกิจกรรมในชุมชนประเด็นการเสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวสู่ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี 80 ปีอย่างแจ่ม” มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด แต่ประเด็นดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศซึ่งขณะนี้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งในชนบทก็เผชิญกับปัญหานี้เช่นกัน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกรมอนามัย ศูนย์อนามัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต้องสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้เพื่อเสริมศักยภาพให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดูแลและเสริมพลังให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

1.4 ผลการสกัดตัวบ่งชี้ปัจจัยผลลัพธ์การดำเนินงาน ตัวบ่งชี้ที่ 1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ประเด็นส้วมผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (วัด/โรงเรียน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ำที่สุดของทุกประเด็นในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นกรมอนามัยและศูนย์อนามัย ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันการสนับสนุนจากกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถผลักดันในระดับพื้นที่ให้มีศักยภาพพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ปัญหาการตั้งครมไม่พึงประสงค์ของแม่ข่าย เป็นประเด็นที่กรมอนามัย กรมควบคุมโรค ศูนย์อนามัยที่ 6 และสำนักควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ตลอดจนหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้แก่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้มีทักษะและมีความมั่นใจ ในการให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นวิทยากรเรื่องเพศศึกษา รอบด้านแก่วัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถุงยางอนามัยและยาคุมฉุกเฉินแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย เนื่องจากปัญหานี้กระจายทั่วไปทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

2.2 ผลการจัดประชาพิจารณ์ตัวบ่งชี้มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีข้อเสนอว่า ค่าตอบแทนสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในงานส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก ดังนั้น กรมอนามัยควรเร่งรัดการทบทวนข้อตกลงกับสำนักงานหลักประกันแห่งชาติเรื่อง ค่าตอบแทนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกว่าเดิม เพราะทุกวันนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องใช้งบประมาณในการจ้างบุคลากรเพิ่ม หรือจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรที่ต้องทำงานมากขึ้น ตลอดจนหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรผลักดันเรื่อง มาตรฐานอัตรากำลังคนและงบประมาณเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องดำเนินการ

2.3 ผลการวิจัยครั้งนี้ได้มาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉบับร่างที่ กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำไปประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนการกำหนดเป็นมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในโอกาสต่อไป

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีอิทธิพลทางตรงสูงสุด ต่อปัจจัยผลลัพธ์การดำเนินงาน รองลงมาคือ ปัจจัยด้านทรัพยากร ต่อปัจจัยการให้บริการ ณ ที่ตั้ง และปัจจัยการให้บริการ ณ ที่ตั้ง ต่อปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยการให้บริการ ณ ที่ตั้ง มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อปัจจัยผลลัพธ์การดำเนินงาน และปัจจัยด้านทรัพยากรมีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องสนับสนุนปัจจัยด้านทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร สภาพแวดล้อมขององค์กร การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และทิศทางนำให้เพียงพอต่อการจัดการ ณ ที่ตั้ง และการจัดการ ณ ที่ตั้ง ต้องทำเชิงรุก เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่ชุมชนด้วย เพื่อให้มีผลกระทบต่อส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกมาก

ที่สุดต่อผลลัพธ์การดำเนินงานของหน่วยงานให้
บรรลุปเป้าหมาย

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 เนื่องจากมีข้อเสนอเชิงลบจาก
กลุ่มตัวอย่างเรื่อง ค่าตอบแทนกิจกรรมการ
ส่งเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลได้รับ ดังนั้นควรมีการศึกษาต้นทุนและ
อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการส่งเสริม
สุขภาพต่างๆ ทั้งในการให้บริการ ณ ที่ตั้ง
และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเปรียบ
เทียบกับการให้บริการด้านอื่นๆ เพื่อให้ได้คำตอบ
ว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละกิจกรรม ซึ่งมีความ
ยุ่งยาก ซับซ้อน แตกต่างกัน ควรได้รับค่า
ตอบแทนเพียงใดจึงจะเหมาะสม เป็นธรรมแก่ผู้
ปฏิบัติงาน

4.2 ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการคิด
ค่าตอบแทนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่มี
ลักษณะต้องดำเนินการในชุมชน ประสานความ
ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการพัฒนา
อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่าน
เกณฑ์สายใยรัก ส้วมในวัดหรือในโรงเรียนผ่าน
เกณฑ์ส้วมสาธารณะไทย ตำบลสายใยรักแห่ง
ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
คุณภาพ เป็นต้น ว่าเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลดำเนินการเรื่องเหล่านี้แล้วจะได้รับค่า
ตอบแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่ง
ชาติเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฉบับบูรณาการระหว่าง
กรมอนามัยและกรมควบคุมโรค. (เอกสารอัดสำเนา), 2552.
2. กริช แร่งสูงเนิน. การวิเคราะห์ปัจจัยด้วย SPSS และ AMOS เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ:บริษัทวี.
พรินทร์ (1991) จำกัด, 2554.
3. กฤษณา สารบรรณ. รูปแบบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงสาเหตุขององค์ประกอบภาวะผู้นำการ
เปลี่ยน แปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขต
ตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
ศึกษามหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2555.
4. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และคณะ. การพัฒนาตัวชี้วัดสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขในโรง
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 6: 12 – 19, 2554.
5. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552.

6. ปริญญา จิตอร่าม. การพัฒนาตัวบ่งชี้การจัดการความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนของสถานีนอนามัย. tci-thaijo.org/index.php/viridian-EJournal/article/view/7600/6576. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2556, 2554.
7. วันเพ็ญ ศิวารมย์. การพัฒนาตัวบ่งชี้มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. http://hpc6.anamai.go.th/hpc6/images/sores/KPW/1.HPH_52.doc. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กันยายน 2554, 2552.
8. ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พชรกานต์พับลิเคชัน จำกัด, 2540.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ สุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี : บริษัท หนังสือ ดี วัน จำกัด, 2551.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา. คู่มือการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ <http://61.19.30.155/nhso/download/detail.php?downloadid=1714>. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2556, 2556.
11. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 3 กันยายน 2556, 2552.
12. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2549.
13. อมร แก้วใส และคณะ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. [Hpc5.anamai.moph.go.th/download/file_pdf /final_report /annual_report55.pdf](http://hpc5.anamai.moph.go.th/download/file_pdf /final_report /annual_report55.pdf). สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2556, 2555.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินด้วยอาหารที่มีในชุมชน

นิคม หาญวงศ์

สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย

ทวีวัฒน์ คำโสม

พยาบาลวิชาชีพ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research) โดยอาศัยปัจจัยส่งเสริมที่มีอยู่ในชุมชนมาทำให้เกิดประโยชน์ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชุมชน 2) ศึกษาแหล่งอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพในชุมชน 3) ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ด้วยอาหารที่หาได้ในชุมชนโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบผสมผสาน (Mixed Method) ที่ใช้ทั้ง 1) วิธีกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Groups Pre-Post Test Design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 112 คน (ร้อยละ 40 ของประชากรที่มีน้ำหนักเกิน) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสถานการณ์ในชุมชน และสร้างความร่วมมือให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้มีความเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การจัดสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ และการบันทึกภาคสนาม โดยมีที่ปรึกษาวิจัยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าผู้มีภาวะโภชนาการเกินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.60 น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 81 กิโลกรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.70 ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมีค่าระหว่าง 25.00-29.99) คิดเป็นร้อยละ 84.82 พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวกที่ปฏิบัติบ่อย ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 19.60 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านลบที่ปฏิบัติบ่อยที่สุดได้แก่ รับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 37.40 ผลจากการศึกษาแหล่งอาหารในชุมชน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แหล่งอาหารที่ตั้งใจให้มี เช่น การเพาะเลี้ยงไก่ เป็ด วัว และปลาเอง หรือการปลูกพืชผักสวนครัวจำพวก ข่า ตะไคร้ พริก ถั่วฝักยาว แตงกวา เป็นต้น 2) แหล่งอาหารทางธรรมชาติ เช่น มีลำคลองอยู่ห่างจาก

หมู่บ้านประมาณ 3 กิโลเมตร ที่สามารถหาปลามารับประทานได้ในฤดูน้ำหลาก หรือพืชผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ จำพวก ตำลึง มะระขี้นก ผักหวาน ผักเสี้ยน ผักโขมบ้าน เป็นต้น และซื้อสรุปแหล่งอาหารที่หาได้ในพื้นที่และมีผลดีต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ สัตว์จำพวกปลา และพืชผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ผลจากการจัดเวทีชาวบ้านผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่จะมาทำการศึกษากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยใช้แหล่งอาหารในชุมชน และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะให้ดำเนินชีวิตตามปกติ ไม่มีการแทรกแซงกิจกรรมการใช้ชีวิตใดๆ

2) การศึกษาระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า ในกลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลดลง ร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่รับประทานผักตำลึง และผักบุ้งนา แต่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์ มีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโภชนาการและโรคอ้วนมากยิ่งขึ้น ในขณะที่กลุ่มที่ 2 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ และจากผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการไม่เพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนของระดับความรู้

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, ภาวะน้ำหนักเกิน, การบริโภค, อาหาร

ความเป็นมาและความสำคัญ

ร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับอาหารประจำวัน การบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมเป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนำไปสู่รากฐานของการมีสุขภาพชีวิตที่ดีตั้งนั้นอาจกล่าวได้ว่า อาหารและการบริโภคอาหารที่ถูกต้องจะนำไปสู่การพัฒนาสติปัญญาและร่างกายให้แข็งแรง นั้นเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมนุษย์ ทุกคน ทุกวัย ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานและโรคอ้วน เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ต้องใช้ระยะเวลา เป็นโรคที่อาจมีสาเหตุจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้องหรือเรียกว่า โรควิถีชีวิต⁽¹⁾ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคอ้วนมีความซับซ้อนซึ่งนอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมแล้ว ยังมีปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิต รวมถึงพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการกินและการออกกำลังกาย ในด้านพฤติกรรมที่เพิ่ม

ปริมาณและความถี่ในการบริโภค เนื่องจากมีอาหารให้ได้ลิ้มลอง และสามารถหาซื้อมารับประทานได้ทุกที่ตลอดเวลา มีการโฆษณาเสริมแรงจูงใจให้บริโภคมากขึ้น ทั้งมีพฤติกรรมกินจุบจิบติดเป็นนิสัย ติดใจในรสชาติ อาหารมันและน้ำตาลสูงทำให้ร่างกายได้รับพลังงานสูงตามไปด้วย⁽²⁾ จากผลการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่องโรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า มีเพียง 1 ใน 3 ของประชาชนอายุ 15-74 ปี ที่รับประทานผักและผลไม้วันละ 1 มื้อ โดยที่ผู้หญิงบริโภคผักมากกว่าผู้ชาย ประชาชนอายุ 15-24 ปี ชอบบริโภคอาหารรสหวาน ร้อยละ 9.90 และอายุ 25-59 ปี ชอบบริโภคอาหารรสหวาน ร้อยละ 7.20 และจากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป บริโภคอาหาร

