



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2556 ISBN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบ
รายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์
(Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และ
การศึกษา

กำหนดออก

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)
มกราคม - เมษายน
พฤษภาคม - สิงหาคม
กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวคิน นพนิศย์
ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand
ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

กองบรรณาธิการ

ดร.ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์ ดร.พิมพ์มล วงศ์ไชยา

สำนักงาน

อาจารย์จรรยา	แก้วใจบุญ
อาจารย์สมศรี	ทาทาน
อาจารย์อัมพร	ยานะ
อาจารย์วรรณิภา	เย็นใจ
อาจารย์สุพิชญา	เสมอเชื้อ
นายอานนท์	ดีบัย้อย

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยณรงค์ อภิณพพัฒน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ดร.ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ



หน้า

- การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น : ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคมวิทยา 3
 - * ประจวบ แหลมหลัก, วัชรินทร์ คำมาเร็ว, ธวัชชัย เสาศิน, ทิพย์รวี สมบัติปัญญา, สุรัชย์ ธิติมูล, สงกรานต์ จันทร์ทะระ
- ผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย 16
 - * นักชัต เสาร์ทอง ภ.ม. (การจัดการเภสัชกรรม), ธวัชชัย อยู่คง ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม)
- การพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจ 25
 - * นายภูวนารถ ลิ่มประเสริฐ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคขยะสำเร็จรูปของนักเรียน
ระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 24
 - * กฤษณา แก้วทุ่ง
- การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 42
 - * ศุภจรรย์ เมืองสุริยา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี 54
 - * ธวิช แสงแก้ว
- การใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล 65
 - * นางสาวเบญจมา ยมสาร, นางพะเยาว์ กรีก้า และนางสาวนัยนา สัมภากเงิน



การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ปัญหาและแนวทาง การแก้ไขทางสังคมวิทยา

ประจวบ แหลมหลัก, วัชรินทร์ คำมาเร็ว, ธวัชชัย เสาศิน,
ทิพย์รวี สมบัติปัญญา, สุรชัย ธิติมูล, สงกรานต์ จันทร์ทะระ

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีพัฒนาการในด้านต่างๆ เพื่อเจริญเติบโตไปสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สติปัญญา รู้จักคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้อื่นได้ ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นก็มีจิตนาการดีกว่าวัยที่ผ่านมา อารมณ์จะรุนแรงขึ้น แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผย เชื่อมมั่นในตนเอง ต้องการตัดสินใจ และรับผิดชอบด้วยตัวเอง ต้องการอิสระ ดังนั้นกลุ่มเพื่อนจึงมีบทบาทสำคัญ ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเรียนรู้การปรับตัวในสังคม การเลือกแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาท เลือกลีลาแบบจากบุคคลที่ตนนิยมมาเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งการพัฒนาการของวัยรุ่นดังกล่าวนี้ส่งผลให้วัยรุ่นมีแรงขับเคลื่อนทางเพศสูง มีความสนใจอยากรู้อยากทดลอง และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสมบูรณ์

ปัจจุบันสังคมไทยได้รับเอาอารยธรรมจากตะวันตก ซึ่งค่อนข้างอิสระในเรื่องเพศสัมพันธ์และความก้าวหน้าทางด้านสื่อสารมวลชนที่ยั่วยุกุมารมณจึงทำให้มีโอกาสเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์อย่างอิสระมากขึ้น ดังนั้นโอกาสในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจึงมากขึ้นด้วย แต่วุฒิภาวะของวัยรุ่นเป็นเพียงความพร้อมของร่างกายตามวัยเจริญพันธุ์เท่านั้น ส่วนจิตใจที่จะรับผิดชอบการใช้ชีวิตมีเพื่อการมีครอบครัวนั้น วัยรุ่นยังขาดความพร้อมและไม่สามารถพึ่งตัวเองได้ ประกอบกับสังคมไทยยังไม่ยอมรับให้วัยรุ่นแสดงออกทางเพศโดยอิสระมากนัก (ยูวดี เทียรประสิทธิ์, 2536) เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นจากการที่มีเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติที่ซับซ้อนกับภาวะวิกฤติของการพัฒนาการตามวัยที่มีอยู่เดิมตามธรรมชาติจากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ (Brown, 1991) วัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงจากบทบาทเด็กไปสู่การเป็นมารดา จึงถือเป็นการก้าวกระโดดจากพัฒนาการปกติ ทำให้ขาดโอกาสเตรียมตัวที่จะรับบทบาทของการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา ไม่สามารถรับผิดชอบการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตรของตนเองได้ตามที่ควร เนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะที่ตอบสนองความต้องการของผู้อื่น ในขณะที่ตนเองยังคงตอบสนองความต้องการตามวัยของตนเองอยู่ (Pillitteri, 1992)

คำนิยาม

วัยรุ่น : หมายถึง วัยที่กำลังเจริญเติบโตและพัฒนาจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่โดยช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นระยะวิกฤติของชีวิตที่กำลังพัฒนาความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวและพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์ สามารถที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ Steinberg (1993)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : หมายถึง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ขณะอายุไม่ถึง 20 ปี (WHO, 2004)

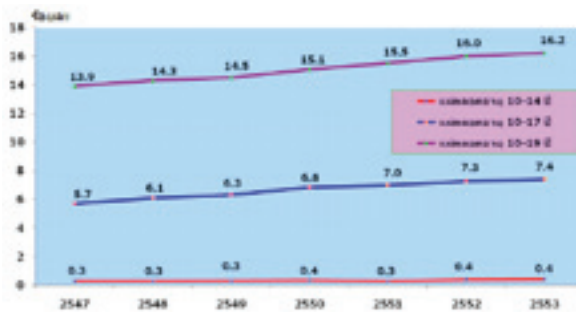
สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในสังคมไทย สืบเนื่องมาจากการหลั่งไหลทางวัฒนธรรมตะวันตก รวมทั้งการดำรงชีวิต



ในสังคมยุคใหม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่นไทย จากข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ของประเทศไทยของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นมีความทวีรุนแรงขึ้น ข้อมูลการตั้งครรภ์และ คลอดบุตรในวัยรุ่นระหว่าง พ.ศ. 2547-2553 พบว่า อัตราการคลอดของมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้ม สูงขึ้นจากร้อยละ 13.9 ในพ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 16.2 ใน พ.ศ. 2553

ตารางที่ 1 ร้อยละของแม่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี พ.ศ. 2547-2553



แหล่งที่มา : สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งข้อมูลดังกล่าว หากรวมการแท้งและเด็ก ตายคลอดที่ส่วนใหญ่ไม่มีการแจ้งเกิดจะมีจำนวนสูงกว่านี้ มากนอกจากนี้การสำรวจอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ของวัยรุ่นพบว่า แนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 15- 16 ปี

ตารางที่ 2 อายุเฉลี่ยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

กลุ่มปีเรียน	อายุเฉลี่ย (ปี)					
	2550	2551	2552	2553	2554	
1.มัธยม ม.2	เขตชาย	13.1	13.0	12.9	12.8	12.2
	เขตหญิง	13.4	13.0	13.0	13.0	12.3
2.มัธยม ปวช. ชั้นปีที่ 2	เขตชาย	15.5	15.3	15.1	15.0	14.7
	เขตหญิง	16.0	15.6	15.5	15.0	15.0

แหล่งที่มา : สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้ถุงยาง อนามัยไม่ถึงร้อยละ 50 โดยพบแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด ที่ 9 ปี

ตารางที่ 3 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก

กลุ่มปีเรียน	ร้อยละ					
	2550	2551	2552	2553	2554	
1.มัธยม ม.2	เขตชาย	50.0	51.8	50.7	53.2	55.1
	เขตหญิง	50.0	48.3	41.5	48.9	44.9
2.มัธยม ม.5	เขตชาย	49.7	51.1	51.5	51.0	51.1
	เขตหญิง	46.3	49.9	47.6	49.2	54.1
3.มัธยม ปวช. ชั้นปีที่ 2	เขตชาย	48.3	48.3	51.4	49.4	55.0
	เขตหญิง	41.3	45.6	47.3	48.1	50.0

แหล่งที่มา : สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ยังส่งผล ให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและ เยาวชน อายุ 15-25 ปี ที่แนวโน้มสูงขึ้นจาก 41.5 ต่อ ประชากรแสนคน ใน พ.ศ.2548 เป็น 89.5 ใน พ.ศ.2554 รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ด้วย

ตารางที่ 4 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และเยาวชนอายุ 15-24 ปี



แหล่งที่มา : สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นมี เพศสัมพันธ์เร็ว เพราะพัฒนาการทางเพศสมบูรณ์ ก่อนพัฒนาการทางอารมณ์ วัยรุ่นปัจจุบันเติบโตขึ้นจาก



วัฒนธรรมสมัยใหม่ ได้รับอิทธิพลของสื่อต่างๆ อีกทั้ง การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษายังไม่เป็นระบบ ไม่มีความชัดเจนแน่นอน แล้วแต่นโยบายและความพร้อมของสถานศึกษา ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครองยังเห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรที่จะพูดถึง หรือไม่กล้าพูดคุยกับลูก และมักจะปล่อยให้เป็นการเรียนรู้กันเองในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้ได้รับความรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงเกิดความเชื่อ และปฏิบัติตนที่ผิดพลาด ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้วิธีคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ใช้วิธีการป้องกัน ขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คิดว่าถุงยางอนามัยขัดขวางความรู้สึกทางเพศ และไม่รู้ว่าจะตนเองจะมีโอกาสตั้งครรภ์เมื่อใด รวมทั้ง อิทธิพลของสื่อช่วยยั่วยุอารมณ์ทางเพศที่ยังขาดการควบคุมอย่างจริงจังจากหน่วยงานภาครัฐ

นอกจากนี้วัยรุ่นยังไม่กล้าไปขอรับบริการคุมกำเนิด เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติไม่ดีต่อตัววัยรุ่น ในขณะที่การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่น ยังเป็นเรื่องที่วัยรุ่นต้องไปแสวงหาเอง ด้วยความรู้ที่ไม่ถูกต้อง อิทธิพลของสื่อนับว่าส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ปัจจุบันโดยเฉลี่ยเด็กและเยาวชนใช้ชีวิตอยู่กับสื่อไม่น้อยกว่าวันละ 8 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นอินเทอร์เน็ตวันละ 3.1 ชั่วโมง ดูโทรทัศน์วันละ 5.7 ชั่วโมง ซึ่งเทียบกับการอ่านหนังสือเฉลี่ยวันละ 39 นาที พบว่าเด็กและเยาวชนใช้เวลาบนอินเทอร์เน็ตมากกว่า 6 เท่า ซึ่งเว็บไซต์เพื่อการส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้มีจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะ 40 เว็บไซต์ที่ได้รับความนิยมในประเทศไทย ร้อยละ 52.5 มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศที่ไม่เหมาะสม และอีกกว่าร้อยละ 17.5 มีเนื้อหาสื่อทางเพศที่เข้าข่ายลามกอนาจาร ใช้ภาษาที่หยาบคาย รวมถึงเนื้อหาที่รุนแรง ส่วนรายการโทรทัศน์ที่ส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ มีเวลาออกอากาศเพียงร้อยละ 5 ของเวลาทุกสถานีรวมกัน รายการวิทยุนั้นมีสถานีวิทยุเพื่อเด็กและเยาวชนเพียงร้อยละ 1 จากจำนวน 542 สถานีของสถานีวิทยุทั้งหมดในประเทศไทย โครงการศึกษาและเฝ้าระวัง

ระวังสื่อเพื่อสุขภาพของสังคม หรือ Media Monitor ศึกษารายการละครที่ออกอากาศในช่วงเวลาครอบครัว (Family Time) หรือช่วง 16.00-22.00 น. ซึ่งเด็กและสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาาร่วมกันหน้าทีวีมากที่สุด เป็นรายการละครถึงร้อยละ 88 ซึ่งอัดแน่นไปด้วยความรุนแรงทั้งประเด็นความรุนแรงทางกาย จิตใจ วัตถุประสงค์ของ ประเด็นเรื่องภาพตัวแทน เช่น คดีทางเพศ การดูถูกเหยียดหยาม ภาษาหยาบคาย ภาษาล้อแหลม และประเด็นความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่เหมาะสม การชมละครที่มีฉากรุนแรงทั้งทางวาจาและพฤติกรรมเรื่อยๆ จนเป็นนิสัย ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดังที่กล่าวมา เป็นการตั้งครรภ์และคลอดบุตรจากมารดาวัยรุ่นที่มีความพร้อมและตั้งใจมีบุตร โดยได้รับการยอมรับจากสังคม มีการแต่งงานถูกต้องตามประเพณี และการคลอดจากมารดาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมจะมีบุตร แต่ไม่ครอบครัวที่ทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัจจุบันมีการศึกษาว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แม้จะแต่งงานถูกต้องตามประเพณี และความเสี่ยงยิ่งสูงขึ้นหากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นกลุ่มใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คือ มีอารมณ์อ่อนไหว หงุดหงิด สับสนและแปรปรวน ประกอบกับช่วงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนของอารมณ์ได้ง่าย ประเทศไทยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 47.01 ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อมารดา และทารก โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมดูแลตัวเองลดลง มีคุณภาพชีวิตต่ำ และส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอด เนื่องจากขาดความเอาใจใส่ดูแลตนเองและคนรอบข้าง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจจะเกิดผลกระทบ



ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและอาจกลายเป็นคนติดเหล้า ติดบุหรี่ และฆ่าตัวตายในที่สุด โดยเฉพาะวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานจะมีความวิตกกังวล รู้สึกเป็นการถูกลดคุณค่าและสิ้นสุดชีวิตความเป็นวัยรุ่น กลัวการถูกประณามจากคนในชุมชน เนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องที่ขัดต่อความคิดความเชื่อ ค่านิยม การขัดเถลทางสังคมไทย ที่มองว่าเป็นลูกผู้หญิงต้องรักษาวลสงวนตัว ห้ามชิงสุกก่อนห่าม

นอกจากนี้ปัจจุบันยังพบว่าปัญหาการหย่าร้างหรือแยกทางกันในคู่สมรสอายุน้อยมีมากขึ้น ทำให้ทารกที่เกิดขึ้นมามีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับปัญหาครอบครัวแตกแยก ขาดความรัก ความอบอุ่น มีความรู้สึกไม่มั่นคง เป็นเด็กกำพร้า หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การหย่าร้างของพ่อแม่เป็นผลกระทบที่ยาวนานต่อสภาวะอารมณ์ของเด็ก ถ้าไม่ได้รับการดูแลประคับประคองเป็นอย่างดีจากครอบครัวชุมชนและสังคม สุดท้ายกลายเป็นเด็กและเยาวชนที่ก่อปัญหาสังคม เช่น เด็กกระทำผิด ประพฤติผิดทางเพศ ติดยาเสพติดและการเป็นเด็กจรจัด ฯลฯ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ขาดทักษะในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1. การเป็นระดูครั้งแรก (menarche) ในปัจจุบันเร็วขึ้น คือประมาณอายุ 12-13 ปี เรื่องจากภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น และสุขภาพที่ดีขึ้น และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมีอัตราสูงขึ้น

2. ทักษะคิดที่ผิด เช่น ความคิดแบบวัยรุ่นว่าการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้ง สองครั้งไม่นานจะตั้งครรภ์ การไม่กล้าใช้ถุงยางอนามัยกับคนรักเพราะใช้กับโสเภณีเท่านั้น ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ไม่เข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ของยาคุมกำเนิด ความรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ดี วัยรุ่นหญิงไม่มีทักษะในการบอกวัยรุ่นชายให้รู้จักคุมกำเนิด หรือปฏิเสธเมื่อถูกขอร้องเชิงบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย

3. ปัจจัยด้านจิตใจ ไม่พบในบุคลิกภาพใด บุคลิกภาพหนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง แต่มักพบในปัจจัยต่างๆ ดังนี้

3.1 ครอบครัวที่บิดาห่างเหิน ไม่รับผิดชอบ ปัญหาต่างๆในครอบครัว มารดาและบุตรสาวมีความสัมพันธ์กันแบบซิมไบโอซิส (Symbiosis) คือป้องกันทุกอย่างไม่ว่าจะผิดหรือถูกแต่ในส่วนลึกก็มีความรักและความซึ้งซึ่งกันและกัน

3.2 มักเกิดในวัยรุ่นหญิงที่ขาดความมั่นใจ ในความเป็นผู้หญิงของตนเอง จึงอยากให้ฝ่ายชายประทับใจ โดยการมีเพศสัมพันธ์

3.3 บางการศึกษาพบว่า วัยรุ่นหญิงนั้นมีภาวะซึมเศร้า ไม่รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

3.4 กระทำไปเพื่อลงโทษผู้ปกครองหรือตนเอง โดยเกิดระดับจิตใจใต้สำนึก (Unconscious)

3.5 ต้องการเป็นอิสระเป็นผู้ใหญ่ โดยการเลือกไปตั้งครอบครัว

3.6 เพื่อผูกมัดฝ่ายชาย

3.7 มักพบในวัยรุ่นที่ขาดความรักจากบิดามารดา ในวัยเด็ก (Emotional deprivation)

3.8 มีปัญหาที่บ้านหรือโรงเรียนแล้วแก้ไขไม่ได้ จึงหันมาลบล้างปัญหาโดยการมีเพศสัมพันธ์

3.9 การมีบุคลิกภาพต่อต้านด้านสังคม

3.10 ใช้ยาเสพติด วัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดมีโอกาสตั้งท้องสูง 4 เท่าของวัยรุ่นทั่วไป เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้วัยรุ่นขาดความยับยั้งชั่งใจ

3.11 การถูกละเมิดทางเพศในวัยเด็ก (Sexual abuse) จะทำให้วัยรุ่นนั้นมีลักษณะสำส่อนทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์



1. ปัญหาด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ใน 5 ปีแรกของการมีระดู จะทำให้การเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูงน้อยกว่าคนอื่น เพราะการหลั่งฮอร์โมน Estrogen มากทำให้ Epiphysis ของกระดูกเร็วขึ้น อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้มีอายุเกินกว่า 20 ปี เช่น โลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และภาวะคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราตายของมารดาอายุ 15 - 19 ปี สูงกว่ามารดาที่มีอายุ 20 - 24 ปี ถึง 3 เท่า ปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากพัฒนาการทางจิตใจไม่ตีพอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ไม่สามารถคิดและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ ผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย ต้องปกปิดสังคม ห่วงเรื่องเรียน ภาระเงินทอง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย และมีโอกาสคิดฆ่าตัวตายสูง โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2553 ในวัยรุ่นที่มีบุตรก่อนอายุครบ 18 ปี บริบูรณ์ จำนวน 823 ราย พบแม่วัยเยาว์ที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอดจำนวน 1- 2 ครั้ง ร้อยละ 12 รวมไปถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์ในแม่วัยเยาว์เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 86.6 ส่งผลให้การทำแท้งในแม่วัยเยาว์ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ มีการลักลอบทำแท้งโดยหมอเถื่อน ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดา การสำรวจสตรีทำแท้งและมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2552 โดยกรองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 29.3 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี

2. ปัญหาสุขภาพของทารกที่พบบ่อย คือ ทารกน้ำหนักน้อย ไม่แข็งแรง เสียชีวิตง่ายภายใน 1 เดือน โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์หลังจากเริ่มมีระดูได้เพียง 2 ปีแรก ทารกคลอดจะมีน้ำหนักน้อยกว่าเป็น 2 เท่าของสตรีที่ตั้งครรภ์หลังเริ่มมีระดูครั้งแรกนานมากกว่า 2 ปี ในการเปรียบเทียบ

การตายปริกำเนิดในสหราชอาณาจักร มีรายงานว่า อัตราตายของทารกปริกำเนิด ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดสูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และในประเทศไทยก็มีการศึกษา พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นเสียชีวิตมากกว่าเช่นกัน

3. ผลกระทบด้านการศึกษาและเศรษฐกิจของแม่วัยเยาว์ โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์พบว่าแม่วัยเยาว์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงมากนัก ประกอบกับยังมีอายุน้อย จึงมีศักยภาพในการทำงานให้ก่อเป็นรายได้น้อย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,501-5,000 บาท รongลงมาคือ 501-2,500 บาท (ร้อยละ 33.3 และ 31.6) ซึ่งนับเป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวและยากลำบากในการดำรงชีวิตในยุคปัจจุบัน

ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น

ออกุสต์ ก็องต์ (Auguste Comte : 1798 - 1875) เป็นบิดาแห่งสังคมวิทยา ได้กล่าวความสัมพันธ์ในระบอบสังคม ว่าครอบครัวเป็นหน่วยงานทางสังคมเบื้องต้นเป็นต้นแบบของการรวมกลุ่ม ก็องต์ ระบุว่าในสังคมทั้งหมดหน่วยเบื้องต้นที่เราจะต้องให้ความสำคัญและเข้าใจก็คือ “ครอบครัว” เพราะครอบครัวเป็นต้นแบบของสังคม แต่ในปัจจุบันหน่วยพื้นฐานนี้อาจจะมีบทบาทน้อยลงไปมาก เมื่อหน่วยทางสังคมเบื้องต้นเปลี่ยนไป การเป็นต้นแบบในการรวมกลุ่มก็จะเปลี่ยนไป

ก็องต์อธิบายว่า สังคมเปรียบเหมือนกับร่างกายของมนุษย์ตั้งแต่เรื่องของครอบครัว ชนชั้น จนกระทั่งประกอบเป็นบ้านเมือง เขาเปรียบว่าครอบครัวก็เหมือนธาตุในร่างกาย นั่นคือ element ทั้งหมด เขาเรียกมันว่าธาตุเป็นหน่วยย่อยที่สุด ถ้าหากในทางวิทยาศาสตร์ ธาตุหมายถึงหน่วยที่เล็กที่สุด ในทางสังคมหน่วยที่เล็กที่สุด ก็คือครอบครัว ในระดับสูงจากครอบครัวขึ้นมาในร่างกายของเราธาตุทั้งหลายก็ประกอบเป็นเนื้อเยื่อ เนื้อหนังของเรา และเนื้อหนังประกอบขึ้นเป็นอวัยวะต่างๆ เป็น



