



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 : Vol 5 No. 2 July - December 2015

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 : Vol 5 No. 2 July - December 2015



ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ISSN 2228-9410



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ภักดิ์	เลิศเรืองปัญญา	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
ทันตแพทย์วุฒิชัย	ชุมพลกุล	ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาความร่วมมือ ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนพ
----------------	-------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

น.ส.กิงพิกุล	ชำนาญคง	นายกฤษณะ	จตุรงค์ศรีศรี
--------------	---------	----------	---------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์	สื่อรุ่งเรือง	ดร.กฤษณา	กาเผือก
-----------------	---------------	----------	---------

กองบรรณาธิการ

นางปิยพร	เสาร์สาร	รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิวัชรโรจน์
นางอโนชา	วิบูลากร	ทพ.ดร.แมนสรวง	วงศ์อภัย
น.ส.วิภาพร	เตชะสรพัศ	ดร.ธัญญภรณ์	ใจมั่ง
น.ส.พิมพ์ภาภรณ์	พรหมใจ		

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938
เว็บไซต์ <http://203.157.71.180/hpc10research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพระ พรี่ – เพรส 242/2 ถ. มณีนพรัตน์ ต. ศรีภูมิ อ. เมือง จ. เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053 – 210816, 053 – 226410, 089 – 4310468 โทรสาร 053 – 404397
E – mail : pattrar@hotmail.com เว็บไซต์ www.pattrara.com



สารบัญ

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2558

	หน้า
บทนิพนธ์ต้นฉบับ	
กระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน หทัยรัตน์ ทองเขียว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน	1
การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองโดยฟันกรามล่างซี่ที่สามที่ปลายรากเปิด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย รัชนิพร พันแสง กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง	15
การศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน วัฒนา น้าพล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน	24
สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงที่ฝากครรภ์หรือคลอดใน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง นฤนาท จอมภาพิน สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง	30
ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ พิมพ์ภากรณ์ พรหมใจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	38
ภาวะสุขภาพบุคลากรและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2556 วิภาพร เตชะสรรพาศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	48
การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย เยาวลักษณ์ ไชยานนท์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	56
การสำรวจพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 1 สายสุทธิ ร่มเย็น ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	65
การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือ ตอนบน ปีงบประมาณ 2556 เพ็ญจิตร กาหมณี ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่	78

กระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน

The process of reinforce for teenage pregnancy prevention and problem solving,
Maehongson Province

หทัยรัตน์ ทองเขียว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอปางมะผ้า ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ หวัด แม่ฮ่องสอนมีกระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5 กระบวนการ ได้แก่ (1) นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (2) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (3) การจัดสรรงบประมาณ (4) การพัฒนากลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การพัฒนาระบบงานคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ การสร้างแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ และการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาในโรงเรียน และ (5) การกำกับ ติดตาม นิเทศ และ ประเมินผล

Abstract

This research aims to reinforce teenage pregnancy prevention and problem solving in Mae Hong Son Province. Target area were Mueang Maehongson District and Pangmapha District, between 2012-2014. The statistical data were Descriptive Research analyzed by Content Analysis and Vital Statistics Rate. The results shown that the process reinforce for teenage pregnancy prevention and problem solving, Mae Hong Son Province 5 process were (1) Policy

and Strategy (2) Strategic Route Map (3) Budget Supporting (4) Developed working process; the activities were developed the youth friendly clinic in hospital services system, the district network expansion, develop the district committee ability, creating youth leaders; by life skills development training for youth leaders, the public communications and learning the process of sex education curriculum. And (5) Monitoring and Evaluation

As a result from the process of reinforce for teenage pregnancy prevention and problem solving, Maehongson Province shown that the situation and trend of teenage pregnancy and birth rate in Mueang Maehongson District were decreased. The birth rate of mother aged between 15-19 years per 1,000 woman populations compared from the year 2012, 2013 to 2014 found that the birth rate was 48.64 41.13 and 38.19. But in Pangmapha District were decreased from 2012 - 2013 was 69.73 to 46.44 and increased at 2014 was 54.81

บทนำ

อัตราการคลอดของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือแม่วัยรุ่น เป็นเรื่องสะท้อนสถานการณ์ การตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ที่มาจาก พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการป้องกัน สะท้อนให้เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ ที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขอย่างจริงจัง เพราะเป็นปัญหาทั้ง ด้านสาธารณสุขและด้านสังคม การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อแม่วัยรุ่นต้องรับภาระในการ ดูแลบุตร โดยที่ยังไม่มีความพร้อม ต้องเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการที่ต้อง หยุดหรือออกจากกระบบการศึกษา ไม่มีงานทำ ภาระค่าใช้จ่ายและรักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตร ขณะที่วัยรุ่นเองยังขาดวุฒิ ภาวะและความพร้อมด้านจิตใจสำหรับการเป็นแม่ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งแม่วัยรุ่นและลูกที่ เกิดมา เป็นอีกภาวะวิกฤตหนึ่งที่ส่งผลกระทบทั้ง ด้านสุขภาพกาย จิต การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม

และวัฒนธรรม ทั้งวัยรุ่นเอง ครอบครัว และ สังคมไทยในภาพรวม ปัญหาดังกล่าวนับเป็นเรื่องที่ ทั่วโลกต้องให้ความสำคัญและตื่นตัวที่จะหา มาตรการป้องกันและแก้ไข ดังที่องค์การ สหประชาชาติ กำหนดนโยบายเชิงรุก โดย กำหนดให้การลดอัตราการเกิดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งใน ตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และ ข้อมูลล่าสุดของ World Health Statistic 2013 ได้ รายงานอัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในมารดา อายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ. 2549-2553 อยู่ที่ 48.9 ต่อ ประชากรหญิงกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน^[3]

ข้อมูลองค์การทุนเพื่อเด็กแห่ง สหประชาชาติ หรือยูนิเซฟ พบว่าในปี 2554 ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นมาก ที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของภูมิภาคเอเชีย และเป็น อันดับสองรองจากทวีปแอฟริกา และพบว่า ร้อยละ 40 ของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชน^[3] ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุ น้อยกว่า 20 ปี ซึ่งแม้ว่าร่างกายของวัยรุ่นจะ เติบโตพอที่จะตั้งครรภ์ได้ แต่ยังไม่สมบูรณ์พอที่ ตั้งครรภ์และคลอดอย่างปลอดภัย ดังแผนพัฒนา เด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ตาม วิสัยทัศน์ “เด็กและเยาวชน มีความมั่นคง แข็งแรง ดี มีสุข และสร้างสรรค์” มีเป้าหมายหลักให้เด็ก และเยาวชนมีความมั่นคงในการดำรงชีวิตอย่าง ทั่วถึง มีความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ มี คุณธรรม จริยธรรม มีสำนึกความเป็นพลเมือง กล้าคิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ตามวิถี ประชาธิปไตย และมีความสุข โดยได้กำหนด ตัวชี้วัดเรื่องการลดอัตราการตั้งครรภ์และคลอด บุตรในเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ไว้ เป็นสำคัญ

โครงสร้างประชากรของไทยได้เปลี่ยน ผ่านเข้าสู่สังคมการเป็นผู้สูงอายุที่มีประชากรสูงวัย เพิ่มขึ้นและประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเร่งสร้าง คุณภาพคนเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มี

ความเข้มข้นมากขึ้นในอนาคต ด้วยการส่งเสริมให้ทุกการเกิดเป็นการเกิดที่มีคุณภาพ สร้างความตระหนัก และการเข้าถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม การเสริมสร้างระบบการจัดการความรู้ เรื่องเพศศึกษา หรือครอบครัวศึกษา พฤติกรรมทางเพศและสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การตั้งครุฑในวัยรุนยังเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเกิดที่ด้อยคุณภาพ ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพมารดาและทารก ด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียโอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาศักยภาพ ตลอดจนด้านสังคมจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการทอดทิ้งเด็ก ล้วนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และเพื่อให้การดำเนินโครงการดังกล่าวเกิดประสิทธิผล ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้ตระหนักและมองเห็นความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงได้ทำการศึกษาวิจัยกระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุน จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเลือกดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 2 อำเภอ คือ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยพื้นราบ และอำเภอปางมะผ้า ซึ่งเป็นอำเภอขนาดเล็ก ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยพื้นที่สูง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การตั้งครุฑในวัยรุน หมายถึง การตั้งครุฑในสตรีที่มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 19 ปี 11 เดือน 29 วัน โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร
2. กระบวนการหนุนเสริม หมายถึง กิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ดังนี้

2.1 นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2.2 การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การป้องกันการตั้งครุฑไม่พร้อมในวัยรุนจังหวัดแม่ฮ่องสอน (SRM)

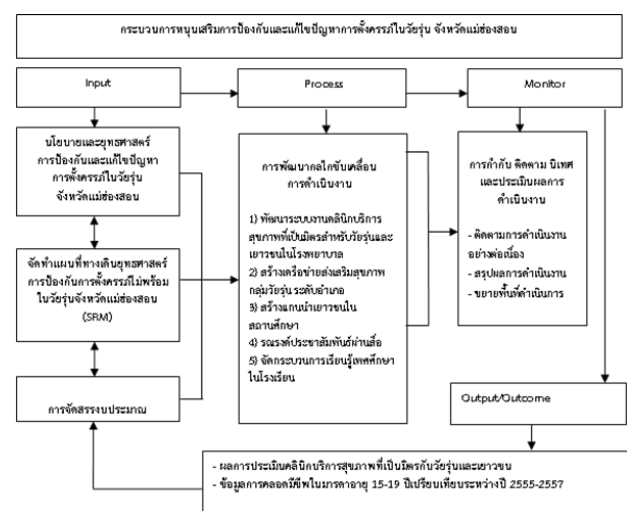
2.3 การจัดสรรงบประมาณ

2.4 การพัฒนากลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพกลไกการ

2.5 การกำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล

3. การศึกษากระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุนจังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายถึง กิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุน 5 กระบวนการหลัก ในอำเภอเมือง และอำเภอปางมะผ้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 หรือระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. นำเสนอกระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ต่อที่ประชุมคณะกรรมการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างวันที่ 6-7 กรกฎาคม 2555 ณ ห้องประชุมโกลเดนปาย แอนด์ สวีท รีสอร์ท อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. ประสานงานและถ่ายทอดกระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน แก่ผู้เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2555 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อดำเนินการตามกระบวนการหลัก 5 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) การพัฒนาระบบงานคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล (2) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ (3) การสร้างแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา (4) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและ (5) การจัดการกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาในโรงเรียน

3. ประสานงานและชี้แจงทำความเข้าใจการใช้แบบรายงานการฝากครรภ์และการคลอด, แบบประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และแบบรายงานผลการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5 กิจกรรมหลัก

4. ดำเนินงานตามกระบวนการหลัก 5 กิจกรรม และติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

5. รวบรวมข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์กระบวนการหนุนเสริมใน 2 อำเภอ อภิปรายเปรียบเทียบความแตกต่างในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ปรับปรุงกระบวนการของแต่ละอำเภอ และปัจจัยหนุนเสริมในการดำเนินงานให้สำเร็จ

6. พัฒนาการบวนการหนุนเสริมให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ 2 อำเภอ คือ อำเภอเมือง และอำเภอปางมะผ้า

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และโรงพยาบาลปางมะผ้า

3. เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน 5 กระบวนการ ประกอบด้วย (1) นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน (2) การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (3) การจัดสรรงบประมาณ (4) การพัฒนากลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน (5) การกำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบรายงานการฝากครรภ์และการคลอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีงบประมาณ 2555-2557

2.2 แบบประเมินโรงพยาบาล ตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ของสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552

2.3 แบบรายงานการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคำถามสำหรับผู้บริหารในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ อัตราสถิติชีพ (Vital Statistics Rate)

ผลการวิจัย

กระบวนการหนุนเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วย 5 กระบวนการ สรุปตามประเด็น ดังนี้

1. นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอนมียุทธศาสตร์การบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้การดำเนินงาน ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามคำสั่งจังหวัด ที่ 265/2555 กำหนด 5 ยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย

1) ยุทธศาสตร์การป้องกัน : ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนในจังหวัด มีความรู้ ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย จัดการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษารอบด้าน ให้เข้ากับมิติของสังคมและวัฒนธรรมจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาที่หลากหลาย เฝ้าระวังติดตามเด็กและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกสถานศึกษา ใช้มิติทางสังคมและวัฒนธรรม ควบคุมสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับเด็กและเยาวชน และบูรณาการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และช่วยเหลือแม่วัยเยาว์

2) ยุทธศาสตร์ด้านการช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู : จัดระบบดูแลให้เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ได้รับคำปรึกษา แนะนำ และส่งต่อ หรือทางเลือกอื่นที่สอดคล้องกับปัญหาชีวิต แม่วัยเยาว์

ได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ และได้รับความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ พ่อแม่วัยเยาว์ได้รับการเสริมทักษะชีวิต แม่วัยเยาว์ได้รับโอกาสกลับไปศึกษาต่อ หรือได้รับการฝึกอาชีพ และจัดหาครอบครัวอุปถัมภ์เพื่อช่วยดูแลบุตร กรณีไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง

3) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้: ส่งเสริมบทบาทองค์ความรู้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคม และภาคีเครือข่ายในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และพัฒนาเครือข่ายการปฏิบัติงานภายในจังหวัด ให้ความช่วยเหลือ ประสานงานส่งต่อ กรณีพบเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ในพื้นที่

4) ยุทธศาสตร์การจัดสิ่งยั่วยุและอิทธิพลจากสื่อ : จัดสภาพแวดล้อมและสถานที่สุ่มเสี่ยงและจัดระบบการตรวจตรา กวาดล้างจับกุม สื่อลามกอนาจาร กำหนดให้สื่อสาธารณะทุกแขนง นำเสนอสื่อที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม สร้างความรู้ที่ถูกต้อง และใช้มาตรการทางกฎหมายควบคุมสื่อภายในจังหวัด

5) ยุทธศาสตร์การผลักดันนโยบายพัฒนาระบบงาน และติดตามผล : นำกลไกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) และแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เป็นกลไกหลักดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในจังหวัด มีผู้รับผิดชอบหลักเข้าดูแลกรณีพบเด็กตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือแม่วัยเยาว์จัดทำฐานข้อมูลเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อบูรณาการกำหนดนโยบายมาตรการ และแนวทางการช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน จากหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีความเห็น ดังนี้

ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรสร้างมาตรการที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันมากกว่าการแก้ไข หากมีการบูรณาการความร่วมมือและขับเคลื่อนโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนให้ทุกจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ จากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม สู่ระดับอำเภอ ด้วยนโยบาย “ก้าวสู่อำเภออนามัยเจริญพันธุ์” โดยเฉพาะการสร้างเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาในวัยรุ่น จำเป็นต้องขับเคลื่อนพร้อมกันเป็นเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ครอบคลุม โรงเรียน และสถานบริการสาธารณสุข อีกทั้งจัดบริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น โดยส่งเสริมการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ดูแลสุขภาพมารดาและทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น พัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น ทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ตลอดจนสร้างเสริมศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เกิดการตื่นตัว และสามารถเผชิญหน้ากับการจัดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภายในจังหวัดได้อย่างเหมาะสม

ผู้บริหารสังกัดสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความเห็นว่า องค์การด้านการศึกษา มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมุ่งเน้นนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ คือ No Sex และ Safety Sex โดยสร้างมาตรการให้เด็กและเยาวชนในวัยศึกษาเล่าเรียนไม่มีเพศสัมพันธ์ มุ่งเน้นให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม เท่าทันต่อพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกันของชายและหญิง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับครอบครัวศึกษาและพฤติกรรมวัยรุ่น สนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนเพศศึกษา รอบด้านสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

เพื่อช่วยเป็นเกราะกำบัง ไม่ให้เด็กและเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ใช้มาตรการหลักคือไม่ให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย และรู้จักป้องกันตนเอง แต่หากป้องกันตนเองไม่ได้ จะต้องมีการเรียนรู้ว่าทำอย่างไรไม่ให้ตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อม และถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องตั้งครรภ์ต่อในขณะที่อยู่ในวัยเรียน ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองเด็กและเยาวชน และกฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีครูที่ผ่านการอบรมเข้าไปดูแลปัญหาเรื่องนี้โดยเฉพาะ จัดให้มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน และเยี่ยมบ้านนักเรียน การที่จะทำให้เด็กมีเพศสัมพันธ์แล้วปลอดภัย เป็นเรื่องจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความร่วมมือ ถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม โดยครอบคลุม ชุมชน โรงเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคสังคมอื่นๆ

ผู้บริหารสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีความเห็นว่า หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการจัดทำและดำเนินนโยบายด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อเนื่องมาหลายปี ล่าสุดมีแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ประกอบด้วยภารกิจหลัก 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบองค์รวม รวมทั้งการขับเคลื่อนเรื่องลดความรุนแรงและพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน และบูรณาการงานศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Crisis Center : OSCC) มุ่งเน้นการบูรณาการงานกับภาคีเครือข่าย โดยองค์กรมีความยินดีทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานงานหลัก เพื่อรวบรวมและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน และร่วมใช้ชุดข้อมูลจากทุกหน่วยงานเพื่อการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น สนับสนุนการดำเนินงานของสภาเด็กและเยาวชนในจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในจังหวัดและชุมชนมีแผนปฏิบัติการ โดยสนับสนุน

กิจกรรม	งบประมาณสนับสนุนระดับอำเภอ	
	อำเภอเมือง	อำเภอบางมะผ้า
เยาวชน 60 คน/1 สถานศึกษา	แกนนำ 540คน	แกนนำ 360 คน
3) การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อป้ายไวนิลรณรงค์เพื่อติดตั้งในโรงเรียน	19,500 บาท	13,500 บาท
สถานพยาบาลและชุมชน	13 ผืน	9 ผืน
รวมการสนับสนุนงบประมาณ	219,500 บาท	153,500 บาท

4. การพัฒนากลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน

4.1 การพัฒนาระบบงานบริการคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล โดยการสนับสนุนงบประมาณปี 2556 ให้โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และโรงพยาบาลบางมะผ้าเพื่อปรับปรุงสถานที่และพัฒนางานบริการฯ เพื่อรองรับการประเมินตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ผลการประเมิน ดังนี้

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 150 เตียง มีการพัฒนาระบบงานบริการคลินิกบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ภายใต้ชื่อ “คลินิกวัยใส โรงพยาบาลศรีสังวาลย์” ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน เมื่อเดือนกรกฎาคม 2556 มีผลการประเมินตามระดับคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ : โรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของคลินิกวัยรุ่นที่มุ่งไปสู่บริการสุขภาพที่เป็นมิตรและมีคุณภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ มีแผนปฏิบัติงาน โครงการ และกิจกรรมด้านการจัดบริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องทุกปี ประกอบด้วย โครงการทักษะชีวิตป้องกันการตั้งครรภ์ของเยาวชนในสถานศึกษา โครงการสร้างเสริมทักษะการให้คำปรึกษา โครงการเสริมสร้างความรู้แบบบูรณาการในโรงเรียน มีการ

จัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและเป็นความลับ

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความต้องการในการใช้บริการ : โรงพยาบาลมีเครือข่ายดำเนินกิจกรรมสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา และเป็นคณะทำงานในระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนของหน่วยงานด้านการศึกษา มีเครือข่ายครูและแกนนำนักเรียน มีการประชาสัมพันธ์คลินิกบริการฯ ผ่านป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ เครือข่ายแกนนำเยาวชนและครูที่ทำหน้าที่ในโครงการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน มีทีมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ ในการจัดอบรมเยาวชนในสถานศึกษา และเกิดแกนนำเยาวชนร่วมการขับเคลื่อน มีการสื่อสารให้เครือข่ายทราบถึงช่องทางส่งต่อ เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ

องค์ประกอบที่ 3 บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลจัดทำบอร์ดนิทรรศการให้ความรู้ แจกเอกสารเผยแพร่ มีช่องทางให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายของโรงพยาบาล และให้ข้อมูลความรู้ทางสื่อออนไลน์ (Facebook) มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในเวลาราชการ โดยบูรณาการร่วมกับงานจิตเวชและ OSCC และนอกเวลาราชการผ่านโทรศัพท์มือถือ มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ มีบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียน มีการส่งต่อ case ทั้งในโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย

องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน : ผู้ให้บริการในคลินิกประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มือถือนอกเวลาราชการ เป็นวิทยากรการอบรมวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาระดับจังหวัด สถานที่สะอาด เป็นสัดส่วน สะดวก เข้าถึงง่าย มีตารางเวลาให้บริการและแสดงประเภทของบริการไว้อย่างชัดเจน

โรงพยาบาลปางมะผ้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน เมื่อเดือนกรกฎาคม 2556 มีผลการประเมินตามระดับคุณภาพของ 4 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ : โรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายคลินิกวัยรุ่นที่มุ่งสู่บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมกับคณะกรรมการศูนย์พึ่งได้ ดำเนินการร่วมแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแผนงานบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการ รวมทั้งแผนกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนทักษะชีวิตในสถานศึกษาแบบบูรณาการ

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความต้องการในการใช้บริการ : โรงพยาบาลจัดทำทำเนียบ ผังเครือข่ายและประชุมแลกเปลี่ยน 2 เดือน/ครั้ง มีเครือข่ายครูและแกนนำ มีการประชาสัมพันธ์คลินิกฯ ผ่านป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ และวิทยุชุมชน เชื่อมโยงงานกับโครงการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน มีทีมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอในการขับเคลื่อนงาน มีการสื่อสารให้เครือข่ายทราบถึงช่องทางส่งต่อ และเปิดบริการทุกวัน โดยไม่ต้องผ่านระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบที่ 3 บริการที่ครอบคลุมความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลจัดทำบอร์ดนิทรรศการให้ความรู้ และแจกแผ่นพับเอกสาร มีช่องทางให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย โรงพยาบาล และสื่อออนไลน์ (Facebook) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มือถือ บูรณาการร่วมกับงานยาเสพติด เอดส์ จิตเวชและ OSCC มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ และส่งต่อ case กรณียุติการตั้งครรภ์

องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตรต่อวัยรุ่นและเยาวชน : ผู้ให้บริการในคลินิกประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน เป็นวิทยากรการอบรมวัยรุ่นในระดับอำเภอ เปิดให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มือถือนอกเวลาราชการ สถานที่สะอาด เป็นสัดส่วน เข้าถึงง่าย มีตารางเวลาให้บริการและแสดงประเภทของบริการไว้อย่างชัดเจน

4.2 การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ โดยระดับจังหวัดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและเทคนิคการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาเพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมดังกล่าว ได้ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานระดับอำเภอ ขับเคลื่อนเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่ นำแผนดำเนินการระดับอำเภอบูรณาการงานกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ขยายเครือข่ายโดยจัดอบรมแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ ประกอบด้วย บุคลากรทางการศึกษาและสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

4.3 การสร้างแกนนำเยาวชนในสถานศึกษานำร่อง พื้นที่อำเภอเมือง 9 แห่ง และอำเภอปางมะผ้า 6 แห่ง โดยคัดเลือกแกนนำเยาวชนจากสถานศึกษาแห่งละ 60 คน รวมเป้าหมายแกนนำทั้งสิ้น 1,320 คน

อำเภอเมือง ดำเนินการในสถานศึกษา 9 แห่ง ประกอบด้วย วิทยาลัยการอาชีพ 1 แห่ง, โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 3 แห่ง, และโรงเรียนขยายโอกาส 5 แห่ง ได้แก่ (1) วิทยาลัยการอาชีพพวนมินทราจินีแม่ฮ่องสอน (2) โรงเรียนห้องสอนศึกษา (3) โรงเรียนเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน (4) โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ (5) โรงเรียนบ้านในสอย (6) โรงเรียนชุมชนบ้านผาบ่อง (7) โรงเรียนชุมชนบ้านหมอกจำแป่ (8) โรงเรียนบ้านห้วยผา และ (9) โรงเรียนไทยรัฐวิทยา 99

อำเภอปางมะผ้า ดำเนินการในสถานศึกษา 6 แห่ง ประกอบด้วย โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง และโรงเรียนขยายโอกาส 4 แห่ง ได้แก่ (1) โรงเรียนปางมะผ้าพิทยาสรรพ์ (2) โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 34 (3) โรงเรียนอนุบาลปางมะผ้า (4) โรงเรียนบ้านวนาหลวง (5) โรงเรียนบ้านแม่ละนา และ (6) โรงเรียนบ้านนาปู่ป้อมแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาเหล่านี้ทำหน้าที่ดูแล ฝึกระวัง ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่กลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ เป็นเครือข่ายรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจในชุมชน สร้างสังคมวัยรุ่นแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” รวมทั้งเป็นแกนหลักขยายเครือข่ายนักเรียนไปยังโรงเรียนใกล้เคียง โดยบูรณาการกิจกรรมการดูแลสุขภาพวัยรุ่นร่วมกับโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ขับเคลื่อนการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา

4.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างกระแสกระตุ้นเตือนในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัด เพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชน ต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจหลากหลายรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อวิทยุ ป้ายรณรงค์ในชุมชน หอกระจายข่าวหมู่บ้าน และเสียงตามสายโรงเรียน โดยปีงบประมาณ 2555 จัดรายการให้ความรู้ผ่านรายการ “สุขภาพดี ชีวิตมีสุข” ของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทางคลื่นวิทยุ 104 FM สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดแม่ฮ่องสอน สนับสนุนหนังสือคู่มือ สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ ให้โรงเรียนและชุมชน สนับสนุนเอกสารความรู้ เพื่อประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย โรงเรียนหน้าเสาธง และหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน และปีงบประมาณ ได้ส่งเสริมให้แกนนำวัยรุ่นในพื้นที่สับเปลี่ยนหมุนเวียนจัดรายการวิทยุ “วัยใส ใส่ใจสุขภาพ” ทางวิทยุ อสมท.จังหวัดแม่ฮ่องสอน ทุกวันเสาร์-อาทิตย์ ระหว่างเวลา 17.00–18.00 น. โดยความควบคุมและดูแลทสนทนา จากงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน และสนับสนุนงบประมาณจัดทำป้ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในสถานศึกษา และ ติดตั้งในเขตชุมชนพื้นที่เสียงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยบูรณาการแผนปฏิบัติงานร่วมกับงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

4.5 การพัฒนาสถานศึกษาต้นแบบจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาที่นอกเหนือจากวิชาสุขศึกษาในคาบปกติ โดยใช้หลักสูตรของแพธ (PATH) ดำเนินการในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา และขยายโอกาส ขับเคลื่อนโดยคณะทำงานเพศวิถีศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยครูผู้รับผิดชอบ ชั่วโมงการสอนหลักสูตรเพศศึกษาต้องผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมผู้จัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา “โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” (หลักสูตรอบรม 4 วัน) โดยโรงเรียนเป้าหมายระดับมัธยมศึกษา จัดทำแผนการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างน้อย 16 ชั่วโมง/ปีการศึกษา อย่างต่อเนื่องในทุกระดับชั้น มีโรงเรียนดำเนินการนำร่องดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ในพื้นที่อำเภอเมือง และปางมะผ้า จำนวน 7 แห่ง ดังนี้

อำเภอเมือง ดำเนินการนำร่องในโรงเรียน 4 แห่ง ประกอบด้วย (1) โรงเรียนห้องสอนศึกษา (2) โรงเรียนเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน

- (3) โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์แม่ฮ่องสอน และ
(4) โรงเรียนชุมชนบ้านผาบ่อง

อำเภอปางมะผ้า ดำเนินการนำร่องใน
โรงเรียน 3 แห่ง ประกอบด้วย (1) โรงเรียนปางมะ
ผ้า พิทยาสรรพ์ (2) โรงเรียนอนุบาลปางมะผ้า
และ (3) โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 34

ปีงบประมาณ 2557 จังหวัด
แม่ฮ่องสอนขับเคลื่อนงานโดยจัดทำแผนปฏิบัติ
การร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
ประถมศึกษาจังหวัดแม่ฮ่องสอนเขต 1 ขยายผล
การจัดอบรมครูทุกคนในโรงเรียนเป้าหมายและ
โรงเรียนเครือข่าย จัดประชุมผู้บริหารสถานศึกษา
และจัดอบรมครูผู้สอนเพศศึกษาเพิ่มตามหลักสูตร
ของ PATH และได้พัฒนาประสิทธิภาพการจัดการ
เรียนรู้เพศศึกษา โดยคณะทำงานเพศวิถีศึกษา
จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้ติดตามการเรียนการสอนใน
โรงเรียนเป้าหมาย เพื่อให้ข้อเสนอแนะและร่วม
พัฒนาในรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละ
โรงเรียน จากผลการติดตามพบว่า ครูมีแผนการ
สอนครูและใช้สื่อได้เหมาะสม ครูมีความรู้ความ
เข้าใจ สามารถนำเข้าสู่บทเรียนและถ่ายทอด
เนื้อหาความรู้ได้ มีความมั่นใจในการใช้ภาษา ตอบ
คำถาม และมีความเห็นว่า หลังการจัด
กระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาเสริมในระดับ

มัธยมศึกษาทุกชั้นเรียน ผู้เรียนมีความสนใจ และ
กล้าที่จะขอคำปรึกษาเป็นการส่วนตัว สามารถ
โต้ตอบ พูดคุย กับครูผู้สอนได้อย่างเปิดเผย ซึ่งเป็น
การลดช่องว่างระหว่างครู นักเรียน และเพื่อนใน
ชั้นเรียน เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กลุ่มเด็กวัยรุ่น
ได้มีทักษะป้องกันตนเองและคนรอบข้าง ในการ
เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

5. การกำกับ ติดตาม นิเทศ และ
ประเมินผลการดำเนินงาน

ระดับจังหวัดจัดระบบติดตามงานใน
สถานศึกษาควบคู่กับการติดตามโครงการโรงเรียน
ส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการ 2 ครั้ง/ปี คือ ภาค
เรียนที่ 1 ช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม และภาค
เรียนที่ 2 ช่วงเดือนมกราคมของทุกปี ส่วนในระดับ
หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดจัดระบบ
นิเทศติดตามงานร่วมกับทีมติดตามนิเทศงานกลุ่ม
งานส่งเสริมสุขภาพ 1 ครั้ง/ปี และดำเนินการ
ร่วมกับทีมนิเทศติดตามงานระดับจังหวัด 2 ครั้ง/ปี
คือ ช่วงเดือนธันวาคมและมิถุนายน ส่วนการเยี่ยม
ติดตามภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ จังหวัดได้
จัดระบบติดตามแบบบูรณาการร่วมกับโครงการ
อำเภออนามัยเจริญพันธุ์

ผลการรายงานการคลอบคลุมมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี จังหวัดแม่ฮ่องสอน (อำเภอเมือง และ
อำเภอปางมะผ้า) ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557

	ปีงบประมาณ 2555			ปีงบประมาณ 2556			ปีงบประมาณ 2557		
	หญิง อายุ 15-19 ปี (คน)	คลอด มีชีพ (คน)	อัตรา ต่อ 1,000 คน	หญิง อายุ 15-19 ปี (คน)	คลอด มีชีพ (คน)	อัตรา ต่อ 1,000 คน	หญิง อายุ 15-19 ปี (คน)	คลอด มีชีพ (คน)	อัตรา ต่อ 1,000 คน
เมือง	1,686	82	48.64	1,702	70	41.13	1,533	59	38.49
ปางมะผ้า	631	44	69.73	646	30	46.44	675	37	54.81

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเปรียบเทียบ 3 ปี รายอำเภอ ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 พบว่า สถานการณ์การคลอดบุตรมีชีพของมารดา อายุ 15-19 ปี อำเภอเมืองมีแนวโน้มลดลง คือ อัตราการคลอดบุตรมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากรในกลุ่มเดียวกัน พื้นที่อำเภอเมือง เท่ากับ 48.64 41.13 และ 38.19 ตามลำดับ ส่วน อัตราการคลอดบุตรมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี ต่อพันประชากรในกลุ่มเดียวกัน พื้นที่อำเภอปางมะผ้า เท่ากับ 69.73 46.44 และ 54.81 ซึ่งพบว่า ลดลงในปีงบประมาณ 2556 และกลับเพิ่มสูงขึ้น ในปีงบประมาณ 2557 และเมื่อสิ้นสุด ปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลเป้าหมาย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และโรงพยาบาลปางมะผ้า ผ่านการรับรองตามเกณฑ์การประเมิน มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและ เยาวชน (YFHS) และเข้ารับโล่เกียรติคุณคลินิก บริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นในปีงบประมาณ 2557

สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น มีความซับซ้อนเชื่อมโยงกันหลายมิติ และแตกต่างกันออกไปตามคุณลักษณะของวัยรุ่นเอง ทั้งด้าน อายุ การศึกษา ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนปัจจัยที่มาจากครอบครัวชุมชน และ บริบทพื้นที่ แรงกดดันจากหลากหลายมิติของ วัยรุ่นนำไปสู่การตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร เพื่อให้ สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่น ความร่วมมือและความสอดคล้องของ การทำงานทุกภาคส่วนภายในจังหวัดจึงมีความสำคัญยิ่ง รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นที่ จะต้องได้รับการศึกษา ได้รับข้อมูลเรื่องเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนเข้าถึงบริการที่ ครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่น

การจัดกระบวนการหนุนเสริมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัด แม่ฮ่องสอน พบว่า ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นั้นครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังขาดการออกดำเนินการ ร่วมในบางกิจกรรม อาทิ การติดตามดำเนินงานใน สถานศึกษา ด้วยภาระงานประจำวันและช่วงเวลา ดำเนินการของแต่ละองค์กร ส่วนการจัดทำแผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์ นับว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ ทุกภาคส่วนได้ร่วมคิดร่วมเสนอความคิดเห็น ที่เอื้อ ประโยชน์ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นในพื้นที่ การจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนระดับอำเภอ ได้ข้อคิดเห็นสะท้อนกลับว่า เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการเริ่มต้นการพัฒนา ระบบบริการ สร้างเครือข่าย หรือการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์สร้างกระแสในพื้นที่อย่างเป็น รูปธรรม

จากการพัฒนากลไกขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาระบบงานคลินิก บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ในโรงพยาบาลนั้น การเข้าถึงบริการพบว่าย่น้อย วัยรุ่นยังอายและกลัวความลับเปิดเผย จังหวัด แม่ฮ่องสอนได้ปรับกลยุทธ์ พัฒนาความเชื่อมโยง ระบบงานบริการ และระบบการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนในสถานศึกษา ในรูปแบบ “1 โรงพยาบาล 1 โรงเรียน” (One Hospital One School : OHOS)^[1] เพื่อลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการของกลุ่มวัยรุ่น ขยายผลเครือข่ายการทำงานสู่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ขับเคลื่อนงานควบคู่กับโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการทำงานของ เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นระดับอำเภอ

การสร้างแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา โดยรวมการดำเนินกิจกรรมด้านทักษะชีวิตทำได้ ครอบคลุมมิติในสถานศึกษาแต่วัยรุ่นนอกสถานศึกษา ยังดำเนินการได้น้อย ด้านวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ และวิถีชนเผ่า นับว่ายังเป็นข้อจำกัดของ การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ตั้งครรภ์ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่วนการสื่อสาร สาธารณะผ่านป้ายรณรงค์และการจัดรายการวิทยุ พบว่า การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อยังไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย มีข้อจำกัดเรื่องภาษา จากความ

ความหลากหลายของประชากรในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ทั้งชาวพื้นเมือง ไทใหญ่ จีนฮ่อ พม่า และชาวเขาเผ่าต่างๆ ประมาณร้อยละ 60 ของประชากรทั้งหมด ได้แก่ ม้ง ลีซู ลาหู่ ลัวะ และกะเหรี่ยง ส่วนกิจกรรมจัดการกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาในโรงเรียนนั้น จากการประชุมผู้บริหารและติดตามการดำเนินงานในโรงเรียน ภาพรวมผู้บริหาร ครู และนักเรียนมีความพอใจ พร้อมให้ความร่วมมือและขยายผลไปยังโรงเรียนใกล้เคียงในโอกาสต่อไป

การบูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน ควรมุ่งเน้นให้เกิดกลไกเชิงรุกให้มากขึ้น สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เน้นการให้คำปรึกษาเป็นลักษณะเครือข่ายสังคม สนับสนุนให้พ่อแม่เข้าถึงช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรผลักดันนโยบายให้มีความต่อเนื่อง มุ่งเน้นการบูรณาการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนกลุ่มวัยรุ่นเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการดำเนินงานและทำการการศึกษาในพื้นที่ ที่เหลืออีก 5 อำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อความครอบคลุมของพื้นที่ และมีข้อมูลเปรียบเทียบที่หลากหลายของบริบทพื้นที่ และวัฒนธรรมชนเผ่า
2. ควรมีการศึกษากระบวนการบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงประเด็นเกี่ยวกับแม่วัยใสในบริบทพื้นที่ หรือชุมชนอื่นๆ เพื่อการเปรียบเทียบ ถอดบทเรียน และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต, คู่มือการดำเนินงานโครงการ 1 โรงพยาบาล 1 โรงเรียน (One Hospital One School : OHOS). นนทบุรี; 2556.
2. กรมสุขภาพจิตและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : ความท้าทาย. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2556.
3. กรมอนามัย, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นโยบายแนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
4. กระทรวงสาธารณสุข, การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนในชุมชน. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพวัยรุ่นแบบบูรณาการตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2557.
6. กระทรวงสาธารณสุข, นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2553.
7. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดวานซ์พรินติ้ง เซอร์วิส จำกัด; 2557.
8. คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน, แผนแม่บทการคุ้มครองเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ.2557-2559. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2557.
9. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital quality indicators) กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2543.

10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย,
มาตรฐานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ
เยาวชนและแบบประเมินตนเอง. นนทบุรี;
2552.
11. องค์การแพธ (PATH), ก้าวที่กล้าบนทางไกล:
ตัวอย่างการนำเพศศึกษาเข้าสู่หลักสูตร
สถานศึกษาประสบการณ์จากโรงเรียนใน
โครงการก้าวอย่างมั่นใจ: องค์การแพธ
(PATH); 2551.

การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองโดยฟันกรามล่างซี่ที่สามที่ปลายรากเปิด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

Autotransplant by Lower Third Molar Open Apex Tooth : a Case Report.

รัชนิพร พันแสง

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองเป็นการย้ายฟันจากตำแหน่งหนึ่งไปปลูกอีกตำแหน่งหนึ่งในช่องปากในคนเดียว กัน รายงานนี้นำเสนอผู้ป่วยชายไทยอายุ 15 ปี มาด้วยฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (36) ซึ่งได้รับการรักษาคลองรากฟันและบูรณะด้วยวัสดุ อุดอมัลกัมแล้ว มีตุ่มหนองด้านแก้มบริเวณปลายรากฟันด้านไกลกลาง ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สาม (38) ไม่พบในช่องปาก จากภาพรังสีพบเงาโปร่งรังสีขนาดใหญ่บริเวณรากฟันไกลกลางของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง และมีวัสดุอุดรากฟันเกินปลายรากฟันไกลกลางด้านลิ้น พบฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามคุดเอียงใกล้กลางมีปลายรากเปิด ให้การรักษาโดยถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง และปลูกถ่ายฟันฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามทดแทน ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ภาพรังสีแสดงลักษณะปกติของเนื้อเยื่อรอบรากฟัน ฟันมีการสร้างรากฟันสมบูรณ์และมีการตอบสนองความมีชีวิตต่อกระแสไฟฟ้า

คำสำคัญ: การปลูกถ่ายฟันในตนเอง
เงาโปร่งรังสี ฟันกรามล่างซี่ที่สามที่ปลายรากเปิด

Abstract

The tooth autotransplant was the replacement of one tooth from one position to another within the same person. The author reported a case of 15-year-old Thai male. Lower left first molar tooth which completed root canal treatment and amalgam restoration had buccal fistula. Lower left third molar tooth unerupted. The radiograph showed large radiolucent area and over root canal filling at disto-lingual root. Mesioangular impacted lower left third molar tooth had open apex. The treatment were extracted lower left first molar tooth and

autotransplanted with lower left third molar tooth. Three years follow up, the patient had no complication. The radiograph showed normal healing of periapical tissue. The tooth had root formation completely and responded to vitality pulp test.

Keywords: Autotransplant, Radiolucent area, Third molar open apex

บทนำ

การปลูกถ่ายฟัน (tooth transplantation) หมายถึงการผ่าตัดเคลื่อนย้ายฟันธรรมชาติจากบริเวณหนึ่งไปปลูกอีกบริเวณหนึ่งเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปหรือไม่เจริญ (aplasia) และเพื่อฟื้นฟูให้พื้นที่บดเคี้ยวกลับคืนมาอย่างเดิม หรือหมายถึงการผ่าตัดเคลื่อนย้ายฟันที่มีชีวิต หรือ ฟัน ที่ มี ก ร ตี บ ตั น ข อ ง เ นื อ เ ยี อ ในโพรงฟัน (pulp obliteration) จากบริเวณหนึ่งไปยังอีกบริเวณหนึ่งในบุคคลเดียวกันหรือข้ามบุคคล^[1] มีการจำแนกชนิดของการปลูกถ่ายในคนตามความแตกต่างของแหล่งที่มาของหน่อฟันที่จะนำมาปลูกถ่ายออกเป็น 4 แบบ^[2] คือ การปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง (autogenous tooth transplantation) การปลูกถ่ายฟันในคนที่มีคู่โครโมโซมเฉพาะเหมือนกัน (isogenic tooth transplantation) การปลูกถ่ายฟันในต่างคนกันซึ่งมีพันธุกรรมต่างกัน (allogenic หรือ homogenous tooth transplantation) และการปลูกถ่ายฟันโดยใช้ฟันจากสิ่งมีชีวิตอื่นที่ต่างสายพันธุ์กัน (xenogenous หรือ heterogenous tooth transplantation) ในปัจจุบันนิยมทำการปลูกถ่ายฟันให้ตนเองมากที่สุดซึ่งมีอัตราความสำเร็จสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้เนื้อเยื่อแบบอื่น ไม่พบปัญหาด้านปฏิกิริยาต่อต้านจากระบบภูมิคุ้มกัน มีความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (histocompatibility) สูงมากและไม่มีปัญหาการติดต่อกันของโรคติดเชื้อที่สำคัญ การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองแบ่งเป็น 3 ประเภท^[3] ดังนี้ การปลูกถ่ายโดยย้ายตำแหน่งฟันจากบริเวณหนึ่งไปยังอีกบริเวณ

หนึ่งในคนเดียวกัน (conventional transplantation) การเคลื่อนย้ายฟันที่กระทำภายในเบ้าฟันเดิม (intra-alveolar transplantation) ได้แก่ การดึงฟันออก การหมุนฟัน และการตั้งฟันขึ้นโดยการผ่าตัด และการปลูกฟันกลับเข้าไปในเบ้าฟันเดิม (intentional transplantation) ได้แก่การถอนฟันเพื่อแก้ปัญหาจากการรักษารากฟัน การปลูกฟันสามารถกระทำได้หลายบริเวณคือบริเวณฟันตัด ฟันเขี้ยว ฟันกรามน้อยและฟันกราม ในประเทศไทยมีการสูญเสียฟันแท้ของคนในวัยหนุ่มสาวยังมีจำนวนมาก ดังนั้นการปลูกถ่ายฟันจึงเป็นวิธีการสำคัญอย่างหนึ่งที่เหมาะสมใช้ในการทดแทนฟันที่สูญเสียไปนอกเหนือไปจากวิธีที่นิยมใช้อยู่ทั่วไป เช่นการใส่ฟันปลอมหรือการฝังรากเทียม (implant) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากและต้องนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ การปลูกถ่ายฟันให้กับตนเองซึ่งนำฟันจากบริเวณหนึ่งมาปลูกถ่ายลงในอีกบริเวณหนึ่งของขากรรไกรคนเดียวกัน ส่วนใหญ่มักเป็นการนำฟันกรามคุดซี่ที่สามมาปลูกแทนที่ฟันที่ถูกถอนไป การพิจารณาเลือกผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมจึงมีผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายฟันให้ตนเองเป็นอย่างมาก การผ่าตัดปลูกถ่ายฟันมี 2 วิธีที่แตกต่างกันชัดเจนในการกรอกระดูกและเตรียมหลุมกระดูกเบ้าฟัน^[4] คือ วิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายฟันแบบขั้นตอนเดียวและวิธี การผ่าตัดปลูกถ่ายฟันแบบ 2 ขั้นตอน รายงานผู้ป่วยในกรณีนี้เสนอการทดแทนฟันที่ต้องสูญเสียไป ให้การรักษาโดยการปลูกถ่ายฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามทดแทนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งที่ถูกถอนไปติดตามผลการ รักษาทั้งทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีเป็นระยะๆที่ 1 เดือน 6 เดือน 1 ปี 2 ปีและ 3 ปี ภายหลังการรักษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 15 ปี มาับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง ด้วยอาการปวดฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง (36) เคยรักษาลงรากฟันและบูรณะด้วยวัสดุอุดอมัลกัมแล้ว มีตุ่มหนองด้านแก้มบริเวณ

ปลายรากฟันด้านไกลกลาง ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว จากการซักประวัติฟันซี่นี้เคยรักษาคลองรากฟันและบูรณะด้วยวัสดุอุดอมัลกัมขนาดใหญ่ กัดของแข็งทำให้วัสดุอุดและฟันด้านไกลกลางแตกมีอาการปวดแบบเป็นๆหายๆหลายครั้ง ขณะที่มารักษามีอาการเจ็บเล็กน้อยบริเวณตุ่มหนอง การตรวจภายนอกช่องปากผู้ป่วยมีใบหน้าสมมาตร ไม่พบความผิดปกติใดๆ การตรวจภายในช่องปากผู้ป่วยมีการสบฟันปกติ (class I occlusion) พบมีหินปูนและเหงือกอักเสบเล็กน้อยโดยทั่วไป ตรวจไม่พบฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สาม (38) ในช่องปาก จากภาพรังสีพานอรามิก พบเงาโปร่งรังสี (radiolucent area) บริเวณรากฟันด้านไกลกลางของฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งขนาดใหญ่ครอบคลุมกระดูกง่ามฟัน (furcation bone) และมีวัสดุอุดรากฟันเกินปลายรากฟันด้านไกลกลางด้านลิ้น (disto-lingual root) พบฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามคุดแน่นแกนของฟันเอียงใกล้กลาง (mesio-angular impaction) เล็กน้อย มีตำแหน่งฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามที่สัมพันธ์กับขอบหน้าของขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ascending ramus) ประเภท 2 (class II) มีช่องว่างให้ฟันกรามซี่ที่สามขึ้นมาได้เพียงบางส่วน ระดับความลึกของด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สามสัมพันธ์กับด้านบดเคี้ยวฟันกรามซี่ที่สองระดับบี โดยด้านบดเคี้ยวของฟันกรามซี่ที่สามอยู่ต่ำกว่าด้านบดเคี้ยว แต่อยู่สูงกว่าส่วนคอฟันของฟันกรามซี่ที่สองที่อยู่ติดกัน ปลายรากเปิด (open apex) มากกว่า 1 มิลลิเมตร ความยาวรากฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามมีพัฒนาการในระยะที่ 1 (stage I) มีรากยาวประมาณ 2 ส่วน 3 ของความยาวรากฟันปกติ ขนาดของตัวฟันทั้ง 2 ซี่ใกล้เคียงกันในแนวใกล้กลางถึงไกลกลาง (รูปที่ 1) ตรวจฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง พบเหงือกอักเสบและมีรูเปิดตุ่มหนองด้านแก้มบริเวณปลายรากฟันด้านไกลกลางห่างจากขอบเหงือก 7 มิลลิเมตรคุดมีหนอง ทดสอบโดยการเคาะและคลำพบมีอาการเจ็บเล็กน้อย วัดร่องลึกปริทันต์ด้านแก้มลึก 11 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 2

(second degree mobility) ฟันซี่นี้ได้รับการรักษาคลองรากฟันแล้วบูรณะด้วยวัสดุอุดอมัลกัมขนาดใหญ่ สภาพวัสดุอุดและฟันด้านไกลกลางมีรอยแตกไม่สามารถบูรณะได้ ผู้ป่วยไม่มีนิสัยนอนกัดฟัน (parafunction habits) ทดสอบสบความมีชีวิต (vitality pulp test) ของฟันข้างเคียงทั้งสองด้วยกระแสไฟฟ้าพบยังมีการตอบสนอง จากการตรวจทางคลินิก การทดสอบต่างๆ และภาพถ่ายรังสีฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งให้การวินิจฉัยโรคเป็น Previously treated tooth with chronic apical abscess ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามไม่มีการวินิจฉัยโรคเป็น immature mesioangular impacted tooth class II position B วางแผนให้การรักษาโดยถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง และปลูกถ่ายฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามทดแทน เมื่ออธิบายวิธีการรักษาขั้นตอน ความเสี่ยง ข้อดี ข้อเสียของการรักษา ค่าใช้จ่าย ทางเลือกอื่นเช่นการใส่ฟันปลอมติดแน่นและรากเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจถึงความคุ้มค่าในการรักษานั้นๆ ผู้ป่วยและผู้ปกครองยินยอมให้ทันตแพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว



รูปที่ 1 ภาพรังสีพานอรามิกแสดงเงาโปร่งรังสีบริเวณรากฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่งและตำแหน่งฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สาม

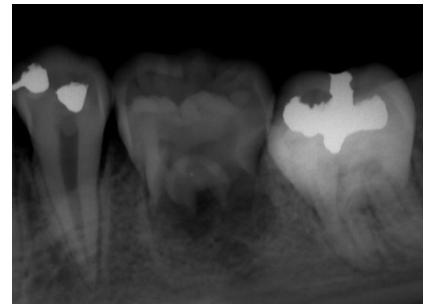
ขั้นตอนการรักษา

การผ่าตัดปลูกถ่ายใช้วิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายฟันแบบขั้นตอนเดียวในการกรอกระดูกและเตรียมหลุมกระดูกเข้าฟัน นำฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามมาปลูกแทนที่ฟันที่ถูกถอน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัดและเจ็บปวดหลายครั้ง ทำการตรวจวิเคราะห์

ขนาดของฟันที่จะนำมาปลูกให้มีขนาดเหมาะสมใกล้เคียงกับขนาดของฟันที่ถอนไปใช้การวิเคราะห์ทางภาพรังสีร่วมก่อน การผ่าตัดปลูกฟันวิธีการคล้ายกับการผ่าตัดถอนฟันคุดทั่วไป แต่ต้องระมัดระวังอย่างที่สุดที่จะไม่ทำอันตรายใดๆต่อหน่วยฟันทั้งในขณะทำการผ่าตัด การกรอตัดกระดูก การยกหน่วยฟันขึ้นจากเบ้าฟันและการเคลื่อนย้ายหน่วยฟันไปยังบริเวณที่จะปลูกฟัน ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วย 0.2% น้ำยาคลอเฮกซิดีน 30 มิลลิลิตร เพื่อลดเชื้อในช่องปากและระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะ ที่ด้วย 2% lidocaine with epinephrine 1:100,000 ปริมาณ 1.8 มิลลิลิตร จำนวน 2 หลอด ครอบคลุมบริเวณที่จะถอนฟันและทำการผ่าตัดกรีดแผ่นเหงือกโดยใช้ไบโเบดเบอร์ 15c ทำรอยกรีดที่เหงือกกึ่งกลางสันกระดูกเบ้าฟันจากส่วนต่ำสุดของขอบหน้าของขากรรไกรส่วนท้ายฟันกราม (ascending ramus) มายังจุดกึ่ง กลางด้านไกลกลางของฟันกรามซี่ที่สอง จากนั้นต่อรอยกรีดของแผลไปตามร่องเหงือกของฟันกรามซี่ที่สองจนถึงปุ่มเหงือกระหว่างฟันกรามซี่ที่หนึ่งและซี่ที่สอง ยกแผ่นเหงือกเต็ม (full thickness flap) ใช้หัวกรอกรอตัดแต่งกระดูกที่ปกคลุมฟันคุดอยู่ออก ให้กว้างมากพอที่จะทำการยกหน่วยฟันออกจากกระดูกเบ้าฟันได้อย่างไม่ชอกช้ำ ระมัดระวังในการใช้เครื่องมือจัดฟันและคีมถอนฟันใช้จับเฉพาะตัวฟัน (crown) ของฟันกรามล่างซ้ายซี่สามเท่านั้น ถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง กำจัดถุงหนองหรือเนื้อเยื่อที่ติดเชื่อในหลุมเบ้าฟันออกให้หมดโดยใช้ซันชูด (curette) และทำการย้ายฟันกรามล่างซ้ายซี่สามมาใส่ในเบ้าฟันที่เตรียมไว้ วางฟันปลูกให้อยู่ต่ำกว่าระดับระนาบการสบฟันของฟันข้างเคียงและไม่สบกับฟันคู่สบ (รูปที่ 2) เย็บแผ่นเหงือกปิดแผลเข้าที่เดิมด้วยไหมขนาด 3-0 และเย็บตรึงฟันปลูกให้อยู่นิ่งด้วยไหมเย็บแผลขนาด 3-0 เย็บคาดเป็นกากบาทด้านบดเคี้ยวของฟันปลูกตรึงติดกับแผ่นเหงือกทั้งด้านแก้มและด้านลิ้น นัดตัดไหม 7 วันหลังผ่าตัด ปรับการสบฟันของฟันปลูกถ่ายร่วมด้วยเพื่อไม่ให้เกิดการกีดขวางการสบฟันและแรงกดที่ผิดปกติ (traumatic occlusion) จำยยา

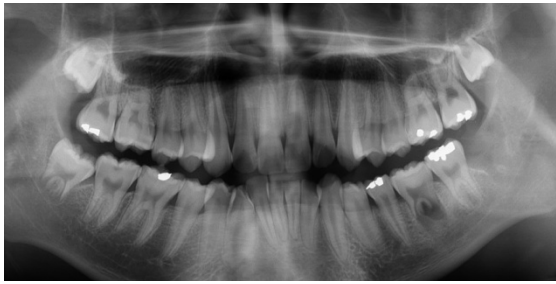
ระงับปวดพาราเซตามอล (paracetamol) ยาปฏิชีวนะอม็อกซิซิลิน (amoxicillin) น้ำยาบ้วนปาก 0.2% คลอเฮกซิดีน (chlorhexidine mouthwash) นัดตัดไหม 7 วันหลังผ่าตัด

ผลการรักษา

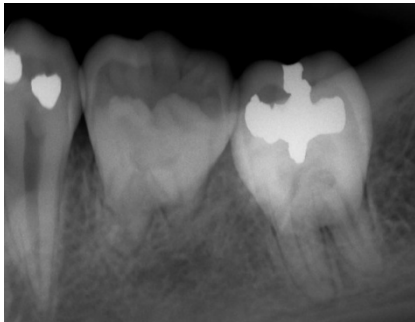


รูปที่ 2 ภาพรังสีแสดงฟันกรามล่างซ้ายซี่สามที่นำมาใส่ในเบ้าฟันที่เตรียมไว้ปลายรากเปิด

เมื่อนัดตัดไหม 1 สัปดาห์ตรวจพบการหายของแผลถอนและแผลผ่าตัดปกติ ไม่พบรูเปิดของหนอง ฟันปลูกโยกกระดืบ 2 นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการในระยะแรก 1 เดือนแรกเพื่อดูอาการทางคลินิกและการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคและการสร้างรากฟันของฟันปลูกถ่าย พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆและจากภาพรังสีแสดงเริ่มมีการสร้างกระดูกเบ้าฟันปกติทั้งแผลถอนและแผลผ่าตัดตามปกติ (รูปที่ 3) จากนั้นติดตามดูอาการและถ่ายภาพรังสีเปรียบเทียบกับเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเจริญต่อของรากฟันและสภาพกระดูกรองรับฟัน 6 เดือน 1 ปี 2 ปี และ 3 ปีตามลำดับ (รูปที่ 4, 5, 6, 7) อาการทางคลินิกไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ไม่มีการอักเสบของเหงือกและอวัยวะปริทันต์ การหายของเหงือกสมบูรณ์ ฟันปลูกเรียงตัวเป็นปกติและการสบฟันตามปกติ (รูปที่ 8, 9) ทดสอบด้วยการเคาะเสียงปกติ ตอบสนองต่อเครื่องวัดความมีชีวิตของฟันด้วยไฟฟ้า (electric pulp test) ตั้งแต่ 6 เดือนแรก การเจริญของรากฟันและการสร้างกระดูกเบ้าฟันสมบูรณ์ในปีที่ 3



รูปที่ 3 ภาพพานอรามิกติดตามผล 1 เดือน เริ่มมีการสร้างกระดูกทั้งบริเวณที่ถอน และผ่าตัด ฟันคุด



รูปที่ 4 ถ่ายภาพรังสีติดตามผล 6 เดือน แสดงมีการหายของรอยโรคและการเจริญต่อ ของรากฟันปลูกถ่าย



รูปที่ 5 ภาพรังสีติดตามผล 1 ปี พบมี การหายของรอยโรคและมีการเจริญต่อของรากฟัน ปลูกถ่าย



รูปที่ 6 ภาพพานอรามิกติดตามผล 2 ปี มีการหายของรอยโรคและมีการสร้างรากฟันแต่ ปลายรากฟัน ปลูกถ่ายยังเปิดกว้าง



รูปที่ 7 ภาพพานอรามิกติดตามผล 3 ปี พบมีการหายของรอยโรคและมีการสร้างรากฟัน ปลูกถ่ายสมบูรณ์



รูปที่ 8 ภาพถ่ายติดตามผล 3 ปี พบว่าการ หายของเหงือกสมบูรณ์ ฟันปลูกเรียงตัวเป็นปกติ



รูปที่ 9 ภาพถ่ายติดตามผล 3 ปี พบว่าการ หายของเหงือกสมบูรณ์ ฟันปลูกถ่ายสบตามปกติ

อภิปรายผล

เมื่อมีการสูญเสียของฟันเกิดขึ้นทางเลือกในการรักษาไม่ว่าจะเป็นรากเทียม หรือการบูรณะด้วยฟันปลอมติดแน่นนั้นสามารถทำได้ อย่างไรก็ตามการจัดการกับการสูญเสียฟันในผู้ป่วยอายุน้อยเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของทันตแพทย์ ด้วยเหตุนี้การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาการสูญเสียฟัน^[5] การปลูกถ่ายฟันให้ตนเอง มีรายงานครั้งแรกโดยใช้ฟันกรามซี่ที่สามที่รากยังสร้างไม่สมบูรณ์ทดแทนฟันกรามซี่ที่หนึ่ง^[6] อัตราความสำเร็จ (success rate) และอัตราการรอด (survival rate) ในการปลูกถ่ายฟันให้ตนเองขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ทั้งการเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและปัจจัยอายุของผู้ป่วยก็มีผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายฟันให้กับตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มอายุหนึ่งที่สามารถปลูกถ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพพบว่าช่วงอายุที่เหมาะสมที่สุดประมาณ 15-20 ปี^[7] ในระยะก่อนอายุ 15 ปี ถ้าผู้ป่วยมีการสูญเสียฟันแท้ไปการปลูกฟันอาจจะไม่จำเป็น เนื่องจากยังมีการขยายตัวของกระดูกขากรรไกร หรือการขยายตัวของกระดูกเบ้าฟัน และการงอกขึ้นของฟันที่มีส่วนต้นฟันข้างเคียงให้เคลื่อนที่ไปแทนที่ตำแหน่งฟันที่ว่าง แต่หลังอายุ 25 ปี ไปแล้วฟันทุกซี่ในช่องปากเจริญเต็มที่แล้ว มีการเจริญของรากฟันจนปลายรากปิดโอกาสให้ผลสำเร็จมีน้อย จะพิจารณาทดแทนบริเวณที่ถูกถอนไปโดยการใส่ฟันปลอม หรือการฝังรากเทียม หรือการจัดฟันต่อไป จากการศึกษาพบว่าอัตราความสำเร็จในการปลูกฟันในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 20 ปีน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[8] แต่หากพิจารณากรณีที่ปลูกถ่ายฟันที่รากสร้างสมบูรณ์อายุของผู้ป่วยระหว่าง 25-69 ปีพบว่าไม่มีผลต่อความสำเร็จและอัตราการรอดของฟันปลูกถ่าย กลุ่มอายุระหว่าง 55-69 ปีมีแนวโน้มอัตราความสำเร็จต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุระหว่าง 25-39 ปี และ 40-54 ปีเล็กน้อย ซึ่งทั้งนี้สาเหตุอาจสัมพันธ์กับการเสื่อมของเอ็นยึดปริทันต์ตามอายุที่มากขึ้น^[9]

ในขณะที่การศึกษาอัตราการรอดของการปลูกถ่ายฟันที่รากสร้างสมบูรณ์ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี มีอัตราการรอดของฟันปลูกถ่ายมากกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^[9] เนื่องจากอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคฟันผุ การอักเสบของอวัยวะปริทันต์ที่มากขึ้น และความสัมพันธ์กับการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่ลดน้อยลงตามอายุ นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆที่จะช่วยส่งเสริมความสำเร็จของการปลูกถ่ายฟันให้กับตนเองเพิ่มขึ้น ได้แก่สุขภาพในช่องปากที่ดี การให้ความร่วมมือ ความสามารถติดตามผลการรักษา และที่สำคัญที่สุดคือสิ่งที่ต้องมีฟันปลูกถ่ายและตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้อายุน้อยและมีฟันกรามล่างซี่ที่สามที่รากฟันยังเจริญไม่เต็มที่ จากการประเมินจากภาพรังสีขนาดของฟันที่จะนำมาปลูกให้มีขนาดเหมาะสมกับช่องว่างของสันเหงือกที่ต้องการปลูกถ่ายฟันทดแทนฟันที่ถอนไป

การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองสามารถปลูกถ่ายได้ทั้งฟันปลายรากเปิดหรือฟันปลายรากปิด พบอัตรา ความสำเร็จและอัตราการรอดของฟันปลูกถ่ายที่มีพัฒนาการของรากที่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่มากกว่าฟันที่มีพัฒนาการของรากสมบูรณ์เต็มที่แล้ว ระยะการเจริญของรากฟันที่เหมาะสมมีผลต่อการคงความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในและการพัฒนาต่อของรากฟัน การใช้หน่อฟันที่เพิ่งจะมีการสร้างรากฟันมีโอกาที่จะเกิดการหยุดชะงักของการเจริญเติบโตต่อไปของรากฟันได้ซึ่งทำให้ฟันปลูกถ่ายล้มเหลวได้ การปลูกถ่ายฟันให้ตนเองรูปปิดปลายรากฟันควรกว้างกว่า 1 มิลลิเมตร^[10] เนื่องจากรากที่ยังเจริญไม่เต็มที่จะสามารถประสานหลอดเลือดและมีเลือดมาเลี้ยงใหม่ของเนื้อเยื่อในได้ดีกว่าฟันที่ปลายรากปิดแล้ว การปลูกถ่ายฟันควรมีความยาวของรากฟันประมาณ 2 ใน 3 ถึง 3 ใน 4 ของความยาวรากฟัน^[10] โอกาสที่รากจะเจริญต่อไปจนสมบูรณ์มีได้สูง และการหายจากบาดแผลของเนื้อเยื่อในและเอ็นยึดปริทันต์มีโอกาสเกิดขึ้นได้

อย่างสมบูรณ์ที่สุด ถ้ารากหน่อฟันมีการเจริญมากไปกว่าระยะดังกล่าวนี้ โอกาสที่การหายจากบาดแผลของเนื้อเยื่อในและเอ็นยึดปริทันต์จะลดลง หน่อฟันที่มีหลายรากและรากแยกกันบ้างเล็กน้อย จะดีกว่ารากรวบเข้าหากัน ส่วนใหญ่การปลูกถ่ายฟันที่มีปลายรากปิดจำเป็นต้องทำการรักษาคอลงรากฟันด้วย ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาการตายของเนื้อเยื่อใน (pulp necrosis) แล้วยังเป็นการป้องกันและแก้ไขการละลายของรากฟัน (root resorption) ที่อาจจะเกิดได้^[11] จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของอัตราการรอดระหว่างฟันขึ้นและฟันฝังหรือคุดในฟันที่รากสร้างสมบูรณ์ ผู้ป่วยรายนี้ฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามรากฟันยังเจริญไม่เต็มที่ปลายรากเปิดมากกว่า 1 มิลลิเมตร ความยาวของรากฟันประมาณ 2 ใน 3 มีโอกาสที่รากจะเจริญต่อไปจนสมบูรณ์ได้สูง และการหายจากบาดแผลของเนื้อเยื่อในและเอ็นยึดปริทันต์มีโอกาสเกิดขึ้นได้ อย่างสมบูรณ์ที่สุด