ประเภททอด เช่น เนื้อทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด กลัวยทอด ถึงร้อยละ 96.20 รับประทาน อาหารและขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ ร้อยละ 91.80 และรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง ร้อยละ 91.80 โดยจากผลการศึกษาดังกล่าว นี้ ทำให้ทราบว่า ประชากรวัยทำงานมีปัญหา พฤติกรรมในด้านการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูง บริโภคผักและผลไม้ น้อยลง ผล ที่ตามมาได้ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อัตราความชุก ของภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ วิรดา อรรถเมธากุล⁽⁸⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ร้อยละ 12.70 มากกว่าร้อยละ 30.00 ที่มีการรับประทาน อาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้งขึ้นไป ได้แก่ ชา/กาแฟ ขนมกรุบ กรอบ ของทอด ขนมเค้ก คุกกี้ โดนัท เบเกอรี่ ร้อยละ 50.00 ได้รับพลังงานจากไขมันมากกว่า ร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และมากกว่า ร้อยละ 80.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคอเลสเตอรอล สูง และจากรายงานการคัดกรองความเสี่ยงต่อ กลุ่มโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองไผ่ อำเภอกะชังวิสัย จังหวัด ร้อยเอ็ด ประจำปี 2555 พบว่า มีประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วน น้ำหนักและดัชนีมวล กายเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 280 คน (สถิติ จากระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โปรแกรม HOSXP_PCU โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองไผ่, 2555)

นับว่าปัญหาโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่ ควรได้รับการแก้ไขเป็นอย่างยิ่ง เพราะเกี่ยวข้องกับ

กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ทุกวัย เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยที่มีความ สำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ในการเจริญเติบโตและ พัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพอนามัย ของมนุษย์ให้แข็งแรงและสมบูรณ์ นับตั้งแต่ เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จวบจนคลอดออกมา เป็นทารก เจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ถึง วัยชรา⁽¹⁾ ภาวะโภชนาการของประชาชน เป็น เครื่องชี้วัดอย่างหนึ่ง que แสดงถึงความก้าวหน้าใน การพัฒนาประเทศ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ภาวะโภชนาการที่ดี จะส่งเสริมให้สุขภาพอนามัยของประชาชน มีความสมบูรณ์ แข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค ภัยไข้เจ็บ ลดการใช้บริการทางแพทย์ ทำให้มี ชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมทั้งจะ เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ การเฝ้าระวัง ควบคุมภาวะโภชนาการของ ประชาชนไม่ให้มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน และภาวะขาดสารอาหารในบุคคลกลุ่มต่างๆ นั้น เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์ เพราะภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมจะ เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโร คหลายๆ ชนิด รวมทั้งยังมีผลกระทบโดยตรงต่อ ประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชาติ⁽⁴⁾

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ภาวะ โภชนาการเกินหรือโรคอ้วนได้ก่อให้เกิดผล กระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและ หลอดเลือด นิ่วในถุงน้ำดี โรคไต กระดูกและ ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ โรคเกาต์ ติดเชื้อรา

ตามรอยพับผิวหนัง กังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเอง เกิดปมด้อย ขาดความมั่นใจในตัวเอง เครียด มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร สำหรับผู้มีภาวะโภชนาการเกิน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา พันธุ์พานิช⁽⁵⁾ ที่หลังจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมแล้ว พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีภาวะอ้วนลดลงจากร้อยละ 71.75 เป็นร้อยละ 57.89 และจากการทดสอบความรู้ พบว่า คะแนนรวมความรู้ของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการใช้รูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงควรศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหาร และพัฒนากระบวนการสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค สำหรับผู้มีภาวะโภชนาการเกินของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ ทั้งนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นแหล่งอาหารในพื้นที่ที่มีอยู่หลากหลาย มาประยุกต์ใช้ให้ประชาชนได้เห็นความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ชุมชนให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด และยิ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการหาซื้ออาหารในการบริโภคประจำวันได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชุมชน
2. เพื่อศึกษาแหล่งอาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพในชุมชน
3. เพื่อศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ด้วยอาหารที่หาได้ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) ครั้งนี้แบ่งประเภทศึกษาเป็นสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Groups Pre-Post Test Design) เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ที่ศึกษาในผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ของประชากรที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองไผ่ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยผู้ศึกษาวิจัยเป็นสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย ที่เป็นผู้บริหารด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และมีผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีความชำนาญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการอบรมการวิจัยเชิงบูรณาการทางการพยาบาล จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ทำการศึกษาาร่วมกัน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี 2555 และพบว่ามีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้โปรแกรม HosXP_PCU ช่วยประมวลผลดัชนีมวลกาย และแปลผลว่ามีภาวะโภชนาการเกินกว่าค่าปกติ จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลาก (Wayne W.Daniel. 1995; อ้างอิงมาจาก อรุณจิรวัดน์กุล .2542) และใช้สูตรในการคำนวณ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 112 คนดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

กำหนดให้

N คือ จำนวนประชากรเท่ากับ 280 คน

n คือ จำนวนตัวอย่าง

$$\begin{aligned} n &= \frac{280 \times (1.96)^2 \times (0.14) \times (1 - 0.14)}{(0.05)^2 (280 - 1) + (1.96)^2 \times (0.14) (1 - 0.14)} \\ &= 112 \end{aligned}$$

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผู้นำชุมชน ทั้งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ประชาชน ชาวบ้าน ในการให้การสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้น ได้จัดเวทีชาวบ้านเพื่อร่วมกันอภิปรายผลการ ศึกษาชุมชน และวางแนวทางในการพัฒนา กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ในระยะแรกนั้น คือ การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบ คัดกรองภาวะสุขภาพและพฤติกรรมบริโภค ของประชาชนของกรมอนามัย และใช้เครื่องมือ เชิงคุณภาพ ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการสนทนากลุ่ม (เวทีชาวบ้าน) ใช้การตรวจสอบโดยวิธีตรวจ ทานข้อมูล และวิธีการแบบสามเส้า (Data and method Triangulation) ในการศึกษาข้อมูล ของแหล่งอาหารทั้งพืชและสัตว์ที่สามารถหา ได้ในชุมชน และมีผลดีต่อสุขภาพระยะที่ 2

Z คือ ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ความเชื่อ มั่น 95% เท่ากับ 1.96

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

P คือ ค่าสัดส่วนของจำนวนประชากร เท่ากับ 0.14⁽⁷⁾

แทนค่าในสูตร

เป็นการศึกษาการใช้กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยอาหารในชุมชน โดยเครื่องมือ เชิงคุณภาพ คือ การให้ความรู้สุขศึกษา และ การควบคุม กำกับดูแลกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลา 3 เดือน และใช้แบบสอบถามความรู้ก่อน - หลัง สำหรับสอบถามความรู้ทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น โดย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญที่ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่ม ตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ชุด แล้ว หาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์คะแนนรายข้อคะแนนรวม มีค่า อยู่ระหว่าง 0.38-0.45 และมีค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามทั้งฉบับระหว่าง 0.87-0.93 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามทั้งหมด เป็น แบบสอบถามที่มีคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะแรกนี้ได้ ใช้แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองภาวะสุขภาพของ

กรมอนามัยในการคัดกรองประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จากนั้นใช้กระบวนการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการลงพื้นที่สำรวจชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย ด้วยวิธีจับกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ (Informal group setting) กับประชาชนในพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลของแหล่งอาหารต่างๆที่มีอยู่ในพื้นที่ และเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ และในระยะที่ 2 ใช้แบบสอบถามความรู้ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว แบ่งเป็น 2 หมวด คือ หมวดความรู้เรื่องทางโภชนาการ และหมวดความรู้เรื่องโรคอ้วน มาประกอบการศึกษาทดลองโดยใช้องค์ความรู้ทั้งสองเรื่องสอดแทรกให้กับกลุ่มทดลอง และวัดผลความรู้ก่อน-หลัง การทดลองกับทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นเมื่อครบกำหนดเวลา 3 เดือน จึงวัดผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการวัดระดับภาวะโภชนาการอีกครั้ง และใช้เวทีชาวบ้านในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการอภิปรายผลการศึกษาสภาพชุมชนด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ใช้สำหรับการแปลผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้แหล่งอาหารในพื้นที่

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

1. จากผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้มีภาวะโภชนาการเกินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.60 อายุตั้งแต่ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.40 น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 81 กิโลกรัมขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.70 ส่วนสูงส่วนใหญ่ตั้งแต่ 160-169 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 64.30 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 92.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.80 รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 69.60 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. คิดเป็นร้อยละ 83.90 ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมีค่าระหว่าง 25.00-29.99) คิดเป็นร้อยละ 84.82 รองลงมาคือมีภาวะอ้วนระดับ 1 (ดัชนีมวลกายมีค่าตั้งแต่ 30.00 ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 15.18 ตามลำดับ

2. จากผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านบวทที่ปฏิบัติบ่อย ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 19.60 รองลงมาคือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในทุก 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 11.60 และรับประทานเนื้อปลาเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 10.70 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านลบที่ปฏิบัติบ่อยที่สุดได้แก่ รับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำคิดเป็น ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ชอบกินจุบจิบ คิดเป็นร้อยละ 17.00 และรับประทานก๋วยเตี๋ยว

ผัดไทย และไม่จำกัดปริมาณที่รับประทาน คิดเป็นร้อยละ 17.00 เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาแบบแผนการบริโภคอาหารเป็นรายข้อ พบว่าการรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดระดับการปฏิบัติปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, $SD = 0.34$) รองลงมาคือ การรับประทานอาหารครบ 5 มื้อในทุก 3 มื้อ รับประทานเนื้อปลาเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก รับประทานขนมปังมีไส้ หรือ เค้ก ระดับการปฏิบัติปานกลาง ($\bar{X} = 2.11$, $SD = 0.53$) และรับประทานอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง อบ มากกว่าการทอด หรืออาหารที่มีน้ำมันมาก ระดับการปฏิบัติปานกลาง ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 0.26$)