แขน ขา หัว ตา ก็เหมือนกับบ้านเมือง สิ่งนี้เป็นการเปรียบเทียบแบบพื้นฐานว่าสังคมเหมือนร่างกายมนุษย์ และก้องต์ กล่าวว่า คนที่อยู่ด้วยกันได้ต้องรู้จักตกลงกันว่าใครทำอะไร นั่นคือ การจัดระเบียบทางสังคม การที่สังคมแบ่งหรือมอบหมายหน้าที่ให้หน่วยต่างๆ ในสังคม มีการกำหนดเป็นสถาบันต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันครอบครัว ศาสนา เป็นต้น เพราะฉะนั้นการจัดระเบียบทางสังคม จึงรวมถึงแบบแผนพฤติกรรมด้วย เช่น สถาบันครอบครัวจะมีแบบแผนพฤติกรรมอย่างไร สถาบันศาสนาจะมีแบบแผนพฤติกรรมอย่างไร ในสิ่งที่ก้องต์ พูดถึงนี้ การแบ่งงานกันทำก็คือส่วนหนึ่งในการจัดระเบียบทางสังคม การกำหนดว่าใครมีบทบาทหน้าที่อย่างไรในสังคม ทำให้คนเราสามารถทำในสิ่งที่ตนเองถนัดได้ และพึ่งพากันได้

จากทฤษฎีทางสังคมวิทยาของออกุสต์ ก้องต์ อาจกล่าวได้ว่า การที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมต้องมองกลับไปยังหน่วยสังคมหน่วยที่เล็กที่สุดนั่นก็คือ “ครอบครัว” เพราะครอบครัวเป็นต้นแบบของสังคม เมื่อครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ บทบาทของตนเองได้ดีแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อสถาบันทางสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดการเสียสมดุลในสังคมขึ้นมา เกิดผลกระทบอื่นๆ ตามมา ดังนั้นการจะทำให้สังคมเกิดดุลยภาพ ในกรณีของการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คงต้องเน้นให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรก

บทบาทของครอบครัวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

จากการวิจัย “บทบาทของครอบครัวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย” ของสำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยได้ทำการศึกษาในประชากร ที่ครอบครัวมีบุตรหลานเป็นหญิงวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 400 ครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาค เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า ครอบครัวมีบทบาทต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนี้

1. บทบาทการสร้างสัมพันธ์ภาพ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ ใช้วิธีการสร้างความสัมพันธ์ ด้วยการพูดคุยกันบ่อยครั้ง มีการแสดงความห่วงใย ให้ความไว้วางใจ และทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน โดยเน้นประเด็นต่างๆ ดังนี้ ครอบครัวในภาคกลางเน้นการสร้างความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อน ครอบครัวในภาคเหนือ เน้นความห่วงใย ครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เน้นทำกิจกรรมร่วมกัน และครอบครัวในภาคใต้ เน้นการเป็นที่ปรึกษาให้กับบุตรหลาน

2. บทบาทการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ ครอบครัวส่วนใหญ่ ได้พยายามจัดหาสิ่งของต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุตรหลานวัยรุ่น โดยสอนให้ใช้จ่ายอย่างประหยัด แนะนำบุตรหลานให้พึ่งพาตนเอง (เก็บเงินซื้อของที่หายาก) โดยเน้นความมีเหตุผลในการใช้จ่าย และความพอเพียง

3. บทบาทการอบรมสั่งสอน พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ใช้วิธีการอบรมสั่งสอนในเรื่อง การเรียน การคบเพื่อน และไม่ให้บุตรหลานไปเที่ยวกับเพื่อนชาย โดยครอบครัวในภาคกลาง เน้นให้ดูแบบอย่างที่ดี ครอบครัวภาคเหนือ เน้นการแนะนำให้เลือกรับสื่อที่มีประโยชน์ ครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เน้นไม่ให้เกี่ยวข้องกับบอยมูข สำหรับครอบครัวภาคใต้ เน้นการให้รู้จักแยกแยะสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ

ทั้งนี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุตรสาวและหลานสาวมากที่สุดคือ มารดา

แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

1. สร้างสายใยสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว โดยมีวิธีการ เช่น การทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกบ้านเป็นประจำ การมอบหมายงานให้บุตรหลานทำ การยอมรับพฤติกรรมผิดพลาดของบุตรหลานให้ได้

1. สร้างเศรษฐกิจพอเพียงในครอบครัว เช่น การประหยัดอดออม การปลูกฝังไม่ให้ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง



2. อบรมสั่งสอนแบบสร้างมิตรในครอบครัว เช่น สอนเรื่องการเลือกคบเพื่อน สอนให้กำหนดเป้าหมายในชีวิต สอนให้มีพฤติกรรมและการปฏิบัติอย่างเหมาะสม สอนให้รู้คุณค่าของความเป็นเพศหญิง ห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และให้ความรู้ทั่วไปในการป้องกันตนเอง

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องต่างๆ ที่วัยรุ่นควรจะมี เช่น การรักษาสุขภาพทางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ เสริมสร้างบุรุษหลานมีความตระหนักรู้ถึงโทษและอันตรายของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สอนวิธีปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียพรหมจรรย์ สอนให้รู้จักการคุมกำเนิด ทุกวิธีและถูกวิธี

งานวิจัยที่สนับสนุนบทบาทของครอบครัวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

1. บทบาทการสร้างสัมพันธภาพ โดยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันที่ดีต่อกัน จะสามารถป้องกันปัญหาต่างๆ ในครอบครัวได้ โดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว จึงมีผลต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สอดคล้องกับการสำรวจสัมพันธภาพในครอบครัวไทย ที่พบว่า ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การพูดคุยปรึกษาหารือและปัจจัยที่ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว ได้แก่ความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวคบเพื่อนไม่ดี มีเรื่องชู้สาว และมีปัญหาเศรษฐกิจ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว และสถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน 2552) นอกจากนี้ บังอร เทพเทียรและคณะ (2550) พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ใช้เวลาพูดคุยปรึกษาหารือ รับฟังความคิดเห็น และมีกิจกรรมร่วมกัน สอดคล้องกับ ผจงจิตต์ พิทักษ์ภากร (2543) ที่พบว่า การทำกิจกรรมร่วมกัน ความมีน้ำใจเอื้ออาทร และความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นวัย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นบิกแพนของครอบครัว

รุ่งรัศมี ศรวงศ์พันธ์ (2542) พบว่า ความเห็นห่างของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพราะขาดความอบอุ่น ขาดความมั่นคงทางจิตใจ

2. บทบาทการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ ครอบครัวส่วนใหญ่ได้พยายามจัดหาสิ่งของต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุตรหลานหญิงวัยรุ่น โดยสอนให้ใช้จ่ายอย่างประหยัด แนะนำบุตรหลานให้พึ่งพาตนเอง (เก็บเงินซื้อของที่อยากได้) โดยเน้นความมีเหตุผลในการจ่าย และความพอเพียง หากครอบครัวปลูกฝังให้บุตรหลานดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีเหตุผลในการจ่ายเงินและตอบสนองความต้องการต่างๆ ของบุตรหลานวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม จะมีผลทำให้บุตรหลานรู้สึกได้ว่า ตนเองได้รับการตอบสนองเพียงพอแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องไปแสวงหาจากภายนอกบ้าน ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนั้น บทบาทการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจในครอบครัว จึงมีผลต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สอดคล้องกับ เบ็นเน็ต (Bennett.1975) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพแข็งแรง และมีความมั่นคงในชีวิต ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม สอดคล้องกับกนกกาญจณี ฉวีวงศ์ (2552) ที่พบว่า ใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด ค่านึงถึงรายได้ และรายจ่าย มีการเก็บออม วางแผนการในใช้จ่าย เป็นวิถีชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง

3. บทบาทการอบรมสั่งสอน ครอบครัวใช้วิธีการอบรมสั่งสอนบุตรหลาน โดยเน้นประเด็นการคบเพื่อน การเรียน การดูแลแบบอย่างที่ดี การแนะนำให้เลือกรับสื่อที่มีประโยชน์ ไม่ให้เกี่ยวข้องกับอบายมุข และรู้จักแยกแยะสิ่งที่ควรทำ ไม่ควรทำ อธิบายได้ว่า การที่ครอบครัวอบรมสั่งสอนบุตรหลานหญิงวัยรุ่น โดยใช้วิธีการต่างๆ ทำให้บุตรหลานมีแนวทางประพฤติปฏิบัติในสังคมสมัยใหม่ บทบาทการอบรมสั่งสอนในครอบครัวจึงมีผลต่อการตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ในบุตรหลานวัยรุ่น สอดคล้องกับพิชัย มณีรักษ์ (2547) พบว่า การอบรมสั่งสอนจากผู้ปกครอง



ในเชิงของการทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตร มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่เห็น แบบอย่าง ที่เห็น กิตติพงษ์ อุบลสะอาด และคณะ (2552) ที่พบว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เริ่มจากการ คบหากันในกลุ่มเพื่อน เช่น การคบหากันอย่างเปิดเผย หรือแอบคบหากันโดยผู้ปกครองไม่ทราบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างความตระหนักให้แก่ครอบครัว ถึงความจำเป็นในการสอนเพศศึกษาแก่บุตรหลาน ไม่ควร โยนภาระหน้าที่ให้แก่โรงเรียน แต่เพียงลำพัง
2. ควรให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาแก่ ครอบครัว โดยนำโปรแกรมการสอนเพศศึกษาที่หน่วยงาน อื่นๆ มีอยู่แล้วนำมาใช้

3. ควรสอดแทรกกิจกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นแก่วัยรุ่น
4. ควรส่งเสริมครอบครัวให้สามารถแยกแยะ ว่าบุตรหลานของตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ (ด้านพฤติกรรมทางเพศ ด้านยาเสพติด ฯลฯ) เพื่อหาทาง ป้องกันหรือแก้ไขได้อย่างทัน่วงที
5. ควรปรับทัศนคติทางลบของครอบครัว ต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
6. ควรชี้แนะแก่ครอบครัวด้านศิลปะในการ อบรมสั่งสอนบุตรหลานเพื่อตระหนักคุณค่าความเป็นเพศ ชาย-หญิง และสร้างค่านิยมความรับผิดชอบต่อพฤติกรรม ทางเพศของบุตรชายและบุตรสาว

เอกสารอ้างอิง

- ยุวดี เทียรประสิทธิ์. 2536. **จิตวิทยาวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554. **สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ของประเทศไทย**.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554) **สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554**.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาวงศ์ จันทวานิช. (2552). **ทฤษฎีสังคมวิทยา**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). **บทบาทของครอบครัวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นไทย**.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวและสถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน.(2552). **การสำรวจสัมพันธภาพของครอบครัวไทย. รายงานการวิจัย**.



เอกสารอ้างอิง

- บึงอร เทพเทียรและคณะ. (2550). **โครงการสำรวจสภาพครอบครัวตามตัวชี้วัดสถานบันครอบครัวเข้มแข็ง. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน. มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- รุ่งรัศมี ศรีวงศ์พันธ์. (2542). **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีบุตรของคู่สมรสชาวเผ่าม้ง ที่ภรรยาอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอพบพระจังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- กนกกาญจน์ ฉวีวงศ์.(2552). **การศึกษาการดำเนินชีวิตโดยใช้หลักการพึ่งตนเองตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของบุคลากรโรงเรียนประถมศึกษา สำนักงานภาษีเจริญ สังกัดกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- พิชัย มณีรักษ์. (2547). **การได้รับฝึกรอบรรมทางพระพุทธ ศาสนาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเบญจธรรมของนักเรียน มัธยมศึกษา ตอนต้น. ภาคนิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.**
- กิตติพงษ์ อุบลสะอาด และคณะ. (2552). **การศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวเยาวชนและโรงเรียน ในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่น ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานวิจัย. กระทรวงสาธารณสุข.**
- Brown, SG, (1991). **Age - related concerns in pregnancy. In : Nursing Care of the Child bearing family.** California: Appleton slange.
- Pillitteri, A. (1992). **The pregnancy Adolescent In: Maternal and Chold Health Nursing.** New York : J.B. Lippincott Company.
- Steinberg, L.D (1993). **Adolescence.** 3 rd ed. New York : Mcgrawhills.
- Shearin RB. (1983) **Clinical Adolescent Medicine.** Boston : GK Hall Medical Publisher, 155-165.
- Bennett.(1975). **Population Growth,Individual Demographic Decision and the Quality of Life: A SourceBook on Population Education.** Bangkok: Population Education Project. Mahidol University.



ผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกัน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Outcomes of Antiretroviral Drug Usage for Prevention of Mother to Child
Transmission at Maesai Hospital, Chiang Rai Province
Nagkhat Saothong; M.Pharm (Pharmacy Management)*,
Thawatchai Yukhong; Pharm.D.(Pharm.Care.)*

นักชัต เสาร์ทอง ภ.ม. (การจัดการเภสัชกรรม)*,
ธวัชชัย อยู่คง ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม)*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบการศึกษาไปข้างหน้าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ติดตามค้นหาปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาตั้งแต่ตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และการรับยาต้านไวรัสของมารดาและทารกหลังคลอด โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไรลิวรี่ ร้อยละ 75.0 ได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากแม่สู่ลูกร้อยละ 96.7 ซึ่งมีทารกแรกคลอดมีชีพ 57 ราย ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดตามแนวทางการดูแลทารกหลังคลอดทุกราย และได้ติดตามผลการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 91.2 โดยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กร้อยละ 3.8 การศึกษานี้ พบปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาจำนวน 34 เหตุการณ์ ซึ่งปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

พบร้อยละ 41.2 รองลงมาได้แก่ การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่งร้อยละ 32.4 และการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 14.7 ตามลำดับ เภสัชกรได้มีการสืบค้น ประเมินแก้ไข ป้องกันปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา โดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่แพทย์และผู้ป่วยโดยการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส และการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะราย การศึกษานี้บ่งชี้ว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการใช้ยาในทุกกระบวนการของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : ยาต้านไวรัส, การติดเชื้อเอชไอวี, การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

Abstract

This study was aimed to investigate the use of antiretroviral drugs for prevention of mother to child transmission in HIV-positive pregnant women at Maesai Hospital, Chiang Rai Province. This study is prospective study which collected data all patients who registered from October 1, 2010 to August 31, 2013. Antiretroviral drug



monitoring to identify drug related problems (DRPs) were collected in ante-partum, intra-partum and post-partum by a disease specific questionnaire and the obtained data were analyzed by descriptive statistics.

Results showed that the findings suggested in a total of 60 patients recruited in this study, majority of them were those without health coverage was 75%. Most of patients were 96.7% receive highly active antiretroviral therapy (HAART) which is considered as a standard treatment in HIV-infected pregnant women. Fifty-seven children born to patients and HIV monitoring in children were 91.2% coverage. Overall rate of transmission was 3.8%. Total 34 DRPs were Found, The highest prevalence of DRPs were Adverse drug reaction 41.2%, follow by no adherence 32.4% and Inappropriate drug use 14.7%, respectively. DRPs were resolved by switching to a different antiretroviral drug and by providing them with individual counseling. The study has highlighted the roles and responsibilities of clinical pharmacists in healthcare team in the management of HIV pregnant women.

Keywords: Antiretroviral Drug, HIV Infection, Prevention of Mother to Child Transmission

*Pharmacy Department, Maesai Hospital, Chiang Rai Province, Thailand

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงสูงตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องไปจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด ซึ่งผลกระทบที่สำคัญคือการ

เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก โดยเฉพาะโอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากแม่สูงถึงร้อยละ 25-40 ถ้าไม่มีการป้องกัน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกทั่วโลกพบร้อยละ 3-12 (UNAIDS, 2010) สำหรับประเทศไทย ในแต่ละปีมีทารกคลอดใหม่ประมาณแปดแสนคน ซึ่งอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นดัชนีที่วัดปัญหาโรคเอดส์ในเด็กโดยตรง เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเกือบทั้งหมดเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 80-90 ของการติดเชื้อในทารกพบในระหว่างใกล้หรือกำลังคลอด เพราะเป็นช่วงที่ผิวหนังเยื่อของทารกสัมผัสกับสารคัดหลั่งและเลือดขณะผ่านทางช่องคลอด และร้อยละ 12-16 พบในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ (Landesman SH et al., 1996) จากข้อมูลกรมอนามัยปี พ.ศ.2551 พบอัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 0.74 ดังนั้น ในแต่ละปีจะมีทารกประมาณหกพันคนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และในปี พ.ศ. 2553-2554 พบอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 3.5-3.6 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากสถิติเห็นได้ว่า ประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ในการจัดการกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก จึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ซึ่งมาตรการที่ได้ผลดีที่สุดคือการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการใช้นมผสมแทนนมมารดาแก่ทารก (พัฒนา ภัทธานธรและคณะ, 2550)

ในปี ค.ศ.1994 ได้มีการศึกษาวิจัยโครงการ ACTG 076 โดยใช้ยาต้านไวรัส Zidovudine (AZT) มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และให้ทารกตอนาน 6 สัปดาห์ พบว่า อัตราการติดเชื้อลดลงร้อยละ 68 (Connor EM et al., 1994) ซึ่งการศึกษานี้



กลายมาเป็นต้นแบบของการศึกษาอื่นๆ ในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยการให้ยาต้านไวรัสในรูปแบบต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของ Lallemand M และคณะ (2000) มีการใช้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์และทารกระยะเวลาต่างๆ กัน พบว่า การให้ยาในมารดาที่ยาวขึ้นมีแนวโน้มของการติดเชื้อที่ลดลง ส่วนการศึกษาของ Saba J ใน PETRA Study (1999) ใช้ยา Lamivudine (3TC) ร่วมกับ AZT หรือการศึกษาในอุ้งนินดา โดยการให้ยา Nevirapine (NVP) ครั้งเดียวทั้งในมารดาและทารก สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 47 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ AZT ในมารดาครั้งแรก ระหว่างคลอดและทารกหลังคลอด (Guay LA et al., 1999) เห็นได้ว่า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ยาต้านไวรัสจะช่วยลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ผลค่อนข้างดี

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้ดำเนินงานให้มีการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 โดยการให้ยา AZT ระยะสั้นในแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ รวมถึงการให้นมผสมแทนนมมารดาเป็นเวลา 12 เดือน ในปี พ.ศ.2547 ได้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นเริ่มให้ยา AZT เมื่อตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ และ NVP 1 ครั้งเมื่อมาคลอดและยาน้ำ AZT 1 หรือ 6 สัปดาห์แก่ทารก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก แม้ว่าแนวทางดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ แต่มีรายงานว่าทำให้เกิดการดื้อยา NVP ซึ่งปัญหาดื้อยามีความสำคัญทำให้เกิดความยากลำบากในการรักษา เพราะหากหญิงหลังคลอดหรือทารกใช้ยาสูตรพื้นฐานไม่ได้ จะต้องใช้ยาในกลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) จะมีราคาแพงและผลข้างเคียงสูงกว่า จากปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2553 กรมอนามัย ได้มีแนวทางการให้ยาต้านไวรัส สูตร Highly Active Anti-retroviral Therapy (HAART) เนื่องจากมีข้อมูลในหลายประเทศ ระบุว่า การ

ให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวมีผลดีกว่าสูตร AZT+sd-NVP ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและยังช่วยลดปัญหาเชื้อดื้อยาได้ในภายหลัง โดยเริ่มให้ในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 14 สัปดาห์ ร่วมกับให้ยา AZT ในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด สำหรับทารกแรกคลอดให้ยาน้ำ AZT หรือยาสูตร HAART เป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ ขึ้นกับระยะเวลาของมารดาที่ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

แม้ว่ายาต้านไวรัสจะเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่ผลสำเร็จต้องประกอบไปด้วย การเริ่มให้ยาในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม การรับประทานยาที่ถูกต้อง ตรงเวลา ครบถ้วน และมีความสม่ำเสมอหรือ adherence ต้องมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในเรื่องดังกล่าว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเป็นผู้จัดหายาต้านไวรัส ให้เพียงพอแก่ผู้ป่วย ตรวจสอบสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัส ประเมินความร่วมมือในการทานยาต้านไวรัส จัดและจ่ายยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา ประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาต้านไวรัส รวมถึงบริการด้านข้อมูลทางเภสัชสนเทศแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

จากสถิติโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ.2552-2553 มีรายงานทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 12 และ 16 ราย พบว่าติดเชื้อ 1 และ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 และ 6.3 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน, 2553) ซึ่งรายงานดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยใช้แนวทางการรักษาของปี พ.ศ.2547 ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ทางโรงพยาบาลแม่สายได้ดำเนินการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกฉบับใหม่คือ การให้ยาสูตร HAART 3 ตัว ซึ่งแนวทางดังกล่าวหญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับสูตรยาต้านไวรัสที่เหมาะสมและให้เร็วที่สุด ทีมผู้ดูแลจะต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์



การทานยาต้านไวรัสหลายชนิดอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้น ปัญหาความร่วมมือในใช้ยาของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของยาในการกดเชื้อไวรัส และประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมถึงการดื้อยาต้านไวรัสในอนาคต ประกอบกับการศึกษาวิจัยของยาสูตร HAART ตามแนวทางใหม่ยังพบน้อยในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลแม่สลาย จังหวัดเชียงราย ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีเท่าใด และวิเคราะห์ค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการปฏิบัติงานและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลแม่สลาย จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อวิเคราะห์ ค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่สลาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2553 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2556 วิธีการเก็บข้อมูลจะใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามเกณฑ์ของ Hepler และ Strand (1990) โดยทำการติดตามดูแลตั้งแต่หญิง

ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เข้ามารับบริการจนกระทั่งคลอด ซึ่งแบ่งการติดตามออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การรับยาต้านไวรัสของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด รวมถึงทารกหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัส
2. ทารกเกิดมีชีวิตที่มารดามีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวก
3. หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ขอย้ายหรือถูกส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นระหว่างตั้งครรภ์
2. ทารกที่เสียชีวิตก่อนจบการศึกษาหรือหญิงตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