การคงสภาพของเอ็นยึดปริทันต์มีผลต่อกระบวนการหายและความสำเร็จในการรักษาดังนั้นการถอนฟันที่ทำอันตรายน้อยต่อเซลล์เอ็นยึดปริทันต์ และระยะเวลาที่ฟันปลูกถ่ายอยู่นอกช่องปากน้อยจะช่วยลดโอกาสการละลายของรากฟัน หน่อฟันที่ใช้ปลูกควรเลือกฟันในช่วงเดียวกันก่อนเป็นอันดับแรก ถ้าไม่ได้ให้ไปเลือกด้านตรงข้างในขากรรไกรเดียวกับตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายเพื่อลดการเกิดบาดแผลหลายแห่ง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายได้แก่ขากรรไกรบนหรือขากรรไกรล่าง ฟันกรามหรือฟันตำแหน่งอื่น ระยะเวลาที่ไม่มีฟันของตำแหน่งรับฟันปลูกและจำนวนผนังเบ้าฟัน ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดของฟันปลูกถ่ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายควรไม่มีการติดเชื้อทั้งชนิดเฉียบ พลันหรืออักเสบเรื้อรัง มีปริมาณกระดูกรองรับที่เพียงพอในทุกมิติร่วมกับการมีเนื้อเยื่อเหงือกยึดที่มีเคอราทิน^[12] ในกรณีที่ฟันถูกถอนออกไปก่อนการปลูกถ่ายฟันควรปลูกถ่ายฟันภายใน 2-6 สัปดาห์^[11] เนื่องจากภายหลังสัปดาห์

ที่ 6 จะมีการละลายของกระดูกอย่างมาก และตำแหน่งรับฟันปลูกถ่ายควรมีขนาดใหญ่กว่าฟันปลูกถ่ายเล็กน้อยเพื่อลดอันตรายต่อเนื้อเยื่อปริทันต์เวลาปลูกถ่าย ผู้ป่วยกรณีนี้ถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง และปลูกถ่ายฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่สามทดแทน โดยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายฟันแบบขั้นตอนเดียว เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการปลูกถ่าย การถอนและการผ่าตัดทำด้วยเทคนิคที่เหมาะสมและระมัดระวังที่จะทำอันตรายต่อบาดแผลเนื้อเยื่อปริทันต์และหน่อฟัน

จากการศึกษาพบว่าผลสำเร็จของการปลูกถ่ายพบประมาณ 33-84% โดยที่ยังมีความล้มเหลวในการปลูกถ่ายฟันอยู่ประมาณ 16-67% ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน^[13] เช่น ชนิดและสภาพของหน่อฟันที่เลือกมาปลูก วิธีการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดเป็นต้น สาเหตุของความล้มเหลวของการปลูกถ่ายส่วนใหญ่เป็นสภาวะแทรกซ้อนของการปลูกถ่ายฟันที่มีการละลายของรากฟัน การพยากรณ์โรค (prognosis) ของฟันปลูกยังคาดได้ยาก เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ตั้งแต่สภาพและระยะการเจริญของหน่อฟันที่นำมาปลูก เทคนิคต่างๆในการผ่าตัดทั้งในเรื่องการเตรียมหลุมเบ้าฟันและการย้ายหน่อฟัน การตรึงฟันปลูก การบริหารยาหลังผ่าตัด การดูแลรักษาสุขภาพของช่องปากของผู้ป่วยรวมทั้งการติดตามผลเป็นระยะๆ หลังผ่าตัดไปแล้ว จากการที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายฟัน และมีผลการศึกษาเป็นจำนวนมาก ทำให้มีข้อมูลในด้านต่างๆของการปลูกถ่ายฟันจำนวนมาก ที่นำไปพัฒนาสู่ความสำเร็จของการปลูกถ่ายฟันได้แก่เทคนิควิธี การผ่าตัด และการตรึงหน่อฟันที่ทำให้ทำได้ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพ การเลือกใช้เอ็นเย็บแผลแบบไม่ละลายชนิดเส้นใยเดี่ยว^[14] จะช่วยลดการสะสมคราบสกปรกที่ติดกับเอ็นเย็บแผลได้มาก คุณสมบัติของเอ็นเย็บแผลชนิดนี้จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อน้อยมาก ส่งเสริมสภาพการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อได้เป็นอย่างมาก เอ็นมีความเหนียวพอที่จะยึดตรึงฟันปลูกได้ในระยะแรก ซึ่งนานพอที่ลิ้มเลือดในหลุมเบ้าฟันจะ

เปลี่ยนแปลงพัฒนาเป็นเนื้อเยื่อยึดหน่อฟันไว้ได้ มันคงพอในเวลาต่อมา ผู้ป่วยรายนี้ไม่ใช่เครื่องยึดฟันเลยเพราะจะทำให้ฟันปลุกถูกตรึงแน่นเกินไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการอยู่รอดของฟันปลุกต่อไป อัตราการรอดของฟันปลุกกลายเป็นสิ่งที่ชี้บอกที่เชื่อถือได้อย่างหนึ่งถึงผลสำเร็จของการปลุกถ่ายฟัน ซึ่งพบมีความแตกต่างกันในฟันแต่ละซี่ โดยพบว่า ฟันกรามที่รากยังเจริญไม่เต็มที่ที่มีอัตราการรอดสูงสุดประมาณ 74-100%^[15] การปลุกฟันให้ตนเองมักใช้แทนที่ฟันที่หายไปเป็นผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่งการใช้รากเทียม (implant) ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่อายุน้อยที่ยังมีการพัฒนาของกระดูกรองรับรากฟัน (alveolar bone) ไม่เต็มที่ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการสบที่ต่ำกว่าปกติ (infraocclusion) จากการเกิดความล้มเหลวในการสร้างกระดูกรองรับรากฟันได้

สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

การปลุกถ่ายฟันให้ตนเองในผู้ป่วยแต่ละรายมีข้อจำกัดในหลายด้านแตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาว่าจะทำหรือไม่ ถ้าจะทำจะเลือกหน่อฟันใดมาปลุก จะทำเมื่อไรจึงจะเป็นระยะที่เหมาะสมจะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นเฉพาะตำแหน่งอย่างไรบ้าง ข้อจำกัดหลายๆประการเหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาแก้ไขในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป บางครั้งก็อาจจะต้องอนุโลมทำการปลุกฟันไปเท่าที่สภาพของช่องปากและฟันของผู้ป่วยจะอำนวยให้ ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานที่ว่าผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวและผู้ป่วยที่มีอายุน้อยถ้าสามารถมีฟันธรรมชาติของตนไว้ใช้ก็จะยิ่งดีกว่าต้องใส่ฟันปลอมตั้งแต่อายุน้อย ปัจจุบันพัฒนาการของการปลุกถ่ายฟันได้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ หากได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปลุกถ่ายฟันตนเองจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจเกิดแนวทางการรักษาใหม่ๆ ในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทพ. ขวัญชัย สินพาณิชย์ ในการตรวจทานต้นฉบับและให้คำปรึกษาในการเขียนบทความครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tsukiboshi M. Autogenous tooth transplantation: a reevaluation. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1993; 13(2): 120-49.
2. Northway WM, Konigsberg S. Autogenic tooth transplantation. The "state of the art". *Am J Orthod.* 1980 Feb; 77(2): 146-62.
3. Nordenram A, Landt H. Transplantation and implantation procedures after surgical Treatment of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988 Jul; 66(1): 27-30.
4. Nethander G, Skoglund A, Kahnberg KE. Experimental autogenous tooth transplantation in the dog: a comparison between one- and two-stage surgical techniques. *Acta Odontol Scand.* 2003 Aug; 61(4): 223-9.
5. Schmidt SK, Cleverly DG. Tooth autotransplantation: an overview and case study. *J Mich Dent Assoc.* 2014 Aug; 96(8): 36-41.
6. Ankita C, Rashmi A, Vinay K, et al, Autogenous Tooth Transplantation as a Treatment Option *Int J Clin Pediatr Dent.* 2012 Jan-Apr; 5(1): 87-92.
7. อรสา ไวกุล, การปลุกถ่ายฟัน : การวางแผนผ่าตัดและการประเมินผล. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2545.
8. Kvint S, Lindsten R, Magnusson A, et al. Autotransplantation of teeth in 215 patients. A follow-up study. *Angle Orthod.* 2010 May; 80(3): 446-51.

9. Yoshino K, Kariya N, Namura D, et al.
Influence of age on tooth autotransplantation with complete root formation. J Oral Rehabil. 2013 Feb; 40(2): 112-8.
10. Denys D, Shahbazian M, Jacobs R, et al.
Importance of root development in autotransplantations: a retrospective study of 137 teeth with a follow-up period varying from 1 week to 14 years. Eur J Orthod. 2013 Oct; 35(5): 680-8.
11. Schwartz O, Andreasen JO.
Allotransplantation and autotransplantation of mature teeth in monkeys: the influence of endodontic treatment. J Oral Maxillofac Surg. 1988 Aug; 46(8): 672-81.
12. Park JH, Tai K, Hayashi D. Tooth autotransplantation as a treatment option: a review. J Clin Pediatr Dent. 2010 Winter; 35(2): 129-35.
13. Plakwicz P, Wojtowicz A, Czochrowska EM.
Survival and success rates of autotransplanted premolars: a prospective study of the protocol for developing teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013 Aug; 144(2): 229-37.
14. Hernandez SL, Cuestas CR. Autogenic tooth transplantation: a report of ten cases. J Oral Maxillofac Surg. 1988 Dec; 46(12): 1051-5.
15. Andreasen JO, Paulsen HU, Yu Z, et al. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part IV. Root development subsequent to transplantation. Eur J. 1990; 12: 38-50.

การศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลลำพูน

The Study of Revisited Patients within 24 Hours at the Emergency Room and were Admitted in
Lamphun Hospital.

วัฒนา น้าพล

งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน และได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากระบบเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน ศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2554 – กันยายน 2556 ซึ่งคัดแยกผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำ แล้วไม่ได้รับเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำจากมาตรวจตามนัด เช่น นัดทำแผล ฉีดยาต่อเนื่อง ฯลฯ ออก แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน มีจำนวน 104 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ 0 – 15 ปี กลับมาตรวจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง เดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่ใช้รถพยาบาล ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ไม่มีโรคประจำตัว มีระดับความรุนแรงจากการคัดกรองในระดับ 4 มักมาตรวจในช่วงเวลา 08.30 น. – 16.30 น. และใช้ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 1 ชั่วโมง สาเหตุของการกลับมาตรวจซ้ำมากที่สุดมาด้วยปัจจัยจากตัวโรค ซึ่งมีอาการไม่ดีขึ้น และได้รับผลข้างเคียงของการรักษา จากกลุ่มอาการปวดท้อง ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยมีการมาตรวจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง เป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการปวดท้อง การคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงในการมาครั้งแรกอยู่ระดับ 4 สาเหตุเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตหรือพิการได้ นำผลการศึกษามาใช้ปรับปรุงพัฒนา

ระบบงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน เพื่อช่วยลดอัตราการกลับมาตรวจซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการต่อไป

คำสำคัญ : กลับมาตรวจซ้ำ, ห้องฉุกเฉิน

Abstract

The purpose of this descriptive study was to study the revisited patients within 24 hours at the emergency room and also was admitted in Lamphun Hospital from October 2011 to September 2013. Which sort out the Out-Patient revisited, either the revisited patients with an appointment. The data was analyzed by using descriptive statistics.

The results were 104 revisited patients within 24 hours at the emergency room and also were admitted in Lamphun Hospital. Female more than male. Age group was 0 to 15 years old. They were getting to the hospital without an ambulance. This illness was not from an accident either had no personal illness. The severity of their illness was the 4th level. The time that they usually visited were during 08.30 am. to 04.30 pm. And they spent time at the emergency room was less than one hour. The mostly cause of returning to the emergency room was from the factor of illness which had worsened, not improved, or was being a side effect of the treatment from the abdominal pain. Conclusions and recommendations: The revisited patients within 24 hours were pediatrics with abdominal pain in the 4th level severity of illness. Causes of revisited was the illness wasn't improved that could lead to severe complications, death or deformity finally. The result of this study can use to develop the system of nursing service at an emergency room and also led to decrease revisit with severe complication that usage to the provider.

Key words: revisited, emergency room

ความเป็นมา

ในปัจจุบันนี้ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล ชุมชน และสังคมโลกให้ความสนใจ ใส่ใจติดตาม ข้อมูลระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากงานวิจัย ซึ่งการวัด และติดตามคุณภาพงานบริการรักษาพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูนที่สำคัญอย่างหนึ่ง คืออุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงโดยไม่คาดการณ์ล่วงหน้า

จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลลำพูน ในปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำเริ่มมีปริมาณมากขึ้น^[3] ในปีงบประมาณ 2552-2554 ร้อยละ 0.10 , 0.13 และ 0.41 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉินนั้นมักจะกลับมาด้วยอาการไม่ดีขึ้น หรือมีความรุนแรงขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือพิการได้^[2] จากการศึกษาของ Harvard Medical Practice Study report พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนในห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 1.5 - 3 และประมาณ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เสียชีวิตหรือเกิดการพิการแบบถาวร การศึกษาของ Park H.V และคณะพบว่าสาเหตุของการกลับมาตรวจซ้ำเกิดจาก ไม่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรค, การให้การรักษาที่ไม่เหมาะสม, การวินิจฉัยผิดพลาด, การให้ผู้ป่วยกลับบ้านในขณะที่มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล และ ขาดการทบทวนความรู้ผู้ป่วย^[6] นอกจากนี้ลักษณะของโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยกลับมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินได้แก่ ลำไส้อักเสบเฉียบพลัน ไข้ นิวโมทอไต และผื่นคัน การศึกษาของ Martin-gill พบว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจในครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลา 16.01 - 00.00 น. ส่วนน้อยอยู่ในช่วงเวลา 00.01 - 08.00 น.^[7]

การศึกษาการกลับมาตรวจซ้ำในห้องฉุกเฉินที่พบส่วนใหญ่ นั้น เป็นการศึกษาการกลับมาตรวจซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งการกลับมาตรวจซ้ำในห้องฉุกเฉิน นับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลลำพูน หากสามารถหาปัจจัยเสี่ยงหรือ

ตัวพยากรณ์โรคได้โดยรวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้นตั้งแต่ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการบริการเพื่อลดการกลับมาตรวจซ้ำในห้องฉุกเฉินรวดเร็วยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ภายใน 48 ชั่วโมง และได้รับเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางาน และปรับปรุงคุณภาพของงานบริการการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ให้ได้มาตรฐานการให้บริการทางสุขภาพ ลดอัตราการกลับมาตรวจซ้ำ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน และได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน และได้รับเข้าเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจำนวน 104 ราย มารับบริการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2554 - กันยายน 2556 โดยคัดแยกผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดหมาย เช่น การทำแผล การฉีดยาต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดเพื่อดูอาการหรือเจาะเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากระบบ เวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงตั้งแต่วันที่ ตุลาคม 2554 - กันยายน 2556 มีจำนวนทั้งหมด 90,797 ราย เป็นผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.16 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้

นี้มีจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 49.04 เพศหญิง ร้อยละ 50.96 อายุต่ำสุด 10 เดือน สูงสุด 91 ปี อายุเฉลี่ย 30.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 0 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.54 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 46 - 65 ปีคิดเป็นร้อยละ 21.15, และกลุ่มอายุ 16- 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 19.24 ตามลำดับ ส่วนมากเป็นผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 96.15 และกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 3.85 การเดินทางมาโรงพยาบาลโดยวิธีอื่นๆมากที่สุด ร้อยละ 94.23 และเดินทางมาโดยรถพยาบาลมีเพียง ร้อยละ 5.77 เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ร้อยละ 86.54 เป็นอุบัติเหตุเพียง ร้อยละ 13.46 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.54 และเป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.46 การคัดกรองระดับความรุนแรง จะพบความรุนแรงในระดับ 4 มากที่สุด ร้อยละ 53.84 รองลงมาเป็นความรุนแรงระดับ 3 ร้อยละ 27.88 และระดับ 5 ร้อยละ 18.28 ตามลำดับ มารับการตรวจในช่วงเวลา 08.30 น. - 16.30 น. มากที่สุดร้อยละ 40.38 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 16.30 น. - 0.30 น. ร้อยละ 38.47 และช่วงเวลา 00.30 น. - 08.30 น. ร้อยละ 21.15 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ในการมาตรวจครั้งแรกมีระยะเวลาเฉลี่ย 50.67 นาที ใช้ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยที่สุด 5 นาที มากที่สุด 4 ชั่วโมง 33 นาที โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 56.73 และมีใช้เวลาในห้องฉุกเฉินมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 43.27 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่
ทำการศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	49.03
หญิง	53	50.97
อายุ (ปี)		
0 - 15	38	36.54
16 - 30	20	19.24
31 - 45	15	14.42
46 - 65	22	21.15
มากกว่า 65	9	8.65
เฉลี่ย	30.26	
การกลับมาตรวจซ้ำ		
ภายใน 24 ชั่วโมง	100	96.15
ภายใน 48 ชั่วโมง	4	3.85
การเดินทาง		
โดยรถพยาบาล	6	5.77
อื่นๆ	98	94.23
ประเภทการเจ็บป่วย		
อุบัติเหตุ	14	13.46
ไม่ใช่อุบัติเหตุ	90	86.54
โรคประจำตัว		
มี	40	38.46
ไม่มี	64	61.54
ระดับความรุนแรงจากการ คัดกรอง		
ระดับ 1	0	0
ระดับ 2	0	0
ระดับ 3	29	27.88
ระดับ 4	56	53.84
ระดับ 5	19	18.28
ช่วงเวลาที่มาตรวจ		
00.30 น. - 08.30 น.	22	21.15
08.30 น. - 16.30 น.	42	40.38
16.30 น. - 00.30 น.	40	38.47
ระยะเวลาที่อยู่ในห้อง ฉุกเฉิน		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	59	56.73
มากกว่า 1 ชั่วโมง	45	43.27

สาเหตุของการมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน มาจากปัจจัยจากตัวโรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.04 รองลงมาเป็นปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ร้อยละ 13.46 และปัจจัยจากการบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 12.50 (ตาราง 2)

ตาราง 2 สาเหตุของการมาตรวจซ้ำภายใน
48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลลำพูน

สาเหตุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยจากตัวโรค		
ไม่ดีขึ้น แย่ลง, ผลข้างเคียงจาก การรักษา	77	74.04
ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย		
ผู้ป่วยต้องการนอนโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยปฏิเสธการนอน โรงพยาบาล ในครั้งแรก	14	13.46
ปัจจัยจากการบริการทาง การแพทย์		
วินิจฉัยไม่ถูกต้อง, ให้การรักษา ไม่ถูกต้อง	13	12.50

ลักษณะอาการของผู้ป่วยมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง และรับเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาลลำพูนพบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องมากที่สุด ร้อยละ 30.77 รองลงมาเป็นอาการหอบหืด/ถุงลมโป่งพองร้อยละ 19.23, ไข้ร้อยละ 18.27 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ลักษณะกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

อาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดท้อง	32	30.77
หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	20	19.23
ไข้	19	18.27
ถ่ายเหลว	15	14.42
อุบัติเหตุ	10	9.62
เมาสุรา	4	3.85
ปวดศีรษะ	2	1.92
ปัสสาวะไม่ออก	1	0.96
เลือดออกช่องคลอด	1	0.96

สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน มักกลับมาด้วยอาการที่รุนแรงขึ้น และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตหรือพิการได้ การศึกษาผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ที่ห้องฉุกเฉิน และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน มีจำนวน 104 รายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 0 – 15 ปี กลับมาตรวจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง มักเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่ใช้รถพยาบาล เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุและไม่มีโรคประจำตัว มีระดับความรุนแรงจากการคัดกรองครั้งแรกในระดับ 4 มักมาตรวจในช่วงเวลา 08.30 น. – 16.30 น. และใช้ระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 1 ชั่วโมง โดยสาเหตุของการกลับมาตรวจซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง มาด้วยปัจจัยจากตัวโรคซึ่งมีอาการไม่ทุเลาหรือ แย่ลงและได้รับผลข้างเคียงของการรักษา จากกลุ่มอาการปวดท้องมากที่สุด

การศึกษานี้พบผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 48 ชั่วโมง และรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำพูน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะโดยธรรมชาติของเพศหญิงนั้น มีความอดทนน้อยกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุที่พบมากในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเด็ก 0 – 15 ปี เพราะเด็กมีความอดทนต่ออาการป่วยน้อยกว่ากลุ่ม

ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะเด็กเล็กๆซึ่งผู้ปกครองที่ดูแลเด็กนั้น จะมีความห่วงใยในอาการป่วยของเด็กเป็นพิเศษโดยที่เด็กเล็กนั้นไม่สามารถพูดบอกอาการเพื่อสื่อสารอาการป่วยออกมาให้ผู้ปกครองทราบได้ จึงเป็นสาเหตุที่ ผู้ปกครองต้องรีบพามาตรวจซ้ำโดยเร็วที่สุด เพราะเกรงว่าเด็กจะมีอาการอยู่ในขั้นอันตรายถึงชีวิต จึงพบการกลับมาตรวจซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง มากที่สุด การเดินทางเพื่อมารับบริการนั้นมักไม่ใช้รถพยาบาล เพราะการใช้รถพยาบาลเพื่อเดินทางมารับบริการ อาจจะมีขั้นตอน หรือปัจจัยเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ในการประสานงานเพื่อที่จะขอใช้รถพยาบาล และ/หรือประชาชนอาจเข้าใจว่าอาการป่วยที่ต้องใช้รถพยาบาลในการเดินทางมาโรงพยาบาลนั้น ต้องเป็นอาการป่วยที่เป็นอุบัติเหตุเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาส่วนใหญ่ก็พบว่า การเจ็บป่วยที่ต้องกลับมาตรวจซ้ำเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุเป็นส่วนมาก และประชาชนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลลำพูน เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อาจจะเดินทางมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัวมากกว่า เพราะสะดวก รวดเร็ว และทุกบ้านก็มีรถส่วนตัวใช้เป็นส่วนใหญ่

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ ทำการเก็บข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากระบบเวชระเบียน ทำให้พบความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน

2. ผู้ป่วยบางรายที่มารับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลลำพูน และมีอาการต้องกลับมาตรวจซ้ำ แต่ผู้ป่วยเลือกที่จะไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลอื่น หรือแผนกอื่น ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อน หรือยังมีข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้บันทึกลงในระบบเวชระเบียน

3. การนำข้อมูลจากเวชระเบียนมาศึกษาครั้งนี้ เลือกข้อมูลผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาแบบ Prospective study จะทำให้ได้ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในการศึกษามีความสมบูรณ์มากขึ้น
2. การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง โดยการใช้แบบสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด
3. การศึกษานี้ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เพื่อลดอัตราการกลับมาตรวจซ้ำ และสามารถนำแนวทางไปใช้กับหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน นายแพทย์ ชรินทร์ จารุวัฒนมงคล ขอบคุณ คุณอัลจนา ไชยวงศ์ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอบคุณคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูนที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ คุณค่าที่เกิดจากการศึกษาครั้งนี้ขอมอบแก่บุคลากร และครอบครัวของข้าพเจ้าที่คอยเป็นกำลังใจสำคัญมาตลอดชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลลำพูน. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2556.
2. ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. การบริหารความเสี่ยง. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็คทีเอช; 2550.
3. หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน. สถิติหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2556
4. Hobgood C, Croskerry P, Wears RL. Patient safety in emergency medicine. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine: A comprehensive study guide. 6th ed. NewYork7 McGraw-Hill; 2004; p. 1912- 8.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324(7):370 - 6.
6. Park H.V ,Song K.J.,Han S.K. Reduction of inappropriate revisits to the emergency department, 72 hours after being discharged. Available online 2004.
7. Martin-Gill C,Reiser RC.Risk factors for72-hour admission to the ED.Am J Emerg Med 2004;22:448- 53.
8. Braun R, Peterson D, Ma J. Emergency department revisits resulting in hospitalization: association of social demographic factors and medical care. Annu Meet Abstr Book. 1995; 12: 53.

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงที่ฝากครรภ์หรือคลอดในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

Situation of Adolescent Pregnancy: A case study of antenatal or giving birth women in Thoen Hospital, Lampang

นฤนาท จอมภากิน

สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์หรือคลอดในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปางเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย : เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์หรือคลอดในโรงพยาบาลเถินโดยเก็บข้อมูลในช่วง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง มีนาคม พ.ศ.2558 โดยทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานต่างๆ พฤติกรรมทางเพศที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์ โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย : สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลเถินจำนวน 45 รายพบปัจจัยที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำร่วมกับความประมาทในเรื่องเพศสัมพันธ์และการใช้ชีวิตสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวเช่นการได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่ถูกต้องบิดามารดาไม่มีเวลาให้บิดามารดาแยกทางกันไม่มีการสอนเรื่องเพศศึกษาให้แก่บุตร จึงทำให้วัยรุ่นส่วนหนึ่งไปหาข้อมูลเองนอกจากนี้พบว่า เพื่อนก็มีส่วนสำคัญในกลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวทั้งนี้มีข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นความเหงาความอยากรู้อยากลองการเที่ยวเตร่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันหรือป้องกันไม่ถูกต้อง

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้แก่การพร่องความรู้เรื่อง

เพศศึกษาความประมาทสภาพแวดล้อมภายใน
ครอบครัวและเพื่อนรวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของ
วัยรุ่น

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

Abstract

Purposes: To study the situation of teenage pregnancy at antenatal care (ANC) or maternity in Thoen Hospital, Lampang and to determine the factors associated with failure to solve the problem of teenage pregnancy.

Methodology : Data was collected by interview adolescents who are pregnant or giving birth in Thoen Hospital during June 2014 to March 2015. Basic information, factors associated with pregnancy and sexual behavior were analyzed using descriptive statistics include percentage and average.

Results : Form 45 pregnant adolescents at ANC and gave birth in Thoen hospital. Factors that may affect pregnancy in adolescents are depletion of sex knowledge, contraception and pregnancy, with negligence in sex and life, Family environment such as neglected child, parents split up, no sexual education to children. Moreover, Friends are important for those with family problems. There are more issues of loneliness, sexual curiousness and alcohol drinking are other factors lead to unprotected sexual intercourse.

In summary : Factors that contribute to teenage pregnancy are the depletion of sex education, negligence, environment within the family and friends, and risk behaviors of adolescents.

Keywords: Pregnancy in adolescents, Teenage pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น วัยรุ่นตอนปลายคือช่วงอายุ 15-19 ปี และ วัยรุ่นตอนต้นคือช่วงอายุ 10-14 ปี^[1] ปัจจุบันพบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกเนื่องจากมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเป็นลำดับในทุกๆ ประเทศตามกระแสโลกาภิวัตน์ จากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างมาก ทำให้วัยรุ่นสามารถรับข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2552 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลงเรื่อยๆ^[2,3] เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงที่ยังไม่มีความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะฐานะยังไม่มั่นคง ยังไม่จบการศึกษา ไม่มีอาชีพและรายได้เป็นของตัวเอง รวมทั้งยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและทารก จากข้อมูลของโรงพยาบาลเถินที่เก็บข้อมูลจากหญิงที่คลอดในช่วง 1 ต.ค. 2555-28 ก.พ. 2558 จำนวน 821 คน พบว่ามีวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลเถิน ร้อยละ 16.08 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี ได้แก่ภาวะโลหิตจาง (13.64% VS 4.56%) การคลอดก่อนกำหนด (8.33% VS 6.55%) ทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (8.33% VS 4.48) ดังแสดงในตารางที่ 1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่จึงเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ส่งผลกระทบต่อจิตใจของพ่อแม่ กระทบต่อการเรียน ทำให้เสียโอกาสในการศึกษา และเสียอนาคต^[4] กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักในปัญหานี้จึงได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ไม่เกินร้อยละ 10 ในแผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10

ตาราง 1 แสดงผลลัพธ์การตั้งครรภ์แยกตามกลุ่มอายุที่มารับบริการคลอดใน รพ.เถิน

	1ต.ค. 2555-ก.พ. 2558 N=821		
	อายุ>35 109=13.28 ร้อยละ	อายุ 20-35 580=70.65 ร้อยละ	อายุ<20 132=16.08 ร้อยละ
Anemia	4.59	4.65	13.64
Preterm	6.42	6.55	8.33
LBW	9.17	4.48	8.33
BA:1000	18.35	13.79	7.57
PPH	1.83	0.86	1.52
PIH	11.01	3.45	1.52

จากข้อมูลจากสำนักกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คนเพิ่มขึ้นจาก 1.1 ในปี 2551 เป็น 1.8 ในปี 2555 และ อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนเพิ่มขึ้นจาก 50.1 ในปี 2551 เป็น 53.8 ในปี 2555^[5] ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลเถินพบว่าอัตราการคลอดบุตรในสตรีวัยรุ่นอายุ <20 ปี พบร้อยละ 14.33 ในปี พ.ศ. 2556 และ ร้อยละ 17.32 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งดูมีแนวโน้มไม่ลดลงเลย ในขณะที่ทางรพ.เถิน รวมถึงภาคีเครือข่าย และสถานศึกษาได้พยายามแก้ไขปัญหาที่มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ โรงเรียน มีการสนับสนุนโครงการ To be Number 1 รวมถึงมีการส่งตัวแทนไปอบรมแกนนำตามสถานศึกษาต่างๆอย่างต่อเนื่อง การจัดทำการศึกษาวิจัยนี้ขึ้นมาก็เพื่อหาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญต่อการวางแผนแนวทางการลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแนวทางการสอนเพศศึกษา และการดูแลสุขภาพในเชิงรุกต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายคือสตรีวัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์หรือคลอดในโรงพยาบาลเถินในช่วง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2558 จำนวนทั้งสิ้น 45 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์หรือคลอดที่โรงพยาบาลเถินที่ยินยอมให้ข้อมูลในเชิงการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสัมภาษณ์ของบุคคลคนเดียวกันทั้งหมด ในการสัมภาษณ์จะประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ที่อยู่ อาศัยและสถานะครอบครัว ความพร้อมของการตั้งครรภ์ สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อม รวมถึงแหล่งที่มาของความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด รวมถึงการประเมินความรู้ รวมทั้งการเข้าถึงคลินิกวัยรุ่น โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการประมวลผล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา เชื่อมโยงกับแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและข้อมูลสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ผลการศึกษาเชิงปริมาณ และ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการใน รพ.เถิน จำนวนทั้งสิ้น 45 คน การนำเสนอจะเสนอทั้งในส่วนเชิงปริมาณและคุณภาพประกอบกันดังนี้

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเถิน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน		ร้อยละ
อายุ	ไม่พร้อม 75.56%	พร้อม 24.44%	
19	3	4	15.55
18	9	5	31.11
17	9	0	20.00
16	6	2	17.78
15	5	0	11.11
14	2	0	4.44
การศึกษาสูงสุด			
ม.6	3	3	13.33
ม.3	25	6	68.89
ปวช.	1	2	6.67
ป.6	5	0	11.11
อาชีพ			
กำลังศึกษา	28		62.22
ไม่มีงานทำ	6		13.33
รับจ้างทั่วไป	2		4.44
แม่บ้าน	8		17.78
ลูกจ้างบริษัท	1		2.22
รายได้			
ไม่มีรายได้	35		77.78
<3,000	1		2.22
3000-5000	3		6.67
5000-10000	5		11.11
>10000	1		2.22
ภูมิลำเนา			
นอกเขต	9		20.00
ล้อยมรด	8		17.78
เวียงมอก	7		15.56
แม่มอก	7		15.56
แม่ถอด	6		13.33
แม่ปะ	3		6.67
เถินบุรี	3		6.67
แม่วะ	1		2.22
นาโป่ง	1		2.22

ตาราง 3 แสดงจำนวนนักเรียนที่ตั้งครรภ์ แยกตามสถานศึกษา

โรงเรียน	ร้อยละ
วิทยาลัยการอาชีพ	21.43
เวียงมอกวิทยา	17.86
เถินวิทยา	14.29
เถินเทคโนโลยี	7.14
กศน.	7.14
แม่มอกวิทยา	3.57
ศรีสุนทร	3.57
เขตอำเภอแม่พริก	10.71
อื่นๆ /นอกเขต	14.29

จากตารางที่ 2 และ 3 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอายุในช่วง 14-19 ปี โดยมีกลุ่มที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์ร้อยละ 75.56 อีกร้อยละ 24.44 เป็นกลุ่มที่พร้อมและอยากได้บุตรตามบริบทของชุมชนที่มักจะแต่งงานหลังเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ผู้ที่ไม่มีความพร้อมเนื่องจากสาเหตุหลายประการเช่นยังอยู่ในวัยเรียน ทางบ้านมีปัญหาการเงิน ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ส่วนใหญ่กำลังศึกษาหรือตั้งครรภ์ในวัยเรียนถึงร้อยละ 62.22 โดยที่กลุ่มนี้ไม่มีรายได้ในการเลี้ยงชีพ ยังอยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 77.78 ส่วนเรื่องการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 68.89 ถ้าแยกตามภูมิลำเนาในเขตอำเภอเถิน พบมากใน ตำบลล้อยมรด เวียงมอก และแม่มอก ส่วนกลุ่มนอกเขตมักจะย้ายมาฝากครรภ์ตามภูมิลำเนาของสามีถ้าแยกกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียนพบว่า 3 สถานศึกษาที่พบการตั้งครรภ์ในวัยเรียนสูงที่สุดคือ วิทยาลัยการอาชีพเถิน โรงเรียนเวียงมอกวิทยา และโรงเรียนเถินวิทยาตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงสถานะความสัมพันธ์ในครอบครัว
ของสตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