3. ผลจากการศึกษาแหล่งอาหารในชุมชน โดยการสำรวจพื้นที่ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับแหล่งอาหารในชุมชน ตลอดจนการขอเข้ากลุ่มสนทนาในพื้นที่พบว่า บ้านหนองไผ่เป็นชุมชนที่มีพื้นที่เป็นดินทราย เป็นพื้นที่ทุรกันดาร ค่อนข้างแห้งแล้ง มีหนองน้ำของหมู่บ้านสำหรับการอุปโภคบริโภคเรือ่น อาหารที่พบได้ทั่วไปในหมู่บ้านแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) แหล่งอาหารที่ตั้งใจให้มี เช่น การเพาะเลี้ยงไก่ เป็ด วัว และปลาเอง หรือการปลูกพืชผักสวนครัวจำพวก ข่า ตะไคร้ พริก ถั่วฝักยาว แตงกวา เป็นต้น 2) แหล่งอาหารทางธรรมชาติ เช่น มีลำคลองอยู่ห่างจากหมู่บ้านประมาณ 3 กิโลเมตร ที่สามารถหาปลามารับประทานได้ในฤดูน้ำหลาก หรือพืชผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ จำพวก ตำลึง มะระขึ้นก ผักหวาน ผักเสี้ยน ผักโขมบ้าน เป็นต้น และข้อ

สรุปแหล่งอาหารที่หาได้ในพื้นที่และมีผลดีต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ 1) สัตว์จำพวกปลา โดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นสัตว์ที่มีเนื้ออ่อน ย่อยง่าย สบายท้อง สามารถหาเอง หรือซื้อมาประกอบอาหารได้ง่าย และ 2) พืชผักที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือปลูกเองโดยไม่ใช้สารเคมี เพราะมีความปนเปื้อนของสารเคมีน้อย กว่าผักที่ซื้อตามท้องตลาด และมีคุณค่าทางโภชนาการอีกด้วย

4. ผลจากการจัดเวทีชาวบ้าน เพื่อนำเสนอผลการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินในชุมชน และผลการศึกษาแหล่งอาหารในชุมชนที่มีผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยมี 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. 2) กลุ่มตัวอย่าง และ 3) สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อนำเสนอผลการสำรวจเสร็จสิ้น ได้เปิดโอกาสมีการอภิปรายกลุ่ม และเกิดข้อโต้แย้งในเวทีชาวบ้านโดยแบ่งออกเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายแรกมีความคิดเห็นสอดคล้องว่า โรคอ้วน หรือภาวะโภชนาการเกินในผู้มีภาวะน้ำหนักเกินของชุมชนสามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำชุมชน และสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง และฝ่ายที่สอง มีความคิดเห็นว่า โรคอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกินของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินในชุมชนเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเท่านั้น จะต้องมีการปัจจัยอื่นๆ มาส่งเสริมให้สามารถลดน้ำหนักได้ด้วย จากผลการอภิปรายในเวทีชาวบ้าน ผู้วิจัยจึงได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่จะมาทำการศึกษากการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้แหล่งอาหารในชุมชน โดยผู้วิจัยต้องควบคุม กำกับ ดูแลให้ ความรู้ และติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยน เป็นระยะ คัดเลือกเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสมัครใจ แต่จำกัดจำนวนไม่ให้เกิน ร้อยละ 50 ของกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่จะให้ดำเนินชีวิตตามปกติ ไม่มีการแทรกแซง กิจกรรมการใช้ชีวิตใดๆ โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในครั้งนี้ คือ 3 เดือน และในกลุ่มที่ 1 ได้มีการกำหนดกติการ่วมกัน คือ 1) ให้ผู้ที่เข้ากลุ่มนี้ต้องรับประทานผักร่วมกับอาหารอื่นๆ ในแต่ละมื้อ อย่างน้อย 1 จาน/มื้อ โดยเมื่อเริ่มทำการ ศึกษา ผู้เข้ากลุ่มนี้ต้องจัดหาพืชผักจากในหมู่บ้าน โดยวิธีการเก็บเอง หรือซื้อหาจากเพื่อนบ้าน โดย

ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนในการอำนวยความสะดวก และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตรวจสอบ 1 คน 2) ให้มีการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ โดยผู้นำชุมชนจะสนับสนุนเมล็ดผัก ได้แก่ ผักบุ้ง แ망ลัก โหระพา พริก ให้เพื่อใช้ปลูกรับประทานในครัวเรือนตลอดระยะเวลาทดลอง 3) กลุ่มทดลองต้องออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที เป็นอย่างน้อย โดยให้บันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองทุกครั้ง 4) กลุ่มทดลองต้องได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน ภาวะเสี่ยงๆ และความรู้ด้านโภชนาการจากผู้วิจัย และได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ (การชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว แล้วคำนวณ BMI) ทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ตารางที่ 1 การดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง (N=112)

ค่าดัชนีมวลกาย	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม (ก่อนทดลอง)		
< 18.50 (ภาวะผอม)	0	0.00
18.51 - 24.99 (น้ำหนักปกติ)	0	0.00
25.00 - 29.99 (น้ำหนักเกินมาตรฐาน)	52	92.86
ตั้งแต่ 30.00 (อ้วนระดับ 1)	4	7.14
กลุ่มทดลอง (ก่อนทดลอง)		
< 18.50 (ภาวะผอม)	0	0.00
18.51 - 24.99 (น้ำหนักปกติ)	0	0.00
25.00 - 29.99 (น้ำหนักเกินมาตรฐาน)	48	85.71
ตั้งแต่ 30.00 (อ้วนระดับ 1)	8	14.29

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคอ้วนและความรู้ทางโภชนาการของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินหลังการใช้แบบแผนการบริโภคอาหาร

ความรู้	\bar{X}	SD	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคอ้วน				
กลุ่มทดลอง	2.93	1.11	24.322	0.001*
กลุ่มควบคุม	2.45	0.95		
ความรู้ทางโภชนาการ				
กลุ่มทดลอง	13.77	3.14	24.322	0.001*
กลุ่มควบคุม	2.93	1.11		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยและคณะ ได้ลงพื้นที่ไปเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง และจัดการสนทนากลุ่มย่อยให้กลุ่มทดลองทั้ง 56 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้มีความรู้เรื่องโภชนาการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต และสร้างเสริมพลังอำนาจด้วยการชมเชยกลุ่มทดลองผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดี เมื่อสัปดาห์สุดท้ายของเดือนจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI ให้กลุ่มทดลอง สรุประยะเวลา 3 เดือน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน 14 ครั้ง และได้ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และคำนวณค่า BMI จำนวน 3 ครั้ง

กติการ่วมกันสำหรับกลุ่มทดลองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อที่สามารถปฏิบัติได้

1) กลุ่มทดลองต้องรับประทานผักร่วมกับอาหารอื่นๆในแต่ละมื้อ อย่างน้อย 1 จาน/มื้อ โดยเมื่อเริ่มทำการศึกษา ผู้เข้ากลุ่มนี้ต้องจัดหาพืชผักจากในหมู่บ้าน โดยวิธีการเก็บเอง หรือซื้อหาจากเพื่อนบ้าน โดยได้รับความร่วมมือจาก

ประชาชนในชุมชนในการอำนวยความสะดวกและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ตรวจสอบ 1 คน

2) ให้มีการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้โดยผู้นำชุมชนจะสนับสนุนเมล็ดผัก ได้แก่ ผักบุ้ง ผักกาด โหระพา พริก ให้เพื่อใช้ปลูกรับประทานในครัวเรือนตลอดระยะเวลาทดลอง

3) กลุ่มทดลองต้องได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน ภาวะเสี่ยงๆ และความรู้ด้านโภชนาการจากผู้วิจัย และได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ (การชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว แล้วคำนวณ BMI) ทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

ข้อที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

กลุ่มทดลองต้องออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40 นาที เป็นอย่างน้อย โดยให้บันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองทุกครั้ง
ระยะที่ 2 การศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ภาวะโภชนาการของกลุ่มทดลองจากการศึกษาข้อมูลก่อนการศึกษาก่อนการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 1 มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 48 คน รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 1 จำนวน 8 คน และหลังการศึกษาครบ 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 1 มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 40 คน ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 1 จำนวน 8 คน ร้อยละ 14.29 และน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 8 คน ร้อยละ 14.29 ซึ่งผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ลดลงจาก 48 คน เหลือ 40 คน โดยจากการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการบริโภคอาหารที่มีในชุมชนครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ ส่วนใหญ่รับประทาน ตาลึง ผักบุ้งนา ในการรับประทานอาหารทุกมื้อ งดการรับประทานเนื้อหมู และเนื้อวัว สามารถเพาะปลูกพืชผักไว้รับประทานเองได้ มีผู้ควบคุมกำกับการรับประทานอาหาร คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส แต่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ครบตามข้อตกลงก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในบางครั้งและจากผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการด้วยแบบสอบถามในกลุ่มที่ 1 พบว่าการทดสอบก่อนการศึกษาก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้ ร้อยละ 66.07 มีความรู้เกี่ยวกับหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เพราะจะทำให้เกิดโรคพยาธิได้ร้อยละ 66.07 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับการมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.50 และมีความรู้เกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักตัวควรชั่งอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 46.43 หลังการศึกษา

พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มนี้ มีความรู้เกี่ยวกับการมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100.00 การรับประทานพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไปเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ครบถ้วน ทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ร้อยละ 100.00 วิตามินซีในผักและผลไม้ ช่วยป้องกันไขมันอุดตันในเส้นเลือด ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับเลือกรับประทานเนื้อปลาเนื้อไก่ เนื้อหมูไม่ติดมัน เพราะมีไขมันต่ำ ร้อยละ 94.64 มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภท ต้ม ตุ่น นึ่ง จะช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ ร้อยละ 94.64 เช่นกัน

2. ภาวะโภชนาการของกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยมีได้แทรกแซงการใช้ชีวิตประจำวัน จากการศึกษาภาวะโภชนาการก่อนเริ่มศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้วยอาหารที่มีในชุมชน พบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 2 มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 52 คน รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 1 จำนวน 4 คน ตามลำดับ และเมื่อศึกษาครบ 3 เดือน พบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 2 มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจำนวน 52 คน รองลงมาคือ มีภาวะอ้วนระดับ 1 จำนวน 4 คน ตามลำดับ ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโภชนาการ และจากผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการด้วยแบบสอบถามในกลุ่มที่ 2 พบว่า ก่อนการศึกษาก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับการมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.00 รองลงมา