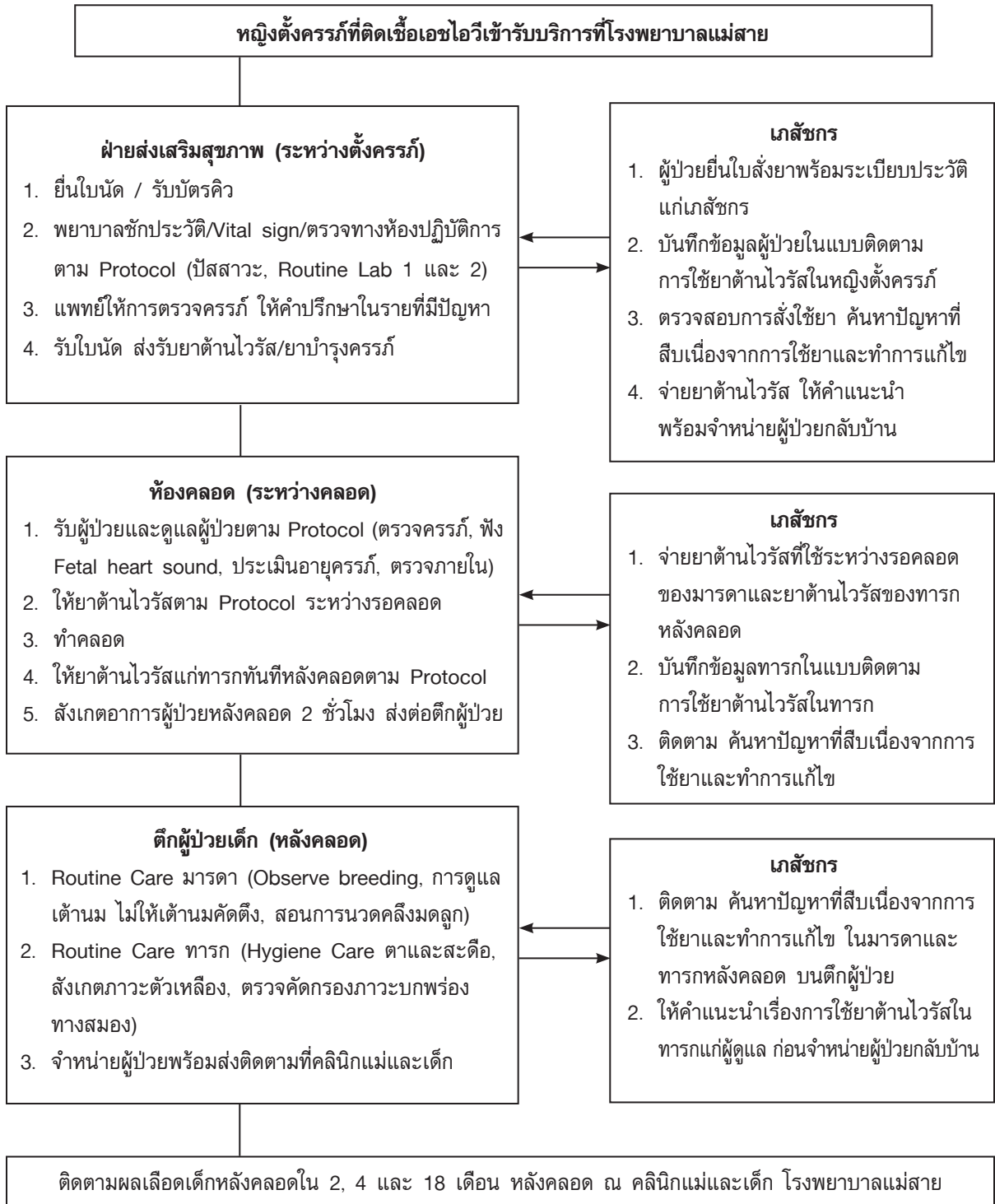
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัส ในหญิงตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการใช้ยาต้านไวรัส การใช้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาส สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่ได้รับยาสูตร HAART ก่อนคลอด
2. แบบบันทึกการติดตามผลการใช้ยาต้านไวรัสในทารก
3. แบบกำกับการทานยาต้านไวรัสในทารก



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแม่สาย จะได้รับการดูแลรักษาตามแผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกหลังคลอด



2. การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ระยะก่อนคลอด

- กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน ใช้ยาสูตร AZT+3TC+LPV/r เป็นอันดับแรก เมื่อได้รับยา 4 สัปดาห์ จะได้รับการติดตามประเมินความเข้มข้นของเลือด (Hct) และเมื่ออายุครรภ์ครบ 32 สัปดาห์ จะประเมิน Glucose challenge test (GCT)
- กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับยาต้านไวรัสก่อนการตั้งครรภ์ ถ้าในสูตรยาดังกล่าวมียา AZT เป็นส่วนประกอบให้ทานยาสูตรเดิมต่อเนื่อง หากในสูตรยาไม่มียา AZT เป็นส่วนประกอบพิจารณาเปลี่ยนไปใช้สูตรยาที่มี AZT และทำการติดตามประเมิน Hct และ GCT (กรณีใช้ยา LPV/r) ตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

3. การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ระหว่างรอลคลอด

- กรณีผู้ป่วยได้รับการฝากครรภ์ทานยาต้านไวรัสมาก่อน ให้ยา AZT 100 mg จำนวน 6 เม็ดทันทีเมื่อมาถึงห้องคลอด หากภายใน 6 ชั่วโมงผู้ป่วยยังไม่คลอดให้ทานยา AZT 100 mg จำนวน 3 เม็ด จากนั้นให้ยา AZT 100 mg จำนวน 3 เม็ด ทุก 3 ชั่วโมงต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด
- กรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการฝากครรภ์ ให้ยา NVP 200 mg จำนวน 1 เม็ด (ไม่ต้องให้ NVP หากประเมินได้ว่าผู้ป่วยจะคลอดภายใน 2 ชั่วโมง) และให้ยา AZT 100 mg จำนวน 3 เม็ด ทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด

4. การให้ยาต้านไวรัสในทารกหลังคลอด

- กรณีมารดาได้รับยาต้านไวรัส > 4 สัปดาห์ ทารกจะได้รับยา AZT หลังคลอดเป็นเวลา 4 สัปดาห์
- กรณีมารดาได้รับยาต้านไวรัส < 4 สัปดาห์ หรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ ทารกจะได้รับยาสูตร AZT + 3TC เป็นเวลา 4 สัปดาห์ร่วมกับ NVP เป็นเวลา 2 สัปดาห์

5. การให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาหลังคลอด

- กรณีมารดาได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนการตั้งครรภ์ หลังคลอดให้ทานยาต้านไวรัสสูตรเดิมต่อเนื่อง

- กรณีมารดาได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่อมาฝากครรภ์ และมีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์มากกว่า 350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลังคลอดให้หยุดยาต้านไวรัสทุกตัวพร้อมกัน และนัดติดตามปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ทุก 6 เดือน หากมารดามีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์น้อยกว่า 350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลังคลอดให้ยาต้านไวรัสสูตรเดิมต่อไปก่อนแล้วส่งพบอายุรแพทย์รับยาต้านไวรัสสูตรที่เหมาะสมต่อเนื่อง

- กรณีมารดาไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนหรือไม่ได้ฝากครรภ์หลังคลอด ให้ทานยาสูตร AZT+3TC+LPV/r เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ NVP และระหว่างนี้ให้ทำการตรวจปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ของผู้ป่วย ถ้ามารดามีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์น้อยกว่า 350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้ส่งพบอายุรแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัสสูตรที่เหมาะสมต่อไป หากมารดามีปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์มากกว่า 350 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หลังทานยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC+LPV/r ครบ 4 สัปดาห์แล้วให้หยุดยาต้านไวรัสและติดตามปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ทุก 6 เดือน

6. การติดตามผลการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ จะติดตามตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และสัมภาษณ์ผู้ป่วย ส่วนระหว่างคลอดและหลังคลอด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อค้นหา ประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา พร้อมบันทึกปัญหาที่พบลงในแบบการติดตามการใช้ยา และแก้ไข ปัญหาโดยปรึกษาทางวจาาร่วมกับสูตินารีแพทย์ หรือ เสนอแนะแนวทางเป็นลายลักษณ์อักษรลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ใน หรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านจะประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของทารก โดยใช้แบบกำกับทานยาต้านไวรัส ซึ่งมารดาเป็นผู้ประเมิน

7. ตรวจเลือดเพื่อตรวจการติดเชื้อ PCR for HIV ของทารกที่อายุ 2 และ 4 เดือน และตรวจ Anti-HIV เมื่อทารกอายุครบ 18 เดือน ที่คลินิกแม่และเด็ก



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1 ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=60)	ร้อยละ
เชื้อชาติ		
ไทย	15	25.00
ต่างด้าว	45	75.00
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
1	22	36.67
2	25	41.67
3	9	15.00
4	4	6.67
ระยะเวลาที่ทราบผลเลือด		
ก่อนตั้งครรภ์	20	33.33
เมื่อฝากครรภ์	40	66.67
ขณะคลอด	0	0
ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสก่อนการตั้งครรภ์		
ไม่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนการตั้งครรภ์	40	66.67
AZT+3TC+NVP (GPOvir Z250g)	11	18.33
D4T+3TC+NVP (GPOvir S30g)	3	5.00
AZT+3TC+EFV	4	6.67
AZT alone	2	3.33
สูตรยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์		
AZT+3TC+LPV/r	38	63.33
TDF+3TC+LPV/r	5	8.33
AZT+3TC+NVP	14	23.33
AZT+3TC +EFV	2	3.33
D4T+3TC+NVP	1	1.67
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์		
ได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 4 สัปดาห์	59	98.33
ได้รับยาต้านไวรัสน้อยกว่า 4 สัปดาห์	1	1.67
ยาต้านไวรัสที่ได้รับขณะคลอด (N=58)		
AZT	55	94.83
AZT+ sd NVP	3	5.17



จากตารางที่ 1 แสดงหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 60 ราย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นชาวต่างด้าว 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 41.67 รองลงไป คือ ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 36.67 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ และไม่เคยมีประวัติได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนร้อยละ 66.67 ส่วนที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART มาก่อนการตั้งครรภ์ร้อยละ 33.33 สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับระหว่างการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร AZT+3TC+LPV/r ร้อยละ 63.33 รองลงมาได้รับยาสูตร AZT+3TC+NVP จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 โดยระยะเวลาที่ได้รับยาในขณะที่อายุครรภ์มากกว่า 4 สัปดาห์ จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.33 ส่วนการรับยาต้านไวรัสระหว่างคลอด หญิงตั้งครรภ์ได้รับยา AZT ทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด จำนวน 55 ราย และได้รับยา AZT ทุก 3 ชั่วโมง ร่วมกับ ยา NVP ครั้งเดียวในขณะคลอด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.83 และ 5.17 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 2 ข้อมูลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลการคลอดของเด็ก (N=60)		
เกิดมีชีพ	57	95.00
แท้ง	2	3.33
เสียชีวิต	1	1.67
เพศ (เด็กเกิดมีชีพ, N= 57)		
ชาย	32	56.14
หญิง	25	43.86
การได้รับยาต้านไวรัสทารกหลังคลอด		
AZT	54	94.74
AZT+3TC +NVP	3	5.26
การได้รับนมผสม		
ได้รับนมผสม	52	91.23
ไม่ทราบ	5	8.77



จากตารางที่ 2 แสดงทารกจากมารดาที่ติดเชื้อทั้งหมด 60 ราย คลอดมีชีพ 57 ราย แท้ง 2 ราย เสียชีวิตหลังคลอด 1 ราย เด็กทารกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.14 เด็กทารกหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ได้แก่ ยาต้าน AZT เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.74 ส่วนอีก 3 ราย ได้รับสูตรยาน้ำ AZT+3TC+NVP จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.26 ผลด้านการติดตามการให้นมผสมจากเด็กทั้งหมด 57 ราย พบว่าขาดการติดต่อกับนมแม่ 5 ราย จึงเหลือเด็กที่ติดตามได้ทั้งหมด 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.23 ซึ่งได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมผสมทั้งหมด

3. การติดตามผลการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

ตารางที่ 3 ผลการติดตามการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

ข้อมูลการติดตามทารกหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
การติดตามผลเลือดจากทารกที่คลอดมีชีพ (N=57)		
ทารกได้รับการติดตามผลเลือดครบ	52	91.23
ขาดการติดต่อกับนมแม่	5	8.77
การตรวจวินิจฉัย (N=52)		
ติดเชื้อ	2	3.84
ไม่ติดเชื้อ	50	96.16

จากตารางที่ 3 แสดงผลการติดตามการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก พบว่า ทารกได้รับการติดตามผลเลือดครบ ร้อยละ 91.23 ขาดการติดต่อกับนมแม่ ร้อยละ 8.77 และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ร้อยละ 3.84



4. การติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 4 ผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ประเภทของปัญหา	จำนวน (N=34)	ร้อยละ
การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	5	14.71
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรได้รับ	1	2.94
การได้รับยาที่เหมาะสมแต่ขนาดหรือระดับยาน้อยเกินไป	2	5.88
การใช้ยาที่เหมาะสมแต่ขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป	0	0
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	14	41.18
อันตรกิริยาระหว่างยา	1	2.94
การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง	11	32.35
ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือไม่มีข้อมูลยืนยันข้อบ่งชี้	0	0
รวม	34	100

ตารางที่ 4 แสดงผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 60 ราย พบปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา จำนวน 32 ราย 34 เหตุการณ์ ซึ่งปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบ 14 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือการไม่ได้รับยาครบตามแพทย์ พบ 11 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.35 และการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมพบ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.71 (โดยปัญหาที่พบ เกสซักรได้ดำเนินการปรึกษาแก้ไขร่วมกับแพทย์ เช่น การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม คือหญิงตั้งครรภ์ 5 ราย ได้รับยา EFV ในช่วงไตรมาสแรก อาจเกิดภาวะ neural tube defect ในทารก แก้ไขโดยการเปลี่ยนสูตรยา หญิงตั้งครรภ์มีระดับ CD4 129 cell/mm³ ไม่ได้รับยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกัน PCP แก้ไขโดยการเพิ่มยาดังกล่าว การได้รับยาที่เหมาะสม แต่ขนาดยาน้อยเกินไปในหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักตัวมากกว่า 60 กิโลกรัม ต้องเพิ่มขนาดยา AZT 200 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 14 ราย โดยเกิดภาวะ Anemia จากยา AZT 11 ราย แก้ไขโดยการเปลี่ยนสูตรยา 7 ราย เปลี่ยนขนาดยา 2 ราย สังเกตอาการ 2 ราย ส่วนการเกิดภาวะท้องเสียจากยา LPV/r 1 ราย และผื่นจากยา NVP 2 ราย แก้ไขโดยการเปลี่ยนสูตรยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา LPV/r และ rifampicin ซึ่งการได้รับยาดังกล่าวร่วมกันจะทำให้ระดับยา LPV/r ในเลือดลดลงร้อยละ 75 ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาแก้ไขโดยใช้ยา EFV แทน ส่วนปัญหาการไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง พบจำนวน 11 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยขาดยา/ไม่มารับยาตามนัด 6 ราย หยุดทานยาเองคิดว่าเกิดผลข้างเคียงจากยา 1 ราย ขาดนัดเพราะกลัวทางบ้าน/คู่สมรสทราบผลเลือด 3 ราย ไม่มีอาการเลยไม่มารับยา 1 ราย ไปทำธุระไม่มารับยาตามนัด 1 ราย ทานยาผิดขนาด 2 ราย และลืมทานยา 3 ราย ซึ่งแก้ไขโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล การจัดชุดยาตัวอย่างแนะนำการใช้ยา หลังจากนั้นได้มีการติดตามผล พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ รับประทานยาได้ถูกต้อง ตรงเวลา และครบถ้วน



วิจารณ์

องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ใช้สูตรยาต้านไวรัส 3 ตัว (สูตร HAART) สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในหญิงตั้งครรภ์ โดยเริ่มให้ยาที่อายุครรภ์ 14 สัปดาห์ ซึ่งสูตรยาที่แนะนำ คือ LPV/r-based หรือให้ EFV-based หลังจากการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก โดยคาดหมายว่าจะทำให้อัตราการติดเชื้อลดลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 5 (WHO, 2010) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับยาสูตร HAART พบอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 3.84 ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Townsend CL et al ใน United Kingdom และ Ireland การศึกษาของ Nlend AEN et al ในประเทศ Cameroon การศึกษาของ Linguissi LSG et al ในประเทศ Africa พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.7, 1.7 และ 0 ตามลำดับ ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาสูตร HAART (Townsend CL et al., 2008; Nlend AEN et al., 2012; Linguissi LS et al., 2012) อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ อาทิเช่น ระยะเวลาการได้ยาของมารดาขณะตั้งครรภ์ ในเด็ก 1 รายที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากมารดาได้รับยาต้านไวรัสเพียง 2 สัปดาห์ก่อนคลอด อาจทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง กระบวนการคลอด หรือระยะเวลาระหว่างรอคลอดเนื่องจากอัตราการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 80-90 เกิดขึ้นในช่วงใกล้หรือกำลังคลอด เพราะเป็นช่วงที่ผิวหนัง และเยื่อของทารกสัมผัสกับสารคัดหลั่งและเลือดขณะผ่านช่องทางคลอด รวมถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจจะน้อยเกินไป เพราะระยะเวลาที่ศึกษาเพียง 3 ปี ส่วนการศึกษาที่กล่าวมาใช้เวลา 4-6 ปี ดังนั้น จึงควรที่จะมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่จะมีผลต่อการติดเชื้อในทารกเพิ่มขึ้น ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด เพศ อายุครรภ์ขณะคลอด ระยะเวลาที่มารดาได้รับยาเป็นต้น นอกจากนี้ในการศึกษานี้ที่น่าสนใจคือมี

หญิงตั้งครรภ์พบว่าอายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 41 ปี และพบการตั้งครรภ์ซ้ำ 3 ราย โดยที่ 2 ราย ตั้งครรภ์ครั้งแรกเด็กแท้ง จึงต้องการตั้งครรภ์ครั้งที่สอง ส่วนอีก 1 ราย ปดบังผลการติดเชื้อเอชไอวีกับสามีจึงตั้งครรภ์ซ้ำ ทำให้ต้องหาแนวทางการให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวทั้งต่อตนเองและบุตร

สำหรับผลการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เกิดปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา จำนวน 32 ราย 34 เหตุการณ์ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 41.18 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ วาณิชเจริญ (2548) พบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 46.67 ส่วนการศึกษาของ Cecchini D et al (2011) ที่ประเทศ Argentina ศึกษาในหญิงที่ได้ยาสูตร HAART [2 NRTI+ NVP ร้อยละ 55 หรือ 2 NRTI+PI ร้อยละ 32] พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 12.5 โดยแบ่งเป็นการเกิดผื่น ร้อยละ 8 ภาวะซีดร้อยละ 3.5 และตับอักเสบ ร้อยละ 1 แต่ในการศึกษานี้ พบภาวะซีดร้อยละ 18.3 ภาวะผื่น ร้อยละ 3.3 และท้องเสียร้อยละ 1.7 อาจเนื่องมาจากสูตรยาต้านไวรัสที่ใช้แตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้ หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร 2 NRTI+ PI ร้อยละ 66.7 และทุกรายได้รับ AZT ในสูตรยา จึงทำให้พบภาวะซีดมากกว่า และการเกิดผื่นน้อยกว่า ส่วนปัญหาที่พบรองลงมาคือ การไม่ได้รับยาครบตามแพทย์สั่ง พบร้อยละ 32.35 ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาของวรวิมล ศรีตะลานุก (2547) และสุทธิพงษ์ วาณิชเจริญ (2548) ที่พบร้อยละ 7.49 และ 8.13 ตามลำดับ สาเหตุมาจากผู้ป่วยขาดยา/ไม่มาตามนัด ทานยาผิดขนาด ลืมทานยาหรือทานยาไม่ตรงเวลาเนื่องจากไม่เข้าใจวิธีการทานยา ความเข้มนงวดในการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ตรงเวลาเป็นปัญหาที่



สำคัญเพราะระดับยาในเลือดมีผลโดยตรงต่อฤทธิ์ต้านการเจริญของเชื้อไวรัส อย่างไรก็ตาม ปัญหาต่างๆ ที่พบจากการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ เกสซกร ได้มีการสืบค้น ประเมิน แก้ไข ป้องกันปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา โดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่แพทย์และผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งหมด เช่น การได้รับยา EFV ในช่วงไตรมาสแรก การเกิดภาวะซีดจากยา AZT การเกิดภาวะท้องเสียจากยา RTV การเกิดผื่นจากยา NVP การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา LPV/r กับยา rifampicin แก้ไขโดยการเปลี่ยนสูตรยา ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการลืมทานยา ไม่มาตามนัด ทานยาผิดขนาด ผิดเวลา เกสซกรได้แก้ไขโดยการให้คำปรึกษาเฉพาะราย การจัดชุดยาตัวอย่าง เพิ่มการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยใช้ 2 วิธีร่วมกัน คือ วิธีนับเม็ดยา (pill count) และการประเมินด้วยตนเอง (self-report) เห็นได้ว่า ในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เกสซกรมีบทบาทในการทบทวนประวัติ การรักษา การประเมิน การใช้ยาตามสั่ง การตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยา การให้คำปรึกษา การติดตามผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และส่งเสริมความร่วมมือในการ

ใช้ยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandra et al., 2002; Levy et al., 2004 และ Codina et al., 2011 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเกสซกรควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย

การศึกษานี้ ทำให้รู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด และเกสซกรสามารถให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อป้องกันและ/หรือแก้ไข ปัญหาได้ทันที และเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แต่อย่างไรก็ตาม ควรที่จะทำการศึกษาในรูปแบบ Randomized Control Trial (RCT) เพื่อให้เห็นผลการวิจัยในภาพที่กว้างขึ้น ซึ่งนับเป็นข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการพัฒนารูปแบบการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สุระ คุณคงคาพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ที่ให้การสนับสนุน และ นพ.รัฐกานต์ ปาระมี, รศ.ดร.ภก.สุรพล นธกรกิจกุล และ อ.ดร.ปิ่นณธร ชัชวรัตน์ ที่ให้คำแนะนำปรึกษาจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- งานเวชระเบียน. (2553). สถิติทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี พ.ศ.2552-2553. โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. (เอกสารอัดสำเนา).
- พัฒนา เป้าสาธิต, บุญช่วย นาสุงเนิน, พิชัย ไทยอุดม, สลักจิต แก้วอรสานต์. (2551). การดำเนินงานโครงการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2546-2550. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**; 2(2): 997-1004.
- วรวิมล ศรีตะลานุกต์. (2547). การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ติดเชื้อต้านไวรัส 3 รายการ โรงพยาบาลสุรินทร์. **วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**; 17(1): 1-17.



เอกสารอ้างอิง

สุทธิพงษ์ วาณิชย์เจริญ. (2548). ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี. *วารสารวิชาการเขต 12*; 16(3): 15-27.