	ร้อยละ
สถานะครอบครัว พ่อแม่	
อยู่ด้วยกัน	46.67
แยกกันอยู่	40.00
พ่อและหรือแม่เสียชีวิต	13.33

ความสัมพันธ์ในครอบครัวของสตรีวัยรุ่น
ตั้งครรภ์พบว่าร้อยละ 53.33 มีครอบครัวที่เป็น
ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งพบว่ามีถึงร้อยละ 40 มี
พ่อแม่แยกทางกัน อีกร้อยละ 13.33 ที่มีพ่อหรือแม่
เสียชีวิต ซึ่งได้อาศัยกับครอบครัวใหม่ของพ่อหรือ
แม่หรืออยู่กับปู่ย่าตายายในบางส่วน แต่ถึงอย่างไร
ก็ตามมีถึงร้อยละ 46.67 ที่สตรีตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่
ในครอบครัวที่สมบูรณ์

ตาราง 5 แสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา

	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงคลินิกวัยรุ่น		
ไม่รู้จัก	37	82.22
รู้จัก ไม่เคยใช้บริการ	4	8.89
เคยใช้บริการ	4	8.89
แหล่งความรู้เรื่องเพศศึกษา		
โรงเรียน และศึกษาเอง	32	71.11
โรงเรียน	8	17.78
ศึกษาเอง	2	4.44
ไม่เคยได้รับความรู้เลย	3	6.67
การได้รับความรู้จากพ่อแม่		
เรื่องเพศศึกษา	0	0.00
เรื่องคุมกำเนิด	2	4.44
วิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้		
ถุงยางอนามัย	27	60.00
ยาคุมกำเนิดรายเดือน	25	55.56
ยาคุมฉุกเฉิน	16	35.56
ยาฉีด	5	11.11
นับวัน	3	6.67
ไม่เคยคุมกำเนิด	2	4.44
สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อม		
ประมาท/ขาดความรู้ที่ถูกต้อง	17	37.78
ลืมกินยาคุมกำเนิด	9	20.00
เมาสุรา	2	4.44
นับวันผิดพลาด	2	4.44

	จำนวน	ร้อยละ
กินยาคุมไม่ถูกวิธี	1	2.22
กินยาคุมไม่ได้ เวียนศีรษะ	1	2.22
สถานที่ที่เพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
บ้านแฟน	29	64.44
บ้านตัวเอง	11	24.44
หอพัก	2	4.44
ห้องเช่า	2	4.44
บ้านยาย	1	2.22

อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
12	1	2.22
13	2	4.44
14	9	20.00
15	11	24.44
16	9	20.00
17	9	20.00
18	4	8.89

จำนวนคู่นอน		
1	18	40.00
2	14	31.11
3	7	15.56
4	4	8.89
5	1	2.22
18	1	2.22

ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากรู้ว่าการมี
เพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่
ไม่พร้อมส่วนเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มักจะ
ทราบและกลัวแค่โรคเอดส์หนองใน ส่วนโรคอื่นๆ
เช่นไวรัสตับอักเสบบี HPV เริ่ม มักจะไม่ทราบ

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่สามารถนับ
นิ้วหรือต่อรองให้ฝ่ายชายไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ได้
เพราะส่วนใหญ่คิดว่าเป็นความรักและบางส่วน
กลัวจะถูกปฏิเสธความรัก

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากทราบวิธีการมี
เพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยวิธีใส่ถุงยางกินยา
คุม กินยาคุมฉุกเฉินฉีดยาคุม นับวันปลอดภัยแต่ยัง
มีปัญหาเรื่องความรู้ที่ถูกต้องในวิธีการใช้การ
คุมกำเนิด เช่นการกินยาคุมส่วนใหญ่ทราบแค่ให้
กินตามลูกศร แต่ไม่ทราบวิธีการกินที่ถูกต้อง

ไม่ทราบความแตกต่างของการกินยาคุมแบบ 21 หรือ 28 เม็ด

4. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้วิธีการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยการรับประทานยาคุม และอีกบางส่วนเคยใช้ยาคุมฉุกเฉินนับวัน ฉีดยาคุมแต่มีปัญหาคือไม่สามารถใช้ได้ทุกครั้ง

5. ปัญหาของการคุมกำเนิดแต่ละชนิดตามข้อมูลการสัมภาษณ์ พบได้ดังนี้

ถุงยางอนามัย

- เนื่องจากไม่ได้พกตลอด บางครั้งการมีเพศสัมพันธ์เกิดโดยไม่ได้ตั้งใจ

- ไม่ทราบที่เข้าถึงบริการ เช่น โรงพยาบาล คลินิกวัยรุ่น

- อายุที่จะไปซื้อ หรือเข้าไปขอตามสถานบริการที่แจก

ยาคุมกำเนิดแบบรายเดือน

- ไม่เข้าใจวิธีการใช้ที่ถูกต้อง เช่น เวลาที่เริ่มทานบางคนไม่ได้ทานช่วงเป็นประจำเดือน และคิดว่ากินแล้วจะสามารถคุมกำเนิดได้เลย ไม่ทราบข้อควรปฏิบัติเวลาลืมกินยาไม่ทราบความแตกต่างของยาคุมแต่ละชนิด ไม่ทราบวิธีกินยา เริ่มยาของยา 21 หรือ 28 เม็ด บางคนกินยาชนิด 28 เม็ดแต่ทานไม่ต่อเนื่องคือถ้าหมดแผงจะรอให้เป็นประจำเดือนก่อนแล้วค่อยเริ่มแผงใหม่

- ลืมกินยา ไม่สะดวกที่จะพกแบบเปิดเผย บางที่ต้องปิดบังพ่อแม่ จึงทำให้บางครั้งไม่สะดวกจะทานยา

- ทนผลข้างเคียงของยาคุมกำเนิดไม่ได้ เช่น วิงเวียนศีรษะ อ้วน

ยาคุมฉุกเฉิน

- ปัญหาคืออายุที่จะไปซื้อหรือขอรับบริการ

ยาฉีดคุมกำเนิด

- ปัญหาคือทนผลข้างเคียงเรื่องอ้วน

สิว ฝ้า

ไม่ได้นับวันปลอดภัย

- ส่วนใหญ่จะรู้แค่ หน้า 7 หลัง 7 โดยที่บางคนประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ นับไม่ได้ทุกครั้ง เพราะมักจำประจำเดือนตัวเองไม่ได้

ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดเลย

- ปัญหาคือกลัวพ่อแม่จะรู้เลยไม่กล้าใช้

การเรียนรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา

พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาจากโรงเรียนและศึกษาเองโดยในโรงเรียนส่วนหนึ่งจะเริ่มสอนการคุมกำเนิดในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 และอีกส่วนหนึ่งเริ่มสอนในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิเสธการได้รับการสอนเพศศึกษาจากพ่อแม่ และมีเพียงร้อยละ 4.44 ที่ได้รับการสอนการคุมกำเนิดจากพ่อแม่ เรื่องการเข้าถึงคลินิกวัยรุ่นทั้งในส่วนโรงเรียน และโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ โดยพบว่าร้อยละ 82.22 ไม่รู้จักคลินิกวัยรุ่นเลย และเพียงร้อยละ 8.89 เท่านั้นที่เคยใช้บริการคลินิกวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการคบเพื่อนต่างเพศมีเพียงบางส่วนที่ไม่มีความรู้เลยและคบหากันโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และผู้ปกครองไม่มีเวลาให้ ส่วนอิทธิพลของเพื่อนพบว่าเพื่อนมีอิทธิพลสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเป็นแบบอย่างเช่น ต้องการมีคู่อีกอย่างที่มีเพื่อนมีหรือบางครั้งก็เกิดจากการชักชวนของเพื่อน

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า มีปัจจัยดังนี้คือ

1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิด สาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นประจำเสี่ยงอันดับหนึ่งที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและไม่มีความพร้อม ซึ่งเกิดจากการที่วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยและมีความประมาทประกอบกับการรู้เท่าไม่ถึงการณ์คิดว่ามีเพศสัมพันธ์นานๆ ครั้งคงไม่ท้อง มีความรู้ในการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้องคิดว่าทานยาแล้วจะสามารถคุมกำเนิดได้เลยส่วนทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่วัยรุ่นจะไม่กล้าที่จะปฏิเสธ

การขอมีเพศสัมพันธ์ของฝ่ายชายเพราะคิดว่า เป็นความรัก กลัวการโดนทิ้ง

2) สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวการได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่ถูกต้องโดยผู้ปกครองไม่มีเวลาให้ติดตามตาแยกทางกัน ขาดความรู้ในการดูแลบุตรความเชื่อที่ไม่ยอมสอนเพศศึกษารวมถึงเรื่องคุมกำเนิดให้แก่ลูกเพราะกลัวจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอก จึงทำให้วัยรุ่นมีการหาความรู้เองซึ่งอาจเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง

3) สภาพแวดล้อมภายนอกสภาพของชุมชนที่อยู่อาศัยและกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีและชักชวนไปในทางซึ่งไม่ถูกต้อง การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การคบเพื่อนที่ชักชวนให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสื่อเทคโนโลยีและสิ่งยั่วยุ ส่วนใหญ่มีโอกาสสูงในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนความเหงาการเที่ยวเตร่เมาสุรา ความใจอ่อนเพราะคิดว่ารักกันจริง

4) พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและผู้ใกล้ชิด การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยส่วนหนึ่ง พบว่าวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ หรือทำให้ผู้อื่นตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอื่นซึ่งอาจเป็นเพราะอาการมึนเมา หรือขาดสติ จึงไม่ใช้การคุมกำเนิดหรือไม่สามารถป้องกันตัวเองได้การเที่ยวเตร่โดยเฉพาะการไปเที่ยวบ้านฝ่ายชาย รวมถึงการอยู่ที่สองต่อสองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน พบว่า ร้อยละ 64.44 มีเพศสัมพันธ์ในบ้านของฝ่ายชาย ร้อยละ 24.44 มีเพศสัมพันธ์ในบ้านฝ่ายหญิงและอีกร้อยละ 8.88 ที่มีเพศสัมพันธ์ในหอพักหรือห้องเช่า ส่วนเรื่องการมีคู่นอนหลายคนพบว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนมากกว่า 1 คน และมี 1 คน ที่มีคู่นอนเยอะถึง 18 คน ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้เสี่ยงกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างพบว่าเริ่มมีเพศสัมพันธ์มากในอายุ 15 ปีซึ่งเป็นช่วงที่กำลังจะจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น วัยรุ่นบาง

คนที่เชื่อว่าเป็นความรักจึงยอมมีเพศสัมพันธ์เพราะจะแยกย้ายกันไปเรียนต่อนั้นช่วงอายุนี้นี้จึงเป็นช่วงอายุที่เสี่ยงกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่พร้อม ส่วนอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างพบน้อยสุดที่ 12 ปี ดังนั้นการเริ่มสอนเพศศึกษาควรเริ่มตั้งแต่วัยประถมศึกษา

5) ปัญหาทางสังคมพบว่าหญิงที่มาฝากครรภ์มีระดับการศึกษาน้อยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและอาจส่งผลต่อการประกอบอาชีพในอนาคตและการเลี้ยงดูบุตรต่อไป

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเช่นทารกน้ำหนักตัวน้อย

การคลอดก่อนกำหนดภาวะซีด ครรภ์เป็นพิษ และวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกือบทั้งหมดไม่มีทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ต้องอาศัยผู้ปกครองในการช่วยดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้การศึกษารื่องเพศศึกษาการคุมกำเนิดแก่เยาวชนควรเริ่มตั้งแต่ในระดับประถมศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอนวิชาเพศศึกษาในโรงเรียนและให้ความรู้ผู้ปกครองในชุมชนให้ยอมรับปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมในการสอนเพศศึกษาเพื่อให้เยาวชนสามารถป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ควรมีการจัดแกนนำโดยใช้ทั้งกลุ่มที่เคยมีประวัติติ และกลุ่มอาสาสมัครที่เคยผิดพลาดมาก่อน เพราะกลุ่มเพื่อนมีส่วนสำคัญในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรรวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การนำแกนนำกลุ่มที่มีประวัติติอย่างเดียวอาจเข้าไม่ถึงกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

3. ควรมีการส่งเสริมสายสัมพันธ์ในครอบครัว

4. ควรมีการกวาดขันร้านค้าในการจำหน่ายสุราบุหรี่แก่เด็กและเยาวชนอย่างเคร่งครัด

5. ในระดับชุมชนควรมีการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ

6. ควรให้การศึกษาแก่มารดาวัยรุ่นในเรื่องต่างๆได้แก่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการวางแผนครอบครัวการใช้ชีวิตคู่และการเลี้ยงดูบุตรเป็นต้น

7. ควรเพิ่มจุดบริการถุงยางอนามัยให้เข้าถึงได้ง่ายและเพียงพอ

สิ่งที่ดำเนินการต่อไป

เก็บข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไปและติดตามกลุ่มตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพื่อดูทักษะการเลี้ยงดูลูก การงานอาชีพ และการศึกษาต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development), World Health Organization 2004
2. รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, 4-5, 15-29
3. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557), กระทรวงสาธารณสุข
4. ariyachaiphanit A, BunyarattapanP, Srianucha T, Pukdeewanit J, Khongmalai A, Chaikittiphon C, et al. Problem of teenage pregnancy.Bangkok: The Secretariat of the Senate Committee 3; 2010. P.4-14.
5. คู่มือการจัดอบรม เรื่องเพศยุคได้ในครอบครัว, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาล
โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

THE RESULTS OF INTEGRATE SERVICE - QUALITY IMPROVEMENT OF NURSES AT HEALTH PROMOTING
HOSPITAL, REGION 10 CHIANGMAI.

พิมพ์ภากรณ์ พรหมใจ

อำนวยการ เภมณี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อมี
วัตถุประสงค์เพื่อ 1. เพื่อศึกษาผลกระบวนการ
พัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ 2. เพื่อศึกษา
ระดับความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อ
กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ
3. เปรียบเทียบผลของกระบวนการ, ระดับความพึง
พอใจก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการแบบ
บูรณาการ และ 4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค
ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณา
การของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ กลุ่มประชากร
คือบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จำนวน 99 คน ปี
พ.ศ.2556 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตรา
ส่วนประเมินค่า (rating scale) ได้ค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
บริการแบบบูรณาการ เท่ากับ 0.96 และค่าความ
เชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจของ
บุคลากรพยาบาลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
บริการแบบบูรณาการ เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ย (z-test) ก่อนและหลังการเยี่ยมนิเทศ,
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสถิติบรรยายปัญหาและ
อุปสรรค กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบ
บูรณาการ ขั้นตอนการดำเนินงาน แจก
แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลรอบแรก ในช่วง
เวลา 3 เดือน ผู้วิจัยและทีม KM เข้าเยี่ยมนิเทศ,
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
บริการแบบบูรณาการโดยใช้แนวทาง PMQA ครบ 3
เดือนแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
ครั้งที่ 2

ผลการวิจัยพบว่าผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ก่อน $\mu = 1.12$, $\sigma = .47$ หลัง $\mu = 1.17$, $\sigma = .46$) เมื่อพิจารณาหมวดหมู่ด้านการนำองค์กร, การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์, การวัด การวิเคราะห์การจัดการสารสนเทศและความรู้, การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และด้านการจัดการกระบวนการในภาพรวมอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง ค่าเฉลี่ย (μ) (1.16,1.23),(.85,.97),(1.16,1.25), (1.08,1.11)และ (1.18,1.13)ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) (.49, .67),(.60, .58),(.50, .48),(.55, .53) และ(.54, .56)ตามลำดับ แต่ด้านการให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยู่ระดับมากทั้งก่อนและหลัง ค่าเฉลี่ย (μ) 1.46 และ 1.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) .49 และ .47 ตามลำดับ ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยโดยรวม ผลกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแบบบูรณาการก่อนและหลังการเข้าเยี่ยม นิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง ค่าเฉลี่ย (μ) 3.43 และ 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) .47 และ .44 ตามลำดับ ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการก่อนและหลังการเยี่ยม นิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัญหาและอุปสรรคกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาล ส่วนมากบอกว่าปริมาณงานมากต้องทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ทำงานไม่ทัน ขึ้นเวรบ่อย ดึก ไม่ได้เข้าร่วมประชุม และไม่เข้าใจในเรื่องการเขียนรายงานการประเมินไม่รู้ว่าแบบไหนถูก แบบไหนผิด ต้องแก้ไขบ่อย ทำให้หมดกำลังใจ

Abstract

This four objectives of this study were: 1) to study the results of integrated quality improvement process 2) to study satisfactory levels of nursing staff regarding the integrated quality improvement process 3) to compare the results of integrated quality improvement process and the satisfactory levels of nursing staff regarding the integrated quality improvement process between before and after improvement 4) to study problems and barriers of the integrated quality improvement process among nursing staff. The study was held at Health Promoting Hospital, Region 10 Chiang Mai in 2113.

The samples were 99 registered nurses who work in Health Promoting Hospital, Region 10 Chiang Mai. The instruments comprised of two questionnaires of five-rating scale those were used to measure the results of integrated quality improvement process and satisfactory levels. The reliabilities of the two instruments were 0.96 and 0.92. Data were analysed by a computer program using descriptive statistics and Z-test.

The results of this study between before and after improvement showed that 1) the results of integrated quality improvement process were at the moderate levels. 2) the satisfactory levels were at the moderate levels. 3) the results of integrated quality improvement process were not significantly different 2) the satisfactory levels were at the moderate levels and significantly different (p value = 0.01). The most problems were found, for example, an over workload, absence from meetings because of working in evening and night shifts, misunderstanding about an assessment report, and boring of correcting the reports.

บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน มีการแข่งขันการให้บริการด้านสุขภาพ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการ มีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการ ทำให้เกิดการแข่งขันการสร้างบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น สถานบริการสุขภาพและโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพอื่นๆ มีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้ง HA, QA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกัน

แนวคิดและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพแบบต่างๆ ถูกนำมาใช้มากมายมีรากฐานหรือพัฒนามาจากแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (total quality management) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นระบบที่สร้างขึ้นโดยเน้นการทำงานเป็นทีมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานที่มีระบบภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้สามารถประกันคุณภาพและเกิดคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานจึงเป็นที่ปรารถนาของผู้รับบริการเพราะเป็นเครื่องรับรองว่าการบริการของโรงพยาบาลนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ^[1]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาล ขนาด 60 เตียง ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการตลอดเวลาแทบไม่เพียงให้บริการหากยังเป็นต้นแบบบริการด้านส่งเสริมสุขภาพสำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขต 1 ซึ่งครอบคลุมจังหวัด เชียงใหม่

เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน เพื่อการขยายผลการบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในทุกพื้นที่ให้มีคุณภาพ สิ่งที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญในการดำเนินงาน คือ การออกแบบรูปแบบการให้บริการแบบองค์รวมดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของพ่อแม่และครอบครัวต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงชุมชนอย่างเป็นระบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้รับบริการและครอบครัว ให้มีความตระหนักในศักยภาพของตนเอง ในการดูแลตนเอง และในการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและท้องถิ่นประสานเครือข่ายกับภาคีด้านสุขภาพที่หลากหลายเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลและสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพ พัฒนารูปแบบการทำงานและถ่ายทอดขยายผลของรูปแบบสู่หน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกในปี 2535 ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ปี 2542 ผ่านการประเมิน ISO 9002 ปี 2544 ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปี 2547 และผ่านการประเมินรับรองซ้ำ ปี 2552 ได้รับเกียรติบัตรโรงพยาบาลที่มีผลงานการติดตามสามารับการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียดีเด่นระดับเขตปี 2550 ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ปี 2551 และผ่านการประเมินซ้ำในปี 2553 ผ่านการประเมินรับรอง HA บันไดขั้นที่ 1 ปี 2552 และผ่านการประเมินรับรอง HA บันไดขั้นที่ 2 ปี 2553 และรักษาสภาพ HA ขั้นที่ 2 ปี 2554 และ 2555 ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานด้านการตรวจคัดกรองวินิจฉัย โรคธาลัสซีเมีย รางวัลดีมาก ปี 2554 สำหรับเรื่องการประกันคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลได้เชิญอาจารย์จากสำนักการพยาบาลมาให้ความรู้และพัฒนาคุณภาพบริการมาทุกปีและได้ทดลองประเมินภายในมาแล้ว 2 ปี ปีพ.ศ. 2557

ทางโรงพยาบาลมีเป้าหมายให้ผ่านการประเมินรับรอง HA ขั้นที่ 3 และผ่านการประเมินรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลจากสำนักงานพยาบาล ซึ่งการประเมินทั้ง 2 ระบบใช้แนวทางของ PMQA แต่บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจ มีแนวคิดแบบแยกส่วน ทำให้เกิดความเครียดคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระงานที่ต้องทำทั้งสองงานในเวลาเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะบูรณาการกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นระบบเดียวกันเพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้รับรู้และเข้าใจระบบคุณภาพ ลดความเครียดและมีความสุขในการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลกระทบกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ ของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ
3. เปรียบเทียบผลของกระบวนการ, ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลและด้านวัดและประเมินผลจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล และอาจารย์ด้านวัดและประเมินผล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมา

แก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันคือโรงพยาบาลสันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลเท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการบูรณาการงานคุณภาพบริการ เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรที่ศึกษาคั้งนี้คือบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ปี พ.ศ.2556 จำนวน 99 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (z-test) ก่อนและหลังการเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ และความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ และสถิติบรรยายปัญหาและอุปสรรคกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. แจกแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลรอบแรก 2. เข้าเยี่ยมนิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ โดยใช้แนวทาง PMQA เป็นเวลา 3 เดือน 3. ครบ 3 เดือนแจกแบบประเมินเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลการพยาบาลมีอายุอยู่ในช่วง 54-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 85.9 ส่วนมากปฏิบัติงานนาน 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.4 และเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ได้รับการอบรมเรื่อง ESB มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.7 รองลงมาคืออบรม HA คิดเป็นร้อยละ 56.6 และ QA คิดเป็นร้อยละ 48.5

ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ พบว่า ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโดยรวมทุกหมวดอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ก่อน $\mu = 1.12$, $\sigma = .47$ หลัง $\mu = 1.17$, $\sigma = .46$) เมื่อพิจารณารายหมวด หมวด1การนำองค์กรผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการด้านการนำองค์กรโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ย และ ส่วน เบี่ยง เบน มา ต ร ฐ า น ก่อน $\mu = 1.16$, $\sigma = .49$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.23$, $\sigma = .68$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีผลเพิ่มขึ้นคือเรื่องการกำหนดแผน/แนวทางการดำเนินงานการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน $\mu = 1.01$, $\sigma = .68$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.43$, $\sigma = 2.98$ ส่วนเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงานมีการรับรู้ลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน $\mu = 1.37$, $\sigma = .52$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.28$, $\sigma = .60$

หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ บุคลากรทางการพยาบาลมีผลของกระบวนการพัฒนา

คุณภาพบริการแบบบูรณาการในภาพรวม อยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน $\mu = .85$, $\sigma = .60$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = .97$, $\sigma = .58$

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางการพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลัง การเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อน $\mu = 1.46$, $\sigma = .49$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.55$, $\sigma = .47$ ยกเว้นข้อ กำหนดระบบการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $\mu = 1.27$, $\sigma = .65$ ส่วนหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.42$, $\sigma = .60$

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์การจัดการสารสนเทศและความรู้ บุคลากรทางการพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน $\mu = 1.16$, $\sigma = .50$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.25$, $\sigma = .48$ พิจารณารายข้อ ข้อที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้คือ มีการสนับสนุนบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบน ก่อน $\mu = 1.29$, $\sigma = .52$ และหลัง $\mu = 1.39$, $\sigma = .53$

หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล บุคลากรพยาบาลมีผลของกระบวนการพัฒนา

คุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน $\mu = 1.08$, $\sigma = .55$ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลัง $\mu = 1.11$, $\sigma = .53$

การพิจารณารายข้อพบว่าเรื่องการสำรวจสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน $\mu = 1.31$, $\sigma = .54$ และหลัง $\mu = 1.23$, $\sigma = .55$

หมวด 6 การจัดการกระบวนการบุคลากรพยาบาลมีผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน $\mu = 1.18$, $\sigma = .54$ และหลัง $\mu = 1.13$, $\sigma = .56$

อภิปรายผล

จากการวิจัยผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ พบว่าผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการของบุคลากรพยาบาลโดยรวมทุกหมวด อยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำเมื่อพิจารณารายหมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแบบบูรณาการด้านการนำองค์กรโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีผลเพิ่มขึ้นคือเรื่องกำหนดแผน/แนวทางการดำเนินงานการปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลทุกคนตระหนักถึงการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และถูกปลูกฝังให้มีจริยธรรมต่อวิชาชีพมาก่อนพอได้รับการนิเทศก็จะทำได้

ส่วนเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยลดลง จากข้อมูลทั่วไปบุคลากรส่วนมากเป็นผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 77.8 ในด้านการนำองค์กรผู้ที่ป็นหัวหน้างานจะเป็นทีมนำในการเข้าร่วมพัฒนาปรับปรุง ดังนั้นผู้บริหารหรือหัวหน้างานต้องมีการสื่อสาร เสริมสร้างบรรยากาศในการทำงาน และเสริมสร้างสัมพันธภาพของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของหน่วยงาน^[2] และการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจะประสบความสำเร็จนั้น ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นสูง มีความเข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ ต้องมีการกระตุ้นติดตามอย่างสม่ำเสมอ^[3,4]

หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์บุคลากรพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกข้อ เมื่อพิจารณารายข้อหลังการนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลางทุกข้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรพยาบาลคิดว่าการทำแผนเป็นเรื่องของผู้บริหารจึงให้ความสนใจในเรื่องนี้น้อยกว่าการปฏิบัติงาน ควรมีการชี้แจงให้บุคลากรพยาบาลทราบถึงความสำคัญในเรื่องนี้ ดังคำกล่าวที่ว่า การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ซึ่งทุกคนต้องรับทราบ เป้าหมายวัตถุประสงค์ ทุกคนมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายร่วม ความมุ่งมั่น / เจตจำนง แผนยุทธศาสตร์การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ จึงจะทำให้เกิดกิจกรรมพัฒนาได้^[5]

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรทางการพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยกเว้นข้อกำหนดระบบการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของ

ผู้ใช้บริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนา ก่อนการเข้านิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก หมวด 3 เป็นหมวดที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติ จะให้ความสำคัญในเรื่องการจำแนกประเภทผู้ใช้บริการ การกำหนดความต้องการ/ความคาดหวังผู้ใช้บริการ ตลอดจนกระบวนการที่ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ การประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการและการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ^[6] และยังพบว่าปัจจัยด้านการตอบสนองการให้บริการมีผลต่อคุณภาพบริการของผู้รับบริการ^[7] ซึ่งเรื่องการให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นเรื่องใกล้ตัวของบุคลากรพยาบาลที่ต้องปฏิบัติทุกวันจึงทำให้สามารถปฏิบัติได้ดี และมีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่าการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดสุขภาวะแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการและประชาชน ทั้งนี้คุณภาพบริการจะเกิดขึ้นได้จากการลงมือปฏิบัติของบุคลากรทุกคนและถือว่าคุณภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคน ไม่สามารถปฏิบัติแทนหรือมอบหมายให้ปฏิบัติแทนได้^[8] และยังพบว่าระดับแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี มีปัจจัยจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก^[9]

หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์การจัดการสารสนเทศและความรู้ บุคลากรทางการพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พิจารณารายข้อ ข้อที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้คือ มีการสนับสนุนบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับหมวด 4 ด้านการจัดการความรู้มากโดยผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดงานตลาดนัดความรู้ทุกปีและมีการประกวดผลงานวิทยานวัตกรรม เรื่องเล่า และมีเงินรางวัลสนับสนุนเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร

หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล บุคลากรพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพิจารณารายข้อพบว่าเรื่องการสำรวจสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงของหน่วยงานที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง หมวดนี้เป็นเรื่องการจัดการและการพัฒนาบุคลากรในลักษณะที่บูรณาการกัน เพื่อให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานรวมทั้งบรรยากาศที่สนับสนุนการทำงานของบุคลากร การสร้างความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อหน่วยงานบริการ บุคลากรพยาบาลอาจคิดว่าเป็นหน้าที่ของงานพัฒนาบุคลากรจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับหมวดนี้เท่าที่ควร และอีกประเด็นหนึ่งจะเห็นว่าบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีอายุเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในช่วง 54-60 ปี ถึงร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ อายุ 44-53 ปี ถึงร้อยละ 30.3 ทั้งสองกลุ่มรวมกันเป็นบุคลากรพยาบาลที่เกินครึ่งของบุคลากรพยาบาลทั้งหมด ซึ่งบุคลากรวัยนี้เป็นวัยที่ให้ความสนใจกับครอบครัว เป็นวัยสร้างเนื้อสร้างตัว มากกว่าการพัฒนาตนเอง

หมวด 6 การจัดการกระบวนการ บุคลากรพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการภาพรวมอยู่ระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมนิเทศ, แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการกระบวนการองค์การกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กรกระบวนการเหล่านี้

นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรมการวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด^[10] การจัดการกระบวนการเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก บุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ที่มีระดับการศึกษาปริญญาโทมีเพียงร้อยละ 9.1 ที่สามารถให้คำแนะนำและ สร้างสรรค์นวัตกรรมทำงานวิจัยได้ จึงทำให้ผลของการพัฒนาหมวดนี้อยู่เพียงระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการเยี่ยม นิเทศ,แลกเปลี่ยนเรียนรู้

ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล ต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการทั้งก่อนและหลังการเข้าเยี่ยม นิเทศ,แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง^[11] งานวิจัยประเมินโครงการการจัดการความรู้ในองค์กรศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการการจัดการความรู้ในองค์กรของศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ปี พ.ศ.2554 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง^[12] และงานวิจัยการประเมินความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาพรวมมีความพึงพอใจร้อยละ 66.19 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องปรับปรุง^[13] เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คือ ข้อนโยบายและเป้าหมายการบริหารงานของโรงพยาบาลต่อคุณภาพบริการ, ภาระงานของท่านที่ได้รับมอบหมาย, การสนับสนุนของหน่วยงานให้บุคลากรได้นำความรู้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานที่รับผิดชอบและผู้บังคับบัญชาให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน

การทดสอบค่าเฉลี่ย ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการก่อนและหลังการเข้าเยี่ยม นิเทศ,แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่มีความแตกต่างกันทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรพยาบาลส่วนมากจะขึ้นเวรบาย ดึก จึงมีโอกาสได้เรียนรู้ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็เวลาที่อยู่เวรเช้า ซึ่งมีโอกาสน้อยเพราะวันที่อยู่เวรเช้าทีม นิเทศอาจไม่ได้เข้า นิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานนั้น และข้อจำกัดด้านอายุและสมรรถนะก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งจะเห็นว่าบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ส่วนมากมีอายุ 54 -60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคืออายุ 44-53 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.3 ทั้งนี้จะเห็นว่าบุคลากรพยาบาลเกินครึ่งของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดมีอายุมาก แต่ยังคงต้องขึ้นเวรบาย ดึก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและสมรรถนะด้านความจำก็อาจลดลงเนื่องจากมีอายุมาก

การทดสอบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการก่อนและหลังการเข้าเยี่ยม นิเทศ,แลกเปลี่ยนเรียนรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลทั้งก่อนและหลังจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าคะแนนความพึงพอใจหลังการนิเทศ,แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงว่าบุคลากรพยาบาลพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ ปริมาณงานมาก ต้องทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ทำงานไม่ทัน ขึ้นเวรบาย ดึก ไม่ได้เข้าร่วมประชุม และไม่เข้าใจในเรื่องการเขียนรายงานการประเมินไม่รู้ว่าแบบไหนถูก แบบไหนผิด ต้องแก้ไขบ่อย ทำให้หมดกำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพบริการ เวลาประชุมประจำเดือนของหน่วยงานเพราะบุคลากรพยาบาลทุกคนต้องเข้า

ร่วมประชุม และผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลได้ไปศึกษาอบรมภายนอกเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพร้อมและสมรรถนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรทุกกลุ่ม
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
3. การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการ ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2556 ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างสูงจากคณะกรรมการทุกท่าน ขอขอบคุณนายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์ นางประณีตศิลป์ เขาวนลักษณ์สกุล นางแสงเดือน วงษ์ขวลิต ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณ ดร. กฤษณา กาเผือก ที่เป็นที่ปรึกษางานวิจัย อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขจนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลสันป่าตองที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และบุคลากรพยาบาลทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือ ตลอดจนสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัฒน์ศุภชุตีกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : ดีไซน์. 2543.
2. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเขียนรายงานตามเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์. 2553.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ :อาร์ ดี พี. 2543.
4. Burrill, C.W, &Ledolter, J. Achieving quality through continual improvement. New York : John Wiley & Sons. 1999.
5. อนุวัฒน์ศุภชุตีกุล. คุณภาพสู่ประชาชน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542.
6. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเขียนรายงานตามเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์. 2553.
7. กนกพร ลีลาเทพินทร์, พัทธยา มาลีศรี และปรารถนา ปุณณกิติเกษม. การประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลใน กรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ. 2554.
8. Kartz, J. Green, E. Managing quality : A guide to monitoring and evaluating nursing service. St Louis : Mosby. 1997.
9. ธนมณฑชนก เจริญสวัสดิ์. การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. 2552.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติสำหรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและ

บริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริ
ราชสมบัติครบ 60 ปี. พิมพ์ครั้งแรก นนทบุรี
: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด. 2554.

