

ISSN 2586-985X



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
Nan Provincial Public Health Office

วารสารวิทย์สาธารณสุขน่าน

NAN PHO Journal of Public Health (NJPH)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เมษายน 2561 – กันยายน 2561

Vol. 1, Issue 02 (Apr. 2018 – Sep. 2018)

www.nno.moph.go.th

ที่ปรึกษาการสาธารณสุขส่วน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

รศ.ดร.อรรณพ ศิริรัตน์พิริยะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.น่าน

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สสจ.น่าน

บรรณาธิการ

ดร.ธนุศิลป์ สลืออ่อน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.มธุรส ทิพย์มงคลกุล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นพ.อนุพงศ์ สุจริยากุล

กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

อ.พญ.ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์

คณะแพทยศาสตร์

ผศ.ดร.อภิรดี ศรีโอภาส

มหาวิทยาลัย

ศิริราชพยาบาล

สุโขทัยธรรมาธิราช

มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.ดร.ธัญศิรินทร์ จันทร์หอม

OCARE

ผศ.ดร.ณัฐฐา ฐานิพานิชกุล

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ.ดร.วันเพ็ญ ทรงคำ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ.ดร.เด่นพงษ์ วงศ์จิตร

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อ.ดร.เสาวนีย์ หน่อแก้ว

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อ.ดร.จตุพงศ์ สิงหราช

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อ.ดร.พิมาน อีรัตน์สุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

อ.ดร.ปาจริย์ อับดุลลาหิม

มหาวิทยาลัยบูรพา

อ.ดร.ฐิติรัช งานฉมัง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

อ.ดร.เชษฐากร โนนินทร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏ

พิบูลสงคราม

อ.ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ

วิทยาลัยพยาบาล

อ.ดร.นงนุช วงศ์สว่าง

วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี พระยา

บรมราชชนนี ราชบุรี

อ.ดร.ณนัสนธ กราบทิพย์

วิทยาลัยการสาธารณสุข

ดร.แสงโสม ศิริพานิช

กรมควบคุมโรค

สิรินธร ชลบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

ดร.วรยุทธ นาคอ้าย

กรมควบคุมโรค

ดร.มานิชชัย ชัยครอง

นักวิชาการอิสระ

กระทรวงสาธารณสุข

นายณัด ไบยา

สำนักงานสาธารณสุข

ดร.กัลยาณี โนนินทร์

โรงพยาบาลน่าน

จังหวัดน่าน

จังหวัดน่าน

ดร.ไพจิตร ล้อสกุลทอง

โรงพยาบาล

ดร.นภดล สุดสม

โรงพยาบาลบ้านหลวง

สมเด็จพระยุพราช ปัว

จังหวัดน่าน

จังหวัดน่าน

ดร.อิสราภาพ มาเรือน

สำนักงานสาธารณสุข

ดร.วิชากรณ์ คันทะมูล

สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอปัว จังหวัดน่าน

อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยสาธารณสุขส่วน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

นายดลฤทธิ เรืองรินทร์

นายวรวิทย์ โนนินทร์

สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน

จังหวัดน่าน 55000 โทร. 0-5460-0071 www.nno.moph.go.th

สถานที่พิมพ์

จุฬารัตน์การพิมพ์ 9/6 ถนนเปรมประชาราษฎร์ ตำบลในเวียง อำเภอเมืองน่าน

จังหวัดน่าน 55000 โทร. 080-6709889

วารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน

NAN PHO Journal of Public Health (NJPH)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน 2561 – กันยายน 2561 Vol. 1, Issue 02 (Apr. 2018 – Sep. 2018)

สารบัญ	หน้า
บทบรรณาธิการ	ก
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน กัลยาณี ไนอินทร์และคณะ	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ในจังหวัดพะเยา กุลปรียา กันจ๊ะและคณะ	17
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา ธิดิมา พูลประเสริฐและคณะ	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ แห่งชาติ 10 ประการของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยา นีนธออน หาดอ่อนและคณะ	40
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของวัยรุ่นอายุในจังหวัดพะเยา นภัสสร แก้วนวลและคณะ	51
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา วัชรี้ คงทองและคณะ	63
การสอบสวนการระบาดของโรคไข้น้ำแดง (Scarlet fever) วิชัย ศิริวรรณชัย	75
การจัดการปัญหาหาเชื้อในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวัน ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์และคณะ	84

สารบัญ (ต่อ)	หน้า
การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วย หลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องของผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น <i>กัญณภัทร กิตติธนาตล</i>	98
พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลน่าน <i>เดชพิภัทร์ อมรทิพย์วงศ์</i>	116
ผลการประเมินงานตามเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ อำเภอปัว จังหวัดน่าน <i>วิชาภรณ์ คันทะมูลและคณะ</i>	133
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น ในจังหวัดพะเยา <i>ตระการ หล้าจันทร์และคณะ</i>	146

บทบรรณาธิการ

ในระยะสิบกว่าปีมานี้สังคมไทยได้มีการพูดถึงเรื่อง “สังคมแห่งการเรียนรู้” หรือ Knowledge-based Society” เป็นสังคมที่อุดมไปด้วยปัญญาและทำให้ทุกคนตื่นตัวกับการจัดการความรู้ (Knowledge Management) หรือที่เรียกกันสั้น ๆ ว่า KM ทำให้องค์กรภาคเอกชน ภาครัฐ ต่างให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ในองค์กรเพื่อสร้าง “ทุนมนุษย์” หรือ Human Capital ซึ่งหมายถึง ความรู้ความสามารถของทรัพยากรบุคคลขององค์กรมากขึ้น ทำให้เกิดการจัดกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กร เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) ทั้งที่เป็นองค์ความรู้แฝงลึก (Tacit Knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) การจัดระบบองค์ความรู้ในองค์กร (Knowledge Asset) และที่สำคัญทำให้เกิดการแข่งขันด้านการลงทุนในกิจกรรมการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มากขึ้น สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ (Innovation) ให้เกิดขึ้นในองค์กรมากมาย

และในระยะไม่นานมานี้ก็มีการพูดถึงการเปลี่ยนแปลงนวัตกรรมอย่างพลิกผัน (Disruptive innovation) ด้วยอัตราเร่งอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน โดยที่สินค้า ทุน และแรงงานสามารถเคลื่อนย้ายไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็วด้วยวิธีการที่ไม่เคยปรากฏขึ้นมาก่อนในอดีต ซึ่งคำว่า “Disruptive innovation” คือ Clayton Christensen แห่ง Harvard Business School ผู้แต่งหนังสือ “The Innovator’s Dilemma” ได้กล่าวถึง นวัตกรรมได้สร้างตลาดใหม่และพลิกโฉมหน้าอุตสาหกรรมและสังคม โดยทำให้เกิดผู้บริโภคกลุ่มใหม่ๆ ซึ่งไม่เพียงเป็นผลมาจากการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีใหม่ๆ แต่ยังรวมถึงการพัฒนารูปแบบธุรกิจใหม่ๆ และการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเดิมในรูปแบบใหม่ด้วย ทั้งนี้ผู้นักคิด นักพัฒนาหลายคนคาดการณ์ว่าในอนาคตจะเกิดการพลิกผัน (Disruption) ในอุตสาหกรรมหลักๆ ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมสื่อและบันเทิง, โทรคมนาคม, การเงินการธนาคาร, ค้าปลีก, โลจิสติกส์, การแพทย์ และสาธารณสุข และการศึกษา เป็นต้น หากไม่มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อธุรกิจ องค์กร จนอาจทำให้ล่มสลายลงไปได้ ซึ่งเทคโนโลยีที่เป็น Megatrends ที่มีผลกระทบต่อการพลิกผัน (Disruption) ที่ได้มีการพูดถึงอย่างมาก เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI), Blockchain, Big Data เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้การพัฒนาแบบก้าวกระโดดและพลิกผันอย่างมาก รัฐบาลปัจจุบันให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอด และการสร้างนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัยเป็นอย่างมาก ดังที่มีการนำเสนอแนวคิด Engines of Growth ในการขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่สังคมที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

ในด้านการแพทย์และสาธารณสุขเองก็อยู่ในกระแสการพัฒนาดังกล่าว ทั้งเรื่องการจัดการความรู้ และ Disruptive Innovation เนื่องจาก Healthcare ทั่วโลก เปิดโอกาสให้ภาคส่วนเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) สามารถขยายการเข้าถึงโดยผ่านการเชื่อมต่อ เกิดนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ นำมาใช้ในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ซึ่งการเปลี่ยนอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพให้กลายเป็นพื้นที่เชื่อมต่อแบบแบบดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการทางแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ความรู้และความก้าวหน้าทางการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม เป็นกลไกสำคัญที่จะขับเคลื่อนประเทศให้มีความสามารถในการแข่งขันกับนานาประเทศเพิ่มมากขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ได้มีการส่งเสริมการพัฒนาระบบงานวิจัยมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสามารถใช้กระบวนการทางวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนาตนเอง พัฒนาแก้ไขปัญหาทางาน และพัฒนาองค์กร การพัฒนาระบบงานวิจัยจังหวัดน่านมีจุดเน้น ๓ ประการ คือ 1) งานวิจัยตอบโจทย์หลักคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน 2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักวิจัยให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ และ 3) จัดการองค์ความรู้ในองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยหวังที่จะให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถสร้างความรู้ นวัตกรรม สังคม ใช้นวัตกรรม ต่อยอด ขยายผล อันจะนำไปสู่การพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรให้รับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสุขภาพได้

สำหรับวารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน ฉบับนี้เป็นหนึ่งในช่องทางของเผยแพร่ดี เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายได้นำเอาผลงานวิชาการต่างๆ เผยแพร่เป็นการยกระดับมาตรฐานงานวิชาการให้มีคุณภาพมาตรฐานมากยิ่งขึ้น เป็นการรวบรวมผลงานให้เป็นคลังข้อมูลในสังคมความรู้ ใช้นวัตกรรม ต่อยอดความรู้ และขยายความรู้ สร้างสังคมอุดมปัญญาให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาองค์กรเรียนรู้ และการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร ที่ปรึกษาวารสาร บรรณาธิการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำวารสารวิจัยสาธารณสุขฉบับนี้ตามความมุ่งหวังในการพัฒนางานวิชาการด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของประชาชน องค์กร และประเทศต่อไป

ณัด ไบยา

กองบรรณาธิการ

ผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน

กัลยาณี โนอินทร์¹ พย.บ., ส.ม., พร.ด., ชุติกาญจน์ ศิริ² พย.บ., สุรางค์ก้องกัณโณ³ ส.บ., ณัฐธิดา ช่างเงิน⁴ ปวส.ส.ศ., ชรินทร์ทิพย์ เชื้อนเมือง⁵ พย.บ., ชุชีพ ปัญญา⁶ ศศ.ม., ละมัย เวท⁷ ส.บ., อำพร ยศอาลัย⁸ พย.บ., วัชรลักษณ์ สลีอ่อน⁹ ส.บ., ศุภชัย ปารมม¹⁰ ส.บ., จินตนา ไชยวิโน¹¹ พย.บ., วินัย อุทัย¹² ส.ม., ชนันพร สุทธหลวง¹³ พย.บ., สุนันท์ โทพิลา¹⁴ พย.บ., มัตติการณ วังแสง¹⁵ พย.บ., วิไลวรรณ จิตต์ประจ¹⁶ พย.บ., ศิรภัทร มังคะ¹⁷ พย.บ., นิตยา เจริญวุฒิ¹⁸ ปวส.ส.ศ., ปิยะดา สามักดี¹⁹ ปวส.ส.ศ., อริสา ตนภู²⁰ พย.บ., รวี น้อยลุน²¹ พย.บ., ฝนทิพย์ ทะนิตะ²² พย.บ., ณัฐนรี ประสมทรัพย์²³ ส.บ., รจรี จันทรแก้ว²⁴ ส.บ., วันทนา คำอินทร์²⁵ ส.บ., อังคณา ดันน้อย²⁶ ปวส.ส.ศ.,

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสังเคราะห์และ Implementation Research นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่มี 4 กลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ประเด็นคำถามในการจัดเวทีประชาคม การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการกำหนดหมวดหมู่ และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะผลการถอดบทเรียนในพื้นที่ ระยะผลการพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ และระยะการประเมินผลการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า ระยะผลการถอดบทเรียนในพื้นที่เป็นการทบทวนปัญหาอุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ระยะผลการพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่เป็นการพัฒนาแนวทางการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่ง โดยใช้แนวทางที่ได้จากการถอดบทเรียนในระยะที่ 1 สู่การปฏิบัติ ให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามาส่วนร่วมในการดำเนินงาน และระยะการประเมินผลการวิจัย พบว่า 1) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือร้อยละ 9.10 และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 14.28 2) จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.30 3) จำนวนเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดเหลือร้อยละ 82.35 และ 4) ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ การมีธรรมนูญตำบล บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน สรุป การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดน่าน โดยให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและเกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การดำเนินงาน, งานอนามัยแม่และเด็ก

Corresponding: กัลยาณี โนอินทร์ E-mail: kanlayanee.noin@gmail.com

¹โรงพยาบาลน่าน, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือ, ³สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ, ⁴สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อเกลือ, ⁵โรงพยาบาลบ่อเกลือ, ⁶สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงกลาง, ⁷โรงพยาบาลเชียงกลาง, ⁸โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพญา, ⁹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเกลือเหนือ, ¹⁰โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภูฟ้า, ¹¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักเอือก, ¹²สถานบริการสาธารณสุขชุมชนสบมาง, ¹³สถานบริการสาธารณสุขชุมชนยอดดอย, ¹⁴สถานบริการสาธารณสุขชุมชนนาบง, ¹⁵โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ, ¹⁶โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน, ¹⁷โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะจุ, ¹⁸โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโก๋น, ¹⁹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพัฒนา, ²⁰สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกัวจันทร์, ²¹สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านสบป็น

Maternal and Child Health Performance Outcomes of 3 Districts in Nan Province

Kanlayanee No-in¹ B.N.S., M.P.H., Ph.D., Chutikarn Siri² B.N.S., Surangwanang Kunjaima³ B.P.H., Nathida changng⁴ Dip. Of P.H., Charinthip Khueanmueang⁵ B.N.S., Chuchee Punyana⁶ M.A., Lamai Watham² B.P.H., Amporn Yodalai² B.N.S., Watcharak Saleeon² B.P.H., Supachai Prarom² B.P.H. Jintana Chaiwino⁷ B.N.S., Winai Uthai⁶ M.P.H., Chananporn Suttahlung⁸ B.N.S., Sunan Topila⁹ B.N.S., Mattikarn Wangsean¹⁰ B.N.S., Wilaiwan Jitprajong¹¹ B.N.S., Keetapat Mangkala¹² B.N.S., Nittaya jadewut¹³ Dip. Of P.H., Piyada samiphak¹⁴ Dip. Of P.H., Arisa Tonpu¹⁵ B.N.S., Rawee Noiloon¹⁶ B.N.S., Fonthip Tanitha¹⁷ B.N.S., Nutnaree Prasomsup¹⁸ B.P.H., Roadjaree janKea¹⁹ B.P.H., Wantana Kumin²⁰ B.P.H., Ungkana Tunnoi²¹ Dip.of P.H

Abstract

This research synthesis and implementation research was purposed to study quantitative and qualitative outcomes of maternal and child health (MCH) performance among 3 districts in Nan Province. Samples were purposive sampling, enrolled from stakeholders and divided into 4 groups. To collect data during April 2016 to December 2017, via questions issued on community forums, interviews and MCH record forms. Qualitative data analyses was performed using content analysis and grouping. Quantitative data analyses was performed using descriptive statistics. This research step had 3 phases, including: results of the lessons learned, performance development in the areas and evaluation of research results phases. Results: Results of the lessons learned phase was conducted to review causes and successes factors which effect to MCH performance. Performance development in the areas phase was developed working guidelines of MCH among 3 districts, putting into practice, involving communities and network partners in their operation. Evaluation of the research results phase was conducted to assess effectiveness of MCH performance. It was found that: 1) the number of pregnant women at antenatal care later than 12 weeks gestational age reduced to 9.10% and the number of pregnant women receiving antenatal care quality did not meet the threshold of 5 times reduced to 14.28%. 2) The number of birth weight less than 2,500 grams increased to 12.30%. 3) The number of children aged 0 to 5 years old weigh less than the thresholds reduced to 82.35% and 4) qualitative results e.g., district charter, MCH individual model and strong network partners in communities. Conclusion: MCH performance in Nan Province by providing communities and networking partners were resulting to be successful and sustainable of the operations.

Keywords: Performance Outcomes, Maternal and Child Health

¹Nanoi Hospital, ²Puea Sub-district Health Promoting Hospital, ³Chaloemprakiat District Public Health Office, ⁴Bokluea District Public Health Office, ⁵Bokluea Hospital, ⁶Chiang Klang District Public Health Office, ⁷Chiang Klang Hospital, ⁸Dong Phaya Sub-district Health Promoting Hospital, ⁹Bokluea Nuea Sub-district Health Promoting Hospital, ¹⁰Pupha Sub-district Health Promoting Hospital, ¹¹Banphakhueak Sub-district Health Promoting Hospital, ¹²Sob mang Community Health Service, ¹³Yod doi Community Health Service, ¹⁴Na pong Community Health Service, ¹⁵Chaloemprakiat Hospital, ¹⁶Bandan Sub-district Health Promoting Hospital, ¹⁷Sajook Sub-district Health Promoting Hospital, ¹⁸Huay-kon Sub-district Health Promoting Hospital, ¹⁹Ban NumRee Sub-district Health Promoting Hospital, ²⁰Ban Kiew-Chan Community Health Service, ²¹Ban Sobpuen Community Health Service

บทนำ

งานอนามัยแม่และเด็กกำหนดแนวทางในการดูแลผู้รับบริการในระยะต่าง ๆ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด ถึง 5 ปี รวมทั้งการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ แม่และลูกปลอดภัยทั้งในขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมทั้งลูกได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย⁽¹⁾

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมาของจังหวัดน่าน ยังพบว่ามีปัญหาที่สำคัญคือปัญหาการฝากครรภ์ เด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ดังนี้ อำเภอยางตลาด (ตำบลเปือย) พบปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์และไม่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ 5 ครั้ง จากข้อมูลการฝากครรภ์ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีการฝากครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ร้อยละ 33.34 31.25 และ 21.73 ตามลำดับ^(2, 3) และไม่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 30.0 27.27 และ 22.73 ตามลำดับ^(2, 3) ถึงแม้ว่าทั้งสองปัญหาข้างต้นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 60⁽⁴⁾ แต่ประชาชนในพื้นที่กลับมองว่าปัญหาดังกล่าวควรได้รับการแก้ไขให้หมดไป

อำเภอบ่อเกลือพบปัญหาเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากข้อมูลน้ำหนักเด็กแรกคลอดระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 11.11 13.28 และ 16.26 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7 หรือลดลงจากฐานข้อมูลเดิมร้อยละ 0.5 ต่อปี⁽¹⁾ และอำเภอนาน้อยพบปัญหาเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จากข้อมูลโภชนาการเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปีระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.09 7.24 และ 10.17 ตามลำดับ⁽³⁾ ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันและอยู่ในระดับที่เกินกำหนดตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารคือ กำหนดไม่ให้น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เกินร้อยละ 10

ปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้าและการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบตามเกณฑ์ มีผลกระทบต่อแม่และลูกในครรภ์ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การตายของมารดา การตายของทารก และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ⁽⁴⁾ ส่วนปัญหาเด็กน้ำหนักน้อยทั้งในกลุ่มเด็กแรกคลอด และเด็กอายุ 0-5 ปี นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและการตายในเด็ก เด็กมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแคระแกร็นที่ส่งผลกระทบต่อขนาดร่างกาย ความแข็งแรงและการพัฒนาของสติปัญญา เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อการพัฒนาระบบประสาท เด็กกลุ่มนี้เมื่อเติบโตเป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่จะมีความแข็งแรงและความสามารถในการทำงานลดลง รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในอนาคต เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน เป็นต้น⁽⁶⁾

การแก้ไขปัญหาด้านงานอนามัยแม่และเด็ก เป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผ่านมา ส่วนใหญ่หน่วยงานต่าง ๆ มีลักษณะต่างคนต่างทำ มีการบูรณาการการทำงานเข้าด้วยกันค่อนข้างน้อย การแก้ไขปัญหในพื้นที่จึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายการ

ดำเนินงานของสถานบริการ และทำให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ต้องปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้เข้ากับตามบริบทของพื้นที่แต่ละแห่ง

จังหวัดน่านมีทั้งหมด 15 อำเภอ พื้นที่ในแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกันตามลักษณะของภูมิประเทศ มีทั้งพื้นที่ราบซึ่งการคมนาคมขนส่งสะดวก ประชาชนเป็นคนในท้องถิ่น ใช้ภาษาไทยและภาษาท้องถิ่นในการติดต่อสื่อสาร และพื้นที่ราบสูงบนภูเขาสูง ทุกันดารซึ่งการคมนาคมขนส่งมีความลำบากและไม่สะดวก ประชาชนที่อาศัยอยู่บนพื้นที่ราบสูงเป็นชนเผ่า มีหลายชาติพันธุ์ เช่น ลัวะ เป็นต้น ใช้ภาษาชนเผ่าในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งชุมชนมีความเข้มแข็งแตกต่างกัน ทำให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีความยากง่ายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กแตกต่างกัน ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อนและไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านงานอนามัยแม่และเด็กของพื้นที่ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้แก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กกับพื้นที่อื่นในจังหวัดน่านต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือ อำเภอยังกลาง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในพื้นที่อำเภอนาน
4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์เชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอ 3 แห่งของจังหวัดน่าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ และ การวิจัยเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (implementation research) เรื่องผลลัพธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอ 3 แห่งของจังหวัดน่าน คือ อำเภอยังกลาง บ่อเกลือ และเฉลิมพระเกียรติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้รับบริการ บุคคลในครอบครัว และกลุ่มผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การถอดบทเรียนในพื้นที่ (เดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559) ระยะที่ 2 การพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ (เดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560) และระยะที่ 3 การประเมินผล (เดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560)

วิธีและวิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชาชนในอำเภอเชียงกลาง บ่อเกลือ และเฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มีจำนวนทั้งหมด 840 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ (คน)			จำนวนที่ใช้ในการศึกษาเชิง คุณภาพ (คน)		
		อำเภอ			อำเภอ		
		เชียง กลาง	บ่อเกลือ	เฉลิม พระเกียรติ	เชียง กลาง	บ่อเกลือ	เฉลิม พระ เกียรติ
กลุ่มที่ 1	ผู้ปฏิบัติงานใน	0	0	0	9	15	10
ผู้ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลชุมชนและ						
อนามัยแม่และ	โรงพยาบาลส่งเสริม						
เด็ก	สุขภาพตำบล						
กลุ่มที่ 2	1) หญิงตั้งครรภ์มา/	22	159	80	10	16	0
ผู้รับบริการ	เคยมารับบริการฝาก						
	ครรภ์จากโรงพยาบาล						
	ชุมชนและโรงพยาบาล						
	ส่งเสริมสุขภาพ						
	2) เด็กอายุแรกเกิด -5 ปี	0	0	102	0	0	0
กลุ่มที่ 3 บุคคล	1) สามเษภุฑิตของหญิง	22	0	0	10	0	0
ในครอบครัว	ตั้งครรภ์						
	2) พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก	0	0	102	0	0	20
	อายุแรกเกิด -5 ปี						
กลุ่มที่ 4 กลุ่ม	องค์การบริหารส่วน	50	140	30	33	0	10
ผู้นำชุมชนและ	ตำบล ศูนย์พัฒนาเด็ก						
ภาคีเครือข่าย	เล็ก ศูนย์การศึกษานอก						
ทั้งในและนอก	ระบบและการศึกษาตาม						
กระทรวง	อัยาศัย โรงเรียน						
สาธารณสุข	สำนักงานเกษตรอำเภอ						
	สำนักงานปศุสัตว์อำเภอ						
	อสม. และผู้นำชุมชน						
	รวม	94	299	314	62	31	40
	รวมทั้งหมด		707			133	

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ประเด็นคำถามการจัดเวทีประชาคมและการสัมภาษณ์ กำหนดลักษณะแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิด นำไปใช้ในการจัดเวทีประชาคมและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มและบริบทของพื้นที่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นคำถามการจัดเวทีประชาคมและการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่าง	ประเด็นคำถาม
กลุ่มที่ 1 ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาทางงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่
กลุ่มที่ 2 ผู้มา/เคยมารับบริการฝากครรภ์จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	- วิธีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ และการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ สภาพแวดล้อม และระบบการให้บริการ
กลุ่มที่ 3 สามีมของหญิงตั้งครรภ์ และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี	- วิธีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ และการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ และการประเมินสุขภาพและภาวะโภชนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี สภาพแวดล้อม และระบบการให้บริการ
กลุ่มที่ 4 องค์กรบริหารส่วนตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงเรียน สำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานปศุสัตว์อำเภอ ผู้นำชุมชนและอส.	- วิธีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ และการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม และระบบการให้บริการ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

2.2 แบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ประเมินโภชนาการ และพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปีที่น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์รายบุคคล

2.3 สมุดคู่มืออนามัยแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

2.4 ทะเบียนผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการ (ได้แก่ ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ และทะเบียนเด็กแรกเกิด- 5 ปี)

3. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การถอดบทเรียนในพื้นที่ เป็นการรวบรวมข้อมูลและการศึกษาข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก จากรายงานอนามัยแม่และเด็กของแต่ละสถานบริการที่บันทึกไว้ 2) การศึกษาลักษณะของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร บริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ หลักศาสนา วิธีการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สภาพการทำงาน การรับรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยการจัดเวทีประชาคม การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างและการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ เพื่อนำไปวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนการดำเนินงาน และพัฒนาการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นการนำข้อมูลในแต่ละพื้นที่ของอำเภอทั้ง 3 แห่งที่ได้จากการถอดบทเรียนในระยะที่ 1 กลับไปปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่แต่ละแห่งประกอบด้วย

1) ระยะเตรียมการ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ 1.1) การจัดตั้งคณะทำงานอนามัยแม่และเด็ก ทบทวน วิเคราะห์ปัญหา ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และ 1.2) การเชื่อมประสานข้อมูลของสถานบริการและชุมชนให้เป็นปัจจุบัน

2) ระยะดำเนินการ กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ 2.1) การจัดบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ การจัดที่พักคนบ้านไกลสายใยแห่งศรัทธา การให้บริการทดสอบการตั้งครรภ์ในชุมชนโดย อสม.เชี่ยวชาญสุขภาพแม่และเด็ก การจัดการบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ (mobile ANC) 2.2) การสร้างเครือข่ายในชุมชน ใช้วิธีประชาสัมพันธ์การรับบริการฝากครรภ์คุณภาพ การอบรมให้ความรู้ และการสอนทักษะงานสุขภาพแม่และเด็กแก่ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และ 2.3) การค้นหาบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินจากผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของทั้ง 3 พื้นที่เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) การติดตามการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 2) การติดตามซังน้ำหนักรักแรกเกิด - 5 ปีและประเมินภาวะโภชนาการทุก 1 - 3 เดือน และ 3) การประเมินผลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานและ/หรือสิ่งที่สนับสนุนให้การดำเนินงานในพื้นที่เป็นไปด้วยดียิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การจัดเวทีประชาคม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการกำหนดหมวดหมู่
2. ข้อมูลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการถอดบทเรียนในพื้นที่

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบไม่เป็นทางการ และการจัดทำเวทีประชาคมสุขภาพในชุมชน เพื่อทบทวนและรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการศึกษาข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการ พบว่ามีอุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของทั้ง 3 อำเภอ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

อำเภอ	ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก	อุปสรรค	ปัจจัยความสำเร็จ
เขียงกลาง (ตำบลเปือย)	การฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	- หญิงวัยเจริญพันธุ์ไปทำงานต่างจังหวัด แล้วรอกลับมาฝากครรภ์ที่บ้าน - การไม่แน่ใจว่าตั้งครรภ์ และรอจนลูกดิ้น - ชุมชนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์คุณภาพ	- ความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน - การมีและใช้ธรรมนูญตำบลเป็นกรอบในการขับเคลื่อนดำเนินงาน

		- การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นนักเรียน และหญิงวัยเจริญพันธุ์	- การจัดระบบบริการที่ดี มีการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร กับสังคม ชุมชน ด้วยช่องทางที่หลากหลาย - ความตระหนัก สนใจ ความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมาย
บ่อเกลือ	เด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุแม่ ระดับการศึกษา อาชีพ/ลักษณะอาชีพ และรายได้สถานภาพทางสังคม (เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/ปิดบัง) เป็นปัจจัยที่แก้ไขยาก - ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ โรคทางพันธุกรรม การเจ็บป่วยอื่นๆ เป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการแก้ไข - ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ที่ไม่มีประสิทธิภาพในการประเมินเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม - ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	- เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง - ผู้บริหาร /องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ - มีระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม - มีระบบการเฝ้าระวังและช่วยเหลือโดยชุมชน
เฉลิมพระเกียรติ	เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	- พื้นที่ทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก - ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าลัวะ ใช้ภาษาลัวะในการสื่อสาร ไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพปลูกข้าวโพดและข้าวไร่ ฐานะยากจน (รายได้ต่ำกว่า 3000/เดือน/ครอบครัว) - วิธีการดำเนินชีวิต เช่น แต่งงานก่อนอายุ 20 ปี ไม่มีการคุมกำเนิด อาศัยกึ่งถาวรอยู่ในไร่ ทำให้ผู้ดูแลเด็ก/พ่อแม่ไม่มีเวลาในการดูแลเด็ก - เด็กรับประทานอาหารเท่าที่ครอบครัวหาได้ - กรรมพันธุ์ เช่น พ่อแม่รูปร่างเตี้ยแคระ และน้ำหนักน้อย - ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การห้ามรับประทานกล้วย ไข่ไก่ หมู ปลา - ผู้เลี้ยงดู/พ่อแม่ ไม่มีความรู้เรื่องอาหารและภาวะโภชนาการเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี	- บุคลากรที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กมีความเข้มแข็ง เน้นบริการเชิงรุก มีการประชุมและมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน - ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งมีส่วนร่วม และมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 การถอดบทเรียนในพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แต่ละแห่งได้รวบรวมข้อสรุปและประเด็นสำคัญ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนางานอนามัยและเด็กโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แนวทางการพัฒนางานอนามัยและเด็กของอำเภอ 3 แห่ง

อำเภอ	ปัญหาด้านอนามัยและเด็ก	แนวทางการพัฒนางาน
เขียงกลาง (ตำบลเปือย)	การฝากครรภ์ครั้งแรก หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	- การขับเคลื่อนการดำเนินงานการให้บริการฝากครรภ์โดยยึดธรรมนูญตำบลเป็นแนวทางร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ - การประชาสัมพันธ์การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพโดยภาคีเครือข่าย - การค้นหากลุ่มเป้าหมาย และจัดบริการทดสอบการตั้งครรภ์ในชุมชนโดย อสม. เชี่ยวชาญงานอนามัยแม่และเด็ก - การจัดอบรม เพื่อให้ความรู้และสอนทักษะงานสุขภาพแม่และเด็กแก่ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง - การค้นหา การเสริมแรง และการเชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบแม่และเด็ก - การเชื่อมประสานข้อมูลของสถานบริการและชุมชนให้เป็นปัจจุบัน - การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางที่กำหนด - การติดตามเยี่ยมบ้านรายที่มีปัญหา - การแลกเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับ หาแนวทางพัฒนางาน และสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
บ่อเกลือ	เด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	เน้นการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การฝากครรภ์เร็ว การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ และการคลอดในสถานบริการ ดังนี้ - การจัดอบรมแก่กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีที่สมรสตามวิถีชนเผ่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเรื่องการคุมกำเนิด ข้อดีข้อเสียของการตั้งครรภ์ก่อนอายุอันควร การค้นหาหญิงตั้งครรภ์และการใช้ชุดทดสอบการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตัวก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ - การกำหนดแนวทางบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่มีความชัดเจนเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ที่ผสมผสานการจัดการบริการแบบเชิงรุกและมีระบบเครือข่ายในการติดตามดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและชุมชน และมีระบบการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง อาทิ 1) สถานบริการสุขภาพสนับสนุนชุดทดสอบการตั้งครรภ์ไว้ในชุมชน/บ้าน อสม. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว 2) การให้บริการฝากครรภ์ตามแนวทางที่กำหนด และเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ระหว่างแพทย์กับสถานบริการสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหา

		3) การจัดบริการ Mobile ANC และกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งในพื้นที่ให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกทันทีที่มีผู้รับบริการมาฝากครรภ์ 4) กรณีหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาควิชาหรือห้องศัลยกรรมคลอดส่วนท้องถิ่นสามารถนำส่งถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็ว โดยมีการเปลี่ยนถ่ายระหว่างนำส่งโดยรถ EMS ของโรงพยาบาล 5) การจัดบ้านพักคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการคมนาคมลำบากเพื่อป้องกันการคลอดระหว่างทาง 6) การมีช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถติดต่อเพื่อให้คำปรึกษาจากสถานบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง 7) หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัมจะได้รับรางวัล/ชุดของขวัญจากสถานบริการ
เฉลิมพระเกียรติ	เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	- การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์การศึกษาอนุบาลและการศึกษาตามอัธยาศัย โรงเรียนสำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานปศุสัตว์อำเภอ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อค้นหาข้อมูล กำหนดบทบาท และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานแบบเครือข่ายในการแก้ปัญหาแบบบูรณาการตั้งแต่ต้นน้ำไปจนถึงปลายน้ำ - การซึ่่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี เป็นรายบุคคลโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. ทุก 1 - 3 เดือน และตรวจฟันโดยทันตบุคลากร รวมทั้งการให้บริการสุขภาพตามแนวทางที่กำหนด - การจัดอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ ผู้เลี้ยงดู/บิดามารดาของเด็กอายุแรกเกิด-5 ปี หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และ อสม. เรื่องอาหารและโภชนาการในกลุ่มเป้าหมาย พร้อมสาธิตเมนูอาหาร - การประเมินความฉลาดทางด้านอารมณ์ในเด็กอายุ 3-5 ปีทุกคนโดยครูประจำชั้น - การติดตามเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดทุกรายตามเกณฑ์มาตรฐาน - การจัดเวทีถอดบทเรียน เพื่อติดตามประเมินผล โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประเมินผลใน 4 ประเด็น คือ

1. ผลลัพธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ในพื้นที่ตำบลเปือ อำเภอยะนิงกลาง

หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ลดลงเหลือร้อยละ 9.10 และการได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ลดลงเหลือร้อยละ 14.28 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญหา

รายการ	หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน (คน)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การฝากครรภ์ครั้งแรก	22				
ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์		10	83.33	20	90.90
หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์		2	16.67	2	9.10
การฝากครรภ์คุณภาพ	14				
ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์		10	83.33	12	85.72
ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์		2	16.67	2	14.28

2. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลูกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือ

หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาลูกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีภูมิลำเนาอำเภอบ่อเกลือและมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อเกลือ พบว่ามีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.69 เป็นร้อยละ 12.30 (หญิงคลอดจำนวน 130 ราย) ส่วนในกลุ่มผู้รับบริการรวมที่มีภูมิลำเนาทั้ง 2 อำเภอและมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อเกลือ พบว่ามีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.80 เป็นร้อยละ 12.57 ตามลำดับ (หญิงคลอดจำนวน 159 ราย) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 หญิงคลอดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังดำเนินการแก้ไข

ผู้รับบริการที่มี ภูมิลำเนาอำเภอ	ก่อนดำเนินการ				หลังดำเนินการ			
	หญิงคลอด		ทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม		หญิงคลอด		ทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บ่อเกลือ ¹	136	100	14	10.29	130	100	16 ²	12.30
เฉลิมพระเกียรติ ¹	25	100	5	20.00	29	100	4	13.79
รวม	161	100	19	11.80	159	100	20	12.57

หมายเหตุ ¹ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ่อเกลือมีภูมิลำเนาทั้งในเขต อ.บ่อเกลือ และ อ.เฉลิมพระเกียรติ เนื่องจากเป็นพื้นที่รอยต่อ และการแก้ไขปัญหาลูกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือมุ่งเน้นไปที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภูมิลำเนาใน อ.บ่อเกลือเป็นหลัก

² มีหญิงคลอดครรภ์แฝดจำนวน 3 คน

3. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลูกอายุแรกเกิด-5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ

หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาลูกอายุแรกเกิด - 5 ปีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ พบว่าจำนวนเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดเหลือร้อยละ 82.35 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ก่อนและหลังดำเนินการแก้ไขปัญหา

เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ทั้งหมด	เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์			
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	688	102	84	82.35

4. ผลลัพธ์เชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอ 3 แห่งในจังหวัดน่าน

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ทั้ง 3 อำเภอคือ อำเภอเชียงกลาง บ่อเกลือ และเฉลิมพระเกียรติ เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

อำเภอ	ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ
เชียงกลาง (ตำบลเปือ)	- มีธรรมนูญตำบล ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานด้านสุขภาพ - มีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพแม่และเด็ก - มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนและเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน ได้แก่ เครือข่าย อสม. อนามัยแม่และเด็กตำบลเปือ กลุ่มแม่อาสา/ชมรมนมแม่ตำบลเปือ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
บ่อเกลือ	- มีแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในอำเภอบ่อเกลือ
เฉลิมพระเกียรติ	- สถานบริการสุขภาพในอำเภอมิแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน

วิจารณ์

1. ผลลัพธ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ในพื้นที่ตำบลเปือ อำเภอเชียงกลาง พบว่าหลังการดำเนินการแก้ไขปัญหา 1) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ลดลงจากร้อยละ 16.67 เหลือร้อยละ 9.10 และ 2) จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 16.67 เหลือร้อยละ 14.28 (ตารางที่ 5) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานข้างต้นประสบผลสำเร็จจกิปรายได้ดังนี้ ประเด็นที่ 1 การมีต้นทุนเดิมทางสังคมที่ดีในการส่งเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงานและพัฒนาอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน โดยเริ่มมีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนด้านงานอนามัยแม่และเด็กมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ภายใต้การดำเนินงานสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน หลังจากนั้นกลุ่มดังกล่าวมีพัฒนาการเป็นลำดับไปสู่การดำเนินงานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัวในปี พ.ศ. 2555 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในปี พ.ศ. 2557 ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญจากดำเนินงานคือ ชุมชนต้นแบบ ซึ่งผ่านการประเมินตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ตามลำดับ

ประเด็นที่ 2 การมีธรรมนูญตำบล เป็นข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติของตำบลเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านต่าง ๆ ในตำบล รวมทั้งนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งนำมาใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กมีเป้าหมายคือการได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ คลอดคุณภาพ เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย

ประเด็นที่ 3 การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชนที่เสริมการทำงานอนามัยแม่และเด็กของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ อสม.ดีเด่นสาขามแม่และอนามัยแม่และเด็ก (ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และภาคตามลำดับ) แม่อาสา ประชาชนชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และนวัตกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งบุคคลต้นแบบ และครอบครัวตัวอย่างด้านแม่และเด็ก และประเด็นที่ 4 ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการจัดระบบบริการที่ดี รวมทั้งการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารกับสังคม ชุมชน ด้วยช่องทางที่หลากหลาย ช่วยให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนัก ความสนใจ ใส่ใจ และความร่วมมือของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

2. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลูกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือ หลังการดำเนินการแก้ไขปัญหาลูกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีภูมิลำเนาอำเภอบ่อเกลือและมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อเกลือ พบว่ามีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.69 เป็นร้อยละ 12.30 และในกลุ่มผู้รับบริการรวมที่มีภูมิลำเนาทั้ง 2 อำเภอและมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อเกลือ พบว่ามีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.80 เป็นร้อยละ 12.57 (ตารางที่ 6) อภิปรายได้ว่า ปัญหาเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเกิดจากสาเหตุหลายประการร่วมกัน โรงพยาบาลบ่อเกลือมีหญิงคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวนทั้งหมด 20 คน (มีภูมิลำเนาอำเภอบ่อเกลือ 16 คน และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ 4 คน) เมื่อพิจารณาลักษณะของหญิงคลอดกลุ่มดังกล่าว พบว่า อายุขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปีจำนวน 3 คนและอายุมากกว่า 40 ปีจำนวน 1 คน ส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตรจำนวน 14 คน มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้แก่ โลหิตจางขณะตั้งครรภ์จำนวน 2 คนและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยจำนวน 2 คน ประวัติการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาผิดปกติได้แก่ คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 คน ทารกตายในครรภ์จำนวน 1 คน และแท้งจำนวน 1 คน ตามลำดับ การฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุ 12 สัปดาห์จำนวน 7 คน การฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์จำนวน 16 คน ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 9 คน มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนจำนวน 19 คน และประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 8 ราย (ไม่นำเสนอข้อมูลในตาราง)

เมื่อพิจารณาลักษณะของหญิงคลอดข้างต้นพบว่า มีปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยส่งเสริมหลายประการที่ทำให้การคลอดทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สอดคล้องกับ ศิริกุล อิศรานุรักษ์⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่าปัญหาเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเกิดจากทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น อายุ ภาวะเตี้ย น้ำหนักนอวก่อนการตั้งครรภ์ และโรคประจำตัว ปัจจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อย และการปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ไม่ดี และปัจจัยด้านประชากร เช่น ระดับการศึกษาและเศรษฐานะต่ำ เป็นต้น⁽⁷⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงคลอดกลุ่มดังกล่าวมีการตั้งครรภ์แฝดจำนวน 3 คน การตั้งครรภ์แฝดนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า (intrauterine growth retardation หรือ IUGR) ทำให้ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่าปกติเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (small for gestational age) และการ

คลอดก่อนกำหนด⁽⁸⁾ สาเหตุ/ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ยากหรือต้องใช้ระยะเวลานานในการแก้ไข ทำให้การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในพื้นที่อำเภอบ่อเกลือที่ดำเนินการมาประมาณ 20 เดือนยังไม่ประสบผลสำเร็จ กล่าวคือ มีจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่าผลการแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ แต่การดำเนินการแก้ไขปัญหในพื้นที่ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกของการดำเนินงานแก้ไขปัญห บุคลากร/หน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน เชิญชวนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา แกนนำชุมชน และ อสม. เป็นต้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญห จัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อมูลที่สำคัญ การเชื่อมความร่วมมือ และการสร้างความตระหนักให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการแก้ไขดังกล่าวร่วมกัน รวมทั้งมีการจัดการความรู้ที่ได้จากการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ

3. ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาลูกอายุแรกเกิด - 5 ปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในพื้นที่อำเภอนเฉลิมพระเกียรติ พบว่าหลังการดำเนินการแก้ไขปัญห มีจำนวนเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 82.35 (ตารางที่ 7) อภิปรายได้ว่า อำเภอนเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน เป็นพื้นที่ภายใต้แผนภูฟ้าพัฒนาที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหามะเร็งท่อน้ำดีในเด็กและเยาวชน ซึ่งการที่จะให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้น ต้องดูแลตั้งแต่อยู่ในท้องแม่ โดยการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารเสริมที่เพียงพอด้วย อันจะส่งผลต่อเด็กแรกเกิดมามีร่างกายที่สมบูรณ์และมีน้ำหนักตามเกณฑ์

ส่วนปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ลดลง ได้แก่ ประเด็นที่ 1 การทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็ง โดยปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเป็นการทำงานเชิงรุก มีการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน ประการที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขมีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มากขึ้น ทำให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายเห็นความสำคัญในปัญหาดังกล่าว นำไปสู่ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยบางอย่างที่แก้ไขได้ยาก อาทิ ความเชื่อของชนเผ่าที่ห้ามรับประทานอาหารบางชนิด เช่น ไก่ ไข่ ปลาในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด และพ่อแม่/ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องปัญหาเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ไม่มากเท่าที่ควร รวมทั้งการมีเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ดี จึงยังทำให้ปัญหานี้ลดลงไม่มากเท่าที่ควร

4. ผลลัพธ์เชิงคุณภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอ 3 แห่งของจังหวัดน่าน ได้แก่ การมีธรรมนูญตำบล ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ในตำบล มีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพแม่และเด็ก มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในชุมชน และเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน (ตารางที่ 8) อภิปรายได้ว่า ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง และประชาชนในชุมชนนอกจากจะมองปัญหามาแม่และเด็กเป็นปัญหาในมิติด้านสุขภาพของแม่และเด็กที่สำคัญในชุมชนแล้ว ยังมองว่าปัญหานี้เป็นปัญหาในมิติด้านสังคมอีกด้วย จึงได้กำหนดและนำมาตรการต่างๆ ทางสังคมออกมาใช้ในชุมชน เพื่อให้เกิดการรับรู้อย่างทั่วถึงและการดำเนินการแก้ไขปัญหเป็นไปอย่างกว้างขวาง

การวิจัยนี้มีจุดเด่นคือ การให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และชุมชนที่มีความเข้มแข็งจะสามารถจัดการปัญหาภายในชุมชนได้ด้วยตนเองและเกิดความยั่งยืน ส่วนข้อจำกัดของการวิจัยคือ ประชาชนในบางพื้นที่เป็นชนเผ่า มีความแตกต่างทั้งในเรื่องการดำเนินชีวิต การสื่อสาร ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขต้องใช้เวลานานในการปรับเปลี่ยนเรื่องต่าง ๆ ข้างต้นเพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

การแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก ควรเป็นการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการ กล่าวคือ บุคลากรสาธารณสุขเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยดึงศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนและภาคีเครือข่ายมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอขอบคุณคณะกรรมการการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กอำเภอเชียงกลาง บ่อเกลือ และเฉลิมพระเกียรติ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนและภาคีเครือข่ายทุกหน่วยของทั้ง 3 อำเภอที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- (1) กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2561]. จาก: http://203.157.65.18/doh_info/web/uploads/pdf_624/uUQF-C1fnbyo6I-_qNVdcywCGeYJs2hJDpcC5hvW404i87ghBq6Z2YEKCqhlUjYeHgo6XRjQ0MyQOd6D-EjJxzbUu7dJufuOBOZG.pdf.
- (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือ. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ปีงบประมาณ 2558. 2558.
- (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. ระบบรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม กลุ่มรายงานมาตรฐาน: การส่งเสริมป้องกัน 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2060]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- (4) สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, ศรีสุรางค์ ภัทรคามินทร์. ปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าและการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(4):723-9.
- (5) โรงพยาบาลบ่อเกลือ. ข้อมูลเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อย ปี พ.ศ. 2556-2558 จากโปรแกรม HosXp โรงพยาบาลบ่อเกลือ. 2561.

- (6) ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2560 ม]. จาก:
http://hpc10.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2321.
- (7) ศิริกุล อิศรานุรักษ์. ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย : ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไม่ตก. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2549;4(1):67-79.
- (8) Dera A, Breborowicz GH, Keith L. Twin pregnancy – physiology, complications and the mode of delivery. Archives of Perinatal Medicine. 2007;13(3):7-16.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา

กุลปรียา กันจัน๊ะ วท.บ.และศ.บ.*, จีรนนท์ จันทร์ศิริ วท.บ.และศ.บ.*, พิษญาดา ใจสว่าง วท.บ.และศ.บ.*, รสสุคนธ์ ปัญญาทิพย์ วท.บ.และศ.บ.*, วรรณพร ยารณะ วท.บ.และศ.บ.*, สุปัตรา อินมี วท.บ.และศ.บ.*, ธนภัทร อิมรัง วท.บ.*, ณรงค์ ใจเที่ยง ส.ม.***, ศรีสุดา เจริญดี M.Phil.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากวรรณ บุชง เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2561 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 อายุระหว่าง 20-22 ปี ร้อยละ 59.5 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.0 อาศัยอยู่บ้านเช่าหรือหอพัก ร้อยละ 79.2 บิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.8 มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.8 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.2 ปัจจัยทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.3 และพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ ที่พักอาศัย สถานภาพครอบครัว ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ สรุปรูปร่างในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ที่พักอาศัย สถานภาพครอบครัว ปัจจัยทางทัศนคติ และปัจจัยทางสังคม ดังนั้นผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการรณรงค์ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรม, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, วัยรุ่น

*วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)และเศรษฐศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

***สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

****สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors Related to Alcohol Drinking Behavior among Teenager in Phayao Province

Kulpriya Kunjeena B.Sc. and B.Econ.*, Jeeranan Jansiri B.Sc. and B.Econ.*, Pichayada Jaisawang B.Sc. and B.Econ.*, Rotsukhon Panyatip B.Sc. and B.Econ.*, Wannaporn Yarana B.Sc. and B.Econ.*, Supattar Inmee B.Sc. and B.Econ.*, Thanaphat Aimrang B.Sc.**,
Narong Chaitiang M.P.H.***, Srisuda Charoendee M.Phil.****

Abstracts

This descriptive cross-sectional study aimed to examine alcohol drinking behavior and factors related to alcohol drinking behavior among teenager in Phayao province. A sample of 400 cases was drawn from cluster sampling method. Data were collected by using a tool, applied from Korrawan Bussabong's questionnaires, during August to October 2018. Data were analyzed by using descriptive study such as frequency, percentage, and Chi-square. The results revealed that most samples were female (64.8%), ages between 20-22 years (59.5%), monthly incomes about 5,000 baht and under (51.0%), and stayed in rent room or dormitory (79.2%). Parents were together (72.0%). About 17.8% of samples lived with underlying disease. Their knowledge and attitude were at moderate level with 47.8% and 75.2%, respectively. Social factors and alcohol drinking behavior were at high level with 49.3% and 64.3%, respectively. The research findings showed that gender, ages, stay, household relation, attitude and social factors were significantly related to alcohol drinking behavior at 0.05 level. Whereas, monthly incomes, underlying disease and knowledge were not related to alcohol drinking behavior. Conclusion, teenager in Phayao reported their alcohol drinking at high level. Factors related to alcohol drinking behavior including gender, ages, stay, household relation, attitude and social factors. Therefore, household, school and public health organization could do more campaign to decrease alcohol drinking behavior.

Keywords: factors; behavior; alcohol drinking; teenager

*Bachelor of Science Program in Public Health and Bachelor of Economics, School of Medicine, University of Phayao.

** Bachelor of Science Program in Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

***Lecturer, Department of Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

**** Lecturer, Department of Health Promotion , School of Medicine, University of Phayao.

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก มีการรายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิตจากทั่วโลก พบว่าการบาดเจ็บทำให้มีผู้เสียชีวิต 4.9 ล้านรายในปี 2559 โดย 1 ใน 4 มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงถึง 28.4 รายต่อประชากร 100,000 ราย⁽¹⁾ ด้านอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยนั้นพบว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 36.2 รายต่อประชากร 100,000 ราย จะเห็นได้ว่าประชาชนไทยมีความเสี่ยงเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในอัตราที่ค่อนข้างสูง⁽²⁾

สาเหตุในการบาดเจ็บจนเกิดอุบัติเหตุจราจรอันดับต้น ๆ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตจากทั่วโลกประมาณ 3.3 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นร้อยละ 5.9 สำหรับประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับที่ 78 ของโลก⁽²⁾ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ มักดื่มแบบนาน ๆ ครั้ง ซึ่งสูงถึงร้อยละ 60.1 อีกทั้งยังพบว่าในเพศหญิงดื่มมากกว่าเพศชาย โดยเฉลี่ยการดื่มแบบเป็นประจำในภาคกลางมีสัดส่วนประชากรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 44.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนประชากรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำที่สุดร้อยละ 36 ในส่วนของภาคเหนือมีค่าเฉลี่ย การดื่มแบบเป็นประจำร้อยละ 39.7 ซึ่งน้อยกว่าการดื่มแบบนาน ๆ ครั้งที่ยังร้อยละ 60.3⁽³⁾ สำหรับจังหวัดพะเยาจากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของสำนักงานพัฒนาชุมชนในหัวข้อคนในครัวเรือนไม่ดื่มสุรา (ยกเว้นการดื่มเป็นครั้งคราว) พบว่าอยู่ในอันดับที่ 25 ของประเทศ

แนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยในกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 เป็นนักดื่มหน้าใหม่หรือนักดื่มในปัจจุบัน (Current drinker) หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 18,641,721 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 ส่วนผู้ที่ไม่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและไม่ดื่มเลยในชีวิตจำนวน 26,408,827 คน คิดเป็นร้อยละ 48.2 และอีกส่วนหนึ่งคือประชากร 9,710,549 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 เป็นผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยมีการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่อายุ 20.8 ปี ในวัยรุ่นผู้ชายจะเริ่มดื่มเร็วกว่าวัยรุ่นผู้หญิง⁽³⁾ เหตุผลในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชายและหญิงนั้นคือ การดื่มเพื่อเข้าสังคมเพื่อการสังสรรค์ คิดเป็นร้อยละ 41.9 รองลงมาคือการเลียนแบบเพื่อน เพื่อนชวนดื่ม คิดเป็นร้อยละ 27.3 และอยากรู้รสชาติลองดื่ม คิดเป็นร้อยละ 24.4 โดยประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ สุราสี/สุราแดงที่มีราคาถูก สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน สุราสี/สุราแดงที่มีราคาแพง และไวน์คูลเลอร์/สุราผสมน้ำผลไม้/เหล้าปั่น ตามลำดับ⁽⁴⁾

จะเห็นได้ว่าช่วงอายุในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลง จากการที่วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการความเป็นอิสระ อยากรู้รสชาติลอง มีความคิดเป็นของตนเองมากขึ้น ต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากฤทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอาการมึนเมา ทำให้ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง เกิดอาการง่วงซึม เมารถเมา ขับรถเกิดอุบัติเหตุและวิวาท พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่ได้ป้องกัน จนเกิดการตั้งครรภ์ในที่สุด⁽⁴⁾ การเกิดอุบัติเหตุหรือการดื่ม

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สะสมมาเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งตัว ระบบประสาท การเกิดโรคต่าง ๆ ปัญหาทางด้านการเรียน จนนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสังคม

จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา” เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา

วิธีและวิธีการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จากประชากรวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 17-25 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา โดยสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) จำนวนประชากรทั้งหมด 52,978 คน ตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเลือกประชากรวัยรุ่นประมาณ 398 คน คำนวณได้จากสูตรของ Taro Yamane โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5⁽⁵⁾ จัดเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2561 ในที่นี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบหรือกรอกข้อมูลไม่ถูกต้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตสาขาสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน⁽⁶⁾ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยทางทัศนคติและปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา ผ่านการตรวจประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.76 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.951 วิเคราะห์ทางสถิติใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้พิจารณาและมีมติรับรองเลขที่โครงการ 2/085/61 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผล/ผลการดำเนินงาน

จากการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไปพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 259 คน ร้อยละ 64.8 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-22 ปี จำนวน 238 คน ร้อยละ 59.5 รองลงมาอายุ 17-19 ปี จำนวน 140 คน ร้อยละ 35.0 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 204 คน ร้อยละ 51.0 รองลงมาคือ 5,000-7,000 บาทต่อเดือน จำนวน 112 คน ร้อยละ 28.0 ที่พักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเช่า/หอพัก จำนวน 317 คน ร้อยละ 79.2 และอาศัยอยู่บ้าน จำนวน 83 คน ร้อยละ 20.8 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่บิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 288 คน ร้อยละ 72.0 บิดาและมารดาหย่าร้าง จำนวน 78 คน ร้อยละ 19.5 และบิดาหรือมารดาถึงแก่กรรม จำนวน 34 คน ร้อยละ 8.5 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 329 คน ร้อยละ 82.2 และมีโรคประจำตัว จำนวน 71 คน ร้อยละ 17.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ความรู้			
ระดับสูง	(38.68 คะแนน ขึ้นไป)	95	23.8
ระดับปานกลาง	(33.34 - 38.67 คะแนน)	191	47.8
ระดับต่ำ	(28.00 - 33.33 คะแนน)	114	28.4
Min = 28 Max = 44 Mean = 36.2 S.D. = 3.9			
รวม		400	100.0
ทัศนคติ			
ระดับสูง	(61 คะแนน ขึ้นไป)	5	1.3
ระดับปานกลาง	(47 - 60 คะแนน)	301	75.2
ระดับต่ำ	(33 - 46 คะแนน)	94	23.5
Min = 33 Max = 75 Mean = 56.6 S.D. = 6.3			
รวม		400	100.0
สังคม			
ระดับสูง	(55 คะแนน ขึ้นไป)	197	49.3
ระดับปานกลาง	(35 - 54 คะแนน)	143	35.7
ระดับต่ำ	(15 - 34 คะแนน)	60	15.0
Min = 15 Max = 75 Mean = 36.1 S.D. = 16.5			
รวม		400	100.0
พฤติกรรม			
ระดับสูง	(51.68 คะแนน ขึ้นไป)	257	64.3
ระดับปานกลาง	(33.34 - 51.67 คะแนน)	99	24.7
ระดับต่ำ	(15.00 - 33.33 คะแนน)	44	11.0
Min = 15 Max = 70 Mean = 30.5 S.D. = 14.7			
รวม		400	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 191 คน ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 114 คน ร้อยละ 28.4 และมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง จำนวน 95 คน ร้อยละ 23.8 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 301 คน ร้อยละ 75.2 รองลงมาคือมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 94 คน ร้อยละ 23.5 และมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง จำนวน 5 คน ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง จำนวน 97 คน ร้อยละ 49.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 143 คน ร้อยละ 35.7 และระดับต่ำ จำนวน 60 คน ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 257 คน ร้อยละ 64.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 99 คน ร้อยละ 24.7 และระดับต่ำ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 44 คน ร้อยละ 11.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.7 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ จำนวน 190 คน ร้อยละ 48 รองลงมาคือเหล้าสี จำนวน 130 คน ร้อยละ 33 และเหล้าปั่น จำนวน 80 คน ร้อยละ 19

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดื่ม			จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P-value
	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	67(47.5)	48(34.0)	26(18.5)	141(100.0)	28.044	0.001**
หญิง	190(73.4)	51(19.7)	18(6.9)	259(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
อายุ						
17 – 19 ปี	85 (60.7)	22 (15.7)	33 (23.6)	140(100.0)	41.800	0.001**
20 – 22 ปี	160 (67.2)	67 (28.2)	11 (4.6)	238(100.0)		
23 – 25 ปี	12 (54.5)	10 (45.5)	0 (0.0)	22(100.0)		
Min = 17-19 ปี	Max = 23-25 ปี	Mean = 1.71(17-22ปี)		S.D. = 0.565		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการดื่ม						
ปัจจัย	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P-value
รายได้ต่อเดือน						
(บาท)						
ต่ำกว่า 5,000	134 (65.7)	41 (20.1)	29 (14.2)	204(100.0)	8.234	0.083
5,000-7,000	71 (63.4)	34 (30.4)	7 (6.2)	112(100.0)		
7,000 ขึ้นไป	52 (61.9)	24 (28.6)	8 (9.5)	84 (100.0)		
Min=ต่ำกว่า5,000บาท Max=7,000บาทขึ้นไป Mean=1.90(ต่ำกว่า5,000-7,000บาท)S.D. = 1.256						
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
ที่พักอาศัย						
บ้าน	47 (56.6)	17 (20.5)	19 (22.9)	83(100.0)	15.182	0.001**
บ้านเช่า/หอพัก	210 (66.2)	82 (25.9)	25 (7.9)	317(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
สถานภาพ						
ครอบครัว						
บิดา-มารดา อยู่ด้วยกัน	196 (68.1)	65 (22.5)	27 (9.4)	288(100.0)	6.764	0.034*
บิดา-มารดาหย่า ร้าง /	61 (54.5)	34 (30.3)	17(15.2)	112(100.0)		
บิดา-มารดาถึงแก่ กรรม						
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
โรคประจำตัว						
มี	40 (56.3)	23 (32.4)	8 (11.3)	71(100.0)	2.885	0.236
ไม่มี	217 (66.0)	76 (23.1)	36 (10.9)	329(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	พฤติกรรมการดื่ม			จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P-value
	ระดับสูง	ระดับ	ระดับต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ ละ)			
ปัจจัยด้านความรู้						
ระดับต่ำ	57 (60.0)	30 (31.6)	8 (8.4)	95(100.0)	7.935	0.094
ระดับปานกลาง	123 (64.4)	40 (20.9)	28 (14.7)	191(100.0)		
ระดับสูง	77 (67.5)	29 (25.4)	8 (7.1)	114(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
ปัจจัยทางทัศนคติ						
ระดับต่ำ/ระดับ						
ปานกลาง	179 (61.9)	81 (28.1)	29 (10.0)	289(100.0)	6.270	0.044*
ระดับสูง	78 (70.3)	18 (16.2)	15 (13.5)	111(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		
ปัจจัยทางสังคม						
ระดับต่ำ	3 (5.0)	18 (30.0)	39 (65.0)	60(100.0)	346.767	0.001**
ระดับปานกลาง	64 (44.8)	76 (53.1)	3 (2.1)	143(100.0)		
ระดับสูง	190 (96.4)	5 (2.5)	2 (1.1)	197(100.0)		
รวม	257(64.3)	99(24.7)	44(11.0)	400(100.0)		

หมายเหตุ : *p-value $\leq$ 0.05, ** p-value $\leq$ 0.001

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ที่พักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 สถานภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และปัจจัยทางทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนรายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวและปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา

วิจารณ์และสรุปผล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า เพศ อายุ ที่พักอาศัย และสถานภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลลัพธ์การเติบแอลกอฮอล์ความคาดหวังและแรงจูงใจในการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ที่มีส่วนร่วมเป็นสื่อกลางระหว่างการแสวงหาการสัมผัสการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยรุ่น พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ คือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ก็จะหนักขึ้น และสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเติบเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหมู่บ้านมะนาว ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่จังหวัดตราด พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเติบเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในหมู่บ้านมะนาว ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่จังหวัดตราด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อย่างไรก็ตามพบว่า รายได้ต่อเดือนและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเติบแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าอิทธิพลที่มีผลต่อการเติบแอลกอฮอล์อาจมาจากยี่ห้อสินค้า ราคาถูกกว่าผลิตภัณฑ์ชนิดอื่นก็ถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้ยังไม่มีรายได้ที่มั่นคง อีกทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องความชุกของการสูบบุหรี่และการเติบแอลกอฮอล์ในรูปแบบที่ไม่ถูกต้องรวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย พบว่าผู้เติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตรายมีความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างรายได้ และสอดคล้องผลการวิจัย⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์และผลกระทบด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน ตำบลแม่กา อำเภอมืองจังหวัดพะเยา พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์

พบว่าปัจจัยด้านความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา โดยมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.8 วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกันจากแหล่งความรู้อื่น ๆ สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเติบเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหมู่บ้านมะนาว ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่าความรู้เกี่ยวกับเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ การเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัวและการหาได้ง่ายของเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเติบเครื่องเติบที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น และสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอยะรังจังหวัดพะเยา พบว่าความรู้เกี่ยวกับเครื่องเติบแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องเติบแอลกอฮอล์

พบว่าปัจจัยทางทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา โดยมีทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.2 วัยรุ่นคิดว่าเครื่องเติบแอลกอฮอล์ไม่ใช่สารเสพติดและไม่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวของวัยรุ่น จึงมีแนวโน้มที่จะเติบเครื่องเติบแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหมู่บ้านมะนาว ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่าวัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าทักษะคิดต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่านิสิตส่วนใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลเสียต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เกิดการทะเลาะวิวาท และมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทำการศึกษาที่ประเทศอังกฤษ พบว่า นักศึกษาคิดว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อตนก็จะทำให้ดื่มมากขึ้น และ สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่าปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นใน จังหวัดพะเยา โดยมีปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.3 วัยรุ่นมักมีแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากคำชักชวนของเพื่อนและดื่มเพื่อเข้าสังคมซึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติ ของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่าความกังวลในการเข้าสังคมมีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบผิดปกติของวัยรุ่นชาย การมีเพื่อนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบผิดปกติของวัยรุ่นหญิง สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยทำการศึกษาที่ประเทศอังกฤษ พบว่านักศึกษาเป็นกลุ่มที่มีเครือข่ายทางสังคมมาก อยู่ในช่วงของวัยรุ่นและวัยเรียนที่มีความอยากรู้อยากลอง จึงทำให้นักศึกษามีแรงจูงใจส่งเสริม แรงจูงใจ คล้อยตาม และแรงจูงใจทางสังคมในการดื่มมาก ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดื่มและเกิดปัญหาจาก การดื่มตามมา เพราะไม่สามารถหักห้ามใจตนเองไม่ให้ดื่มได้และนักศึกษาขาดการไตร่ตรองยังคิด สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน วัยรุ่น พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเกิดจากการชักชวนของกลุ่มเพื่อน หรือเกิดจากการ เลียนแบบตามกลุ่มเพื่อนและสังคม หรือหากคนส่วนมากมีพฤติกรรมการดื่มแนวโน้มที่วัยรุ่นจะดื่มก็จะ สูงขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องความคาดหวังในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความ วิทกทางสังคมจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าความคาดหวังในเชิงบวกมีผลต่อการลดความวิตก กังวลทางสังคมและมีจำนวนของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากการการปฏิเธรการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะทำให้แรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมการดื่มที่เป็นอันตรายลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽⁷⁾ ที่ศึกษา เรื่องผลลัพธ์การดื่มแอลกอฮอล์ความคาดหวังและแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีส่วนร่วม เป็นสื่อกลางระหว่างการศึกษาหาการสัมผัสการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มวัยรุ่น พบว่าผลที่เกิดขึ้น ระหว่างการแสวงหาการสัมผัสกับแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสื่อกลางนำไปสู่การ

ตัดสินใจดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁹⁾ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการดื่มเป็นตัวกำหนด ซึ่งแรงจูงใจในการดื่มมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกก็มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสอดคล้องกับผลการวิจัย⁽¹⁴⁾ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่านิสิตส่วนใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลเสียต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และเกิดการทะเลาะวิวาท มีสาเหตุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสังสรรค์/เข้าสังคม โดยดื่มกับเพื่อน ดื่มที่สถานบันเทิง และดื่มในโอกาสงานเลี้ยงฉลองและเทศกาลต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการรณรงค์ ลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการให้ความรู้กับผู้ปกครองว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุตรและปลูกฝังทัศนคติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ณรงค์ ใจเที่ยงและอาจารย์ศรีสุตา เจริญดี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของงานวิจัยฉบับนี้ และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- (1) World Health Organization. Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva: Switzerland; 2016.
- (2) Organization WH. Global status report on alcohol and health 2014 ; 2014 [cited 27 August 2018]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- (3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 27 สิงหาคม 2561]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surveylist.html>.
- (4) อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัมฉนังค์กรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
- (5) อีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.

- (6) กรวรรณ บุษบง. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตสาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
- (7) Robert Urban et al. Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behavior*. 2008;33:1344-52.
- (8) จินตนา เย็นจำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหมู่บ้านมะนาว ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. ตราด: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไร่; 2553.
- (9) กัณต์กนิษฐ์ ผลแจ้ง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขต กรุงเทพมหานคร. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2555.
- (10) Aekplakorn W et al. Tobacco and hazardous or harmful alcohol use in Thailand: Joint prevalence and associations with socioeconomic factors. *Addictive Behaviors*. 2008;33:503-14.
- (11) คณินุช วโรธรรม. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ ด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2560.
- (12) ศุภักษร มูลศรี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2558.
- (13) ปญฺญิธ ดุคสุขแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2558.
- (14) ประไพรัตน์ คาวินวิทย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
- (15) Adams Z. W et al. Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors*. 2012;37(7):848-55.
- (16) อุทัยทิพย์ จันท์เพ็ญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติของวัยรุ่นในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- (17) Anderson K et al. To drink or not to drink: Motives and expectancies for use and nonuse in adolescence. *Addictive Behaviors*. 2011;36(10):972-9.
- (18) Black J.J et al. Alcohol expectancies and social self-efficacy as mediators of differential intervention outcomes for college hazardous drinkers with social anxiety. *Addictive Behaviors*. 2012;37(3):248-55.
- (19) สุชาดา กรเพชรปานิและพุลพงศ์ สุขสว่าง. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*. 2556;11(1):45-55.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา

ธิดิมา พูลประเสริฐ วท.บ.*, คันธมาทน์ ท่างาม วท.บ.*, ณัฏชา ระมั่ง วท.บ.*, ทศนีย์ พวงผกา วท.บ.*, ธนพล เทพหลุ่ม วท.บ.*, สมฤทัย สายตาต่อม วท.บ.*, ณรงค์ ใจเที่ยง ส.ม.** , ศรีสุดา เจริญดี M.Phil.*** , สรวิต บุญญฐิติ พ.บ.****

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 อายุระหว่าง 20-21 ปี ร้อยละ 38.0 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 69.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 57.5 ไม่ทำงานพิเศษ ร้อยละ 87.0 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-7,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.0 ดื่มสุรา ร้อยละ 66.2 ไม่เคยใช้สถานเริงรมย์ ร้อยละ 59.5 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5 ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 ปัจจัยเสริมระดับสูง ร้อยละ 45.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ทำงานพิเศษ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานเริงรมย์ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายได้ต่อเดือน ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนที่พหุอาศัย และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ สรุป วัยรุ่นในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง และพฤติกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ทำงานพิเศษ รายได้ต่อเดือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานเริงรมย์ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ดังนั้นผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธี

คำสำคัญ: ถุงยางอนามัย / วัยรุ่น / จังหวัดพะเยา

*วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

***สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

****สาขาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors related to condom use among adolescents in Phayao province

Thitima Punprasoe B.Sc.*, Kanthamat Tamngam B.Sc.** ,Natcha Ramang B.Sc.* ,
Tassanee Phungphaka B.Sc.* , Thanaphon Theplum B.Sc.* , Somruethai saitatom B.Sc.* ,
Narong Chaitiang M.P.H.** , Srisuda Charoendee M.Phil.*** , Sorawit Boonyathee M.D.****

Abstracts

This descriptive cross-sectional study aimed to examine factors related to condom use among adolescents in Phayao province. A sample of 400 cases was drawn from simple sampling method. Data were collected through questionnaires during August to October 2018. Data were analyzed by using frequency, percentage, average, standard deviation, and Chi-square statistics. The result revealed that most samples were male (58.5%), ages between 20-21 years (38.0%), undergraduate educational level (69.0%), single (57.5%), no part time job (87.0%), monthly incomes between 5,001-7,500 baht (38.0%), drinking (66.2%), and no experience at the entertainment (59.5%). Most of them had knowledge at high level (71.5%), attitude at moderate level (52.5%), enabling factors at moderate level (48.3%), and reinforcing factors at high level (45.8%). The research findings showed that gender, ages, educational level, status, part-time job, income, alcoholic beverages, entertainment, and enabling factors were statistic significantly related to condom use at 0.001 level as well as income and knowledge were statistic significantly related to condom use at 0.05 level. However, accommodation and underlying disease were not related to condom use. Conclusion, adolescents in Phayao reported their condom used behavior at high level. Factors related to this behavior including gender, ages, educational level, status, part-time job, income, alcoholic beverages, entertainment, knowledge, attitude, enabling factor, predisposing factor, and reinforcing factor. Therefore, parents, school and public health organization should do more campaign to promote condom used behavior.

Keywords: Condom /Teenager / Phayao province

* Bachelor of Science Program in Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

**Lecturer, Department of Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

*** Lecturer, Department of Health Promotion , School of Medicine, University of Phayao

**** Lecturer, Department of Medicine , School of Medicine, University of Phayao

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรที่มีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-25 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากในการติดเชื้อ STD และร้อยละ 25 ของประชากรที่มีเพศสัมพันธ์แล้วคือกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-25 ปี ในประเทศไทยอัตราการการติดเชื้อ STD และ HIV/AIDS กำลังสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นไทยเช่นเดียวกันที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์บ่อย มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและส่วนใหญ่มีการทำแท้ง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการเป็นมะเร็งทางอวัยวะสืบพันธุ์ การตายคลอดของทารกและการติดเชื้อ HIV/AIDS

เด็กและเยาวชนถือเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต แต่ในสภาพสังคมไทยปัจจุบันมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลกระทบที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชนไทย พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันออกนอกกรอบดั้งเดิมมากขึ้นทุกที่เช่น การเลือกคู่ครองจะถือเอาความรักเป็นสำคัญ ไม่ชอบการคลุมถุงชน การคบเพื่อนต่างเพศเป็นไปอย่างอิสระเสรี เพราะเห็นว่าไม่ใช่เรื่องน่าละอาย หญิงสาวให้ความสำคัญในการครองตัวเป็นหญิงพรหมจรรย์ถึงวันแต่งงานน้อยลง ประกอบกับความเข้าใจ ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเพศ ทำให้วัยรุ่น มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การสำส่อนทางเพศ การเป่ย์งเบนทางเพศ เช่น การรักร่วมเพศ เป็นต้น และเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และปัญหาการทำแท้งที่ตามมา

จากการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แม้จะพบว่า โดยภาพรวมวัยรุ่นไทยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 15-25 ปี ร้อยละ 31.4 เคยใช้ถุงยางอนามัยขณะ มีเพศสัมพันธ์ แต่กลับมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น กล่าวคือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเคยใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 42.0 แต่กลับลดเหลือร้อยละ 28.4 ในกลุ่มอายุ 20-25 ปี⁽¹⁾ ต่อมากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการผลักดัน“ยุทธศาสตร์รณรงค์อนามัยแห่งชาติ ฉบับที่ 1” โดยจะเริ่มใช้ในปี 2558-2562 ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมการยอมรับลดอคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น(2)การส่งเสริมการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น (3)การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและการควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย(4)การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและ(5)การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมการดำเนินการใช้ถุงยางอนามัยโดยได้มีการส่งเสริมความรู้สร้างเสริมทักษะชีวิตให้กับนักเรียนมีการจัดตั้งจุดบริการถุงยางอนามัยในสถานที่ต่าง ๆ สถานการณ์การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ HIV ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV ว่า ในปี 2559 พบการติดเชื้อHIV ในกลุ่มอายุ 15-25 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.86 ในกลุ่มชายตรวจหาโรคและพบติดเชื้อHIV ในกลุ่มบริจาคโลหิต จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.37 โดยเยาวชนขาดความตระหนักเรื่องพฤติกรรมทางเพศและการป้องกันโรคซึ่งพบว่าในปี 2559 วัยรุ่นมีความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรักน้อยมากคือกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก เพียงร้อยละ 35.71 ในขณะที่กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 50 กลุ่มนักเรียน

ชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 กลุ่มนักเรียนหญิง กลุ่ม ปวช.ชั้นปีที่ 2 ชายกลุ่มปวช.ชั้นปีที่ 2 หญิงกลุ่มคนงานชาย กลุ่มคนงานหญิง และกลุ่มทหารเกณฑ์ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่รู้จักกันแบบผัวเมีย ร้อยละ 47.74 , 55.65 , 37.10 , 11.79 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและการขาดการป้องกันที่ถูกต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เป็นสัญญาณที่สำคัญที่กลุ่มเยาวชนพึงตระหนักเป็นอย่างยิ่ง⁽²⁾

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยาทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยศึกษาจากปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและ ปัจจัยเสริม ว่ามีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร รวมทั้งทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการแก้ไขปัญหาในงานสาธารณสุขต่อไป

วิธีและวิธีการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จากประชากรวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18-25 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา โดยสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเลือกประชากรวัยรุ่นประมาณ 400 คน คำนวณได้จากสูตรของ Taro Yamane⁽³⁾ โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ในที่นี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บแบบสอบถามจำนวน 400 ชุด การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประยุกต์มาจากแบบสอบถามของชาญชัย บัวผัน โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมด้านการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try Out) จำนวน 30 คน วิเคราะห์ทางสถิติใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย ปัจจัยเอื้อโดยศึกษาจากราคา ความสะดวกในการซื้อถุงยางอนามัย และด้านปัจจัยเสริมศึกษามาจากกระแสข่าวยุติการรวมทั้งกลุ่มเพื่อนของกลุ่มตัวอย่างและสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผล/ผลการดำเนินงาน

จากการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไปพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-21 ปี ร้อยละ 38.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 18-19 ปี ร้อยละ 33.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 21.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.5 ที่พักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก ร้อยละ 71.5 ทำงานพิเศษส่วนใหญ่ไม่ทำงานพิเศษ ร้อยละ 87.0 รายรับต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายรับต่อเดือนระหว่าง 5,001-7,500 บาท ร้อยละ 38.0 รองลงมา มีรายรับต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 37.0 โรคประจำตัวพบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 9.2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าดื่มสุรา ร้อยละ

66.2 สถานะเรณิมย์พบว่าไม่เคยใช้บริการสถานเรณิมย์ ร้อยละ 59.5 และการใช้ถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 63.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย

ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัย		จำนวน (n = 400)	ร้อยละ
ความรู้			
ระดับสูง	(36.34 คะแนน ขึ้นไป)	286	71.5
ระดับปานกลาง	(27.67 – 36.33 คะแนน)	105	26.3
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 27.66 คะแนน)	9	2.2
รวม		400	100.0
ปัจจัยนำ			
ระดับสูง	(57.68 คะแนน ขึ้นไป)	99	24.8
ระดับปานกลาง	(45.34 – 57.67 คะแนน)	210	52.5
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 45.33 คะแนน)	91	22.7
รวม		400	100.0
ปัจจัยเอื้อ			
ระดับสูง	(55 คะแนน ขึ้นไป)	178	44.5
ระดับปานกลาง	(35 – 54 คะแนน)	193	48.3
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 34 คะแนน)	29	7.2
รวม		400	100.0
ปัจจัยเสริม			
ระดับสูง	(55 คะแนน ขึ้นไป)	183	45.8
ระดับปานกลาง	(35 – 54 คะแนน)	181	45.2
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 34 คะแนน)	36	9.0
รวม		400	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัจจัยนำต่อการ ใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ มีปัจจัยนำต่อการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 24.8 และ มีปัจจัยนำต่อการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 22.7 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 51.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัย อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.3 รองลงมาคือมีปัจจัยเอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีปัจจัยเสริม เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 45.8 รองลงมาคือ ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการใช้ถุงยาง อนามัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.2 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 36.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
เพศ				72.857	0.001**
ชาย	163(69.7)	26(11.1)	45(19.2)		
หญิง	54(32.5)	11(6.6)	101(60.8)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
อายุ				27.335	0.001**
18 – 19 ปี	62(47.0)	8(6.1)	62(47.0)		
20 – 21 ปี	77(50.7)	21(13.8)	54(35.5)		
22 – 23 ปี	52(59.8)	6(6.9)	29(33.3)		
24 – 25 ปี	26(89.7)	2(6.9)	1(3.4)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
การศึกษา				27.615	0.001**
มัธยมศึกษา/ปวช.	53(62.4)	7(8.2)	25(29.4)		
อนุปริญญา/ปวส.	32(82.1)	6(15.4)	1(2.6)		
ปริญญาตรี	132(47.8)	24(8.7)	120(43.5)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
สถานภาพ				51.235	0.001**
โสด	95(41.3)	17(7.4)	118(51.3)		
มีแฟน	122(71.8)	20(11.8)	28(16.5)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
ที่พักอาศัย				0.352	0.839
บิดามารดาและญาติ	63(55.3)	9(7.9)	42(36.8)		
หอพัก	154(53.8)	28(9.8)	104(36.4)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		

งานพิเศษ				14.271	0.001**
ทำ	37(71.2)	8(15.4)	7(13.5)		
ไม่ทำ	180(51.7)	29(8.3)	139(39.9)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
รายรับต่อเดือน				15.855	0.015*
ต่ำกว่า 5,000	66(44.6)	15(10.1)	67(45.3)		
5,001-7,500	87(57.2)	10(6.6)	55(36.2)		
7,501-10,000	48(66.7)	7(9.7)	17(23.6)		
10,001 ขึ้นไป	16(57.1)	5(17.9)	7(25.0)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
โรคประจำตัว				0.126	0.939
มี	21(56.8)	3(8.1)	13(35.1)		
ไม่มี	196(54.0)	34(9.4)	133(36.6)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
การดื่มสุรา				72.857	0.001**
ดื่ม	180(67.9)	31(11.7)	54(20.4)		
ไม่ดื่ม	37(27.4)	6(4.4)	92(68.1)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
สถานเริงรมย์				33.505	0.001**
เคย	109(67.3)	21(13.0)	32(19.8)		
ไม่เคย	108(45.4)	16(6.7)	114(47.9)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
ความรู้				6.355	0.042*
ระดับสูง	55(48.2)	7(6.1)	52(49.5)		
ระดับปานกลางและต่ำ	162(56.6)	30(10.5)	94(32.9)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
ทัศนคติ				6.355	0.042*
ระดับสูง	53(58.2)	8(8.8)	30(33.0)		
ระดับปานกลาง	110(52.4)	22(10.5)	78(37.1)		
ระดับต่ำ	54(54.5)	7(7.1)	38(38.4)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		

ปัจจัยเอื้อ				84.800	0.001**
ระดับสูง	21(72.4)	3(10.3)	5(17.2)		
ระดับปานกลาง	137(71.0)	24(12.4)	32(16.6)		
ระดับต่ำ	59(33.1)	10(5.6)	109(61.2)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
ปัจจัยเสริม				53.988	0.001**
ระดับสูง	27(75.0)	2(5.6)	7(19.4)		
ระดับปานกลาง	124(68.5)	19(10.5)	38(21.0)		
ระดับต่ำ	66(36.1)	16(8.7)	101(55.2)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		

หมายเหตุ * $P\text{-value} \leq 0.05$ ** $P\text{-value} \leq 0.001$

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ งานพิเศษ การดื่มสุรา สถานะเริ่รรมย์ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับรายได้ต่อเดือน ความรู้ ทศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนโรคประจำตัว ที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นการยอมรับสมมติฐานเป็นบางส่วน

วิจารณ์และสรุปผล

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ สถานะเริ่รรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์⁽⁵⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยกำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า เพศ และสถานะเริ่รรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์

อายุ การศึกษา รายรับต่อเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการทำงานพิเศษมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ สิริชัย มาตรศรี และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นไทย พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับ บังอร เทพเทียน และ ปรีดา ตาสี⁽⁷⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ปวช. ปีที่ 2 ในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2547-พ.ศ.2551) พบว่า แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ที่ให้นักเรียนมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดน้อยลง และสอดคล้องกับ Thankian, Kusathan et al.⁽⁸⁾ The aim of this paper is to determine socio-economic and demographic factors that influence gender differentials in consistent use of condoms among young people in Zambia

results revealed a relationship between age, gender, place of location, socio- economic background, employment status, level of education media exposure, alcohol consumption.