คือ มีความรู้เกี่ยวกับหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารสุกๆ ดิบๆ เพราะจะทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ ร้อยละ 66.07 และมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ขนุนสุก และทุเรียน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 64.29 หลังการศึกษา ครบ 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับการชั่งน้ำหนักตัวควรชั่งอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 64.29 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับการมีภาวะน้ำหนักเกินหรือ อ้วนจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อย ละ 62.50 และ มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ขนุนสุก และ ทุเรียน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 53.57 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1) ผลการศึกษาแบบแผนการบริโภค อาหารขณะศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค พบว่า พฤติกรรมด้านบวกที่ปฏิบัติ บ่อยที่สุดคือรับประทานอาหารที่มีผักเป็นส่วน ประกอบหลัก เช่น ผักต้ม น้ำพริก ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของเบญจา มุกตพันธ์⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษา ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค อาหารของบุคคลวัยแรงงานในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : กรณีศึกษา บ้านโป่งแห้ง ตำบล วังหินลาด อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 94.30 ของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้บริโภคผัก ทุกวัน ส่วนพฤติกรรมด้านลบที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด คือ บริโภคข้าวเหนียวเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของเบญจา มุกตพันธ์⁽⁶⁾ เช่นกัน ซึ่งพบ ว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 98.8 บริโภคข้าวเหนียว เป็นอาหารหลักทุกวัน วันละ 3 เวลา นอกจากนี้

ผู้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังมี พฤติกรรมที่ปฏิบัติบางครั้ง ได้แก่ การรับ ประทานอาหารประเภทผัด/แกงที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด แกงมัสมั่น ร้อยละ 92.90 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการเฝ้า ระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคความดัน โลหิตสูง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550) พบว่า ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป รับประทานอาหารและขนมที่มีส่วนประกอบ ของกะทิร้อยละ 91.80 กระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ เกิดจากบริโภค ทั้งโรคเบาหวาน และโรคระบบ หลอดเลือดต่างๆ นั้น สามารถพัฒนาได้ด้วย การเพิ่มปริมาณผักในมื้ออาหารให้มากขึ้น และ รับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยสามารถ ปลูก หรือสรรหาจากพืชผักที่มีในท้องถิ่นได้ และ ลดปริมาณอาหารที่มีไขมันสูงต่างๆ ก็จะสามารถ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวได้และยัง สามารถควบคุมน้ำหนักให้ลดลงได้ โดยกรณี ศึกษาสามารถลดน้ำหนักได้ถึง ร้อยละ 14.29 จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2) ผลการศึกษาคำความรู้ พบว่า ก่อนการศึกษา ผู้มีภาวะโภชนาการเกิน มีความรู้เกี่ยวกับการ เลือกรับประทานเนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมูไม่ติด ไขมัน เพราะมีไขมันต่ำ และผู้มีภาวะโภชนาการเกิน มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารประเภท ต้ม ตุ่น นึ่ง จะช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ สอดคล้องกับการ ศึกษาของ จีรภัทร พลอยขาว⁽²⁾ ที่ศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ นักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินโรงเรียน สตรีภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าบุคคลที่มีรูปร่างอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรค

เบาหวาน ร้อยละ 97.30 การรับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดได้ ร้อยละ 88.50 ควรเลือกรับประทานอาหารที่ประกอบโดยการต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ย่าง มากกว่าการทอดหรืออาหารที่มีน้ำมันมาก ร้อยละ 86.70 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับความรู้เป็นประจำสม่ำเสมอ จะมีผลการทดสอบความรู้ในทางที่ดีขึ้น และมีข้อที่ได้คะแนนสูงสุดเป็นข้อเดิม เสมือนเป็นการต่อยอดกับความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้เป็นประจำ จะมีผลความรู้ในระดับใกล้เคียงกันทั้งก่อนและหลังการศึกษา และมีคะแนนสูงสุดเป็นคนละข้อกับครั้งเดิม แสดงถึงการได้รับความรู้ที่ไม่คงที่ ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเป็นการสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ถึงแม้ในบางหัวข้อกลุ่มตัวอย่างจะทราบดีอยู่แล้ว แต่การให้ความรู้ซ้ำๆ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักในการปฏิบัติตัวมากยิ่งขึ้นไป จึงจำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างจริงจังได้รับทราบความรู้ และข้อมูลต่างๆ เป็นประจำ จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลดีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากการศึกษาพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนการบริโภคอาหารของประชาชน พบว่า พฤติกรรมด้านบวกที่ประชาชนไม่เคยปฏิบัติเลย คือ การไม่เคยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ปลาหมึก หอยนางรม ไข่ เครื่องในทุกชนิด ร้อยละ 21.40 รองลงมาคือ การไม่จำกัดปริมาณผลไม้ที่มีรสหวาน

จัด เช่น เงาะ องุ่น ทุเรียน ลำไย ลองกอง ร้อยละ 18.80 และไม่เคยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรือติดหนัง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมกไก่ ร้อยละ 12.50 ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จึงควรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องดังนี้คือ

1. ควรแนะนำให้รู้ว่าการไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคหัวใจได้ แม้จะรับประทานในปริมาณไม่มากก็มีโอกาสเสี่ยงได้เช่นกัน

2. ควรแนะนำให้รู้ว่าการไม่จำกัด การรับประทาน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และมีโอกาสป่วยด้วยโรคเบาหวานได้ แม้นานๆ ครั้งจะรับประทาน ผลไม้รสหวานก็ตาม

3. ควรแนะนำให้รู้ว่าการไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรือติดหนัง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมกไก่ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคหัวใจได้ หากขาดการควบคุม และไม่ออกกำลังกาย

2) ข้อเสนอแนะและการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงแบบแผนการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกินที่ครอบคลุมปัจจัยหลายด้าน

2. ควรมีการศึกษาถึงอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน

3. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กมลรัตน์ ประดิษฐ์สุวรรณ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีที่มีภาวะโภชนาการเกิน. ปรียญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
2. จีรภัทร พลอยขาว. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนสตรีภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. ปรียญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2553.
3. ทิพย์พิกา ธรฤทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการบริโภคอาหารของวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. ปรียญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.
4. ธวัชชัย แก้วอ้วน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกินของชาวไทยภูเขาเผ่าม้งอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. ปรียญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
5. นริศรา พันธุ์พานิช. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนอนุชนวัฒนา จังหวัดนครสวรรค์. ปรียญานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์; 2552.
6. เบญจามุกตพันธ์. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลวัยแรงงานในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : กรณีศึกษาบ้านโป่งแห้ง ตำบลวังหินลาด อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
7. ประเวศ เพียรสมภาร. การประมาณค่าสัดส่วน. เอกสารประกอบการศึกษา สถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
8. วิรดา อรรถเมธากุล และคณะ. ภาวะโภชนาการ การได้รับพลังงาน และสารอาหารประจำวันของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี; 2554.

บทความทั่วไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตำบลดอนตู อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2556 “จุดบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน One stop service in community”

เรียบเรียงโดย ประภาพรรณ โคมหอม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถานีอนามัยตำบลดอนตูอำเภอหนองสองห้อง

ความเป็นมาของนวัตกรรม

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ (First Line Health Care Services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยมีเป้าหมายและแนวคิดหลัก 1A4C ได้แก่ Accessibility (การเข้าถึงบริการ), Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง), Comprehensiveness (การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ), Coordination (การประสานงาน), Community participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ได้รับการยอมรับในการนำมาใช้พัฒนาบริการปฐมภูมิของ ประเทศไทย กล่าวได้ว่าเป็น “เป้าหมายเชิงหลักการ (Guiding Principle)” ที่ทำให้การดำเนินการพัฒนาการบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีทิศทาง โดยมีคำขวัญ (Slogan) ว่า “ดูแลแต่แรก ทุกเรื่องต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน บริการเข้าถึงสะดวก บวกระบบปรึกษาและส่งต่อ”⁽¹⁾⁽²⁾ แต่ทว่า “...ไม่มีระบบการแพทย์ใดในโลกที่สมบูรณ์แบบและสามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้ และญาติได้ทุกคน แต่ระบบการแพทย์ที่ใกล้เคียงภาพฝันที่สุดก็คือ เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพสำหรับคนหมู่มาก ในราคาที่ไม่แพงเกินไป...”

ดังนั้นจากข้อมูลการให้บริการทางด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู ตำบลดอนตู อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ได้มีการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในเขตตำบลดอนตูและพื้นที่ใกล้เคียงมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยโรคเบาหวานมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 28 และพบโรคความดันโลหิตสูงรองลงมาคือร้อยละ 14 และจากการออกเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยที่พิการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นจำนวนร้อยละ 1.44 ข้อมูลอ้างอิงจากการ คัดกรองโรคและเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู จากจำนวนประชากร 8,659 ราย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู เป็นประจำทุกเดือน จากการได้สอบถามผู้ป่วยรายบุคคล พบว่าผู้ป่วยบางรายมี

ความยากลำบากในการเดินทาง จนทำให้บางครั้งไม่สามารถมารับบริการได้ ทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง (Homebound/Bedbound) ด้านครอบครัวและผู้ดูแล (Family & Caregiver) และด้านเศรษฐกิจ (Financial Problem) ซึ่งทำให้ขาดการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นจำนวนมาก (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากตำบลตอนดู่ ไปโรงพยาบาล หนองสองห้อง ประมาณ 300 บาทต่อครั้ง) ด้วยเหตุผลต่างๆ เหล่านี้เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่ เป็นแหล่งบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน และให้บริการตามเป้าหมายและแนวคิดหลัก 1A4C จึงได้คิดโครงการ จุดบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน **One stop service in community** ขึ้นมา ซึ่งจะมีการออกหน่วยเคลื่อนที่การให้บริการแก่ประชาชน ทุกหมู่บ้านในเขตตำบลตอนดู่ โดยให้มีกิจกรรมการตรวจรักษาพยาบาลทั่วไปทั้งคนไข้นัดและคนไข้ทั่วไป มีการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการให้สุขศึกษาและรณรงค์ป้องกันโรค มีการวางระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีการออกเยี่ยมบ้าน ณ ศูนย์บริการหมอชุมชนในพื้นที่ตำบลตอนดู่โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้จากบริบทของชุมชนในเครือข่าย อสม. (CBL) โดยเน้นการให้มีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี เป็นต้น โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่ ซึ่งคาดว่าจะสามารถบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน ทำให้คนไข้ได้รับการเข้าถึงบริการหลักประกันสุขภาพมากขึ้นและช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้ที่ใกล้บ้านและนอกจากนั้น อสม. ได้เรียนรู้การดูแลประชาชนทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มป่วยได้อย่างถูกต้อง มีศักยภาพในการดูแลชุมชนของตนเอง **นำไปสู่ชุมชนสุขภาพดี วิถีไทย**