11. ชลิดา ตาคำปัญญา. ความพึงพอใจในการ
ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล
โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก. พุทธชิน
ราชเวชสาร ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม-
เมษายน. 2552.
12. อำนวยศรี เอกมณี และ พิมพ์ภรณ์ พรหม
ใจ. การประเมินโครงการจัดการความรู้ใน
องค์กร ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ปี พ.ศ.
2554. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์
อนามัยที่ 10 เชียงใหม่. 2554.
13. อุไรพร จันทะอุ่มเมา, ดนุลดา จามจุรี และ
ศิริมา ลีละวงศ์. การประเมินความพึงพอใจ
ในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการ
ทำงานของบุคลากรสุขภาพในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : สำนัก
การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. 2554.

ภาวะสุขภาพบุคลากรและการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2556

Health Status and participation in health promoting activities in Health Promoting Hospital, of
Health center region 10

วิภาพร เตชะสรพัต

กัลยา อัจฉนนท์

ธนัฐพงษ์ กาละนีโย

วรุณยุพา หนันตะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ภาวะสุขภาพบุคลากร เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อควบคุมน้ำหนัก การรับรู้ประโยชน์ รู้รู้อุปสรรคและพฤติกรรม เพื่อควบคุมน้ำหนัก ผลของการเข้าร่วมชมรมออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่โดย 1) ศึกษาจากข้อมูลการตรวจสุขภาพ ประจำปีของบุคลากร 2) อบรมให้ความรู้แก่ บุคลากรเพื่อควบคุมน้ำหนัก 3) ศึกษาการรับรู้ ประโยชน์ อุปสรรค พฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก 4) ประเมินผลการเข้าชมรมออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะสุขภาพบุคลากร บุคลากรปี 2556 จากการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าบุคลากรเพศหญิงมีรอบเอวปกติ (≤ 80 cm.) ร้อยละ 58.1 เพศชายมีรอบเอวปกติ (≤ 90 cm.) ร้อยละ 87.5 ดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 23-29.9 kg./m.^2 ร้อยละ 46.5 ความดันโลหิตปกติ $\leq 120/80\text{mmHg}$ ร้อยละ 54.5 ไตรกลีเซอไรด์ปกติ (<150 mg/dl) ร้อยละ 71.6 น้ำตาลในเลือดปกติ (<100 mg/dl) ร้อยละ 75.2 ยกเว้น โคเลสเตอรอล สูงมาก (>240 mmHg) ร้อยละ 42.9 2) ผลการ อบรมความรู้แก่บุคลากรเพื่อควบคุมน้ำหนักผู้เข้า รับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 3) ผลการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมเพื่อควบคุม น้ำหนัก พบว่าบุคลากรมีการรับรู้ประโยชน์การ ปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.3 การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนเพื่อ ควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.4

พฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59 4) การประเมินผลการเข้าชมรมออกกำลังกายโดยการเปรียบเทียบรอบเอวน้ำหนักก่อนและหลังเข้าโครงการ 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยรอบเอวและน้ำหนักก่อนเข้าชมรมออกกำลังกายและหลังเข้าชมรมออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ สรุปและขอเสนอแนะการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้เพื่อควบคุมน้ำหนัก การจัดให้เข้าชมรมออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรดูแลตนเองต้องอย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ดีของบุคลากร

Abstract

The purpose of this study was to study health status, comparison of pre score and post score of education provision for weight control, perceived benefits, perceived barriers and weight control behavior, effect of participation on exercise club. This study was conducted in Health Promoting Hospital, Health Promotion Center 10 Chiang Mai by 1) Studied from annual physical examination report 2) Provided training and education for weight control 3) studied perceived benefits, perceived barriers and weight control behavior 4) Evaluated an exercise club participation The data were collected by using questionnaires and were analyzed using quantitative methods including percentage, arithmetic means, standard deviation and paired simple t-test.

The results found that 1) The physical annual examination in 2013, the health status of female personnel had normal waist circumference as 58.1% (≤ 80 cm.), male personnel had normal waist circumference as 87.5% (≤ 90 cm.), The body mass index was between 23-29.9 kg/m² as 46.5%, blood pressure was normal as 75.2% (< 100 mg/dl) and cholesterol level was high as 42.9% (> 240 mmHg). 2) The result of training and education provision for weight control showed significantly higher than before at the .01 level.

3) Personnel perceived benefits for weight control had high level as 61.3%, perceived barriers had low level as 62.4% and weight control behavior had moderate level as 59%. 4) The comparison of waist circumference between before and after participating in exercise club did not differ statistically significant. This study suggested that physical annual checkup, education provision for weight control, participation in exercise club still need to do continuously for good health.

บทนำ

บุคลากรเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญต่อการพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะการที่บุคลากรมีสุขภาพดีจะทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและสร้างผลผลิตองค์กรได้สูง ดังนั้นบุคลากรจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จากการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้วิถีชีวิตสู่ความเร่งรีบทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกาย ทำให้มีโอกาสดังกล่าวอ้วนลงพุงทำให้เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุก 5 เซนติเมตรจะเพิ่มโอกาสดังกล่าวอ้วนลงพุง 3-5 เท่า^[1] ซึ่งแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของคนไทยเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาในปี 2551-2552 พบในเด็ก 1.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 17.6 ล้านคนและมีอ้วนลงพุง 16.2 ล้านคน เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง^[2] บุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งอยู่ในวัยทำงานก็มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 6 ในปี 2550 พบว่ามีดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 35.3 และมีรอบเอวเกินมาตรฐานร้อยละ 37.4^[3] นอกจากนี้ในโรงพยาบาลปัตตานีได้มีโครงการทดสอบสมรรถภาพทางกายของเจ้าหน้าที่ในปี 2550 พบว่าบุคลากรมีน้ำหนักเกิน

มาตรฐานร้อยละ 34.51 มีเปอร์เซ็นต์ไขมันใต้ผิวหนังสูงกว่าปกติร้อยละ 76.96^[4]

การตรวจสุขภาพประจำปีจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญในการคัดกรองโรคและค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อจะได้สามารถรักษาให้หายได้^[5] ในการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากร ทราบสถานะสุขภาพของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น และผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่าบุคลากรมีรอบเอวเกินในเพศชาย ร้อยละ 23.3, 16.09 และ 17.1 เพศหญิงพบว่ามีรอบเอวเกิน ร้อยละ 35.2, 32.87 และ 36.7 ตามลำดับ และจากการประเมินโครงการตรวจสุขภาพประจำปีปีงบประมาณ 2554 พบว่าบุคลากรต้องการมีกิจกรรมต่างๆ ให้ในคนที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติและในคนผิดปกติ หลังการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายเพื่อดูแลสุขภาพบุคลากรหลังการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วย ชมรมออกกำลังกาย การมีสวนสุขภาพ ห้องฟิตเนส ในปีงบประมาณ 2556 มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การให้บุคลากรสมัครเข้าชมรมออกกำลังกายต่างๆ 12 ชมรม นอกจากนี้คลินิกส่งเสริมสุขภาพมีการให้ความรู้ในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกส่วน ในกลุ่มที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติและรอบเอวปกติเพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ ในกลุ่มที่มีรอบเอวเกินได้จัดให้เข้าคลินิกไร้พุง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกาย อันจะทำให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป จากกระบวนการดูแลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการมีส่วนร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักของบุคลากร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ปี 2556
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อควบคุมน้ำหนักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมชมรมออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

นิยามศัพท์

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้หลังการตรวจสุขภาพประจำปีได้แก่ การเข้ารับการอบรมเรื่องภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อาหาร และการออกกำลังกาย การเข้าเป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกาย การวัดรอบเอวและชั่งน้ำหนัก

ความรู้เพื่อควบคุมน้ำหนัก หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

ชมรมออกกำลังกาย หมายถึง ชมรมออกกำลังกายที่จัดตั้งขึ้นที่ศูนย์อนามัยที่ 10 จำนวน 12 ชมรมประกอบด้วยชมรมต่าง ๆ ดังนี้ เปตอง เต้นรำ ปิงปอง แอโรบิก ฟิตเนส จักรยาน กอล์ฟ ฮูลาฮoop โยคะ ลีลาศ แบดมินตัน บาสเกตบอล

เส้นรอบเอวปกติหมายถึง กลุ่มที่มีเส้นรอบเอวเพศหญิง ≤ 80 cm. เพศชาย ≤ 90 cm.^[1]

เส้นรอบเอวเกิน หมายถึง กลุ่มที่มีเส้นรอบเอวเพศหญิง มากกว่า 80 cm. เพศชาย มากกว่า 90 cm.^[1]

ดัชนีมวลกาย (BMI)^[6]

- น้ำหนักน้อย หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย $\leq 18.5 \text{ kg./m.}^2$
- ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง $18.5 - 22.9 \text{ kg./m.}^2$
- เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนถึงอ้วนระดับ 1 หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง $23.0 - 29.9 \text{ kg./m.}^2$
- อ้วนระดับ 2 หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย $\geq 30 \text{ kg./m.}^2$

ความดันโลหิต^[1]

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีความดันโลหิต $\leq 120/80 \text{ mm/Hg}$
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีความดันโลหิต $> 120/80 \text{ mm/Hg}$

โคเลสเตอรอล (Cholesterol)^[7]

- ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลในเลือด $< 200 \text{ mg/dl}$
- สูงปานกลาง หมายถึง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลในเลือด $200 - 239 \text{ mg/dl}$
- สูงมาก หมายถึง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลในเลือด $\geq 240 \text{ mg/dl}$

ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride)^[7]

- ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือด $< 150 \text{ mg/dl}$
- สูงปานกลาง หมายถึง กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือด $150 - 199 \text{ mg/dl}$
- สูง-สูงมาก หมายถึง กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือด $\geq 200 \text{ mg/dl}$

น้ำตาลในเลือด (FBS)^[1]

- ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ $< 100 \text{ mg/dl}$
- เสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด $100 - 125 \text{ mg/dl}$
- เบาหวาน หมายถึง กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด $\geq 126 \text{ mg/dl}$

เกณฑ์เสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง^[1]

คนที่มีกลุ่มของปัจจัยของโรคอ้วนลงพุงคือคนที่อ้วนลงพุง (ผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 cm. และผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 cm.) บวกกับมีปัจจัยเสี่ยงอีก 2 ใน 4 อย่างต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูง $130/85 \text{ mm/Hg}$
2. น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง 100 mg/dl ขึ้นไป
3. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 150 mg/dl ขึ้นไป
4. ระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 40 mg/dl สำหรับผู้ชายและน้อยกว่า 50 mg/dl สำหรับผู้หญิง

ระเบียบวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา บุคลากรรพ.ส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

สถานที่ศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

รูปแบบการศึกษา Cross-Sectional and Prospective

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. ศึกษาภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	ข้อมูล แฟ้มประวัติ การตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน ร้อยละ
2. การให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อควบคุมน้ำหนักในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	แบบสอบถาม pre-post	ค่าความก้าวหน้า/ค่าความต่าง pre-post test

ขั้นตอนการศึกษา	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
3. ศึกษาการรับรู้ประโยชน์,อุปสรรคพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	แบบสอบถาม	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4.ผลของการเข้าชมรมออกกำลังกายบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	เก็บข้อมูลจากรอบเอว น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity)ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์,อุปสรรคพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์,อุปสรรค พฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยนำแบบสอบถามที่ทำการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำเอกสารยินยอมขึ้นเพื่อใช้ในการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอโดยภาพรวมเมื่อประชากรยินดีเข้าร่วมการศึกษาและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ภาวะสุขภาพบุคลากรบุคลากรปี 2556 จากการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าพบว่าเป็นโรคเบาหวานมีรอบเอวปกติ (≤ 80 cm.) ร้อยละ 58.1 เพศชายมีรอบเอวปกติ (≤ 90 cm.) ร้อยละ 87.5 ดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง $23-29.9$ kg./m.² ร้อยละ 46.5 ความดันโลหิตปกติ ($\leq 120/80$ mmHg) ร้อยละ 54.5 ไตรกลีเซอไรด์ปกติ (<150 mg/dl) ร้อยละ 71.6 และมีน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่มปกติ (<100 mg/dl) ร้อยละ 75.2 โคเลสเตอรอลสูงมาก (> 240 mmHg) ร้อยละ 42.9

2. การให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งจัดอบรมโดยทีมวิทยากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิก อาหาร การออกกำลังกายจากการทำ Pre-post test พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

3. ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.3 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 46.9 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 49.2 ระยะเวลาการทำงานระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40.4 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 63 ออกกำลังกายร้อยละ 74.6 โดยออกกำลังกายนอกศูนย์อนามัยที่ 10 ร้อยละ 54.3 มี

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อการควบคุมน้ำหนักในระดับสูงร้อยละ 61.3 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่บุคลากรเห็นด้วยอย่างยิ่งคือ การควบคุมน้ำหนักตัวช่วยไม่ให้เกิดภาวะอ้วนพุงลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 59 ข้อที่ตอบว่าเห็นด้วย 3 อันดับแรก คือ การเลือกรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำและย่อยง่าย การเดินระยะไกลๆ ช่วยให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานทำให้น้ำหนักไม่เพิ่ม การออกกำลังกายวันละ 30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานและน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 61.8, 61.3, 60.1 ตามลำดับ มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับต่ำร้อยละ 62.4 โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งคือ ท่านชอบดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 57.8 ส่วนข้อที่ตอบไม่เห็นด้วย 3 อันดับแรก คือ ท่านไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเพื่อน ไม่มีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย และการทำงานประจำวันก็เพียงพอสำหรับการออกกำลังกายแล้วร้อยละ 54.3, 52, 50.9 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลางร้อยละ 59 ข้อที่บุคลากรปฏิบัติเป็นประจำ 3 อันดับแรก คือ การทำงานบ้านเอง รับประทานอาหาร 3 มื้อ และรับประทานอาหารเข้าทุกวัน ร้อยละ 79.8, 71.1, 69.4 ตามลำดับ

4. การประเมินผลการเข้าชมรมออกกำลังกายโดยให้บุคลากรสามารถสมัครเข้าชมรมออกกำลังกายตามความสนใจ ในวันพุธทุกสัปดาห์ ผู้บริหารมีนโยบายให้บุคลากรสามารถออกกำลังกายตั้งแต่เวลา 15.00 น. เป็นต้นไปและมีการพบปะทุกชมรมในทุกวันพุธสิ้นเดือน ซึ่งผลจากการเข้าชมรมออกกำลังกายพบว่าน้ำหนักของบุคลากรก่อนเข้าชมรมออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.06 กิโลกรัมและหลังเข้าชมรมออกกำลังกาย 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.97 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าน้ำหนักก่อนและหลังเข้าชมรมออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนรอบเอวของบุคลากรก่อนเข้าชมรมออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.72 เซนติเมตรและหลังเข้าชมรมออกกำลังกาย 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.63 เซนติเมตรเมื่อเปรียบเทียบกับพบว่ารอบเอวก่อนและหลังเข้าชมรมออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุงในเรื่องรอบเอวพบว่าในเพศหญิงก่อนเข้าชมรมออกกำลังกายเพศหญิงมีรอบเอวปกติ ร้อยละ 64.9 มีรอบเอวเกิน ร้อยละ 35.1 หลังเข้าชมรมออกกำลังกายกลุ่มที่มีรอบเอวปกติยังคงมีรอบเอวปกติร้อยละ 97.7 และมีรอบเอวเกินร้อยละ 2.3 ในกลุ่มที่มีรอบเอวเกินก่อนเข้าชมรมยังคงมีรอบเอวเกินหลังเข้าชมรมร้อยละ 100 ในเพศชายพบว่าก่อนเข้าชมรมออกกำลังกายเพศชายมีรอบเอวปกติร้อยละ 87.2 มีรอบเอวเกินร้อยละ 12.8 หลังเข้าชมรมออกกำลังกายกลุ่มที่มีรอบเอวปกติยังคงมีรอบเอวปกติร้อยละ 100 ในกลุ่มที่มีรอบเอวเกินก่อนเข้าชมรมกลับมามีรอบเอวปกติร้อยละ 20 และรอบเอวเกินร้อยละ 80

อภิปรายผล

จากการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าบุคลากรมีโคเลสเตอรอลในระดับสูงปานกลาง-สูงมากร้อยละ 76.1 ซึ่งสาเหตุที่ทำให้โคเลสเตอรอลสูงเกิดจากกรรมพันธุ์และการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ไม่ว่าโคเลสเตอรอลสูงจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามก็สามารถควบคุมทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้เหมือนกัน^[8] ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจากการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อควบคุมน้ำหนักพบว่าหลังการอบรมบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาเรื่องการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนัก นั้นพบว่าบุคลากรมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับสูง อธิบายได้ว่าจากการที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยมีการณรงค์ให้

ประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง การรณรงค์ในเรื่อง การรับประทานอาหารที่ถูกส่วน จึงส่งผลให้ บุคลากรได้รับข่าวสารข้อมูลต่างๆ อันเป็น ประโยชน์ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าบุคลากรรับรู้ ว่าการควบคุมน้ำหนักจะช่วยให้เกิดภาวะ อ้วนลงพุง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือด ร้อยละ 59 การ เลือกรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ทำให้น้ำหนักไม่เพิ่ม ร้อยละ 61.8 การเดิน ระยะไกล ๆ ช่วยให้อวัยวะเกิดการเผาผลาญ พลังงานทำให้น้ำหนักไม่เพิ่ม การออกกำลังกายวัน ละ 30 นาที 3-5 ต่อสัปดาห์ ทำให้อวัยวะเผา พลาญพลังงานและน้ำหนักตัวไม่เพิ่มร้อยละ 61.3 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ดังกล่าวจะทำให้บุคลากรมี แนวโน้มที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป ดังแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่ กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจึงทำให้คะแนน การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนักอยู่ใน ระดับสูง^[9] ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมน้ำหนักพบว่าบุคลากรมีการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักใน ระดับต่ำ ซึ่งจากแนวคิดเพนเดอร์กล่าวว่า การรับรู้ อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตน หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อ ขาดความพร้อมและการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามี ความพร้อมและการรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาส ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น^[10] จากการที่ ประชากรมีการศึกษาตั้งแต่ประถมถึงระดับ ปริญญาตรี มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่างๆ อีกทั้งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมี นโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้สามารถ นำข้อมูลที่ได้มาปฏิบัติให้เป็นประโยชน์กับตนเอง จึงส่งผลให้มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ด้าน พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักอยู่ใน ระดับปานกลางอธิบายได้ว่าบุคลากรที่ศึกษาส่วน ใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 46.2 ซึ่งอายุ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ^[9] โดยผู้ที่มี อายุมากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจทำได้ยาก นอกจากนี้ในเรื่องการเจ็บป่วยด้วยภาวะอ้วนลงพุง จะไม่เห็นเด่นชัดในองค์กรจึงทำให้บุคลากรไม่ ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ดังแนวคิดความ เชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ ที่กล่าวว่าการที่ บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ บุคคลนั้นจะต้อง มีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมี ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และจากการ ประเมินผลการเข้าร่วมชมรมออกกำลังกายของ บุคลากรพบว่าหลังเข้าโครงการ 6 เดือนค่าเฉลี่ย รอบเอวและน้ำหนักไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าน้ำหนักเฉลี่ยก่อนเข้าชมรม เท่ากับ 60.06 กิโลกรัมและหลังเข้าชมรมมี น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 59.97 กิโลกรัม ซึ่งไม่มีความ แตกต่างมากนักแสดงให้เห็นว่าบุคลากรยังคงไว้ซึ่ง น้ำหนักเดิม นอกจากนี้รอบเอวในเพศหญิงกลุ่มที่มี รอบเอวปกติ หลังเข้าชมรมออกกำลังกาย 6 เดือน ยังคงมีรอบเอวปกติร้อยละ 97.7 เพศชายกลุ่มที่มี รอบเอวปกติหลังเข้าชมรมออกกำลังกาย 6 เดือน ยังคงมีรอบเอวปกติร้อยละ 100 ดังนั้นการที่ ผู้บริหารมีนโยบายในเรื่องการออกกำลังกายอย่าง สม่าเสมอ การรับประทานอาหารที่ถูกส่วน การให้ รายงานรอบเอวและน้ำหนักทุกเดือนเป็นการ กระตุ้นให้บุคลากรต้องระมัดระวังไม่ให้น้ำหนัก และรอบเอวขึ้นอันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพตนเองจึง เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอล ในเลือดสำหรับบุคลากรที่มีโคเลสเตอรอลสูง
2. ควรเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ติดตามผลของการ เข้าชมรมออกกำลังกายเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและมีการกระตุ้น พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นระยะเพื่อความ ยั่งยืนของพฤติกรรมออกกำลังกาย

3. ควรมีการรณรงค์ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้านการออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมกาสูบเพื่อควบคุมน้ำหนัก ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ได้รับทุนอุดหนุนจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ปีงบประมาณ 2556 ขอขอบคุณ

ดร.จิตติมา กัตถัญญ ดร.กฤษณา กาเผือก นายกฤษณะ จาตุรงค์ศรี ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบเครื่องมือ อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขจนทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ที่ได้ให้ความร่วมมือตลอดจนสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วณิชชา กิจวรพัฒน์ . โรคอ้วนลงพุง ภัยเงียบที่คุกคามไม่ถึง. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ ฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล . แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พศ.2554-2563. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2555] เข้าถึงได้จาก <http://bps.pos.moph.go.th/thlsp> 2011-2020/index.html.
3. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น.การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พิชิตอ้วน พิชิตพุง เจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 6 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2555] เข้าถึงได้จาก

- 203.157.71.148/Information/center/research%2054/camp54.pdf
4. นริศรา งามขจรวิวัฒน์ ,สุภาวลัย ผ่องใส. ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ feel Fit ต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และรอบสะโพกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปัตตานี ปี 2550 .วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. 2551;3:100-108
5. เนลินี ไชยเอื้อย , นภาพร ครุสันธิ์ .การตรวจสุขภาพประจำปีจำเป็นหรือไม่ .วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2550;3:170-182.
6. กัลยา กิจบุญชู. ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับคนอ้วน.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2554.
7. ATP III Guidelines At-A-Glance Quick Desk Reference [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2556] เข้าถึงจาก <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>.
8. หมอชาวบ้าน.กินอย่างไรเมื่อโคเลสเตอรอลสูง.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2556]. เข้าถึงจาก www.docter.or.th/article/detail/6553.
9. Becker, M.H. (Eds). L.A. The health belief model and personal health behavior. Thorofare , NJ:C.B.Slack.1974.
10. .Pender,N.J. Health promotion in nursing practice (5 th ed) Norwalk: Appleton & Lange.1996.

การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย

The developmental process of the Chiang Rai AIDS Database System

เยาวลักษณ์ ไชยานนท์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

กระบวนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย มีที่มาจากประเด็นปัญหาข้อมูลผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันผู้ติดเชื้อได้รับการพัฒนาในองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น ดังนั้นการรวบรวมฐานข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาใช้ในการวางแผนและติดตามผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดจึงเป็นประเด็นสำคัญ ประกอบกับในปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้เน้นในเรื่องคุณภาพระบบข้อมูลเอดส์ระดับจังหวัด โดยเฉพาะในประเด็นแหล่งที่มาของข้อมูล ความถูกต้องน่าเชื่อถือ และตรงเวลา ซึ่งหากได้รับการแก้ไขพัฒนาจะส่งผลให้จังหวัดเชียงรายมีระบบฐานข้อมูลเอดส์ที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อสนับสนุนนโยบายของส่วนกลางให้เป็นไปในทิศทางและมาตรฐานเดียวกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงรายและพัฒนาโปรแกรม NAP_hosp ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บฐานข้อมูลสถานการณ์เอดส์ในโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งของจังหวัดเชียงราย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ติดเชื้อทั้งหมด ผู้ที่เข้าถึงยาต้านไวรัส เป็นต้น ทั้งนี้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์และวางแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงรายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป การศึกษาครั้งนี้มีพื้นที่เป้าหมายคือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 17 แห่ง

การพัฒนาฐานข้อมูลเอดส์โดยใช้โปรแกรม NAP_Hosp เป็นการพัฒนาขึ้นจากฐานข้อมูล NAP เพื่อมุ่งรวบรวมวิเคราะห์ฐานข้อมูล NAP (National Aids Program) ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 โดยนำเสนอเป็นข้อมูลพรรณนาในรูปแบบลักษณะของข้อสรุปและกราฟผลการดำเนินงานเพื่อตั้ง

ฐานข้อมูลให้ออกมาในรูปแบบของสารสนเทศสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตสำหรับกระบวนการเชื่อมโยงข้อมูล NAP ของ สปสช. นั้น ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลใช้วิธีการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล NapDar (NAPData.mdb) โดยไม่มีการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมทั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดภาระในการทำรายงาน และนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการสรุปรายงานของหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทั้งนี้ถือเป็นระบบฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อ HIV ในหน่วยบริการทุกระดับและภาพรวมของจังหวัดเชียงราย สำหรับกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงรายมีดังต่อไปนี้ 1)หาหรือผู้บริหารเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย 2)แต่งตั้งคณะทำงานด้านระบบสารสนเทศงานเอดส์จังหวัดเชียงรายและจัดประชุมคณะทำงานเพื่อหาหรือแนวทางพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบรายละเอียดการใช้โปรแกรม NAP_hosp 4) ทดลองใช้โปรแกรมในโรงพยาบาลทุกแห่ง 5)ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมถึงด้านปัญหาอุปสรรคเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเหมาะสมต่อไป

ผลการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงรายพบว่า สามารถพัฒนาให้โรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง (ร้อยละ100) ในจังหวัดเชียงรายมีระบบฐานข้อมูลเอดส์และผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสโดยใช้ โปรแกรม NAP_hosp นอกจากนี้จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลเอดส์จากโรงพยาบาลทุกแห่งมีทักษะการใช้โปรแกรมฯได้อย่างถูกต้อง สามารถวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์รายอำเภอและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาการใช้โปรแกรมให้มีประสิทธิภาพต่อไปทั้งนี้โดยกระบวนการทั้งหมดงานเอดส์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้ทำการรวบรวมข้อมูลเป็นข้อมูลกลางของจังหวัดและได้ดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโปรแกรม NAP_hosp มาอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการรายงาน วิเคราะห์ ประเมินผล โดยคาดหวังว่าจะได้ฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจวางแผนงานและยุทธศาสตร์จังหวัดส่งผลให้เกิดระบบการพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

Abstract

The developmental process of the Chiang Rai AIDS Database System was initiated from the issues on the increasing number of HIV patients and the knowledge of people living with HIV. Based on the, it was found that they can access more health services. Therefore, the key issue is on the implementation of collecting data and information for planning, developing and monitoring at all hospitals. Currently, the Chiang Rai provincial health office has focused on the quality of information systems; especially with regards to the source of information, accuracy, reliability and real time. In the future if the Chiang Rai database system was to be solved it will demonstrate accuracy and reliability. Therefore, the Chiang Rai provincial health office should have an urgency to speed up the process for supporting the public policy that is in the same direction and with standard. The objectives were to create a database system and NAP_hosp application development, which is to be used as a storage tool for the Aids situation database at all public hospitals of Chiang Rai; such as new HIV infections, all case of HIV infections, the situation of access to antiretroviral drugs, etc. Based on this system it can be expected that it will help in being a tool for effective analysis and planning for prevention and solving the Chiang Rai AIDS crisis. The target areas of this study were 17 general hospitals and community hospitals.

The developmental process of Chiang Rai AIDS Database System by the NAP_hosp program was developed from a database in order to compile the NAP database (National Aids Program) under the sponsorship from the National Health Security Office region 1. The data were presented as a summary descriptive information and graphs for the administrators and stakeholders, in order to anticipate for decision making on the provincial AIDS strategy implementation plans as a result to achieve the future goals. As the NAP data link the system database administrator retrieved the data from the NapDar database (NAPData.mdb) without saving more information. This was due to the intention of reducing the burden of reporting and analyzing data; such as the HIV situation, the overview and services reports. It is an AIDS database system of Chiang Rai province.

The developmental process of the AIDS database system Chiang Rai province were as followed: 1) discussing with the director on the issue of development the AIDS database system Chiang Rai province 2) creating the Information Systems Committee and arranging a conference with the working group for discussion and developing the AIDS database system in the Chiang Rai province 3) setting up on the job training workshops for the confederate details of the program NAP_hosp 4) implementing the program in all level of the hospitals 5) conducting workshops that are related to exchanging knowledge as well as overcoming obstacles for developing an appropriate program.

The result of the developmental process of the Chiang Rai AIDS Database System found that it was able to be developed in all public hospitals (100 percent) in terms of AIDS database patients, and receiving antiretroviral therapy by using the NAP_hosp program. In addition, the results also indicated that the hospitals officers could apply their skills correctly, analyze district situation, share their experiences, and finding solutions to problem solving so that the program

can be effectively improved upon. The developmental process of the Chiang Rai AIDS Database System by the Provincial Health Office was arranged as a program for collecting data as the center of the province. Additionally, it is an extension for developing the NAP_hosp applications as a tool for analysis, and evaluation. Moreover, the concept is expected to produce a database system that is accurate, timely and reliable. Furthermore, this program can be utilized for planning and strategic decision making for an effective service development system in the future.