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ พจนา หันจางสิทธิ์ และ กาญจนา เทียนสาย⁽⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIVและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย สํารวจใน 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร อุดรธานี เพชรบุรี นครสวรรค์และพัทลุง พบว่า และสอดคล้องกับ Abraha G Silassie et al.⁽¹⁰⁾ The aim of this paper is to knowledge, attitude and practice of condom utilization among Axum Preparatory school students result Majority of the participants 315 (90.8%) indicated that they heard and knew that about condom. The majority of the respondents 194 (55.5%) they indicated that there was no supply of male condom from their school, but 40 (11.5%) indicated that they have access.

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ สุณิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาระดับความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยและทางกฎหมายของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่านิสิตเห็นด้วยมากที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 66.5 การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับ พจนา หันจางสิทธิ์ และ กาญจนา เทียนสาย⁽⁹⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIVและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย สํารวจใน 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร อุดรธานี เพชรบุรี นครสวรรค์และพัทลุง พบว่า การมีทัศนคติต่อถุงยางอนามัยในเชิงบวกแต่ไม่ได้ช่วยให้นักเรียนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์⁽⁵⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยกำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ต่อการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงคนรักได้ร้อยละ 32 กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่หญิงคนรักหรือหญิงบริการทางเพศได้ร้อยละ 33 และกับหญิงบริการทางเพศได้ ร้อยละ 42 และสอดคล้องกับ วนิดา ปาวรีย์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนวัดสี่ลูก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ สมิทธิ์ บุญชุติมา และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนชาวไทยต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันควบคุมโรค พบว่าประชาชนวัยกลางคนและผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่พกถุงยางอนามัยติดตัวและคิดว่าคนในครอบครัว หรือผู้ปกครองควรสอนให้บุตรหลานของตนตั้งแต่วัยมัธยมศึกษาตอนต้นให้รู้จักวิธีใช้และพกถุงยางอนามัยติดตัว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนการติดตั้งเครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัยราคาถูกในชุมชน เพราะถ้าคนในชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับถุงยางอนามัยก็จะลดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. ควรสนับสนุนการกระจายถุงยางอนามัยฟรีลงสู่กลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการไม่ใช้ถุงยางอนามัยโดย ผ่านแกนนำของกลุ่มเป้าหมาย เช่น แกนนำชุมชน แกนนำเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุข และจัดสถานที่ที่ขอรับบริการถุงยางอนามัยฟรีได้สะดวกเข้าถึงได้ง่าย
3. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองตลอดจนความเสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ณรงค์ ใจเที่ยงและอาจารย์ศรีสุดา เจริญดี อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของงานวิจัยฉบับนี้ และผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. แนวคิดการณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ เนื่องในวันวาเลนไทน์ 14 กุมภาพันธ์ 2561 2561 [Available from: http://thainews.prd.go.th/website_th/archive/print_news/WNSOC6102060010076?fbclid=IwAR10wwCJ6PzBmQw_8iQEEiiJsEzwR4rXdap-GsOcN_VZqdCvh-Hjq-aJLz0.
- (2) Yamane, Taro Statistic : An Introductory Analysis. New York: Harper & row; 1967.
- (3) ชัยชาญ บั้วพันธ์ ปริยกุล รัชกุล และณัฐพัชร บั้วบุญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2561; 34(2):62-73.
- (4) จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยกำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุตรดิตถ์. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร. 2557;16(2):1-11.
- (5) สิริชัย มาตรศรี. ลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นไทย [บริหารธุรกิจบัณฑิต]: มหาวิทยาลัยจันทรเกษม; 2555.
- (6) บังอร เทพเทียน และปรินดา ตาสี. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอของนักเรียนในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551). วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2551;6(3):1-16.
- (7) Thankian K, Mwaba SO, Menon AJ, Jere-Folotiya J. Gender Differentials in Consistent Condom Use among Young People in Zambia. African Research Review. 2017;11(4):110-22.

- (8) พจนา หันจางสิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558;45(3):272-84.
- (9) Silassie A, Giorgis M, Kahsay N, Fisaha Y, Zerihun Z, Tadesse K. Knowledge, attitude and practice of condom utilization among Axum preparatory school students. *Journal of AIDS & Clinical Research*. 2016;7(4):1-6.
- (10) สุณิรัตน์ ยิ่งยืน อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ ธิดารัตน์ สมดี และสุวิมล สงกลาง. ความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2553;29(4):421-7.
- (11) วนิดา ปาวรีย์. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนวัดสี่ลูก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท). 2557;20(2):148-57.
- (12) สมิทธิ บุญชูติมา กิรติ คเชนทวา และอัจฉรา บุญชุม. ทศนคติของประชาชนชาวไทยต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันควบคุมโรค. ประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 2558 คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (9 มิถุนายน 2558) 2558;8(2):1-17.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยา

นีนธออน หาดอ่อน¹ ศรีสุดา เจริญดี² ณรงค์ ใจเที่ยง³ สมคิด จูหว้า⁴ ชัยวัฒน์ แสงศรีจันทร์⁵ ภูมิพัทธ์ วงศ์เรือง⁶

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-6 ปี จำนวน 330 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมแบบสอบถามระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 50.9 พบว่ามีระดับความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.4 ทักษะคิดในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 และพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.044 อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.045 รายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 และอันดับสุดท้ายคือ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วน เพศ โรคประจำตัว ผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ความรู้ ทักษะคิด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สรุป เด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ระดับสูง ดังนั้นผู้ปกครอง โรงเรียน และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน

คำสำคัญ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, สุขบัญญัติ 10 ประการ, เด็กก่อนวัยเรียน

นิสิตการส่งเสริมสุขภาพ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา¹

อาจารย์ประจำสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา²

อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา³

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา⁴

อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา⁵

อาจารย์ประจำสาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา⁶

factors related to health care behaviors based on 10 National health recommendations among preschool children in Phayao Province

Neentuan hadon¹, Srisuda Charoendee², Narong Chaitiang³, Somkid Juwa⁴ Chaiwat Sangsrichan⁵, Patipat Vongruang⁶

Abstracts

This descriptive cross-sectional study aimed to indicate health care behaviors and factors related to health care behaviors based on 10 National health recommendations among preschool children in Phayao Province. A sample of 330 cases was drawn from preschool children age 3 to 6 years by accidental sampling. Data were collected through questionnaires collected during September to October, 2018 and analyzed by using percentage, mean, and Chi-square test.

The results indicated that most samples were male (50.9%), high knowledge (82.4%), moderate attitude (46.1%), moderate social support factor (52.4%) and high health care behavior (60.3%). Analysis of the relationship revealed that age, caregivers' occupation, and caregivers' income were statistic significantly related to health care behavior at 0.05, meanwhile social support factors was statistic significantly relate to health care behavior at 0.001. However, gender, underlying disease, caregivers, caregivers' educational level, knowledge and attitudes has no relation with health care behaviors.

Conclusion, preschool children in Phayao reported their health care behaviors based on 10 National health recommendations at high level. Therefore, caregivers, school and public health organizations could do more campaign and promote properly health care behaviors to preschool children.

Keywords: Health care behaviors, 10 National health recommendations, preschool children

Bachelor of Science (Health Promotion), School of Medicine, University of Phayao¹

Lecturer Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao²

Lecturer Community Health, School of Medicine, University of Phayao³

Assistant Professor Department of Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao⁴

Civil Engineering, School of Engineering, University of Phayao⁵

Lecture Departure of Environmental Health, University of Phayao⁶

บทนำ

การมี "สุขภาพดี" เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Mervyn Susser, 1993)⁽¹⁾ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทาง เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจและสังคม หรือความเชื่อถือทางการเมือง ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง ให้มี "สุขภาพดี" เหมือนกัน ซึ่งการมีสุขภาพดีควรมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่ยังหมายถึง การมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างดีด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)⁽²⁾สุขภาพจะดีได้ควรปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่เด็ก เยาวชน ตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การส่งเสริมสุขบัญญัติ จึงเป็นกลวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เด็ก เยาวชน และประชาชน ปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ การปฏิบัติตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เป็นบรรทัดฐานสำหรับการสร้างเสริมและปลูกฝัง พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้เกิดขึ้นกับประชาชนตามนโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ เพื่อให้เยาวชนและประชาชนทั่วไปยึดเป็นแนวปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มปัญหาโรคไม่ติดต่อ และมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จึงเป็นเรื่องจำเป็น และสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในสภาวะปัจจุบัน สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ซึ่งคนไทยได้เคยรู้จักในคำที่เรียก "กติกานามัย" ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2476 นับเป็นแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยการปลูกฝัง และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้เกิดขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไปตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อให้มีพฤติกรรมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และมีการพัฒนาต่อไป จนเป็นค่านิยมทางสุขภาพในที่สุด คณะกรรมการสุขภาพ ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี ที่ร่วมกันพิจารณา สุขบัญญัติแห่งชาติและเห็นสมควรให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้เป็น "สุขบัญญัติแห่งชาติ" เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2539 เพื่อให้กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปเผยแพร่แก่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายนำไปปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง นำไปสู่การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อไป

ผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (BRFSS : Behavioral Risk Factor Surveillance System) ซึ่งดำเนินการสำรวจพร้อมกันทั่วประเทศ โดยใช้แบบสำรวจมาตรฐานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ดำเนินการ ทุก 1-3 ปี ผลการสำรวจพบว่า ประชาชนจังหวัดพะเยา อายุ 3 - 6 ปี ซึ่งเป็นการวัดสถานะสุขภาพ ของประชากรโดยนำเรื่องของทั้งการ ตาย และป่วย มาร่วมพิจารณาพบว่า ในปี 2559 ประชากรจังหวัดพะเยามีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพดี ลดลง (67.9) ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในวันนี้คือ พันผุ ภาวะโภชนาการ และโรคติดเชื้อโรคมือเท้าปาก⁽³⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ของประชาชนในจังหวัดพะเยา โดยจะศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่ มีการใช้ชีวิตประจำวันเป็นไปตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ตั้งแต่ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการ

ขับถ่าย กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด สีสันฉูดฉาด สร้างความสัมพันธ์ ในครอบครัวให้อบอุ่น ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ซึ่งเป็นข้อปฏิบัติพื้นฐานที่จะช่วยทำให้เด็กมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจแข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อโรคร้ายไข้เจ็บที่จะส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ของเด็ก จากผลการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนสำหรับการมีสุขภาพดี ซึ่งส่งผลให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว ชุมชน และสังคมตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้กับสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการในการดำเนินชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิง การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

2. ประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนประชากรอายุ 3-6 ปี ในจังหวัดพะเยา จำนวน 13,027 คน ซึ่งหาได้จากสูตรของ W.G.cochran⁽⁴⁾ ซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรจากจำนวนประชากรอายุที่มีอายุ 3 - 6 ปี ในจังหวัดพะเยา โดยมีประชากรทั้งหมด 13,027 คน จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน ผู้วิจัยจึงเก็บแบบสอบถาม 330 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่มีความผิดพลาดหรือ ค่าคลาดเคลื่อน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่าง วิธีสุ่มตัวอย่างการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนตัวเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว
2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการตามกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนแบ่งการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัด ได้กำหนดเป็น 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดได้กำหนดเป็น 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ

4. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของ แบบสอบถาม โดยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยดำเนินการดังนี้

- 3.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC = 0.83

- 3.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทำแบบสอบถามมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คนโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.803

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ ปัจจัยแรงสนับสนุน

ทางสังคมและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยา

2. นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดพะเยา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็น เพศหญิง ร้อยละ 49.1 และ เพศชาย ร้อยละ 50.9 มีอายุระหว่าง 3-6 ปี อายุ 3 ปี ร้อยละ 19.1 อายุ 4 ปี ร้อยละ 28.8 อายุ 5 ปี ร้อยละ 31.2 และอายุ 6 ปี ร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่อายุ 4 ปี คือ ร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.6 อยู่กับพ่อแม่และแม่ จำนวนร้อยละ 79.1 ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 อาชีพของผู้ปกครอง ร้อยละ 45.2 เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป รายได้ของผู้ปกครอง อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 44.8

2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.4 และรองลงมา มีระดับความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.6

3. ทักษะด้านการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทักษะด้านการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 20.9 และรองลงมา มีระดับทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1 และระดับสูง จำนวน ร้อยละ 33.0 ส่วนมากทักษะด้านการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับหลักปฏิบัติ สุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.5 ระดับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง

5. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.3 และรองลงมา มีระดับพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.7

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ				
ปัจจัย	สูง	ต่ำ/ปานกลาง	χ^2	P-value
	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
เพศ			0.145	0.704
ชาย	103(51.8)	65(49.6)		
หญิง	96(48.2)	66(50.4)		
รวม	131(100.0)	199(100.0)		
อายุ			8.104	0.044*
3 ปี	45(22.6)	18(13.7)		
4 ปี	57(28.6)	38(29.0)		
5 ปี	52(26.1)	51(38.9)		
6 ปี	45(22.6)	24(18.3)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		

Pearson Chi-Square * $p \leq 0.05$ และ** $p \leq 0.001$

ตาราง 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ				
ปัจจัย	สูง จำนวน (%)	ต่ำ/ปานกลาง จำนวน (%)	χ^2	P-value
โรคประจำตัว			1.079	0.299
มี	16(8.0)	15(11.5)		
ไม่มี	183(92.0)	116(88.5)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
ผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับเด็ก			0.438	0.508
พ่อ / แม่	155(77.9)	106(80.9)		
ญาติและบุคคลอื่น	44(22.1)	25(19.1)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง			0.567	0.753
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	67(33.7)	39(29.8)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	100(50.3)	69(52.7)		
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า	32(16.1)	23(17.6)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
อาชีพของผู้ปกครอง			6.224	0.045*
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป	91(45.7)	58(44.3)		
เกษตรกร ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	80(40.2)	65(49.6)		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ/ว่างงาน	28(14.1)	8(6.1)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน			11.659	0.003*
น้อยกว่า 5,000 บาท	78(39.2)	31(23.7)		
5,001 – 10,000 บาท	87(43.7)	61(46.6)		
มากกว่า 10,001 บาท	34(17.1)	39(29.8)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		

Pearson Chi-Square *p ≤ 0.05 และ**p ≤ 0.001

ตาราง 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ				
ปัจจัย	สูง จำนวน (%)	ต่ำ/ปานกลาง จำนวน (%)	χ^2	P-value
ความรู้			1.381	0.240
ความรู้ระดับต่ำ/ปานกลาง	31(15.6)	27(20.6)		
ความรู้ระดับสูง	168(84.4)	104(79.4)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
ทัศนคติ			2.735	0.255
ทัศนคติระดับต่ำ	42(21.1)	27(20.6)		
ทัศนคติระดับปานกลาง	85(42.7)	67(51.1)		
ทัศนคติระดับสูง	72(36.2)	37(28.2)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม			15.261	0.001**
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	21(10.6)	9(6.9)		
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	87(43.7)	86(65.6)		
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	91(45.7)	36(27.5)		
รวม	199(100.0)	131(100.0)		

Pearson Chi-Square * $p \leq 0.05$ และ** $p \leq 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักการปฏิบัติตัวตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ สอดคล้องกับ ธวัช วิเชียรประภา (2555)⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับ กองมณี สุรวงษ์สิน (2551)⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาชีพของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ กับกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ สอดคล้องกับ วรรณวิมล เมฆวิมล (2553)⁽⁷⁾ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะ

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า อาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ สอดคล้องกับ ขวัญจิต เพ็งแป้นและคณะ (2560)⁽⁸⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักปฏิบัติสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 สอดคล้องกับ ธวัช วิเชียรประภา (2555)⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี และสอดคล้องกับสุวัฒน์ ศิริแก่นทราย (2556)⁽⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนทอน อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

สรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อยู่ในระดับสูงโดยมี อายุอาชีพ รายได้และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กก่อนวัยเรียนแต่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการเข้าไปดำเนินการให้ความรู้ มีการเพิ่มทักษะส่งเสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังและสร้างทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กก่อนวัยเรียนให้เหมาะสม

2. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นบิดา มารดา ผู้ปกครอง ครู ควรเป็นแบบอย่าง สร้างแรงจูงใจและให้คำปรึกษาที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในเขตพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการศึกษาและนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนต่อไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ เพิ่มเติม เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงผลดีของการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำเร็จไปด้วยดี เนื่องจากได้รับกรุณาอย่างดียิ่งผู้ศึกษา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านที่ช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ขอขอบคุณโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คุณครูตามโรงเรียนต่าง ๆ ในจังหวัดพะเยา ที่อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูล และผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนทุกท่าน ที่กรุณาให้เก็บข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- (1) Susser M. Health IS A human right. epidemiologists perspective on the public health. Am J Public Health 1993.
- (2) สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529). นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2527.
- (3) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 2559 [Online from: http://www.pyomoph.go.th/sub_index.php?id_type=17].
- (4) W.G.cochran. Sampling Techniques. New York : London 1963.
- (5) ธวัช วิเชียรประภา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2555;7(2):53-68.
- (6) กองมณี สุรวงษ์สิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของ บุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2551.
- (7) วรรณวิมล เมฆวิมล. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.; 2552.
- (8) ขวัญจิต เพ็งแป้นและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี 2560.
- (9) สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโนนทัน อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 2556 [Online from: https://drive.google.com/file/d/0B72_A6dHPzXLdzBma191dWJIVjA/view].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

นภัสสร แก้วนวล¹, ศรีสุดา เจริญดี², ณรงค์ ใจเที่ยง³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม 2561 การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และค่าสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.9 ภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 59.1 รองลงมาภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 39.1 ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 52.1 ทักษะระดับสูง ร้อยละ 68.2 พฤติกรรมระดับปานกลาง ร้อยละ 52.9 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาศัยอยู่กับ โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะ อาชีพ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์

สรุป ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการสมส่วน แต่ก็มีบางคนที่ภาวะโภชนาการเกินและภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาศัยอยู่กับ โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะ อาชีพ และพฤติกรรม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและส่งเสริมผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ภาวะโภชนาการ, วัยผู้สูงอายุ

¹ นิสิตการส่งเสริมสุขภาพ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรเศรษฐศาสตรบัณฑิต (คู่ขนาน)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ประจำสาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ อาจารย์ประจำสาขานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors related to Nutritional Status of Elderly in Phayao Province

Naphatsorn Keawnaul¹, Srisuda Charoendee², Narong Chaitiang³

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine factors related to nutritional status among elderly in Phayao Province. A sample of 340 cases was drawn by stratified random sampling. Data were collected questionnaires during September to October, 2018. Data were analyzed and presented as frequency, percentage, and Chi-square test.

The results revealed that most samples were female (80.9%). The majority was normal nutritional status (59.1%), followed by over nutritional status (39.1%). Most samples reported high knowledge (52.1%), high attitude (68.2%), and moderate behavior (52.9%). The research findings also showed that age, status, educational level, occupation, income, source of income, staying with, underlying disease, knowledge, attitude, and behavior were statistic significantly related to nutritional status at 0.001 level. However, gender was not related to nutritional status.

Conclusion, the majority of elderly in Phayao reported normal nutritional status; however, some elderly presented over and lower nutritional status. Since factors related to nutritional status including age, status, educational level, occupation, income, source of income, staying with, underlying disease, knowledge, attitude, and behavior, therefore, related organizations should emphasize and promote elderly to be normal nutritional status.

Keywords Factors, Related, Nutritional, Elderly

¹B.sc.(Health Promotion) and B.Econ. , School of Medicine, University of Phayao.

²Lecturer Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao.

³Lecturer Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

บทนำ

ขณะนี้ทั่วโลกประสบปัญหาโภชนาการ ทั้งขาดแคลนอาหารและบริโภคเกินพบว่าในแต่ละปี จะมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารประมาณ 5 ล้านคน ในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนอายุต่ำกว่า 3 ปีมีภาวะขาดอาหารแบบเฉียบพลันระดับรุนแรงถึง 20 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในแอฟริกาและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยังมีเด็กที่ขาดสารอาหารทำให้ร่างกายซูบผอมน้ำหนักลดและเตี้ยรวม 311 ล้านคนทั่วโลก ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปีละ 1-2 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ขณะเดียวกันพบประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกประสบปัญหาอ้วนมากกว่า 500 ล้านคน เกิดจากการใช้ชีวิตไม่สมดุล ในการกินอาหารและการออกกำลังกาย ถือเป็นระเบิดเวลาของการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำคัญคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาทั้งด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจในระดับโลก ⁽¹⁾ ภาวะโรคโภชนาการในประเทศไทย มีแนวโน้มจะขยายตัวเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี 2552 หากเปรียบเทียบในระดับภูมิภาค ปัจจุบันคนไทยน้ำหนักมากเป็นอันดับ 2 ใน 10 ประเทศอาเซียน รองจากมาเลเซีย ซึ่งหากแยกดูตามเพศชายไทยน้ำหนักมากเป็นอันดับที่ 4 ขณะที่หญิงไทยน้ำหนักมากเป็นอันดับที่ 2 สถานการณ์ของคนไทยมีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาคโดยทิศทางความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในคนเมืองสูงกว่าคนชนบท คนเมืองมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 40.7 และคนชนบทมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 32.1 ความชุกภาวะน้ำหนักเกินของคนไทยในแต่ละพื้นที่ ภาคเหนือร้อยละ 31.99 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 30.94 ภาคกลางร้อยละ 38.10 ภาคใต้ ร้อยละ 34.22 ⁽²⁾ ปัจจุบันเปลี่ยนไปจากอดีตเนื่องจากการพัฒนาประเทศจากเกษตรไปสู่อุตสาหกรรมเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนในปัจจุบัน ซึ่งในปัจจุบันความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความเจริญทางเทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนในยุคปัจจุบันได้อย่างดีเช่น อาหารกระป๋อง อาหารแช่เยือกแข็ง อาหารไมโครเวฟ การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัยส่งผลให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น คือ อายุขัยเฉลี่ย 72 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี ส่วนเพศหญิงอายุขัยเฉลี่ย 75 ปี ทำให้จำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นและนำมาซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และปัญหาทางโภชนาการที่เป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมตามอายุ โดยสารอาหารจะช่วยเสริมสร้างหน้าที่และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล รวมทั้งบทบาทของสารอาหารในการป้องกันและบรรเทาความเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 33-50 โดยพบทั้งภาวะขาดสารอาหารและโภชนาการเกินโดยภาวะขาดสารอาหารพบได้ถึงร้อยละ 44 ของผู้สูงอายุกรรมในโรงพยาบาล และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล พฤติกรรมการ

บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม และอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการในโรงเรียน มีกิจกรรมทางร่างกายลดลง และใช้เวลากับสื่อออนไลน์ มากขึ้น การส่งเสริมให้ประชากรกินอาหารที่เหมาะสม จึงเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจทางโภชนาการเพียงอย่างเดียวไม่ได้แต่จำเป็นต้องเข้าใจถึงสิ่งแวดล้อม ด้านอาหารของประชาชนควบคู่ไปด้วย เพื่อควบคุมภาวะโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่าแนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการบริโภคอาหารที่ทำให้วัยผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาป้องกันและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการให้กับบุตรหลานหรือคนคอยดูแลและผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเป็นแนวทางให้แก่ผู้บริหารได้นำข้อมูลไปใช้ในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้วัยผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิง การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)
2. ประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างคือจำนวนประชากรอายุระหว่าง 60-80 ปี ในจังหวัดพะเยา จำนวน 78,198 คน ประชากรชาย 37,273 คน ประชากรหญิง 40,925 คน ซึ่งหาได้จากสูตรของ Cochran ซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรจากจำนวนประชากรอายุที่มีระหว่าง 60-80 ปี ในจังหวัดพะเยาโดยมีประชากรทั้งหมด 78,198 คน จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 322 คน ผู้วิจัยจึงเก็บแบบสอบถาม 340 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่มีความผิดพลาดหรือค่าคลาดเคลื่อน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างประชากรแบบจัดประชากรออกเป็นพวกหรือชั้น การแบ่งประชากรเป็นพวกหรือชั้น ยึดหลักให้มีลักษณะภายในคล้ายกันหรือเป็นเอกพันธ์มากที่สุด แต่จะแตกต่างกันระหว่างชั้นมากที่สุด จากนั้นจึงทำการสุ่มจากแต่ละชั้นขึ้นมาทำการศึกษา

ตาราง 1 ขนาดตัวอย่างประชากร

อำเภอ	ประชากรอายุ 60-80 ปี	ร้อยละ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
เมือง	20,357	26.03	89
จุน	8,050	10.30	35
เชียงคำ	11,510	14.72	50
เชียงม่วน	3,523	4.51	15
ดอกคำใต้	12,711	16.25	55
ปง	7,482	9.57	32
แม่ใจ	5,898	7.53	26
ภูซาง	4,964	6.35	22
ภูพานยาว	3,703	4.74	16
รวม	78,198	100.00	340

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

1.แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย โรคประจำตัว จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร แบ่งการให้คะแนน เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ใช้ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนได้กำหนดเป็น 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ

4. การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้แบบสอบถามมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามใน 2 ด้าน คือ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยดำเนินการดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์พิจารณาตรวจสอบเนื้อหา โครงสร้างแบบสอบถาม และปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมและสมบูรณ์

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามจำนวน 340 ชุดไปทำการทดสอบ (Pre-test) และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปใช้จริงและนำข้อบกพร่องมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของ Cronbach's Alpha

โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC = 0.87 และได้มีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบของ Cronbach's alpha โดยทำแบบสอบถามมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรจำนวน 340 คนมีค่า Reliability ในส่วนที่ 3 แบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.742

5. ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้จะมาจากข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการปฏิบัติงานภาคสนาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ที่ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบปฐมภูมิด้วยวิธีการเก็บจากภาคสนาม (Field Work) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. วางแผนการจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้โดยแยกตามช่วงอายุดังนี้

วัยสูงอายุตอนต้น	อายุ 60 – 69 ปี
วัยสูงอายุตอนกลาง	อายุ 70 – 79 ปี
วัยสูงอายุตอนปลาย	อายุ 80 ปีขึ้นไป

2. ดำเนินการแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลด้วยผู้วิจัยเอง โดยใช้การประชุมของหมู่บ้านเพื่อแจกแบบสอบถาม

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจความเรียบร้อยสมบูรณ์ ความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในลำดับถัดไป

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาจากการเก็บแบบสอบถามและนำมาแปรผลเพื่อวิเคราะห์การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแปรผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ทำแบบสอบถามนำเสนอโดยอธิบายเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ด้วยสถิติแสดงเป็นร้อยละและความถี่

2. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ นำเสนอโดยอธิบายเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ด้วยสถิติแสดงเป็นร้อยละ ความถี่ (Frequency) และการเรียงลำดับ สถิติที่ใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการ โดยใช้ Chi-square

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 340 คน ผลการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 275 คน ร้อยละ 80.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 211 คน ร้อยละ 62.1 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 90 คน ร้อยละ 26.5 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 202 คน ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก จำนวน 103 คน ร้อยละ 30.3 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธจำนวน 340 คน ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 270 คน ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 70 คน ร้อยละ 20.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 231 คน ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือเกษตรกร จำนวน 72 คน ร้อยละ 21.2 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนจำนวน 142 คน ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ย 1,001-5,000 บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน จำนวน 156 คน ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือเงินช่วยเหลือจากรัฐ จำนวน 128 คน ร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสจำนวน 165 คน ร้อยละ 48.5 มีโรคประจำตัว จำนวน 187 คน ร้อยละ 55 ภาวะโภชนาการ(BMI) ของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาส่งส่วนใหญ่สมส่วนจำนวน 201 คน ร้อยละ 59.1 รองลงมาเป็นภาวะโภชนาการเกินจำนวน 133 คน ร้อยละ 39.1 และภาวะขาดโภชนาการจำนวน 6 คน ร้อยละ 1.8

2. ความรู้การบริโภคอาหารของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงจำนวน 177 คน ร้อยละ 52.1 รองลงมามีความรู้ปานกลางจำนวน 84 คน ร้อยละ 24.7

3. ทักษะการบริโภคอาหารของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงจำนวน 232 คน ร้อยละ 68.2 รองลงมามีทักษะในการบริโภคอาหารระดับปานกลางมีจำนวน 90 คน ร้อยละ 26.5

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 180 คน ร้อยละ 52.9 รองลงมามีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารระดับสูงจำนวน 102 คน ร้อยละ 30.0

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับ ภาวะโภชนาการ(BMI)ของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ปัจจัย	ดัชนีมวลกาย(BMI)			Fisher	p-Value
	ผอม	สมส่วน	อ้วน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				4.396	0.094
ชาย	3 (50.0)	24 (16.9)	28 (21.1)		
หญิง	3 (50.0)	167 (83.1)	105 (78.9)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
อายุ				24.681	0.001**
60-69 ปี	0 (0.0)	114 (56.7)	97 (72.9)		
70-79 ปี	3 (50.0)	57 (28.4)	30 (22.6)		
80 ปีขึ้นไป	3 (50.0)	30 (14.9)	6 (4.5)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
สถานภาพ				11.636	0.002**
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	6 (100.0)	72 (35.8)	60 (45.1)		
คู่	0 (0.0)	129 (64.2)	73 (54.9)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
ศาสนา				a	a
พุทธ	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
ระดับการศึกษา				10.154	0.005**
ประถมศึกษา	6 (100.0)	148 (73.6)	116 (87.2)		
มัธยมศึกษา	0 (0.0)	53 (26.4)	17 (12.8)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		

หมายเหตุ : *p-value ≤ 0.05 , **p-value ≤ 0.001

ปัจจัย	ดัชนีมวลกาย(BMI)			Fisher	p-Value
	ผอม	สมส่วน	อ้วน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ				6.614	0.033*
ข้าราชการบำนาญ/ว่างงาน	6 (100.0)	127 (63.2)	98 (73.7)		
จากการประกอบอาชีพ	0 (0.0)	74 (36.8)	35 (26.3)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		

รายได้				18.714	0.001**
≤ 1,000 บาทต่อเดือน	0 (0.0)	71 (35.3)	71 (53.4)		
1,001–5,000 บาทต่อเดือน	6 (100.0)	113 (56.0)	48 (36.1)		
≥ 5,001 บาทต่อเดือน	0 (0.0)	17 (8.5)	14 (10.5)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
แหล่งที่มาของรายได้				15.910	0.002**
บำเหน็จ/บำนาญ/เงินช่วยเหลือจากรัฐ	0 (0.0)	72 (35.8)	70 (52.6)		
บุตรหลาน	6 (100.0)	100 (49.8)	50 (37.6)		
การประกอบอาชีพ	0 (0.0)	29 (14.4)	13 (9.8)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
อาศัยอยู่กับใคร				28.394	0.001**
อยู่คนเดียว	0 (0.0)	19 (9.5)	36 (27.1)		
อยู่กับคู่สมรส	6 (100.0)	117 (58.2)	57 (42.9)		
อยู่กับบุตรหลาน	0 (0.0)	65 (32.3)	40 (30.0)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
โรคประจำตัว				13.455	0.001**
มี	6 (100.0)	96 (47.8)	85 (63.9)		
ไม่มี	0 (0.0)	105 (52.2)	48 (36.1)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		
ความรู้การบริโภคอาหาร				34.239	0.001**
ระดับต่ำ	0 (0.0)	41 (20.4)	38 (28.6)		
ระดับปานกลาง	0 (0.0)	71 (35.3)	13 (9.8)		
ระดับสูง	6 (100.0)	89 (44.3)	82 (61.7)		
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)		

หมายเหตุ : *p-value ≤0.05, **p-value ≤0.001

ปัจจัย	ดัชนีมวลกาย(BMI)			Fisher	p-Value
	ผอม	สมส่วน	อ้วน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ทัศนคติการบริโภคอาหาร				16.761	0.001**
ระดับต่ำ	0 (0.0)	8 (4.0)	10 (7.5)		
ระดับปานกลาง	3 (50.0)	39 (19.4)	48 (36.1)		
ระดับสูง	3 (50.0)	154 (76.6)	75 (56.4)		

รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			10.023 0.027**
ระดับต่ำ	0 (0.0)	26 (12.9)	32 (24.1)
ระดับปานกลาง	3 (50.0)	107 (53.2)	70 (52.6)
ระดับสูง	3 (50.0)	68 (33.8)	31 (23.3)
รวม	6 (100.0)	201 (100.0)	133 (100.0)

หมายเหตุ : *p-value ≤ 0.05 , **p-value ≤ 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

อายุ สถานภาพ การอาศัย รายได้ การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (BMI) ของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ไม่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยทาง เพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้าน อายุ รายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สุวิทวัส และคณะ⁽⁵⁾ ศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ภาวะทุพโภชนาการพบได้มากในผู้สูงอายุสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการมี ได้หลายสาเหตุซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับอายุ พยาธิสภาพของร่างกายตลอดจนปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ความยากจน ความเชื่อ สภาวะบกพร่องของร่างกาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าในชุมชนเขตเมืองนั้นกลุ่มที่ประสบกับปัญหานี้มากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนแออัดหรือแหล่งเสื่อมโทรมต่างๆ เพราะเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำให้ความสำคัญกับการหาอยู่หากินเพื่อปากท้องมากกว่าการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (BMI) ของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (BMI) ของวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สุวิทวัส และคณะ⁽⁵⁾ ศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่าปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ความยากจน ความเชื่อ สภาวะบกพร่องของร่างกาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าในชุมชนเขตเมืองนั้นกลุ่มที่ประสบกับปัญหา

นี้มากที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนแออัดหรือแหล่งเสื่อมโทรมต่างๆ เพราะเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำให้ความสำคัญกับการหาอยู่หากินเพื่อปากท้องมากกว่าการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ(BMI)ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าปัจจัยทางเพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ(BMI)ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ(BMI)ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับทฤษฎีของโรเจอร์⁽⁶⁾ ได้กล่าวถึง ทัศนคติ ว่าเป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสาร อันจะมีผลต่อพฤติกรรม

พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ(BMI)ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา มณีรัตน์ และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี จำนวน 68 คน(ร้อยละ 81.93) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 18.07)

ข้อเสนอแนะในการนำเสนอผลการนำวิจัยไปใช้

- 1.ใช้ในการให้สุขศึกษากับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมป้องกันการเกิดภาวะโภชนาการเกิน และภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา
- 2.ใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ศรีสุตา เจริญดี และอาจารย์ณรงค์ ใจเที่ยง อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของงานวิจัยฉบับนี้เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.ปวิพพัทธ์ วงศ์เรือง อาจารย์ประกาศิต ทอนช่วย อาจารย์แสงชัย วงศ์มานะกุล ที่ได้กรุณาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา แบบสอบถาม และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตลอดจนทุกท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งมิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

อ้างอิง

- (1) นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน. โภชนาการที่ดีขึ้นเพื่อชีวิตที่ดีกว่า 2551 [9กันยายน2561].
Available from: <https://www.bfoc.org/content/>.
- (2) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557
Available from: <http://www.thaihealth.or.th>.
- (3) ธรรมรังสี นท. แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 2558. 3 p.
- (4) วรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม2555.
- (5) จินตนา สุวิทวัส และคณะ. การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2552;4(2):1-19.
- (6) Roger. Attitude 1978 [12ธันวาคม2561]. Available from:
<http://phatrsa.blogspot.com/2010/01/attitude.html>.
- (7) วรัญญา มณีรัตน์ และคณะ. ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกรณีศึกษาตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2560;11(3):1.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา

วัชร คงทอง วท.บ.^{*}, ปฏิภาณ วิปัติม วท.บ.^{*}, ปริญญพร สังข์ทุ่ง วท.บ.^{*},
ปิยธิดา นักรธรรม วท.บ.^{*}, รัฐพล แสงสีดา วท.บ.^{*}, ศดานันท์ ภูสะเทียน วท.บ.^{*},
ศุภณัฐ จิตรานูวัฒน์กุล วท.บ.^{*}, ณรงค์ ใจเที่ยง ส.ม.^{**}, ศรีสุตา เจริญดี M.Phil.^{***}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่สัมพันธ์ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 20-60 ปี เก็บข้อมูลจำนวน 360 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 91.1 อายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 30.6 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 69.4 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท มีสถานภาพครอบครัว อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 60.0 ทำงานในหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 55.6 มีโรคประจำตัวร้อยละ 21.9 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.5 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 มีทัศนคติระดับปานกลางร้อยละ 79.4 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับต่ำร้อยละ 65.8 และมีแรงจูงใจระดับต่ำร้อยละ 71.4

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การศึกษา อาชีพ สถานที่ทำงาน ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ 0.05 ส่วน อายุ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากผลการศึกษาพบว่า วัยทำงานในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการศึกษา อาชีพ สถานที่ทำงาน ความรู้ อายุ รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่และแรงจูงใจ ดังนั้นครอบครัวและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่; วัยทำงาน; จังหวัดพะเยา

^{*}หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

^{**}อาจารย์สาขาวิชานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

^{***}อาจารย์สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors related with smoking behaviors of working group in Phayao Province.