Cecchini D, Trinidad P, Bologna R, Uruena A, Vesperoni F, Mecikovsky D. (2011). **HIV and Pregnancy: Maternal and Neonatal Evolution.** *Medicina (Buenos Aires)*; 71: 432-436.

Codina C, Tuset M, Delgado O, Garcia B, Morancho O, Escobar A, et al. (2002). **Evaluation of a pharmaceutical care program to improve the adherence to antiretroviral therapy.** 14th Int. Conf. AIDS. Barcelona, Spain-Jul 7-12: 14. (Abstract).

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, Shearer W, et al. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group.** *N Engl J Med*; 331(18): 1173-1180.

Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, et al. (1999). **Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial.** *Lancet*; 354: 795-802.

Helper CD & Strand LM. (1990). **Opportunistic and responsibilities in pharmaceutical care.** *Am J Hosp Pharm*; 47: 533-543.

Lallemant M, Jourdian G, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM, et al. (2000). **A Trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1.** *N Engl J Med*; 343: 982-991.

Landesman SH, Kalish L, Burns DN, Minkoff H, Fox HE, Zorrilla C, et al. (1996). **Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus from mother-to-child.** *N Engl J Med*; 334: 1617-1623.

Levy RW, Rayner CR, Mijch A, Fairley CK, Kong DC, Costello K, et al. (2004). **Multidisciplinary HIV adherence intervention: a randomized study.** *AIDS Patient Care STDS*; 18(12): 728-735.

Linguissi LS, Bisseye C, Sagna T, Nagalo BM, Ouermi D, Djigma FW, et al. (2012). **Efficiency of HAART in the prevention of mother to children HIV-1 transmission at Saint Camille medical centre in Burkina Faso, West Africa.** *Asian Pac J Trop Med*; 5(12):991-994.

Nlend AEN, Ekobo CS, Bitoungui M JR, Ekani BB, Tchokoteu P, Lyeb S, et al. (2012). **Early outcomes of HIV exposed children in the first district-wide programme using extended regimens for the prevention of mother-to-child transmission of HIV, in Yaounde, Cameroon.** *J Trop Pediatr*; 58(4): 297-302.

Saba J, on behalf of PETRA Trial Study Team. (1999). **Interim analysis of early efficacy of three short AZT/3TC combination regimens to prevent mother to child transmission of HIV-1. The PETRA Trial. 6th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections,** Chicago. January 31-February 4; 1999.

Sandra M & Mara N. (2002). **Pharmaceutical services in an HIV clinic.** *Am J Health-syst Pharm*; 59(8): 709-713.

Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. (2008). **Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006.** *AIDS*; 22(8): 973-981.

UNAIDS. (2010). **It takes a village: Ending Mother to Child HIV Transmission-a partnership uniting the millennium villages project and UNAIDS.**

World Health Organization (WHO). (2010). **Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants.** Geneva, Switzerland.



การพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจ

นายภูวนารถ ลิ้มประเสริฐ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ปี 2556 มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้รูปแบบการวิจัยพัฒนา (Development Research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าระบบสุขภาพอำเภอแม่ใจ เป็นระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ มีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิอำเภอแม่ใจ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์จากงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนเคมีภัณฑ์ป้องกันและควบคุมโรค องค์กรบริหารส่วนจังหวัดพะเยา สนับสนุนวัสดุป้องกันควบคุมโรค กรณีการแพร่ระบาดเกินศักยภาพของพื้นที่ มีนายอำเภอแม่ใจ เป็นประธานหัวหน้าส่วนราชการ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน เป็นคณะกรรมการ ในระดับตำบลมีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นประธาน กำนันผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงานราชการในพื้นที่ เป็นคณะกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ ทั้งระดับอำเภอและตำบล ใช้แนวทางการดำเนินงานตามมาตรการ 5 ป 1 ข อย่างเข้มข้นร่วมกับการประชาสัมพันธ์แจ้งข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคควบคุมโรคในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน และที่ประชุมติดตามและประเมินผลงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภออย่างต่อเนื่องทุกเดือน ร่วมกับการใช้

มาตรการควบคุมโรคตามหลัก 4 E + 2 C กระตุ้นตั้งแต่ระดับปัจเจกชน ครอบครัว ชุมชน ยอมรับถือปฏิบัติ เป็นนิสัยอย่างเคร่งครัดต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่ามี การป้องกันโดยสำรวจ และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโดยประชาชน ภายนอกโดยผู้นำชุมชนร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน เมื่อพบว่ามีผู้ช่วยดำเนินการควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว สอบสวนโรคทุกราย พันเคมีภัณฑ์ฆ่ายุงตัวแก่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แจกทรายเคลือบสารเคมีและสำรวจทำลายโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ความสำเร็จการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก นับเป็นความสำเร็จเชิงกระบวนการภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอแม่ใจ (Maechai District Health System)

Abstract

Development gridline prevent and control Dengue Fever Maechai District, Phayao Province, 2013. Objective of this research was to study method of developing gridline in preventing and controlling dengue Fever with participation of member health network in local community. This is a Development Research ,collecting data with questionnaire and participatory observation. This study 's result showed that Maechai District Health System is a system that facilitate people for easy access to the service under the



personnel, budget , and local health activities support and promotion from every level of public health authority with the role of Contracting Unit for Primary Care (CUP) which has Maechai District ' s Chief if the president , local leader as committee member at the sub - district / village level of health system , sub - district administrative organization's chief and sub - district headman / village headman as member of the committee in driving public health problem being Dengue Fever under the approval of Maechai Health Committee. In 2013 , every sub - district / village implemented the strategic plan to create work plan / project to encourage every village / community to accept the measuring preventing and controlling Dengue Fever. The disease was timely controlled , and successfully driving the health system to solve the outbreak of Dengue Fever.

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2501 เป็นต้นมา มีการระบาดต่อเนื่องทุกปี (สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก, 2544) ในปี 2555 มีผู้ป่วยอัตราป่วยสะสมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 29 ธันวาคม 2555 จำนวน 74,250 ราย อัตราป่วย 116.24 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยตาย 79 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน มีผู้ป่วยสะสม 4,715 ราย อัตราป่วย 82 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 3 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.06 ในส่วนของจังหวัดพะเยา มีผู้ป่วยต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และอัตราป่วยต่ำสุดของภาคเหนือตอนบน มีผู้ป่วยสะสม 133 ราย อัตราป่วย 27.33 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 0 ราย ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่าเป้าหมายตั้งแต่เดือน

ตุลาคม 2555 มีแนวโน้มการระบาดตั้งแต่ปลายปีและอาจต่อเนื่องไปถึงปี 2556 (สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, 2556) ปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) เป็นระบบการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับระบบสุขภาพอำเภอแม่ใจ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลแม่ใจ ในนามของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรบริหารงบประมาณ และสนับสนุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 แห่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ มีภารกิจในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในพื้นที่ กอปรกับโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพัฒนาแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนา (Development Research) เพื่อให้ได้แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ระบบสุขภาพอำเภอแม่ใจ ยึดโยงกับการบริหารราชการส่วนภูมิภาค บูรณาการกับการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น และการปกครองท้องถิ่น เชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน เพื่อนำแผนงาน/



โครงการ หรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของอำเภอลงสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการระดมทรัพยากรในระดับพื้นที่ในการสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน และชุมชน เกิดกระบวนการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพทุกพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบาย และการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ (Area) ในระดับ Function โดยบทบาทของ คปสอ. เป็นคณะทำงานเชิงนโยบาย การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และการติดตามประเมินผล ตลอดจนการกระตุ้นให้ระบบสุขภาพได้เกิดการเชื่อมประสานการดำเนินงานที่มีทิศทางที่ชัดเจน รูปธรรมที่จะส่งผลต่อการจัดการที่เกิดประสิทธิภาพ และเยี่ยมประสิทธิผล การกำหนดคณะกรรมการ 3 ฝ่าย ประกอบด้วย ฝ่ายบริหารจัดการ ฝ่ายสนับสนุนชุมชน และฝ่ายพัฒนาวิชาการ โดยมีคณะอนุกรรมการทำงานตามกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ คณะทำงานแผนยุทธศาสตร์ บริหารจัดการการเงิน นิเทศติดตามจัดการความรู้ พัฒนาการมีส่วนร่วม เผื่อระวัง ป้องกันควบคุมโรค พัฒนาทรัพยากรบุคคล พัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาระบบสารสนเทศ และโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุน คปสอ. ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระดับพื้นที่เป็นแกนหลักการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายระดับตำบล และหมู่บ้าน การดำเนินงานจะมีการเชื่อมประสานระหว่าง Function และ Area โดยการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดกลไกการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีการแพร่ระบาดทั่วประเทศ ระบาดรุนแรงในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดนนายอำเภอแม่ใจ ได้สั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และกำนันทุกตำบลผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ก่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน เชื่อมโยงทรัพยากรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณงานสุขภาพภาคประชาชนที่จัดสรรลงระดับหมู่บ้าน ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนหลักขับเคลื่อนกระบวนการทำงาน ร่วมกับองค์กรชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน กลุ่มอาชีพต่างๆ กลุ่ม อปพร. ความสำเร็จของการจัดการสุขภาพ ก็คือ การบริหารจัดการกลุ่มต่างๆ ในระดับหมู่บ้านให้มีการบูรณาการร่วมกัน ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในระดับตำบล และหมู่บ้าน

คณะกรรมการระบบสุขภาพระดับอำเภอ อันมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ จึงได้กำหนดปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน เป็นปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ ได้ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญที่มีการระบาดทุกปี โดยใช้ข้อมูลสนับสนุนของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ที่พบว่าจังหวัดพะเยา มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่าเป้าหมาย (80% ของค่า Median ย้อนหลัง 5 ปี) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ที่เป็นต้นมา มีแนวโน้มการระบาดตั้งแต่ปลายปี 2555 และอาจต่อเนื่องไปถึงปี 2556 ก่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในการแก้ไขสุขภาพระดับอำเภอ คือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแปลงเป็นมาตรการสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในระดับตำบล และหมู่บ้าน

ระยะเวลารวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชาชนในเขตอำเภอแม่ใจ กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในตำบลแม่ใจ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงในปี 2554



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายสำหรับ อสม. ในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย รายครัวเรือน
2. แบบสำรวจผลการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอแม่ใจ
3. แบบบันทึกข้อมูลระดับวิทยาโรคไข้เลือดออกของศูนย์ข้อมูลระดับวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
4. พิจารณาแนวทางโดยนำข้อมูลที่ได้มาบูรณาการกับระบบสุขภาพสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์สาระ (Content Analysis)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ แบบสำรวจผลการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอแม่ใจจากเทศบัญญัติของเทศบาลตำบล

ส่วนที่ 1 การสำรวจผลการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อปท.

ตารางที่ 1 สำรวจผลการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ปีงบประมาณ 2554	ปีงบประมาณ 2555	ปีงบประมาณ 2556
เทศบาลตำบลแม่ใจ	145,000	145,000	165,000
เทศบาลตำบลศรีถ้อย	100,000	105,000	105,000
เทศบาลตำบลป่าแฝก	250,000	100,000	100,000
เทศบาลตำบลบ้านเหล่า	70,000	50,000	50,000
เทศบาลตำบลเจริญราษฎร์	110,000	110,000	110,000
เทศบาลตำบลรวมใจพัฒนา	45,000	40,000	40,000
องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุก	140,000	100,000	100,000

ที่มา : เทศบัญญัติเทศบาลและข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลปี 2554 – 2556

และข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ปีงบประมาณ 2554 - 2556 บันทึกข้อมูลระดับวิทยาโรคไข้เลือดออกจากศูนย์ข้อมูลระดับวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

2. นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดทำร่างแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
3. ประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
4. นำผลการประชุมมาปรับปรุงแนวทางให้สมบูรณ์

ผลการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ปี 2556 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การสำรวจผลการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอแม่ใจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับวิทยาโรคไข้เลือดออกปี 2554 - 2556



จากตารางที่ 1 พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 - 2556 เทศบาลตำบลแม่ใจ ได้จัดสรรงบประมาณในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุด รองลงมาเป็นเทศบาลตำบลเจริญราษฎร์ เมื่อดูแนวโน้มการจัดสรรพบว่ามืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสองแห่งที่จัดสรรงบประมาณเพิ่มในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกคือเทศบาลตำบลแม่ใจ และเทศบาลตำบลศรีถ้อย จัดสรรงบประมาณลดลงจำนวน 4 แห่ง คือเทศบาลตำบลป่าแฝก เทศบาลตำบลบ้านเหล่า เทศบาลตำบลรวมใจพัฒนา และองค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุก จัดสรรในอัตราคงที่จำนวน 1 แห่งคือเทศบาลตำบลเจริญราษฎร์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกปี 2554 - 2556

ตารางที่ 2 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดพะเยาปี 2554 - 2556

อำเภอ	จำนวน (ราย)	อัตราต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราต่อแสน	จำนวน (ราย)	อัตราต่อแสน
เมืองพะเยา	37	29.15	34	26.55	333	260.03
ดอกคำใต้	18	25.12	17	23.92	197	277.21
เชียงคำ	70	91.36	29	37.74	113	147.05
เชียงม่วน	1	5.18	11	57.53	29	151.66
จุน	8	15.58	8	15.79	83	163.77
ปง	23	43.62	16	30.29	68	128.72
แม่ใจ	13	37.04	3	8.66	27	79.98
ภูซาง	7	22.22	12	37.93	48	151.93
ภูพานยาว	0	0	15	23.14	44	203.64

ที่มา : สรุปผลการดำเนินงานระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกของศูนย์ระบาดวิทยา สสจ.พะเยาปี 2554 - 2556

จากตารางที่ 2 อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดพะเยาในปี 2556 พบว่าในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุดคืออำเภอดอกคำใต้ รองลงมาคืออำเภอเมืองพะเยา และภูพานยาวตามลำดับ สำหรับแนวโน้มการแพร่ระบาดของเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2554 - 2556 พบว่าอำเภอเชียงม่วน ภูซางและภูพานยาว มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี ในส่วนอำเภออื่น ๆ มีการแพร่ระบาดแปรผกผันปีเว้นปี

ตารางที่ 3 อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอแม่ใจปี 2554 - 2556

ตำบล	2554	2555	2556
แม่ใจ	122.93	0	41.32
ศรีถ้อย	69.64	13.93	139.49
ป่าแฝก	0	0	75.15
แม่สุก	0	17.77	35.75
เจริญราษฎร์	24.79	0	49.98
บ้านเหล่า	12.50	12.50	87.70

ที่มา : แบบบันทึกรายงานระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกของศูนย์ระบาดวิทยา สสจ.พะเยาปี 2554 - 2556



จากตารางที่ 3 อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่ใจในปี 2554 - 2556 พบว่าอำเภอแม่ใจในพื้นที่ตำบลศรีถ้อยและตำบลบ้านเหล่ามีการแพร่ระบาดทุกปี นอกนั้นมีการแพร่ระบาดในลักษณะปีเว้นปีในพื้นที่ตำบลแม่ใจ และตำบลเจริญราษฎร์ ไม่พบการแพร่ระบาดสองปีติดต่อกันในพื้นที่ตำบลป่าแฝก สำหรับในปี 2556 ตำบลศรีถ้อยเป็นตำบลที่มีแพร่ระบาดสูงสุด รองลงมาเป็นตำบลบ้านเหล่า และป่าแฝกตามลำดับ

ผลของการนำแนวทางไปใช้ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

กระบวนการนำมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสู่การปฏิบัติอาศัยบทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ บทบาทของคณะกรรมการระดับอำเภอ มีบทบาทในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ถ่ายทอดสู่ระดับตำบล/หมู่บ้าน ซึ่งเชื่อมประสานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับผู้นำท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีแผนการดำเนินงานร่วมกันระดับพื้นที่ นำมาตรการสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีกระบวนการ ที่แสดงถึงความเห็นพ้องต้องกัน คือการทำข้อตกลง หรือมติของตัวแทนครัวเรือน ยอมรับมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของทุกครัวเรือน การประกาศ มาตรการให้ทุกครัวเรือนรับทราบเพื่อถือปฏิบัติ ถือว่าเป็นวาระชุมชน ที่ทุกหมู่บ้านชุมชนต้องถือปฏิบัติ

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกของงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 กันยายน 2556 พบว่า ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ มีรายงานการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 27 ราย อัตราป่วย 78.98 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยตาย ซึ่งต่ำที่สุดของจังหวัดพะเยา

การติดตามประเมินประสิทธิผลการดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในปี 2556 สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. มีการจัดเวทีประชาคมระดับหมู่บ้านเพื่อการควบคุมป้องกันโรคทุกหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย

2. หมู่บ้านมีการขับเคลื่อนกิจกรรมตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก 5 ป. 1 ข.

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 แห่งคือ เทศบาลตำบลป่าแฝก เทศบาลตำบลแม่ใจ เทศบาลตำบลรวมใจพัฒนา เทศบาลตำบลเจริญราษฎร์ เทศบาลตำบลศรีถ้อย สนับสนุนงบประมาณจัดซื้อทรายเคลือบสารที่มีฟอส ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อีกสองแห่งคือเทศบาลตำบลบ้านเหล่า และองค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุก ใช้งบประมาณส่วนนี้ไปสนับสนุนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในรูปแบบของโครงการบ้านสวยเมืองงามหรือโครงการหมู่บ้านน่าอยู่

4. มีการจัดรณรงค์กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทุกวันศุกร์ แต่ไม่ต่อเนื่อง

5. อสม. มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายและมีรายงาน CI,HI ทุกเดือน

6. ครูและนักเรียนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การใช้ทรายเคลือบสารที่มีฟอส และกำจัดทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในหมู่บ้าน/ชุมชน

7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหมู่บ้านส่งเสริมการปลูกพืชไล่ยุง เช่น ตะไคร้หอม

การอภิปราย

ระบบสุขภาพอำเภอแม่ใจ เป็นรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอโยงกับการบริหารราชการส่วนภูมิภาค บูรณาการกับการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น การปกครองท้องถิ่น และภาคีต่าง ๆ ทำงานร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ที่มามีส่วนร่วมเกิดความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุข ทำหน้าที่คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้เสียอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนเป็นไปตามมาตรการที่กำหนด เชื่อมประสานขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ช่วยให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ผลเป็นอย่างดี ทำให้อัตราป่วยต่ำที่สุดในจังหวัดพะเยาคือ 79.98 ต่อแสนประชากร และไม่มีผู้ป่วยตาย สอดคล้องกับการศึกษาของสงกรานต์ ทองน้อย และชรินทร์ พละมาตร



(2555) ที่จัดเวทีเสวนา ร่วมปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ในชุมชน พัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้รับทราบถึง สถานการณ์โรค ความรุนแรงของโรค ร่วมกับมาตรการ ทางสังคมโดยตกลงร่วมกันไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย ทำให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหเพิ่มขึ้น จนไม่พบ ผู้ป่วยไข้เลือดออกในชุมชนหลังการดำเนินงานวิจัย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของคณาธิป มุตเจริญ (2556) ซึ่งพบว่าระบบสุขภาพเมืองแพร่ที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีส่วนร่วมทุกระดับ ได้ข้อตกลงร่วมกันในการแก้ไขปัญหา โรคไข้เลือดออก ขับเคลื่อนมาตรการ “ควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก อำเภอเมืองแพร่” สู่อำเภอเมืองแพร่” สู่อำเภอเมืองแพร่” การศึกษาของจิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล (2553) ที่พบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลร่วมกันป้องกันควบคุมโรค ของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรมีการบูรณา การงานด้านสุขภาพกับกิจกรรมอื่น ๆ ในพื้นที่ และเข้าใจ ระบบสุขภาพ กับกลไกการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านสุขภาพ ให้ชัดเจน ยึดหลักการสุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ ต้องสร้างเอง ตั้งแต่ระดับปัจเจกชน ครอบครัว และชุมชน
2. ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสังคม การดำเนินงาน ป้องกันแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ และเปี่ยม ประสิทธิภาพ ปัญหานั้นต้องเป็นปัญหาร่วมกันของทุกพื้นที่ เช่น ไข้เลือดออก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เอ็ดส์
3. สร้างแกนนำ และเครื่องมือในการสื่อสาร ในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ เช่น แผนชุมชน หรือแผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์
4. การให้ข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ เพื่อให้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผลประโยชน์ อันเป็นแนวทางไปสู่การแก้ไข ปัญหาอย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

- โกวิทย์ พวงงาม. (2545). **การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน**. ม.ป.ท.
- คณาธิป มุตเจริญ. (2556) ระบบสุขภาพอำเภอเมืองแพร่ เพื่อขับเคลื่อนปัญหาโรคไข้เลือดออก : อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ปี 2556. **รายงานวิจัย**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่
- จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล. (2553). การพัฒนาแนวทางการดูแลโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม. **รายงานวิจัย**. โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
- นันทนา โรจนานุกุลพงศ์. (2550). การบริหารจัดการของสาธารณสุขอำเภอ ในมุมมองของสาธารณสุขอำเภอเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย กรณีศึกษาสาธารณสุขอำเภอ. **รายงานการวิจัย**. จังหวัดฉะเชิงเทรา
- सानิตย์ บุญชู. (2527). **การพัฒนาชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชน**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงกรานต์ ทองน้อย ชรินทร์ พละมาตร. (2555) การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนบ้านกุดปลาตุก ตำบลโนนเปือย อำเภอภูซำ จังหวัดยโสธร **รายงานวิจัย** สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร
- สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2544) **โรคไข้เลือดออกฉบับประกายประกาย**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2556) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ณ สัปดาห์ที่ ๕๒ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 29 ธันวาคม 2556. เอกสารอัดสำเนา



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่ กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

Factors related to instant noodles consumption behavior of
secondary school student in Bantuk subdistrict,
Srisatchanalai district, Sukhothai province

กฤษณา แก้วทุ่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตึก อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1.) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย และ 2.) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผู้ศึกษาสุ่มตัวอย่าง 205 คนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไค-สแควร์ ที่ระดับความสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.70 และได้รับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 61.60 ด้านปัจจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำทั้งความรู้ ทัศนคติ และค่านิยม มีปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่อการพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของกลุ่มตัวอย่าง 1 - 7 วัน ในหนึ่งเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.50 และจากผลการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

คำสำคัญ : ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, พฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป, นักเรียนระดับมัธยมศึกษา