บทนำ

การจัดเก็บข้อมูลเอดส์ของโรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดเชียงรายมีความหลากหลาย ส่งผลให้ขาดความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จึงได้พัฒนาระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลเอดส์ให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยใช้โปรแกรม NAP_hosp ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล จำนวน 17 แห่ง เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลครอบคลุมตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาฐานข้อมูลเอดส์ระดับจังหวัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสร้างระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย
2. พัฒนาโปรแกรม NAP_hosp เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการจัดเก็บฐานข้อมูลเอดส์ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
3. เพื่อทราบสถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงราย สามารถนำไปวิเคราะห์และนำไปใช้เกิดประโยชน์ต่อไป

วิธีการดำเนินงาน

1. สร้างระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัด เชียงราย

1.1 หาหรือผู้บริหารในการพัฒนา ฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย

1.2 แต่งตั้งคณะทำงานด้าน ระบบสารสนเทศงานเอดส์จังหวัดเชียงราย

1.3 ประชุมคณะทำงานด้าน ระบบสารสนเทศงานเอดส์จังหวัดเชียงรายเพื่อ หาหรือแนวทางพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์ระดับ จังหวัด

1.4 ดำเนินงานพัฒนาฐานข้อมูล เอดส์ระดับจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การทำงาน เอดส์ทุกระดับ

2. พัฒนาโปรแกรม NAP_hosp

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อรับทราบรายละเอียดการใช้โปรแกรมNAP_hosp

4. วิเคราะห์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์ในระดับอำเภอและ จังหวัด เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไข ปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงราย

5. วางแผนการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

6. สรุปผลการดำเนินงาน เสนอต่อ ผู้บริหาร

ผลการดำเนินงาน

1. มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ 1.1 มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับยา ARV ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด เชียงราย เป็นข้อมูลกลาง เก็บไว้ในจังหวัด

1.2 มีระบบโปรแกรมที่เป็น เครื่องมือ (tool) ในการ รายงาน วิเคราะห์ และ ประเมินผล ในกิจกรรมผู้ป่วยเอดส์ และผู้รับยา ARV ทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัดและ ระดับส่วนกลาง

2. ผลการพัฒนาโปรแกรม NAP_hosp

2.1 มีระบบรายงานที่สนับสนุน Getting to zero เพื่อหยุดยั้ง โรคเอดส์ ตามนโยบาย ของเอดส์ชาติ

2.2 ลดภาระในการวิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ปฏิบัติงาน โดยตัวโปรแกรมจะทำการ วิเคราะห์ ให้ตามรายงานที่กำหนด

2.3 เป็นเครื่องมือในการ วิเคราะห์ สรุปผล วางแผนการดำเนินงาน ด้าน เอดส์ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหาร

3. ผลการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ โปรแกรม NAP_hosp กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้รับผิดชอบงานข้อมูล เอดส์จากโรงพยาบาล 17 แห่ง จากผลการจัดอบรม พบว่า โรงพยาบาล ทุกแห่ง สามารถใช้โปรแกรม NAP_hosp ได้อย่าง ถูกต้องและสามารถวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ รายอำเภอและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคการใช้โปรแกรม NAP_hosp

4. มีแผนการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบ ข้อมูลสารสนเทศงานเอดส์

4.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทักษะบุคลากรในการจัดเก็บข้อมูล

4.2 พัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บ ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นมาตรฐาน เดียวกัน

4.3 ประชุมเพื่อวิเคราะห์และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำข้อมูลในแต่ละระดับไปใช้ เกิดประโยชน์

4.4 นิเทศติดตามการจัดเก็บ ข้อมูลในพื้นที่ตามตัวชี้วัดและมาตรการที่กำหนดใน แผนยุทธศาสตร์

5. วิเคราะห์ข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย จากโปรแกรม NAP_hosp

ตาราง 1 แสดงข้อมูลสถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงราย

รายงานสถานการณ์เอดส์ เชียงราย, สนง.สาธารณสุขจังหวัด ฐานข้อมูล สปสช.ตั้งแต่ปี 2550 ถึงวันที่ 4/4/2557 จำนวนโรงพยาบาล 17 แห่ง

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ รับยา ARV ในระบบฐานข้อมูล NAP สปสช.

จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 17,884 ราย เสียชีวิต 1,771 ราย
ขึ้นทะเบียนเพศชาย 8,602 ราย หญิง 9,275 ราย
อัตราส่วนขึ้นทะเบียน ชาย : หญิง = 0.927 : 1
ขึ้นทะเบียนเฉลี่ยปี 2556 87.00 คน/เดือน

จำนวนผู้ป่วยรับ ARV 14,147 ราย เสียชีวิต 874 ราย
ไม่ได้รับยา ARV 3,737 ราย เสียชีวิต 897 ราย
รับ ARV เพศชาย 6,728 ราย หญิง 7,413 ราย
อัตราส่วนรับยา ชาย : หญิง = 0.908 : 1

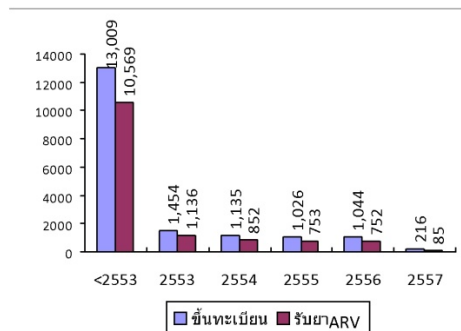
ผู้ป่วยที่รับยา ARV แยกตามสิทธิการรักษา

สิทธิประกันสุขภาพ 11,272 ราย เสียชีวิต 799 ราย
สิทธิข้าราชการ 289 ราย เสียชีวิต 8 ราย
สิทธิประกันสังคม 1,412 ราย เสียชีวิต 21 ราย
VCT ทั้งหมด 72,067 ครั้ง
VCT เฉลี่ยปี 2556 1,229.58 ครั้ง/เดือน

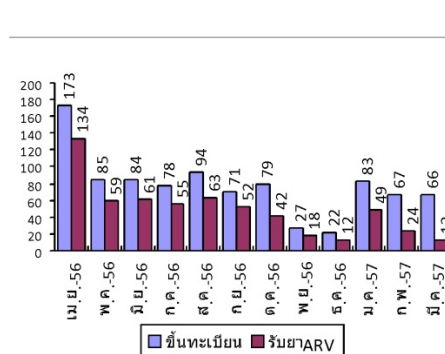
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ รับยา ARV จำนวนรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ขึ้นทะเบียน	รับยา	ต่อแสน
1 เชียงราย ประชา นุเคราะห์,รพ.	5,732	4,553	3,555.24
2 แม่จัน,รพช.	2,137	1,355	1,992.04
3 พาน,รพช.	1,495	1,247	1,196.14
4 แม่สาย,รพช.	1,483	1,231	1,572.97
5 เชียงแสน,รพช.	900	737	1,491.45
6 เวียงป่าเป้า,รพช.	871	685	1,211.27
7 เทิง,รพช.	812	661	874.63
8 แม่สรวย,รพช.	767	640	982.65
9 สมเด็จพระญาณสังวร,รพ.	729	632	1,639.53
10 เชียงของ,รพช.	601	503	1,187.51
11 พญาเม็งราย,รพช.	472	379	1,067.46
12 แม่ลาว,รพช.	441	372	1,293.86
13 ป่าแดด,รพช.	422	312	1,641.83
14 ขุนตาล,รพช.	357	268	983.77
15 เวียงเชียงรุ้ง,รพช.	344	299	1,460.78
16 แม่ฟ้าหลวง,รพช.	189	164	257.11
17 เวียงแก่น,รพช.	132	109	494.20
รวม	17,884	14,147	

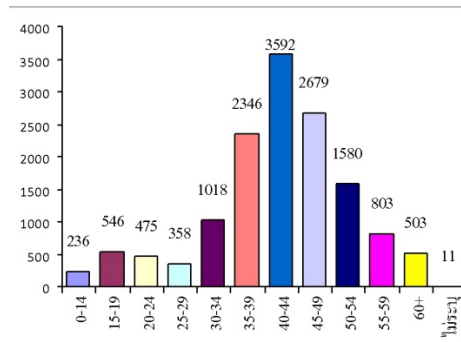
กราฟจำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับยารายใหม่แยกรายปี



กราฟจำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนและรับยารายใหม่แยกรายเดือน

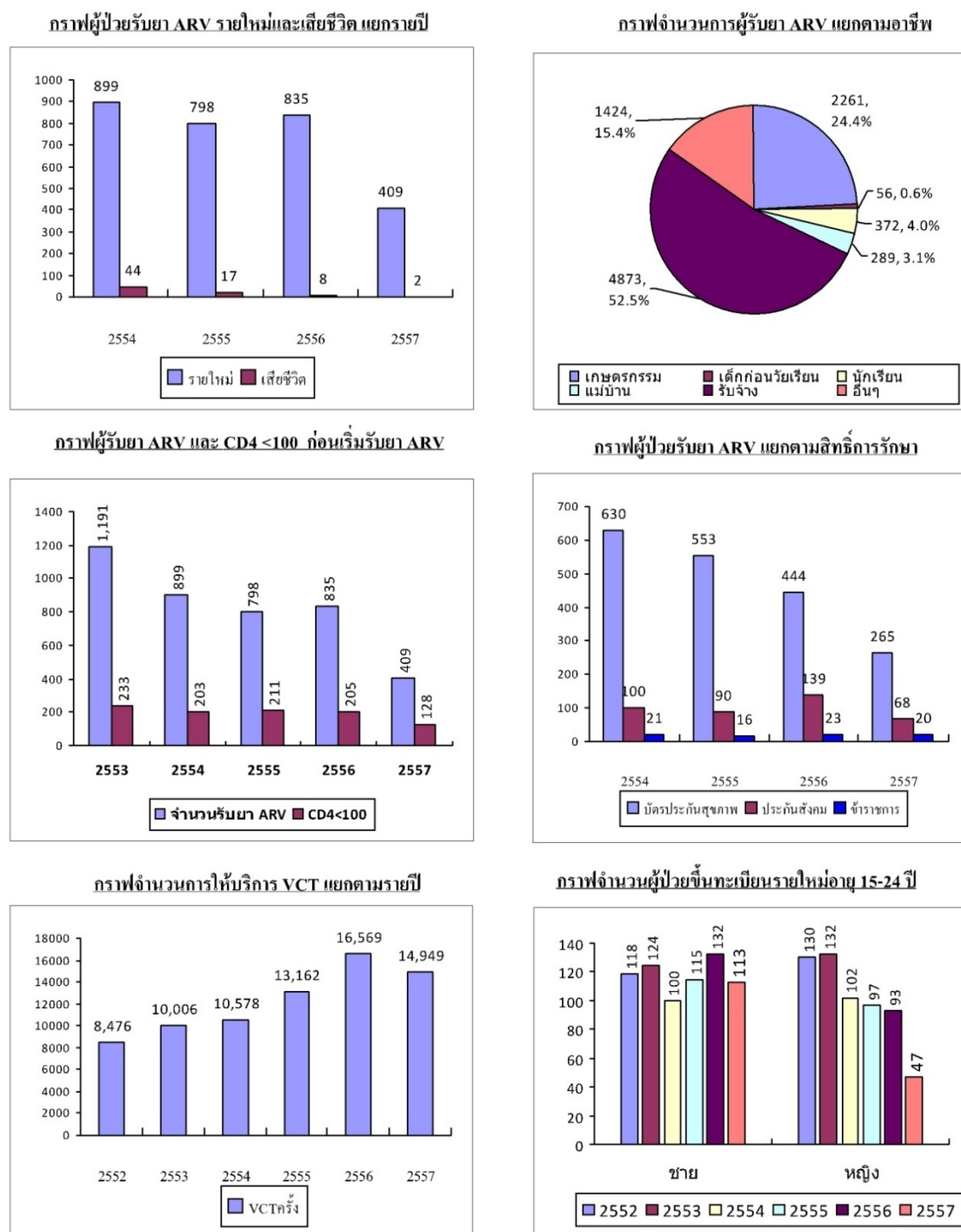


กราฟจำนวนการรับยา ARV แยกตามกลุ่มอายุ



ตาราง 2 แสดงข้อมูลสถานการณ์เอดส์แยกตามรายปี

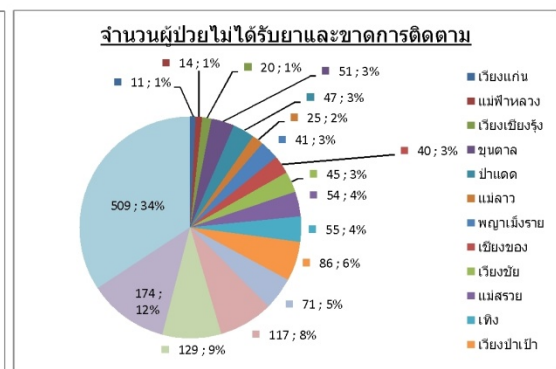
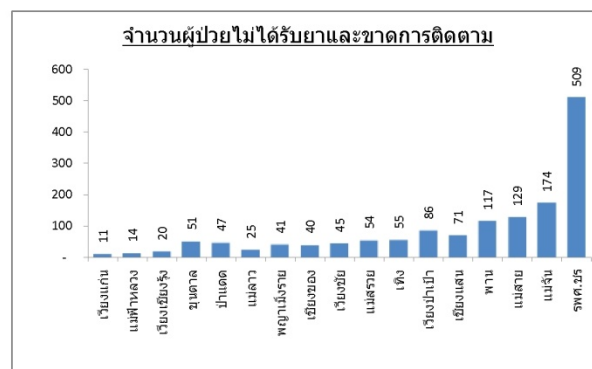
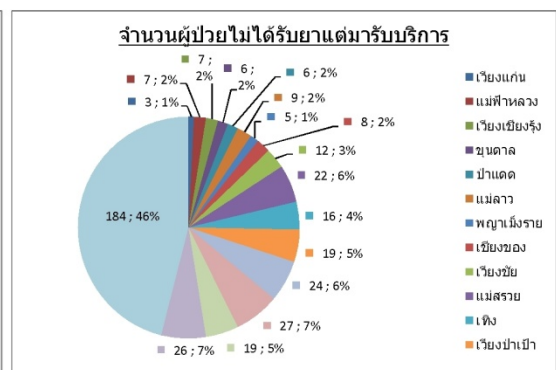
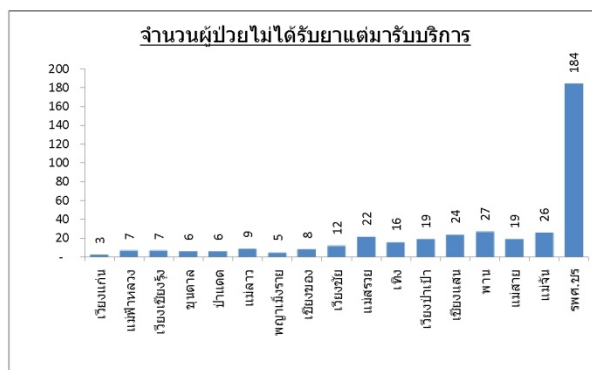
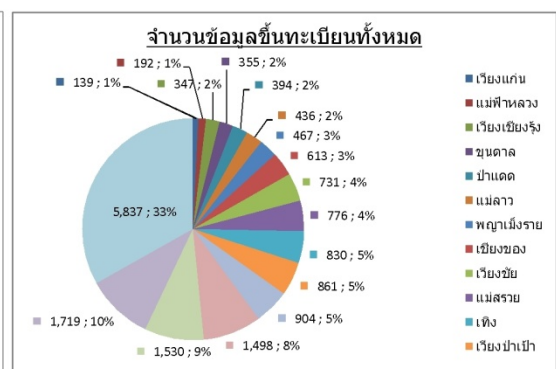
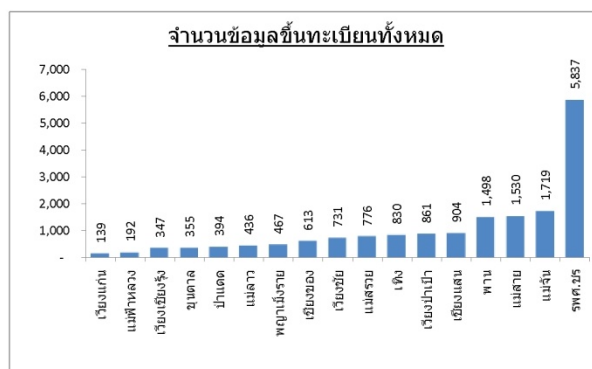
รายงานสถานการณ์เอดส์ เชียงราย, สนง.สาธารณสุขจังหวัด
ฐานข้อมูล สปสช.ตั้งแต่ปี 2550 ถึงวันที่ 10/11/2557 จำนวนโรงพยาบาล 17 แห่ง



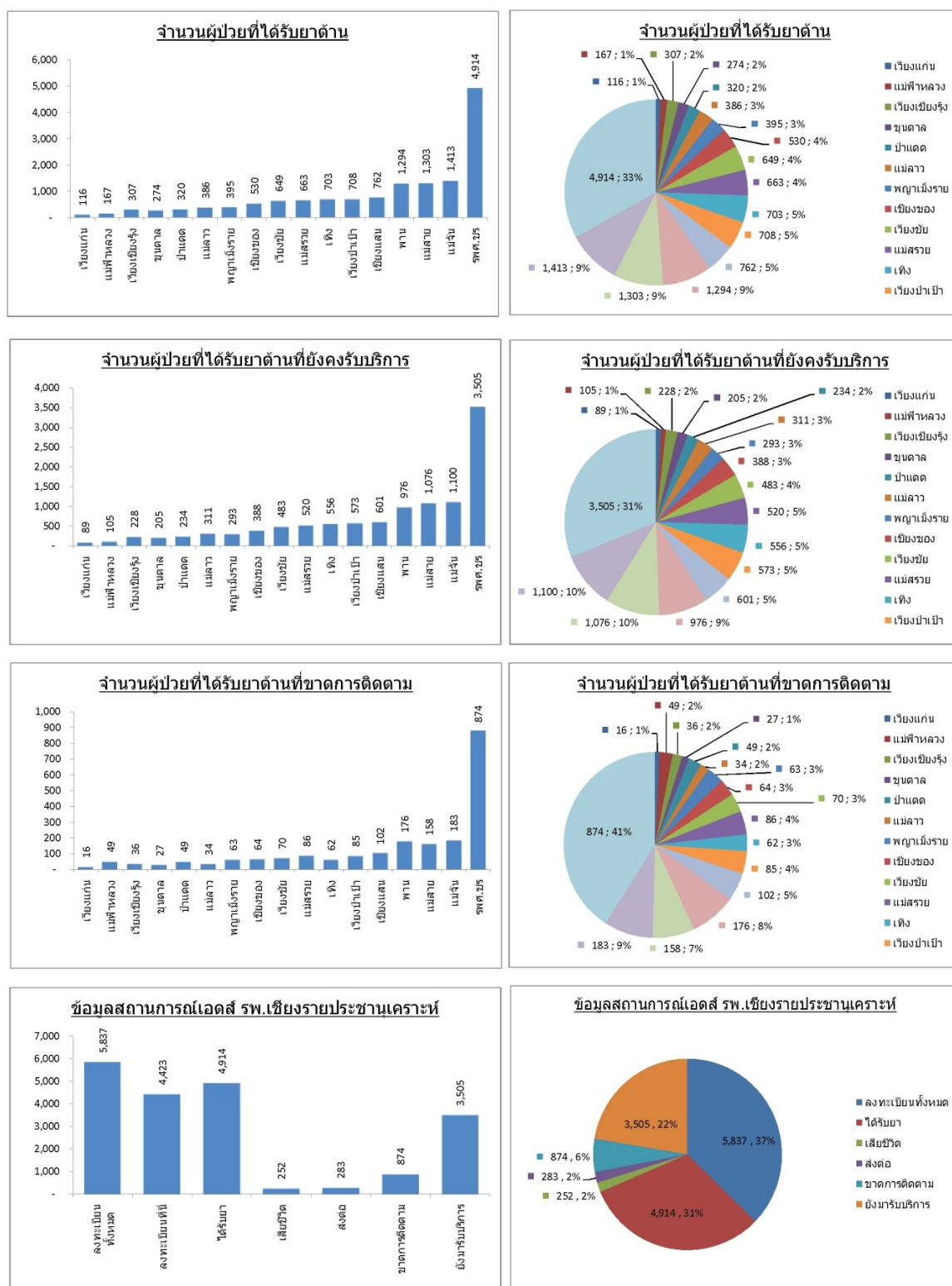
ตาราง 3 แสดงข้อมูลสถานการณ์การรับยาแยกตามโรงพยาบาล

สถานบริการ	รหัส	ข้อมูลถึงวันที่	จำนวนข้อมูลทั้งหมด			ไม่ได้รับยา					ได้รับยาด้าน				
			ลงทะเบียนทั้งหมด	ลงทะเบียนที่นี้	มาจากที่อื่น	ไม่ได้รับยา	เสียชีวิต	ส่งต่อ	ขาดการติดตาม	ยังมารับบริการ	ได้รับยา	เสียชีวิต	ส่งต่อ	ขาดการติดตาม	ยังมารับบริการ
เวียงแก่น	11198	30/9/2557	139	120	19	23	9	-	11	3	116	3	8	16	89
แม่ฟ้าหลวง	11200	30/9/2557	192	167	25	25	4	-	14	7	167	10	3	49	105
เวียงเชียงรุ้ง	11202	30/9/2557	347	292	55	40	9	4	20	7	307	21	22	36	228
ขุนตาล	11199	30/9/2557	355	307	48	81	22	2	51	6	274	23	19	27	205
ป่าแดด	11191	30/9/2557	394	319	75	74	21	-	47	6	320	25	12	49	234
แม่ลาว	11201	30/9/2557	436	385	51	50	15	1	25	9	386	23	18	34	311
พญาเม็งราย	11197	30/9/2557	467	389	78	72	26	-	41	5	395	30	9	63	293
เชียงของ	11454	30/9/2557	613	523	90	83	32	3	40	8	530	41	37	64	388
เวียงชัย	15012	30/9/2557	731	631	100	82	21	4	45	12	649	59	37	70	483
แม่สรวย	11195	30/9/2557	776	683	93	113	37	-	54	22	663	52	5	86	520
เทิง	11189	30/9/2557	830	677	153	127	54	2	55	16	703	49	36	62	556
เวียงป่าเป้า	11196	30/9/2557	861	772	89	153	48	-	86	19	708	42	8	85	573
เชียงแสน	11193	30/9/2557	904	787	117	142	47	-	71	24	762	55	4	102	601
พาน	11190	30/9/2557	1,498	1,229	269	204	57	3	117	27	1,294	75	67	176	976
แม่สาย	11194	30/9/2557	1,530	1,366	164	227	78	1	129	19	1,303	51	18	158	1,076
แม่จัน	11192	30/9/2557	1,719	1,559	160	306	105	1	174	26	1,413	68	62	183	1,100
รพศ. ขร	10674	30/9/2557	5,837	4,423	1,414	923	224	6	509	184	4,914	252	283	874	3,505
สสจ.			17,629	14,629	3,000	2,725	809	27	1,489	400	14,904	879	648	2,134	11,243

ที่มาของข้อมูล : ฐานข้อมูล NAP ไตรมาสที่ 4 ปี 2557 จังหวัดเชียงราย จำนวน 17 โรงพยาบาล



ตาราง 4 แสดงข้อมูลสถานการณ์การบริการแยกตามโรงพยาบาล



ปัจจัยความสำเร็จ

1. นโยบายผู้บริหารสนับสนุนและให้ความสำคัญในเรื่องการรายงานข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงราย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงรายและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายให้ความสำคัญในการพัฒนาฐานข้อมูลเอดส์เป็นอย่างมาก โดยเป็นประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการระบบสารสนเทศงานเอดส์จังหวัดเชียงราย เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางพัฒนาระบบฐานข้อมูลเอดส์จังหวัดเชียงราย ตลอดทั้งเป็นผู้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานต่างๆ โดยมีหัวหน้างานเอดส์เป็นประธานคณะกรรมการ

2. โรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดเชียงรายมีศักยภาพและตอบรับการใช้โปรแกรม NAP_hosp

3. กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

4. กระบวนการนิเทศติดตาม

อย่างไรก็ตามในระยะต่อไปจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ เพื่อสรุปผลการพัฒนาฐานข้อมูลเอดส์และปรับปรุงระบบฐานเอดส์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดเก็บข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ในสถานบริการทุกระดับและมีการบูรณาการในการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำฐานข้อมูลเอดส์ระดับจังหวัด โดยกำหนดรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์แลกเปลี่ยนและนำข้อมูลในแต่ละระดับไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเผยแพร่ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องต่อไป ตลอดทั้งมีการพัฒนาเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะความรู้ในการจัดเก็บข้อมูลด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ.ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557-2559 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2555.
2. งานเอดส์.แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2557-2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข,2557.
3. ธงชัย ตั้งจิตต์.คู่มือการใช้โปรแกรม NAP_hosp.งานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย,2557.
4. กรมอนามัย.แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี.กระทรวงสาธารณสุข,2554.
5. กัญจนกร โภคะสวัสดิ์.คู่มือการใช้โปรแกรมการวิเคราะห์และจัดทำรายงานจากฐานข้อมูลเอดส์(National AIDS Database).ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข,2555.

การสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ในเขตสุขภาพที่ 1

The Behavior of Breast Self Examination on Thai women aged 30-70 years:
Health Region 1

สายสุทธิ ร่มเย็น

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ป่วยและตายอยู่ในอันดับต้นๆ เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ถ้าพบในระยะเริ่มต้น (Early Stage) การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องเป็นประจำจะทำให้ทราบถึงสภาพที่ปกติของเต้านม การศึกษาการสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย อายุ 30-70 ปี และศึกษาประสิทธิผลการถ่ายทอดความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของขอบเขตการวิจัย ประชากรที่ศึกษาคือสตรีอายุ 30-70 ปี ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 1 ระเบียบวิธีวิจัย สุ่มโดยการเลือกอย่างง่าย ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30-70 ปี จังหวัดลำปาง และน่านจังหวัดละ 206 ราย รวม 412 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สอบถามในประเด็น ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว, ประวัติความผิดปกติของเต้านม สถานการณ์มีประจำเดือน, ความรู้และประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา, ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยบรรยายเชิงพรรณนาและ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Fisher Exact test

สรุปผลการวิจัย สตรีไทยอายุ 30-70 ปี ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 70 ในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือนมีการตรวจในช่วงเวลาที่ถูกต้องมากกว่าสตรีทั้งหมด

ประจำเดือน.แต่มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่มีทักษะการตรวจที่ถูกต้อง ส่วนตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม คือ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมตัวแปรที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตัวแปรที่ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ควรมีการให้ความรู้เรื่องการตรวจเต้านม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีช่วงอายุ 30-35ปี และ 60-70 ปีเป็นพิเศษโดยเน้นในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพอิสระ/ ธุรกิจ/ ลูกจ้างหรือกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และควรเน้นทักษะในการตรวจและช่วงเวลาของการตรวจ ควรเพิ่มการพัฒนาทักษะด้านการสารและถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างถูกต้องแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

Abstract

Principle And Rationale The breast cancer is the most common malignancy disease which has an incidence and mortality at first rate. Anyhow, they can be detected and cared when they are at an early stage. The accurate breast self examination on regularly will familiar the normal condition of breast.

Objective to evaluate the practice of breast self examination among Thai woman aged 30-70 years and determine the efficiency of knowledge sharing and practical skill.

Study scope Thai woman aged 30-70 years who live in regional health 1. (Lampang and Nan Province)

Method Using a Simple random sampling in Thai woman population aged 30-70 years. The 206 women of each in Lampang and Nan province, total of 412 women. The standardized questionnaire was used to collect data. The questionnaire had 6 sections: demographic information, family past illness history, abnormal condition of breast history, menstruation history,

knowledge and practical skill of breast self examination in one year recently, factors influence accurate BSE behavior. The questionnaire was self-administered so as to limit bias and allow for forthright response from participants. The data were analyses by percentage, mean description. and Fisher Exact Test

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิต เป็นอันดับต้นๆของสตรี ซึ่งมีแนวโน้มของอุบัติการณ์ เพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปี 2554 พบว่าอุบัติการณ์ ประมาณ 20-30 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 6.7 , 7.3 , 7.4 , และ 8.4 ต่อแสนประชากร สำหรับอัตราป่วย 37.9, 40.6, 38.4, 55.9 และ 40.8 ตามลำดับ และจากข้อมูลการรายงานความคืบหน้าโครงการวิจัยการศึกษาประสิทธิภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย ภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานของสมเด็จพระย่า ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Prospective study ในกลุ่มสตรีอายุ 30-70 ปีที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555ในพื้นที่เป้าหมาย 21 จังหวัด ในเรื่องคุณภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) และติดตามจำนวนคนที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ ภายหลังการดำเนินงาน 2 ปีพบว่า สตรีมีการตรวจเต้านมสม่ำเสมอร้อยละ 76 พบมะเร็งรายใหม่ 586 ราย และมีอุบัติการณ์เท่ากับ 23.5 ต่อแสนของสตรีอายุ 30-70 ปี ส่วนสาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งปัจจุบันมีข้อสันนิฐานว่า อาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นการการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจค้นหาความผิดปกติได้ด้วยตนเอง เพราะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องเป็นประจำนั้นจะทำให้ทราบถึงสภาพที่ปกติของเต้านม ทำให้สามารถคลำพบก้อนได้ขนาดเล็กกว่า 2 ซม.

เป็นการค้นหาที่สะดวก รวดเร็ว ทำได้บ่อย กระบวนการหาสุขได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดของ กระบวนการหาสุข คือ ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี มีพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 1-2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 กรมอนามัย โดยศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ในฐานะผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด จึงได้จัดทำโครงการสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี

วิธีการวิจัย ประชากรเป้าหมาย (Target Population) หมายถึงสตรีไทยอายุ 30-70 ปี

ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง สตรีไทยที่มีอายุ 30-70 ปี ที่อยู่ในจังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 1 ที่ถูกสุ่มโดยการเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) 2 จังหวัดได้แก่ จังหวัดลำปาง และจังหวัดน่านจังหวัดละ 206 ราย รวมจำนวน 412 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ แบบสอบถาม พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha}^2 P(1-P) + (N-1)E^2}$$

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 1.96)

N = จำนวนสตรี (ข้อมูลประชากรกลางปี 2554)

P = สัดส่วนของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 0.5 (การสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสาธารณสุข พื้นที่สาธารณสุขที่ 4)

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน สตรีอายุ 30-70 ปี 1,563,997 คน จำนวนตัวอย่าง 384 คน

จากการคำนวณตัวอย่างได้จำนวน 384 คน แต่ในบางกรณีอาจพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ เพื่อให้ได้จำนวนแบบสอบถามให้ครบตามเป้าหมายที่กำหนด จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 412 คน

การสำรวจด้วยตัวอย่างครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ (Simple Random Sampling) โดย

ขั้นที่ 1 แบ่งการสุ่ม เลือกเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 2 จังหวัด

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกอำเภอจังหวัดละ 2 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกตำบลแต่ละอำเภอเลือกอำเภอละ 1 ตำบล

ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือกหมู่บ้านแต่ละตำบลละ 2 หมู่บ้าน

ขั้นที่ 5 ในแต่ละหมู่บ้าน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่มอายุให้ครบตามเป้าหมาย

โดยจังหวัดลำปางสุ่มได้อำเภอแจ้ห่มและอำเภอห้างฉัตร จังหวัดน่านสุ่มได้ที่อำเภอนาหมื่นและอำเภอปัว จังหวัดละ 206 รายรวม 412 ราย เป็นกลุ่มอายุ 30-39 ปี 118 ราย กลุ่มอายุ 40-49 ปี 131 ราย กลุ่มอายุ 50-59 ปี 105 ราย และกลุ่มอายุ 60-70 ปี 58 ราย

จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร จำแนกตามจังหวัดและกลุ่มอายุ

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนตัวอย่าง				
		รวม	30-39ปี	40-49ปี	50-59ปี	60-70ปี
1	ลำปาง	206	64	64	48	30
	น่าน	206	64	64	48	30

จังหวัดน่าน

อำเภอท่าวังผา	อายุ 30 – 39 ปี	อายุ 40 – 49 ปี	อายุ 50 – 59 ปี	อายุ 60 – 70 ปี	รวม
ต.บ่อแก้ว					
ม. 1	16	16	12	7	51
ม. 2	16	16	12	8	52
รวม	32	32	24	15	103

อำเภอเมือง	อายุ 30 – 39 ปี	อายุ 40 – 49 ปี	อายุ 50 – 59 ปี	อายุ 60 – 70 ปี	รวม
ต.เมือง					
ม. 1	16	16	12	7	51
ม. 2	16	16	12	8	52
รวม	32	32	24	15	103
รวมทั้งหมด	64	64	48	30	206

จังหวัดลำปาง

อำเภอห้างฉัตร	อายุ 30 – 39 ปี	อายุ 40 – 49 ปี	อายุ 50 – 59 ปี	อายุ 60 – 70 ปี	รวม
ต.ห้างฉัตร					
ม. 1	16	16	12	7	51
ม. 2	16	16	12	8	52
รวม	32	32	24	15	103

อำเภอแจ้ห่ม	อายุ 30 – 39 ปี	อายุ 40 – 49 ปี	อายุ 50 – 59 ปี	อายุ 60 – 70 ปี	รวม
ต.แจ้ห่ม					
ม. 1	16	16	12	7	51
ม. 2	16	16	12	8	52
รวม	32	32	24	15	103
รวมทั้งหมด	64	64	48	30	206

สถิติใช้การวิเคราะห์ทาง สถิติโดยค่าเฉลี่ย ร้อยละในเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ Fisher Exact Test กำหนดนัยยะสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 40-49 ปีอายุเฉลี่ย 47.05 ปี ร้อยละ 80.2 มีสถานะเป็นสตรีทั่วไปและร้อยละ 84.2 มี สถานภาพสมรสคู่ จำนวนเกินครึ่งเล็กน้อย ร้อยละ 54.1 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และ ร้อยละ 41.6 มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย รองลงมา มี อาชีพเกษตรกร