Ms. Watcharee Kongthong B.Sc. *, Mr. Patipan Wipatthum B.Sc. *,

Ms. Parinyaphorn Sangthung B.Sc. *, Ms. Piyathida Naktham B.Sc. *,

Mr. Ratthapol Saengseeda B.Sc. *, Ms. Sadanan Phusatien B.Sc. *, Mr. Suppanat Jitanuwatkun B.Sc. *, Narong Chaitiang M.P.H., B.Ed. *, Srisuda Charoendee Mphil., Msc., Dip in Nursing Science ***

Abstracts

This research is cross-sectional survey research. To study smoking behavior and related factors of working age group in Phayao province. A sample was aged between 20–60 years. Data were analyzed by means of percentage, mean, standard deviation and chi-square statistics. The results revealed 91.1% that most of the samples were male, 30.6% age between 20–60 years, 59.7% Graduation in high school employed, 69.4% most of them were between 10,001–15,000 baht, 60.0% had family status, 55.6% had government agencies, 21.9% had a disease. 39.5% had smoking habits, 52.0% had moderate knowledge about cigarettes, 79.4% had low attitudes towards smoking, and 71.4% had low motivation. Education, work place, and knowledge were significantly related to smoking behavior ($p=0.05$) age, income, smoking history and motivation correlated were significantly related to smoking behavior ($p=0.001$.) However, gender, marital status, smoking status, attitude did not correlate with smoking behavior.

The conclusion is working age in Phayao had smoking behavior was correlated with occupational education, place of work, knowledge, age, income, smoking history and motivation so that family and public health agencies should focus on reducing smoking behavior

Keyword: Smoking habits, Working age, Phayao Province

*Bachelor of Science(Public Health), School of Medicine, University of Phayao.

**Department of Community Health, School of Medicine, University of Phayao.

***Department of Health Promotion, School of medicine, University of Phayao.

บทนำ

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 เป็นต้นมาแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 3.5 ล้านคน หรือเกือบ 10,000 คนต่อวัน และคาดการณ์ว่าในช่วงปี 2020 เป็นต้นไป จำนวนผู้เสียชีวิตจาก ประเทศกำลังพัฒนาจะเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยมีสถิติการสูบบุหรี่ของประชากรในปี พ.ศ. 2560 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน พบว่ากลุ่มวัยทำงาน อายุ 19-24 ปี ร้อยละ 20.4 อายุ 25-40 ปี ร้อยละ 21.8 และอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 21.4 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.4 กลุ่มวัยทำงานมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อเดือน 630 บาท กลุ่มผู้สูงวัย 546 บาท และกลุ่มเยาวชน 455 บาท ซึ่งกลุ่มวัยทำงานมีค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อบุหรี่ต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มอื่น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ หลายชนิด ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สูบบุหรี่มากและได้ควันบุหรี่มาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีผลต่อผู้สูบโดยตรงแล้วยังทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับควันบุหรี่จากการหายใจเอาพิษจาก ควันบุหรี่เข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ การเริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่น และไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ จะเสียชีวิตในวัยกลางคน ก่อนอายุ 70 ปี เมื่อกลุ่มวัยทำงานยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงอยู่เช่นนี้โอกาสเสี่ยงในการหารายได้หรือสูญเสียอวัยวะไปบางส่วนจากโรคต่างๆ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดต่ำลง การจ้างงานน้อยลง สภาวะการณ์จากสถานการณ์จังหวัดพะเยา จังหวัดพะเยาจัดอยู่ในลำดับที่ 34 ของอัตราการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยในปีพ.ศ. 2548 มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.46 และในปี 2550 มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 19.59 อีกทั้งผลการสำรวจ ตัวชี้วัด KPI กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีพ.ศ.2560 ในจังหวัดพะเยา มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.52 ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้⁽²⁾, ⁽³⁾ ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานของจังหวัด พะเยา ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญในการทำให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีส่วนช่วยกันจัดทำนโยบายและ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ต่างๆ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาลดและป้องกันผลกระทบที่จะตามมาต่อคน รอบข้าง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2561

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้กลุ่มวัยทำงานตั้งแต่อายุ 20 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา จำนวน 79,425 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ W.G. Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน⁽⁴⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนเอกชน สอนศาสนาอิสลามกรณีศึกษา โรงเรียนตัสติเกียะห์ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา(5) ได้มีการเพิ่มเติมคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีคำถามทั้งหมด 54 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพ สถานที่ทำงาน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดทัศนคติที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 12 ข้อ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากการได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2561

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Chi-square Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่การรับรอง 2/087/61

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 328 คน ร้อยละ 91.1 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 31 – 40 ปี จำนวน 110 คน ร้อยละ 30.6 รองลงมาอายุ 41 – 50 ปี จำนวน 94 คน ร้อยละ 26.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/เทียบเท่า จำนวน 251 คน ร้อยละ 59.7 รองลงมา ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 82 คน ร้อยละ 22.8 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 250 คน ร้อยละ 69.4 รองลงมาอาชีพเกษตรกร จำนวน 41 คน ร้อยละ 11.4 รายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน จำนวน 146 คน ร้อยละ 40.5 รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 123 คน ร้อยละ 34.2 สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน จำนวน 216 คน ร้อยละ 60.0 รองลงมาโสด จำนวน 121 คน ร้อยละ 33.6 สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ทำงานในสังกัดหน่วยงานของรัฐ จำนวน 200 คน ร้อยละ 55.6 โรคประจำตัว มีโรคประจำตัวจำนวน 78 คน ร้อยละ 21.9 ประวัติการสูบบุหรี่พบว่าสูบบุหรี่ จำนวน 142 คน ร้อยละ 39.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

n = 360		
ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	328	91.1
หญิง	32	8.9
รวม	360	100.0
อายุ(ปี)		
20 – 30	82	22.7
31 – 40	110	30.6
41 – 50	94	26.1
51 – 60	74	20.6
รวม	360	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	82	22.8
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	215	59.7
ปริญญาตรี	56	15.6
สูงกว่าปริญญาตรี	7	1.9
รวม	360	100.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

n = 360		
ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	123	34.2
รับจ้าง	218	60.6
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	13	3.6
เกษตรกร/ประมง	6	1.6
รวม	360	100.0
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	200	55.6
5,001 – 10,000 บาท	160	44.4
รวม	360	100.0
สถานะ		
โสด	123	34.2
อยู่ด้วยกัน	218	60.6
หม้าย	13	3.6
แยกกันอยู่	6	1.6
รวม	360	100.0
สถานที่ทำงาน		
หน่วยงานของรัฐ	200	55.6
หน่วยงานของเอกชน	160	44.4
รวม	360	100.0
โรคประจำตัว		
มี	78	21.9
ไม่มี	281	78.1
รวม	360	100.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	142	39.5
ไม่สูบ	166	46.1
สูบแต่เลิกแล้ว	52	14.4
รวม	360	100.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เพศชายส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.6 เพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P < 0.307$) ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 31 - 40 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.3 รองลงมาอายุ 20- 30 ปี ร้อยละ 45.1 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.001$) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย/เทียบ/เท่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.034$) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 250 คนและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 68.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 36.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.034$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.1 รองลงมารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 88.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.005$)

สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.9 รองลงมาสถานภาพโสด/หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 59.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.134$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานหน่วยงานของรัฐ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.3 ทำงานหน่วยงานของภาคเอกชนและพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า สถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.034$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.2 ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.054$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 98.8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ($P = 0.001$) นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.9 รองลงมามีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.1 ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($P = 0.019$) ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.1 พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($P=0.112$) ปัจจัยด้านแรงจูงใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.9 พบว่า แรงจูงใจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($P=0.001$) ดังตารางแสดงข้อมูลที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				df.	χ^2 /Fisher's	p - value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
เพศ					2	2.359	0.307
ชาย	212(64.6)	83(25.3)	33(10.1)	328(100.0)			
หญิง	25(78.1)	5(15.6)	2(6.3)	32(100.0)			
อายุ					6	49.111	0.001**
20 – 30	37(45.1)	22(26.8)	23(28.0)	82(100.0)			
31 – 40	74(67.3)	26(23.6)	10(9.1)	110(100.0)			
41 – 50	71(75.5)	21(22.3)	2(2.1)	94(100.0)			
51 – 60	55(74.3)	19(25.7)	0(0.0)	74(100.0)			
ระดับการศึกษา					6	13.595	0.034*
ประถมศึกษา	52(63.4)	21(25.6)	9(11.0)	82(100.0)			
มัธยมศึกษา	144(67.0)	56(26.0)	15(7.0)	215(100.0)			
ปริญญาตรี	39(69.6)	6(10.7)	11(19.6)	56(100.0)			
<ปริญญาตรี	2(28.6)	5(71.4)	0(0.0)	7(100.0)			
อาชีพ					6	13.595	0.034*
รับราชการ	20(55.6)	10(27.8)	6(16.7)	36(100.0)			
รับจ้าง	162(68.4)	66(26.4)	22(8.8)	250(100.0)			
ค้าขาย	29(87.9)	4(12.1)	0(0.0)	33(100.0)			
เกษตรกร	26(63.4)	8(19.5)	7(17.1)	41(100.0)			

รายได้ (บาท)					4	20.122	0.005*
<10,000	107(64.1)	45(26.9)	15(9.0)	167(100.0)			
10,001–15,000	87(60.0)	38(26.2)	20(13.8)	145(100.0)			
>15,000	39(65.4)	5(11.4)	35(9.8)	44(100.0)			

a=Fisher's Exact Test, *p≤0.05 และ**p≤0.001

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				df.	χ^2 /Fisher's	p - value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
สถานภาพ					2	13.902	0.134
โสด	86(59.7)	42(29.2)	16(11.1)	144(100.0)			
อยู่ด้วยกัน	151(69.9)	46(21.3)	216(100.0)	216(100.0)			
สถานที่ทำงาน					6	13.595	0.034*
รัฐ	120(60.3)	55(27.1)	25(12.6)	200(100.0)			
เอกชน	114(73.6)	33(20.7)	10(5.7)	160(100.0)			
โรคประจำตัว					2	5.833	0.054
มี	61(77.2)	13(16.5)	5(6.3)	79(100.0)			
ไม่มี	176(62.6)	75(26.7)	30(10.7)	281(100.0)			
ประวัติการสูบบุหรี่					2	230.465	0.001**
สูบ/เลิกแล้ว	73(37.6)	86(44.4)	35(18.0)	194(100.0)			
ไม่สูบ	164(98.8)	2(1.2)	0(0.0)	166(100.0)			

ปัจจัย	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				df.	χ^2 /Fisher's	p - value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
ความรู้					4	11.743	0.019*
ต่ำ	8(50.0)	4(25.0)	4(25.0)	16(100.0)			
ปานกลาง	113(60.4)	55(29.4)	19(10.2)	187(100.0)			
สูง	116(73.9)	29(18.5)	12(7.6)	157(100.0)			

ทัศนคติ					4	7.500	0.112*
ต่ำ	11(91.7)	1(8.3)	0(0.0)	12(100.0)			
ปานกลาง	192(67.1)	66(23.1)	28(9.8)	286(100.0)			
สูง	34(54.8)	21(33.9)	7(11.3)	62(100.0)			
แรงจูงใจ					4	126.256	0.001**
ต่ำ	208(80.9)	40(15.6)	9(3.5)	257(100.0)			
ปานกลาง	12(18.5)	41(63.1)	12(18.5)	65(100.0)			
สูง	17(44.7)	7(18.4)	14(36.8)	38(100.0)			

a=Fisher's Exact Test, * $p \leq 0.05$ และ** $p \leq 0.001$

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานที่อาศัยในจังหวัดพะเยาโดยพิจารณาปัจจัยแต่ละด้าน ได้ดังนี้

เพศ พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา⁽⁶⁾ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยคัดสรรในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยคัดสรรในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิต มหาวิทยาลัยบูรพา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยทำงานในจังหวัดพะเยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนเมือง⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จากการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยทำงานในจังหวัดพะเยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ⁽¹¹⁾ รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อ

การสูบบุหรี่ 5 เท่า⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเรื่อง The effect of the Irish smoke-free workplace legislation on smoking among bar workers. พบว่า กฎหมายที่ใช้ในสถานที่ทำงานที่ปลอดบุหรี่ของไอร์แลนด์มีการลดลงของความชุกของการสูบบุหรี่ทั้งในพนักงานบาร์และกลุ่มตัวอย่างประชากรทั่วไป และสอดคล้องกับ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹³⁾ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefit and Costs) ความคิดความเชื่อที่บุคคลยอมรับว่าการปฏิบัตินั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสม ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ในเรื่องของกฎหมายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิและพบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจและผลเสียต่อคนรอบข้างในทางอ้อมโดยสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิต มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี นอกจากนี้จากการศึกษา ทศนคติ พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁶⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง อายุ 13 - 24 ปี⁽⁸⁾ ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และ แรงจูงใจในการสูบบุหรี่เพราะสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนเมือง⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของปัจจัยคัดสรรในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ จังหวัดนครนายก⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด พบว่า สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 สถานที่ทำงานควรมีการจัดโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่มีการอบรมให้ความรู้และคำแนะนำถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน และมีเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนดและปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

1.2 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อนร่วมงานและครอบครัว มีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ที่จะเกิดกับสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง และการเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็กรุ่น

หลัง สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีจิตสำนึกต่อสังคม คนรอบข้างและคนใกล้ชิดรับรู้ในความรู้สึกสำนึกที่ดีของผู้สูบบุหรี่ พร้อมให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือจนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยทำงานและศึกษาความสัมพันธ์ในทุกกลุ่มวัยโดยมีการเปรียบเทียบว่ากลุ่มวัยใดได้รับผลกระทบต่อการสูบบุหรี่มาน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

- (1) WHO. Prevalence of tobacco smoking Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 year and older (%), 2015: Male 2016 [Available from: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/tablet/atlas.html?fbclid=IwAR0gnUIGTcU1JMcLwI5PpngwVn0Ct30XdRX8qwUAhxs2HHM9ivcJrr3vwHY.
- (2) ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และ ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์. สรุปลสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2554:2544.
- (3) กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป 2560 [Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=23&kpi_year=2560&lv=2&z=01.
- (4) กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย 2549.
- (5) ชันนียะ ดินอะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม กรณีศึกษา โรงเรียนตัสดีเกียะห์ อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา. 2553:79-86.
- (6) ธราดล เก่งการพานิช และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง. วารสารสุขศึกษา. 2551;43(3):281-94.
- (7) จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ และคณะ. ปัจจัยคัดสรรในการทำนายพฤติกรรมพึงประสงค์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ จ.นครนายก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2556;8(1):12-8.
- (8) ปรีวัตร ปาโส และคณะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. 2560;11(1):113-20.
- (9) ลักษณะพร กรูไกรเพชร และกิตติ กรูไกรเพชร. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร. 2560;4(1):21-30.
- (10) ชณิษฐ์ชา บุญเสริม และคณะ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2552;3(2):6-13.
- (11) สุวรรณิ จรุงจิตตอารี และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนเมือง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556;43(3):281-94.
- (12) Bernie J. Mullally., et al. The effect of the Irish smoke-free workplace legislation on smoking among bar workers†. Articles from The European Journal of Public Health are provided here courtesy of Oxford University Press. 2009.
- (13) Irwin M. Rosenstock, Ph.D. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Articles from The Journal of Health Education Monographs. 1974;2(4).

การสอบสวนการระบาดของโรคไขดำแดง (Scarlet fever) ในโรงเรียนบ้านเปา

หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน วันที่ 23 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561

วิชัย ศิริวรรณชัย ส.ม.*

บทคัดย่อ

การสอบสวนการระบาดของโรคไขดำแดง (Scarlet fever) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค เพื่อศึกษาลักษณะการเกิด การกระจายของโรคตามบุคคล สถานที่ และเวลา เพื่อหาสาเหตุการระบาด แหล่งโรค และวิธีถ่ายทอดโรค และเพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรค เป็นการศึกษาการระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology) พบว่า มีการระบาดของโรคไขดำแดง (Scarlet fever) เกิดขึ้นจริง ในโรงเรียนบ้านเปา หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561 พบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามผู้ป่วยสงสัย 6 ราย คิดเป็นอัตราในภาพรวมทั้งตำบลน้ำตกเท่ากับ 260.01 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้นอนุบาล 5 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย (ร้อยละ 80.00) เพศหญิง 1 ราย (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยมีอายุ 4 ปี, 6 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 40.00, 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ เป็นนักเรียนในชั้นอนุบาล 1 ร้อยละ 60.00 และชั้นอนุบาล 2 ร้อยละ 40.00 และเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านอีก 1 ราย เพศหญิง อายุ 20 ปี ลักษณะอาการทางคลินิกมีอาการไข้และเจ็บคอทุกราย รองลงมามีอาการต่อมทอนซิลโต ผื่นแดงตามร่างกาย แต่ละอาการพบร้อยละ 83.33 ส่วนอาการลิ้นบวมแดง ลิ้นเป็นปื้นขาว แต่ละอาการพบร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก ร้อยละ 33.33 การระบาดของโรคครั้งนี้ มีลักษณะการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) ดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายโรคโดยประสานโรงเรียนปิดการเรียนการสอนระดับชั้นอนุบาลทั้งหมดเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และผู้ปกครองเด็กร่วมกันทำความสะอาดห้องเรียน อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ เน้นเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรค โดยการ “กินของร้อน ใช้ช้อนกลาง หมั่นล้างมือ” และให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ผลจากการเฝ้าระวังโรคในตำบลต่อจากวันพบผู้ป่วยรายสุดท้ายอีก 10 วัน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีก

คำสำคัญ : ไขดำแดง / Scarlet fever / สอบสวนการระบาด

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน

ความเป็นมา

เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2561 เวลา 10.30 น. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก ได้รับแจ้งข่าวจากงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลน่าน ว่าได้พบผู้ป่วยโรคไข้ดำแดงเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลน่าน เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2561 จำนวน 1 ราย และช่วงเช้าวันที่ 23 พฤษภาคม 2561 อีกจำนวน 1 ราย รวมเป็นจำนวน 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยเป็นเด็กที่เรียนอยู่ในชั้นอนุบาลโรงเรียนบ้านเป่าทั้ง 2 ราย โดยมีที่อาศัยอยู่บ้านเป่า หมู่ที่ 5 จำนวน 1 ราย และบ้านไทยงาม หมู่ที่ 6 จำนวน 1 ราย จึงได้ดำเนินการประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียนบ้านเป่า เพื่อดำเนินการสอบสวนควบคุมป้องกันโรคระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่อศึกษาลักษณะการเกิด การกระจายของโรคตามบุคคล สถานที่ และเวลา
3. เพื่อหาสาเหตุการระบาด แหล่งโรค และวิธีถ่ายทอดโรค
4. เพื่อหาแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรค

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Epidemiology)⁽³⁾ โดยการทบทวนสถานการณ์โรคไข้ดำแดง (Scarlet fever) ของตำบลน้ำตกย้อนหลัง 5 ปี จากฐานข้อมูลรายงาน 506 ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ น่าน จังหวัดน่าน เพื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้ดำแดง จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่พื้นที่ตำบลน้ำตก ที่ไปรับการรักษา ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561

สำรวจลักษณะสิ่งแวดล้อมและสุขภาพทั่วไปของโรงเรียน และรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยสัมภาษณ์ครู ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนที่มีอาการป่วยโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active Case Finding) โดยมีนิยามในการค้นหาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง นักเรียน ผู้เลี้ยงดูนักเรียน ครู และบุคลากรในโรงเรียนบ้านเป่า ที่มีอาการไข้และเจ็บคอ ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ต่อไปนี้ ต่อมทอนซิลโต ลิ้นบวมแดง (Strawberry tongue) หรือมีผื่นแดงตามร่างกาย ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561

ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยโรคไขดำแดง และมีผลการตรวจเพาะเชื้อจากคอหอย (Throat swab culture) พบ เชื้อแบคทีเรียกลุ่ม β -Hemolytic Streptococcus group A

ผลการสอบสวนโรค

1. ผลการศึกษาการเกิดโรค

ยืนยันการวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยสงสัย 2 รายแรกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่านนั้น แพทย์ได้วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไขดำแดง (Scarlet fever) โดยอาศัยผลการตรวจอาการทางคลินิกเป็นหลัก แต่ไม่ได้ทำการตรวจเพาะเชื้อจากคอหอย (Throat swab culture) เพื่อหาเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม β -Hemolytic Streptococcus group A และในส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆ ก็ได้รับการวินิจฉัยโดยอาศัยผลการตรวจอาการทางคลินิกเป็นหลักเช่นเดียวกัน

ยืนยันการระบาด

จากการทบทวนสถานการณ์โรคไขดำแดง (Scarlet fever) ของตำบลน้ำตก จากฐานข้อมูลรายงาน 506 ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2556-2560) ยังไม่เคยพบว่ามีกรณียืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคไขดำแดง (Scarlet fever) เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลน้ำตก การเกิดโรคไขดำแดง (Scarlet fever) ขึ้นจำนวน 6 รายในครั้งนี้ ถือว่าเป็นการเกิดโรคครั้งแรกของตำบลน้ำตก จึงสรุปว่า ได้เกิดการระบาดของโรคไขดำแดง (Scarlet fever) ในเขตพื้นที่โรงเรียนบ้านเป่า หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก จริง คิดเป็นอัตราป่วยในภาพรวมทั้งตำบลน้ำตกเท่ากับ 260.01 ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลทั่วไปและสภาพแวดล้อมของโรงเรียน

โรงเรียนบ้านเป่า ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน เปิดสอนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ขยายโอกาส) มีนักเรียนทั้งหมด 174 คน ครู 18 คน บุคลากรอื่นๆ อีก 2 คน โดยมีอาคารและสถานที่เรียนแบ่งเป็นสัดส่วน มีห้องเรียนประจำของนักเรียนแต่ละห้อง และมีบางวิชาที่นักเรียนใช้ห้องเรียนร่วมกัน ห้องเรียนทุกห้องอากาศถ่ายเทดี ไม่มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศ สภาพแวดล้อมของบริเวณโรงเรียน ห้องน้ำห้องส้วม โรงอาหาร สนามเด็กเล่น พบว่า มีความสะอาดอยู่ในเกณฑ์ดีและเป็นระเบียบเรียบร้อย

ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์นักเรียน ผู้เลี้ยงดูนักเรียน ครู และบุคลากรในโรงเรียนบ้านเป่า การตรวจร่างกายนักเรียนระดับชั้นอนุบาล และการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก และโรงพยาบาลน่าน พบผู้ป่วยเข้านิยามสงสัยเพิ่มอีก 4 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

2. ผลการศึกษาลักษณะการกระจายของโรค

ลักษณะการกระจายของโรคตามบุคคล

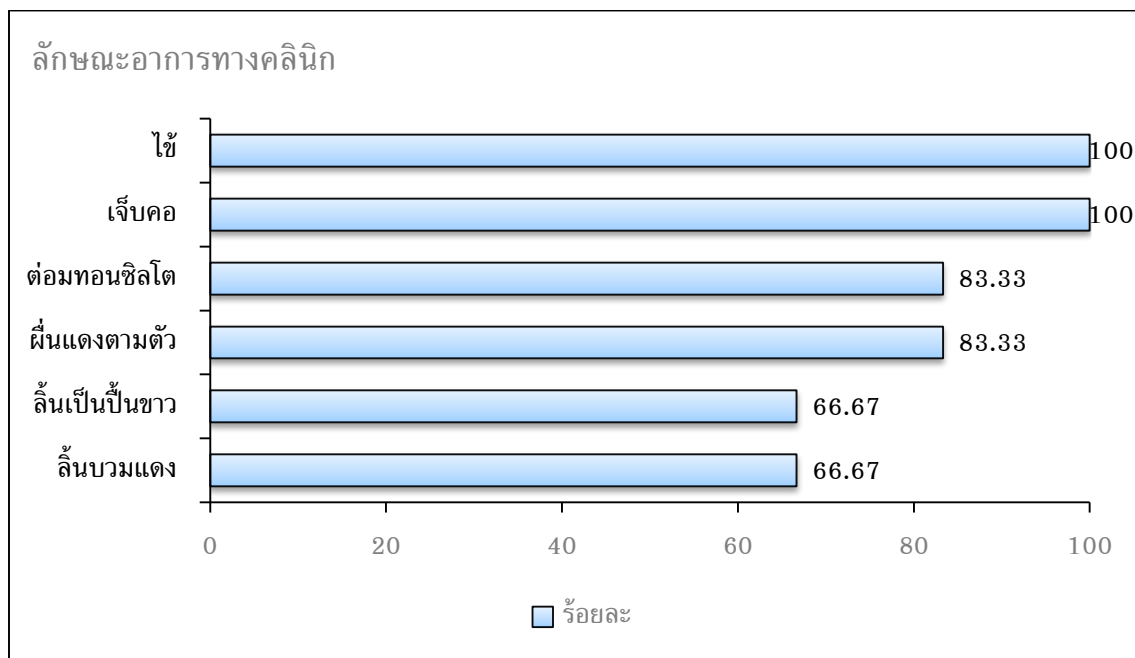
พบผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เป็นนักเรียน 5 ราย (ร้อยละ 83.33) โดยผู้ป่วยเป็นเพศชาย 4 ราย (ร้อยละ 80.00) เพศหญิง 1 ราย (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยมีอายุ 4 ปี, 6 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 40.00, 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ เป็นนักเรียนในชั้นอนุบาล 1 ร้อยละ 60.00 และชั้นอนุบาล 2 ร้อยละ 40.00 ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย (ร้อยละ 16.67) เป็นผู้เลี้ยงดูนักเรียนที่บ้าน เพศหญิง อายุ 20 ปี ซึ่งเป็นพี่สาวที่ได้ดูแลใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนที่ป่วยขณะพักฟื้นที่บ้าน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลน่าน้อย 4 ราย (ร้อยละ 66.67) มีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 33.33) ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก

สำหรับอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไข้ ร้อยละ 100.00 เจ็บคอ ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ อาการต่อมทอนซิลโต ผื่นแดงตามร่างกาย แต่ละอาการพบร้อยละ 83.33 ส่วนอาการลิ้นบวมแดง ลิ้นเป็นปื้นขาว แต่ละอาการพบร้อยละ 66.67 (รูปที่ 1)

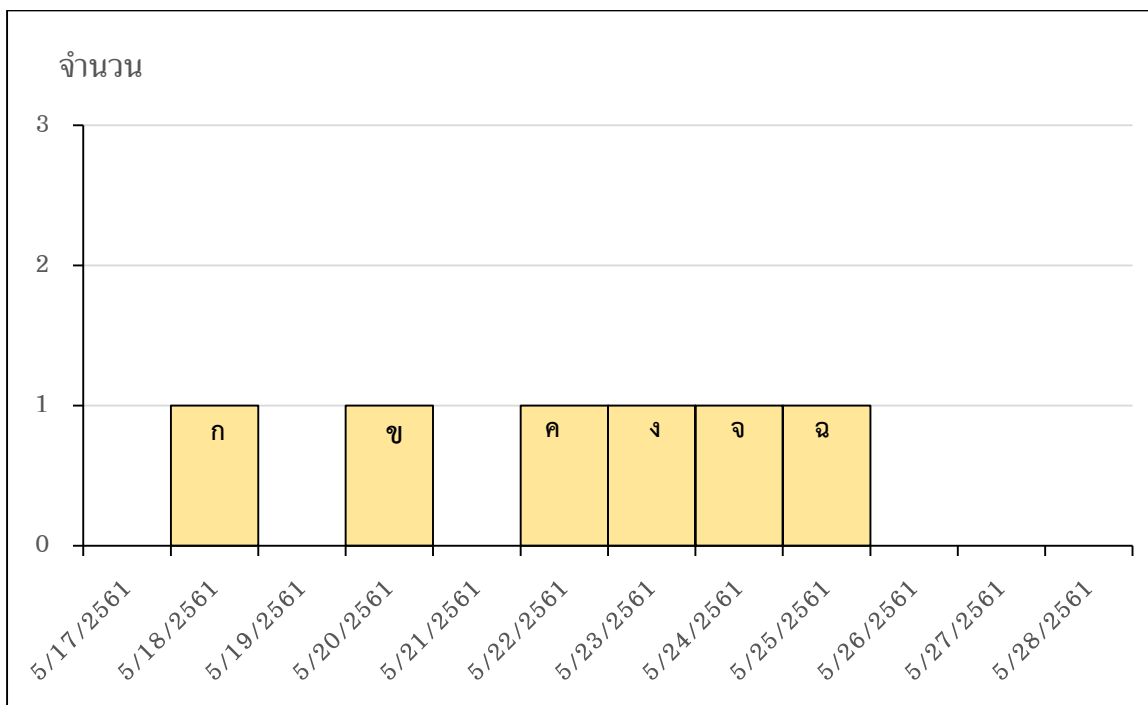
รูปที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไข้ดำแดงในโรงเรียนบ้านเป่า หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก

อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561 (n=6)



ลักษณะการกระจายของโรคตามเวลา

รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยตามวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยโรคไข้ดำแดงในโรงเรียนบ้านเป่า หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561 (n=6)



จากการสอบสวนการระบาดของโรคไข้ดำแดงครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งการเกิดโรคไข้ดำแดงจากโรงพยาบาลนาน้อยในวันที่ 23 พฤษภาคม 2561 จำนวน 2 รายนั้น คือ ผู้ป่วย ข (อนุบาล 2) ซึ่งมีวันเริ่มป่วย 20 พฤษภาคม 2561 และผู้ป่วย ค (อนุบาล 1) วันเริ่มป่วย 22 พฤษภาคม 2561 เมื่อได้ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมพบว่ามีผู้ป่วย ก (อนุบาล 1) มีวันเริ่มป่วย 18 พฤษภาคม 2561 ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตกเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2561 ซึ่งผู้ป่วย ก น่าจะเป็น Index Case ของการระบาดในครั้งนี้ แล้วแพร่โรคสู่เด็กนักเรียนสู่ผู้ป่วยรายอื่นต่อกันไป สำหรับผู้ป่วย จ เป็นรายเดียวที่ไม่เป็นนักเรียน โดยเป็นพี่สาวที่ได้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก โดยตลอดขณะที่พักรักษาตัวที่บ้าน ก่อนป่วย 1 สัปดาห์ผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติเดินทางไปเที่ยวในต่างตำบล การระบาดครั้งนี้มีลักษณะแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) (รูปที่ 2)

ลักษณะการกระจายของโรคตามสถานที่

การกระจายของโรคส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงเรียน 5 ราย (ร้อยละ 83.33) และมีการกระจายของโรคในชุมชน 1 ราย (ร้อยละ 16.67) โดยการกระจายของโรคในโรงเรียนนั้น ส่วนใหญ่เกิดโรคขึ้นในห้องอนุบาล 1

3. การควบคุมและป้องกันโรค

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. ให้ความรู้แก่ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน เรื่องโรคไข้ดำแดง และสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรค เน้นเรื่อง “กินของร้อน ใช้ช้อนกลาง หมั่นล้างมือ”
2. ตรวจสอบสุขภาพเพื่อคัดกรองนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียนเพื่อคัดแยกเด็กป่วยทุกวัน ตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2561
3. แจ้งผู้ปกครองให้สังเกตอาการป่วยของนักเรียน หากพบอาการป่วยของบุตรหลานให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล และใส่หน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นด้วย
4. แนะนำโรงเรียนทำความสะอาดห้องเรียน วัสดุอุปกรณ์ ของเล่น เครื่องนอน เครื่องเล่นสนาม พื้นผิวในห้องเรียน และให้เปิดหน้าต่างระบายอากาศ
5. ประสานผู้บริหารโรงเรียนและครูประจำชั้นอนุบาล ปิดการเรียนการสอนระดับอนุบาลทั้ง 2 ห้องเป็นเวลา 1 สัปดาห์ คือตั้งแต่วันที่ 24 – 30 พฤษภาคม 2561
6. แจ้งผู้ปกครองนักเรียนป้องกันไม่ให้เด็กไปเล่นคลุกคลีกับเด็กป่วย ขณะที่โรงเรียนปิดชั้นอนุบาล
7. ประสานให้สถานบริการสาธารณสุขเร่งรัดระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้ดำแดง

มาตรการเฝ้าระวังโรค

งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตก ได้ติดตามเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ตำบลน้ำตกต่อเนื่องหลังจากพบผู้ป่วยรายสุดท้าย (28 พฤษภาคม 2561) เป็นเวลา 10 วัน ยังไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีกในโรงเรียนแห่งนี้และในตำบลน้ำตก

วิจารณ์ผล

ไข้ดำแดง หรือ Scarlet fever เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *B-Hemolytic Streptococcus* group A ซึ่งเป็นเชื้อตัวเดียวกับที่ทำให้เกิดทอนซิลอักเสบ แต่เชื้อสร้างสารพิษที่เรียกว่า Erythrogenic toxin ออกมาปริมาณมากจึงทำให้เป็น Scarlet fever เชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus* spp. พบเป็นเชื้อประจำถิ่นในปากคอ ลำไส้ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ พบได้ใน น้ำ ผุ่น นํ้านม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แห้งและมีผุ่นละอองได้เป็นเวลานาน โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดนี้ ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยโรคไข้ดำแดงมักมีอาการเริ่มต้นด้วยอาการเจ็บคอ ปวดศีรษะ และมีไข้ ต่อมาเริ่มมีผื่นละเอียดสีแดงสัมผัสแล้วมีลักษณะคล้ายกระดาษทราย โดยผื่นจะเริ่มจากลำคอ รักแร้ และหน้าอกช่วงบนลามลงไปตามลำตัว แขนขา หลังมีผื่น 2-4 วัน ผื่นจะเริ่มลอกออกโดยเฉพาะบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า และขาหนีบ ผู้ป่วยโรคดำแดงอาจมีปื้นขาวที่ลิ้น ซึ่งต่อมาจะลอกออกภายในสองถึงสามวัน ทำให้ลิ้นมีลักษณะบวมแดง นอกจากนี้ยังอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ใบหน้าแดง รอบปากซีดอีกด้วย อาการแทรกซ้อนของโรคไข้ดำแดงส่วน

ใหญ่มักเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบและไม่ต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น เช่น การติดเชื้อในหูชั้นกลางและไซนัส ปอดอักเสบ หรืออาจรุนแรงจนเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิต ติดเชื้อที่กระดูกและข้อหรือติดเชื้อในสมอง และทำให้เสียชีวิตได้⁽¹⁾

การระบาดของโรคไข้ดำแดงในโรงเรียนบ้านเปาครั้งนี้ ยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยการตรวจร่างกายและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ตรวจพบ ได้แก่ มีไข้ เจ็บคอ ต่อมทอนซิลโต มีผื่นแดงตามตัวเมื่อสัมผัสจะรู้สึกคล้ายกระดาษทราย ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของโรคไข้ดำแดง รวมทั้งมีอาการคันเป็นปื้นขาว และลิ้นบวมแดงคล้ายผลสตอเบอร์รี่ โดยทั่วไปแล้วโรคไข้ดำแดงนั้นสามารถพบได้ตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นเด็กในกลุ่มอายุ 7 - 9 ปี แต่ก็มีรายงานว่าพบผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ซึ่งการระบาดในครั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงเรียนชั้นอนุบาล อายุ 4 - 6 ปี ไม่พบในเด็กโตในโรงเรียน ซึ่งน่าจะเกิดจากเด็กเล็กยังไม่มีภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติ และเด็กอนุบาลไม่ได้ไปเล่นคลุกคลีกับนักเรียนชั้นอื่นมากนัก เนื่องจากอาคารเรียนอนุบาลแยกออกมาเป็นที่เฉพาะและอยู่ห่างจากอาคารเรียนชั้นอื่นพอสมควร ผู้ป่วยโรคไข้ดำแดงมักติดเชื้อผ่านการสัมผัสใกล้ชิด (direct contact) หรือผ่านหายใจเอาละอองฝอย (large respiratory droplet) ที่ติดเชื้อเข้าทางระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อผ่านการรับประทานอาหารก็พบได้แต่น้อย จึงทำให้เกิดการระบาดขึ้นในกลุ่มนักเรียนอนุบาลที่เล่นคลุกคลีกันในชั้นเรียน โดยทั่วไปแล้วโรคไข้ดำแดงมีระยะฟักตัว 1 - 3 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น การระบาดครั้งนี้จึงมีลักษณะการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) เนื่องจาก Index case ได้หยุดไปโรงเรียนในวันถัดจากวันเริ่มป่วยทันที แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการสามารถแพร่เชื้อได้จนกระทั่งผู้ป่วยหายจากอาการป่วยซึ่งอาจนานถึง 10-21 วัน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมระยะแพร่เชื้อจะลดลงเหลือภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาปฏิชีวนะ⁽²⁾ ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดอยู่ที่บ้านได้ จึงทำให้เกิดการกระจายของโรคในชุมชนขึ้นอีกคนหนึ่งด้วย

สรุปผล

พบการระบาดของโรคไข้ดำแดง (Scarlet fever) จริง ในโรงเรียนบ้านเปา หมู่ที่ 5 ตำบลน้ำตก อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 23 พฤษภาคม - 7 มิถุนายน 2561 พบผู้ป่วยมีอาการตามนิยามผู้ป่วยสงสัย 6 ราย คิดเป็นอัตราในภาพรวมทั้งตำบลน้ำตกเท่ากับ 260.01 ต่อประชากรแสนคน และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้นอนุบาล 5 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย (ร้อยละ 80.00) เพศหญิง 1 ราย (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยมีอายุ 4 ปี, 6 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 40.00, 40.00 และ 20.00 ตามลำดับ เป็นนักเรียนในชั้นอนุบาล 1 ร้อยละ 60.00 และชั้นอนุบาล 2 ร้อยละ 40.00 และเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่บ้านอีก 1 ราย เพศหญิง อายุ 20 ปี ลักษณะอาการทางคลินิกมีอาการไข้และเจ็บคอทุกราย รองลงมามีอาการต่อมทอนซิลโต ผื่นแดงตามร่างกาย แต่ละอาการพบร้อยละ 83.33 ส่วนอาการลิ้นบวมแดง ลิ้นเป็นปื้นขาว แต่ละอาการพบร้อยละ

66.67 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน้อยร้อยละ 66.67 รองลงมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำตกร้อยละ 33.33 การระบาดของโรคครั้งนี้ มีลักษณะการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) ดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายโรคโดยประสานโรงเรียนปิดการเรียนการสอนระดับชั้นอนุบาลทั้งหมดเป็นเวลา 1 สัปดาห์ และผู้ปกครองเด็กร่วมกันทำความสะอาดห้องเรียน อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ เน้นเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรค โดยการ “กินของร้อน ใช้ช้อนกลาง หมั่นล้างมือ” และให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ผลจากการเฝ้าระวังโรคในตำบลต่อจากวันพบผู้ป่วยรายสุดท้ายอีก 10 วัน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีก

ข้อเสนอแนะ

1.) ควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการวินิจฉัยโรคด้วย โดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยรายแรกๆ ของพื้นที่ที่ยังไม่มีการเกิดโรคมามาก่อนในช่วงระยะเวลานั้น 2.) ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคต้องรายงาน 506 ทุกโรค โดยเฉพาะแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทุกคน ให้รับแจ้งเหตุการณ์ต้องงานระบาดวิทยาของสถานพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่เกิดโรคทันทีที่พบการวินิจฉัยโรคที่ต้องรายงาน 506 เพื่อความรวดเร็วในสอบสวนโรคและการควบคุมป้องกันโรคต่อไป 3.) ควรมีการจัดระบบการคัดกรองและตรวจสอบสุขภาพนักเรียนทุกชั้นเรียนและทุกวันก่อนเข้าเรียน เพื่อคัดแยกเด็กป่วย ถ้าพบเด็กป่วยให้ผู้ปกครองพาลูกไปรับการรักษาที่ถูกต้องและแจ้งสถานพยาบาลทันที

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลน่าน้อย ที่แจ้งข่าวการเกิดโรคไข้ดำแดงและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสอบสวนโรคในครั้งนี้ การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคในครั้งนี้ ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากนายปรีชา มาอ้าย รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านเป่า พร้อมคุณครูประจำชั้นอนุบาลทั้งสองท่าน และผู้ปกครองเด็กชั้นอนุบาลทุกคน จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

(1) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้ดำแดงในโรงเรียนนานาชาติแห่งหนึ่ง ตำบลวิชิต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต วันที่ 11-19 กันยายน 2554. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ 2554;42:721-726.