Abstract

This descriptive study aimed to investigate 1) predisposing factor, reinforcing factor enabling factor and instant noodles consumption behavior of secondary school student in Bantuk subdistrict, Srisatchanalai district, Sukhothai province and 2) correlation among predisposing factor, reinforcing factor enabling factor and instant noodles



consumption behavior of secondary school in Bantuk Subdistrict, Srisatchanalai District, Sukhothai Province. 205 samples were collected by stratified random sampling. Data was collected by using questionnaire and analyzed by computer

The results revealed that 51.70 percent of sample were male, 61.50 percent finished secondary school, most of them were at moderate level of knowledge, attitude and value, predisposing factor, reinforcing factor and enabling factor. 63.50 percent of sample consume instant noodles 1-7 day a month. No factor associated statically significant at 0.05 level with consumption behavior
Keywords : predisposing factor, reinforcing factor, enabling factor, consumption behavior, secondary school student

บทนำ

ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น จากสภาพแวดล้อมที่เร่งรีบและสภาวะเศรษฐกิจที่ชะลอตัวลงส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนไป ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ทำให้หลายคนเลือกที่จะบริโภคอาหารที่มีราคาประหยัด มีความสะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น จึงทำให้อาหารสำเร็จรูปมีแนวโน้มเข้ามา มีบทบาทในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งเป็นสินค้าทางเลือกที่ราคาประหยัดเมื่อเปรียบเทียบกับราคาอาหารชนิดอื่นๆ มีความสะดวก หาซื้อได้ง่าย และใช้เวลารวดเร็วในการประกอบอาหารแล้ว นอกจากนั้นบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปยังมีรสชาติที่หลากหลายและยังมีความแตกต่างกันไปตามรสนิยมของผู้บริโภค ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถตอบโจทย์วิถีชีวิตของผู้คนได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นสินค้าที่นิยมบริโภคกันทั่วโลก โดยภาพรวมของธุรกิจอาหารสำเร็จรูปนั้น

มีอัตราการขยายตัวอยู่ในเกณฑ์ดีและมีการแข่งขันกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแม้แต่ในประเทศไทยเอง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหารชนิดหนึ่งที่ประเทศไทยมีปริมาณการผลิตในแต่ละปีมากถึง 1.5 แสนตัน ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 81 เป็นการผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศที่เหลืออีกประมาณ ร้อยละ 19 ส่งออกไปยังตลาดต่างประเทศ และจากสถิติพบว่า คนไทยถือได้ว่าเป็นผู้บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นอันดับ 8 ของโลก ซึ่งในช่วงปี 2547-2551 มีอัตราการขยายตัวของปริมาณการบริโภคเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 5.1 ต่อปีโดยในปี 2551 มีปริมาณการบริโภครวม 2.2 พันล้านซองหรือคิดเป็นอัตราการบริโภคเฉลี่ยของคนไทยเท่ากับ 35.5 ซอง/คน/ปี สูงกว่าอัตราการบริโภคเฉลี่ยของโลกซึ่งอยู่ที่ 23.7 ซอง/คน/ปี แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันคนไทยบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในปริมาณที่สูงกว่าอัตราการบริโภคเฉลี่ยของโลกอยู่มาก จึงทำให้ปริมาณความต้องการบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของไทยเริ่มขยายตัวเพิ่มขึ้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2553)

บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นอาหารที่ได้มาจากการบวนการผลิต โดยผ่านการปรุงแต่งและหรือผ่านความร้อน และทำให้แห้งเพื่อให้สามารถเก็บไว้ได้นาน ผลิตภัณฑ์บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเพียงอย่างเดียวเป็นเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายได้รับเพียงแป้งซึ่งเป็นส่วนประกอบหลัก ถึงร้อยละ 60 - 70 และอาจจะทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นอย่างอื่นได้ ซึ่งภัยเงียบสำคัญที่ซ่อนเร้นอยู่ในบะหมี่เหล่านี้ก็คือ “โซเดียม” ในซองเครื่องปรุงรส ตามข้อแนะนำของบัญชีสารอาหารกำหนดว่า คนไทยควรบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ขณะนี้คนไทยบริโภคแล้วเกินกว่าปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบะหมี่สำเร็จรูปแบบของ “บักแพ็ค” จะยิ่งไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และทำให้ไตทำงานหนัก ข้อสงสัยอีกประการเกี่ยวกับพิษภัย



ของบะหมี่สำเร็จรูปที่แพทย์เตือนไว้ก็คือ การที่บะหมี่สำเร็จรูปใส่สี ใสสารทำให้กรอบ และผงชูรสในปริมาณมากๆ รวมทั้งถูกทอดในน้ำมันซึ่งผ่านการทอดซ้ำหลายๆ ครั้ง อาจจะทำให้เกิดการสะสมของ “คาร์บอน” ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งขึ้นมาได้

นักโภชนาการได้จัดบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นอาหารด้อยคุณค่า อีกทั้งมีโซเดียมสูง จึงได้มีการพัฒนาบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปให้มีคุณค่ามากขึ้น โดยการเสริมสารอาหาร 3 ชนิด ในเครื่องปรุง คือ วิตามินเอ ไอโอดีน และธาตุเหล็ก แล้วส่งเสริมการบริโภคให้ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปโดยเพียงแค่เติมน้ำร้อนแล้วรับประทานเลยนั้น ถือได้ว่าไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับประทานลักษณะนี้ติดต่อกันเป็นประจำ จะทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้ และควรที่จะเพิ่มคุณค่าทางสารอาหาร โดยการเติมไข่ หรือเนื้อสัตว์ และผักลงไปทุกครั้ง นอกจากจะได้สารอาหารจำพวกแป้งหรือคาร์โบไฮเดรตเพียงอย่างเดียวจะทำให้ได้วิตามินและแร่ธาตุจากผักใบเขียว โปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไขมันจากน้ำมันเจียวที่มีอยู่ในซองบะหมี่ด้วย ซึ่งจะทำให้ได้รับประทานบะหมี่ที่มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ (สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเซนต์จอร์จ, 2548. เว็บไซต์อ้างอิงจาก วิชาการ.คอม, 2552) อย่างไรก็ตามแม้คนไทยจะทราบถึงผลเสียของการรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแต่คนไทยยังมีพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปยังเพิ่มมากขึ้น จึงสะท้อนว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปนั้นหากพิจารณาตามทฤษฎี PRECEDE Framework ได้เสนอว่าปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทาง

สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นสิ่งที่เป็แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว (กองสุศึกษา, 2555 : เว็บไซต์) ดังนั้นการนำทฤษฎี PRECEDE Framework มาประกอบการศึกษาจะทำให้เรามองเห็นภาพของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ชัดเจนมากขึ้น

ผู้ศึกษาในฐานะที่รับผิดชอบงานโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตรับผิดชอบ จากการศึกษาสำรวจนักเรียนโรงเรียนเมืองดังวิทยา พบว่า นักเรียนมากกว่าร้อยละ 70 มีพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (กฤษณา แก้วทุ่ง, 2555) ซึ่งหากสถานการณ์ให้ดำเนินต่อไป นักเรียนในโรงเรียนอาจมีปัญหานักโภชนาการได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อให้นักเรียนให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

คำถามการศึกษา

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยมีอะไรบ้าง

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัยหรือไม่

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ประจำปีการศึกษา 2554 ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน - 6 กันยายน 2554 โดยมีตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

2. นำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่ผู้ศึกษากำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ TARO YAMANE โดยมีระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % จากจำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั้งหมดในเขตตำบล บ้านตึก จำนวน 387 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 197 คน ผู้วิจัยเพิ่มเป็น 205 คนและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) ในการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระดับชั้นที่ศึกษาและห้องเรียนของแต่ละระดับชั้น เป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้น แล้วกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นโดยใช้สูตรหาลัดส่วนของขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นดำเนินการทดลองใช้ในนักเรียนของโรงเรียนเมืองเสด็จจำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71 แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่น



0.76 แบบสอบถามด้านค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานจึงนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งก่อนแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ศึกษาได้ทำการชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และอธิบายข้อที่สงสัยก่อน และรอเก็บแบบสอบถาม ก่อนนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ปรากฏว่าได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์พร้อมในการวิเคราะห์จำนวน 203 ฉบับ จึงนำไปลงรหัสในแบบฟอร์มลกรหัส (Coding form) แล้วนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าทางสถิติและวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ทางสถิติ จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ผลและสรุปอภิปรายต่อไป

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในภาพรวมพบว่า ไม่มีตัวแปรหรือปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตตำบลบ้านตึก อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าทางสถิติดังนี้

ปัจจัยนำ

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.70 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 48.30 ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.70 และอายุมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 ด้านระดับชั้นการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 61.60 รองลงมาเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็น

ร้อยละ 38.40 และด้านรายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทต่อปีขึ้นไป มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.65 และกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดมีรายได้ระหว่าง 50,000-99,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.69

ด้านความรู้

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.70 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.60 และร้อยละ 20.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดเกี่ยวกับอาหารประเภท (อย่าง) อื่นที่ให้สารอาหารเช่นเดียวกับบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.30 รองลงมาคือ การเติมสิ่งใดลงไปเพื่อให้ได้รับคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 73.40 และตอบถูกน้อยที่สุดเกี่ยวกับปริมาณการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่เหมาะสมต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 17.70

ด้านทัศนคติ

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.52 และกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับต่ำและระดับสูงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 17.24 ($\bar{x} = 3.39$ S.D = 0.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติสูงที่สุด คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นอาหารที่สะดวกซื้อ ($\bar{x} = 4.23$) รองลงมา คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีรสชาติดี ($\bar{x} = 3.86$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่ำที่สุด คือ การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปจำนวนมากทำให้ผมร่วง ($\bar{x} = 2.35$)

ด้านค่านิยม

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.00 กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดมีค่านิยมในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.30 ($\bar{x} = 3.44$ S.D = 0.36) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่านิยมเฉลี่ยสูงที่สุด คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จมีวิธีการปรุงสะดวก รวดเร็ว



และสามารถรับประทานได้ทันที ($\bar{x} = 4.08$) รองลงมา คือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นที่นิยมบริโภคมากที่สุด ($\bar{x} = 4.01$) และข้อที่มีค่านิยมเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ดารานักร้องและพีเรนเตอร์ไม่มีผลต่อการเลือกซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ($\bar{x} = 2.48$)

ปัจจัยเอื้อ

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเอื้อต่อการบริโภคกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.40 รองลงมา มีปัจจัยเอื้อต่อการบริโภคกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.30 และ 10.30 ตามลำดับ ($\bar{x} = 3.45$ S.D = 1.06) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ปัจจัยที่เอื้อให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากที่สุด คือ ความสะดวกในการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป คิดเป็นร้อยละ 88.20 รองลงมา คือ แหล่งจำหน่ายบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปใกล้ๆ บ้าน คิดเป็นร้อยละ 79.80 และด้านราคาบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการบริโภคกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.30

ปัจจัยเสริม

ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมต่อการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.40 รองลงมา มีปัจจัยเสริมในระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.00 และ 26.60 ตามลำดับ ($\bar{x} = 2.06$ S.D = 1.92) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การประชาสัมพันธ์หรือโฆษณาผ่านสื่อและสิ่งพิมพ์หลายประเภทเสริมให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 รองลงมาคือ การลดราคาตามฤดูกาลหรือเทศกาลงานต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 40.90 ส่วนการมีของแถมจากการซื้อสินค้าเสริมให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.20 พฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในหนึ่งเดือน คือ 1 – 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมา คือ 8 -14 วัน และ 15 วันขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.20 และ 13.30 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

ปัจจัยนำกับพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปพบว่าไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จ

ปัจจัยนำ		df	sig
เพศ	0.292	2	0.864
อายุ	1.483	2	0.476
การศึกษา	1.016	2	0.602
รายได้	4.616	4	0.329
ความรู้	1.372	4	0.849
ทัศนคติ	3.623	4	0.459
ค่านิยม	7.247	4	0.123

ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ($\bar{x} = 7.060$, df = 4, Sig = 0.133)

ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ($\bar{x} = 4.642$, df=4, Sig = 0.326)

อภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในภาพรวมไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านเพศ มีความสอดคล้องกับการ



ศึกษาของหทัยรัตน์ ไชยพุกธา (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปยี่ห้อมาม่าในจังหวัดสมุทรปราการ และพบว่าผู้บริโภคที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนด้านอายุ, ด้านระดับชั้นที่ศึกษาและด้านรายได้ต่อปีของครอบครัวมีความแตกต่างจากการศึกษาของประยูร ญาสมุทร (2543) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ และพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี, จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6, ปวช. หรือเทียบเท่าและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 4,000 - 6,990 บาท แต่มีความสอดคล้องกับหทัยรัตน์ ไชยพุกธา (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปยี่ห้อมาม่าในจังหวัดสมุทรปราการ และพบว่าผู้บริโภคที่มีอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปยี่ห้อมาม่าในด้านความถี่ใช้จ่ายปริมาณการซื้อสถานที่ในการซื้อต่างกัน

ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนุกุล พลศิริ (2545) ที่ทำการศึกษารื่องความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2544 และพบว่านักเรียนมีความรู้ระดับปานกลางโดยความรู้กับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.226$)

ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนุกุล พลศิริ (2545) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา

ในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2544 และสุนิสา อรรถกฤษณ์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียนวัยรุ่นในเขตเมือง และพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำด้านค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุนิสา อรรถกฤษณ์ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำของนักเรียนวัยรุ่นในเขตเมือง และประยูร ญาสมุทร (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ และพบว่าค่านิยมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งต่างจากแนวคิดของ Cronbach) ในเรื่ององค์ประกอบของพฤติกรรมที่กล่าวว่า “สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ” ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาของประยูร ญาสมุทร (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ และพบว่าบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับเวลาในการปรุงและมีราคาถูกกว่าอาหารอื่นเมื่อเทียบกับปัจจัยด้านปริมาณ ส่วนปัจจัยด้านความสะดวกรวดเร็วในการปรุง คือ ความรวดเร็วในการปรุงด้วยการต้มโดยใช้ส่วนประกอบที่มีในซองเดิมผักกับไข่เท่านั้น เนื่องจากกลุ่มที่ทำการศึกษามีปัญหาเรื่องการทำงานที่ต้องทำงานเป็นช่วงและต่อด้วยการทำงานล่วงเวลาทำให้มีเวลาน้อยในการประกอบอาหารและนอกจากนี้ยังหาซื้อได้ง่าย แต่จากผลการศึกษากลับมีความสอดคล้องกับแนวความคิดของพัฒนา สัจจาง ที่ได้แบ่งองค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านของสภาพแวดล้อมว่า



“ชุมชนที่อาศัยอยู่เมื่อมีความแตกต่างกันก็ย่อมมีผลในการแสดงออกของพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป”

ปัจจัยเสริม

ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุนิมล บัณวงศ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อและพฤติกรรมการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร, จิราพร กันทะธง (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน, การศึกษาของณัฐธินิชา หวังมุกิตากุล (2553) ที่ทำการศึกษพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดในกรุงเทพมหานคร : เขตลาดพร้าว เขตห้วยขวางและเขตดินแดง และพบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

พฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

จากการศึกษาพบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน นักเรียนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในอัตราที่ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิมล บัณวงศ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อและพฤติกรรมการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะนิยมรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแบบเส้นเหลืองชนิดของ อาทิพย์ละ 2 - 3 ครั้ง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

จากผลการศึกษา ผู้ศึกษามีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปแม้จะไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงวิธีการต้มบะหมี่ที่ถูกต้องและปริมาณการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่เหมาะสมต่อวัน ซึ่งอาจส่งผลให้ได้รับสารที่เป็นอันตรายหรือไม่จำเป็นต่อ

ร่างกายจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคได้ในอนาคต ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับโภชนบัญญัติ, การบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมไปถึงประโยชน์และโทษจากการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็กและวัยรุ่นอันเป็นวัยที่นิสัยในการบริโภคกำลังจะเกิดขึ้นจะก่อให้เกิดทัศนคติและค่านิยมที่ดีในการเลือกรับประทานอาหารและเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารมาบริโภค ตลอดจนการทดสอบหรือประเมินความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นระยะจะทำให้เกิดการย้ำเตือนถึงโทษของการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ไม่เหมาะสมทำให้ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ดีขึ้นและสามารถนำไปขยายผลต่อไปในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไปในอนาคต

ปัจจัยเอื้อ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการประกอบอาหารและบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปมีจำหน่ายในร้านค้าทั้งในโรงเรียนและในชุมชนที่ทำให้สะดวกต่อการหาซื้อมาบริโภคได้ง่าย ดังนั้น การจัดให้มีสื่อหรือแผ่นป้ายให้ความรู้ทางด้านโภชนาการติดไว้ในร้านค้าเพื่อให้ผู้ที่มาซื้อของสามารถอ่านและนำความรู้กลับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการแนะนำให้นักเรียนรู้จักแบ่งเวลาสำหรับการประกอบอาหาร, การประกอบอาหารที่ง่ายๆ ใช้เวลาในการปรุงน้อยแต่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงหรือเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์มารับประทาน

ในส่วนของปัจจัยเสริมที่มีอยู่ในปัจจุบันถือได้ว่าสื่อมวลชนโดยเฉพาะสื่อทางโทรทัศน์และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยเลือกซื้อสินค้าโดยเฉพาะเด็ก/วัยรุ่นมักจะนิยมซื้อสินค้าที่มีการโฆษณาทางโทรทัศน์ ดังนั้น ผู้ปกครองควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนเพื่อไม่ให้เกิด



การตามกระแสนิยมมากเกินไปจนขาดการใส่ใจในเรื่องของ
ภาวะโภชนาการที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ในอนาคต

ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของ
นักเรียนในเขตตำบลบ้านตึก พบว่า มีความถี่ในการบริโภค
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป 1 - 7 วันต่อ 1 เดือน ซึ่งถือว่ามีกร
บริโภคค่อนข้างสูง ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุข,
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงาน
ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานโภชนาการโดยตรงควรมีแผนงาน
โครงการในการเผยแพร่ความรู้ในทางเลือกการบริโภค
อาหารที่เหมาะสมเนื่องจากมีส่วนกำหนดความกล้าหรือ
ความกลัวต่อการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ เพื่อให้เกิดความ
ตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารประเภท
ต่างๆ ต่อสุขภาพของตนเองและนำไปสู่การรับพฤติกรรม
การบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่
กึ่งสำเร็จรูปในเชิงลึกให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการศึกษา
หลายๆ แบบ อาทิเช่น การใช้แบบบันทึกพฤติกรรม
การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ทราบถึงมุมมองของ
นักเรียนและ/หรือผู้ปกครองต่อพฤติกรรม ค่านิยมและ
ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในภาพกว้าง
มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่
กึ่งสำเร็จรูปของประชาชนช่วงกลุ่มวัยอื่นในพื้นที่ เพื่อนำ
ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบ
วางแผน กำหนดนโยบายตลอดถึงพัฒนาการดำเนินงาน
ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป
ในรูปแบบต่างๆ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและอยู่ในทิศทาง
เดียวกันภายใต้บริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนของสถานที่
จำหน่ายบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปในพื้นที่และความรู้ความเข้าใจ
ในการจำหน่ายหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการ และ
การจัดให้มีสื่อให้ความรู้ทางด้านโภชนาการในร้านค้า โดย

อาศัยรูปแบบของการสังเกต การสอบถาม การบันทึก
ข้อมูลหรือวิธีการอื่นใด ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาช่วยในการ
พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพทางอ้อมแก่ประชาชนในพื้นที่
ได้ในอนาคต

4. ควรมีการนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทาง
พัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป
โดยเฉพาะในส่วนที่ยังพบว่าเป็นปัญหาหรืออาหารประเภท
อื่นให้ถูกต้องเหมาะสมต่อสุขภาพและช่วงวัย รวมทั้งมีการ
ศึกษาติดตามผลการดำเนินการอย่างเป็นระยะเพื่อนำไป
วางแผนงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง
ของทุกคนต่อไป

5. ควรมีการศึกษาทบทวนแผนงานการให้
สุขศึกษาเรื่องโภชนาการในพื้นที่ว่าสามารถตอบสนองต่อ
ความต้องการของพื้นที่และมีแนวโน้มผลการดำเนินงาน
เป็นอย่างไร เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลนำมาประกอบการพิจารณา
จัดทำแผนงานในครั้งต่อไปจนนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี
ของประชาชน

6. การจัดทำสื่อ, การให้สุขศึกษาและการให้
คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ถูกต้อง
โดยใช้รูปแบบเชิงรุกจะทำให้ประสิทธิภาพในการสื่อสาร
และถึงตัวกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับ
ในความรู้ที่ถูกต้องและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ
ในทิศทางที่ดีขึ้นจนสามารถที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมกร
บริโภคที่ดีได้ต่อไป



บรรณานุกรม

- กฤษณา สอนทุ่ง (2555). สรุปผลการศึกษานำร่องพฤติกรรมมารบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของนักเรียน
โรงเรียนเมืองดงวิทยา ตำบลบ้านดึก อำเภอศรีษะนาแลย์ จังหวัดสุโขทัย (อัตลำนานา).
กองสุขศึกษา. (2555). กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ [ออนไลน์].
เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.7.150/frontend/theme/view__general__data.php?](http://203.157.7.150/frontend/theme/view__general__data.php?ID__Menu=3822&Init__Set&Init__Chk=0)
ID__Menu=3822&Init__Set&Init__Chk=0 / วันที่สืบค้นข้อมูล 22 กุมภาพันธ์ 2555.
- จิราพร กันทะธง. (2544). **พฤติกรรมมารบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดลำพูน**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์บัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่.
- ณัฐธิดา หวังมุกิตากุล. (2552). กรณีศึกษา : **พฤติกรรมมารบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดใน กรุงเทพมหานคร
เขตลาดพร้าว ห้วยขวาง ดินแดง**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต
สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, จังหวัดพิษณุโลก.
- ประยูร ญาสมุท. (2543). **ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรม
ภาคเหนือ**. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์บัณฑิต,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่.
- ศุภชัยวิชัยกสิกรไทย. (2553). บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปปี'53 : ผู้ประกอบการเน้นการเพิ่มมูลค่าสินค้า พร้อมๆ กับ
ขยายตลาดส่งออก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.positioningmag.com/>
วันที่สืบค้นข้อมูล 16 มิถุนายน 2554.
- สุนิมล ปันวงศ์. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อและพฤติกรรมการซื้อบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของผู้บริโภค
ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด,
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, จังหวัดปทุมธานี.
- สุนิสา อรรถกฤษณ์. (2548). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ของนักเรียนวัยรุ่น
ในเขตเมือง กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น. (2548). บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปผสมแป้งถั่วเหลือง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :
<http://www.vcharkarn.com/vblog/41176/1/30> วันที่สืบค้นข้อมูล 18 มิถุนายน 2554.
- หทัยรัตน์ ไชยพุกธา. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่หอมมา
ในจังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- อนุกุล พลศิริ. (2545). **ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง.



การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ Nurse's Perception on Patient Safety Culture and Incidence of Adverse Events In Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province

ศุภจรรย์ เมืองสุริยา พย.ม*
SupajareeMueangsuriya M.N.S*

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นกระบวนการหนึ่งที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและป้องกันการเกิดความผิดพลาด โรงพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชน การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ ศึกษาอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลของพยาบาลที่มีผลต่อการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลกับการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนคุณภาพการดูแลและกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จำนวน 52 คน เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและ

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย การมีส่วนร่วมการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ชุดที่ 2 แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามตัวชี้วัดคุณภาพของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparative research) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม One Way ANOVA และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พาย (Phi correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.77) เมื่อแยกพิจารณาตามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน พบว่า การรับรู้ด้านผลประโยชน์ที่จะได้รับมากที่สุด คือ การรับรู้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทำให้ได้พัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 82.69 รองลงมา คือ การรับรู้ว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ



ในการทำงานของหน่วยงาน ร้อยละ 75 และมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ร้อยละ 73.08 ตามลำดับ

2. อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิกที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555) พบความผิดพลาดในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยา และการให้เลือดมากที่สุด รองลงมาตามลำดับ คือ การติดเชื้อในผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อแผลฝีเย็บผู้คลอด การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และการติดเชื้อแผลสะอาด การเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 การพลัดตกหกล้ม ส่วนการติดต่อสื่อสารแผนการรักษาและความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วยไม่พบอุบัติเหตุ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมและด้านการรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมและด้านการรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พยาบาลที่มีระดับตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย ในทุกด้านไม่แตกต่างกัน และพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน มีระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับการรายงานอุบัติเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพพบว่า ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา ระยะเวลา

การปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมความรู้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในระดับต่ำ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมความรู้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ในระดับต่ำ ($p\text{-value} < .05, .0489 \leq r \leq .0345$) เช่นกัน

ผลการศึกษานี้ผู้บริหารพยาบาลและผู้บริหารองค์กร สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการรายงานอุบัติเหตุที่ไมพึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ลดอุบัติเหตุที่ไมพึงประสงค์ในองค์กรได้

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย การรับรู้ของพยาบาล การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

Abstract

Patient safety culture is a process that tries to reduce errors rates and to prevent hospital practice errors. Most of the process focuses on effective and safety health service for patients and the public. This comparative qualitative study had the objectives to study the patient safety culture according to the nursing practitioner perception among nurses in all levels that lead to occurrences of errors and adverse events in under graduate nurse's reports in Chiangsaen hospital.

The samples of the study were 52 undergraduate nurses in Chiangsaen hospital who had been working for more than a year. The tools implemented in this study were questionnaires which focused on nurse personal information and perception of adverse events. The tools were based on Cohen and Uphuff's questionnaire on general perception of organization duties. The



data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean and comparison of differences among groups using One way ANOVA and Phi correlation coefficient

The results of the study were:

1. The perception of quality development and general patient's safety cultures was the most important (77.77 percent). When divided into 4 dimensions, the perception of advantages in participating of quality improvement and safety was the most satisfactory (82.69). Next, the perception of quality development helped increase the effectiveness of job was at 75 percent. And the last one, the satisfaction of nurses who worked in an organization that used this program was 73.08 respectively.

2. The adverse events in clinic that occurred in Chiangsaen hospital in the year 2012 (October 2011- September 2012) were : (Descending) - Injection of water solution in black blood vein, medicine treatment and blood transfusion were the most frequent cases. After this, there were infections in perineum, infections in catheter urinary tract infection, clean wound infection, bed sore levels at 2-4, falls, inter-multi-disciplinary communication and the last one, patient identification but the patient identification was found no evidence.

3. The comparison of personal differences that impacted the adverse errors, the review of patient's care's log records and participation of quality improvement activities had been found that the education levels of personnel had an effect to the adverse error reports insignificantly at the level of 0.05. Furthermore, the periods of professional

practice and the opportunities of access to the updated seminary on quality improvement and safety during installation of duties also had an effect on the participating of quality improvement and safety insignificantly at the level of (P-value) 0.01.

The results of this study can be fundamental information for hospital administrators and nursing administrators for the promotion and improvement of general patient's safety cultures and adverse events in patients. So, if the improvement and continuing of practice of this safety cultures are carried on it will be beneficial to patients' safety and it will surely reduce the cases in adverse events.

4. The correlation among personal differences on the report on occurrences of errors and adverse events and the review conference of patient care taking and the participation of improvement program were found that; job positions, the education levels, time of professional practice and the access on updated in-job training had the correlation to the participation on quality improvement activities in low level. Further more, the time of working period and in-job training had the correlation to the participation in the review conference of patient care taking at low level.

The results of this study can be useful to nursing administrators and organization administrators if it is implied in promoting organization working cultures so that it can help prevent the adverse errors in hospitals in order to effectively all reduce reverse cases in hospitals.

Keywords: safety culture, adverse events, nursing perception



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ประชาชนมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารมีความรู้เรื่องสุขภาพ รู้จักใช้สิทธิของตนมากขึ้น มีโอกาสเลือกใช้บริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการมากที่สุด และมีความคาดหวังในการรับบริการทางการแพทย์มากขึ้น ประกอบกับสภาวการณ์ตื่นตัวของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการพยาบาลให้มีคุณภาพ ในวาระของการปฏิรูปสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ทั้งภาวะกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ การให้บริการด้านสุขภาพได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาระบบคุณภาพสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย การควบคุมและป้องกันความเสี่ยง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2553)

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่พึงประสงค์จำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ เวชภัณฑ์ยาและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งการให้การรักษาพยาบาลสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ความปลอดภัยในผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2006) ได้กำหนดให้ความปลอดภัยในผู้ป่วย เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยส่งเสริมให้แต่ละประเทศร่วมกันพัฒนามาตรฐาน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย รวมถึงการกระตุ้นให้สร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก (WHO, 2006) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นกระบวนการหนึ่งที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาดด้วยการค้นหาการจัดการ ความเสี่ยงในระบบบริการ โดยเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น และนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับ ในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการทุกเพศทุกวัย การจะบรรลุเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพได้นั้นต้องมุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและประชาชน (วีณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550) วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรที่ต้องการความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับหน่วยงานหรือองค์กรที่แตกต่างกันโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษา (Kirk, Parker, Claridge, Esmail, & Marshall, 2007) ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย 2) ผู้นำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย 3) การรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร 4) ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ 5) พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย 6) วัฒนธรรมการรายงาน และ 7) วัฒนธรรมการเรียนรู้ (Ginsburg, Tregunno, Fleming, Flemons, Gilin, & Norton, 2007) ประเทศไทยมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยนำเอาระบบการจัดการ ความเสี่ยงเข้ามาเพื่อรักษามาตรฐานและยกระดับคุณภาพ การบริการที่จัดให้กับผู้รับบริการซึ่งการประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการความเสี่ยงมีทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ โดยผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ คือ การบาดเจ็บอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อ และการพลัดตกหกล้มสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือต้องสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายหรืออาจเสียชีวิตได้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, 2554)

โรงพยาบาลเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิมิขนาด 60 เตียง ได้มีกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกการกระตุ้นมาตั้งแต่ปี 2543 จนกระทั่งผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรกในปี 2549 และปัจจุบันยังคงมีกระบวนการพัฒนาได้รับรองมาตรฐานคุณภาพ



โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ประเด็นคุณภาพที่ทีมนำหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร (patient safety goals) โดยการปฏิบัติตามมาตรฐาน “SIMPLE” (Safety Infection Medication Patient process Line Emergency [SIMPLE] (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2550) โรงพยาบาลได้มีการจัดการอบรมบุคลากรเกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยตามหลัก “SIMPLE” ในเจ้าหน้าที่ ในปี 2552 และติดตามผลโดยใช้การวิเคราะห์ช่องว่างของปัญหา (GAP analysis) เพื่อค้นหาโอกาสและกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพด้านความเสี่ยงสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ผู้นำได้สนับสนุนให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยจัดมหกรรมคุณภาพขึ้นปีละ 1 ครั้ง มีแผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องได้แก่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation [HA]) สู่ความยั่งยืนในระบบบริการที่ดี กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เห็นจุดแข็งและโอกาสในการพัฒนาตนเองของระบบบริหารความเสี่ยง และความปลอดภัย นอกจากนี้หน่วยงานยังใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพในประเด็นสำคัญที่มีความหลากหลาย และส่งเสริมให้ทุกหน่วยพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีระบบงานที่รัดกุมมีการสื่อสารและมีการทำงานเป็นทีมดีแล้ว แต่เรายังคงพบอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ และเมื่อได้มีการนิเทศติดตามกำกับการปฏิบัติงาน พบว่าพยาบาลในองค์กรยังปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล หรือแนวทางการดูแลที่กำหนดไว้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพได้ไม่ดีพอ ยังคงพบการรายงานความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานด้านคลินิก และอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การให้เลือดผิด การพลัดตกหกล้ม มีแผลกดทับในผู้ป่วยนอนนานเพิ่มขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลแต่ละระดับ และศึกษาอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และระดับตำแหน่งการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลในองค์กร เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผน การสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงานและความปลอดภัยในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลทุกระดับในโรงพยาบาลเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิกในโรงพยาบาลเชียงใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีต่อการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลทุกระดับในโรงพยาบาลเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของพยาบาลทุกระดับในโรงพยาบาลเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิกในโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีอะไรบ้าง



3. ความแตกต่างระหว่างบุคคลของพยาบาล มีผลต่อการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไร

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล กับการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด กระบวนการพัฒนาคุณภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และแนวคิดของโคเฮนและอัปฮอฟฟ์ (Cohen and Uphuff, 1980 อ้างใน นภา รังสิเวโรจน์, 2544) ซึ่งองค์ประกอบความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย รวม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้และการตัดสินใจมีส่วนร่วม 2) การรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การรับรู้ในผลประโยชน์ที่จะได้รับ และ 4) การรับรู้ในการประเมินผลการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ (Descriptive comparative research) ประชากรเป็นพยาบาลระดับผู้บริหาร และระดับปฏิบัติการในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างรวม 52 คน แบ่งเป็นพยาบาลระดับผู้บริหาร คณะกรรมการบริหาร จำนวน 3 คน พยาบาลหัวหน้างาน จำนวน 7 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการ จำนวน 42 คน โดยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - มิถุนายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ตอน

ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วัชรพร ศิริเทพประไพ (2551) โดยสร้างจากแนวคิดของ โคเฮนและอัปฮอฟฟ์ (Cohen and Uphuff, 1980 อ้างใน นภา รังสิเวโรจน์, 2544) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ และตอนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ชุดที่ 2 เป็นแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามตัวชี้วัดคุณภาพของพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการยินยอมให้ดำเนินการวิจัยจากผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และขอรับคืนภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ในการให้ข้อมูลหรือไม่ให้ข้อมูลก็ได้ และจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 52 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม One Way ANOVA และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พาย (Phi correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.77) เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน พบว่า



รับรู้ด้านผลประโยชน์ที่จะได้รับมากที่สุด คือ การรับรู้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ทำให้ได้พัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ มากที่สุด ร้อยละ 82.69 รองลงมา คือ รับรู้ว่าการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานร้อยละ 75 และมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ร้อยละ 73.08 ตามลำดับ

2. อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านคลินิกที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554-กันยายน 2555) พบความผิดพลาดในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาและการให้เลือดมากที่สุด รองลงมาตามลำดับคือการติดเชื้อในผู้ป่วย ได้แก่ การติดเชื้อแผลฝีเย็บผู้คลอด การติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะและการติดเชื้อแผลสะอาด การเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 และการพลัดตกหกล้มส่วนการติดต่อสื่อสารตามแผนการรักษาและความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วยไม่พบอุบัติการณ์

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมและในด้านการรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ และด้านการประเมินผลที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมและในด้านการรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พยาบาลที่มีระดับตำแหน่งงานแตกต่างกัน มีระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย ในทุกด้านไม่แตกต่างกัน และพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ต่างกัน มีระดับการรับรู้การ

พัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมความรู้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในระดับต่ำ ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมความรู้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในระดับต่ำ ($p\text{-value} < .05, .0489 \leq r \leq .0345$)

การอภิปรายผล

1. ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพทั้งด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจ การปฏิบัติที่ส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อการวางแผนปฏิบัติการทางพยาบาล พัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงาน ลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้น้อยที่สุด หรือป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในทิศทางที่ช่วยส่งเสริมความปลอดภัยเป็นแนวเดียวกัน (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551) ซึ่งเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่ดี จะส่งผลต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติตามประเด็นปัญหา หรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ นำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความผิดพลาดและความบกพร่อง ได้อย่างมีคุณภาพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2548)



นอกจากนั้นทีมผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร (patient safety goals) ผู้นำได้สนับสนุนให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ และตระหนักในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในทุกๆ ปี จึงส่งผลให้พยาบาลผู้ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 6-10 และการได้อบรมความรู้ทางพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 3-4 ครั้ง มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา กาญ (2546) ได้กล่าวถึงรูปแบบการบริหารในองค์กรที่จะส่งผลให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมคุณภาพ และการที่บุคลากรจะเข้าไปมีบทบาทหรือตัดสินใจมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมใดๆ มักมีปัจจัยด้านการบริหารจัดการและนโยบายขององค์กรเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทพงษ์ เกษสมบุญ และคณะ (2546) ที่กล่าวว่า ในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ผู้บริหารสูงสุดควรให้ความสำคัญในการประกาศนโยบายที่เกี่ยวข้องนำลงสู่หน่วยงานผ่านแผนงานโครงการที่ชัดเจน

2. อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554-กันยายน 2555) โดยอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553-2554 มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจเป็นมาจากโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยง และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2551) นอกจากนี้ในองค์กรยังมีกระบวนการหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุและวางแนวทางการป้องกันแก้ไข จึงส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลง อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ปัจจุบันประเทศไทยมีการตื่นตัวในเรื่องเหตุการณ์

ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากมีความตระหนักว่าปัญหานี้ อาจนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ จึงต้องหาแนวทางในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ปัทพงษ์ เกษสมบุญ, ศุภชุตินกุล, พรพรรณ รุณไธย, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ และประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล, 2549) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีระบบและช่องทางการรายงานเหตุการณ์ที่หลากหลายวิธี มีการให้รางวัลหรือชมเชยสำหรับหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้พยาบาลทุกคนทุกระดับมีความเชื่อมั่นต่อระบบการรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรเพิ่มขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สมพร คำผิง และ เรวดี ศิรินคร, 2549)

3. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย พบว่า พยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวม และรายด้านการรับรู้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและด้านการประเมินผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพยาบาลที่มีระดับการศึกษาปริญญาโท มีระดับการรับรู้โดยรวมทุกด้านและด้านการปฏิบัติในงานพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย แตกต่างจากพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ที่มีวิจารณญาณและความคิดสร้างสรรค์ สอดคล้องกับแนวคิดของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2545) ที่กล่าวว่า องค์ความรู้เป็นฐานของการปฏิบัติวิชาชีพ การศึกษาเพื่อเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลควรอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นอย่างต่ำ และการพัฒนาศักยภาพ



สู่การเป็นพยาบาลผู้ชำนาญและผู้เชี่ยวชาญ เป็นบัณฑิตวิชาชีพสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะส่งผลต่อความคิด มีวิจารณ์ญาณ ที่จะสามารถแสดงความคิดที่กว้างไกล มีความก้าวหน้า เติบโตในวิชาชีพต่อไป นอกจากนี้ จากการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปมีโอกาสได้รับการอบรมความรู้ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย ผู้ป่วยมากขึ้นอีกด้วย

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีระดับตำแหน่งงาน แตกต่างกันไป มีระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพและ วัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกด้านไม่แตกต่างกัน และ พยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล เชียงแสนต่างกัน มีระดับการรับรู้การพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกด้านไม่แตกต่างกัน การที่ผลการศึกษาวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลเชียงแสนได้ดำเนินตามมาตรฐานการรับรอง คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลาานกว่า 10 ปี มีการประชาสัมพันธ์ เน้นการสื่อสารถ่ายทอด นโยบายการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทุกระดับมีการรับรู้ถึงงานพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิตพร ฉันท์เฉลิมพงศ์ (2552) ที่พบว่า แม้บุคลากรจะมี ระดับตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน แต่การรับรู้และมีส่วนร่วม การพัฒนาอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงาน วิจัยของ เรมवल นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2552) ที่พบว่า การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ระหว่างพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ มีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมไม่มีความ แตกต่างกัน เป็นผลจากการบริหารองค์กรที่เน้นความร่วมมือ ของบุคลากรทุกระดับในการขับเคลื่อนการทำงาน บุคลากร ทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแบบประเมินตนเองของ หน่วยงาน

นอกจากนั้นจากการศึกษาของ คิม, อัน, จิม และยูน (Kim, An, Jim & Yoon, 2007) พบว่า พยาบาล

ในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้วัฒนธรรมความ ปลอดภัยในทางบวกมากกว่าพยาบาลในระดับปฏิบัติการ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 จะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยทางบวก มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรม ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความ ปลอดภัยผู้ป่วยจำนวน > 5 ครั้ง ขึ้นไป มีระดับการรับรู้ โดยรวมทุกด้านและด้านการปฏิบัติในงานพัฒนาคุณภาพ และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยแตกต่างจากพยาบาล ที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยน้อยครั้งกว่า สอดคล้องกับ การศึกษาของ วัชรพร ศิรเทพประไพ (2550) ที่พบว่า บุคลากรในองค์กรที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการ พัฒนาองค์กรมีการรับรู้และมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ การปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรแตกต่างจาก บุคลากรที่ไม่ได้รับการอบรมความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมี แนวคิดว่าองค์กรที่สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิด ขึ้นได้จะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกันทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกันและแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและ ผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2554) นอกจากนี้ ยังใช้หลักการบริหารจัดการองค์กรโดยใช้หลักธรรมาภิบาล เน้นความร่วมมือของบุคลากรทุกระดับในการขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยในผู้ป่วย จากการศึกษา ของวัชรพร ศิรเทพประไพ (2550) พบว่าการรับรู้ งานพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรระดับนี้จะช่วยให้เกิดการ พัฒนาระบบคุณภาพขององค์กรได้

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ การ รายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยและการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนา คุณภาพ พบว่า ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา ระยะเวลา การปฏิบัติงาน และการได้รับอบรมความรู้ มีความ สัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในระดับต่ำ ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานและการได้รับอบรมความรู้



มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 16-20 ปี ซึ่งมีตำแหน่งระดับหัวหน้างาน หรือคณะกรรมการบริหาร มักได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย และมีบทบาทในงานพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ซึ่งผู้นำเหล่านี้มักได้รับมอบหมายให้เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพความปลอดภัยผู้ป่วย มากกว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั่วไปที่ต้องมีการทำงานแบบหมุนเวียนเวร ทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งการอบรมความรู้หรือการร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมักจะจัดในเวลาราชการ แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในเวรตึกจะไม่สามารถเข้าร่วมประชุมอบรมหรือร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่อได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร ศิริเทพประไพ (2550) ที่พบว่า การอบรมความรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากรที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรแตกต่างกัน บุคลากรที่ได้รับการอบรมความรู้มากกว่าจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพ มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพองค์กรมากกว่าบุคลากรที่ไม่ได้เข้ารับการอบรม และจากการศึกษาของ เรมवल นันทศุภวัฒน์ และคณะ (2554) กล่าวว่า การปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีมีความสัมพันธ์กับการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ และการผสมผสานทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล ความไม่เพียงพอของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น เฉลิมศรี นนทนาคร (2549) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย คือ การเตรียมความพร้อมในด้านการกำหนดทิศทางและวางแผนนโยบายในการนำไปปฏิบัติในด้านความปลอดภัย การส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในทุกระดับและทุกภาคส่วน การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านความปลอดภัย การส่งเสริมในด้านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย

ในองค์กร การมีแนวทางในการปฏิบัติ การรายงานเหตุการณ์และการบันทึกอุบัติการณ์ที่ชัดเจน การเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการอภิปรายในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขร่วมกัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ผู้บริหารควรให้ความสำคัญถือเป็นภารกิจหลักเพื่อให้การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพเกิดความปลอดภัยในองค์กร

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในระดับบริหารผู้มีบทบาทในการกำหนดแนวนโยบายในการปฏิบัติ หากผู้นำมีการกำหนดแนวนโยบายที่ง่ายต่อการนำสู่กระบวนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ จะส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย ลดการเกิดความผิดพลาดและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นเสมือนแนวทางในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในแต่ละด้านให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในองค์การพยาบาล ที่พัฒนางานในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยและเกิดการพัฒนาคุณภาพของวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในองค์การและส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานเพื่อสร้างเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดในองค์การมากยิ่งขึ้นต่อไปนั่นเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการวิจัยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย สรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย เมื่อพิจารณาการรับรู้ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี ซึ่งองค์กรหรือผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับกลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในด้านต่างๆ ให้ดียิ่งๆ ขึ้น



1. ผู้บริหารในองค์กรควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับได้รับการอบรมความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เหตุการณ์ที่เกือบพลาดจนเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้มีระบบและช่องทางการรายงานเหตุการณ์หลากหลายวิธี มีการให้รางวัลหรือให้การชมเชยสำหรับหน่วยงานที่มีการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดซ้ำ ซึ่งอาจจะส่งผลให้พยาบาลทุกคนทุกระดับมีความเชื่อมั่นต่อระบบการรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรเพิ่มขึ้น

2. ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรในการเรียนรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เพื่อการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน ลดความเสี่ยง และป้องกัน

การเกิดอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในปัจจุบันอื่นที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการศึกษามากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ กับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมศรี นนทนาคร. (2549). **วัฒนธรรมองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2545). กลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อการประกันคุณภาพ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์**. มหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2): 32-48.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2548). **การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย**. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- นภา รังสิเวโรจน์. (2544). **การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2553). **ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล Trends & Issue of Nursing Profession**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วัชรพร ศิรเทพประไพ. (2550). **การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเหมืองแม่เมาะ**. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย: แนวคิด กระบวนการ และแนวทางปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก**. กรุงเทพฯ: ด่านสุภาการพิมพ์.
- บุศรา กายี. (2546). **วัฒนธรรมองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



บรรณานุกรม

- ประกาย จีโรจน์กุล. (2548). การวิจัยทางการพยาบาล:แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยและวีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2546). **ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย (โครงการนำร่อง)**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, สุนีย์ จันทรมหเสถียร, ลดาวัลย์ ภูมิวิชชเวช, อำไพ จารุวัชรพานิชกุล, จันทรัตน์ เจริญสันติ, ผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา, และ วราพร สุนทร. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. **พยาบาลสาร**, 38(4): 1-14.
- สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์. (2552). **การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2550). **การค้นหาและวัดอัตราเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้ Trigger Tool**. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สุดีพร ฉันท์เฉลิมพงศ์. (2554). การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของบุคลากรสังกัดหน่วยงานคณะมหาวิทยาลัยศรีประทุม วิทยาเขตชลบุรี. **วารสารวิชาการศรีประทุมชลบุรี** : 53-60.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, สมพร คำพวง และ เรวดี ศิรินคร. (2549). Thai patient safety goals 2006 & sentinel events alert. Retrieved May 10, 2012, from http://www.ha.or.th/Order DVD__F7/001.htm
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2551). **เลื่อนไหลเลียบเลาะ เจาะลึก**. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2554). **Hospital Accreditation การพัฒนาและรับรองคุณภาพ**. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- Kim, J., An, K., Jim, M. K., & Yoon, S. H. (2007). Nurse's perception error reporting and patient safety culture in Korea. **Western journal of nursing reseach**, 29(7), 827-844
- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). **Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use**. *Quality safetyhealth care*, 313-320.
- Ginsburg, R.L., Tregunno, D., Fleming, M., Flemons, W., Gilin, D., & Norton, P. (2007). Perceptions of patient safety culture in six Canadian health care organizations. Retrieved July 10, 2012, from http://www.atkinson.yorku.ca/safetyculture/reports_docs/PSC_2007_MainReport.pdf
- The World Health Organization alliance for patient safety to develop and international. Patient Safety Event Classification. (2006). The concept framework an international patient safety event classification. Retrieved July 10, 2012, from <http://whoicps.org/resources/PSEC%20Conceptual%20framework%20Document.pdf>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงาน ของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

Factors related to nurse practitioner's quality
performance in primary care unit Uthaithani Province

ฐวิช แสงแก้ว

Tawich Sangkaew

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

Uthaithani province health office, Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานที่ฝึกอบรม สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ย ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มประชากรคือ พยาบาลเวชปฏิบัติทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่เรียบเรียงและพัฒนาจากแบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในรพสต./PCU จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยในด้านการบริหารจัดการ 3) ปัจจัยด้านการทำงาน 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 5) คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ไค-สแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่พยาบาลเวชปฏิบัติส่วนใหญ่มีคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชนอยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารจัดการและด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติมีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการพัฒนาและวิจัย มีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำและปัจจัยจำนวนปีหลังการอบรมพยาบาลเวชฯ ปัจจัยการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สำคัญ : คุณภาพการปฏิบัติงาน พยาบาลเวชปฏิบัติ
หน่วยบริการปฐมภูมิ



Abstract

The objective of this research were to study factors relation to quality performance of nurse practitioner in primary care unit. Finding relation between sex, age, working place, working period, training place, marital status, education, position, average income, management factors, working factors, working environment factors and quality performance of nurse practitioner.

This survey research was conducted in all population group were 60 nurse practitioners those working in primary care unit, Uthathani province. The instrument in this study was a rating scale questionnaire, which was reviewed and developed from research's questionnaire in working status of nurse practitioner at PCU, Public health office , Sukhothai province. Includes :1) general data questionnaire 2) management factors 3) working factors 4) working environment factors 5) quality performance of nurse practitioner in primary care unit. Cronbach's alpha coefficient of questionnaire had equal reliability value were 0.92. Data were analyzed as descriptive statistics, frequency, percentage, average, Standard deviation and Chi-square.

The finding of this research were that nurse practitioners those worked in primary care unit had overall quality performance were fair. Most of nurse practitioners had quality performance in community public health service were good. Quality in management and practitioner practice were fair. For development and research were at lower levels . Factor of years after nurse practitioner training and management factors

related to quality performance by statistical significance. ($p < 0.001$)

Keyword : Quality performance , Nurse practitioner, primary care unit

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานรากสำคัญของระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม และทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม รวมทั้งระบบสุขภาพชุมชนเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนประกอบกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นในเรื่องคุณภาพของการให้บริการในระดับปฐมภูมิมากขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยงประชาชนมีส่วนร่วม ยึดชุมชนเป็นฐาน ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เน้นความเป็นองค์รวมและต่อเนื่องรวมทั้งยังทำหน้าที่ส่งต่อประสานเชื่อมบริการอื่นๆทั้งด้านการแพทย์ และด้านสังคมหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนให้เกิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคุณภาพตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีการปรับปรุงด้านกายภาพให้มีบรรยากาศที่ดี (Structure) ปรับปรุงด้านบริการที่ดี (Service) โดยลดเวลาการรอคอย มีจุดแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านและมีจุดบริการรับส่งต่อ ส่งกลับและนัดหมายอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนอีกด้านหนึ่งมีการปรับปรุงระบบบริหารจัดการที่ดี (System) มีระบบประกันคุณภาพและจัดการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในรูปแบบต่างๆ และมีสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรที่รับผิดชอบอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาล



เวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner) เนื่องจากนโยบายและทิศทางการสนับสนุนให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติให้บริการเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่จะช่วยเพิ่มและขยายศักยภาพด้านการรักษาโรคเบื้องต้น การปรึกษาหารือ พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงาน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติ ด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชน ด้านการพัฒนาและวิจัย และด้านการบริหารจัดการ (ญาณิน หนองหารพิทักษ์, 2555)

สถานการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติจากการพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 1,928 คน พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการตรวจรักษาเบื้องต้นสูงสุด โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉลี่ย 26 คนต่อวัน รองลงมาคือ การส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การป้องกันและเฝ้าระวังโรคและความเจ็บป่วย ส่วนปัญหาของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีลักษณะของการทำงานตามลำพัง มีภาระงานมากแต่บุคลากรน้อย ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารบางคนไม่เข้าใจบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ขาดนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งจากระดับประเทศและระดับองค์กร (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2550) จังหวัดอุทัยธานีเป็น 1 ใน 5 จังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 3 มีพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 60 คน จากที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับทั้งเขตเมืองและชนบทให้เพียงพอทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการใกล้บ้านและมีคุณภาพ และลดปัญหาแออัดของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล โดยสนับสนุนให้มีพยาบาลเวชปฏิบัติที่สามารถดูแลบุคคลทุกวัยและครอบครัวในทุกภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ผู้ที่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยทั้งที่มีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยหรือเจ็บป่วย

เรื้อรังในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ จังหวัดอุทัยธานีได้ดำเนินตามนโยบาย แต่จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการปฏิบัติงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์จริงยังไม่เพียงพอที่จะลดปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปฐมภูมิได้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยการทำงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดอุทัยธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกระดับของจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 60 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่เรียบเรียงและพัฒนามาจากแบบสอบถามศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติใน รพสต./PCU ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ปัจจัยในด้านการบริหารจัดการ 3) ปัจจัยด้านการทำงาน 4) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ 5) คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในงานบริการปฐมภูมิ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .92

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-Square

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	58	96.7
ชาย	2	3.3
อายุ (ปี)		
25-35	14	23.4
36-45	30	50.0
45-55	16	26.6
สถานภาพสมรส		
โสด	15	25.0
คู่	40	66.7
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	5	8.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	53	62.4
ปริญญาโท	7	8.2



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=13)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
10,000 - 20,000	15	25.0
20,001 - 30,000	26	43.3
> 30,000	19	31.7
สถาบันที่ฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติ		
มหาวิทยาลัย	9	15.0
วิทยาลัยพยาบาล	51	85.0
จำนวนปีหลังจบการอบรมพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติ (ปี)		
1 - 3	27	45.0
4 - 6	26	43.3
ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	7	11.7
จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ		
1 - 3	26	43.3
4 - 6	15	25
ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	19	31.7
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	48	80.0
PCU โรงพยาบาล/กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวฯ	12	20.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีอายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 50.0 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ ได้รับการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางจากวิทยาลัยพยาบาล ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่จำนวนปีที่จบการอบรมพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติ คือ 1-3 ปี ร้อยละ 45.0 จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี ร้อยละ 43.3 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 80.0



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ (n = 60)

คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวม		
ระดับมาก	21	35.0
ระดับปานกลาง	39	65.0
ระดับต่ำ	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.0

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านบริหารจัดการ ด้านการบริการ สาธารณสุขในชุมชน ด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและวิจัย (n=60)

คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริหารจัดการ		
ระดับมาก	28	46.7
ระดับปานกลาง	32	53.3
ด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชน		
ระดับมาก	39	65.0
ระดับปานกลาง	21	35.0
ด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติ		
ระดับมาก	26	43.3
ระดับปานกลาง	30	50.0
ระดับต่ำ	4	6.7
ด้านการพัฒนาและวิจัย		
ระดับต่ำ	60	100.0



จากตารางที่ 3 พบว่า คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านการบริหารจัดการมากกว่าครึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 ด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชนมากกว่าครึ่งอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.0 ด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ส่วนด้านการพัฒนาและวิจัยทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.0

ตารางที่ 4 คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในระดับบริการปฐมภูมิ (n = 60)

คุณภาพการปฏิบัติงาน	X	SD	การแปลผล
ด้านการบริหารจัดการ	62.18	9.40	ปานกลาง
ด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชน	142.6	14.88	สูง
ด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติ	99.45	20.20	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาและวิจัย	2.43	.50	ต่ำ
คุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวม	306.67	34.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณภาพการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชน อยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารจัดการและด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติ มีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการพัฒนาและวิจัย มีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง รายได้ สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีในการปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนปีหลังการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ ปัจจัยการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการทำงาน และ ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับคุณภาพการปฏิบัติงาน (n=60)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพการปฏิบัติงาน			X ²	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	0	2	0	1.114b	0.291
หญิง	0	31	27		
อายุ (ปี)					
25 - 35	0	8	6	1.120a	0.571
36 - 45	0	19	11		
46 - 55	0	12	14		
สถานภาพสมรส					
โสด	0	9	6	0.330a	0.848
คู่	0	27	3		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0	3	2		
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	0	35	18	0.215b	0.643
ปริญญาโท	0	4	3		
ตำแหน่ง					
หัวหน้า	0	2	3	1.499b	0.221
ผู้ปฏิบัติ	0	38	18		
รายได้ (บาท)					
10,000 - 20,000	0	10	5	3.065a	0.216
20,001 - 30,000	0	14	12		
มากกว่า 30,000	0	15	14		



ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพการปฏิบัติงาน			X^2	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
จำนวนปีในการปฏิบัติงานในหน่วย บริการปฐมภูมิ					
1-3 ปี	0	16	11	0.623a	0.732
4-6 ปี	0	11	4		
ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	0	12	17		
จำนวนปีหลังการอบรมพยาบาล เวชปฏิบัติ					
1-3 ปี	0	23	4	14.205a	0.001**
4-6 ปี	0	10	16		
ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป	0	6	1		
สถานที่ปฏิบัติงาน					
รพ.สต.	0	29	19	2.216b	0.137
รพ/กลุ่มเวช	0	10	2		
ปัจจัยการบริหารจัดการ					
ระดับมาก	0	9	8	16.435a	0.001**
ระดับปานกลาง	0	30	7		
ระดับต่ำ	0	0	6		
ปัจจัยด้านการทำงาน					
ระดับมาก	0	1	0	4.294a	0.117
ระดับปานกลาง	0	32	13		
ระดับต่ำ	0	6	8		
ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน					
ระดับมาก	0	34	14	3.590b	0.058
ระดับปานกลาง	0	5	17		
ระดับต่ำ	0	0	0		

** = $p < 0.05$



ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับจำนวนปีหลังการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ และปัจจัยการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ตำแหน่ง จำนวนปีในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานที่การทำงาน ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดอุทัยธานี พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณภาพการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีคุณภาพการปฏิบัติงานด้านการบริการสาธารณสุขในชุมชนอยู่ในระดับสูง ด้านการบริหารจัดการและด้านปฏิบัติการทางเวชปฏิบัติมีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการพัฒนาและวิจัยคุณภาพมีคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณา จันท์ประเสริฐ (2555) ที่ศึกษาคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออก พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปได้รับการยอมรับจากผู้บริหาร ผู้ร่วมงาน และประชาชนที่มาใช้บริการ อย่างไรก็ตามไม่พบว่าพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปมีการพัฒนางานวิชาการ ด้านการวิจัย หรือการพัฒนานวัตกรรมการให้บริการที่สำคัญ และผลการศึกษาของ สังวาล พงษ์พิสิษฐ์ (อ้างใน อติวัฒน์ ศรีเกษตริน, 2553) ศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ปัญหาด้านทักษะของพยาบาลคือ พยาบาลขาดความรู้ในการทำวิจัย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาความรู้ในการวิจัย รวมถึงการวิเคราะห์และใช้ข้อมูล การใช้ผลการวิจัย และการวิจัยจากการทำงานประจำ หรือแนวทางการพัฒนานวัตกรรม ตลอดจนการเขียนเอกสารวิชาการ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติพบว่า ปัจจัยจำนวนปีหลังการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ และปัจจัยการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา เขียววี (2546) ศึกษาความสามารถในการจัดการการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลหัวหน้าเวร พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานในตำแหน่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยของหัวหน้าเวร จินตนา รัตนสินธุ์ (2549) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางการพัฒนาคุณภาพบริการ พงษ์ศักดิ์ ราชโสภา อ่างใน ฉวนฉิน หนองหารพิทักษ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดสกลนครพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสกลนคร การศึกษาของ วรณลดา เด็กไทย อ่างใน ฉวนฉิน หนองหารพิทักษ์ (2556) ศึกษาปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ตำแหน่ง จำนวนปีในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานที่การทำงาน ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวนฉิน หนองหารพิทักษ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป



ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา เขียววี. (2546). **ความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลหัวหน้าเวร**. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จรียา ลิมานันท์. (2550). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนเขต 9**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา รัตนสินธุ์. (2549). **การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ญาณิน หนองหารพิทักษ์. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี**. **วารสารวิจัย มข. (บศ.)**, 13(1), 99-111.
- นัยนา หนูนิล, รามพร คงกำเนิด และทัศนียา วังสะจันทานนท์. (2543). **ประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของสถานผดุงครรภ์**. สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ทัศนยา บุญทอง (2550). **บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการในระดับปฐมภูมิ**. **วารสารสภาการพยาบาล**. 22(4), 24 - 37.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2551). **พยาบาลเวชปฏิบัติกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ**. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. 39 - 42.
- สุวรรณา จันท์ประเสริฐ. (2550). **พยาบาลเวชปฏิบัติ : เอกภาพ เอกลักษณ์ เอกสิทธิ์**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 22 (4), 1 - 5.
- สุวรรณา จันท์ประเสริฐ. (2555). **คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. **วารสารสภาการพยาบาล**. 27 (1), 25-38.
- อติญาณ์ ศรเกษตริน, อรวรรณ สัมภาวะมานะ, กาญจนา สุวรรณรัตน์. (2553). **การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ**. 37(3),52-63.
- Davis,L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research**, 5, (104-107).



การใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ขององค์การบริหารส่วนตำบล

Operating Manual in Health Promotion of Subdistrict Administrative Organization

นางสาวเบ็ญจา ยมสาร, นางพะเยาว์ กรีก้า
และนางสาวนัยนา สำเภาเงิน ศูนย์อนามัยที่ 8

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีต่อกลุ่มแกนนำของ อบต. ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. 3) การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และ 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้คู่มือ ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing Process) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ซึ่งรวมถึงการประเมินความต้องการ (Need assessment) 2) การวางแผน (Planing) 3) การพัฒนา ทดสอบ แก้ไของค์ประกอบของการวางแผนให้ดีขึ้น (Development, testing and refining of plan elements) 4) ลงมือปฏิบัติ (Implementation) 5) ประเมินประสิทธิผลทางการตลาด (Assessment of Marketing Effectiveness) 6) ป้อนข้อมูล ย้อนกลับไปยังขั้นที่ 1 (Feed back to the first stage) เป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มแกนนำระดับตำบล ประกอบด้วย นายก อบต. ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน แกนนำประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 อบต. ละ 10 คน รวม 100 คน โดยใช้การสุ่ม อบต. แบบสัดส่วน

(Proportional Allocation to Size) ตามจำนวนของ อบต. แต่ละจังหวัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 8 ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตรและอุทัยธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา ก่อนและหลังการทดลองพบว่า คะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลองเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ได้ทำการทดลองมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และเมื่อพิจารณาข้อมูลแผนงาน/โครงการ จะคล้ายคลึงกันในหลาย อบต. เช่น ชี้อวดชื่น ยาพ่นหมอกควัน เครื่องออกกำลังกาย เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าโครงการทางด้านส่งเสริมสุขภาพของ อบต. ส่วนใหญ่เป็นการป้องกันโรคมามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับ อบต. ควรเริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน รวมถึงผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องของ อบต. ให้เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ



คำสำคัญ : การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบล

Abstract

This Quasi Experimental Research was performed for the purpose of studying the result of Operating Manual in Health Promotion for the Subdistrict Administrative Organization which focus mainly on group of Subdistrict Administrative Organization (SAO)'s leader regarding 1) knowledge about health promotion 2) recognition of the role of SAO 3) supportive role of SAO on health promotion and 4) perceiveability on the benefits that people would receive represented by sample group before and after the experiment. The application of social marketing process, consisting of the six consecutive steps : 1) analysis and need assessment 2) planning 3) Development, testing and refining of plan elements 4) Implementation 5) Assessment of marketing effectiveness and 6) feedback to the first stage was employed in this case. The study was held according to one group pretest-posttest design method. The main focus group was Subdistrict Administrative Organization (SAO)'s leaders which were chief executive of the SAO., chief administrative of the SAO., public policy-analysis officer, people's leader and public health volunteers in 10 SAO in total number of 10 peoples per 1 SAO which also means 100 people by using proportional allocation to size in area of Health Promotion Center 8, for instance Kamphaeng Phet, Nakhon Sawan, Phichit and Uthai Thani using descriptive statistics as a tool

to evaluate percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The results from the comparison between before and after the experiment indicate that knowledge about health promotion, recognition of the role of SAO and perceiveability on the benefits that people would receive significantly increased ($p < 0.05$) however, supportive role of SAO in health promotion insignificantly increased. Moreover, by considering data of each project this research discovered that each SAO has something in common. For instant purchasing vaccine, drug fogging, exercise equipment etc. which implies that health promotion project of SAO mainly prevent disease rather than health promoting.

In summary, in order to boost up health promotion disciplinary, we must initiate with providings basic knowledge, understanding and awareness of the public health problems in the local area. In addition, people should be informed that it's better to boost up your health than to fix it by emphasizing on the participation of people and communities. Therefore, applying social marketing process would be another great alternative to encourage consecutive working steps which were more efficient. Nevertheless, the effectiveness and efficiency of such process depend on capability and resources constrain of such community as well.