แรงบันดาลใจ

สภาพภูมิประเทศ ของพื้นที่ตำบลตอนดู่ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น เป็นเขตพื้นที่รอยต่อของพื้นที่จังหวัดขอนแก่น สาระคาม บุรีรัมย์ จึงนับได้ว่าเป็นตำบลที่อยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัดขอนแก่นมาก เส้นทางคมนาคมเป็นถนนลาดยางและถนนลูกรัง ระยะทางแต่ละหมู่บ้านห่างไกลกัน สมัยก่อนเมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้ว ดินแดนแถบนี้มีความแห้งแล้งมากเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เป็นดินทราย การเกษตรมักจะได้ผลผลิตน้อยหรือแทบจะไม่ได้ผลผลิตเลย ประชากรบางส่วนต้องอพยพไปทำมาหากินในต่างถิ่น ทั้งภาระการเลี้ยงดูบุตรหลานให้ผู้สูงอายุ และที่สำคัญที่สุดประชาชนก็ไม่พ้นจากความยากจน

เมื่อเข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)ภาวะความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของโลกมีผลกระทบต่อความเปลี่ยนแปลงของประชาชนในเขตชนบทและวิถีชีวิตแบบคนไทย โดยเฉพาะแบบแผนการเจ็บป่วยของคนไทยได้มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศถูกทำลายก่อเกิดมลภาวะที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมากมายสังคมเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภครู้ไม่เท่าทัน ในเขต

ชนบทมีการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภาคสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดปัญหาสังคมชนบท โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเด็กถูกทอดทิ้ง

อย่างไรก็ดีการทำงานด้านสาธารณสุขในเขตพื้นที่ชนบท เจ้าหน้าที่สถานีนามัยตำบลดอนตู และคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ตำบลดอนตู ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งแม้แต่ปัญหาที่ประชาชนต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการด้านสาธารณสุข เป็นปัญหาที่บางหน่วยงานอาจจะคิดว่าไม่น่าจะเป็นภาระ แต่แท้ที่จริงแล้วในเขตพื้นที่ที่มีความยากจนการดูแลประชาชนเราต้องดูแลแบบองค์รวมที่แท้จริงนั่นคือ เราต้องดูแลประชาชนทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เพราะการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขของพื้นที่ตำบลดอนตู มีการดูแลคนที่ต้องเชื่อมโยงทุกด้าน เราจะไม่แยกส่วนเพราะเราเข้าใจว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนของทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มศักยภาพและคุณภาพระบบการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู ตามเป้าหมายหลักของการบริการปฐมภูมิ คือ
 - Accessibility (การเข้าถึงบริการ)
 - Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง)
 - Comprehensiveness (การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ)
 - Coordination (การประสานงาน)
 - Community participation (ชุมชนมีส่วนร่วม)
2. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยเน้นกระบวนการ CBL

วิธีดำเนินงาน

การเตรียมการ

1. ประชุมวางแผนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตู (CUP หนองสองห้อง)
2. เขียนโครงการเสนอ

การดำเนินงาน

1. จัดประชามรร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดทำ โครงการ เพื่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน และประชาสัมพันธ์โครงการ

2. เตรียมจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่ โดยเริ่มจัดทำการนัดติดตาม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นรายหมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ดังนั้นจะมีนัดรายหมู่บ้านทั้งหมด 4 วัน ต่อเดือน
3. จัดหาสถานที่ที่จะลงไปตั้งหน่วยเคลื่อนที่โดยการเลือกสถานที่ที่เป็นจุด ยุทธศาสตร์ของหมู่บ้าน ชาวบ้านสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก
4. ทำการเตรียมความพร้อมเรื่องระบบภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่ การจัดสรรกำลังคน การเตรียมแพ้มครอบครัวเพื่อการออกหน่วย การเก็บบันทึกข้อมูล (JHCIS) เป็นต้น
5. จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ในการออกหน่วย
6. ออกหน่วยเคลื่อนที่เป็นโซล โดยแต่ละโซลมีจำนวน 3 หมู่บ้าน เริ่มจากหมู่ที่ 1 จนถึงหมู่ที่ 12 โดยจะออกทุกวันพฤหัสบดีของทุกๆสัปดาห์ โดยช่วงเช้าจะเป็นการตรวจผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนัดและผู้ป่วยทั่วไป ส่วนช่วงบ่ายจะมีการแบ่งอัตรากำลังเพื่อปฏิบัติงานให้บริการประชาชนทั่วไปในศูนย์บริการหมอชุมชนและจัดทีมในการออกเยี่ยมบ้าน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนดู่มีการพัฒนาศักยภาพและมีคุณภาพ ตามเป้าหมายหลักของการบริการปฐมภูมิ คือ
 - Accessibility (การเข้าถึงบริการ)
 - Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง)
 - Comprehensiveness (การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ)
 - Coordination (การประสานงาน)
 - Community participation (ชุมชนมีส่วนร่วม)
2. การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลได้รับในพื้นที่ตำบลตอนดู่มีการพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน โดยเน้นกระบวนการ CBL

การขยายผลโครงการ

1. มีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินผลโครงการ
3. มีการสรุปผลการดำเนินงาน
4. สสำรวจความพึงพอใจของประชาชน

ข้อเสนอแนะ/การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายในชุมชน
2. ในการสร้างศรัทธากับชุมชนเจ้าหน้าที่ต้องแรงจูงใจในการดำเนินงาน
3. ชุมชนทุกชุมชนมีฝ่ายค้านดังนั้นต้องสร้างผลงานให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
4. การดำเนินงานที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งต้องใช้เวลา ความจริงใจ และความอดทนจาก

ทุกฝ่าย

จุดเด่น

1. มีนวัตกรรมใหม่ คือ จุดบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน One stop service in community โดยมีการดำเนินงานที่มาจากชุมชน คือ การดูแลชุมชนแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ และเป็นการดูแลแบบองค์รวม
2. มีศูนย์บริการหมอชุมชนแยกเป็นสัดส่วนและเป็นสถานที่ในการดูแลประชาชน
3. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลตอนดู่ทั้งหมดในปัจจุบัน 12 หมู่บ้าน
4. ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการให้สุศึกษา แก่สมาชิกและชุมชนแบบองค์รวม

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนตู อำเภอหนองสูงห้อง จังหวัดขอนแก่น



ผลงานเด่น/นวัตกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดอนตู
“จุดบริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน One stop service in community”



สรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ 2554

นายพิพัฒน์ พุศรีนวล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

บทสรุป

คณะทำงานการจัดการความรู้ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้สนับสนุนและขับเคลื่อนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ที่หลากหลาย โดยมุ่งส่งเสริมให้บุคลากรของศูนย์ฯ ทุกระดับได้เกิดการเรียนรู้ต่างๆ ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาวิชาการ และเพื่อให้ศูนย์ฯ ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 คณะทำงานการจัดการความรู้ มีผลการดำเนินงานหลัก ดังนี้

- 1) ประชุมคณะทำงานฯ รวม 8 ครั้ง
- 2) สนับสนุนให้ทุกกลุ่มประเมินตนเอง ตามเกณฑ์การจัดการความรู้ของกรมอนามัย
- 3) ประสานงานทุกกลุ่มของศูนย์ฯ จัดทำแผนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน (Knowledge Management Process) และ กระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง 6 องค์ประกอบ (Change Management Process) จำนวน 5 องค์ความรู้
- 4) ส่งเสริมและร่วมเผยแพร่องค์ความรู้ของศูนย์ฯ ผ่านชุมชนทรัพยากรความรู้ จำนวน 95 เรื่อง
- 5) ผลักดันและสนับสนุนการจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ของกลุ่ม/งาน จำนวน 21 CoP
- 6) จัดประกวดการเขียนเล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงานที่ดี การดำเนินชีวิต มีผู้ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด 23 เรื่อง
- 7) จัดกิจกรรมตลาดนัดความรู้ เรื่อง “คุณค่าของผลงานกับความงามของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้” มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมจำนวน 447 คน
- 8) จัดศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดการความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับหน่วยงานอื่น
- 9) ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมของคณะทำงาน “การจัดการความรู้” ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2554

ปัจจัยความสำเร็จของการจัดการความรู้ กล่าวโดยสาระสำคัญคือผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน คณะทำงานฯ มีความเข้มแข็งและมีการทำงานเป็นทีม ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง มีการเผยแพร่ข่าวสารของคณะทำงานฯ มีความต่อเนื่อง บุคลากรทุกระดับได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ ศูนย์อนามัยที่ 6 ควรได้รับการเยี่ยมชมจากผู้รับผิดชอบการจัดการความรู้จากกรมอนามัย เพื่อเป็นพี่เลี้ยงและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการความรู้ จะทำให้ศูนย์ฯ มีความมั่นใจและมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้นต่อไป

บทนำ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้นำกระบวนการการจัดการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน ตามนโยบายกรมอนามัย ได้รับการสนับสนุนและผลักดันจาก CKO คือ นายแพทย์ณรงค์ วินยกุล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ดำเนินการขับเคลื่อนการนำการจัดการความรู้มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน โดยคณะกรรมการจัดการความรู้ ศูนย์อนามัยที่ 6 ตามคำสั่งศูนย์อนามัยที่ 6 ที่ 137/2553 เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้ (KM) ศูนย์อนามัยที่ 6 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2553 และได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน เป็นอย่างดี

การจัดการความรู้ในปีงบประมาณ 2554 เกิดองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมหลายเรื่อง อาทิ การสร้างและใช้แผนทางเดินยุทธศาสตร์ แนวทางการให้คำปรึกษา เรื่อง น้ำตาลในเลือดสูง การทบทวนรายงานโรงพยาบาลสายใยรัก ฯลฯ รวมทั้งชุมชนทรัพยากรความรู้ และเรื่องเล่าต่างๆ องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นศูนย์ฯ ได้นำเผยแพร่ทางเว็บไซต์ k-center ของศูนย์อนามัยที่ 6 เพื่อให้ผู้สนใจมีโอกาสเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย

การจัดทำเอกสาร สรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2554 ได้นำเสนอการดำเนินงานขั้นตอนกิจกรรม กระบวนการจัดการความรู้รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ แก่หน่วยงานอื่นและผู้สนใจ เอกสารเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง พัฒนาการปฏิบัติงาน ให้บรรลุผล แก่บุคลากรกรมอนามัยและผู้สนใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการจัดการความรู้จำแนกองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการผลักดันความสำเร็จของประเด็นยุทธศาสตร์ กรมอนามัย
2. เพื่อประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ 4 องค์ประกอบของกรมอนามัย
3. เพื่อสนับสนุน ผลักดัน กำกับ และติดตามประเมินผล ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนการจัดการความรู้
4. เพื่อจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนการจัดการความรู้ เสนอต่อผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 และเผยแพร่ไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

คณะกรรมการจัดการความรู้ ได้มีวิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชุมคณะกรรมการฯ รวม 8 ครั้ง
2. สนับสนุนให้ทุกกลุ่มประเมินตนเอง ตามเกณฑ์การจัดการความรู้ของกรมอนามัย