(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข ไข้ดำแดง (Scarlet fever) [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2561 พฤษภาคม 23]. เข้าถึงได้จาก <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/pat2/ไข้ดำแดงสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข.docx>

(3) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.

การจัดการปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผา

ภก.ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ภญ.อุมาพร ธนะขว้าง, ภก.ประดัต เพ็ชรจรูญ

จพ.วรรณวิภา หลวงทะ, พญ.นภัสพร ศรีเกิน, พว.ญาณิน เสฏฐวุฒิปวงศ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาในระหว่างปี 2557-2559 ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับยาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผา โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ซึ่งการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1.สำรวจปริมาณมูลค่าและสาเหตุของยาเหลือใช้ เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาและกำหนดแนวทางบทบาทสหสาขาวิชาชีพในการจัดการปัญหา ร่วมกัน 2.ดำเนินการตามแนวทางการจัดการปัญหาเหลือใช้ 3.ประเมินผลการวิจัย โดยเครื่องมือการวิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูล แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจ แบบประเมินความพึงพอใจ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสามารถลดมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยจาก 923,969.16 บาทต่อปีลดลงเป็น 645,745.41 บาทต่อปี, อัตราการขาดนัดของผู้ป่วย ลดลงจากร้อยละ 34.48 เป็นร้อยละ 2.60, โปรแกรมการจัดการรายกรณีแบบชุมชนมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 95 และการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพพบว่าสามารถแก้ปัญหการใช้ยาของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90 ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมการจัดการปัญหาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้นและสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

คำสำคัญ ยาเหลือใช้, มูลค่ายาเหลือใช้, อัตราขาดนัด

โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

ที่มา

ปัจจุบันพบประชากรไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นจากสถิติข้อมูลทางสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ รายงานว่า ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยป่วยเป็นโรคเบาหวาน 670.6 คนและโรคความดันโลหิตสูง 1,111 คนต่อประชากรไทย 100,000 คน ซึ่งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ มักจะได้รับยาครั้งละหลายชนิดและได้รับยาปริมาณมาก ปัญหายาเหลือใช้ดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง และส่งผลในระดับประเทศชาติ ผลต่อผู้ป่วยคือเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยอาจกินยาซ้ำซ้อน เช่น กินยาที่เคยได้รับมาก่อนแต่ยังเหลืออยู่ ร่วมกับยาที่เพิ่งได้รับมาใหม่ไปพร้อมๆ กันนำไปสู่ผลเสียก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเองได้ ผลกระทบต่อประเทศชาติคือการสูญเสียงบประมาณเกินความจำเป็น โดยมีการประมาณการความสูญเสียพบว่า รัฐจะสูญเสียเงินสูงถึง 150,000,000 บาทต่อปี^{1,2,3}

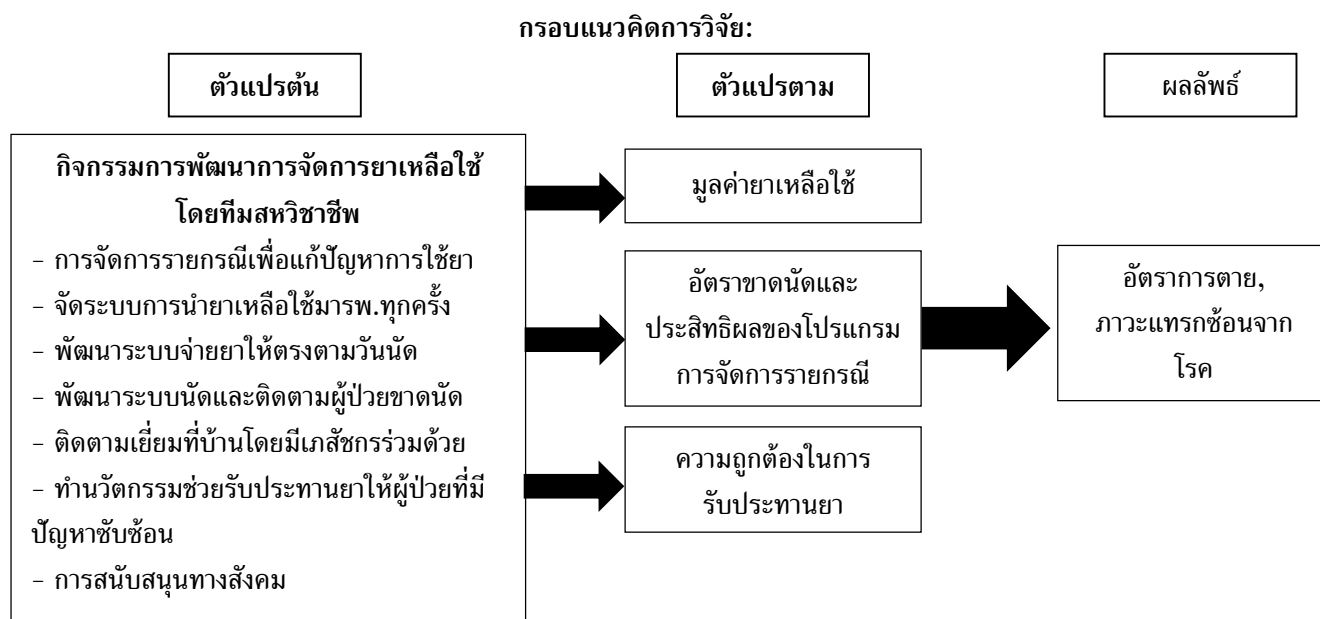
ในปี 2557 โรงพยาบาลท่าวังผาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วย 5,044 คน โรคเบาหวานมีผู้ป่วย 1,814 คน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืดมีผู้ป่วย 825 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาโรคเรื้อรังหลายชนิดและได้รับยาปริมาณมากซึ่งมักจะมีปัญหาในการใช้ยาเกิดขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดยาเหลือใช้จำนวนมากจากการเก็บข้อมูลในปี 2557 พบว่ามูลค่ายาดีที่ยาเหลือใช้มีมูลค่า 923,969.16 บาทต่อปี ซึ่งเป็นมูลค่าที่สูงและมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล จากการติดตามเยี่ยมบ้านและการสอบถามผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าสาเหตุยาเหลือใช้ คือ ยาเหลือสะสมที่บ้านเดิมอยู่แล้ว ลืมทานยาบางมื้อ อ่านฉลากยาไม่ได้ มาไม่ตรงตามนัด ปรับยาเองเนื่องจากมีอาการข้างเคียงเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยในปี 2557 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไตร้อยละ 28.09, เท้าร้อยละ 0.97, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้มีเพียงร้อยละ 29.59, ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคได้มีเพียงร้อยละ 31.15 ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 48.34 และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 15.38 และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 3.70

ทีมผู้วิจัยจึงได้ทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อหาสาเหตุและกำหนดแนวทางการจัดการระบบยาเหลือใช้ให้ครอบคลุมทั้งระบบโดยกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพให้มีส่วนร่วมการจัดการปัญหายาเหลือใช้และจัดการรายการสำหรับผู้ป่วยรายที่มีปัญหาการใช้ยาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาทั้งนี้เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็น เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดความสูญเสียด้านยาที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการจัดการปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผาจังหวัดน่าน
ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



กลุ่มประชากรที่ศึกษา : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผา

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่าง ปี 2557 – 2559 โรงพยาบาลท่าวังผาจำนวน 400 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง :

เกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผา
2. ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาตรวจแผนกอื่นนอกเหนือจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

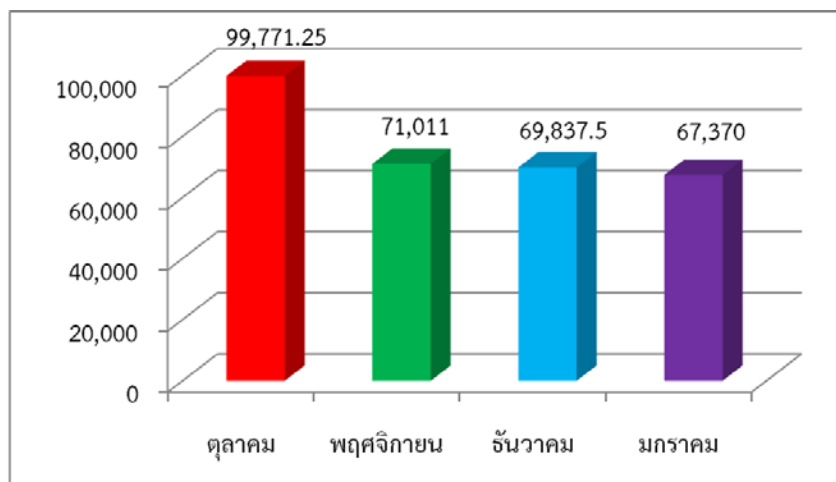
กิจกรรมการพัฒนา

การวิจัยนี้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระหว่างปี 2557– 2559 ซึ่งการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจปริมาณและมูลค่ายาเหลือใช้รวมถึงสาเหตุของยาเหลือใช้เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาและสะท้อนข้อมูลให้ผู้บริหาร/ทีมสหวิชาชีพเพื่อกำหนดแนวทางและกำหนดบทบาทสหสาขาวิชาชีพในการจัดการปัญหาร่วมกัน

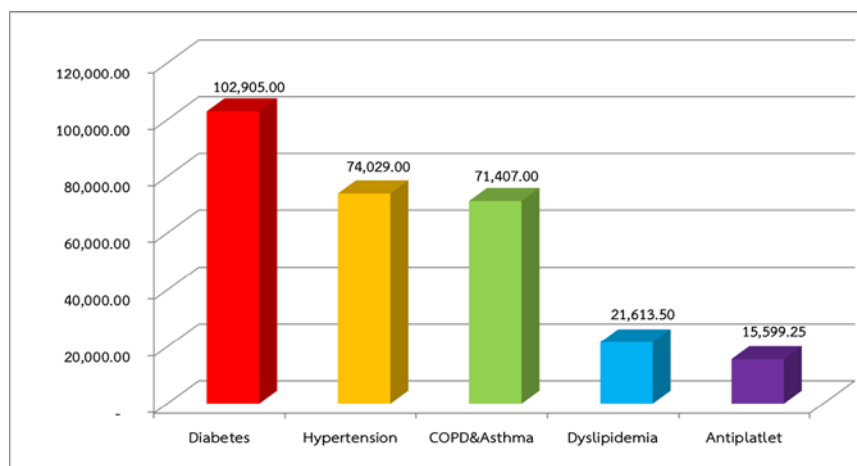
ข้อมูลการศึกษาในระยะที่ 1 การสำรวจปริมาณ/มูลค่ายาเหลือใช้และสาเหตุของยาเหลือใช้ในปี 2557 โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึง เดือนมกราคม 2558 พบว่า

1) การประมาณการมูลค่ายาเหลือใช้พบว่ามูลค่ายาเหลือใช้เฉลี่ยต่อเดือนมีมูลค่า 76,997.43 บาท และประมาณการมูลค่ายาเหลือใช้ใน 1 ปี พบว่ามีมูลค่า 923,969.16 บาท



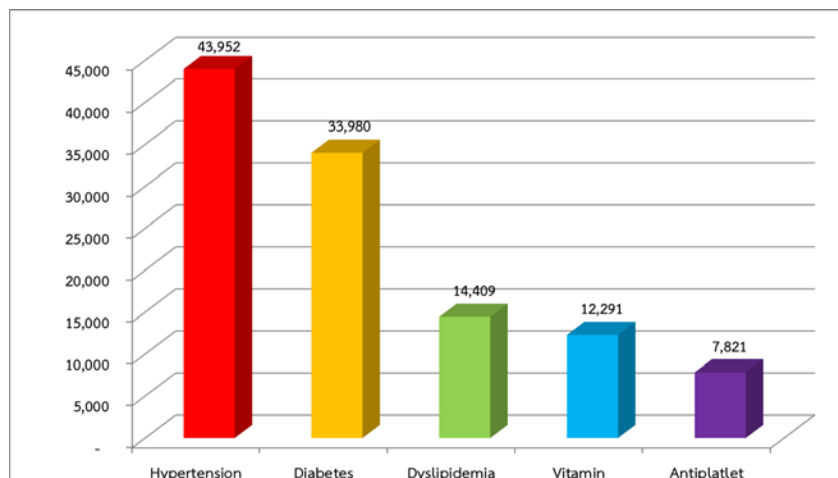
รูปที่ 2 แสดงมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยแยกเป็นรายเดือน

มูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยแบ่งตามกลุ่มยามากที่สุด คือ กลุ่มยาโรคเบาหวาน รองลงมาคือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต กลุ่มยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด กลุ่มยาลดไขมัน และ กลุ่มยาด้านการเกาะกลุ่มเกล็ดเลือด ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงมูลค่ายาเหลือใช้ตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก

2) ปริมาณยาเหลือใช้ พบว่ากลุ่มยาเหลือใช้ของผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต รองลงมาคือ กลุ่มยาโรคเบาหวาน กลุ่มยาลดไขมัน กลุ่มยาวิตามิน และ กลุ่มยาต้านการเกาะกลุ่มเกล็ดเลือด ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 4 แสดงจำนวนเม็ดยาเหลือใช้ตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก

3) สาเหตุของยาเหลือใช้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงสาเหตุของยาเหลือใช้จากผู้ป่วยจำนวน 200 ราย พบว่าสาเหตุของยาเหลือใช้มีดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของยาเหลือใช้ (สัมภาษณ์จากผู้ป่วยจำนวน 200 ราย)

สาเหตุของยาเหลือใช้	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ยาเหลือสะสมที่บ้าน	77	37.56
ลืมทานยาบางมื้อ	54	26.34
อ่านฉลากยาไม่ได้	26	12.68
มาไม่ตรงตามนัด	21	10.24
เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	12	5.85
ปรับยาเอง	10	4.88
ขาดการสนับสนุนทางสังคม เช่นขาด ผู้ดูแล, เศรษฐฐานะ, การเดินทาง	5	2.44

*หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 รายอาจตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากข้อมูลของการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่าการประมาณการมูลค่ายาเหลือใช้ใน 1 ปีมีมูลค่าสูงถึง 923,969.16 บาท โดยกลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน มีมูลค่ายาเหลือใช้มากที่สุด ส่วนปริมาณยาเหลือใช้พบว่า ยากลุ่มลดความดันโลหิตสูง มีปริมาณมากที่สุด ส่วนสาเหตุของยาเหลือใช้พบว่าเกิดจากยาเหลือสะสมที่บ้าน มากที่สุด รองลงมาคือ ลืมทานยา อ่านฉลากยาไม่ได้ มาไม่ตรงนัด เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ปรับยาเอง ขาดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาทบทวนร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักถึงผลกระทบจากยาเหลือใช้ จึงได้วางแนวทางการจัดการยาเหลือใช้แบบบูรณาการในรูปแบบกิจกรรมพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 จากข้อมูลการสำรวจปริมาณ/มูลค่ายาเหลือใช้และสาเหตุของยาเหลือใช้ในปี 2557 ทางทีมสหวิชาชีพได้นำมาทบทวนและวิเคราะห์ เพื่อจัดการปัญหา โดยได้แนวทางดังตารางที่ 2

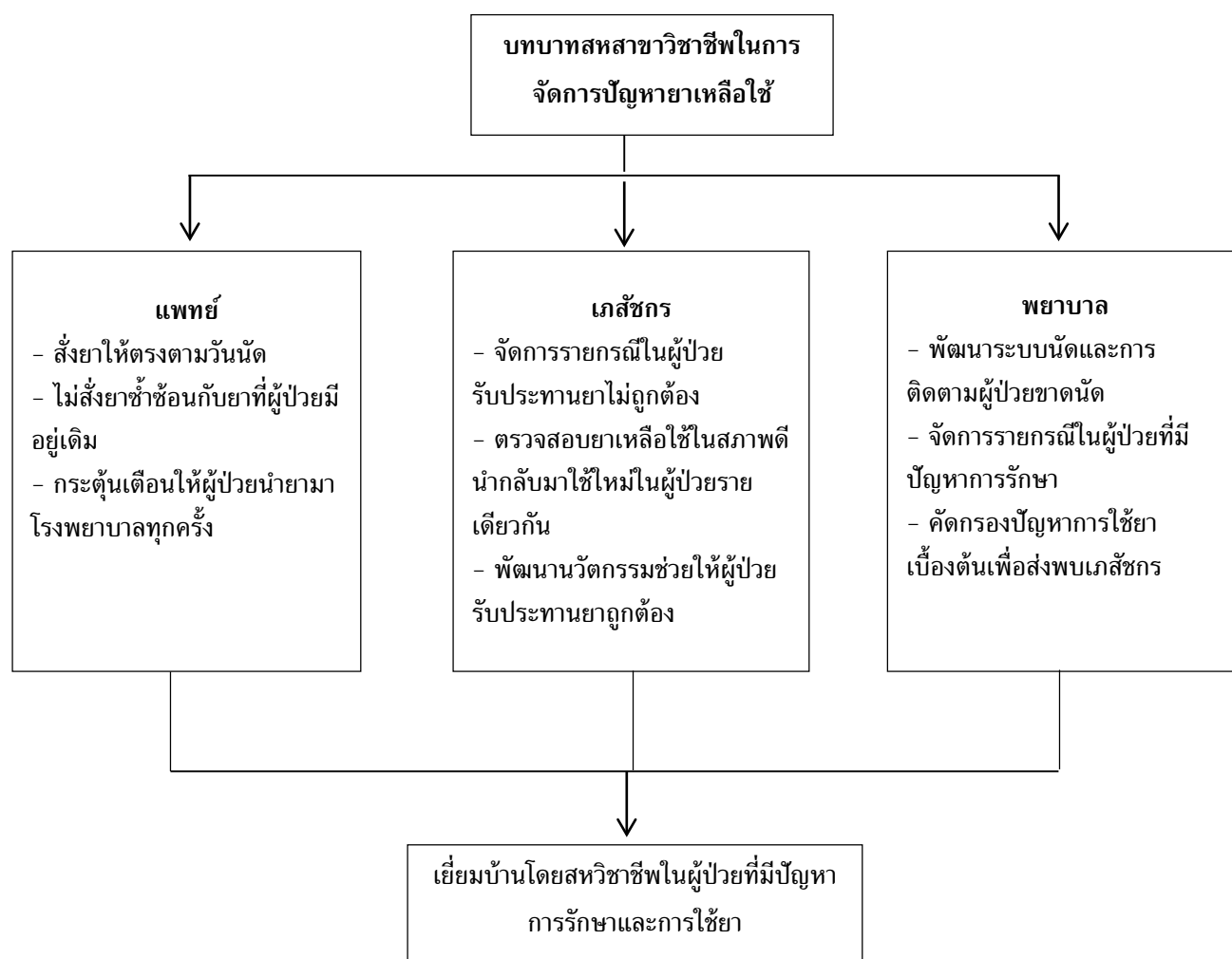
ตารางที่ 2 แนวทางการจัดการปัญหา ยาเหลือใช้โดยสหวิชาชีพ โรงพยาบาลท่าวังผา

แนวทางการจัดการปัญหา	กิจกรรมพัฒนา
1. การจัดการปัญหาด้านยาตามสาเหตุยาเหลือใช้	1. การจัดการรายการกรณีตามสาเหตุของยาเหลือใช้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้อง เช่น การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ, การสอนยาเทคนิคพิเศษ, ทำนวัตกรรมการช่วยรับประทานยา, การออกเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาร่วมกับผู้ดูแล
2. สร้างระบบให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาโรงพยาบาลทุกครั้ง	1. กระตุ้นเตือนผู้ป่วยในทุกจุดบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาด้วยทุกครั้ง 2. เพิ่มข้อความหน้าสมุดประจำตัวโรคเบาหวาน ความดัน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3. เพิ่มข้อความในบัตรนัดให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้มาโรงพยาบาลทุกครั้ง 4. ให้ความรู้เรื่องยาเหลือใช้และประชาสัมพันธ์ในกิจกรรมสัปดาห์เภสัชกรรม 5. เพิ่มหัวข้อเรื่องยาเหลือใช้ในการให้สุขศึกษากลุ่มในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. การสั่งจ่ายยาให้ตรงตามวันนัด	1. ยกเลิกระบบตัดทอนเม็ดยาโดยรวมกับเม็ดยาเหลือใช้ เนื่องจากสร้างความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาให้ผู้ป่วย (สั่งยาไม่ตรงนัด) 2. กรณีแพทย์จ่ายยาไม่สัมพันธ์กับวันนัด ให้เภสัชกรยืนยันคำสั่งใช้ยากับแพทย์ทุกครั้ง 3. กรณีแพทย์ใช้คำสั่ง Re-medicine ในโปรแกรม HosXP ให้ตรวจสอบจำนวนยากับวันนัดให้สัมพันธ์กัน
4. พัฒนาระบบนัดและติดตามผู้ป่วยขาดนัด	1. วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการขาดนัดและระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดซึ่งพบว่าเหตุสำคัญ คือ การลงนัดผิดจุดบริการทำให้ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ

	2. เจ้าหน้าที่จัดคัดกรองหลังพบแพทย์เขียน วันที่ เดือน ปี ในใบนัด / ในสมุดคู่มือผู้ป่วยให้อ่านออกได้ชัดเจนและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจให้ตรงนัดทุกครั้ง 3. ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีญาติมาด้วยอ่านทวนซ้ำให้ฟังพร้อมสอบถามเข้าใจให้ถูกต้องตรงกันก่อนไปรับยากลับบ้านทุกครั้ง 4. ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่บ้านใกล้เคียงกันและรอมารโรงพยาบาลพร้อมกันจะประสานแพทย์ให้นัดมาตรวจวันเดียวกันเพื่อความสะดวก 5. กรณีผู้ป่วยมาก่อนนัดพยาบาลต้องแก้ไขข้อมูลวันนัดเดิมให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ 6. ช่วงเย็นหลังให้บริการเสร็จสิ้นทำการตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัดในวันนั้นจากโปรแกรม HosXP 7. กรณีผู้ป่วยขาดนัดเกิน 3 วัน (ตรวจสอบจากโปรแกรม Hos XP) ออกจดหมายติดตามไปที่บ้านถ้าติดตามไป 2 ครั้งแล้วผู้ป่วยยังไม่มาแจ้งสถานบริการในเขตรับผิดชอบให้รับทราบและร่วมติดตาม 8. แก้ไขวันนัดเดิมของผู้ป่วยในโปรแกรม Hos XP ให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยมารับบริการในกรณีที่ขาดนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์
5. การจัดการรายการกรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง	1. วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยและแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มมีความรู้แต่ปฏิบัติตัวไม่ถูก, กลุ่มไม่มีความรู้แต่มีผู้ดูแลและกลุ่มไม่มีความรู้และขาดผู้ดูแล 2. วางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามปัญหาของกลุ่ม โดยผู้ป่วยกลุ่มมีความรู้แต่ปฏิบัติตัวไม่ถูกได้จัด Focus group ในกลุ่มย่อยทบทวนการปฏิบัติตนและ patient empower patient โดยบุคคลต้นแบบ, กลุ่มไม่มีความรู้แต่มีผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะและความรู้แก่ผู้ดูแล และกลุ่มไม่มีความรู้และขาดผู้ดูแลได้แจ้งข้อมูลให้ชุมชนชุมชนจัดหาจิตอาสา อสม.และ จนท.รพ.สต.ร่วมดูแลพัฒนาทักษะให้กับจิตอาสา อบต. สนับสนุนการรับส่ง(ทั้งกรณีนัดและภาวะฉุกเฉิน) การจัดสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการสื่อสารการขอรับคำปรึกษาการช่วยเหลือ 3. จัดทำช่องทางการสื่อสารเพื่อเป็นช่องทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้โทรศัพท์และตั้งกลุ่ม Line 4. การสนับสนุนทางสังคม 5. การติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับชุมชน รพ.สต.ติดตามเจาะเลือดในรายที่มารพ.ไม่ได้และประเมินผล

6. การให้การสนับสนุนทางสังคม	1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดย จิตอาสา, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่, อสม., รพ.สต. 2. การประสานงาน อบต. เพื่อจัดรถรับส่งผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาการเดินทางมาโรงพยาบาล 3. นัดผู้ป่วยพื้นที่เดียวกันให้มาตรวจในวันเดียวกัน เพื่อสะดวกแก่การเดินทางของผู้ป่วย 4. การกระจายผู้ป่วยในรายที่มีอาการทางคลินิกคงที่ให้รับยาที่รพ.สต. ใกล้บ้าน
------------------------------	---

แผนผังการปฏิบัติงาน



รูปที่ 5 แสดงแผนผังการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการวิจัยซึ่งตัวแปรที่ใช้วัดความสำเร็จของการวิจัยคือ

- 1) มูลค่ายาเหลือใช้
- 2) อัตราการขาดนัดและประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณี
- 3) ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง

วิธีการประเมินผล

เมื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการจ่ายยาแล้ว ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลดังนี้

- 1) เปรียบเทียบมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา
- 2) เปรียบเทียบอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา
- 3) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา
- 4) ร้อยละของผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาในการรับประทานยาที่ได้รับการแก้ไขปัญห โดยเภสัชกร มีการรับประทานยาถูกต้องเพิ่มขึ้น

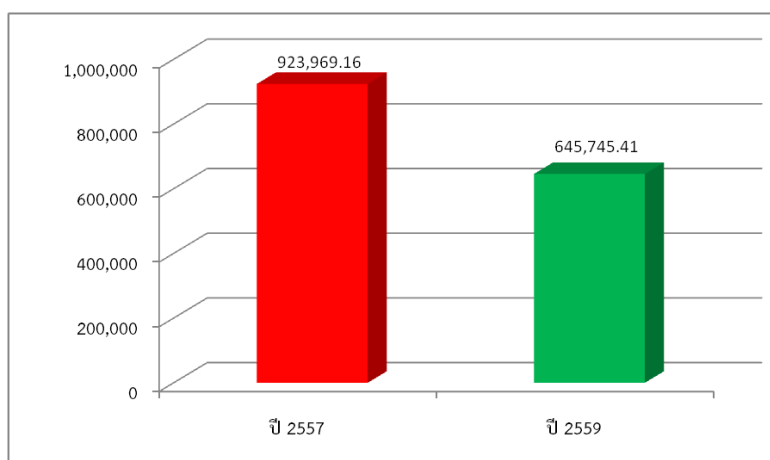
สถิติที่ใช้วิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการวิจัย

ผลการศึกษา

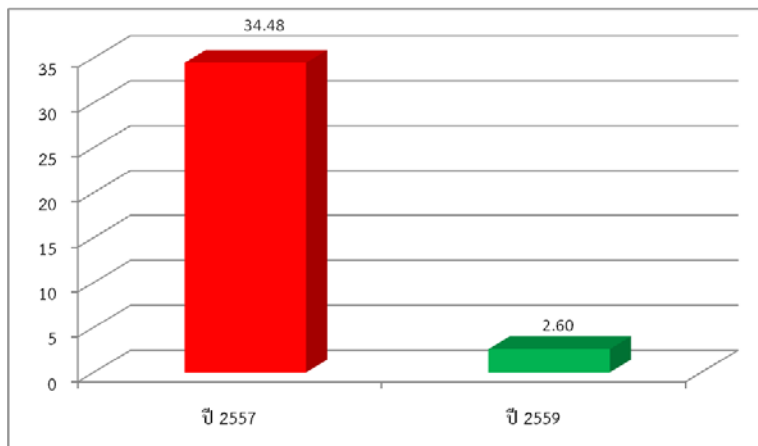
การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการจัดการยาเหลือใช้โดยสหวิชาชีพ พบว่า

- 1) การรณรงค์การนำยาเหลือมาโรงพยาบาลทุกครั้งที่การส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยตรงตามวันนัดการจัดการรายกรณีสามารถลดมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยจากปี 2557 923,969.16 บาทต่อปีลดลงเป็นในปี 2559 645,745.41 บาทต่อปี



รูปที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบมูลค่ายาเหลือใช้ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

2) กิจกรรมการพัฒนาระบบการนัดและการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ซึ่งพบว่าเหตุสำคัญคือการลงนัดผิดจุดบริการทำให้ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ จากการดำเนินกิจกรรมพบว่าอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงจากปี 2557 ร้อยละ 34.48 เป็นร้อยละ 2.60 ในปี 2559



รูปที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบอัตราขาดนัดก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

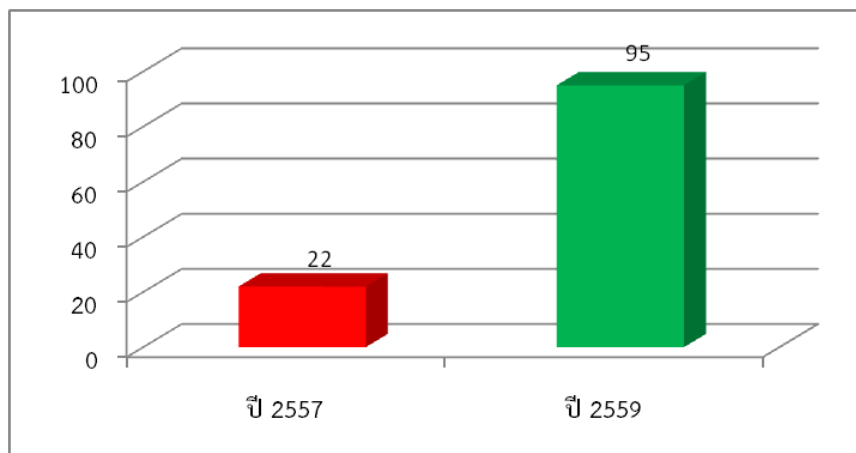
3) กิจกรรมการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30, 30, 25 รายพบว่า ผู้ป่วยเข้าร่วมรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบชุมชนมีส่วนร่วมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ความพึงพอใจต่อรูปแบบโปรแกรมการจัดการรายกรณีแบบชุมชนมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลร้อยละ 93.68

ผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 76.66, อัตราการเข้านอนซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาน้ำตาลต่ำหรือน้ำตาลสูงลดลงจากร้อยละ 43.33 เป็น 6.67

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นจากร้อยละ 29.59 เป็นร้อยละ 42.50 อัตราการเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 1.96 เป็น 0

ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 48.34 เป็น 46.00 อัตราการเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากร้อยละ 17.60 เป็นร้อยละ 18.20 อัตราการเกิดภาวะ Respiratory failure จากร้อยละ 0.22 เป็น 0.52 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2)

4) กิจกรรมส่งเสริมการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับประทานยาใช้นวัตกรรมฉลากช่วยรับประทานยา (สัญลักษณ์วงกลม, ปฏิทินยา) จากการทดสอบความเข้าใจในสัญลักษณ์ช่วยรับประทานยาในผู้ป่วยจำนวน 40 ราย พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากปี 2557 ร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 95 ในปี 2559



รูปที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบอัตราการรับประทายาถูกต้องก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

5) กิจกรรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพระหว่างปี 2558-2559 ได้ออกเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยจำนวน 63 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดและหัวใจ ตามลำดับ ปัญหาการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง อ่านฉลากยาไม่ออก ตามลำดับ โดยเภสัชกรสามารถแก้ปัญหาการใช้ยาได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90

ตารางที่ 3 แสดงปัญหาด้านยาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน (สัมภาษณ์จากผู้ป่วยจำนวน 63 ราย)

สาเหตุของยาเหลือใช้	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ใช้ยาไม่ตรงกับแผนการรักษา	29	46.03
ใช้ยาเทคนิคพิเศษไม่ถูกต้อง	16	25.40
อ่านฉลากยาไม่ออก	14	22.22
ขาดผู้ดูแล	4	6.35

การศึกษาการจัดการปัญหาหาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าวังผามีรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาในระหว่างปี 2557-2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบและผลลัพธ์ของแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินแนวทางการจัดการยาเหลือใช้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสามารถลดมูลค่ายาเหลือใช้ของผู้ป่วยจาก 923,969.16 บาทต่อปีลดลงเป็น 645,745.41 บาทต่อปี, อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 34.48 เป็นร้อยละ 2.60, โปรแกรมการจัดการรายการยาแบบชุมชนมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ผู้ป่วยรับประทายาได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 95 และการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพพบว่าสามารถแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90 ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเปรียบเทียบปี 2557-2559

รายการ	เป้าหมาย	2557	2558	2559
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง				
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	<ร้อยละ 5	3.70 (2ราย)	5.08 (3ราย)	2.12 (1 ราย)
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	< ร้อยละ 10	15.38	7.14	7.69
อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	<ร้อยละ10	1.96	0	0
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์	>ร้อยละ 50	29.59	34.62	42.50
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน: ตา	<ร้อยละ 2	0	0.25	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน: ไต	<ร้อยละ 10	28.09	18.84	22.23
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน: เท้า	<ร้อยละ 2	0.97	0.96	1.01
อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	<ร้อยละ10	2	11.32	0.81
ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ (HbA1c<7%)	>ร้อยละ 40	31.15	33.05	33.07
ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง				
อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง	<ร้อยละ10	17.60	23.50	18.20
การเกิดอาการกำเริบมารับการรักษาที่ฉุกเฉิน	<ร้อยละ50	48.34	45.89	46.00
อัตราการเกิดภาวะ Respiratory Failure	<ร้อยละ 2	0.22	0.68	0.52

การอภิปรายผล

จากการศึกษาของมยุรี เดชบุญ (2553) ได้ศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยรายงานว่ามีจำนวนยาเหลือใช้สูงถึงร้อยละ 64.3 และจากผลการวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้พบว่าการลืมรับประทานยาและการปรับขนาดยาเองของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้มากที่สุด⁴ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลหลายๆ การศึกษาที่พบว่าการลืมรับประทานยาเป็นปัญหาสำคัญของยาเหลือใช้ โดยที่การศึกษาของณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล (2551) ได้รายงานว่าผู้ป่วยมักลืมรับประทานยามื้อกลางวันและก่อนอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่สาเหตุยาเหลือใช้ส่วนหนึ่งมาจากการลืมรับประทานยาบางมื้อ ส่วนปัญหาขยะ

ที่บ้านอาจเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์เช่น ระบบการนัดหมายของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดการจ่ายยาเป็นเวลา 30 วัน, 60 วัน, หรือ 90 วัน เพื่อความสะดวกในการจัดยาและตรวจสอบความถูกต้องก่อนจ่ายยา แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมารับยาตามระบบนัดทุก 28 วัน, 56 วัน, หรือ 84 วัน ทำให้มียาเหลือใช้เป็นเวลา 2 – 4 วัน เมื่อเกิดการสะสมหลายครั้งจึงเกิดยาเหลือใช้จำนวนมากหรือการอธิบายน้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการรับประทานยาที่คลาดเคลื่อน⁵

ปัญหายาเหลือใช้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและมีผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของประเทศ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยร่วมมือในการจัดการลดยาเหลือใช้ผ่านกิจกรรมการพัฒนาการจัดการยาเหลือใช้โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น การจัดการรายการณียเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยา, กระตุ้นให้นายาเหลือใช้มาโรงพยาบาลทุกครั้ง, ส่งจ่ายยาให้ตรงตามวันนัด, พัฒนาระบบนัดและติดตามผู้ป่วยขาดนัด, การติดตามเยี่ยมที่บ้านและจัดทำนวัตกรรมช่วยรับประทานยาให้ผู้ป่วยการสนับสนุนทางสังคม ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การนำงานวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์หรือต่อยอดการทำงาน ควรวางแผนจัดทำแนวทางร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้มีความชัดเจนจึงจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมทำให้โรงพยาบาลมีแนวทางในการจัดการปัญหาเหลือใช้แบบบูรณาการ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล ลดการครอบครองยาของผู้ป่วยเกินความจำเป็น ลดอัตราการขาดนัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามการรักษาที่เหมาะสมและช่วยผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างถูกต้อง ซึ่งสามารถขยายผลไปสู่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพริน, คลินิกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นต้นแบบในการขยายผลรูปแบบการดำเนินกิจกรรมไปสู่บริการระดับรองอื่นเช่น รพ.สต.ทุกแห่งในอำเภอท่าวังผาบริการระดับรองอื่น เช่น รพ.สต.ครอบคลุมทุกแห่งในอำเภอท่าวังผาขยายผลรูปแบบการดำเนินกิจกรรมไปสู่โรงพยาบาลอื่นในจังหวัดน่าน เป็นต้นแบบในการดำเนินการในการประชุมวิชาการเภสัชกรรมจังหวัดน่าน

บทเรียนที่ได้รับ

การใช้ข้อมูลจากการปฏิบัติงานประจำเพื่อมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กรให้แก่ผู้บริหาร/ทีมสหวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญของปัญหา และลงมือแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพสามารถทำให้ระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น, การใช้ทรัพยากรเกิดคุ้มค่ามากขึ้น, ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลดลง, ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างถูกต้องและปลอดภัย, ลดความเสี่ยงการมียาเหลือใช้ในครัวเรือน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหาและผลักดันนโยบายการจัดการปัญหาเหลื่อใช้ให้เป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลความร่วมมือร่วมใจในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ ผ่านกระบวนการแก้ไขปัญหา การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันและความมุ่งมั่นของทีมทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ความตระหนักของผู้ป่วยที่เห็นความสำคัญของปัญหาเหลื่อใช้และความร่วมมือของผู้ป่วยในการดำเนินกิจกรรม เป็นปัจจัยทำให้เกิดความสำเร็จ

การสนับสนุนที่ได้รับ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้การสนับสนุนโดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล องค์การแพทย์, หัวหน้างานเภสัชกรรม, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล, หัวหน้างานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ศูนย์คุณภาพ คุณอำนวย ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะจัดให้มีการแลกเปลี่ยนปัญหาและสร้างแนวทางการดำเนินงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมบทบาทของทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- (1) สภาเภสัชกรรม. โครงการสัปดาห์เภสัชกรรม ประจำปี 2555. จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม 2555; 16(1): 2-4.
- (2) ณธ ชัยญาคุณภาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, นภวรรณ เจียรพิรพงษ์, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย. พิษณุโลก: คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.
- (3) นันทลักษณ์ สถาพรนันท์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). ไทยโภชนาการ ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ 2555; 7(1): 1-18.
- (4) มยุรี เดชบุญ, ลวารี ชัยสำโรง. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอสารภี เชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขสารภี [Online]. 2553 [cited 2017 Jan 16]. Available from: [URL:http://www.journal.sarapeehealth.com/](http://www.journal.sarapeehealth.com/)
- (5) ณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล, เกษร สำเภาทอง, ชดช้อย วัฒนะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. ราชบัณฑิตยสาร 2551; 14(3): 298-311.

การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็ว ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กัญณภัทร กิตติธนาดล

บทคัดย่อ

โรคไส้ติ่งอักเสบ เป็นโรคที่พบได้บ่อยทางศัลยกรรม การรักษาส่วนใหญ่โดยการผ่าตัดแบบเปิดผนังหน้าท้อง ซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดต้องใช้ระยะจับความรู้สึกร่างกายก่อนทำการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง หลังการผ่าตัดจะอาจมีการอักเสบ บวม และมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักมีภาวะแทรกซ้อนเช่น อาการอึดแน่นท้อง แผลผ่าตัดอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น

จากสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งมีจำนวนมากพบเป็นอันดับที่ 1 โดยในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 มีนาคม 2560 มีจำนวน 166 ราย พบว่ามีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.59 ± 1.96 วัน จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2557

ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งมีค่าเฉลี่ยวันนอน 3.06 วันต่อครั้ง ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจึงมีความสนใจศึกษาสถานการณ์การส่งเสริม Early Ambulation ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องว่าเป็นอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมโดยเร็วตามลักษณะด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ศึกษาในผู้ป่วย 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2560 จำนวน 30 คน และ 2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก จำนวน 10 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่า ด้านโครงสร้างยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนร้อยละ 50, ด้านกระบวนการ มีการส่งเสริมกิจกรรมร้อยละ 70 และด้านผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มตัวอย่างได้แก่อาการอึดแน่นท้อง จำนวน 5 ราย วันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 2-6 วัน มีค่าเฉลี่ยวันนอนที่ 3.37 ± 0.99 วัน มีค่าไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยวันนอนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2557 ($p\text{-value} = 0.104$)

คำสำคัญ : ผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง / ภาวะท้องอืด / วันนอนโรงพยาบาล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Situational Analysis of Early Ambulation Promotion in Abdominal Surgery Patients, Surgery and Orthodontics In Patient. Unit, SirinthornKhonKaen Province Hospital.

KANNAPAT KITTANADOL

Abstract

Appendicitis is the disease often found in the surgery. Traditional treatment is by open abdominal surgery. The procedure requires anesthesia before surgery through the abdominal wall. After surgery, inflammation, swelling, and decreased bowel movements may occur. Postoperative Patients often have complications such as flatulence, surgical wound infections. Based on surgical statistics of patients in surgical and orthopedic wards of the Sirindhorn Khon Kaen hospital between 1 October 2016 – 31 March 2017, the average hospital stay was 5.59 ± 1.96 days. Compared with the National Health Security Office (NHSO) surveyed in 2014, the average hospital stay was 3.06 days per day. As a nurse practitioner in surgical and orthopedic wards, I was interested in studying the situation of early ambulatory promotion within the first 24 hours after the abdominal appendectomy. The purpose of this study was to investigate the situation promoting stimulus activities in a structured manner, process and the results. Study in 2 patient groups are 30 patients underwent open abdominal appendectomy. From October to November 2017 and 10 nurses working in surgery and orthopedic wards. The data were collected by questionnaires for analyze data. The frequency, percentage, standard deviation and t-test was used for comparing the average of hospital stay days with the t-test statistic at the confidence level of 95%. The study indicated that 50% of nurse indicates the structure has no clear policy, 70% of nurse indicates the continuity of stimulus activities and for the result found that 5 patients had flatulence, average hospital stay was 3.37 ± 0.99 day that is not significant difference from National Health Security Office (NHSO) surveyed in 2014 (p-value = 0.104)

Keywords: Appendectomy/ flatulence/ admit

Surgery and Orthodontics in Patient. Unit, SirinthornKhonKaen Province Hospital.

บทนำ

ปัจจุบันโรคในระบบทางเดินอาหารพบมากขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในปัจจุบันมีการผ่าตัด 2 วิธี คือ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (exploratory laparotomy) และการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง (laparoscopic surgery)

การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (exploratory laparotomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยและหรือการรักษาพยาธิสภาพของอวัยวะในช่องท้อง (Fuller, 2005) และการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องในระบบทางเดินอาหารนับเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีการลงมิดเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการผ่าตัดจะไปกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดอาการบวม ดึงรั้งและทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งจากการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้และแปลผลอาการปวด ความปวดจะไปกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Ljungqvist, Nygren, Sloop, & Thorel, 2005) ในการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้องชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้อง (Fuller, 2005) ศัลยแพทย์มีการจับต้องลำไส้และการได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นระยะเวลานานขณะผ่าตัดการกลืนอากาศขณะฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Boehnlein & Marek, 2003) และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดคือภาวะท้องอืดจากอาการความเจ็บปวดและความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายภายหลังผ่าตัด (Steward & Waxman, 2010) ประกอบกับการได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) (พรรณทิพย์เกียรติสิน, 2550) ส่งผลทำให้ลำไส้หยุดเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลง (paralytic ileus) และเกิดภาวะท้องอืด (abdominal distention) ตามมา รวมทั้งการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และยาคลายกล้ามเนื้อ ขณะผ่าตัดจะทำให้การทำงานของระบบร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนล้า และอ่อนเพลีย (Bunnag, 2003; Munsom, 2000) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงพยายามนอนนิ่งๆ หายใจตื้นๆ และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เพื่อให้ร่างกายได้พัก ลดการกระตุ้นอาการปวด การปฏิบัติเช่นนี้จะทำให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่ มีเสมหะคั่งค้าง ลำไส้เริ่มเคลื่อนไหวช้า อันเป็นสาเหตุสำคัญของปอดแฟบ ปอดอักเสบ อาการท้องอืด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัด (Porth, 2005) ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Ratbmell, & Polomano, 2008) ผลกระทบต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

จุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด นอกจากเพื่อให้หายจากโรคแล้วยังเน้นการส่งเสริมการฟื้นหายจากการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว ปราศจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการทำผ่าตัดซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย คือ ท้องอืด ปอดอักเสบหรือปอดแฟบ และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยส่วนมากจะเน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นหายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมหลังผ่าตัดได้เร็วที่สุด การส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก โดย 1-2 ชั่วโมงแรกเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวและสามารถตอบสนองต่อการรับฟังคำแนะนำ จะเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึก

บริหารการหายใจการออกกำลังขาทั้งสองข้าง และมีการช่วยเหลือให้พลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง กระตุ้นให้มีการลุกนั่งบนเตียงร่วมกับแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจกับการไออย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มกระตุ้นให้ลุกเดินออกจากเตียงโดยเร็ว(Early Ambulation) รวมทั้งแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด และหลังผ่าตัด 48-72 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ลุกเดินออกจากเตียงโดยเร็วร่วมกับลุกเดินไปมาและแนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและการดูแลแผลผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Fearon, Ljungqvist, Meyenfeldt, Revhaug, Dejong, & Lassen. 2005; Potter & Peity, 2001; Smith, Duell, & Martin, 2004) จากการทำกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องดังกล่าวมา พบว่ามีความสอดคล้องกับการส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

การทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องยังไม่เป็นไปตามการทำกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นฟูในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยส่วนมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาบุคคลอื่น (Basse, Jakobsen, Billesbolle, Werner, & Kehlet, 2000) ปัญหาดังกล่าวอาจเนื่องมาจากสถานการณ์หรือปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติตัวขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเฉพาะในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีมากกว่า 2 อาการขึ้นไปที่พบมากที่สุดได้แก่ ปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า ท้องอืดและวิตกกังวล (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Alkaissi, 2004) โดยอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Alvin et al., 2008; Basse et al., 2005; Zalon, 2004) การรับรู้อาการปวดแผลผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการอ่อนล้า ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดลดลง มีผลทำให้ท้องอืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของBasse et al, (2005) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าอาการปวดแผลผ่าตัด และอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด (Functional Recovery)

อาการที่เกิดขึ้นโดยส่วนมากมีร่วมกัน 2 อาการขึ้นไป แต่ละอาการมีความสัมพันธ์กันและไม่จำเป็นต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน แต่เกี่ยวข้องกันได้ เช่นอาการปวดมีสาเหตุมาจากการผ่าตัด แต่อ่อนเพลียอาจมีสาเหตุมาจากอาการปวดหรือวิตกกังวล (Niven, 2003) เนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากการผ่าตัดและมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (Potter, & Peery, 2001) ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวลดลงหรือไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ระบบการทำกิจกรรมต่างๆภายหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดความอ่อนล้าหลังผ่าตัด

โรคไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) คือการอักเสบของไส้ติ่งที่อยู่ระหว่างลำไส้เล็กส่วนปลายและลำไส้ใหญ่ส่วนต้น นับเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและอันตราย เพราะถ้าหากไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไส้ติ่งที่อักเสบจะแตก ทำให้เชื้อโรคที่อยู่ในไส้ติ่งแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย อาจเข้าสู่กระแสเลือดจนทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ไส้ติ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ระหว่างลำไส้เล็กตอนปลายและลำไส้ใหญ่ตอนต้น เนื้อเยื่อของไส้ติ่งประกอบไปด้วยต่อมน้ำเหลือง ในมนุษย์พบว่าไส้ติ่งไม่ได้มีหน้าที่ใด ตำแหน่งที่ไส้ติ่งอยู่พบว่าตรงกับท้องด้านล่างขวา ซึ่งคนส่วนใหญ่มักกังวลว่าการปวดท้องที่บริเวณนี้มีสาเหตุมาจากไส้ติ่งอักเสบ ซึ่งเป็นโรคที่มีภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบได้บ่อยจากสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งมีจำนวนมากพบเป็นอันดับที่ 1 โดยในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 มีนาคม 2560 มีจำนวน 166 ราย พบว่ามีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.59 ± 1.96 วัน จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2557 ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งมีค่าเฉลี่ยวันนอน 3.06 วันต่อการผ่าตัดไส้ติ่ง (Appendectomy) ในปัจจุบันการแพทย์เจริญก้าวหน้าได้มีวิวัฒนาการผ่าตัดไส้ติ่งแบบส่องกล้อง (Laparoscopic appendectomy) ซึ่งช่วยทำให้มีลดอาการปวดแผลผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมทั้งลดระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลโดยรวมจะสูงกว่า ดังนั้นการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องจึงเป็นวิธีการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์และผู้ป่วยเลือกใช้ในการรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบมากที่สุด

การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง มีขั้นตอนการผ่าตัดที่ต้องใช้าระดับความรู้สึกลึกซึ้งทั่วร่างกาย ก่อนผ่าเปิดหน้าท้อง ขั้นตอนแรกคือต้องเข้าไปถึงบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม (Caecum) เพื่อหาไส้ติ่งและสำรวจพยาธิสภาพในช่องท้อง (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2540) แต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการช่วยถ่างขยายและมีการจับต้องลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้กระตุนการทำงานของเม็ดเลือดขาว เกิดการอักเสบ บวมและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (Stewart & Waxman., 2010) จากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ปวดแผล และอ่อนล้าภายหลังการผ่าตัดได้

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมประจำวัน การทำกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการปฏิบัติตัวขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายหลังผ่าตัด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz et al.(1997)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาลักษณะด้านโครงสร้างการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษากระบวนการในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

1. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2560

2. นิยามศัพท์เฉพาะ

การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้อง หมายถึง การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องบริเวณ Mc Burney's point ผ่านชั้นกล้ามเนื้อและเยื่อช่องท้องไปยังบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม (caecum) เพื่อค้นหาไส้ติ่งและตัดไส้ติ่งออก การผ่าตัดไส้ติ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้วิธีการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้อง หมายถึง การอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์ในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็ว การกลับมาปฏิบัติหน้าที่ การทำกิจวัตรประจำวันตามปกติภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้องครอบคลุมประเด็นด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

โครงสร้างของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้อง หมายถึง ลักษณะโครงสร้างในหน่วยงานในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วหลังการผ่าตัดไส้ติ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะองค์กรพันธกิจและขอบเขตการบริการของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2) ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยและลักษณะเชิงวิชาชีพประกอบด้วยประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับการอบรมหรือศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง 3) วัสดุอุปกรณ์และนวัตกรรมของหอผู้ป่วยที่สามารถช่วยผู้ป่วยในการลุกทำกิจกรรม ได้จากแนวคำถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

กระบวนการของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังท้อง หมายถึง การกระตุ้นการปฏิบัติหน้าที่หรือการทำกิจวัตรประจำวันโดยเร็ว เพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง การส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลสามารถประเมินได้จากแนว

คำถาม โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วหลังผ่าตัดไส้ติ่งประกอบด้วยอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด ปวดแผลหลังการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวนครั้งของการลุกทำกิจกรรมด้วยตนเองหลังการผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ประเมินได้จากแบบบันทึกเวชระเบียน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่พบในระยะหลังผ่าตัด หลัง 24, 48, และ 72 ชั่วโมง คือภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดแฟบ ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ภาวะตกเลือดและก้อนเลือดคลั่งในแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของระบบกล้ามเนื้อและผิวหนัง ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด

อาการปวดแผล หมายถึง การรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเองตามแบบสอบถามเพื่อประเมินความปวด โดยคะแนน 0 คือไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด (Melzack & Katz, 1999) การแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลข (numerical rating scale: NRS)

อาการท้องอืด หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัด ไม่สบายในท้อง ภายหลังและมีแรงดันในท้องเพิ่มมากขึ้น สามารถประเมินได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาล

อาการอ่อนล้า หมายถึง อาการเหนื่อยล้า ไม่มีแรง เหนื่อยชา เชื่องซึมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สามารถประเมินได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาล

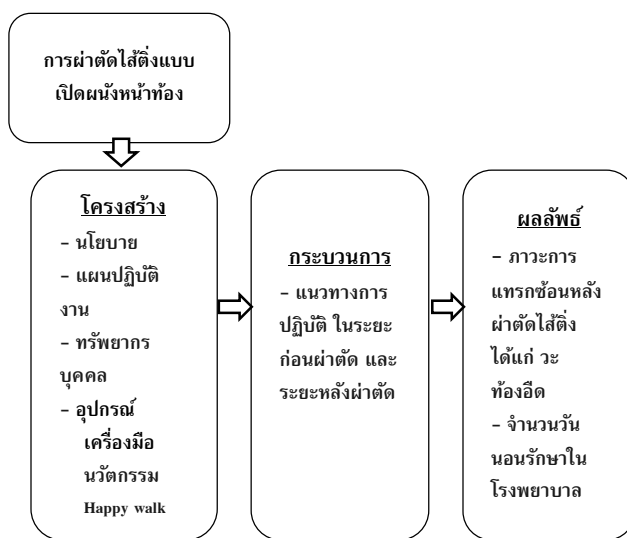
3. กรอบแนวคิดการศึกษา

การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องโดยผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปถึงอวัยวะภายใน (Intraperitoneal operation) เป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดต้องใช้ระยะจับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ก่อนทำการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องไปยังบริเวณของลำไส้ ส่วนซีกัม (caecum) เพื่อค้นหาไส้ติ่งหลังผ่าตัดจะมีการอักเสบ บวม และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อ่อนล้า ปวดแผลมักเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมง และอาการท้องอืด มักมีอาการหลัง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จากภาวะแทรกซ้อนนี้ทำให้แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ล่าช้า ซึ่งมีสาเหตุจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ลุกทำกิจกรรมหลังผ่าตัดโดยเร็ว

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องของผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นโดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้างในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อการฟื้นฟู

สภาพประกอบด้วย 1) ลักษณะองค์กร ได้แก่ นโยบาย แผนปฏิบัติงาน และพันธกิจของหอผู้ป่วยศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกมาตรฐานการพยาบาลหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง 2) ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยและลักษณะเชิงวิชาชีพประกอบด้วยประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับการอบรมหรือศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง 3) วัสดุอุปกรณ์และนวัตกรรมของหอผู้ป่วยที่สามารถช่วยผู้ป่วยในการลุกทำกิจกรรม กระบวนการของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เป็นการกระตุ้นการปฏิบัติหน้าที่หรือการทํากิจวัตรประจำวันโดยเร็ว เพื่อฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาล และผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ประกอบด้วยอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด ปวดแผลหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการลุกทำกิจกรรมด้วยตนเองหลังการผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อศึกษาลักษณะด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้เข้าใจบริบทของการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อศึกษากระบวนการการฟื้นฟูสภาพและนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาปรับปรุงและแก้ไขระบบการดูแลผู้ป่วยและการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการบริการของทีมบุคลากรสุขภาพของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

4.1 มีแบบแผนที่ตอบสนองนโยบายของหน่วยงานในการส่งเสริมการลุกทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

4.2 พยาบาลมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการลุกทำกิจกรรมโดยเร็วของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

4.3 มีแนวทางในการส่งเสริมการลุกทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง

4.4 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงและเป็นตามเกณฑ์ของโรค

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการลุกทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยศึกษาจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง จำนวน 30 คน โดยมีการดำเนินการตามลำดับและขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
4. การสร้างเครื่องมือในการศึกษา
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

- 1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยปรึกษาและขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
- 1.3 กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 1.4 ขออนุญาตรับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน
- 1.5 ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำการการศึกษาจากพยาบาล
- 1.6 สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งจากเวชระเบียน และทีมบุคลากรสุขภาพตามคุณสมบัติที่กำหนดผู้ศึกษาแนะนำตัวเองและชี้แจงรายละเอียดในการทำการการศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- 1.7 สร้างเครื่องมือสำหรับการศึกษา

1.8 เก็บรวบรวมข้อมูล

1.9 วิเคราะห์ข้อมูล

1.10 สรุปและรายงานผลการศึกษา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาจากประชากร 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง จากเวชระเบียน จำนวน 30 ราย กลุ่มที่ 2 เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ราย โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

2.1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง จำนวน 30 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพของไส้ติ่งและมีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้องเพื่อจัดการกับอวัยวะส่วนที่มีพยาธิสภาพและหลังการผ่าตัดมารับการพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน มีคุณสมบัติดังนี้

2.2.1 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2.2.2 มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

3.1.1 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา

2) แบบบันทึกการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย โรคประจำตัวประวัติการได้รับการผ่าตัด

3) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดประเมินโดยสำรวจจากเวชระเบียนในส่วนของฟอร์มปรอท โดยนับตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัดเป็นวันที่หนึ่ง (ไม่นับวันที่ผ่าตัด) จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.2 กลุ่มพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

3.2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่มพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

3.2.2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติงานของพยาบาล ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นด้านโครงสร้าง ประเด็นด้านกระบวนการ และประเด็นด้านผลลัพธ์ ดังนี้

3.2.2.1 ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย

1) ลักษณะองค์กร ได้แก่ นโยบายและแผนการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก มาตรฐานการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติคู่มือในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใส่ดิ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง

2) ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยอัตราส่วนของแพทย์พยาบาลและลักษณะเชิงวิชาชีพ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการทำงานกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ดิ่ง การได้รับการอบรมหรือศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง

3) วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย

3.2.2.2 ด้านกระบวนการประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องให้แก่ผู้ป่วย

3.2.2.3 ด้านผลลัพธ์ประกอบด้วยผลที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง

3.2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีลักษณะเป็นแบบ การตรวจสอบรายการ (checklist) ประกอบด้วยการบันทึกเกี่ยวกับวันเวลาที่สังเกตและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ หลังการผ่าตัดใส่ดิ่งซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

3.2.3.1 ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย

- 1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย
- 2) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ
- 3) การสอนและการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด

3.2.3.2 ระยะหลังการผ่าตัดประกอบด้วย

- 1) การบริหารการหายใจหลังผ่าตัดใส่ดิ่ง
- 2) การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงหลังผ่าตัดใส่ดิ่ง
- 3) กิจกรรมลุกเดินหลังผ่าตัดใส่ดิ่ง
- 4) อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดใส่ดิ่ง
- 5) การได้รับยาแก้ท้องอืด
- 6) อาการปวดแผลหลังผ่าตัดใส่ดิ่ง
- 7) การได้รับยาลดอาการปวดแผล

4. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโดยหาความเชื่อมั่นตามเนื้อหาและความเที่ยงตรงมี ขั้นตอนดังนี้

4.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) แนวคำถามการสนทนาและการสัมภาษณ์แบบสังเกต การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใส่ดิ่งและแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลในการส่งเสริมการทำ

กิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน โดยแนวคำถามการสนทนาและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับเฉพาะภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายขึ้น

4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแนวคำถามการสนทนาและการสัมภาษณ์ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบกับ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เพื่อดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแยกตามกลุ่มดังนี้

5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จากรายงานเวชระเบียนของผู้ป่วย

2) บันทึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งตั้งตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดไส้ติ่งของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3) บันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยาลดภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดในแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยสำรวจจากรายงานบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยในส่วนของแผนการรักษาของแพทย์บันทึกทางการพยาบาลและแบบรายงานอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยและสอบถามผู้ป่วยถึงจำนวนครั้งของการลุกเดินไปมาหลังผ่าตัดตามแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

5.2 กลุ่มพยาบาล มีการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อนการสนทนารายบุคคล

2) สัมภาษณ์รายบุคคลจำนวน 10 คนใช้เวลา 30 นาทีต่อคน

3) ตรวจสอบการบันทึกในรายงานเวชระเบียนในส่วนของแพทย์และบันทึกทางการพยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องและใบบันทึกรายงานการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆในหอผู้ป่วย

4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

5) สรุปผลการศึกษา

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้แก่จำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัดวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยการหาค่าคะแนนต่ำสุดสูงสุด ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ และทดสอบค่าเฉลี่ยวันนอนที่ได้ด้วยสถิติ t-test

6.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนาแบบสัมภาษณ์ทำการจัดหมวดหมู่คำตอบตรงประเด็นโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์

6.4 ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งและการปฏิบัติงานของพยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาหาค่าความถี่และร้อยละ

การอภิปรายผล

การศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องห่อผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโปีดิส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของโดนอบีเดียน (Donobedian, 2003) ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องด้านโครงสร้าง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการลุกทำการกิจกรรมโดยเร็วเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่งยังไม่เป็นระบบ และอัตราบุคลากรในแต่ละเวรมีน้อยทำให้ขาดความครบถ้วนและขาดความต่อเนื่องทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบ คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ อาการอึดแน่นท้อง 5 ราย และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือ 6 วัน เฉลี่ยในระยะหลังการผ่าตัด เท่ากับ 3.37 วัน

อาจเนื่องด้วยด้านกระบวนการ พบว่าพยาบาลมีการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องแต่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง และเริ่มให้ผู้ป่วยปฏิบัติซ้ำซึ่งจากแบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการฟื้นฟูสภาพพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการลุกทำการกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ร่วมกับการสาธิตและให้ผู้ป่วยกระทำย้อนกลับภายหลังการสอนปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดในกรณีฉุกเฉิน ทำให้ต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อชีวิต ประกอบกับการผ่าตัดในกรณีฉุกเฉินมีเวลาในการเตรียมความพร้อมน้อย ส่วนในระยะหลังการผ่าตัด พบว่าพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินและการจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้น คือ อาการปวดแผลหลังการผ่าตัด ส่งผลให้การลุกทำ

กิจกรรมได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะท้องอืดทำให้ส่งผลต่อวันนอนโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยไม่ได้ รับการสอนและการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการลดทอนกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดในระยะ ก่อนการผ่าตัด ทำให้พยาบาล มีการสอนและการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการสนับสนุนการส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง และการส่งเสริมการหายใจของแผลผ่าตัด ซึ่งเกิด จากการไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง ทำให้เกิดความหลากหลาย ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลและการส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องที่ผู้ป่วยได้รับจะขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะของบุคลากรแต่ละคน ส่งผลต่อ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลได้เสนอให้บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติใน การส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง เพื่อปฏิบัติให้เป็นใน แนวทางเดียวกัน ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelenes) เป็นการรวบรวมหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่องนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด แก่ผู้รับบริการ (ฉวีวรรณ ธงชัย.2548)

นอกจากนี้ อุปสรรคในการช่วยเดินทำกิจกรรม มีไม่เพียงพอการสอนและการให้ความรู้มีผลต่อการ ส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการ สอนและการให้ความรู้ จากแบบบันทึกการปฏิบัติงานของพยาบาลในด้านการสอนและการให้ความรู้เรื่องการ ปฏิบัติตัวในส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หลังการผ่าตัดร่วมกันการสาธิต และให้ผู้ป่วยกระทำการย้อนกลับภายหลังการสอนปฏิบัติได้น้อย เนื่องจากจำนวน พยาบาลไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย เกิดการทำงานด้วยความเร่งรีบ ทำงานให้ทันเวลา ทำให้การสอน การ ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมการทํากิจกรรมเพื่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่งไม่ เป็นระบบ ขาดการประเมินและตรวจสอบความเข้าใจภายหลังการสอน ประกอบยังไม่มีสื่อ เอกสารคำแนะนำ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจำแนวทางการปฏิบัติตัวที่พยาบาลแนะนำได้ครบถ้วน จึงทำให้ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติได้ไม่ดี หากมีสื่อ เอกสาร แผ่นพับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความ ร่วมมือและปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพได้ดียิ่งขึ้น ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดช่อง ท้อง จำนวน 30 ราย เป็นเวลา 2 เดือน โดยการใช้แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติกาดูแลแบบองค์รวมและ ความเชื่อมั่นในบุคคล ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติ ได้แก่การปฏิบัติกาดูแลผู้ป่วยของทีมพยาบาล ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการลดทอนกิจกรรมได้ดีหลังผ่าตัด โดยบุคคลต้นแบบและฝึกปฏิบัติ พบว่า กลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านเครื่องมือ เวชภัณฑ์ ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง พบว่า ปริมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากหากมีการชำรุดจะไม่มีทดแทน และการส่งซ่อมล่าช้า และขาดอุปกรณ์ช่วย ในการส่งเสริมการทํากิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยพยุง เดิน บันไดข้างเตียง และเสาน้ำเกลือแบบมีล้อเลื่อน ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพส่งเสริมให้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปฏิบัติได้ดีขึ้น และหากมีจำนวนเพียงพอกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่าง

ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นทางหอผู้ป่วยควรวางแผนในการจัดหาเครื่องมือให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการส่งเสริมบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บุคลากรสุขภาพได้รับความรู้ที่ทันสมัย ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีผลต่อกระบวนการในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง พยาบาลมีอายุงานน้อยทำให้ขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง รวมทั้งยังไม่มีสื่อการสอน แผ่นพับ คำแนะนำ และจำนวนพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการทำการกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องที่ปฏิบัติอยู่ไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งถ้าหากมีการปรับปรุงด้านโครงสร้างเพื่อเอื้อต่อกระบวนการการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง และมีการประเมินผลลัพธ์ในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล นำไปสู่การพัฒนางานเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

การศึกษากาวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมและออโรโธปิดิกส์โรงพยาบาลสิรินธรจังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการฟื้นฟูสภาพในด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านโครงสร้าง หอผู้ป่วยยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องร้อยละ 50 พยาบาลมีไม่เพียงพอร้อยละ 70 และยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 50 ไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องเพื่อการฟื้นฟูสภาพร้อยละ 60 ไม่มีสื่อการสอน แผ่นพับคำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยร้อยละ 30

2. ด้านกระบวนการ พยาบาลมีการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องแต่ไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง พยาบาลมีการส่งเสริมกิจกรรมร้อยละ 70

3. ด้านผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มตัวอย่างได้แก่อาการอึดแน่นท้อง จำนวน 5 ราย วันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 2-6 วัน มีค่าเฉลี่ย $3.37 \text{ วัน} \pm 0.99 \text{ วัน}$ มีค่าไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยวันนอนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2557 ($p\text{-value} = 0.104$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องของผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โทปิดิกส์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงด้านโครงสร้างอันจะนำไปสู่กระบวนการที่ดีมีประสิทธิภาพเป็นผลการนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องของผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมการทำการกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดช่องท้องดังนี้

ด้านโครงสร้าง

1. นโยบายการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องควรมีความชัดเจน
2. ควรมีแนวทางการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อน
3. ควรมีการจัดสรรอัตราากำลังพยาบาลที่เพียงพอต่อการดูแลและส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง
4. ควรมีการจัดหา อุปกรณ์ช่วยในการลุกเดินเพื่อทำการกิจกรรมโดยเร็วของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอและมีลักษณะหรือรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ด้านกระบวนการ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง
2. ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลในการส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง
3. พัฒนารูปแบบการสอนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรวมทั้งพัฒนาสื่อการสอนแผ่นพับคำแนะนำที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ส่งผลต่อประสิทธิผลของการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง

ด้านผลลัพธ์

ควรให้มีการประเมินผลลัพธ์การส่งเสริมการทำการกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานให้มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง และศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการส่งเสริมการทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดผนังหน้าท้อง ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- (1) กองการพยาบาล. (2544). คู่มือการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. พยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (2) เกตุ ปัญญา. (2546). คุณภาพการพยาบาลของแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (3) จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสินรัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ราชบริรักษ์. (2543). Clinical practice guideline: การจัดทำและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- (4) จวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก: Clinical practice guideline development วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 63-74.
- (6) ตะวัน แสงสุวรรณ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- (7) ทศนีย์ ตั้งตรงจิต. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน. กรุงเทพฯ; คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- (8) นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (9) เนาวรัตน์ สมศรี. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- (10) บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- (11) พรหมทิพย์ เกียรติสิน. (2550) การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง: การวิเคราะห์วรรณกรรม. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- (12) มณฑิชา แสนทวีสุข. (2541). ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาแนะแนวบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (13) รักชนก ชูเขียน, สุดศิริทิพย์ชุนหะ, วิภาแซ่ชัย, และทรงพร จันทรพัฒน์. (2552). ผลของโยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วารสารสภาการพยาบาล, 24(3), 42-55.
- (14) วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์. (2540). โรคทางศัลยกรรมไส้ติ่ง(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- (15) อังอร พงศ์พุทธชาติ. (2546). การเสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (16) อัจฉรา สุจาจริง. (2551). กิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (17) Abrashi, P., Berisha, S., Fazliu, I., Bajrami, R., Sharku, A., Tahiri, A., et al. (2009). Emergency abdominal surgery in elderly patient. *Journal of Kosova*, 3, 44-52.
- (18) Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: A concept analysis. *The Authors Journal Compilation*, 57(5), 552-558.
- (19) Arenal, J., & Bengoechea, B. M. (2003). Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. *Journal of Canadian Medical Association*, 46(2), 111 - 116.
- (20) complications after abdominal surgery: a randomised clinical trial. *British Medical Journal*, 312, 148 - 152. Retrieved February 2, 2010, from <http://www.bmj.com>.

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน

เดชพิภัทร์ อมรทิพย์วงศ์ วท.ม.

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 375 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี เป็นข้าราชการร้อยละ 57 อาชีพพยาบาลร้อยละ 45 มีรายได้ส่วนใหญ่ 10,001-20,000 บาท ผลการสำรวจพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในระดับ ปานกลาง สูง และ ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50, 41 และ 7 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ระดับรายได้ มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า มีข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมร่วมกันในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในโรงพยาบาลน่าน อยู่ 3 ด้านได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านการขอความร่วมมือ และด้านมาตรการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการจัดการพลังงานของโรงพยาบาลน่านต่อไป

คำสำคัญ: การประหยัดพลังงานไฟฟ้า, การมีส่วนร่วม

โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

The participation behavior in electric energy conservation of the workers in Nan Hospital*Dechphipat Amornthipayawong M.Sc.*

Abstract

The aim of this research was to study the participation behavior and the promotion of participation behavior in electric energy conservation of the workers in Nan Hospital. The total 375 subjects were collected. The majority of the subjects were female and bachelor degree education level, with the range of age 31–40 years old. The most of them were government employee and nursing, with the percentage of 57 and 45, respectively. The range of their income was 10,001–20,000 baht. The results showed that the subjects possess the level of knowledge involved electric energy conservation in the middle, high and low, with the percentage of 50, 41 and 7, respectively. The moderate level of the participation behavior in electric energy conservation was found. Additionally, the factors affecting the differences of participation behavior in electric energy conservation included age, education, position, and income, with the significance level of 0.05. However, there was no significantly a difference found in sex. The suggestion to support the participation behavior in electricity energy conservation was divided into 3 categories including public relations, ask for cooperation, and measurement to be helpful for further energy management in Nan Hospital.