Key word : Operating in Health Promotion,
Subdistrict Administrative Organization



บทนำ

นโยบายกระจายอำนาจการบริหารงานสู่ท้องถิ่น รวมทั้งปฏิรูประบบราชการให้มีขนาดเล็กลง โดยถ่ายโอนงานบางส่วนให้ส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงาน ซึ่งในปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ประกาศใช้ในวันที่ 2 ธันวาคม 2537 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 เป็นต้นมา เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงานมากที่สุด แก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่นให้ตรงประเด็น ตลอดจนการกำหนดนโยบาย การจัดทำแผนในระดับตำบล ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดไว้

ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540 - 2544) ได้เน้นในเรื่องการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริง ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน เน้นเสริมสร้างและสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (Community Action) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสำคัญๆ เช่น ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภค การต่อต้านยาเสพติด การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ โดยชุมชน และการลดอุบัติเหตุ เป็นต้น กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน จึงเป็นกระบวนการสร้างจิตสำนึก (Conscientization) ซึ่งจะต้องมีความสอดคล้องกับสภาพท้องถิ่นที่มีความแตกต่างทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

ผลการศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของผู้บริหาร อบต. พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่เข้าใจว่าปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมปัญหาใดเป็นปัญหาร้ายแรงหรือเป็นปัญหาเร่งด่วนของตำบล แต่ส่วนมากมองว่าปัญหาของตำบลเป็นปัญหาด้านการขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ประเภท ถนน ไฟฟ้า สะพาน แหล่งน้ำมากกว่า (ชูชัย ศุภวงศ์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่ยังคงคิดว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย ส่วน อบต. เป็นหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านงบประมาณ และออกช่วยเหลือเป็นกรณี ๆ เท่านั้น (ลือชา วนรัตน์ และคณะ, 2540) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของ อบต. ในพื้นที่ต่างๆ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อบต.ในพื้นที่ห่างเหินกัน เนื่องจากส่วนกลางยังไม่ได้บอกให้ชัดเจนว่าจะมีการทำงานร่วมกันอย่างไร บทบาทของ อบต.บางประการยังไม่ชัดเจน เพราะขาดการอธิบายให้ชัดเจน (กรองแก้ว ก้อนนาค และคณะ, 2540) นอกจากนี้จากการศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ต้องการให้ อบต. สามารถดำเนินการสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์กรมอนามัย ในท้องถิ่นของตนเองได้ โดยรับสมัคร อบต.ที่สนใจ พบว่า มี อบต. ที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าวเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น (27 แห่ง) ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ อบต. มีภาระในการพัฒนาเชิงนโยบายด้านอื่นๆ จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และจากการนิเทศติดตาม ประเมินผล พบว่า อบต. มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้ตามเกณฑ์ดังกล่าว เพียง 11 อบต. หรือคิดเป็นร้อยละ 40.7 ของ อบต.ที่เข้าร่วมโครงการ (พะเยาว์ กรีก้า และคณะ, 2547)



จากการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวมา พบว่า อบต. ขาดองค์ความรู้ในเชิงบทบาท ประสบการณ์ ทำให้เป็นปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับความรู้เพิ่มเติมและประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของท้องถิ่น และสร้างความตระหนักว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่เป็นปัญหาลำดับต้นๆ ที่จำเป็นต้องแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ในฐานะที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มแกนนำ อบต. มีความรู้และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์กระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing Process) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) ซึ่งรวมถึงการประเมินความต้องการ (Need assessment) 2) การวางแผน (Planing) 3) การพัฒนา ทดสอบ แก้ไข องค์ประกอบของการวางแผนให้ดีขึ้น (Development, testing and refining of plan elements) 4) นำไปลงมือปฏิบัติ (Implementation) 5) การประเมินประสิทธิผลทางการตลาด (Assessment of Marketing Effectiveness) และ 6) การป้อนข้อมูลย้อนกลับไปยังขั้นที่ 1 (Feed back to the first stage)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีต่อกลุ่มแกนนำของ อบต. ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. 3) การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และ 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing Process) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ที่ซึ่งรวมถึงการประเมินความต้องการ (Need assessment) 2) การวางแผน (Planing) 3) การพัฒนา ทดสอบ แก้ไข องค์ประกอบของการวางแผนให้ดีขึ้น (Development, testing and refining of plan elements) 4) ลงมือปฏิบัติ (Implementation) 5) ประเมินประสิทธิผลทางการตลาด (Assessment of Marketing Effectiveness) และ 6) ป้อนข้อมูลย้อนกลับไปยังขั้นที่ 1 (Feed back to the first stage) ในการสนับสนุนให้ อบต. เกิดแนวคิดด้านส่งเสริมสุขภาพและนำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพเป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

อบต. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 8 คือ 4 จังหวัด ในเขตตรวจราชการที่ 3 ได้แก่ จังหวัดกำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี จำนวน 339 แห่ง (ข้อมูล ปี พ.ศ. 2549)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มแกนนำระดับตำบล ประกอบด้วย นายก อบต. ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน แกนนำประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 อบต. ละ 10 คน รวม 100 คน โดยใช้การสุ่ม อบต. แบบสัดส่วน (Proportional Allocation to Size) ตามจำนวนของ อบต. แต่ละจังหวัด



ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม (Social Marketing Process)

ตัวแปรตาม ผลการใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีต่อกลุ่มแกนนำของ อบต. ในเรื่อง 1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. 3) การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และ 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดศึกษากลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ศึกษาในกลุ่มแกนนำระดับตำบล ได้แก่ นายกอบต. ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนแกนนำประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 อบต. ละ 10 คน รวม 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

คู่มือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล เนื้อหาประกอบด้วย

- บทที่ 1 ปัญหาสุขภาพของคนไทย
- บทที่ 2 การค้นหาปัญหาและการสำรวจข้อมูลของชุมชน
- บทที่ 3 การทำประชาคม
- บทที่ 4 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

บทที่ 5 การกำหนดสาเหตุและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

บทที่ 6 การวางแผนงาน/โครงการ

บทที่ 7 การประเมินผลโครงการ

โดยดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาทฤษฎี หลักการและแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ การค้นหาปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุ การวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพ นำมาพัฒนาเป็นคู่มือฯ โดยทีมวิจัย

1.2 นำคู่มือฯ ที่ได้ ไปให้ กลุ่มแกนนำ อบต. ที่ไม่ใช่ อบต. กลุ่มตัวอย่าง ใช้ในการดำเนินงาน และเสนอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ซึ่งแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นโดยทีมผู้วิจัย ได้รับการตรวจสอบเนื้อหา (Content Validity) จากนักวิชาการของศูนย์อนามัยที่ 8 และแก้ไขปรับปรุง สำหรับแบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ อบต. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.71 จากนั้นได้นำแบบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แกนนำระดับตำบล เนื้อหาประกอบด้วย โครงสร้างของ อบต. ด้านสาธารณสุข แผนงาน/โครงการในอดีต การส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชนในพื้นที่ การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามแกนนำระดับตำบล ใช้สอบถามกลุ่มแกนนำระดับตำบล เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต.



ส่วนที่ 4 การสนับสนุนการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชน
จะได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่าง พฤษภาคม 2549 – สิงหาคม 2550
โดยดำเนินการดังนี้ คือ

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่ม อบต. ที่ศึกษา

- วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโครงสร้าง
บทบาทหน้าที่และการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth
interview) กับกลุ่มแกนนำระดับตำบล เพื่อนำมาใช้ในการ
การวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินการวิจัย

- วางแผนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้แกนนำ
อบต. มีแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและสามารถนำไป
ใช้ในการจัดทำแผนงาน / โครงการด้านการส่งเสริม
สุขภาพได้

- พิจารณาทดสอบและแก้ไข โดยสรุป
ความจำเป็นและความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพ
ของ อบต. นำมากำหนดเนื้อหาและสื่อที่จะใช้ในการ
ดำเนินกิจกรรม

2. การทดลองใช้คู่มือ

- นำแผนกิจกรรมที่วางไว้ มาดำเนินการ
กับแกนนำ อบต. กลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่งตามขั้นตอน
ของคู่มือ

3. ศึกษาผลของการใช้คู่มือ

- ประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงาน
รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินหลัง
ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง

- การป้อนข้อมูลย้อนกลับ โดยนำข้อมูล
ทั้งหมดที่ได้รวบรวมมาทบทวนข้อบกพร่องและจุดอ่อน
ต่างๆที่พบ เพื่อนำกลับไปวิเคราะห์และปรับปรุงวางแผน
ใหม่อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อนำ
เสนอผลรายงานด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มแกนนำอบต.

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของ อบต.

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
ร้อยละ 80.00 เปิดดำเนินการมาเป็นเวลา 10-11 ปี กลุ่ม
ตัวอย่างร้อยละ 100.00 ไม่มีโครงสร้างฝ่ายสาธารณสุข
โดยส่วนใหญ่จะให้เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน
เป็นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขแทน คิดเป็นร้อยละ
70.00 การปฏิบัติงานสาธารณสุขในพื้นที่ปัจจุบันเป็น
หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยและมี อสม.
เป็นผู้ช่วย คิดเป็นร้อยละ 42.11 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่
ของ อบต. คิดเป็นร้อยละ 26.32 ที่ผ่านมากกลุ่มตัวอย่าง
ร้อยละ 100.00 มีการประสานงานกับสถานีอนามัยและ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยส่วนใหญ่พบว่า เจ้าหน้าที่
ประจำสถานีอนามัยเป็นผู้เสนอแนวทางการดำเนินงาน
ด้านสาธารณสุข และ อบต. ให้การสนับสนุนงบประมาณ
กับสถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ 100.00
ตามลำดับ และโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็น
ว่ามีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อยู่ใน
ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 60.00

1.2 ข้อมูลพื้นฐานคุณลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาประชากรกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 92 คน พบว่า ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งสมาชิก
องค์การบริหารส่วนตำบล คิดเป็นร้อยละ 21.74 และ
ร้อยละ 47.83 ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนี้เป็นระยะเวลา
2-5 ปี ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษา และมีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี



คิดเป็นร้อยละ 34.78 และร้อยละ 52.17 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.35 เคยทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น เป็นอสม. และ ร้อยละ 91.30 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

1.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการประชุม มีคะแนนเฉลี่ย 12.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.59 หลังการประชุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.55 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการประชุมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	n	x	S.D.	t	df	p-value
ก่อนประชุม	92	12.55	1.59	- 10.425	91	0.001*
หลังประชุม	92	14.48	1.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 6.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 7.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96 และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (difference mean) เท่ากับ 0.85 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 92)	x	S.D.	difference mean	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	6.38	1.26	0.85	-3.993	91	0.001*
หลังการทดลอง	7.23	0.96				

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$



2.1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงบทบาทของอบต. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 56.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.43 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 58.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.86 และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (difference mean) เท่ากับ 2.27 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 92)		S.D.	difference mean	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	56.57	5.43	2.27	-2.859	91	0.004*
หลังการทดลอง	58.84	5.86				

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

2.1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 37.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.24 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 37.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.84 และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (difference mean) เท่ากับ 0.25 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 92)		S.D.	differenc mean	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	37.44	3.24	0.25	-0.889	89	0.346
หลังการทดลอง	37.69	3.84				

2.1.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 24.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.91 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 40.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.70 และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (difference mean) เท่ากับ 15.55 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (n = 92)		S.D.	differenc mean	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	30.21	1.91	10.15	-10.510	91	0.001*
หลังการทดลอง	40.36	4.70				

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$

การอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์การรับรู้ใน 4 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึงบทบาทของ อบต. และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ อบต. ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่ได้ทำการทดลองมีส่วนกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของการรับรู้ทั้ง 4 เรื่อง พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของผลต่างของการรับรู้ทั้ง 4 เรื่อง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สามารถสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างจากการประยุกต์วิธีการตลาดเชิงสังคม โดยการทำกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารแก่แกนนำ และให้แกนนำมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 เรื่อง เพิ่มขึ้น ดังที่กล่าวไว้ว่า ยิ่งถ้าถูกกระตุ้นมากขึ้นเท่าใด ก็ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 144) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ (2540 : 33) และ นายแพทย์ลือชา วนรัตน์ (2540 :133) ที่พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล คิดว่ากิจกรรมด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ

งานส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีหน่วยงานราชการรับผิดชอบอยู่แล้ว รวมถึงประชาชน กรรมการหมู่บ้าน และองค์กรต่างๆ ไม่ทราบภารกิจขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทำให้เวลามีปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประชาชนจะรอพึ่งเจ้าหน้าที่ภาครัฐมาดำเนินการแก้ไข แทนที่จะเสนอปัญหาหรือความต้องการต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับตำบล เพราะคิดว่า อบต. มีหน้าที่ทำถนน ซักคลอง พัฒนาหมู่บ้าน และพัฒนาอาชีพ

2. ผลการวิเคราะห์จำนวนแผนงาน/โครงการก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนแผนงาน/โครงการเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อพิจารณาแนวโน้มของจำนวนแผนงาน/โครงการย้อนหลัง 3 ปี ในปีพ.ศ. 2549 - 2551 พบว่า มีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน และมีทิศทางไม่แน่นอน

จากการสอบถามเจ้าหน้าที่และเก็บข้อมูลแผนงาน/โครงการ ย้อนหลัง ส่วนใหญ่พบว่าโครงการจะเหมือนปีที่ผ่านมา และจะคล้ายคลึงกันหลาย อบต. เช่น การซื้อวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า ยาพ่นหมอกควัน จัดซื้อเครื่องพ่นหมอกควัน จัดซื้อเครื่องออกกำลังกาย ประจำหมู่บ้าน เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า การได้มาซึ่งแผนงาน/โครงการของ อบต. ไม่ได้มาจากปัญหาหรือความต้องการในพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลว่าในการทำประชาคม ชาวบ้านต้องการได้ถนน ไฟฟ้า คูคลองมากกว่าปัญหาสุขภาพ ทำให้แผนงานที่ได้จึงไม่มีการแก้



ปัญหาสุขภาพเสนอขึ้นมา ประกอบกับ อบต. ไม่มีโครงสร้าง
สาธารณสุข ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแทน ซึ่งไม่มีความ
รู้ในการจัดทำแผนงานสาธารณสุขอย่างแท้จริง จึงมอง
ปัญหาสาธารณสุขได้แคบ ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์
เชิงลึกที่กล่าวว่า ปัญหาในการดำเนินงานสาธารณสุข
สาเหตุหนึ่งมาจาก อบต. ไม่มีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข
โดยตรง และอีกสาเหตุหนึ่งคือ ผู้บริหาร อบต. หรือ
สมาชิก อบต. ไม่เห็นความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข
และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ประชาชนมีความต้องการด้าน
โครงสร้างพื้นฐานมากกว่าด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับชีวิต
ประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ในบางพื้นที่
ที่กล่าวว่า ถึงแม้จะมีแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพ
แต่ผู้บริหารมักให้ความสำคัญอยู่ในลำดับท้ายๆ
ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ และคณะ
(2540 : 31) ที่กล่าวไว้ว่า สมาชิก อบต. ยังมองเห็นว่า
ปัญหาเร่งด่วนเป็นอันดับแรกๆ คือ ปัญหาด้านโครงสร้าง
พื้นฐาน เช่น การขาดแคลนแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร
ถนนสำหรับการคมนาคม โดยให้เหตุผลว่า ถ้ามีแหล่งน้ำ
เพื่อการเกษตร และการคมนาคมที่สะดวก จะทำให้มีทาง
ทำมาหากิน ผลผลิตดี เศรษฐกิจดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิต
ก็จะดีไปด้วย จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้จำนวน
แผนงาน/โครงการไม่เพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรม
ให้ความรู้ ทั้งนี้เนื่องจากในการอนุมัติแผนงาน/โครงการ
ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและภายนอก รวมถึงสภาพแวดล้อมด้วย
ทำให้ไม่สามารถทำได้ทุกโครงการ ดังนั้นทางผู้บริหารของ
อบต. จำเป็นต้องเลือกทำปัญหาเร่งด่วนหรือปัญหาในพื้นที่
ที่เห็นได้ชัดเจนก่อน

3. แนวคิดและกระบวนการตลาดเชิงสังคม
จากการศึกษาพบว่า การนำแนวคิดกระบวนการตลาด
เชิงสังคมมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการทำงานชุมชน อาจจะไม่
สามารถใช้ได้ทั้ง 4 องค์ประกอบของการตลาด (ผลิตภัณฑ์,
ราคา, การจัดจำหน่าย, การส่งเสริม) เพราะมีข้อจำกัดในเรื่อง
สินค้าหรือบริการในชุมชน ไม่สามารถทำได้เหมือนการ
โฆษณาสินค้าทั่วไป ด้วยเหตุนี้การประยุกต์การตลาด
เชิงสังคมต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตความสามารถและข้อจำกัด
ของทรัพยากร รวมถึงความพร้อมของชุมชนด้วย

ในการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า กระบวนการตลาด
เชิงสังคมสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ใน 4 เรื่อง
ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ถึง
บทบาทของ อบต. การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพของ
อบต. และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเพิ่มขึ้น
เป็นผลให้แผนงาน/โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ
มีจำนวนมากขึ้น ซึ่งผลจากการวิจัยตามแนวคิดดังกล่าว
สามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านผลิตภัณฑ์ในการศึกษา
ครั้งนี้คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สิ่งสำคัญ
คือ ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ
และความเป็นไปได้ในการให้บริการดังกล่าว
2. องค์ประกอบด้านราคา เป็นสิ่งที่กำหนด
ค่าของสินค้าหรือคุณค่าที่ต้องจ่ายแลกเปลี่ยนกับความ
พอใจที่จะได้รับจากสินค้า หรือ ค่าใช้จ่ายที่จะต้องปฏิบัติ
ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งจะ
ต้องมีการวิเคราะห์ศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายว่าสามารถ
ซื้อหาหรือแลกเปลี่ยนกับบริการนั้นได้หรือไม่ บางครั้ง
ค่าใช้จ่ายอาจจะสูงเกินไป ควรมีการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์
ที่คุ้มค่ากับการบริการนั้นๆ
3. องค์ประกอบด้านกลวิธีการจำหน่าย จะต้อง
พิจารณาว่าจะขายหรือกระจายแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ ณ ที่ใดบ้าง เช่น
ในโรงพยาบาล หรือในชุมชน
4. องค์ประกอบด้านการสื่อสารการตลาด
ควรจะต้องมีการวิเคราะห์ศึกษากลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับ
สื่อและช่องทางในการสื่อสาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ
กำหนดวิธีและพัฒนาเนื้อหาที่ใช้สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย
เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการ
ศึกษาค้นครั้งนี้ใช้การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (face to face
communication) เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง แล้วย้อนกลับ
นำมาปรับปรุงสินค้าให้ดีขึ้น หรือการตลาดตรง (direct
marketing) หรือการขายตรง โดยใช้การนำเสนอให้เกิด
การคล้อยตามควบคู่กับใช้คู่มือการดำเนินงานส่งเสริม
สุขภาพของ อบต.



ข้อเสนอแนะ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล/กลุ่มแกนนำ อบต. เป็นคณะทำงานในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ และมีคณะกรรมการทุกหมู่บ้านในการขับเคลื่อน มีการสื่อสารแก่ ประชาชนและประชาชนเป็นฝ่ายสมทบ
2. มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพ และเห็นว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งช่องทางที่เหมาะสมที่สุดคือผ่านหอกระจายข่าว รองลงมาคือ การประชุมประจำเดือนทุกหมู่บ้าน
3. ควรผนวกงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกรณีมี อบต. สัญจร เช่น การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา/แนะนำ การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ (ในกรณีที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกิจกรรมด้วย)

4. สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เกี่ยวกับบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการประสานงานและสนับสนุนการทำงานด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
5. การแก้ปัญหาส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จำเป็นต้องมีการค้นหาปัญหาในพื้นที่ เช่น ใช้ข้อมูลจากสถานีอนามัย และหาความต้องการของประชาชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม เช่น การจัดทำเวทีประชาคมด้านสุขภาพ และคัดเลือกตัวแทนประชาชนเข้าร่วมกระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กรองแก้ว ก้อนนาคและคณะ. (2540). **สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและกรรมการบริหารกับบทบาทในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ : สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย ชูชัย ศุภวงศ์. (2541). **อบต.กับอนามัย การศึกษาวิจัยบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนางานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม**. วารสารหมออนามัย, 7(5)
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์และคณะ. (2540). **บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุข**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. (พ.ศ.2540-2544). (2554). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. (พ.ศ. 2555 - 2559). (2555). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พะเยาว์ กรีก้า และคณะ. (2547). **ศึกษาการเสริมสร้างแรงจูงใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ**. นครสวรรค์ : ศูนย์อนามัยที่ 8.
- ลือชา วนรัตน์ และคณะ. (2540). **บทบาทของอบต.ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์.



คำแนะนำ

การเตรียมต้นฉบับ

เพื่อส่งพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา

อารสาร การศึกษา การพยาบาลและการสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะเยา เป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าวที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง



การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลงานวิชาการ ทั้งรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน ระบุ คำนำหน้านาม และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทยและอังกฤษ
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
4. ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วนมีความยาวไม่เกิน 200 คำและคำสำคัญ (Key word) คำสำคัญ (Keywords) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. รายงานการวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย บทนำ ระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัย วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ(หากมี) และเอกสารอ้างอิง

6. บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย บทนำ สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ วิจารณ์กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

7. การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

8. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

9. ส่งต้นฉบับ เป็นเอกสาร จำนวน 4 ชุด พร้อมบันทึกเนื้อหาลงในแผ่น CD และกรอกแบบฟอร์มส่งต้นฉบับ ส่งไปยัง บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะเยา



พะเยา เลขที่ 312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา 56000 หรือส่งเป็น E-Mail มาที่ journal_
phayao@gmail.com หรือ journal@bcnpy.ac.th

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดังตัวอย่าง

1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์
ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*.
(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*(2nd
ed.). Essex, England: Pearson Education
Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E.,
Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J.,
et al. (1973). *Psychology: An introduction*.
Lexington, Mass.: Heath.

2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อบทความ*. *ชื่อวารสาร*, ปีที่
(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนี
ประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.).
วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the
hiring process in organizations. *Consulting*
Psychology Journal: Practice and
Research, 45(2), 10-36.

3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. ในชื่อบรรณาธิการ
(บรรณาธิการ), *ชื่อหนังสือ* (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่
พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน:
การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น
การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการ
เรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจาก
แหล่งเรียนรู้ป่าปู่ตา*. ใน ฉลาด จันทรมสมบัติ
(บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี*
2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม:
สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005).
*Actions and attitudes: The theory of
cognitive dissonance*. In T. C. Brock &
M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological
insights and perspectives* (2nd ed., pp.
63-79). Thousand Oaks, CA, US:
Sage Publications, Inc.

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). *ชื่อเรื่อง*.
วันที่ทำการสืบค้น, *ชื่อฐานข้อมูล*

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548).
ธนาคารหลักสูตร. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550,
จาก [http://db.onec.go.th/thaigifted/
lessonplan/index.php](http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php). Wollman, N. (1999,
November 12). *Influencing attitudes
and behaviors for social change*.
Retrieved July 6, 2005, from [http://www.
radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html](http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html)



การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 โดยพิมพ์ หมายเลขหน้าทุกหน้า ให้ส่งต้นฉบับ จำนวน 4 ชุด พร้อม CD จำนวน 1 แผ่น ตามสถานที่ที่แนบท้ายหรือส่งตาม E-mail : journal_phayao@gmail.com

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ อีกทั้งสิ่งพิมพ์ซ้ำ (Reprints) จำนวน 10 ชุด ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการวารสารพิมพ์ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามความเป็นจริง

การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องชำระค่าสมัครปีละ 300 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 205 โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 08-6728-5935 E-mail : journal_phayao@gmail.com



ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีกำหนด.....ปี
ตั้งแต่ ปีที่..... ฉบับที่..... ถึง
ปีที่..... ฉบับที่.....

โปรดส่งวารสารไปยัง ที่บ้าน
..... ที่ทำงาน
น.ส./นาง/นาย.....

โทร.

อัตราค่าสมาชิก ปีละ 300 บาท

กำหนดออก ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน), (พฤษภาคม - สิงหาคม), (กันยายน - ธันวาคม)

ข้าพเจ้าได้ส่ง () ตัวแลกเงินไปรษณีย์ () ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณจ.พะเยา
() เงินสด () ดราฟธนาคาร.....

จำนวน..... บาท (.....) มาพร้อมนี้
กรุณาออกใบเสร็จรับเงินในนาม

หมายเหตุ : ธนาณัติสั่งจ่ายไปรษณีย์พะเยา ในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : การชำระเงินให้ชำระโดยตรงกับ

บรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000