3. ประสานงานทุกกลุ่มของศูนย์ฯ จัดทำแผนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน (Knowledge Management Process) และกระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลง 6 องค์ประกอบ (Change Management Process) จำนวน 5 องค์ความรู้
4. ส่งเสริมและร่วมเผยแพร่องค์ความรู้ของศูนย์ฯ ผ่านชุมชนทรัพยากรความรู้
5. ผลักดันและสนับสนุนการจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ของกลุ่ม/งาน
6. จัดประกวดการเขียนเล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงานที่ดี การดำเนินชีวิต
7. จัดกิจกรรมตลาดนัดความรู้ เรื่อง “คุณค่าของผลงานกับความงามของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้”
8. จัดศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดการความรู้ ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับหน่วยงานอื่น
9. ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมของคณะทำงาน “การจัดการความรู้” ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2554

ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

1. เผยแพร่องค์ความรู้ของศูนย์ฯ ผ่านชุมชนทรัพยากรความรู้ จำนวน 95 เรื่อง
2. เกิดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) ของกลุ่ม/งาน จำนวน 21 CoP ดังนี้
 - 2.1. การสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ (ครั้งที่ 1)
 - 2.2. การสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ (ครั้งที่ 2)
 - 2.3. การสร้างแผนที่ยุทธศาสตร์ (ครั้งที่ 3)
 - 2.4. การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (ครั้งที่ 1)
 - 2.5. การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (ครั้งที่ 2)
 - 2.6. แนวทางการให้คำปรึกษาเรื่อง น้ำตาลในเลือดสูง
 - 2.7. การจัดทำ KM แบบสภากาแฟ
 - 2.8. การบันทึกในเวชระเบียน
 - 2.9. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
 - 2.10. ทบทวนระบบการทำรายงานโรงพยาบาลสายใยรักฯ
 - 2.11. การจัดท่าเด็กและตำแหน่งฉีดวัคซีน
 - 2.12. การลดข้อผิดพลาดการฉีดยา
 - 2.13. การนวดและประคบเต้านมด้วยถุงถั่วร้อน
 - 2.14. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ (ครั้งที่ 1)
 - 2.15. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ (ครั้งที่ 2)
 - 2.16. ปัจจัยความสำเร็จในการใส่ห่วงอนามัยได้ปลอดภัยและไม่มีห่วงหลุด
 - 2.17. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

- 2.18. การพิจารณาแบบติดตามประเมินการควบคุมภายใน
- 2.19. ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการเจาะน้ำคร่ำ
- 2.20. นวัตกรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อน
- 2.21. ปุ๋ยอินทรีย์น้ำหมักชีวภาพ
3. ผลการจัดประกวดการเขียนเล่าเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงานที่ดี การดำเนินชีวิต มีผู้ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด 23 เรื่อง
4. จัดกิจกรรมตลาดนัดความรู้ เรื่อง “คุณค่าของผลงานกับความงามของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้” มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมจำนวน 447 คน
5. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมของคณะทำงาน “การจัดการความรู้” ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2554 มีดังนี้
 - 5.1 การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานการจัดการความรู้ในระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 90.8
 - 5.2 การจัดกิจกรรมตลาดนัดความรู้ ในระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 84.1
 - 5.3 การสนับสนุนให้บุคลากรในกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการจัดการความรู้ ในระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 84.6
 - 5.4 ความต่อเนื่องของการดำเนินงานการจัดการความรู้ของคณะทำงานฯในระดับดี - ดีมาก ร้อยละ 99.5
 - 5.5 ความพึงพอใจต่อการทำงานของคณะทำงานการจัดการความรู้โดยภาพรวมในระดับดี- ดีมาก ร้อยละ 99.5

การนำไปใช้ประโยชน์

ความรู้ที่ได้จากการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ของหน่วยงานต่างๆภายในศูนย์อนามัยที่ 6 นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาด้านวิชาการ เพื่อให้ศูนย์ฯ ก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ต่อไป

ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

บุคลากรศูนย์ฯบางคนยังไม่เข้าใจถึงกระบวนการ และขั้นตอนการจัดการความรู้ ทำให้เกิดความคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน มีขั้นตอนยุ่งยาก

ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ควรเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดการความรู้ แก่บุคลากรศูนย์ฯก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมในแต่ละหน่วยงาน นอกจากนี้ ศูนย์อนามัยที่ 6 ควรได้รับการเยี่ยมเยียนจากผู้รับผิดชอบการจัดการความรู้ของกรมอนามัย เพื่อเป็นพี่เลี้ยงและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการความรู้ อันจะทำให้ศูนย์ฯเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ต่อไปในอนาคต

บทคัดย่อจากการจัดสัมมนาวิชาการ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ปี 2556

ผลลัพธ์การจัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงในโรงพยาบาลกุมภวาปี

THE RESULT OF HIGH RISK PREGNANCY CLINIC IN KUMPAWAPI HOSPITAL

แพทย์หญิงพรดี จิตธรรมมา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
นางนภาพร กันธิยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

จากการให้บริการงานฝากครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการรวมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป จึงได้รับคำแนะนำและการดูแลไม่ครอบคลุม หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การนัดไม่เป็นระบบ ระบบการส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ทำให้การวางแผนการดูแลไม่เหมาะสมและไม่ทันเวลา จึงได้จัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงในเดือนธันวาคม 2553 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลและทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มารับบริการ รวมถึงพัฒนาทักษะการดูแลตนเองของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง วิธีดำเนินการประกอบด้วย การวิเคราะห์ระบบบริการ จัดทำคู่มือการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้อง การจัดทำสื่อและให้คำแนะนำเฉพาะรายอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบนัดและการติดตามหญิงตั้งครรภ์ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผลการดำเนินงานในปี 2554-2555 พบว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงทุกราย จำนวน 145 และ 153 รายตามลำดับ ผลการคลอดปลอดภัยทั้งแม่ และลูก อัตราการขาดนัดและการมาไม่ตรงนัดลดลงจากร้อยละ 2.54 เป็น 0.71 และ 6.12 เป็น 1.67 ตามลำดับ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือดำเนินงานมากกว่าร้อยละ 90 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกโซนได้รับการบริการ จำนวน 10 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 43 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากการมีโรคร่วม 4 ราย ได้ส่งต่อไปสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า งานฝากครรภ์และห้องคลอดได้นำข้อมูลมาใช้วางแผนการดูแลและเกิดนวัตกรรม คือสมุดฝากครรภ์ โดเรมอนและปฏิทินครรภ์เสี่ยง

สรุปผลได้ว่า การจัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลครอบคลุมมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีทักษะในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่ด้านแม่และเด็กได้รับการพัฒนาด้านความรู้และทักษะมีศักยภาพในการดูแลเพิ่มขึ้น มีการประสานงาน

ที่ดีในสถานบริการทุกระดับ การส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงส่งผลให้ห้องคลอดนำข้อมูลไปใช้วางแผนการคลอดเพื่อป้องกันอันตรายของมารดาและทารกได้

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชนผ่านระบบการดูแลต่อเนื่อง เน้นในกลุ่มเสี่ยงสูงเฉพาะโรคที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น กลุ่มที่เป็นเบาหวาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคเครือข่าย ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว เมื่อมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เจ็บครรภ์คลอด หรือมีอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นางนภาพร กันธิยะ และคณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเจาะเลือด เป็นบริการที่หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงและลดภาวะแทรกซ้อน จากการสรุปผลงานพบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.กุมภวาปีได้รับบริการด้านคำแนะนำไม่ครบถ้วน พึงพอใจน้อยในด้านระยะเวลารอคอย โดยมีสาเหตุหลัก คือ ขั้นตอนการบริการใช้เวลานาน และ อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอในวันให้บริการรายใหม่และวันที่นัดฟังผลเลือดจึงมีการพัฒนาระบบให้การปรึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบและศักยภาพให้การปรึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น

วิธีดำเนินการ ประกอบด้วยการประชุมทีมงาน จัดทำแนวทางและคู่มือให้การปรึกษา และปรับปรุงคู่มือให้เหมาะสม ฝึกทักษะให้การปรึกษาเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. สนับสนุนอุปกรณ์และเอกสารในการดำเนินงานให้ทุกแห่ง พัฒนาระบบการส่งผลตรวจเลือดไป รพ.สต. จัดเวทิต่างเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.มีความมั่นใจในการให้การปรึกษาในภาพรวม ร้อยละ 83 มั่นใจน้อยที่สุดในการแปลผลโรคธาลัสซีเมีย พึงพอใจในภาพรวมร้อยละ 75.6 หญิงตั้งครรภ์ ได้รับบริการให้การปรึกษาที่ รพ.สต. เฉลี่ยร้อยละ 70 ไม่ได้ฟังผลเลือด ร้อยละ 2.94 เนื่องจาก ระบบนัดไม่ชัดเจน ผลเลือดสูญหาย และล่าช้า หญิงตั้งครรภ์ที่ผลเลือดผิดปกติฟังผลที่โรงพยาบาลกุมภวาปี หญิงตั้งครรภ์พึงพอใจในระบบบริการให้การปรึกษาใน รพ.สต. ร้อยละ 88.9 และเห็นควรดำเนินการต่อเนื่องจาก เดินทางสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่รอนานด้าน การส่งผลตรวจเลือดหลังปรับวิธีการสามารถส่งได้ทันเวลาและไม่สูญหาย เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลกุมภวาปีให้บริการได้ทันเวลาและให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ได้ครบถ้วนมากขึ้น

สรุปผล พบว่า การพัฒนาระบบให้การปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับบริการที่ใกล้บ้าน สะดวกในการเดินทาง ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย มีความพึงพอใจและเข้าใจดีเกี่ยวกับการแจ้งผลเลือดเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ได้รับ

การพัฒนาสมรรถนะด้านการปรึกษาและการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ลดขั้นตอนและปริมาณงานของโรงพยาบาลกุมภวาปี อัตรากำลังจึงเพียงพอในการบริการและเกิดระบบการทำงานเป็นทีมที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านแม่และเด็ก ในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ให้ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในรพ.สต.เพิ่มด้านการปรึกษาเฉพาะโรคที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์ โรคธาลัสซีเมีย และเพิ่มเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา ควรพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามีที่ระหว่างงานฝากครรภ์และ รพ.สต. ให้ต่อเนื่องและพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพการให้การปรึกษาใน รพ.สต. ให้ชัดเจนมากขึ้น

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้อง ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกัน อาการปวดหลังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พื้นที่ตำบลเขื่อน