Keywords: Electric Energy savings, Participation*Nan Hospital Nan Province*

บทนำ

พลังงานเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะพลังงานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทุกด้าน จากแนวโน้มการเพิ่มการใช้พลังงานไฟฟ้าที่สูงขึ้นตามความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ มีการใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับเครื่องอำนวยความสะดวก ในด้านเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์หลากหลายชนิดเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีความต้องการพลังงานไฟฟ้ามากยิ่งขึ้น ทำให้มีการขยายกำลังการผลิตมากขึ้น แต่เนื่องจากประเทศไทยมีทรัพยากรธรรมชาติที่นำมาผลิตพลังงานไฟฟ้าน้อย การผลิตพลังงานไฟฟ้าจากพลังงานน้ำ ก็มีข้อจำกัดในเรื่องพื้นที่ในการสร้างเขื่อน การผลิตพลังงานไฟฟ้าจากปิโตรเลียมและก๊าซธรรมชาติมีข้อจำกัดเรื่องปริมาณ และการผลิตพลังงานไฟฟ้าจากถ่านหินลิกไนต์มีปัญหาเรื่องคุณภาพต่ำและเกิดมลพิษ ดังนั้นถ้าในอนาคตประเทศไทยยังไม่สามารถดำเนินการหรือจัดหามาตรการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างประหยัดแล้ว วิกฤตการณ์ด้านพลังงานไฟฟ้าจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน

โรงพยาบาลน่านเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการใช้พลังงานสูง เนื่องจากโรงพยาบาลเปิดทำการทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง การประหยัดพลังงานไฟฟ้าจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่าย ทุกคน ต้องให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง เพื่อให้การประหยัดพลังงานไฟฟ้าได้ผลได้อย่างแท้จริง ปณิธานสำคัญในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าและใช้พลังงานไฟฟ้าได้อย่างคุ้มค่า การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของมนุษย์เราที่ต้องการยอมรับและได้รับการยกย่อง แนวทางในการประหยัดพลังงานถ้าเป็นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติทุกคน จะเป็นสิ่งสำคัญยิ่งและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้การมีมาตรการหลากหลายรูปแบบมาใช้ในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าโดยใช้เทคโนโลยี ในระบบเครื่องปรับอากาศ ระบบไฟฟ้าส่องสว่างและระบบความร้อน รวมถึงการหามาตรการรณรงค์ประหยัดพลังงานที่หลากหลายรูปแบบ หลายมาตรการซึ่งจะเป็นช่องทางที่สำคัญในการประหยัดพลังงานได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเพื่อเป็นการประหยัดพลังงานให้ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวความคิด มุมมอง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานโดยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษามุ่งถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและความรู้ความเข้าใจในการประหยัดพลังงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลน่านข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดการด้านพลังงานในอนาคตต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานในโรงพยาบาลน่าน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 375 คน

เครื่องมือในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ในเรื่อง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพในการทำงาน ระดับตำแหน่ง และ รายได้ต่อเดือน ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดความรู้ โดยให้เลือกคำตอบจาก 4 ตัวเลือก เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยให้เลือกว่า ทำเป็นประจำ ทำบางครั้ง หรือไม่เคยทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวกทำเป็นประจำ (2 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยทำ (0 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบ ทำเป็นประจำ (0 คะแนน) ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคยทำ (2 คะแนน) และ ตอนที่ 4 คำถามปลายเปิด ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมในการมีส่วนร่วม เกิดความร่วมมือร่วมใจ และสิ่งจูงใจหรือมาตรการที่จะทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน ร่วมมือประหยัดพลังงานไฟฟ้า

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในการทำงาน ระดับตำแหน่ง รายได้ และความรู้ของบุคลากรด้วยคำร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้เรื่องการใช้พลังงานไฟฟ้าอย่างประหยัดและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โดยใช้สถิติค่าความถี่และคำร้อยละ ส่วนในการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าโดยการที่ได้คะแนนความรู้ ระดับ 11-15 คะแนน มีความรู้ระดับสูง การได้คะแนนความรู้ระดับ 6-10 คะแนน มีความรู้ระดับปานกลาง และการได้คะแนนความรู้ระดับ 1-5 คะแนน มีความรู้ระดับต่ำ

การวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ในคำถามเชิงบวก ถ้าได้คะแนน 1.36-2.00 มีส่วนร่วมมาก ได้คะแนน 0.68-1.35 มีส่วนร่วมปานกลาง และได้คะแนน 0.00- 0.67 มีส่วนร่วมน้อย แต่ในคำถามเชิงลบ ถ้าได้คะแนน 1.36-2.00 มีส่วนร่วมน้อยได้คะแนน 0.68-1.35 มีส่วนร่วมปานกลาง และได้คะแนน 0.00- 0.67 มีส่วนร่วมมาก

ในการทดสอบสมมุติฐานที่ว่าเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในการทำงาน รายได้ต่อเดือน และ ความรู้ที่ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรของโรงพยาบาล น่าน จังหวัดน่าน ที่แตกต่างกันโดยใช้สถิติค่า t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ในตัวแปรเพศ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance: One way ANOVA) และ วิธีของทูเกย์ (Tukey' s post comparison) ในตัวแปรอายุ การศึกษา ระดับตำแหน่ง และรายได้ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 375 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80.80 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 19.20 (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.00 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 21-30, 41-50 และ 51-60 คิดเป็น ร้อยละ 21.13 , 25.33 และ 20.53 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อศึกษาถึงระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.27 รองลงมาเป็นระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 24.80 และ 10.93 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) จากการศึกษาสภาพในการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 57.07 รองลงมาเป็นพนักงานราชการรวมพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และ ลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 20.53, 15.20 และ 07.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 45.78 รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่อื่น ๆ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขและนักอื่น ๆ ทันตแพทย์ กลุ่มนักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด กลุ่มพยาบาลเทคนิคและเจ้าพนักงานอื่น ๆ แพทย์ และ เภสัชกร คิดเป็น ร้อยละ 32.27, 5.07, 4.53, 4.53, 2.60 และ ร้อยละ 0.80 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) การศึกษารายได้ พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.60 รองลงมา ตัวอย่างที่มีรายได้ 20,001 – 30,000 บาท น้อยกว่า 10,000 บาท 30,001-40,000 บาท 40,001- 50,000 บาท และ 50,001-60,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.93, 18.40, 17.33, 14.67 และ 5.60 ตามลำดับ(ตารางที่ 6) เมื่อจำแนกตามความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าพบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ ตอบถูกต้องในเรื่องอุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าชนิดใดกินไฟมากที่สุด ชนิดหลอด ประหยัดไฟ วิธีที่ใช้เครื่องปรับอากาศอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด อุณหภูมิที่เหมาะสมที่สุดในการปรับ เครื่องปรับอากาศ วิธีการใช้ตู้เย็นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และรู้ว่าสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในการติดตั้ง เครื่องปรับอากาศภายในห้อง แต่ยังมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องการใช้หลอดประหยัดไฟแทน หลอดไฟธรรมดาที่ความสว่างเท่ากันจะสามารถประหยัดค่าไฟฟ้าได้ก็เปอร์เซ็นต์ บ้านที่มีพื้นที่เป็นกระจกมาก

จะมีผลอย่างไรต่อเครื่องปรับอากาศ และไม่รู้ว่าจะมีส่วนช่วยในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า(ตารางที่ 7) กรณีจำแนกตามระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน มีความรู้ถูกต้องในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 41.33 ความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 50.93 และความรู้ถูกต้องในระดับต่ำร้อยละ 7.73 (ตารางที่ 8)

การศึกษาถึง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าด้านแสงสว่าง พบว่าด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกครั้งเมื่อไม่ใช้งาน มากที่สุด รองลงมาได้แก่ แนะนำให้บุคคลในครอบครัวประหยัดไฟฟ้า แนะนำให้บุคคลในครอบครัวใช้หลอดประหยัดไฟปิดไฟทุกครั้งที่ออกจากห้องเกิน 30 นาที ตามลำดับ ส่วนการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือในด้านการทำความสะอาดหลอดไฟเอง (ตารางที่ 9) เมื่อจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าด้านความร้อนพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมากในด้านปิดไฟบางดวงที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน หลังรดผ้าเสียบปลั๊กทิ้งไว้ ชักผ้าครั้งละ 2-3 ตัว การเสียบปลั๊กหม้อหุงข้าวทิ้งไว้เพื่อให้ข้าวร้อนตลอดเวลา การไม่เปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ทั้งคืน การ เสียบปลั๊กกระติกน้ำร้อนไว้ตลอดเวลา และ การเอาเอกสารส่วนตัวมาถ่ายที่ทำงาน(ตารางที่ 10) เมื่อจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าด้านความเย็นพบว่าอยู่ในระดับปานกลางกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมากในการตั้งตู้เย็นห่างจากผนัง 15 เซนติเมตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่การตั้งอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส ปิดพัดลมเมื่อออกไปจากห้องเป็นเวลานาน การปิดเครื่องปรับอากาศและเปิดหน้าต่างแทนในฤดูหนาว ตามลำดับ และพบว่ามีส่วนร่วมน้อยที่สุดในด้านเปิด-ปิดตู้เย็นบ่อยๆ (ตารางที่ 11) ในการศึกษาเกี่ยวกับเพศกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน พบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 12)

การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ที่อายุต่างกัน พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 กับ 31-40 , 21-30 กับ 41-50 และ 21-30 กับ 51-60 มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 13) เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญา กับ สูงกว่าปริญญาตรี และกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าระดับอนุปริญญา กับ สูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 14) เมื่อทำการจำแนกตามระดับ

ตำแหน่งที่ต่างกันพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีตำแหน่งทันตแพทย์ กับแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ กับแพทย์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 15) ส่วนการศึกษา จำแนกตามระดับรายได้ต่างกันพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รายได้ 10,001 – 20,000 กับมากกว่า 60,000 รายได้ 20,001–30,000 กับน้อยกว่า 10,000 รายได้ 30,001–40,000 กับน้อยกว่า 10,000 รายได้ 40,001–50,000 กับน้อยกว่า 10,000 รายได้ 50,001–60,000 กับน้อยกว่า 10,000 และรายได้น้อยกว่า 10,000 กับ มากกว่า 60,000 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หญิง	303	80.80
ชาย	72	19.20
รวม	375	100.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามอายุ

อายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ 21–30	98	26.13
อายุ 31–40	105	28.00
อายุ 41–50	95	25.33
อายุ 51–60	77	20.53
รวม	375	100.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

วุฒิการศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าปริญญาตรี	93	24.80
ปริญญาตรี	241	64.27
สูงกว่าปริญญาตรี	41	10.93
รวม	375	100.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพในการทำงาน

สถานภาพในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ	214	57.07
ลูกจ้างประจำ	27	7.20
พนักงานราชการและพนักงานกระทรวง	77	20.53
ลูกจ้างชั่วคราว	57	15.20
รวม	375	100.00

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับตำแหน่ง

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์	9	2.40
ทันตแพทย์	17	4.53
พยาบาลวิชาชีพ	172	45.87
เภสัชกร	3	0.80
นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด	17	4.53
นักวิชาการสาธารณสุข, นักวิชาการการเงิน นักจัดการงานทั่วไป นักจิตวิทยาคลินิก	19	5.07
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักทรัพยากรบุคคล		
พยาบาลเทคนิคเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค เจ้าพนักงานทันตภิบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	17	4.53
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	121	32.27
รวม	375	100.00

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับรายได้ต่อเดือน

รายได้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000	69	18.40
10,001 – 20,000	81	21.60
20,001 – 30,000	71	18.93
30,001 – 40,000	65	17.33
40,001 – 50,000	55	14.67
50,001 – 60,000	21	5.60
มากกว่า 60,000	13	3.47
รวม	375	100.00

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า

การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	จำนวนผู้ตอบ ถูกต้อง(ร้อยละ)	จำนวนผู้ตอบ ผิด(ร้อยละ)
1. อุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าชนิดใดกินไฟมากที่สุด	339(90.40)	36(9.60)
2. หลอดประหยัดไฟมีชื่อเรียกอีกอย่างว่าอะไร	351 (93.60)	24(6.40)
3. หากท่านใช้หลอดประหยัดไฟแทนหลอดไฟธรรมดาที่ความสว่างเท่ากันจะสามารถประหยัดค่าไฟฟ้าได้กี่เปอร์เซ็นต์	135 (36.00)	240 (64.00)
4. วัสดุใดต่อไปนี้เป็นฉนวนป้องกันความร้อนได้ดีที่สุด	200 (53.33)	175(46.67)
5. วิธีใดเป็นวิธีที่ใช้เครื่องปรับอากาศอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด	332 (88.53)	43(11.47)
6. ข้อใดต่อไปนี้ไม่เป็นการประหยัดพลังงานตามที่รัฐบาลใช้เป็นมาตรการอยู่ในปัจจุบัน	244 (65.07)	131 (34.93)
7. อุณหภูมิที่เหมาะสมที่สุดในการปรับเครื่องปรับอากาศคือข้อใด	359 (95.73)	16(4.27)
8. ความถี่ในการทำความสะอาดแผ่นกรองอากาศเครื่องปรับอากาศที่เหมาะสมที่สุดคือข้อใด	231 (61.60)	144 (38.40)
9. บ้านที่มีพื้นที่เป็นกระจกมากจะมีผลอย่างไรต่อเครื่องปรับอากาศ	142 (37.87)	233(62.13)
10. วิธีใดเป็นวิธีที่ใช้ตู้เย็นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด	357(95.20)	18(4.80)
11. ข้อใดไม่มีส่วนช่วยในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	178 (47.47)	197(52.53)
12. ตู้เย็นชนิดใดประหยัดไฟมากที่สุด	225(60.00)	150(40.00)
13. ถ้าท่านจะติดตั้งเครื่องปรับอากาศภายในห้องจะต้องคำนึงถึงสิ่งใด	369 (98.40)	6(1.60)
14. ท่านคิดว่าเครื่องใช้ไฟฟ้าใดไม่จำเป็นต้องมี	279 (74.40)	96(25.60)
15. ข้อใดไม่ใช่นโยบายการประหยัดไฟฟ้าของรัฐบาล	283 (75.47)	92(24.53)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า

ความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้ถูกต้องในระดับต่ำ (1-5 คะแนน)	29	7.73
ความรู้ถูกต้องในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	191	50.93
ความรู้ถูกต้องในระดับสูง (11-15 คะแนน)	155	41.33
รวม	375	100.00

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ด้านแสงสว่าง

การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	ทำเป็นประจำ (ร้อยละ)	ทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ (ร้อยละ)	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านแสงสว่าง				1.35	0.62	ปานกลาง
1. ท่านเคยทำความสะอาดหลอดไฟเอง	51(13.6)	184(49.1)	140 (37.3)	0.87	0.67	ปานกลาง
2. ท่านแนะนำให้บุคคลในครอบครัวประหยัดไฟฟ้า	266 (70.9)	105 (28.0)	4 (1.1)	1.70	0.48	มาก
3. ท่านแนะนำให้บุคคลในครอบครัวใช้หลอดประหยัดไฟ	251 (66.9)	106 (28.3)	18 (4.8)	1.62	0.57	มาก
4. ท่านแนะนำให้ผู้อื่นร่วมมือกันเปิดปิดไฟเป็นเวลาหรือไม่	213 (56.8)	137 (36.5)	24 (6.4)	1.50	0.62	มาก
5. ท่านปิดไฟทุกครั้งที่ออกจากห้องเกิน 30 นาที	236 (62.9)	122 (32.5)	17 (4.5)	1.58	0.58	มาก
6. ท่านปิดเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกครั้งเมื่อไม่ใช้งาน	304 (81.1)	65 (17.3)	6 (1.6)	1.79	0.44	มาก
7. ท่านเปิดคอมพิวเตอร์ทำงานแทนการเปิดไฟฟ้าทั้งห้อง	91 (24.3)	180 (48.0)	104 (27.7)	0.97	0.72	ปานกลาง
8. ท่านเคยช่วยปิดไฟในที่สาธารณะ	137 (36.5)	201(53.6)	37 (9.9)	1.25	0.64	ปานกลาง
9. ท่านเคยแนะนำให้เพื่อนหรือคนรู้จักใช้หลอดคอม	117 (31.20)	193 (51.5)	65 (17.3)	1.13	0.68	ปานกลาง
10. ท่านใช้หลอดไฟที่มีวัตต์ต่ำในกรณีที่เปิดไฟทิ้งไว้ทั้งคืน	152 (40.53)	131 (34.9)	92 (24.5)	1.15	0.79	ปานกลาง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าด้านความร้อน

การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	ทำเป็นประจำ (ร้อยละ)	ทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ (ร้อยละ)	Mea n	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
พลังงานด้านความร้อน				0.74	0.62	ปานกลาง
11. ท่านมักมีเอกสารส่วนตัวมาถ่ายที่ทำงาน*	9(2.4)	142(37.9)	224 (59.7)	0.42	0.54	มาก
12. ท่านเคยเปิดโทรทัศน์ทิ้งไว้ทั้งคืน*	27(7.2)	96(25.6)	252 (67.2)	0.39	0.61	มาก
13. ท่านปิดจอภาพคอมพิวเตอร์เมื่อไม่ใช้งานเกินกว่า 15 นาที	119 (31.7)	222 (59.2)	34 (9.1)	1.22	0.60	ปานกลาง
14. ท่านเสียบปลั๊กกระติกน้ำร้อนไว้ตลอดเวลา*	24 (6.4)	124 (33.1)	227 (60.5)	0.46	0.61	มาก
15. ท่านปิดเครื่องสำรองไฟทุกครั้งที่เปิดคอมพิวเตอร์	160 (42.7)	130 (34.7)	85 (22.7)	1.19	0.78	ปานกลาง
16. ท่านถอดปลั๊กทุกครั้งเมื่อไม่ได้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์	172 (45.6)	147 (39.2)	56 (14.9)	1.30	0.72	ปานกลาง
17. ท่านซักผ้าครั้งละ 2-3 ตัว*	8 (2.1)	76 (20.3)	291 (77.6)	0.25	0.48	มาก
18. ท่านใช้เตาไฟฟ้าในการหุงต้มอาหาร	30 (8.0)	164 (43.7)	181 (48.4)	0.59	0.63	น้อย
19. หลังรีดผ้าท่านเสียบปลั๊กทิ้งไว้*	9 (2.4)	48 (12.8)	318 (84.8)	0.18	0.44	มาก
20. ท่านมักปิดโทรทัศน์ด้วยรีโมทคอลโทรล*	115 (30.7)	174 (46.4)	86 (22.9)	1.07	0.73	ปานกลาง
21. ท่านดูโทรทัศน์คนละเครื่องกับบุคคลในครอบครัว*	55 (14.7)	178 (47.5)	142 (37.9)	0.76	0.69	ปานกลาง
22. ท่านเสียบปลั๊กหม้อหุงข้าวทิ้งไว้เพื่อให้ข้าวร้อนตลอดเวลา*	16 (4.27)	105 (28.0)	254 (67.7)	0.36	0.56	มาก
23. ท่านเป่าผมขณะผมเปียก*	91 (24.3)	159 (42.4)	125 (33.3)	0.91	0.76	ปานกลาง
24. ขณะหุงข้าวท่านมักเปิดฝาเพื่อดูข้าว*	15 (4.0)	144 (38.4)	216 (57.6)	0.46	0.57	มาก
25. ท่านปิดไฟบางดวงที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน	260 (69.3)	84 (22.4)	31 (8.3)	1.61	0.64	มาก

*คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าด้านความเย็น

การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า	ทำเป็นประจำ (ร้อยละ)	ทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ (ร้อยละ)	Mean	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
พลังงานด้านความเย็น				1.25	0.65	ปานกลาง
26. ในฤดูหนาวท่านมักปิดแอร์และเปิดหน้าต่างแทน	247 (65.9)	74 (19.7)	54 (14.4)	1.51	0.73	มาก
27. ท่านตั้งอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส	284 (75.7)	67 (17.9)	24 (6.4)	1.69	0.59	มาก
28. ท่านทำความสะอาดแผ่นกรองเครื่องปรับอากาศเอง	107 (28.5)	131 (34.9)	137 (36.5)	0.91	0.80	ปานกลาง
29. ท่านละลายน้ำแข็งในตู้เย็นเดือนละ 1 ครั้ง	142 (37.9)	184 (49.1)	49 (13.1)	1.24	0.67	ปานกลาง
30. ท่านตรวจสอบขอบยางตู้เย็น	113 (30.1)	204 (54.4)	58 (15.5)	1.16	0.66	ปานกลาง
31. ท่านเปิด-ปิดตู้เย็นบ่อยๆ *	50 (13.3)	216 (57.6)	109 (29.1)	0.84	0.64	ปานกลาง
32. ท่านปิดพัดลมเมื่อออกไปจากห้องเป็นเวลานาน	272 (72.5)	69 (18.4)	34 (9.1)	1.63	0.64	มาก
33. ท่านนำของร้อนแช่ในตู้เย็น *	19 (5.1)	85 (22.7)	271 (72.3)	0.33	0.57	มาก
34. ท่านตั้งตู้เย็นห่างจากผนัง 15 เซนติเมตร	291 (77.6)	65 (17.3)	19 (5.1)	1.73	0.55	มาก
35. ท่านปิดแอร์ก่อน 15 นาที ก่อนออกจากห้อง	205 (54.7)	136 (36.3)	34 (9.1)	1.46	0.65	มาก

*คำถามเชิงลบ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	Mean	SD	t	p
ชาย	72	1.08	0.79	0.561	0.575
หญิง	303	1.05	0.80		

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำแนกตามอายุ

อายุ		SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม		209.155	4.000	52.289	5.206	<0.001
ภายในกลุ่ม		3716.029	370.000	10.043		
Post Hoc Comparisons						
อายุ		Mean diff.	SE	t	P tukey	P scheffe
21-30	31-40	-1.373	0.446	-3.077	0.015	0.052
21-30	41-50	-1.813	0.057	-3.962	<0.001	0.004
21-30	51-60	-1.662	0.484	-3.436	0.005	0.043

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน กับระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม		142.759	3.000	47.586	4.667	0.003
ภายในกลุ่ม		3782.425	371.000	10.195		
Post Hoc Comparisons						
การศึกษา		Mean diff.	SE	t	P tukey	P scheffe
อนุปริญญา	สูงกว่าปริญญา	-1.731	0.612	-2.826	0.023	0.047
ต่ำกว่าอนุปริญญา	สูงกว่าปริญญา	-3.006	1.048	-2.868	0.020	0.043

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านกับระดับตำแหน่ง

ระดับตำแหน่ง		SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม		242.210	7.000	34.601	3.448	0.001
ภายในกลุ่ม		3682.974	367.000	10.035		
Post Hoc Comparisons						
ระดับตำแหน่ง		Mean diff.	SE	t	P tukey	P scheffe
ทันตแพทย์	แพทย์	-4.294	1.306	-3.288	0.020	0.151
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	แพทย์	-4.041	1.095	-3.692	0.005	0.0061

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านจำแนกตามระดับรายได้

ระดับรายได้		SS	df	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม		457.179	6.000	76.196	8.085	<0.001
ภายในกลุ่ม		3468.005	368.000	9.424		
Post Hoc Comparisons						
ระดับรายได้		Mean diff.	SE	t	P tukey	P scheffe
10001-20000	>60000	-3.197	0.917	-3.485	0.009	0.062
20001-30000	<10000	2.113	0.519	4.071	<0.001	0.012
30001-40000	<10000	2.477	0.531	4.668	<0.001	0.002
40001-50000	<10000	2.545	0.555	4.587	<0.001	0.002
50001-60000	<10000	3.286	0.765	4.295	<0.001	0.006
<10000>60000		-4.308	0.928	-4.641	<0.001	0.002

การศึกษาเรื่องข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมในการมีส่วนร่วมมือกันในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในโรงพยาบาลน่าน พบว่ามีข้อเสนอแนะอยู่ 3 ด้าน ได้แก่

1.ด้านประชาสัมพันธ์ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สนับสนุนให้มีการณรงค์ขอความร่วมมือในการปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า จัดทำแผนงานการปฏิบัติงาน ส่งเสริมความเข้าใจ และสร้างจิตสำนึกให้มีส่วนร่วมมากขึ้น โดยการใช้การประชาสัมพันธ์ให้เห็นข้อดี ข้อเสียในการใช้ไฟฟ้าที่ไม่ถูกต้อง การประกาศเสียงตามสายในโรงพยาบาลทุกวัน เช้า และเย็น การจัดทำโปสเตอร์ วิธีการใช้ไฟฟ้าที่ถูกต้องในสถานที่ทำงานการแจ้งรายงานค่าไฟฟ้าของโรงพยาบาลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทราบการติดประกาศหรือจัดทำเอกสารวิธีการ

ประหยัดพลังงานให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบการจัดการประกวดทำคำขวัญเพื่อณรงค์ในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า มีการประกวดหน่วยงานดีเด่นที่สามารถประหยัดพลังงาน และให้รางวัลมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้การประหยัดพลังงานมีการณรงค์ให้ทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการสูญเสียค่าไฟฟ้าเกินจำเป็น

2.ด้านการขอความร่วมมือ อยากให้ผู้บริหารระดับสูง และผู้บริหารทุกระดับ เป็นผู้นำในการประหยัดพลังงาน เป็นต้นแบบที่ดีให้กับเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงาน ให้ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในการปิดอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ไม่ได้ใช้ ทุกครั้ง ขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของโรงพยาบาล รับผิดชอบต่อจ่ายด้านพลังงานไฟฟ้าเป็นประจำ โดยติดประกาศให้ทราบถึงค่าไฟฟ้าที่เพิ่มหรือลดลง ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องไฟฟ้าให้น้อยลง หรือใช้เท่าที่จำเป็น ขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่มีเครื่องใช้ไฟฟ้าใช้ร่วมกันเป็นจุด ๆ มีปลั๊กในการเสียบไฟฟ้าให้น้อยที่สุด ขอความร่วมมือปลุกจิตสำนึกการประหยัดพลังงานในผู้ป่วยและญาติในการใช้ไฟฟ้าเท่าที่จำเป็น ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ให้มีจิตสาธารณะ คิดว่าหน่วยงานเสมือนบ้าน

3.ด้านมาตรการโดยมีมาตรการประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง มีมาตรการสำรวจเครื่องใช้ไฟฟ้าในหน่วยงาน มีการบำรุงรักษาเครื่องใช้ไฟฟ้าอย่างสม่ำเสมอ มีมาตรการประหยัดพลังงานเป็นรูปธรรม โดยผู้บริหารเป็นผู้นำ และเป็นต้นแบบ ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด มีการกำหนดมาตรการในการปิด-เปิดเครื่องปรับอากาศ เปิดไฟ ให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทราบ นำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดมีมาตรการในการควบคุมกำกับ ประเมินผล การประหยัดพลังงานในหน่วยงาน มีมาตรการส่งเสริมให้ความรู้ การประหยัดพลังงาน ให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรม มีมาตรการในการติดตั้งมิเตอร์ไฟตามหน่วยงาน มีการประกวดหน่วยงานที่ประหยัดพลังงาน มีการมอบรางวัล และมีมาตรการใช้อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น ใช้หลอดไฟ LED ใช้เครื่องปรับอากาศชนิด inverter โปรแกรมควบคุมไฟฟ้า เป็นต้น

สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.80 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาพบว่าระดับปริญญาตรีมากที่สุดในการสภาพการทำงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ มีตำแหน่งพยาบาลมีมากที่สุดและส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001- 20,000 บาท เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าโดยตอบได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 กรณีจำแนกตามระดับความรู้ที่

ถูกต้องเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน มีความรู้ถูกต้องในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 41.33 ความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 50.93 และความรู้ถูกต้องในระดับต่ำร้อยละ 7.73

การศึกษาในค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยแยกพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าด้านแสงสว่าง ความร้อน และความเย็นอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาในครั้งนี้พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ระดับรายได้ ที่ต่างกัน พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานานาชาติที่จำแนกตามระดับความรู้พบว่ามีความรู้ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษานานาชาติอื่น ๆ¹⁻⁶ ส่วนผลการศึกษากการมีส่วนร่วมการประหยัดพลังงานโดยจำแนกตามระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ที่แตกต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแตกต่างกันซึ่งต่างจากการศึกษาของอุไร จูสวัสดิ์¹ และชิดหทัย ภักธริยานนท์⁷ ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน แต่เพศต่างกันมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า พบว่าไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกับการศึกษาของวาคินี วงศ์สัมพันธ์ชัย⁴ แต่ต่างจากการศึกษาของชัยพันธ์์ เสมสันต์⁶ ที่พบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าต่างกัน อย่างไรก็ตามในการศึกษาในครั้งนี้เราใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามากกว่าการศึกษาอื่น ๆ ดังนั้นผลวิจัยในครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนในการประหยัดพลังงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ภราดร มงคลจาตุรงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน คณะผู้บริหารโรงพยาบาลน่าน ทีมงานบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย คณะทำงานประหยัดพลังงาน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ผศ.ดร.อัครากร คำมาสุข เป็นผู้ให้คำแนะนำการเขียนบทคัดย่อ และAbstract อ.ดร.กัญตรวีร์ ชัยน ที่ช่วยให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ทำให้การดำเนินงานสำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- (1) อุไร จูสวัสดิ์. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานในครัวเรือนของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
- (2) ศศิวิมล ปาลศรี. พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้พลังงานอย่างประหยัดของเจ้าหน้าที่ในหน่วยราชการ รัฐวิสาหกิจ และเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
- (3) ภาวนา วัชรเสถียร. การประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสำนักงานของบุคลากร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2545.
- (4) วาดีนี วงศ์สัมพันธ์ชัย. พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่พักอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2544.
- (5) ปราณี แสงเพ็ชร. พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของพนักงานไฟฟ้าของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา : มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2549.
- (6) ชัยพันธ์ เสมสันต์. การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของพนักงานองค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
- (7) ชิดหทัย ภัทรธยานนท์. ความรู้ เจตคติ และปฏิบัติของบุคลากรในมหาวิทยาลัยมหิดล ณ ศาลาเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.

ผลการประเมินงานตามเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ อำเภอบัว จังหวัดน่าน

วิชาภรณ์ คันทะมูล ส.บ., ส.ม., ส.ด., อิศราภาพ มาเรือน ส.บ., รป.ม., พร.ด., ชนิษฐา ปัญญาภู พ.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบัว จังหวัดน่าน ภายใต้แนวคิดการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบัว จำนวนทั้งหมด 16 แห่ง โดยใช้แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ จากการสัมภาษณ์และสังเกต

ผลการศึกษา พบว่าในภาพรวมระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยรวมนั้น อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 70.9 ± 25.3 ด้านที่มีการปฏิบัติระดับมาก จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ค่าเฉลี่ย 8.0 ± 3.1 ด้านที่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 13.5 ± 4.5 ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ค่าเฉลี่ย 15.7 ± 3.5 ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ค่าเฉลี่ย 16.1 ± 9.1 ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ค่าเฉลี่ย 11.2 ± 2.7 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าเฉลี่ย 6.2 ± 3.9 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ หน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้

คำสำคัญ : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

Result of assessed quality care child development center Pua District, Nan Province

Wichaporn Khantamool P.H., M.P.H., Dr.P.H.

Isaraphap Maruean P.H., M.P.A, Ph.D. Kanitta Panyapoo B.N.S.

Abstract

The purpose of this study was to investigate procedure of child care center Pua District, Nan Province according quality care child development, Bureau of Health Promotion Ministry of Public Health. The research was cross sectional descriptive study. The data were collected by interviews of quality care child development assessment form and observations in 16 child care center.

The result showed overall of procedure according quality care child development were middle level ($\bar{X}=70.9 \pm 25.3$). The high level were part of participate with parents, communities and related organizations ($\bar{X}=8.0 \pm 3.1$). The middle levels were part of personnel ($\bar{X}=13.5 \pm 4.5$), part of growth, oral health and food preparing ($\bar{X}=15.7 \pm 3.5$), part of development and learning follow age group ($\bar{X}=16.1 \pm 9.1$), part of internal and external environments preparing ($\bar{X}=11.2 \pm 2.7$) and part of protection and non-communication disease ($\bar{X}=6.2 \pm 3.9$) respectively.

This study can bring into model for development quality child care center other related organizations.

Keywords: Child care center, Assess quality care child center

บทนำ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีฐานะเทียบเท่าสถานศึกษา เป็นสถานที่ดูแลและให้การศึกษาแก่เด็กอายุระหว่าง 3 - 5 ปี พัฒนาการให้ได้รับความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาโดยการพัฒนามนุษย์นั้นต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเป็นสถานที่เริ่มต้นของการสร้างสรรค์ทรัพยากรมนุษย์ในวัยเด็กให้มีความพร้อม การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กถือเป็น ภารกิจที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุขที่จะ ต้องให้การสนับสนุนในด้านสาธารณสุข เพื่อให้การพัฒนาเด็กเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และเหมาะสมตามวัย

ถึงแม้ว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในความรับผิดชอบหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการดำเนินการร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาครอบคลุมในทุกด้าน เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยปี พ.ศ. 2553 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินการปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแบ่งมาตรฐานออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) มาตรฐานด้านการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2) มาตรฐานด้านบุคลากร 3) มาตรฐานด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย 4) มาตรฐานด้านวิชาการ และกิจกรรมตามหลักสูตร 5) มาตรฐานด้านการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน 6) มาตรฐานด้านส่งเสริมเครือข่ายการพัฒนาเด็กปฐมวัย¹

สำหรับเกณฑ์ประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดการอาหาร 3) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย 4) ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอก 5) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง² จะเห็นได้ว่า เกณฑ์ในการประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นมีส่วนที่เกี่ยวข้องกัน และบางส่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนาในเฉพาะด้าน โดยในหน่วยงานสาธารณสุขเน้นการพัฒนาทางด้านพัฒนาการที่สมวัย ด้านโภชนาการ ด้านควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งแตกต่างจากเกณฑ์การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นที่เน้นในด้านการบริหารจัดการให้ได้คุณภาพ ทั้งด้านบุคลากร การจัดการเรียนการสอน งบประมาณ ชุมชนและสภาพแวดล้อม

ประโยชน์ในการดำเนินงานประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพของหน่วยงานสาธารณสุขนั้นเพื่อให้มีการพัฒนาทั้งเด็ก บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนอกจากจะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกด้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ยังช่วยให้ เด็กได้รับการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม เด็กได้เรียนรู้ตามช่วงวัย ครูผู้ดูแลเด็กได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างผู้ปกครองและชุมชนร่วม

สนับสนุนกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กที่บ้านหรือชุมชน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากร ในการร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

ดังกล่าวข้างต้น ช่วงอายุปฐมวัย ห้าปีแรกของชีวิต เป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาชีวิตของเด็ก เพราะสมองของเด็กพัฒนาอย่างรวดเร็ว และการประเมินคุณภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมดกว่า 20,000 แห่งทั่วประเทศโดยกรมอนามัยในปี 2555 พบว่ามีเพียงร้อยละ 67 เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์³ หากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐานแล้วสามารถส่งผลเสียในเด็กปฐมวัยได้ ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ด้านโภชนาการที่ไม่ดี เช่น ภาวะอ้วน มีน้ำหนักมากเกินไป ผอม เตี้ย จะส่งผลต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีความผิดปกติทางอารมณ์ ด้านสติปัญญา เช่น พัฒนาการล่าช้า ไม่เหมาะสมตามวัย และโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือ เท้า ปาก เป็นต้น ดังนั้นการติดตามประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพนับเป็นภารกิจสำคัญที่หน่วยงานสาธารณสุขต้องตระหนักเพื่อให้การพัฒนาเด็กเป็นไปอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานเหมาะสมกับวัย

สำหรับในอำเภอบัว จังหวัดน่านนั้น ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนทั้งหมด 16 แห่ง 12 ตำบล จำแนกเป็นในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง ในการดำเนินการประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพในปี พ.ศ. 2559 นี้ เพื่อรับรองศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ในอำเภอบัว ตามแนวคิดการประเมินค่า⁴ (determine value) พิจารณาโดยให้ส่วนประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือข้อมูลและเกณฑ์ในการประเมิน นอกจากนั้นสารสนเทศจากการประเมินสามารถนำไปใช้สำหรับการตัดสินใจ แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนางานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละด้านให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้ พร้อมทั้งจะดูแลเด็กเล็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคตสืบต่อไป

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพในศูนย์เด็กเล็กอำเภอบัว จังหวัดน่าน โดยแบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษา และครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 แห่ง อำเภอบัว จังหวัดน่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้การสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และการสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวนครูและผู้ดูแลเด็ก จำนวนเด็กแยก ชาย หญิง ส่วนที่ 2 การดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร 3) ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย 4) ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก 5) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 7) ด้านผลลัพธ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แบบประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย. 2560 ถึง 30 มิ.ย. 2560 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 แห่ง อำเภอบัว จังหวัดน่าน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งเกณฑ์ระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้สูตรในการแบ่งระดับแบบอันตรภาคชั้น

ผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษานี้ การดำเนินงาน ตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบัว จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกรายตำบล (N = 16)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำบลวรนคร	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลวรนคร		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (6 : 54)		
ตำบลบัว	2	12.50
ศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลบัว		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (15 : 233)		
โรงเรียนบัวอินเตอร์คิตส์		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (16 : 160)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำบลแงง	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลแงง		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (6 : 65)		
ตำบลสถาน	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลสถาน		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (6 : 100)		
ตำบลศิลาแลง	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลศิลาแลง		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (6 : 95)		
ตำบลศิลาเพชร	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลศิลาเพชร		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (5 : 68)		
ตำบลอวน	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลอวน		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (6 : 87)		
ตำบลไชยวัฒนา	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลไชยวัฒนา		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (5 : 57)		
ตำบลเจดีย์ชัย	1	6.25
ศูนย์เด็กเล็กตำบลเจดีย์ชัย		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (5 : 57)		
ตำบลภูคา	2	12.50
ศูนย์เด็กเล็กตำบลภูคา		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (1 : 12)		
ศูนย์เด็กเล็กบ้านเตี้ยก้วยเหิน		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (1 : 32)		
ตำบลสกาด	2	12.50
ศูนย์เด็กเล็กบ้านสกาดกลาง		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (3 : 51)		
ศูนย์เด็กเล็กบ้านสกาดใต้		
อัตราส่วน ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ เด็กนักเรียน (1 : 10)		
ตำบลปากกลาง	2	12.50
ศูนย์เด็กเล็กบ้านตาหลวง		
ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ จำนวนเด็กทั้งหมด (8 : 150)		
ศูนย์เด็กเล็กบ้านปากกลาง		
ครูและผู้ดูแลเด็ก ต่อ จำนวนเด็กทั้งหมด (8 : 188)		

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบัว จำนวนทั้งหมด 16 แห่ง ตำบลที่มี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง ทั้งหมด 8 ตำบล ได้แก่ ตำบลวรนคร ตำบลแวง ตำบลสถานตำบลศิลาแลง ตำบลศิลาเพชร ตำบลอวน ตำบลเจดีย์ชัย ตำบลไชยวัฒนา ตำบลที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง ทั้งหมด 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลบัว ตำบลภูคา ตำบลสากด และตำบลป่ากลาง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีจำนวนเด็กปฐมวัยมากที่สุด ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็กเทศบาลตำบลบัว จำนวน 233 คน รองลงมาได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านป่ากลาง จำนวน 188 คน และมีจำนวนเด็กปฐมวัยน้อยที่สุดได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสากดใต้ จำนวน 10 คน

ตอนที่ 2 การประเมินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับการปฏิบัติจำแนกรายข้อของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบัว จังหวัดน่าน ตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

ข้อ บ่งชี้	มาตรฐาน	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	ระดับการปฏิบัติ
ด้านบุคลากร						
1.1	ความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก	6.0	0.000	6	6	มาก
1.2	สุขภาพร่างกายและจิตใจ	3.0	1.460	0	4.0	มาก
1.3	มีการจัดการโรงเรียนพ่อแม่และการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีการศึกษา ละ 4 ครั้ง	3.47	4.531	0	10	ปานกลาง
2. ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร						
2.1	เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังการ เจริญเติบโต	3.25	1.517	1.0	5.0	ปานกลาง
2.2	อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการ ทุกวัน	2.69	.479	2.0	3.0	มาก
2.3	การดูแลสุขภาพช่องปาก	3.84	.926	2.5	5.0	ปานกลาง
2.4	น้ำดื่ม น้ำใช้	2.00	0.000	2.0	2.0	มาก
2.5	การจัดเตรียมอาหารสะอาดถูกหลัก สุขาภิบาลอาหาร	3.93	.950	2.5	5.0	ปานกลาง
3. ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย						
3.1	การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ	6.0	4.258	0.0	10.0	ปานกลาง
3.2	การประเมินความฉลาดทางอารมณ์โดย ครูผู้ดูแลเด็ก	5.88	4.161	0.0	10.0	ปานกลาง
3.3	ของเล่น สื่ออุปกรณ์และหนังสือนิทาน	4.25	0.856	3.0	5.0	ปานกลาง
4. ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก						
4.1	พื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร	4.25	0.775	4.0	7.0	น้อย
4.2	ห้องน้ำ ห้องส้วม	1.22	0.816	0.0	3.0	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อ บ่งชี้	มาตรฐาน	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	ระดับการปฏิบัติ
4.3	ตัวอาครมนั่นคง แข็งแรงและปลอดภัย	1.59	0.491	1.0	2.0	ปานกลาง
4.4	มีการจัดการขยะถูกสุขลักษณะ	1.19	0.834	0.0	2.0	มาก
4.5	มีมาตรการความปลอดภัย	1.0	0.730	0.0	2.0	ปานกลาง
4.6	เครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาด และ เพียงพอ	2.0	0.000	2.0	2.0	มาก
5. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ						
5.1	การตรวจสุขภาพ	1.86	1.285	0.0	3.0	ปานกลาง
5.2	จัดทำแผนและกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ	3.36	2.179	0.0	5.0	มาก
5.3	การป้องกันแมลงและพาหะนำโรค	1.0	0.730	0.0	2.0	ปานกลาง
6. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง						
6.1	ผู้ปกครอง ชุมชน	5.25	1.342	3.0	6.0	มาก
6.2	เครือข่าย ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการ ขับเคลื่อนศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ ในชุมชน	2.75	1.77	0.0	4.0	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หัวข้อที่มีการปฏิบัติระดับมาก ในด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้และการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็ก ค่าเฉลี่ย 6.0 ± 0.0 และสุขภาพร่างกายและจิตใจ ค่าเฉลี่ย 3.0 ± 1.5 ตามลำดับ ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ได้แก่ อาหารที่จัดให้เด็กมีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน ค่าเฉลี่ย 2.7 ± 0.5 และ น้ำดื่มน้ำใช้ ค่าเฉลี่ย 2.0 ± 0.0 ตามลำดับ ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ได้แก่ มีการจัดการขยะถูกสุขลักษณะ ค่าเฉลี่ย 1.2 ± 0.6 และ เครื่องใช้สำหรับเด็ก สะอาดและเพียงพอ ค่าเฉลี่ย 2.0 ± 0.0 ตามลำดับ

ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ จัดทำแผนและกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ค่าเฉลี่ย 3.4 ± 2.2 และ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ชุมชน ค่าเฉลี่ย 5.3 ± 1.3 และ เครือข่าย ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการขับเคลื่อนศูนย์เด็กเล็กเป็นแหล่งเรียนรู้ในชุมชน ค่าเฉลี่ย 2.8 ± 1.8 ตามลำดับ

หัวข้อที่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ในด้านบุคลากร ได้แก่ มีการจัดการโรงเรียนพ่อแม่และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีการศึกษาละ 4 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 3.5 ± 4.5 ด้านการเจริญเติบโตด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ได้แก่ เด็กทุกคนได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตค่าเฉลี่ย

3.3 $\pm$ 0.5 การดูแลสุขภาพช่องปาก ค่าเฉลี่ย 3.8 $\pm$ 0.9 และการจัดเตรียมอาหารสะอาดถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ค่าเฉลี่ย 3.8 $\pm$ 0.9 ตามลำดับ ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ได้แก่ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ ค่าเฉลี่ย 6.0 $\pm$ 4.3 การประเมินความฉลาดทางอารมณ์โดยครูผู้ดูแลเด็ก ค่าเฉลี่ย 5.8 $\pm$ 4.2 และของเล่น สื่ออุปกรณ์และหนังสือนิทาน ค่าเฉลี่ย 4.3 $\pm$ 0.9 ตามลำดับ ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องส้วม ค่าเฉลี่ย 1.2 $\pm$ 0.8 ตัวอาคารมั่นคง แข็งแรงและปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 1.6 $\pm$ 0.5 และมีมาตรการความปลอดภัย ค่าเฉลี่ย 1.0 $\pm$ 0.7 ตามลำดับ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 1.9 $\pm$ 1.3 และการป้องกันแมลงและพาหะนำโรค ค่าเฉลี่ย 1.0 $\pm$ 0.7 ตามลำดับ

หัวข้อที่มีการปฏิบัติระดับน้อย ในด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ได้แก่ พื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร ค่าเฉลี่ย 4.3 $\pm$ 0.8

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และระดับการปฏิบัติ จำแนกรายด้านของศูนย์เด็กเล็ก อำเภอปัว จังหวัดน่าน ตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

เกณฑ์การประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	ระดับการปฏิบัติ
ด้านบุคลากร	13.53	4.485	6.0	20.0	ปานกลาง
ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร	15.71	3.467	10.5	20.0	ปานกลาง
ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย	16.13	9.047	3.0	25.0	ปานกลาง
ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก	11.25	2.677	7.0	14.5	ปานกลาง
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	6.25	3.920	0.0	10.0	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	8.00	3.055	3.0	10.0	มาก
คะแนนรวมเกณฑ์การประเมิน	70.86	25.264	31.5	96.5	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติระดับมาก จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ค่าเฉลี่ย 8.0 $\pm$ 3.1

ด้านที่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 13.5 $\pm$ 4.5 ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ค่าเฉลี่ย 15.7 $\pm$ 3.5 ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ค่าเฉลี่ย 16.1 $\pm$ 9.1 ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ค่าเฉลี่ย 11.2 $\pm$ 2.7 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าเฉลี่ย 6.2 $\pm$ 3.9 ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 70.9 ± 25.3 จากคะแนนเต็มทั้งหมด 100 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 31.5 และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 96.5 ตามลำดับ

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาการดำเนินงานตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอบัว จังหวัดน่าน ภายใต้แนวคิดในการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอบัว จำนวนทั้งหมด 16 แห่ง 12 ตำบล จำแนกเป็นตำบลที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง จำนวน 8 ตำบล และมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่ง 4 ตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีจำนวนเด็กปฐมวัยมากที่สุด ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลบัว จำนวน 233 คน และมีจำนวนเด็กปฐมวัยน้อยที่สุด ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสกาตใต้ จำนวน 10 คน

ในภาพรวมระดับการปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพโดยรวมนั้น อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 70.9 ± 25.3 ด้านที่มีการปฏิบัติระดับมาก จำนวน 1 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ค่าเฉลี่ย 8.0 ± 3.1 ด้านที่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 13.5 ± 4.5 ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ค่าเฉลี่ย 15.7 ± 3.5 ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ค่าเฉลี่ย 16.1 ± 9.1 ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ค่าเฉลี่ย 11.2 ± 2.7 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ค่าเฉลี่ย 6.2 ± 3.9 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

ด้านบุคลากร มีครูผู้ดูแลเด็กที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการศึกษาปฐมวัยทุกแห่ง เนื่องจากครูผู้ดูแลเด็ก เป็นบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคัดเลือกและแต่งตั้งจากผู้ที่มีความรู้ตามหลักเกณฑ์ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ให้มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและสติปัญญา¹ ครูปฐมวัยมีอิทธิพลต่อเด็กเป็นอย่างมากต่อจากพ่อแม่ซึ่งเป็นครูคนแรก การที่จะให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข⁵

รวมทั้งต้องมีสุขภาพกายแข็งแรง ไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดต่อ และสุขภาพจิตที่ดี ผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันเป็นไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพ⁶

ด้านการเจริญเติบโต สุขภาพช่องปากและการจัดอาหาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ มีการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน รวมถึงน้ำดื่มที่ใช้ที่สะอาด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละแห่งมีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับแปรงฟันแก่เด็กปฐมวัยหลังรับประทานอาหารกลางวัน พบว่าเด็กมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง และเด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนมาก เนื่องจากพันธุกรรมของบิดามารดาส่วนหนึ่ง

เนื่องจากโภชนาการที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กวัยอนุบาล ซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งร่างกายและสมอง โดยเฉพาะพัฒนาการทางสมองในช่วง 3 ขวบปีแรก การให้เด็กได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วนเพียงพอ จึงเป็นการวางรากฐานชีวิตที่ดีสำหรับเด็กทั้งปัจจุบันและอนาคต⁷ การดูแลสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน เด็กปฐมวัยมักเกิดฟันผุและเหงือกอักเสบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี การเริ่มต้นกิจวัตรประจำวันในการทำความสะอาดช่องปากจึง เป็นสิ่งสำคัญมาก⁸

ด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย เป็นเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์จิตใจ และสังคมอย่างเป็นลำดับขั้นในเด็กที่มีอายุระหว่างแรกเกิด-6 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอบัว จังหวัดน่าน ส่วนมากยังพบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า เช่นเดียวกับผลการสำรวจพัฒนาการของเด็กไทย 20 ปีที่ผ่านมา ล่าช้ากว่าที่ควรประมาณร้อยละ 30 ในทุกปี และสติปัญญาไม่ถึงมาตรฐาน โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย 3-5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการล่าช้าทางภาษา⁹

ด้านจิตสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งยังคงมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณและขั้นตอนการดำเนินงานปรับปรุง ระดับการปฏิบัติจึงอยู่ในระดับปานกลาง หลักการจัดสภาพแวดล้อมต้องคำนึงถึงความมั่นคง แข็งแรงถูกสุขลักษณะ มีความเหมาะสมและปลอดภัยแก่เด็ก ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก การจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรงในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อ สามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ ส่งเสริมความปลอดภัยให้กับเด็กและฝึกสุขนิสัยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง¹

ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมเด็กที่อยู่ร่วมกัน ส่งผลต่อการแพร่กระจายโรคได้ง่าย เกิดการปนเปื้อนและแพร่กระจายเชื้อโรคติดต่อสู่กันได้ง่าย โรคที่พบบ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนมาก ได้แก่ โรคหวัด และโรคมือ เท้า ปาก ทั้งนี้กรมควบคุมโรคก็ได้ให้ความสำคัญการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก เช่นกัน ได้แก่ โรคหวัด โรคอุจจาระร่วง โรคมือ เท้า ปาก โรคคางทูม โรคอีสุกอีใส และโรคหัด¹⁰

ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศูนย์เด็กเล็กเปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับมาก ในการดำเนินงานพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเช่น ร่วมเป็นกรรมการพัฒนาศูนย์ จัดทำแผนแก้ไขปัญหาลเฉพาะ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในวันสำคัญ เป็นต้น การขับ เคลื่อน ศูนย์เด็กเล็กแบบมีส่วนร่วม เป็นระดมทรัพยากรจากหลากหลายส่วนในสังคม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2545 มาตรา 29 กำหนดให้สถานศึกษาร่วมกับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่น ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนโดยจัดกระบวนการ เรียนรู้ภายในชุมชน¹

ทั้งนี้ การประเมินตามเกณฑ์ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ ยังพบว่า เครือข่ายครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งมีความเข้มแข็ง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยสม่ำเสมอ ซึ่งการดำเนินงานใน รูปแบบเครือข่ายช่วยในการกระตุ้นการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดำเนินงานดูแลเด็กปฐมวัย ต้องมีการดำเนินการควบคู่กันไปทุกด้าน เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม เต็มศักยภาพตาม วัย เป็นคนดี มีคุณธรรม มีปัญญา และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม และพัฒนาประเทศชาติให้มีความ เจริญก้าวหน้าอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวทางการจัดการกับด้านต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินผลเพื่อให้ดำเนินการ พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกัน แสดงความคิดเห็น แนวทางที่เหมาะสมสำหรับในการจัดการด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการ ดำเนินงานพัฒนาตามเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพเป็นลำดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ หน่วยงาน สาธารณสุขอำเภอปัวที่เห็นความสำคัญ อนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทั้งในด้านการพยาบาล ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านควบคุมโรคติดต่อ และสนับสนุนทรัพยากรในการออกประเมินแก่ทีมประเมิน เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และ ฝ่ายทันตกรรม จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ที่เอื้อเวลาร่วมออก ประเมินและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่งแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขอขอบคุณ หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งให้การสนับสนุนบุคลากร และมีส่วนร่วมในการประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพในพื้นที่ รวมทั้งเครือข่ายศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอปัวทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการประเมิน และให้การต้อนรับเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- (1) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. (2553). มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2559, จาก http://www.dla.go.th/work/e_book/eb1/std210550/0/0.htm
- (2) จินตนา พัฒนพงศ์ธร และประภาภรณ์ จังพานิช (บรรณาธิการ). (2556). คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- (3) M. Thomas. (2009). การพัฒนาเด็กปฐมวัย. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2559, จาก http://www.unicef.org/thailand/tha/education_6555.html
- (4) รัตนะ บัวสนธิ์. (2555). วิธีการเชิงผสมผสานสำหรับการวิจัยและประเมิน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (5) ศูนย์การเรียนรู้ทางการศึกษาปฐมวัย. (2012). เด็กปฐมวัย. สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2560, จาก http://www.e-child-edu.com/youthcenter/forum/post_detail/230
- (6) กำธร พรหมณโสภา. (2560). สุขภาพกายและสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.snr.ac.th/elearning/kamtorn/section3.6.htm>
- (7) สังคม จงพิพัฒน์วิเศษ. (2555). โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยและวัยก่อนเรียน. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2560, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/20231> - โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยและวัยก่อนเรียน%20.html
- (8) Dóris Rocha Ruiz DDS, MSc et al. (2017). สุขภาพช่องปากและวัยทารก : global child dental fund. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก www.gcdfund.org/sites/default/files/.../THAI%20OH%20Your%20Baby%20copy.pdf
- (9) กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: ที่เอสอินเตอร์พรีนซ์.
- (10) กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2558). แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและ โรงเรียนอนุบาล (สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพฯ: บอรัณ ฑู ปี พัลลิตชิ่ง.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา

ตระการ หล้าจันทร์ วท.บ. *, ทิพวัลย์ เสนาะคำ วท.บ.*, ทิพย์รัตน์ จันทะวงศ์ วท.บ. *,
ธัญญรัตน์ ศรีชาติ วท.บ. *, พชรินทร์ เกล้าวิกรณ์ วท.บ. *, สุกัญญา สุ่มทุม วท.บ. *,
ประวิทย์ ชัตธรรมศรี วท.บ.*, ณรงค์ ใจเที่ยง ส.ม.***, ศรีสุดา เจริญดี M.Phil.****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยคือ วัยรุ่นในจังหวัดพะเยา จำนวน 400 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าความถี่ จำนวน ร้อยละและค่าไคสแควร์ ผลการศึกษาวัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ โรคประจำตัว ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ และปัจจัยด้านการตลาด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่ายและการส่งเสริมการตลาดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยคิดว่าจังหวัดพะเยานั้นไม่มีธุรกิจด้านร้านอาหาร ตะวันตกหรืออาหารฟาสต์ฟู้ด โดยส่วนมากจะเป็นอาหารหรือผลผลิตทางการเกษตรทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงแหล่งของอาหารและไม่มีความหลากหลายของอาหารที่มีไขมันทรานส์

คำสำคัญ : พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ไขมันทรานส์/จังหวัดพะเยา

*วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)และเศรษฐศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยพะเยา

**วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

***สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

****สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors Related to Alcohol Drinking Behavior among Teenager in Phayao Province

Trakan Lajan B.Sc.*, Tippawan Sonoukum B.Sc*, Tipparat Chantawong B.Sc.*, Tanyarat Srichalee B.Sc.*,
Patcharin Kaowikon B.Sc.*, Sukanya Soomtoom B.Sc.*, Prawit Khattammasri B.Sc.*,
Narong Chaitiang M.P.H.***, Srisuda Charoendee M.Phil.****

Abstract

Cross-sectional descriptive Study. The research reported here has the following objectives to examine the dietary habits of trans fat and to examine factor associated with dietary habits whit trans-fat of teenagers in Phayao Province. The sample was selected from 400, teenagers in Muang District, Phayao Province Area. The instruments used in the study were questionnaire, was improved by the study of related documents and research, the reliability were 0.70. The statistics used to analyze data in the research were frequency, percentage and chi-square. The data was analyzed by statistical tools. The results were factors which had a statistically significant association at the 0.05 level, with income and illness were personal information factors, the attitude consuming foods with trans-fat, and reinforcing factor, motivation to consume and Marketing Factors include Product Price Place and Promotion which not had a statistically significant association. Researchers think that Phayao province does not have a Western restaurant or Fast Food restaurant. Most of them are food or agricultural products. Consumers do not reach sources of food and there are no variety of foods that contain trans fat.

Keyword: Dietary habits/Trans fat/ Phayao Province

*Bachelor of Science Program in Public Health and Bachelor of Economics, School of Medicine, University of Phayao.

** Bachelor of Science Program in Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

***Lecturer, Department of Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

**** Lecturer, Department of Health Promotion , School of Medicine, University of Phayao.

บทนำ

จากประกาศเตือนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องของไขมันทรานส์ที่อยู่ในเนยเทียม เนยขาว ที่แฝงอยู่ในอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดและเบเกอรี่มากเกินไป ทำให้ปริมาณไขมันและน้ำหนักรวมเพิ่มส่งผลให้ตับทำงานผิดปกติและเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดไขมันที่ใช้ทำครีมเทียมนั้นทำมาจากไขมันพืชที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจน ได้แก่ น้ำมันปาล์ม น้ำมันถั่วเหลือง ทำให้น้ำมันเปลี่ยนสถานะจาก ของเหลวเป็นกึ่งของแข็งหรือทำเป็นผงได้ เช่น มาการีนหรือเนยเทียม เนยขาว ครีมเทียม ไขมันที่เปลี่ยนไปนี้เรียกว่า ไขมันทรานส์ ซึ่งเป็นไขมันที่เกิดจากกระบวนการแปรรูปอาหารโดยลักษณะพิเศษของไขมันทรานส์ในอุตสาหกรรมการผลิตอาหาร ไขมันทรานส์จะมีคุณสมบัติเป็นกึ่งของแข็ง ไม่เหม็น หินง่ายและไม่เป็นไขง่าย ทนความร้อนสูงและราคาถูก ทำให้ผู้ประกอบการอาหารฟาสต์ฟู้ดและเบเกอรี่นิยมนำมาใช้ในกระบวนการผลิตอาหารเพื่อลดต้นทุนการผลิตรวมทั้งการผลิตครีมเทียมทั้งชนิดเหลวและชนิดผงด้วย นอกจากนี้ ไขมันทรานส์ยังแฝงมากับอาหารชนิดอื่น เช่น ไก่ทอด มันฝรั่งทอด รวมถึงอาหาร ที่ระบุว่ามีการเติมไฮโดรเจนลงในไขมัน เมื่อกินไขมันทรานส์เข้าไปสะสมในร่างกายมากเกินไปทำให้น้ำหนักและไขมันส่วนเกินเพิ่มมากขึ้นตับทำงานผิดปกติและมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด ทั้งนี้ในหลายประเทศซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพของผู้บริโภคได้แนะนำให้ลดหรืองดการใช้กรดไขมันทรานส์เพื่อให้อาหารมีกรดไขมันทรานส์ในปริมาณที่ต่ำลง ในปี พ.ศ. 2549 องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (U.S.FDA) ได้กำหนดให้ผู้ผลิตอาหารที่จัดจำหน่ายภายในประเทศ ต้องระบุปริมาณของกรดไขมันทรานส์ไว้บนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์และอนุญาตให้ระบุในข้อมูลทางโภชนาการว่ามีปริมาณกรดไขมันทรานส์เป็น 0 กรัม ถ้าผลิตภัณฑ์มีกรดไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ น้อยกว่า 0.5 กรัม ต่อหนึ่งหน่วยบริโภคปัญหาด้านโภชนาการของวัยรุ่นส่วนหนึ่ง จึงมีสาเหตุมาจากการไม่ใส่ใจการบริโภคเท่าที่ควร รวมถึงการขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ ขณะที่ในประเทศไทย ยังไม่มีข้อบังคับ ข้อกำหนดหรือแนะนำในการบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของกรดไขมันทรานส์ ที่ชัดเจน โดยการแสดงปริมาณกรดไขมันทรานส์บนฉลากของผลิตภัณฑ์นั้นจะเป็นไปโดยสมัครใจเท่านั้น จากงานวิจัยไทยของ การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 เป็นครั้งที่ 4 ซึ่งครั้งแรกสำรวจในปี พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างในเดือนมีนาคม พ.ศ.2560 จากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 27,960 ครัวเรือนทั่วประเทศ เพื่อให้มีข้อมูลทางสถิติในเรื่องดังกล่าว สำหรับหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานเอกชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและวางแผนหรือกำหนดมาตรการต่าง ๆ ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพของประชากร ซึ่งผลการสำรวจที่สำคัญสรุปได้ว่า ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่มของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป แตกต่างกันตามประเภทของกลุ่มอาหารคือ สำหรับกลุ่มอาหารที่รับประทานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุ วิตามิน พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่รับประทานจำนวนร้อยละ 21.6 ส่วนอาหารในกลุ่มที่ส่งผลเสียต่อ

สุขภาพหากบริโภคมากเกินไป ได้แก่ กลุ่มที่มีไขมันสูงพบว่า รับประทาน 1-2/สัปดาห์ สูงสุดร้อยละ 51. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ⁽¹⁾

จากรายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมของประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ(HBSS) กองสุศึกษา ⁽²⁾ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 310,045 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 42,763 ราย และเป็นโรคเบาหวาน 21,302 ราย มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) เกินค่ามาตรฐาน (มากกว่าหรือเท่ากับ 23) ร้อยละ 50.8 ภาพรวมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์/อาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 82 พฤติกรรม การบริโภคอาหารประเภททอดร้อยละ 83.9 พฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบร้อยละ 88.4 พฤติกรรมการบริโภคขนมหวานต่างๆ ร้อยละ 88.8

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความตั้งใจอย่างมากที่จะศึกษาในเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับกรดไขมันทรานส์ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ในกลุ่มวัยรุ่นในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางสำหรับการให้ความรู้เรื่องกรดไขมันทรานส์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันทรานส์สูง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเมรั้ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอื่นๆอีกมากมายของกลุ่มวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่กำลังจะเติบโตเป็นกลุ่มวัยทำงานต่อไปให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

ระเบียบการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/086/61

ประชากรกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในระหว่าง 18-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา มีจำนวนทั้งสิ้น 22,330 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสัดส่วนประชากรของ Cochran WG ⁽³⁾ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยขั้นต่ำ ประมาณ 377.67 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ในจำนวนตามต้องการ

แบบไม่มีหลักเกณฑ์โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่สามารถให้ข้อมูลได้ อ่านออกเขียนได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 400 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ประมวลผล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับคำนวณค่าสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 66.80 และเป็นเพศชาย จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 33.20

อายุ ส่วนใหญ่ อายุ 20 ปี จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 41.00 และรองลงมา อายุ 21 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 19.80

ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 381 คน คิดเป็นร้อยละ 95.30 และรองลงมานับถือศาสนาคริสต์จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-7,500 บาทต่อเดือน จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 48.50 และรองลงมารายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.80

โรคประจำตัว ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนมากที่สุดคือ จำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 85.50 และน้อยที่สุดคือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับข้อมูลความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น จังหวัดพะเยาส่งผลให้พบว่ามีวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 49.00 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น จังหวัดพะเยาส่งผลให้พบว่ามีวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 55.50

ปัจจัยเอื้อด้านผลิตภัณฑ์ ส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 349 คน คิดเป็นร้อยละ 87.25 ปัจจัยเอื้อด้านราคา ส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 61.00 ปัจจัยเอื้อด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ปัจจัยเอื้อ

ด้านส่งเสริมทางการตลาด ส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 81.00 และรองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50

ปัจจัยเสริมด้านแรงจูงใจในการบริโภคส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.50 และรองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 23.75

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยาส่งส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 74.00 และรองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 17.75

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ทั่วไป ทศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัย

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	15(42.90)	97(32.80)	21(30.40)	1.733	0.421
หญิง	20(57.10)	199(67.20)	48(69.60)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
อายุ					
น้อยกว่า 20 ปี	7(20.00)	72(24.30)	21(30.40)	1.653	0.438
20 ปี	16(45.70)	121(40.90)	27(39.20)		
มากกว่า 20 ปี	12(34.30)	103(34.80)	21(30.40)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
ศาสนา					
พุทธ	32(91.40)	282(95.30)	67(97.10)	1.653	0.438
คริสต์	3(8.60)	14(4.70)	2(2.90)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		

เสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์

ตาราง 1 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทศนคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ (n = 400)

หมายเหตุ p-value<0.05 *

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
รายได้					
น้อยกว่า5,000	8(22.90)	70(23.60)	29(42.00)	40.230	0.001*
5,001-7,500	16(45.70)	145(49.00)	33(47.80)		
7,501-10,000	4(11.40)	72(24.40)	7(10.20)		
10,001 ขึ้นไป	7(20.00)	9(3.00)	0(0.00)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
โรคประจำตัว					
มี	11(31.40)	43(14.50)	4(5.80)	12.306	0.002*
ไม่มี	24(68.60)	253(85.50)	65(94.20)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
ความรู้					
ระดับต่ำ	8(22.90)	70(23.60)	14(20.30)	0.477	0.976
ระดับปานกลาง	18(51.40)	143(48.40)	35(50.70)		
ระดับสูง	9(25.70)	83(28.00)	20(29.00)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
ทัศนคติ					
ระดับต่ำ	1(2.90)	14(4.70)	1(1.50)	19.023	0.001*
ระดับปานกลาง	25(71.40)	172(58.10)	25(36.20)		
ระดับสูง	9(25.70)	110(37.20)	43(62.30)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		

หมายเหตุ p-value<0.05 *

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ปัจจัยเชื้อ					
ด้านผลิตภัณฑ์					
ระดับต่ำ	1(2.90)	2(0.70)	1(1.40)	3.293	0.510
ระดับปานกลาง	2(5.70)	38(12.80)	7(10.20)		
ระดับสูง	32(91.40)	256(86.50)	61(88.40)		
รวม	35(100.00)	296(100.0)	69(100.00)		
ด้านราคา					
ระดับสูง	2(5.70)	2(0.70)	2(2.90)	7.953	0.093
ระดับปานกลาง	15(42.90)	107(36.10)	28(40.60)		
ไม่มีระดับต่ำ	18(51.40)	187(63.20)	39(56.50)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
ด้านช่องทางการจัด					
จำหน่าย					
ระดับต่ำ	1(2.90)	6(2.00)	1(1.40)	4.247	0.374
ระดับปานกลาง	7(20.00)	47(15.90)	18(26.10)		
ระดับสูง	27(77.10)	243(82.10)	50(72.50)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		
ด้านการส่งเสริมทาง					
การตลาด					
ระดับต่ำ	2(5.70)	5(1.70)	3(4.30)	6.499	0.165
ระดับปานกลาง	4(11.40)	46(15.50)	16(23.20)		
ระดับสูง	29(82.90)	245(82.80)	50(72.50)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		

หมายเหตุ p-value<0.05 *

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์			χ^2	p-value
	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)		
ปัจจัยเสริม					
ด้านแรงจูงใจในการบริโภค					
ระดับต่ำ	1(2.90)	13(4.40)	5(7.20)	14.246	0.007*
ระดับปานกลาง	5(14.20)	63(21.30)	27(39.20)		
ระดับสูง	29(82.90)	220(74.30)	37(53.60)		
รวม	35(100.00)	296(100.00)	69(100.00)		

หมายเหตุ p-value<0.05 *

จากตาราง 1 พบว่า เพศ อายุ ศาสนาและความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา (p-value = 0.421, 0.438, 0.438, 0.976 ตามลำดับ) รายได้ โรคประจำตัวและทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001*, 0.002*, 0.001* ตามลำดับ) ปัจจัยเอื้อด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมทางการตลาดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา (p-value = 0.510, 0.093, 0.374, 0.165 ตามลำดับ) ปัจจัยเสริมด้านแรงจูงใจในการบริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่น จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.007*)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นจังหวัดพะเยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของ จรรยา พึงสอน ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นจังหวัดนนทบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของ สุวรรณ ญา กาศแก้ว ⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมัน ทรานส์ของนักศึกษาสาขาการโรงแรมและการท่องเที่ยวพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของเครือมาศ มีเกษม ⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร จากผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารจานด่วน (p-value = 0.000) ผู้วิจัยคิดว่าวัยรุ่นที่มี

รายได้มากทำให้สามารถเลือกบริโภคอาหารได้ตามที่ตนเองต้องการมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้น้อยและสามารถเลือกบริโภคอาหารโดยไม่ต้องคำนึงถึงคุณค่าของสารอาหารที่ได้รับจากอาหารที่เลือกบริโภค

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยไทยของ จรรยา พึงสอน⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นจังหวัดนนทบุรี พบว่า ภาวะโภชนาการ(มีภาวะอ้วนหรือมีโรค)ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์มากกว่าวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัว ผู้วิจัยคิดว่าวัยรุ่นที่มีโรคประจำตัวจะมีความระมัดระวังและใส่ใจในการเลือกอาหารที่จะบริโภคอาหารมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีโรคประจำตัวเนื่องจากต้องเลือกรับประทานแต่อาหารที่ดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ไม่มีผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของ จรรยา พึงสอน⁽⁴⁾ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ที่ระดับ <0.0001) ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่า วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกันด้วย วัยรุ่นบางคนมักไม่ได้คิดถึงโทษที่อาจจะเกิดขึ้นหากเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์และไม่คิดว่าไขมันทรานส์จะเป็นส่วนประกอบในอาหารหรือผลิตภัณฑ์ขนมต่างๆที่รับประทานเป็นประจำในทุกๆวัน จึงเลือกที่จะรับประทานจนเป็นความเคยชิน แต่กลับกันวัยรุ่นที่ใส่ใจในสุขภาพมักจะคิดว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ครั้งละปริมาณน้อยๆแต่หากสะสมไปนานๆก็จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ จึงเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ

ปัจจัยเอื้อด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาดผู้วิจัยพบว่าปัจจัยเอื้อด้านดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นจังหวัดพะเยา ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของ ลาวัณย์ ทวีผดุง⁽⁷⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการร้านอาหารจานด่วนร้านเคเอฟซี ของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ได้แก่ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านราคามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการร้านเคเอฟซีซึ่งนำไปสู่การเข้าใช้บริการโดยมีค่า ($p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งมีค่า น้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้คือ 0.05 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของเครือมาศ มีเกษม⁽⁶⁾ ได้ทำการศึกษารื่องการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ปัจจัยด้านราคา ปัจจัยด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และปัจจัยด้านการส่งเสริมการตลาดมีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารจานด่วน นั่นคือความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ด้านปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ปัจจัยด้านราคา ปัจจัยด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และปัจจัยด้านการ

ส่งเสริมการตลาดที่แตกต่างกันมีผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารจานด่วน ผู้วิจัยคิดว่าจังหวัดพะเยาไม่ใช่จังหวัดที่เน้นการส่งเสริมทางด้านเศรษฐกิจส่วนมากจะเน้นทางด้านเกษตรทำให้ความหลากหลายของอาหารที่มีไขมันทรานส์ไม่ได้มีให้เลือกบริโภคมาก ราคาที่จำหน่ายก็อยู่ในระดับมาตรฐานไม่แตกต่างกันในแต่ละร้าน และยังขาดการส่งเสริมทางการตลาด เช่น การจัดกิจกรรมลดแลกแจกแถมของผู้ผลิต ด้านช่องทางการจัดจำหน่ายที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ยากเนื่องจากจังหวัดพะเยายังมีแหล่งจำหน่ายอาหารน้อยกว่าพื้นที่อื่น ๆ ทำให้วัยรุ่นในจังหวัดพะเยาไม่ได้รับการบริการเท่าที่ควรจะเป็น ในขณะที่พื้นที่อื่น ๆ เช่น กรุงเทพมหานครที่มีการจัดส่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ ปัจจัยเสริมด้านแรงจูงใจในการบริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.007$) วัยรุ่นที่มีแรงจูงใจในการบริโภคที่แตกต่างกันส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์แตกต่างกันด้วยแรงจูงใจในการบริโภค ในงานวิจัยนี้ได้แก่ ครอบครัว/ญาติ เพื่อน รสนิยมความชอบส่วนตัว การบริโภคตามดารานักแสดงที่ชื่นชอบ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยไทยของ จรรยา พึงสอน⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่นจังหวัดนนทบุรีพบว่า การบริโภคอาหารของครอบครัวและของเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่น ผู้วิจัยคิดว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีการพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อน และเลือกร้านอาหารที่ส่วนมากจะมีอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันทรานส์เป็นส่วนใหญ่การได้รับคำแนะนำให้บริโภคจากเพื่อนที่คำนึงถึงความอร่อยมากกว่าคุณค่าทางสารอาหาร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปปฏิบัติ

ความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญในปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นในจังหวัดพะเยามีข้อเสนอแนะในแต่ละข้อ ดังนี้

1.ด้านความรู้ ควรให้ความรู้แก่ผู้บริโภคในเรื่องของอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบมากยิ่งขึ้น โทษของไขมันทรานส์ที่มีต่อร่างกาย การได้รับความรู้เรื่องของการตรวจดูฉลากเพื่อดูส่วนประกอบของสารอาหารที่มีในสินค้านั้น ๆ ก่อนตัดสินใจเลือกบริโภค การได้รับความรู้จากข่าวสาร สื่อและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และปลอดภัย

2.ด้านทัศนคติ ผู้บริโภคอาหารที่มันไขมันทรานส์ส่วนใหญ่ คิดว่าอาหารที่มีไขมันทรานส์ไม่มีโทษต่อร่างกายหรือจะมีโทษก็ต่อเมื่อรับประทานในปริมาณที่มาก ๆ ทำให้ผู้บริโภคไม่คำนึงถึงผลเสียที่ตามมาเท่าที่ควร ดังนั้นการปรับทัศนคติของผู้บริโภคเป็นสิ่งที่สำคัญ เน้นให้ผู้บริโภคตระหนักถึงโทษที่ของไขมันทรานส์มากยิ่งขึ้น

3.ด้านปัจจัยเสริม ในที่นี้คือ แรงจูงใจในการบริโภค ในปัจจุบันอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นอาหารที่มีทั่วไปตามท้องตลาดโดยผู้บริโภคส่วนใหญ่ มักจะเลือกบริโภคอาหารตามบริบททางสังคมต่างๆ เช่น ตามรสนิยมความชอบส่วนตัว ตามสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ ครอบครัว เพื่อน ดังนั้น ควรเน้นให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในด้านอาหารที่มีไขมันทรานส์ โทษของไขมันทรานส์อย่างทั่วถึงเพื่อลดการมีแรงจูงใจในการบริโภคอาหารไขมันทรานส์

4.ด้านปัจจัยเอื้อ ในที่นี้คือ ปัจจัยส่วนประสมการตลาด ได้แก่ ผลผลิตภัณฑ์ ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย การส่งเสริมทางการตลาด ที่ผู้ประกอบการได้ใช้เป็นเครื่องมือทางการตลาดที่นำมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่างๆ ที่จะทำให้ผู้บริโภคเลือกซื้ออาหาร ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อบริโภคโดยการมีฉลากที่บอกปริมาณไขมันทรานส์ในฉลากอาหารที่วางขายตามท้องตลาดทุกชนิด เพื่อให้ผู้บริโภคได้มีส่วนในการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารที่ปราศจากไขมันทรานส์และดีต่อสุขภาพของผู้บริโภคเอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการเพิ่มเติมตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม สังคมความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม เป็นต้น
- 2.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับปริมาณของไขมันทรานส์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้บริโภคโดยตรง และขอความคิดเห็น มุมมองและทัศนคติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผลเสียของการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์
- 3.ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวทางป้องกันการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบเพื่อลดแนวโน้มการเกิดโรคในอนาคต
- 4.ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันทรานส์ของวัยรุ่นในจังหวัดใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง

- (1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหารสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
- (2) กองสุขศึกษา. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ15ปีขึ้นไปในภาพรวมของ ประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ(HBSS).นนทบุรี2557.
- (3) Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley and Sons Inc.; 1997.
- (4) จรรยา พิงสอน. เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดของวัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี: นนทบุรี2556.

- (5) สุวรรณญา กาพแก้ว. ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันทรานส์ของนักศึกษาสาขาการโรงแรมและการท่องเที่ยว. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร; 2559.
- (6) เครือมาศ มีเกษม. เรื่องการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร2554.
- (7) ลาวัญย์ ทวีผดุง. เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการร้านอาหารจานด่วนร้านเคเอฟซีของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร; 2559.

ขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ วารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน

วารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ
(Original Article) จัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – มีนาคม ตีพิมพ์สัปดาห์แรกของเดือน เมษายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เมษายน-กันยายน ตีพิมพ์สัปดาห์แรกของเดือน ตุลาคม

รับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม ฉบับที่ 2 ภายในเดือน กันยายน

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งเรื่องตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการ
จะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้ส่งเรื่องต้องกรอกแบบฟอร์มพร้อมเอกสารนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 1 ชุด
และแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น หรือส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ E-mail: ssjman2018@gmail.com และ
<http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/NJPH/index>

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขานั้นๆ อ่าน
ประเมินต้นฉบับ จำนวน 3 ท่าน ต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารวิจัยสาธารณสุข
น่าน

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออก
ใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ
วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป
กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน
12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบไปด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ
เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ ๆ รวบรวมสิ่งตรวจใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี 2.
การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์	
ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุดต่อ สถานที่ปฏิบัติงานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีและวิธีการดำเนินการอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย	โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้สถิติมาประยุกต์
ผล/ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใดและควรอ้างทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้

เกิดประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้
สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อสารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์วิฑิตพงศ์, พิชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุวดี ตาพิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม.สารคดีราช 2539; 48(ฉบับผนวก): 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารคดีราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อ นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

-หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง.พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์.เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณวงศ์ จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป๊ปทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร Eucrosia UPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว และ Print หน้าเดียวลงในกระดาษ A4 (21.6X27.9 ซม.) จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ต้นฉบับเอกสารทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ssjman2018@gmail.com และ <http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/NJPH/index>

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์ทดแทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การตอบรับ

5.1 เมื่อส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยแล้วจะได้รับหนังสือตอบรับบทความ ภายใน 3 วันทำการ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

6. ระยะเวลาในการรอคอย

6.1 กองบรรณาธิการส่งบทความให้กรรมการกลั่นกรองพิจารณา รอฟผลการพิจารณาจากกรรมการกลั่นกรอง ภายใน 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับบทความคืนจากกรรมการกลั่นกรองพิจารณาเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของกรรมการกลั่นกรอง ภายใน 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้เขียนแก้ไขเรียบร้อยแล้วส่งบทความสมบูรณ์จำนวน 1 ชุด พร้อมไฟล์บทความ 1 แผ่น ที่กองบรรณาธิการฯ หรือ ส่ง E-mail: njphnan@gmail.com และในระบบ <http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/NJPH/index>

6.4 บรรณาธิการออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสาร

7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมเอกสารบทความวิชาการ/บทความวิจัยส่งตีพิมพ์เมื่อ มีจำนวนผู้ขอลงครบแล้ว

7.2 การตีพิมพ์วารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อได้เล่มวารสารที่สมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ

8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านหรือของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน คณะกองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้

หมายเหตุ วารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน สงวนสิทธิ์ที่จะไม่ลงตีพิมพ์บทความที่เคยลงในวารสารวิชาการฉบับอื่นแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

บรรณาธิการวารสารวิจัยสาธารณสุขน่าน

ดร.ธนุศิลป์ สลีอ่อน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

467 ม.5 ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์

อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน 55000

โทรศัพท์ 0-5460-0071

โทรสาร 0-5460-0078

E-mail: ssjman2018@gmail.com

<http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/NJPH/index>