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลใน ครอบครัวหรือญาติสายตรง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.7 ไม่มีบุคคลในครอบครัว/ญาติสายตรงป่วย เป็นมะเร็ง มีเพียงร้อยละ 16 ที่มีบุคคลใน ครอบครัวหรือญาติป่วยเป็นมะเร็ง และร้อยละ 6.3 ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่เกี่ยวข้องเป็น มะเร็งมากกว่า 1 คน โดยอันดับแรก ได้แก่ พ่อ ร้อยละ 34.9 รองลงมา คือ พี่สาว/พี่ชาย ร้อยละ 27.0 โดย 5 ลำดับแรกของการป่วยเป็นมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งปอด ร้อยละ 24.6 มะเร็งเต้านม ร้อยละ 13.1 มะเร็งตับ ร้อยละ 11.5 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 8.2และมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเม็ด เลือด ร้อยละ 6.6 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ประวัติความผิดปกติของเต้านม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.2 ไม่เคยมีประวัติความผิดปกติที่เต้านม มีเพียงร้อยละ 5.8 ที่เคยพบความผิดปกติที่เต้านม โดย ร้อยละ 37.5 ของคนที่พบความผิดปกติ พบเมื่อประมาณ 1-5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยของเวลาที่พบความผิดปกติที่เต้านม คือ 69.96 เดือน หรือประมาณเกือบ 6 ปี ที่ผ่านมา และส่วนใหญ่ร้อยละ 90.5 พบโดยวิธีการตรวจด้วยตนเอง รองลงมาร้อยละ 4.8 พบโดยการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความผิดปกติที่พบมากที่สุด ร้อยละ 63.6 ได้แก่ พบก้อนแข็ง/ซิสต์/เนื้องอกที่เต้านม รองลงมาร้อยละ 18.1 คือ รู้สึกเจ็บ/ปวดที่เต้านม

ส่วนที่ 4 การมีประจำเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 64.2 ของผู้ตอบแบบสอบถามยังไม่หมดประจำเดือน อีก ร้อยละ 35.8 หมดประจำเดือนแล้วโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.7 หมดประจำเมื่ออายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ยที่หมดประจำเดือนคือ 49.75 ปี และส่วนใหญ่ร้อยละ 91.4 หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ มีเพียงร้อยละ 8.6 ที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูก/รังไข่

ส่วนที่ 5 ความรู้และประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เคยได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม โดยร้อยละ 76.4 ได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข รองลงมา ได้แก่ อสม./แกนนำสตรี สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุ พบว่า ช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.1 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มากกว่าร้อยละ 70 ของคนที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน เมื่อจำแนกผู้ตอบแบบสอบถามตามภูมิลำเนาการมีประจำเดือน พบว่า ผู้ที่ยังไม่หมดประจำเดือน ร้อยละ 88.6 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย มีการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 72.7 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาที่ตรวจ พบว่ามีจำนวนร้อยละ

47.0 ที่ตรวจในช่วงเวลาที่ถูกต้อง ในผู้ที่หมดประจำเดือนแล้ว พบว่า ร้อยละ 87.1 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจำนวนนี้ร้อยละ 82 มีการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อพิจารณาถึงช่วงเวลาที่ตรวจ พบว่า มีเพียงร้อยละ 17.2 ตรวจในช่วงเวลาที่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ตรวจในวันที่ไม่แน่นอนในแต่ละเดือน เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ที่ยังไม่หมดประจำเดือนมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ยังไม่หมดประจำเดือน ประวัติความผิดปกติที่เคยพบในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า เกือบทั้งหมดร้อยละ 96.4 ไม่เคยพบความผิดปกติ มีเพียงร้อยละ 3.6 ที่เคยพบความผิดปกติที่เต้านม โดยกลุ่มที่พบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.3 พบด้วยวิธีการคลำมีร้อยละ 7.7 ที่พบความผิดปกติจากวิธีการดู โดยความผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ เนื้องอก/ซิสต์ ร้อยละ 100 สำหรับการคลำ และ ร้อยละ 63.6 สำหรับการดู หลังจากการพบความผิดปกติแล้ว ประมาณครึ่งหนึ่งร้อยละ 50 จะไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อรับการรักษา รองลงมาร้อยละ 25. ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และที่เหลือร้อยละ 25 จะเฝ้าสังเกตอาการด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.0 ทราบถึงวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุข รองลงมาร้อยละ 55.6 จาก อสม./แกนนำสตรี จากสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 41.1 โทรทัศน์ ร้อยละ 34.9 วิทยุ ร้อยละ 12.8 และการประชุมสัมมนา/อบรมร้อยละ 9.8 สำหรับเหตุผลที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ คิดว่าตนเองแข็งแรงร้อยละ 27.6 รองลงมา คือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 23.4 ปังจี้เสียง/กรรมพันธุ์ ร้อยละ 17.0 อายุ ร้อยละ 12.8 และไม่รู้จักวิธีตรวจ/ไม่ทราบว่าตรวจเองได้อย่างไรร้อยละ 12.8

ส่วนที่ 6 ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ร้อยละ 71 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีการตรวจเต้านมด้วยวิธีการดูด้วย

ตาหน้ากระจกเงาโดยการดูด้านม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.2 ระบุว่าจะดูว่าด้านมทั้งสองข้างมีการเปลี่ยนแปลงจากปกติหรือไม่ ร้อยละ 62.1 ดูด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมว่ามีความผิดปกติ เช่น รอยยุบหรือรอยบวมหรือไม่ และ ร้อยละ 46.3 ดูเต้านมที่ห้อยมาข้างหน้าว่าผิดปกติหรือไม่ สำหรับการดูหัวนม พบว่าร้อยละ 41.4 ระบุว่าต้องดูว่าหัวนมมีการเปลี่ยนสีหรือมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่ และ ร้อยละ 29.8 หัวนมบิตเปี้ยวหรือไม่ เมื่อพิจารณาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า มีเพียงร้อยละ 26.5 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง โดยวิธีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ การใช้มือด้านตรงข้ามคลำเต้านม ร้อยละ 89.2 รองลงมาคือ ยกมือเหนือศีรษะมีจำนวนร้อยละ 79.1 วิธีการวางนิ้ว 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) เคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ยกนิ้ว ร้อยละ 59.0 และ การคลำให้ทั่วบริเวณขอบเขตของเต้านมทั้งหมดจนไปถึงไหปลาร้า ร้อยละ 40.7

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและทักษะการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในภาพรวม พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งเป็นปัจจัยเดียวที่ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ตารางที่1)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในภาพรวม แสดงในตาราง 2พบว่า ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตามการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (ตารางที่2)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้องจำแนกตามภาวะการมีประจำเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน ตัวแปร อาชีพ และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้อง ($p\text{-value} < 0.05$) ในสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้องของสตรีที่หมดประจำเดือน (ตารางที่3)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง แต่ บทบาทในชุมชน สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็ง และประวัติความผิดปกติที่เต้านมของตนเองไม่ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง (ตารางที่4)

ตาราง 1 ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	จำนวน ทั้งหมด 412	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		ไคส์แควร์ (p-value)	
		ตรวจ จำนวน	ร้อยละ	ไม่ตรวจ จำนวน	ร้อยละ
อายุ					0.478
30-39	118	101	85.6	17	14.4
40-49	131	118	90.1	13	9.9
50-59	105	95	90.5	20	9.5
60-70	58	49	84.5	9	15.5
บทบาทในชุมชน					0.192 ^f
สตรีทั่วไป	329	284	86.3	45	13.7
แกนนำสตรี/บทบาทการเมืองท้องถิ่น	11	11	100.0	-	0.0
อสม	68	64	94.1	4	5.9
อื่นๆ เช่น อาสาสมัครเกษตร กลุ่มกิจกรรม	4	4	100.0	-	0.0
ชุมชน ครู					0.079 ^f
สถานภาพการสมรส					
โสด	28	22	78.6	6	21.4
คู่	346	310	89.6	36	10.4
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	30	81.1	6	18.9
ไม่ตอบ	1	-	-	-	-
ระดับการศึกษา					0.002*
ไม่ได้เรียน	7	3	42.9	4	87.1
ประถมศึกษา	223	198	88.8	25	11.2
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	130	114	87.7	16	12.3
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	52	48	92.3	4	7.7
อาชีพ					0.236
ไม่ได้ทำงาน	37	31	83.8	6	16.2
รับจ้าง/ค้าขาย(ขายของ,เสริมสวย,ตัดเสื้อ,อื่นๆ)	171	148	86.5	23	13.5
เกษตร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน, เลี้ยงสัตว์)	161	146	91.3	15	8.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	18	94.7	1	5.3
อื่นๆ ระบุ เช่น ทำโรงงาน ลูกจ้างรายเดือน อาชีพ	24	18	78.3	6	21.7
อิสระ ธุรกิจส่วนตัว					
มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นมะเร็ง					0.247 ^f
มี	66	62	93.9	4	6.1
ไม่มี	345	300	87.0	45	13.0
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	1	1	100.0	-	0.0
ประวัติความผิดปกติที่เต้านมของตนเอง					0.754 ^f
ไม่เคย	388	340	87.8	48	12.1
เคย	24	22	91.7	2	8.3
การได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม					<0.001 ^{f*}
ไม่เคย	26	14	53.8	12	46.2
เคย	386	349	90.4	37	9.6

*f : Fisher Exact Test

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ		ไม่สม่ำเสมอ		ไคส์สแควร์ (p-value)
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ						0.004
30-39	118	74	63.0	44	37.0	
40-49	131	108	82.1	23	17.9	
50-59	105	85	80.6	20	19.4	
60-70	58	47	81.3	11	18.8	
บทบาทในชุมชน						0.488 ^f
สตรีทั่วไป	329	244	74.3	85	25.7	
แกนนำสตรี/บทบาทการเมืองท้องถิ่น	11	9	81.8	2	18.2	
อสม	68	56	82.5	12	17.5	
อื่นๆ เช่น อาสาสมัครเกษตร กลุ่มกิจกรรมชุมชน ครู	4	4	100.0	-	0.0	
สถานภาพการสมรส						0.146
โสด	28	17	59.1	11	40.9	
คู่	346	267	77.1	79	22.9	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	29	79.3	8	20.7	
ไม่ตอบ	1	-	-	-	-	
ระดับการศึกษา						0.001 ^{f*}
ไม่ได้เรียน	7	7	100.0	-	0.0	
ประถมศึกษา	223	183	82.1	40	17.9	
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	130	98	75.2	32	24.8	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	52	28	53.2	24	46.8	
อาชีพ						<0.001
ไม่ได้ทำงาน	37	23	61.3	14	38.7	
รับจ้าง/ค้าขาย(ขายของ,เสริมสวย,ตัดเสื้อ,อื่นๆ)	171	122	71.2	49	28.8	
เกษตร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน, เลี้ยงสัตว์)	161	144	89.7	17	10.3	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	13	66.7	6	33.3	
อื่นๆ ระบุ เช่น ทำโรงงาน ลูกจ้างรายเดือน อาชีพอิสระ ธุรกิจส่วนตัว	24	10	41.2	14	58.8	
มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นมะเร็ง						0.547 ^f
มี	66	47	71.7	19	28.3	
ไม่มี	345	266	77.1	79	22.9	
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	1	1	100.0	-	0.0	
ประวัติความผิดปกติที่เต้านมของตนเอง						1.000 ^f
ไม่เคย	388	296	76.3	92	23.7	
เคย	24	18	75.0	6	25.0	
การได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม						0.517 ^f
ไม่เคย	26	18	69.2	8	30.8	
เคย	386	295	76.5	91	23.5	

*f : Fisher Exact Test

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้องสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้อง, ไม่ถูกต้อง				ไคส์แอสควร์ (p-value)
		ถูกต้อง จำนวน	ร้อยละ	ไม่ถูกต้อง จำนวน	ร้อยละ	
อายุ						0.355 ^f
30-39	118	52	44.3	66	55.7	
40-49	131	60	45.7	71	54.3	
50-59	105	62	59.3	43	40.7	
60-70	58	58	100.0	-	0.0	
บทบาทในชุมชน						0.934 ^f
สตรีทั่วไป	329	158	48.0	171	52.0	
แกนนำสตรี/บทบาทการเมืองท้องถิ่น	11	4	40.0	7	60.0	
อสม	68	31	45.0	37	55.0	
อื่นๆ เช่น อาสาสมัครเกษตร กลุ่มกิจกรรมชุมชน ครู	4	2	50.0	2	50.0	
สถานภาพการสมรส						0.790
โสด	28	12	44.4	16	55.6	
คู่	346	165	47.7	181	52.3	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	14	38.5	23	61.5	
ไม่ตอบ	1	-	-	-	-	
ระดับการศึกษา						0.287 ^f
ไม่ได้เรียน	7	-	0.0	7	100.0	
ประถมศึกษา	223	117	52.3	106	47.7	
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	130	61	46.9	69	53.1	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	52	19	37.2	33	62.8	
อาชีพ						<0.001*
ไม่ได้ทำงาน	37	7	20.0	30	80.0	
รับจ้าง/ค้าขาย(ขายของ,เสริมสวย,ตัดเสื้อ,อื่นๆ)	171	57	33.3	114	66.7	
เกษตร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน, เลี้ยงสัตว์)	161	115	71.4	46	28.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	9	46.7	10	53.3	
อื่นๆ ระบุ เช่น ทำโรงงาน ลูกจ้างรายเดือน อาชีพอิสระ ธุรกิจส่วนตัว	24	4	16.7	20	83.3	
มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นมะเร็ง						0.411 ^f
มี	66	36	54.3	30	45.7	
ไม่มี	345	158	45.9	187	54.1	
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	1	-	0.0	-	100.0	
ประวัติความผิดปกติที่เต้านมของตนเอง						0.919
ไม่เคย	388	182	47.0	206	53.0	
เคย	24	11	45.5	13	54.5	

ตัวแปร	จำนวน ทั้งหมด	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในช่วงเวลาที่ถูกต้อง, ไม่ถูกต้อง				ไคส์ แอสควร์ (p-value)
		ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม						0.031 ^f
ไม่เคย	26	-	0.0	26	100.0	
เคย	386	138	48.2	148	51.8	

*f : Fisher Exact Test

ตารางที่ 4 ตัวแปรที่ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

ตัวแปร	จำนวน ทั้งหมด	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยทักษะที่ถูกต้อง				ไคส์ แอสควร์ (p-value)
		ถูกต้อง (%)		ไม่ถูกต้อง (%)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ						0.028
30-39	118	78	65.7	40	34.3	
40-49	131	92	70.2	39	29.8	
50-59	105	83	79.4	22	20.6	
60-70	58	49	84.9	9	15.1	
บทบาทในชุมชน						0.126 ^f
สตรีทั่วไป	329	247	75.1	82	24.9	
แกนนำสตรี/บทบาทการเมืองท้องถิ่น	11	10	90.9	1	9.1	
อสม	68	44	64.6	24	35.4	
อื่นๆ เช่น อาสาสมัครเกษตร กลุ่มกิจกรรม	4	2	50.0	2	50.0	
ชุมชน ครู						
สถานภาพการสมรส						0.917
โสด	28	20	70.8	8	29.2	
คู่	346	255	73.7	91	26.3	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	28	75.8	9	24.2	
ไม่ตอบ	1	-	-	-	-	
ระดับการศึกษา						0.015 ^f
ไม่ได้เรียน	7	7	100.0	-	0.0	
ประถมศึกษา	223	176	78.8	47	21.2	
มัธยมต้น/มัธยมปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	130	87	67.2	43	32.8	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	52	33	62.5	19	37.5	
อาชีพ						<0.001*
ไม่ได้ทำงาน	37	35	93.9	2	6.1	
รับจ้าง/ค้าขาย(ขายของ,เสริมสวย,ตัดเสื้อ,อื่นๆ)	171	137	80.1	34	19.9	
เกษตรกร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน, เลี้ยงสัตว์)	161	107	66.4	54	33.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	11	55.6	8	44.4	
อื่นๆ ระบุ เช่น ทำโรงงาน ลูกจ้างรายเดือน อาชีพ	24	15	61.1	9	38.9	
อิสระ ธุรกิจส่วนตัว						

ตัวแปร	จำนวน ทั้งหมด	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยทักษะที่ถูกต้อง				ไคส์ แอสควร์ (p-value)
		ถูกต้อง (%)		ไม่ถูกต้อง (%)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ป่วยเป็นมะเร็ง						0.284 ^f
มี	66	50	75.8	16	24.2	
ไม่มี	345	253	73.2	92	26.8	
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	1	-	0.0	-	100.0	
การได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม						0.009 ^f
ไม่เคย	26	26	100.0	-	0.0	
เคย	286	206	72.2	80	27.8	
ประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง						1.000 ^f
ไม่เคย	363	267	73.5	96	26.5	
เคย	49	35	71.4	14	28.6	

วิจารณ์ผล

มากกว่าร้อยละ 80 ของสตรีไทย อายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อจำแนกตามภาวะการมีประจำเดือนผลการศึกษพบว่าทั้งส่วนใหญ่ของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน(ร้อยละ 88.6) และสตรีที่หมดประจำเดือน (ร้อยละ 87.1) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยระดับการศึกษา และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็ง ส่งผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (p-value < 0.05) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีที่การศึกษาสูง.มีโอกาสดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และการได้รับความรู้และข่าวสารด้านมะเร็งจากแหล่งต่างๆมาก่อน ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อต่างๆทำให้มีความรู้ในเรื่องข้อมูลการตรวจส่งผลให้มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดย ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (p-value < 0.05) กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่อายุในช่วง 30-39ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสม่ำเสมอ น้อยกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุ

มาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากสตรีในวัยนี้เป็นช่วงที่อยู่ในวัยทำงานมีภาระในงานค่อนข้างมาก ต้องรับผิดชอบทั้งครอบครัวประกอบกับยังไม่เข้าสู่ช่วงวัยทอง ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ขณะที่ผู้ที่มีศึกษาน้อยมีการตรวจที่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง เป็นเพราะ กลุ่มเหล่านี้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม/รับจ้าง มีลักษณะของอาชีพที่ไม่เร่งรีบ หรือมีเวลารีดตัวมากเท่ากับ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ซึ่งส่วนใหญ่สตรีกลุ่มนี้มักประกอบอาชีพ หรือมีหน้าที่การทำงานที่ในหน่วยงาน/รับจ้างเช่นใน โรงงาน ลูกจ้างรายเดือน อาจเป็นเพราะมีภาระงานค่อนข้างมากในการทำงานและดูแลครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง ขาดความตระหนักในการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาช่วงเวลาของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า สตรีที่หมดประจำเดือน ส่วนใหญ่(ร้อยละ 82.8) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ไม่ถูกต้อง มากกว่า สตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน (ร้อยละ 50) เป็นเพราะการไม่มีประจำเดือนทำให้ไม่สะดวกในการกำหนดวันตรวจในแต่ละเดือนได้แน่นอน โดยอาชีพ และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่ถูกต้องของสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน

(p-value < 0.05) ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสตรีที่ยังไม่หมดประจำเดือน ที่ได้รับความรู้และข่าวสารด้านมะเร็งมาก่อน ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อต่างๆ ทำให้มีความรู้ในเรื่องข้อมูลการตรวจและสามารถตรวจในช่วงเวลาที่ถูกต้อง โดยกำหนดจากรอบเดือนของตนเอง

ส่วนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยอายุ 30-70 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 26.5 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งสตรีไทยอายุ 30-70 ปียังขาดทักษะในประเด็นรายละเอียดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การใช้มือด้านตรงข้ามคลำเต้านม การยกมือเหนือศีรษะ วิธีการวางนิ้ว 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) เคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ยกมือ และการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ โดยตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับความรู้และข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง (p-value < 0.05) โดยตัวแปร บทบาทในชุมชน ไม่ส่งผลต่อทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง กล่าวคือสตรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำ หรืออาสาสมัครในองค์กรอื่นที่คาดว่าจะเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความรู้จากจนท.สาธารณสุข สามารถสื่อสารและถ่ายทอดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่สตรีในหมู่บ้าน กลับมีทักษะการตรวจที่ไม่แตกต่างจากสตรีทั่วไป แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนหนึ่ง ยังขาดความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ยังไม่สามารถสอนให้คำแนะนำแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายได้มีประสิทธิภาพมากเท่าที่ควร จึงพบว่ามีสตรีที่มีทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 26.5 เท่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่สตรีไทยอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อพิจารณาถึงความถูกต้องของช่วงเวลาในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า สตรี

ที่ยังไม่หมดประจำเดือนตรวจในช่วงเวลาที่ถูกต้องมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว และส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง โดยทักษะที่ขาดคือ การใช้มือด้านตรงข้ามคลำเต้านม การยกมือเหนือศีรษะ วิธีการวางนิ้ว 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) การเคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ยกมือ และการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ส่วนตัวแปรหลักๆที่

ส่งผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความถูกต้องของช่วงเวลาในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ตัวแปร อายุ การศึกษา อาชีพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็ง

จากผลการศึกษาดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายสตรีไทยอายุ 30-70 ปี ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็ง โดยเน้นในกลุ่มสตรีช่วงอายุ 30-35ปี และ60-70ปี เป็นพิเศษ และเน้นให้ความรู้ในสตรีที่ประกอบอาชีพอิสระ / ธุรกิจ/ ลูกจ้าง หรือกลุ่มสตรีทั่วไปที่ไม่ประกอบอาชีพ ซึ่งเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาระงานมาก /ขาดช่องทางในการรับรู้ข่าวสาร ทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น และให้ความรู้เน้นในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาน้อย (ระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ)

2. ควรมีการให้ความรู้ โดยเน้นทักษะในการคลำให้ทั่วบริเวณขอบเขตของเต้านมทั้งหมดวนไปถึงไหปลาร้า การกด 3 ระดับ (เบา กลางหนัก) การคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และวิธีการวางนิ้ว 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) เคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่ยกนิ้ว รวมถึงการเน้นเรื่องช่วงเวลาในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสมโดยเฉพาะสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว

3. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องความรู้ และทักษะการถ่ายทอดการตรวจเต้านมให้มีความชำนาญ แม่นยำ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการตรวจเต้านม

ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างในพื้นที่
ที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่ง อสม.ควรมีทักษะในการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องมากกว่าเมื่อ
เปรียบเทียบกับสตรีไทยในกลุ่มอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. นพ.วัลลภ ไทยเหนือ นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล,
2557. Primary Report: โครงการสืบสาน
พระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ
เจ้าฟ้าฯ กรมอานามย์ กระทรวงสาธารณสุข
นนทบุรี.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอานามย์ รายงาน
การวิจัยการสำรวจตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยปี
2546 สำนักส่งเสริมสุขภาพ. กรมอานามย์
กรุงเทพ. 46
3. กระทรวงสาธารณสุข.,(2547) แผนแม่บทการ
เฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม
(พ.ศ.2547-2549) กระทรวงสาธารณสุข.
นนทบุรี
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2545). คู่มือบุคลากร
สาธารณสุข โครงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
และดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม. กรม
อานามย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอานามย์. รูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพสตรีในการดูแลและ
ป้องกันโรคมะเร็งเต้านมปี 2545. สำนัก
ส่งเสริมสุขภาพ กรมอานามย์ กรุงเทพ.45
6. S. Pongnikorn, N. Martin, W. Pornruangwong,
K. Doaprasert, (2004) Cancer Incidence and
Mortality in Lampang, Thailand. Lampang
Cancer Center. Ministry of Public Health,
Bangkok. 1998-2002

การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือตอนบน ปีงบประมาณ 2556

The Behavior of Breast Self Examination on Thai women aged 30-70 years :
Health Region 1 2014

เพ็ญจิตร กาพนณี
อโนชา วิบุลากร
กิ่งพิกุล ชำนาญคง

ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือตอนบน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 488 คน จากโรงเรียน 22 แห่ง ในจังหวัดเชียงราย น่าน และ ลำพูน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การบริหารจัดการของโรงเรียน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน แบบบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียน เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างเตี้ย – เตี้ย ร้อยละ 15.6 มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบกลุ่มเสี่ยงเริ่มอ้วน – อ้วน และ ค่อนข้างผอม – ผอม ร้อยละ 31.1 และ 16 ตามลำดับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนยังไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารโปรตีนจากไข่ 3-4 วัน/สัปดาห์, ตับ/เลือด และปลา (1-2 วัน/สัปดาห์) ร้อยละ 39.1, 50.8 และ 46.1 ตามลำดับ ดื่มนมเปรี้ยว 1-2 วัน/สัปดาห์, รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 35.1, 45.3 และ 27.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าได้แก่ ขนมขบเคี้ยวประเภทถั่วเมล็ดแห้งหรือธัญพืชนานๆ ครั้ง, ผักสดบางครั้ง, อาหารที่ปรุงด้วยผักเป็นส่วนประกอบบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) และผลไม้สดบ่อย ร้อยละ 42.8, 34.2, 32 และ 34.6 ตามลำดับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มี

ความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การดื่มน้ำอัดลม, การดื่มนมรสหวาน/ซ็อกโกแลต/สตอเบอรี่/นมเปรี้ยว บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) และ รับประทานไอศกรีมที่มีนม/กะทิเป็นส่วนประกอบหลักบางครั้ง ร้อยละ 43.4, 37.3 และ 37.9 ตามลำดับ อาหารที่มีไขมัน/คอเรสเตอรอล 1-2 วัน/สัปดาห์, เนื้อสัตว์ติดมัน/มีไขมันสูง, อาหารประเภททอดน้ำมันลอย บางครั้ง, อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบหลัก บางครั้ง และ รับประทานขนมที่มีกะทิ แป้ง น้ำตาล เป็นส่วนประกอบหลักบางครั้ง ร้อยละ 40.2, 63.5, 45.9, 44.5 และ 37.5 ตามลำดับ รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูปบางครั้ง และอาหารฟาสต์ฟู้ดแบบตะวันตกนานๆ ครั้ง ร้อยละ 38.7 และ 44.3 ไม่เคยเติมเครื่องปรุงรสในอาหารก่อนชิม ไม่เติมน้ำตาลปรุงรส และไม่เติมน้ำปลา ร้อยละ 34.8, 29.7 และ 27.9 ตามลำดับ รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน, ขนมขบเคี้ยวบางครั้ง, ลูกอม/ท็อฟฟี่/ลูกกวาด/ซ็อกโกแลต/ขนมประเภทหวานเหนียว บางครั้ง และขนมเบเกอรี่บางครั้ง ร้อยละ 32.4, 30.7, 39.5 และ 35.5 ตามลำดับ รับประทานนมที่มีรสหวานมานานๆ ครั้ง, ผลไม้ที่มีรสหวานจัด บางครั้ง, ผลไม้ที่แปรรูปนานๆ ครั้ง ร้อยละ 50.6, 37.5 และ 50.2 ตามลำดับ ไม่เคยรับประทานอาหารมาก่อนนอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 43.2 และนักเรียนออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา และระยะเวลาออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 33.6 และ 46.9 ตามลำดับ ควรเร่งรัดการจัดกิจกรรมที่ดำเนินการที่เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน, การแจกแปรงสีฟัน และยาสีฟัน ดำเนินการเพียงร้อยละ 59.1 ข้อเสนอแนะ ควรจัดอาหารกลางวันและกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความสูงในเด็กกลุ่มเสี่ยงเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย, ควรจัดกิจกรรมทางกายสำหรับเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเริ่มอ้วนและอ้วน, ผู้บริหาร สภ. และโรงเรียนควรเร่งรัดกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

Abstract

The study on growth and dietary behavior of school children in upper north, 2013 was the descriptive study and aim to study about the growth situation and dietary behavior of the students in grade 5th and 6th. The samples were 488 students of 22 schools in Chiang Rai, Nan, Lampang and Lamphun province. The instruments were school management interview form, students health behavior interview form, student health examination records and nutritional assessment tools. The data analysis used the descriptive statistic ; frequency, percentage and mean.

The results showed that the growth of the students grade 5 and 6 were height by age, the age of high-risk relative low - low groups were 15.6 %, weight according to height, the high- risk getting fat - fat and quite thin - thin 31.1 and 16 %. Dietary habits of students are not eligible such as; eating protein from eggs 3-4 days /week, liver/blood and fish 1-2 days/week 39.1, 50.8 and 46.1 %, yoghurt drink 1-2 days/week, and did not drink flavored milk 35.1 and 38.5 %, ate vegetables and fruits every day 45.3 and 27.7 %. In addition, the results also found that a valuable dietary habits include eating snacks, dried beans or grains were rarely, sometimes eating vegetables, eat fresh fruit often 42.8, 34.2, 32 and 34.6 %, dietary habits are health risks, respectively drinking Soft dring, sweetened milk / chocolate / strawberry berry / yogurt sometimes (. 2-3 times / week) and eat ice cream with milk / coconut milk as the main ingredient for some time and of the fat / cholesterol Sterol 1-2 days / week 43.4, 32, 37.3 and 37.9 percent; 40.2 percent of the meat. it / high fat Fry floating oil occasionally. Food with milk as the main ingredient for some time. Eat dessert with coconut flour, sugar is the main ingredient for some time by 63.5 percent, 45.9, 44.5 and 37.5, respectively food 44.3 percent did not add seasonings to taste the food before. No sugar, seasoning Add fish sauce and 34.8 percent, 29.7

and 27.9, respectively, eat snacks every day, eat snacks, some 32.4 percent. Candy/Toffee/candy/chocolate, chocolate/confectionery sticky sweet sometimes. And eat bakery for some time, 30.7 percent, 39.5 and 35.5, respectively, to eat a sweet, very infrequently, 50.6 percent never eat sweets / snacks / snacks instead of meals 42.4 percent fruit. fruits are sweet and some 37.5 percent fruit is processed once 50.2 percent never meal before sleeping less than 4 per cent to 43.2, and the students have to exercise a little sports and duration. exercise less than 1 hour, 33.6 and 46.9 percent, respectively, of health promotion services to students in the school, A specific area to brush teeth properly and adequately. The surveillance and promote dental health. And an oral examination to students and to children with oral health problems Semester 1 each time the oral health of students. Toothbrush is distributed and distributed toothpaste everyone just 59.1 percent feedback policy (1) should be provided lunch on diets increase the height or the calcium in children at risk low and fairly low (2) Schools should provide physical activity for. children at risk from obesity and overweight. And physical activity that increases the higher the risk is relatively low, and low, coupled with the test Efficient Physical Fitness 3 sides by focusing on the grade 5 and 6 (3) Management Commission. And schools. to accelerate the implementation of health promotion services under the 80 percent suggested further study. Should study lunch menu and physical activity or exercise the right of children at risk. Getting fat - fat / fairly low - low.