ยศศักดิ์ หาญชาญเลิศ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเป็น 5 อันดับแรกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตำบลเขื่อน อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับอาการปวดหลังและสมรรถภาพในการทำงานก่อนและหลังการให้โปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลัง และผลของการให้บริการกายภาพบำบัดเชิงรุกที่ปฐมภูมิ ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ตำบลเขื่อนจำนวน 36 คน โดยมีอายุไม่เกิน 60 ปี มีอาการปวดหลังในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีอาการขาอ่อนแรง และไม่มีประวัติในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง วิธีการศึกษาคือให้โปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังแก่ผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสอนแบบสาธิต พร้อมกับฝึกปฏิบัติเป็นรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง กลุ่มละ 3 ครั้ง ประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเจ็บปวดโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและแบบสอบถามคุณภาพโรแลนด์-มอริสสำหรับประเมินอาการปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมความรู้ ผู้ป่วยร้อยละ 83.33 มีคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลง และมีผู้ป่วย ร้อยละ 77.27 มีค่าคะแนนจากแบบสอบถามคุณภาพโรแลนด์-มอริสเพิ่มขึ้น จากนั้นมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อเป็นเวลา 2 ปี พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้ปวดหลังซ้ำจนต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยคิดเป็นร้อยละ 13.88 การศึกษานี้สรุปได้ว่าการให้โปรแกรมความรู้เรื่องท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันอาการปวดหลังสามารถลดอาการปวดหลังช่วยให้สมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น และการให้บริการกายภาพบำบัดเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขื่อนทำให้ผู้ป่วยเกิดองค์ความรู้ลดการเป็นซ้ำ ไม่มีการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยอาการปวดหลัง และจำนวนผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังยื่นและโรคกระดูกสันหลังเสื่อมในตำบลเขื่อนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยลดลงเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากการถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้จากกลุ่มผู้ป่วย และ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมไปสู่บุคคลทั่วไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพพนักงานโรงงานน้ำแข็ง

จรินทร์น์ แซ่ตั้ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพพนักงานโรงงานน้ำแข็งเขตอำเภอเมืองอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานฝ่ายผลิตที่มีการปฏิบัติงานในโรงงานน้ำแข็งตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 139 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการทำงาน ในปัจจุบัน ข้อมูลการทำงานในอดีต ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และประวัติการสัมผัสหรือสูดดมก๊าซแอมโมเนีย รวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถาม ระหว่าง 1 ก.ค. – 30 ก.ย. 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ ไค-สแควร์ (Chi-Square Test) ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ทำงานในโรงงานน้ำแข็งอุดรธานี ร้อยละ 42.4 เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.3 และมีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 41.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 ระดับการศึกษา ประถมและมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.4 ที่อยู่ปัจจุบัน อาศัยอยู่ไกลจากโรงงาน (เกิน 1 กิโลเมตร) ร้อยละ 64.0 ทั้งหมดอยู่แผนกผลิต อายุงาน อยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวนชั่วโมงการทำงาน/วัน 8 ชั่วโมง ไม่ทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 68.3 ในส่วนพนักงานที่ทำงานล่วงเวลา 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 45.5 ด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ไม่มีการใช้แว่นตานิรภัย ร้อยละ 71.2 มีและใช้แว่นตานิรภัยบางครั้งร้อยละ 65.0 สวมรองเท้าบูทประจำขณะทำงานร้อยละ 67.7 ไม่มีถุงมือฉนวน ร้อยละ 62.6 มีและใช้ถุงมือฉนวนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 63.5 ไม่มีหน้ากากป้องกันสารเคมี ร้อยละ 68.3 มีและใช้หน้ากากป้องกันสารเคมีเป็นบางครั้ง ร้อยละ 75 ไม่เคยทำงานในโรงงานที่มีการใช้แอมโมเนียในกระบวนการผลิตร้อยละ 96.4 ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมามีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 34.5 พบว่ามีอาการคอแห้งและแสบตามากที่สุดประมาณ ร้อยละ 33 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 63.3 ในส่วนที่ตรวจสุขภาพประจำปี ผลการตรวจปกติ ร้อยละ 88.2 ไม่เคยตรวจสมรรถภาพปอด ร้อยละ 82.7 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 71.9 พนักงานโรงงานน้ำแข็งส่วนใหญ่ เคยได้สูดดมก๊าซแอมโมเนียระหว่างการทำงาน ร้อยละ 72.7 และได้กลิ่นนานๆ ครั้ง ร้อยละ 71.0

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับภาวะสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านการสูดดมหรือสัมผัสก๊าซแอมโมเนียระหว่างการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพนักงาน

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่ข้อเสนอแนะดังนี้ ควรมีการจัดการและบังคับใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่สำคัญต่อการทำงานในโรงงานน้ำแข็งดังนี้ การใช้หน้ากากป้องกันสารเคมีสวมรองเท้าบูทขณะทำงาน สวมถุงมือฉนวน การใช้แว่นตานิรภัย รวมทั้งการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคและอันตรายจากการทำงานสำหรับพนักงานใหม่หรือไม่เคยทำงานด้านนี้มาก่อน

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพพนักงานโรงงานน้ำแข็ง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการ ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการกำกับตนเองในการลดน้ำหนัก ของบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น

THE EFFECTIVENESS OF BEHAVIORAL PROGRAM BY USING
APPLICATION SELF-REGULATION THEORY FOR WEIGHT
LOSS IN PERSONNEL KHON KAEN HOSPITAL.

สงกรานต์ กลั่นดวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ
กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของคนในยุคปัจจุบัน และเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2554 พบว่า ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรคิดเป็นร้อยละ 22.92 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวระหว่างก่อนและหลังการทดลอง **การศึกษา :** Quasi – Experimental research design แบบ One –group pretest –posttest Design ในกลุ่มบุคลากร โรงพยาบาลขอนแก่นที่ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - มิถุนายน 2555 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon match paired sign Rank Test **ผลการศึกษา** เพศชาย ร้อยละ 13.51 เพศหญิง ร้อยละ 86.49 อายุค่ามัธยฐาน 47.5 อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 57 ปี ดัชนีมวลกายลดได้ ร้อยละ 56.67 ควบคุมดัชนีมวลกายได้เท่าเดิมร้อยละ 30.00 ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.33 ค่ามัธยฐานดัชนีมวลกายก่อนการทดลอง 27.66 ค่าต่ำสุด 23.31 ค่าสูงสุด 40.79 ค่ามัธยฐานดัชนีมวลกายหลังการทดลอง 27.56 ค่าต่ำสุด 23.31 ค่าสูงสุด 37.88 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}= 0.17$) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัว พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}= 0.67$) และ ($p\text{-value}= 0.20$) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง หลังการทดลองลดลง ด้านความมั่นใจที่จะลดน้ำหนักได้ การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ 30 นาที การกินผักผลไม้มากกว่าการกินเนื้อสัตว์ นอกจากขาดความมั่นใจแล้วยังขาดการปฏิบัติ ขาดความสม่ำเสมอ และมีข้ออ้างสภาพแวดล้อม เช่น งานเลี้ยงงานสังสรรค์ ภาระงาน ทำให้มีผลการต่อการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรมีนโยบายที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมและนำไปสู่ปฏิบัติ มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีมาตรการทางสังคมร่วมด้วยทั้งด้านบวกและลบเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือมีการใช้เครื่องมือวัดที่สะท้อนให้เห็นสภาวะสุขภาพมากขึ้นเพื่อกระตุ้นให้มีการปรับพฤติกรรม เช่น การวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน การตรวจ Sleep apnea ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่ลดน้ำหนักด้วยการกินยา เครื่องดื่มหรือกาแฟที่มีภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง

คำหลัก : ลดน้ำหนัก , การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การประเมินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนเครือข่ายสุขภาพสหพันธ์ ปีงบประมาณ 2554

THE EVALUATION OF THE KINDNESS OF THE KING FOR PUBLIC
HEALTH CONCERNS SAHATSAKHAN HEALTHY NETWORK FISCAL
YEAR 2011 PROJECT

นัยนา กล้าขยัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้คาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) การประเมินเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา (พิสนุ พองศรี, 2550) และเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจ โดยการประเมินแบบจำลองชิป (CIPP Model) เป็นรูปแบบหนึ่งในการตัดสินใจในการดำเนินโครงการ การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินผลโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนเครือข่ายสุขภาพสหพันธ์ ปีงบประมาณ 2554 โดยใช้แบบจำลองชิป (CIPP Model) ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับโครงการจากบุคลากรสุขภาพเครือข่ายสหพันธ์ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 302 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด หาค่าอัตราความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Ration: CVR) ได้ค่าอัตราความตรงเชิงเนื้อหา 1.2-2 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการประเมินโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.67$, S.D. = 0.70) โดยด้านสภาวะแวดล้อมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.63) รองลงมาคือด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.74) และด้านกระบวนการ ($\bar{x} = 3.62$, S.D. = 0.74) และด้านผลลัพธ์ ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = 0.70)

2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = .93)
3. สรุปปัญหาและข้อเสนอแนะพบว่ามีปัญหาในเรื่องจำนวนบุคลากรไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและภาระงานการดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังขาดสถานที่ และอุปกรณ์ที่เหมาะสม โครงสร้างการทำงานที่ยังแบ่งเป็นส่วนไม่เป็นภาพรวมระดับเครือข่ายสุขภาพอำเภอสหพันธ์ ขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง การประเมินผลโครงการขาดความต่อเนื่อง ขาดขวัญกำลังใจในการดำเนินงาน และการเห็นความสำคัญของปัญหาและมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุดอกคูณ และอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลขอนแก่น

FACTORS AFFECTING THE QAULITY OF LIFE IN ELDERLY OF ELDERLY
FLOWER KOON AND VOLUNTEER CLUB. KHON KAEN HOSPITAL.

วิรัช มั่นในบุญธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมดอกคูณและอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลขอนแก่น ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross sectional Survey) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดอกคูณและอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 200 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2555 ด้วยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมSPSS for windows ประมวลผลข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ t-test และ F-test วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านกับปัจจัยทางสังคมรายด้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ตัวแปรทำนายทั้งหมดโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุนระหว่างเพศชายและเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีหรือภรรยา มีกับผู้สูงอายุที่เป็นโสด,หม้าย,หย่า หรือแยกกันอยู่มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยทางสังคมทุกด้านยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาตัวแปรคุณภาพชีวิตพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมทุกด้านยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในการทำนาย ได้แก่

0 พฤติกรรมด้านการพักผ่อนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.4 และพฤติกรรมด้านโภชนาการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.7 และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายลำดับสุดท้ายโดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวแปรทำนายเท่ากับ 0.548 โดยตัวแปรทั้งสามร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.1 ดังนั้น ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลาน และญาติ รวมทั้งชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ให้ความรู้ หรือคำแนะนำ เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น ดูแลเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือเรื่องอารมณ์โดยรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุและช่วยกันแก้ไข

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

นายอาคม รัฐวงษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอโกสุมพิสัย พบว่ามักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลอดเลือดและหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และการเกิดซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่า จึงได้มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) โดยปรับแบบฟอร์มจากสำนักงานควบคุมโรค (2553) และได้มีการดำเนินการคัดกรองตั้งแต่ปี 2554 โดยแบ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยงสูง เสี่ยงสูงปานกลาง เสี่ยงสูงมาก โดยในปีงบประมาณ 2555 ได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการคัดกรองความเสี่ยงจำนวน 1 หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุดในพื้นที่เทศบาลตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยได้คัดเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ และมีการติดตามประเมินผล โดยมี อสม.เป็นเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยง ประเมินผล 1 ปี หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 40 คน ไม่พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือไม่เกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่า ไม่เสียชีวิต แต่พบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่คิดเป็น 860 ต่อแสนประชากร กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาท้องถิ่น

(Innovative Care In Elderly By Community Participation
and Local Development)

สมฤดี พันชมพู่

พยาบาลวิชาชีพ 7 วช

เทศบาลเมืองศิลา จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การทำงานด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ในการให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครอบคลุมถึงระดับชุมชน โดยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ความเข้มแข็งของทีมงาน ความมุ่งมั่นของผู้บริหารสูงสุดที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินการ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จได้ นอกจากนี้การทำงานด้วยจิตสาธารณะ/จิตอาสา ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ผ่านการอบรมและพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จาการวิเคราะห์ ประเมินจากการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์บุคคล และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ได้รับการดูแล หลังจากการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ บางส่วนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครของชุมชนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้สูงอายุ ผู้พิการยังได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีกิจกรรมร่วมกัน และ **เกิดนวัตกรรมทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ** ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้พิการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี ช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และ/หรือ ขาดการดูแลจากคนในครอบครัว และการให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีกิจกรรมร่วมกันสามารถช่วยลดปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้พิการ อันจะนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้

โครงการฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลสหัสขันธ์

Home Health Care Sahatsakhan Hospital

ดร.ณัฐ วงศ์อนุชิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลสหัสขันธ์เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงที่มีการจัดระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลดังกล่าวนั้นยังขาดความเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในเขตพื้นที่อำเภอสหัสขันธ์โดยมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในลักษณะของการบูรณาการการทำงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ข้อติดแข็ง ผลกตทัพบกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำเสนอแผนงาน/โครงการแต่งตั้งคณะกรรมการ และดำเนินงานตามโครงการผลการดำเนินงานภายหลังการประเมินผล พบว่า โรงพยาบาลได้พัฒนาการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพมีวิเคราะห์การดูแลและการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพก่อนที่จะออกเยี่ยมบ้านมีการเชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีภาวะข้อติดแข็ง ร้อยละ 100 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 96 ผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านระบบบริการพบว่าการดูแลติดตามเยี่ยมของทีมนสหวิชาชีพได้พัฒนาองค์ความรู้ที่ใช้ในการดูแลโดยประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งพบว่า อัตราการ Re-admit ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง ด้านผู้รับบริการพบว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึง การดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการดูแลติดตามเยี่ยมของทีมนสหวิชาชีพโดยการประยุกต์องค์ความรู้ทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการวิเคราะห์วางแผนการดูแลติดตามเยี่ยมสามารถนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รวมทั้งการส่งเสริมญาติและผู้ดูแล ให้มีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมนสหวิชาชีพ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบของ เทศบาลเมืองมหาสารคาม

นางอรุณวดี บุญดาราช พยาบาลวิชาชีพ 6 ว

เทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบของเทศบาลเมืองมหาสารคาม ได้บูรณาการกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคามเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ซึ่งตามปกติแล้วโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ได้นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดเป็นประจำทุกเดือน ๆ ละ 1 วัน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น จากการทำผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพทุกเดือน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ รู้จักและเข้าใจการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยและโรค รวมถึงการจัดกิจกรรมตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนั้น เทศบาลเมืองมหาสารคามได้สอดแทรกกิจกรรมเข้ากับการเคาะประตูเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยการนำทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยยากไร้ ด้อยโอกาส ขาดผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้กับเทศบาลเมืองมหาสารคาม ได้จัดสรรงบประมาณปรับปรุงซ่อมแซมและสร้างที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยในรายที่ยากจนมากอีกด้วย รวมถึงการได้รับการเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุตำบลตลาดได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง สำหรับบุคคลผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น หลังจากได้รับการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ได้รับการสอนและสาธิตการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทำให้บุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องตามอาการของโรค และเทศบาลยังได้จัดกิจกรรมอบรมนักเรียนจิตอาสาขึ้นขึ้น โดยอาศัยคลังปัญญาผู้สูงอายุ : ผู้เฒ่าสอนหลานจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เทศบาลได้คัดเลือกไว้สอนแก่นักเรียน เป็นต้น ทำให้นักเรียนจิตอาสาที่มีความรู้ความสามารถในการเข้าใจและผู้สูงอายุได้มากขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุที่องค์ความรู้หรือภูมิปัญญาพื้นบ้านนั้น ที่ดำเนินกิจกรรมผู้เฒ่าสอนหลานซึ่งเป็นนักเรียนจิตอาสาที่วัด ผู้สูงอายุแต่ละท่านมีความภาคภูมิใจในการได้รับเกียรติให้เป็นครูสอนนักเรียน มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนยังมีประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม ที่สำคัญมีความเชื่อมั่นในคุณค่าทางสังคมของตนมากขึ้น

ผลจากการประเมินโครงการพบว่า ผู้สูงอายุตำบลลาดที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสุขที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ มีต้องการให้จัดกิจกรรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง

การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวมาดังกล่าว ได้สร้างคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุในด้านภาวะสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม พบว่า ทุกกิจกรรมต่างล้วนก่อให้เกิดคุณค่าทางร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุทุกคนมองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น จากการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน การอบรมให้ความรู้ การให้การแนะนำในการดูแลสุขภาพ การให้กำลังใจการเอาใจใส่ ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ เกิดความสุขทางกายและจิตใจ ไม่รู้สึกเหงา จากการได้พบปะผู้คนในที่สาธารณะ ได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ร่วมกัน การได้ออกจากบ้านมาร่วมกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมที่กว้างขึ้น ไม่อยู่เฉยๆ ในโลกของตัวเองหรือเฉพาะที่บ้านของตนเองเท่านั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบนี้ จึงน่าจะถือได้ว่าเป็นต้นแบบแห่งความสำเร็จในการสร้างคุณค่าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้เป็นอย่างดี

ความต้องการบริการสุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นตามมุมมอง ของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองอ่าง

ทวีวัฒน์ คำโสม

พยาบาลวิชาชีพ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาความต้องการที่แท้จริงของวัยรุ่นด้านบริการสุขภาพจากชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) เพื่อพัฒนาแนวทางในการบริการด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิธีเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเชื่อมั่น .80 โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน (ร้อยละ 39.4 ของประชากรวัยรุ่น) วิธีเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่น 13 คน ผู้ปกครอง 10 คน และสนทนากลุ่มวัยรุ่น 4 กลุ่ม แยกชาย-หญิง ผู้ปกครอง 2 กลุ่ม และการประชุมร่วมระหว่างตัวแทนวัยรุ่น ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐในพื้นที่ 1 ครั้ง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า วัยรุ่นตำบลกำแพงที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส นั้น มีจำนวนมากถึงร้อยละ 39.67 คิดเป็นประมาณ 2 ใน 5 ของวัยรุ่นตำบลกำแพงทั้งหมด มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 27.7 และมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 19.0 คิดเป็นประมาณ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นตำบลกำแพงทั้งหมด จะเห็นได้ว่าข้อมูลทั้งสามส่วน มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน วัยรุ่นที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีวัยรุ่นตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ไปแล้วครึ่งหนึ่ง ส่วนสาเหตุนั้น จากผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 80.0) และอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 74.7) มีใช้ครอบครัวแตกแยกหรือมีปัญหาแต่อย่างใด และยังพบว่าสถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์บ่อยที่สุด คือ บ้านของตนเอง (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ บ้านของคนรัก (ร้อยละ 19.3) จากผลสำรวจความต้องการบริการสุขภาพเรื่องเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตำบลกำแพง ตามกลยุทธ์ รุก รับ ลับ ลึก พบว่า วัยรุ่นตำบลกำแพงต้องการบริการสุขภาพเชิงรุก (ร้อยละ 40.3) และบริการสุขภาพเชิงรับ (ร้อยละ 39.7 และ 32.0) มากกว่าต้องการบริการสุขภาพที่เป็นความลับ (ร้อยละ 29.0) และบริการสุขภาพเชิงลึก (ร้อยละ 25.0) จากการนำผลการสำรวจนำเสนอต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในตำบล

กำแพง ทั้งบิดามารดา ผู้ปกครอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน และชุมชน ทำให้มีนโยบายและกิจกรรมบริการสุขภาพต่างๆ เกิดขึ้น เช่น คลินิกวัยใส ใน รพ.สต. โดยเน้นกิจกรรมให้สุขศึกษา และให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่น บริการรณรงค์อย่างอนามัยสำหรับวัยรุ่น บริการยาคุมกำเนิดแบบกิน และแบบฉีดสำหรับวัยรุ่น ที่มอบหมายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบ และการจัดทำสื่อการสอนสุขศึกษา เรื่อง เพศสัมพันธ์ คลินิกวัยใสในโรงเรียน/ชุมชน บริการคลินิกวัยใสออนไลน์ ผ่าน Facebook บริการรณรงค์เยี่ยม ใกล้เคียง ใจ ที่ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของหลายๆ ฝ่ายในชุมชนตำบลกำแพง

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องนำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทที่เกี่ยวกับบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (general article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน มีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่นำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

เรื่องแปล (translated article) เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการหรือบทความอื่นๆ ที่เป็นเรื่องน่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปลจากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่าง ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุม ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) เป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติเฉพาะที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อเป็นภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลา ของผู้อ่านใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินการ อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ (Vancouver)
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ

Index Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้นให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า-หน้าสุดท้าย.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงกระดาษขนาด A4 (21.6 x 27.9 ซม.) ส่งเอกสารและไฟล์เนื้อหาในแผ่น CD หรือส่งไฟล์เอกสารทาง E-mail address: Plan6@hotmail.com

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่น ซีดี การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอยากเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบเพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด พร้อมระบุสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ถึงศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้