บทนำ

เด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าและมีความสำคัญสูง เนื่องจากจะเจริญเติบโตเป็นกำลังแรงงานและสมองของชาติในการพัฒนาประเทศในทุกๆด้านให้เจริญรุดหน้า เด็กและเยาวชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสุขภาพให้มีสุขภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องได้รับการและ

ความต้องการพื้นฐานรวมถึงบริการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจและสติปัญญา ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพอนามัยตั้งแต่ในวัยเด็กเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามหาศาลเพราะเด็กวัยเรียนและเยาวชน อายุระหว่าง 6-24 ปี ร้อยละ 32.4 ของประชากรทั้งหมด^[1] ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีต่อไป แต่ในขณะที่เป็นวัยรุ่นมีการเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงเร็วมาก เป็นช่วงเปลี่ยนวัยคือ เปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาช่วงนี้ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาหลายอย่าง เช่น ต่อมไร้ท่อต่างๆ ทำงานมากขึ้น มีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ เพิ่มขึ้น เซลล์กระดูกจะเพิ่มจำนวนขึ้นกระดูกมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้อวัยวะสูงใหญ่และมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นในช่วงวัยรุ่นจึงถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่จะส่งผลต่อรูปร่างปกติ หัวม ผอม สูง หรือ เตี้ย ในวัยผู้ใหญ่^[2] นอกจากนี้ วัยรุ่นยังมีกิจกรรมมากมายที่ต้องทำ ทั้งด้านกีฬา สังคม และกิจกรรมการเรียน จึงทำให้วัยรุ่นมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นจึงมีนิสัยกินจุ จุกจิก แต่ไม่ค่อยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการมักบริโภคตามใจตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอันไม่พึงประสงค์นั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับอาหาร การสำรวจภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนและเยาวชนยังคงอยู่ในอัตราที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งในเขตเมืองและชนบทจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2546 โดยกองโภชนาการพบเด็กวัยเรียนจำนวนทั้งสิ้น 2,252 คนและเยาวชน (อายุ 15- 18ปี) จำนวน 259 คนมีการขาดสารอาหารเรื้อรัง (ภาวะเตี้ย) ร้อยละ 7.5 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบภาวะโภชนาการเกินในเขตเมืองของเด็กวัยเรียนและเยาวชน ร้อยละ 9.5 และ 17.7 ตามลำดับ ผลเสียของการขาดสารอาหารเรื้อรังในเด็กวัยเรียนและเยาวชน จะส่งผลถึงระดับสติปัญญา จากการศึกษา

ในเด็กอายุ 2-18 ปี ของลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ พบว่า เด็กที่มีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ยจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงและสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังทำให้ภูมิต้านทานโรคลดลง และประสิทธิภาพการทำงานลดลง ผลกระทบของการมีภาวะโภชนาการเกินคือทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกาต์ เป็นต้น จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ครึ่งหนึ่งถึงหนึ่งในสามของผู้ที่อ้วนในวัยเด็ก จะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่โอกาสหายจากโรคอ้วนจะน้อยลง มีปัญหาแทรกซ้อนทางสุขภาพต่อระบบต่างๆในร่างกายและมีอัตราตายสูงกว่าประชากรทั่วไป

จากการศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพในนักเรียน ปี 2550 โดยกลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ทำการสำรวจนักเรียนชั้นอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา จำนวน 8,510 คน พบว่า นักเรียนประถมศึกษามีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง โดยมีภาวะผอม ร้อยละ 3.2 ค่อนข้างผอม ร้อยละ 5.2 เริ่มอ้วนร้อยละ 5.4 และอ้วน ร้อยละ 4.7 มีภาวะเตี้ยร้อยละ 3.5 ค่อนข้างเตี้ยร้อยละ 5.1 ส่วนพฤติกรรมบริโภคพบว่า นักเรียนดื่มเครื่องดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวันมากที่สุดได้แก่ นมเปรี้ยวร้อยละ 44.2 รองลงมาเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำปรุงแต่งรสผลไม้ น้ำหวาน และดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 44.7, 41.5 และ 40.5 ตามลำดับ รับประทานลูกอมหรือท็อฟฟี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันร้อยละ 39.7 รับประทานช็อกโกแลตทุกวันหรือเกือบทุกวันร้อยละ 41.4^[3]

การสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนในถิ่นทุรกันดาร ของกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 22 และ 23 กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 434 คน ใน 21 โรงเรียนที่สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 22 และ 23 พบว่า ภาวะโภชนาการของนักเรียนเมื่อใช้น้ำหนักเทียบ

เกณฑ์ส่วนสูงส่วนใหญ่พบว่า สมส่วน ร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ ค่อนข้างผอม ผอม ท้วมและเริ่มอ้วน ร้อยละ 10.4, 2.0, 1.8 และ 1.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์น้ำหนักกับอายุพบว่า น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 94.6 รองลงมาคือน้ำหนักค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมากและน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 2.7, 2.0 และ 0.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์ส่วนสูงกับอายุพบว่า ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 81.7 รองลงมาคือ ค่อนข้างเตี้ย เตี้ย ค่อนข้างสูงและสูง คิดเป็นร้อยละ 7.0, 4.3, 4.0 และ 2.9 ตามลำดับ^[4]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือตอนบน

นิยามศัพท์

โรงเรียนประถมศึกษา หมายถึง โรงเรียนที่เปิดสอนในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (โดยอาจเปิดสอนในระดับก่อนประถมศึกษาด้วยก็ได้)

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6-18 ปี ซึ่งกำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

การตรวจสุขภาพ หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละขณะ โดยประเมินจากการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ จะตรวจสุขภาพในด้านภาวะการเจริญเติบโต

ภาวะโภชนาการ หมายถึง การเจริญเติบโตด้านน้ำหนัก ส่วนสูง ที่ใช้เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการของเด็ก ซึ่งวัดทั้ง 3 ดัชนี คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แปรผลตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย^[5]

พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคและการเลือก

บริโภคอาหารของนักเรียน ได้แก่ (1) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ขนมเค้ก โดนัท ช็อคโกแลต ทอฟฟี่ ลูกอม หมากฝรั่ง ขนมกรุบกรอบ ฮอตดอก แชนวิช พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ไส้กรอก และเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด เช่น นมหวาน นมเปรี้ยว น้ำอัดลม น้ำหวาน หวานเย็น (2) อาหารหลัก 5 หมู่ เช่น ข้าว ขนมปัง เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ นมจืด นมถั่วเหลือง น้ำผลไม้ (3) การบริโภคอาหารเข้า เช่น ข้าว ข้าวต้ม กวยเตี๋ยว โจ๊ก กระเพาะปลา นม โอวัลติน ไม้เล อาหารเข้าสำเร็จรูปใส่เนม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย ทั้งอย่างมีแบบแผน (ในวิชาพลศึกษาและการเล่นกีฬา) และไม่มีแบบแผน เช่น การวิ่งเล่นในเวลาพักกลางวัน / เย็นหลังเลิกเรียน การเดินทางไปกลับระหว่างบ้าน กับโรงเรียนโดยการเดินหรือขี่จักรยาน โดยใช้เวลาดังแต่ 30 นาทีขึ้นไปต่อวัน และไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

ขอบเขตของการศึกษา/วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2556 ในเขตสุขภาพที่ 1 เก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบสุขภาพนักเรียนได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ (น้ำหนัก ส่วนสูง) สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน และสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา เกี่ยวกับการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ในโรงเรียน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 10

วิธีดำเนินการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากการสำรวจ และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือตอนบน

2. สถานที่ ได้แก่ โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในจังหวัดเชียงราย น่าน และลำพูน รวม 22 แห่ง

3. กลุ่มประชากรเป้าหมาย (Target Population) แบ่งเป็น

3.1. ผู้บริหารโรงเรียน ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

3.2. เด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6-18 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่เป็นโรงเรียนเป้าหมาย ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สนใจ และต้องมาเรียนในวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) แบ่งเป็น

4.1. ผู้บริหารโรงเรียน ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 22 คน

4.2. เด็กวัยเรียนที่มีอายุ 6-18 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการ

การศึกษาขั้นพื้นฐาน ในจังหวัดเชียงราย น่าน และลำพูน จำนวน 488 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Multi-Stage Random Sampling มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มพื้นที่แบบมีระบบตามสัดส่วนร้อยละ 50 ของพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด

ขั้นที่ 2 Stratified แบ่งตามระดับโรงเรียนเป็นโรงเรียนประถมศึกษาเป็น ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่

ขั้นที่ 3 Cluster แบ่งตามโรงเรียน Sampling สุ่มตัวแทนโรงเรียนขนาดละ 1 แห่ง โดยสุ่มอย่างง่าย 6 แห่ง

ชั้นที่ 4 สุ่มนักเรียนโดยสุ่มแบบมีระบบตามสัดส่วนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียนที่สุ่มได้ โดยแบ่งตามระดับชั้น

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็นแบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การบริหารจัดการของโรงเรียน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน แบบบันทึกการตรวจสุขภาพนักเรียน เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง และตมเทียบน้ำหนักขนาด 5 กิโลกรัม

5.2 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ คณะผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนของกรมอนามัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบของที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 2 และ 8 จำนวนเขตละ 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 60 แห่ง จากนั้นนำมาปรับเนื้อหาและภาษาเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

6. เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

6.1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานพื้นที่โดยทำหนังสือราชการแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา (สสจ./ สพฐ. และโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย)

6.2. วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้ใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐาน และมีการเทียบค่าน้ำหนักกับตมน้ำหนักมาตรฐานก่อนใช้งานและเทียบค่าเมื่อชั่งนักเรียนไปแล้ว 10 คน

6.3. ประชุมปรับมาตรฐาน คณะทำงานให้มีความเข้าใจในระเบียบวิธีการสำรวจ แบบสำรวจทุกแบบฟอร์ม

6.4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้ ดำเนินการดังนี้

6.4.1 แนะนำทีมผู้สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียนและชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บข้อมูล

6.4.2 ชี้แจงนักเรียนกลุ่มเป้าหมายทุกระดับชั้นให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตอบแบบสอบถาม

6.4.3 ดำเนินการสุ่มตัวอย่างให้ได้ตามระเบียบวิธีการสำรวจอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้เกิดการลำเอียงในการสุ่มตัวอย่าง

6.4.4 ตรวจสอบข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์โดยทันที เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในทุกๆ หน้าของแบบสอบถาม หัวหน้าทีมตรวจสอบแบบสอบถามของผู้สัมภาษณ์ทุกชุดและทุกแบบสอบถามให้เสร็จสิ้นก่อนออกจากพื้นที่ เพื่อเป็นการป้องกันการเสียเวลาในการกลับเข้าไปเก็บข้อมูลใหม่ การตรวจสอบในแต่ละโรงเรียนควรตรวจสอบให้ได้แบบสอบถามครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา ปี 2556 ในจังหวัดเชียงราย น่าน และลำพูน จากการสัมภาษณ์นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 488 คน เป็นนักเรียนชายร้อยละ 44.2 หญิงร้อยละ 55.7 อายุเฉลี่ย 11.08 ปี อายุน้อยที่สุด 8 ปี และมากที่สุด 17 ปี

ภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน

1. ภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุปกติ, ค่อนข้างสูง - สูงกว่าเกณฑ์ และ ค่อนข้างเตี้ย - เตี้ย ร้อยละ 51, 33.4 และ 15.6 ตามลำดับ มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงปกติ,

เริ่มอ้วน – อ้วน และ ค่อนข้างผอม – ผอม ร้อยละ 52.9, 31.1 และ 16 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6

การเจริญเติบโต	จำนวน n=488 คน	ร้อยละ
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
ค่อนข้างสูง-สูงกว่าเกณฑ์	163	3.4
สูงตามเกณฑ์	249	1
ค่อนข้างเตี้ย – เตี้ย	76	5.6
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
เริ่มอ้วน – อ้วน	152	1.1
สมส่วน	258	2.9
ค่อนข้างผอม – ผอม	78	6.0

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน เด็กนักเรียนส่วนใหญ่รับประทานอาหารเข้าทุกวันร้อยละ 83.8 รับประทานอาหาร 5-6 วัน, 3-4 วัน และ 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 4.7, 4.1 และ 5.7 ตามลำดับ ไม่รับประทานอาหารเข้าเลยร้อยละ 1.6 รับประทานอาหารโปรตีนจากไข่ 3-4 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 39.1 รองลงมารับประทาน 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 38.5 รับประทานอาหารตับ/เลือด 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 50.8 รองลงมาคือ ไม่รับประทาน ร้อยละ 30.9 รับประทานปลา 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือรับประทาน 3-4 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 30.9 และ พฤติกรรมการดื่มนม พบว่า ดื่มนมเปรี้ยว 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 35.1 ไม่ดื่มนมปรุงแต่งรสร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ ดื่ม 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 35 ไม่ดื่มนมขาดมันเนยหรือนมพร่องมันเนยร้อยละ 55.1

รองลงมาคือ ดื่ม 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 25.6 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ พบว่า รับประทานผักทุกวัน, 3-4 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 45.3 และ 27.6 ตามลำดับ รับประทานผลไม้ทุกวัน และ 3-4 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 27.7 และ 27.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ได้แก่ รับประทานขนมขบเคี้ยวประเภทถั่วเมล็ดแห้ง หรือธัญพืชนานๆ ครั้งร้อยละ 42.8 รับประทานผักสด บางครั้งร้อยละ 34.2 รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยผักเป็นส่วนประกอบบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 32 รับประทานผลไม้สดบ่อยร้อยละ 34.6

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ

3.1 มีการบริโภคอาหารประเภทเครื่องดื่มที่มีรสหวาน พบว่า การดื่มน้ำอัดลม 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 43.4 รองลงมาคือ ไม่ดื่ม, ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์, ดื่ม 5-6 วัน/สัปดาห์ และดื่มทุกวัน ร้อยละ 30.9, 21.7, 9.0 และ 3.9 ตามลำดับ การดื่มน้ำหวาน/น้ำปั่น 1-2 วัน/สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 33.2 รองลงมาคือ ไม่ดื่ม, 3-4 วัน/สัปดาห์, 5-6 วัน/สัปดาห์ และทุกวัน ร้อยละ 24.4, 21.1, 12.9 และ 8.4 ตามลำดับ การดื่มนมรสหวาน/ช็อคโกแลต/สตอเบอรี่/นมเปรี้ยวบางครั้งร้อยละ 37.3 รองลงมาดื่มนมบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 28.3 เครื่องดื่มที่มีรสหวานอื่นๆ มีการดื่มเป็นบางครั้งร้อยละ 43.6 (ตาราง 2)

ตาราง 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

พฤติกรรมบริโภคที่มีความเสี่ยง	จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
ดื่มน้ำอัดลม		
ดื่มทุกวัน	19	3.9
5-6 วัน/สัปดาห์	44	9.0
3-4 วัน/สัปดาห์	62	12.7
1-2 วัน/สัปดาห์	212	43.4
ไม่ดื่ม	151	30.9

พฤติกรรมบริโภค ที่มีความเสี่ยง		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
ดื่มน้ำหวาน/น้ำปั่น	ดื่มทุกวัน	41	8.4
	5-6 วัน/สัปดาห์	63	12.9
	3-4 วัน/สัปดาห์	103	21.1
	1-2 วัน/สัปดาห์	162	33.2
	ไม่ดื่ม	119	24.4
ดื่มนมรสหวาน/ช็อกโกแลต/สตอเบอร์รี่/นมเปรี้ยว	ทุกวัน	63	12.9
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	138	28.3
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	182	37.3
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	78	16.0
	ไม่เคยเลย	26	5.3
ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานอื่นๆ	ทุกวัน	31	6.4
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	86	17.6
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	213	43.6
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	132	27.0
	ไม่เคยเลย	26	5.3

3.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโยเกิร์ตรสหวาน/รสผลไม้/รสผลไม้รวมบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์ มากที่สุดร้อยละ 34.8 ส่วนการรับประทานไอศกรีมที่มีนม/กะทิเป็นส่วนประกอบหลัก บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 37.9 (ตาราง 3)

ตาราง 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทโยเกิร์ตและไอศกรีมรสหวาน

พฤติกรรมบริโภคที่มีความเสี่ยง		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
รับประทานโยเกิร์ตรสหวาน/รสผลไม้/รสผลไม้รวม	ทุกวัน	33	6.8
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	89	18.2
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	170	34.8
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	162	33.2
	ไม่เคยเลย	31	6.4
รับประทานไอศกรีมที่มีนม/กะทิเป็นส่วนประกอบหลัก	ทุกวัน	21	4.3
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	86	17.6
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	185	37.9
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	152	31.1
	ไม่เคยเลย	42	8.6

3.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทที่มีไขมัน/คอเรสเตอรอล พบว่าอาหารประเภททอดในน้ำมันมากๆ/เนื้อสัตว์ติดมันทอด 1-2 วัน/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 40.2) รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน/มีไขมันสูง 2-3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 63.5) อาหารประเภททอดน้ำมันลอย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 45.9) อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบหลัก 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ มากที่สุด ร้อยละ 44.5 รับประทานขนมที่มีกะทิ แป้ง น้ำตาล เป็นส่วนประกอบหลัก 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ มากที่สุด ร้อยละ 37.5 อาหารที่มีเนย/มาการีนเป็นส่วนประกอบนานๆ ครั้ง (2เดือน/ครั้ง) ร้อยละ 40 (ตาราง 4)

ตาราง 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทที่มีไขมัน/คอเรสเตอรอล

พฤติกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยง	จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
ประเภทอาหารที่มีไขมัน/คอเรสเตอรอลสูง		
ประเภททอดในน้ำมันมากๆ/ รับประทานทุกวัน	35	7.2
กินเนื้อสัตว์ติดมันทอด บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	62	12.7
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	132	29.1
นานๆ ครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	196	40.2
ไม่รับประทาน	53	10.9
รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน/ ไขมันสูง ทุกวัน	18	3.7
บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	63	12.9
บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	310	63.5
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	83	17.0
ไม่เคยเลย	14	2.9
อาหารประเภททอดน้ำมัน ลอย ทุกวัน	8	1.6
บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	65	13.3
บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	224	45.9
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	151	30.9
ไม่เคยเลย	40	8.2
อาหารที่มีกะทิ เป็น ส่วนประกอบ ทุกวัน	12	2.5
บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	60	12.3
บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	217	44.5
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	156	32.0
ไม่เคยเลย	39	8.0
ขนมที่มีกะทิ แป้ง น้ำตาล เป็นส่วนประกอบหลัก ทุกวัน	32	6.6
บ่อย(4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	67	13.7
บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	183	37.5
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	173	35.5
ไม่เคยเลย	33	6.8
อาหารที่มีเนย / มาการีนเป็นส่วนประกอบ ทุกวัน	9	1.8
บ่อย(4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	24	4.9
บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	99	20.3
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	195	40.0
ไม่เคยเลย	161	33.0

3.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทอาหารที่สำเร็จรูป พบว่า รับประทานอาหารที่สำเร็จรูปบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 38.7 ไม่เคยรับประทาน

บะหมี่สำเร็จรูปไม่ใส่ผัก เนื้อสัตว์หรือไข่ มากที่สุด ร้อยละ 32.5 รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดแบบ ตะวันตกนานๆ ครั้ง ร้อยละ 44.3(ตาราง 5)

ตาราง 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทอาหารกึ่งสำเร็จรูป

พฤติกรรมกรบริโภคที่มีความเสี่ยง		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
ประเภทอาหารกึ่งสำเร็จรูป/อาหารปรุงรสสำเร็จ			
รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป	ทุกวัน	37	7.6
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	137	28.1
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	189	38.7
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	105	21.5
	ไม่เคยเลย	20	4.1
รับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปไม่ใส่ผัก เนื้อสัตว์ หรือไข่	ทุกวัน	21	4.3
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	61	12.5
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	132	27.0
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	117	24.0
	ไม่เคยเลย	157	32.2
รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดแบบตะวันตก	ทุกวัน	10	2.0
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	28	5.7
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	88	18.0
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	216	44.3
	ไม่เคยเลย	146	29.9

3.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทเครื่องปรุงรสพบว่า ไม่เคยเติมเครื่องปรุงรสในอาหารก่อนชิม มากที่สุดร้อยละ 34.8 ไม่เติมน้ำตาลปรุงรสมากที่สุดร้อยละ 29.7 และ ไม่เติมน้ำปลามากที่สุดร้อยละ 27.9 (ตาราง 6)

ตาราง 6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทเครื่องปรุงรส

พฤติกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยง	จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
เติมเครื่องปรุงในอาหารก่อนชิม		
ทุกวัน	75	15.4
บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	77	15.8
บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	101	20.7
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	65	13.3
ไม่เคยเลย	170	34.8
เติมน้ำตาลในอาหารปรุงสำเร็จ		
ทุกวัน	39	8.0
บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	50	10.2
บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	119	24.4
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	135	27.7
ไม่เคยเลย	145	29.7
เติมน้ำปลาในอาหารปรุงสำเร็จ		
ทุกวัน	33	6.8
บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	86	17.6
บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	120	24.6
นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	113	23.2
ไม่เคยเลย	136	27.9

3.6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทขนมกรุบกรอบ/อาหารขบเคี้ยว/ลูกอมต่างๆ พบว่า รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวันมากที่สุดร้อยละ 32.4 รับประทานขนมขบเคี้ยว บางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 30.7

รับประทานลูกอม/ท็อฟฟี่/ลูกกวาด/ช็อคโกแลต/ขนมประเภทหวานเหนียวบางครั้งมากที่สุดร้อยละ 39.5 รับประทานขนมเบเกอรี่บางครั้งมากที่สุดร้อยละ 35.5 (ตาราง 7)

ตาราง 7 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทขนมกรุบกรอบ/อาหารขบเคี้ยว/ลูกอมต่างๆ

พฤติกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยง		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
กินขนมกรุบกรอบ	รับประทานทุกวัน	158	32.4
	5-6 วัน/สัปดาห์	88	18.1
	3-4 วัน/สัปดาห์	99	20.3
	1-2 วัน/สัปดาห์	96	19.7
	ไม่รับประทาน	47	9.6
รับประทานขนมขบเคี้ยว	ทุกวัน	132	27.0
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	139	28.5
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	150	30.7
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	52	10.7
	ไม่เคยเลย	15	3.1
รับประทานลูกอม/ท็อฟฟี่/ลูกกวาด/ช็อคโกแลต/ขนมประเภทหวานเหนียว	ทุกวัน	11	2.3
	บ่อย(4-6ครั้ง/สัปดาห์)	59	12.1
	บางครั้ง (2-3ครั้ง/สัปดาห์)	193	39.5
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/1เดือน)	179	36.7
	ไม่เคยเลย	46	9.4
รับประทานขนมเบเกอรี่	ทุกวัน	28	5.7
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	89	18.2
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	173	35.5
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	155	31.8
	ไม่เคยเลย	6	8.8

3.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทขนมที่มีรสหวานมาก นานๆ ครั้งมากที่สุดร้อยละ 50.6 ไม่เคยรับประทานขนม/ของกินเล่น/ของขบเคี้ยวแทน

อาหารมี้อหลักมากที่สุด ร้อยละ 42.4 รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดบางครั้งร้อยละ 37.5 รับประทานผลไม้ที่แปรรูปนานๆ ครั้ง ร้อยละ 50.2 (ตาราง 8)

ตาราง 8 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทขนมที่มีรสหวานมาก

พฤติกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยง		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
รับประทานขนมที่มีรสหวานมาก	ทุกวัน	2	.4
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	22	4.5
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	129	26.4
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	247	50.6
	ไม่เคยเลย	86	17.6
รับประทานขนม/ของกินเล่น/ขนมขบเคี้ยว แทนอาหารมื้อหลัก	ทุกวัน	11	2.3
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	36	7.4
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	88	18.0
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	144	29.5
	ไม่เคยเลย	207	42.4
รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด	ทุกวัน	21	4.3
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	67	13.7
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	183	37.5
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	162	33.2
	ไม่เคยเลย	55	11.3
รับประทานผลไม้ที่แปรรูป	ทุกวัน	5	1.0
	บ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	29	5.9
	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	127	26.0
	นานๆครั้ง (2 ครั้ง/เดือน)	245	50.2
	ไม่เคยเลย	82	16.8

3.8. พฤติกรรมการรับประทานอาหารมื้อเย็นและก่อนนอน พบว่า ไม่เคยรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนนอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.5 ไม่เคยรับประทานอาหารมื้อก่อนนอนร้อยละ 43.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย/การเล่น/งานอดิเรก

หลังเลิกเรียน นักเรียนมีการออกกำลังกายโดยการ เล่นกีฬามากที่สุด ร้อยละ 33.6 ระยะเวลาออกกำลังกาย/เล่น/ทำงานอดิเรกน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 46.9 (ตาราง 9)

ตาราง 9 การออกกำลังกาย/การเล่น/งานอดิเรกหลังเลิกเรียน

กิจกรรมที่ทำหลังเลิกเรียน		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
การออกกำลังกาย/การเล่น/งานอดิเรก	วิ่งเล่น	56	11.5
	ออกกำลังกาย	23	4.7
	เล่นกีฬา	164	33.6
	ทำงานบ้าน	116	23.8
	ดูทีวี/วิดีโอ/ภาพยนตร์	71	14.5
	เล่นเกมคอมพิวเตอร์/ไลน์/แชท/อินเทอร์เน็ต	36	7.4
	อื่นๆ	22	4.5

กิจกรรมที่ทำหลังเลิกเรียน		จำนวน(n=488 คน)	ร้อยละ
ระ ยะ เ ว ล า	น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	229	46.9
ออกกำลังกาย/	1-2 ชั่วโมง	182	37.3
เล่น / ทำ งาน	มากกว่า 2-3 ชั่วโมง	44	9.0
อดิเรก	มากกว่า 3 ชั่วโมง	33	6.8

การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนจากการสัมภาษณ์ครูที่รับผิดชอบเรื่องสุขภาพนักเรียนจำนวน 22 คน ในโรงเรียน 22 แห่ง ครูที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.4 อายุระหว่าง 50 – 60 ปี ร้อยละ 45.5 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 86.4

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้นักเรียนในโรงเรียนมีกิจกรรมดังนี้

1. มีการประเมินภาวะการเจริญเติบโต มีการแปลผลเป็นรายบุคคลร้อยละ 81.8
2. มีการแจ้งผลประเมินภาวะการเจริญเติบโตให้กับนักเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครองทราบ ร้อยละ 90.9
3. มีประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นรายคน ร้อยละ 72.7
4. มีการแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ทราบร้อยละ 77.3
5. มีการแจ้งคำแนะนำทางโภชนาการให้กับนักเรียนทุกคนร้อยละ 72.7

การวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียนไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปใช้ในการวางแผนโครงการ ร้อยละ 81.8
2. มีผู้เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นครูทุกคนในโรงเรียนร้อยละ 59.1
3. มีการให้ความรู้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง และนักเรียนร้อยละ 90.9
4. มีสื่อสารสาธารณะเพื่อให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและสมส่วนร้อยละ 40.9

5. รณรงค์ สร้างกระแสเพื่อให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและสมส่วนร้อยละ 63.6

6. เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและสมส่วนร้อยละ 63.6

7. การแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนร้อยละ 9

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเจริญเติบโตของเด็กกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1. มีการติดตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็กกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 77.3
2. มีการติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 77.3
3. การติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปี ร้อยละ 77.3

การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน มีบริการดังนี้

1. มีการแจกแปรงสีฟันทุกคนร้อยละ 59.1 แจกเป็นบางคนร้อยละ 36.4
2. มีการแจกยาสีฟันทุกคน ร้อยละ 1 หลอด/ภาคการศึกษา ร้อยละ 59.1 และแจก 1 หลอดใหญ่/ห้องเรียนร้อยละ 40.9
3. มีการจัดน้ำดื่มสะอาดให้นักเรียนอย่างเพียงพอร้อยละ 90.9 มีการจัดสถานที่แปรงฟันที่ถูกต้องและเพียงพอร้อยละ 40.9
4. มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ร้อยละ 95.5 และมีการตรวจสุขภาพช่องปากให้นักเรียนภาคเรียนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 95.5 ทำแบบรายงาน ท001 และ 002 ส่งให้กับ รพช. หรือรพ.สต. ร้อยละ 36.4
5. มีการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 95.5 มีการจัดกลุ่มสาธิตการแปรงฟัน

ตามระดับปัญหาในช่องปาก ร้อยละ 36.4 มีการพัฒนาแกนนำนักเรียนในโรงเรียนร้อยละ 63.6

นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาของโรงเรียน เช่น การเฝ้าระวังด้านทันตสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการแปรงฟัน การรณรงค์ไม่ดื่มเครื่องดื่ม การให้ความรู้เรื่องการกินขนมหวานและส่งเสริมทันตสุขภาพ กิจกรรมฟันสวยยิ้มใส โครงการรอยน้อย ส่งเสริมสุขภาพการประกวดทันตสุขภาพ

การสำรวจเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของนักเรียน พบว่ามีเครื่องชั่งน้ำหนัก ร้อยละ 81.8 มีเครื่องวัดส่วนสูงได้มาตรฐานร้อยละ 72.7 แต่ขณะสำรวจพบอุปกรณ์เสีย/ชำรุดและไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะเครื่องวัดส่วนสูง

การจัดโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานด้านโภชนาการในโรงเรียน พบว่า มีการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างครบ 5 กลุ่มอาหารทุกวัน ร้อยละ 90.9 มีการจัดอาหารกลุ่มผักร้อยละ 36.4 มีการจัดกลุ่มผลไม้ร้อยละ 59.1 มีการจัดอาหารอื่นๆ เช่น ขนมหวาน ร้อยละ 22.7 และมีการจัดอาหารเพิ่มโปรตีนในเด็กที่มีปัญหาด้านการเจริญเติบโตของร่างกายเพียงแห่งเดียว ร้อยละ 4.5 มีการใช้เครื่องปรุงรสอาหารที่มีไอโอดีนเหมาะสม ร้อยละ 95.5 การจัดและหรือจำหน่ายอาหารว่างในโรงเรียน พบว่า มีการจัดจำหน่ายอาหารร้อยละ 81.8 มีการจัดผลไม้ร้อยละ 63.6 จำหน่ายลูกอม/ทอฟฟี่ร้อยละ 95.5 จำหน่ายขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 31.8 จำหน่ายไอศกรีมที่มีปริมาณน้ำตาล 10 – 18 กรัม/ไอศกรีม 45 กรัม ร้อยละ 31.8 จำหน่ายน้ำตาลร้อยละ 4.5 จำหน่ายน้ำหวานมีปริมาณน้ำตาล 13 กรัม/น้ำ 100 cc., และน้ำตาล 500 กรัม/น้ำ 4000 cc. ร้อยละ 22.7 จำหน่ายน้ำปั่นที่มีน้ำตาล 300 มิน้ำตาล 1000 กรัมร้อยละ 9.1 จำหน่ายอาหารประเภททอดมันลอยร้อยละ 9.1 จำหน่ายอาหารประเภทขนมเบเกอรี่ ร้อยละ 40.9

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียน และเพื่อศึกษาบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนในภาคเหนือตอนบน

1. การศึกษาภาวะการเจริญเติบโตและพฤติกรรมการบริโภคของเด็กวัยเรียน เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีกลุ่มเสี่ยงจากภาวะค่อนข้างเตี้ยและเตี้ยสูงถึงร้อยละ 15.6 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5^[6] กลุ่มเสี่ยงที่เริ่มอ้วน – อ้วน ร้อยละ 31.1 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7^[6] เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในนักเรียนประถมศึกษา (ป. 1 – 6) ในภาคเหนือตอนบนปี 2556 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพียงร้อยละ 7^[7] ซึ่งแสดงว่าในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 มีกลุ่มเสี่ยงเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างผอม – ผอม ร้อยละ 16 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า การบริโภคอาหารที่มีคุณค่า เช่น ประเภทผักและผลไม้ค่อนข้างน้อย มีเด็กนักเรียนรับประทานผักทุกวันเพียงร้อยละ 45.3 พฤติกรรมการดื่มนม พบว่า เด็กไม่ดื่มนมขาดมันเนยหรือนมพร่องมันเนยสูงถึงร้อยละ 55.1 นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าอื่นๆ น้อยกว่าร้อยละ 50 เช่น รับประทานขนมขบเคี้ยวประเภทถั่วเมล็ดแห้ง หรือธัญพืชนานๆ ครั้งมากที่สุดร้อยละ 42.8 รับประทานผักสด บางครั้งมากที่สุดร้อยละ 34.2 รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยผักเป็นส่วนประกอบบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 32 รับประทานผลไม้สดบ่อย (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 34.6 ในขณะที่นักเรียนที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทที่มีไขมัน/คอเรสเตอรอลยังค่อนข้างสูง ร้อยละ 40 ขึ้นไป พบว่า อาหารประเภททอดใน

น้ำมันมากๆ/เนื้อสัตว์ติดมันทอด 1-2 วัน/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 40.2) รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน/มีไขมันสูง 2-3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 63.5) อาหารประเภททอดน้ำมันลอย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 45.9) อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบหลัก 2-3 ครั้ง/สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 44.5 และอาหารที่มีเนย/มาการีนเป็นส่วนประกอบนานๆ ครั้ง (2 เดือน/ครั้ง) ร้อยละ 40 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพประเภทอาหารกึ่งสำเร็จรูป พบว่ารับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูปบางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) มากที่สุดร้อยละ 38.7 ไม่เคยรับประทานบะหมี่สำเร็จรูปไม่ใส่ผัก เนื้อสัตว์หรือไข่ มากที่สุดร้อยละ 32.5 รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดแบบตะวันตกนานๆ ครั้ง ร้อยละ 44.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทประเภทขนมกรุบกรอบ/อาหารขบเคี้ยว/ลูกอมต่างๆ พบว่า รับประทานขนมกรุบกรอบทุกวันมากที่สุดร้อยละ 32.4 รับประทานขนมขบเคี้ยว บางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 30.7 รับประทานลูกอม/ท็อฟฟี่/ลูกกวาด/ช็อคโกแลต/ขนมประเภทหวานเหนียวบางครั้งมากที่สุดร้อยละ 39.5 รับประทานขนมเบเกอรี่บางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 35.5 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารมื้อเย็นและก่อนนอน พบว่า ไม่เคยรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนนอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 30.5 ไม่เคยรับประทานอาหารมื้อก่อนนอนร้อยละ 43.2 นอกจากนี้ ยังพฤติกรรมการออกกำลังกาย/การเล่น/งานอดิเรกหลังเลิกเรียนน้อย พบว่า มีการออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬาเพียงร้อยละ 33.6 ระยะเวลาออกกำลังกาย/เล่น/ทำงานอดิเรกน้อยกว่า 1 ชั่วโมงร้อยละ 46.9

2. การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6

2.1 การประเมินภาวะการณ์เจริญเติบโต มีการแปลผลเป็นรายบุคคลร้อยละ 81.8 มีการแจ้งผลการประเมินภาวะการณ์เจริญเติบโตให้กับนักเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครองทราบ

ร้อยละ 90.9 มีประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นรายคน ร้อยละ 72.7 มีการแจ้งผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ทราบ ร้อยละ 77.3 และมีการแจ้งคำแนะนำทางโภชนาการให้กับนักเรียนทุกคนร้อยละ 72.7

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลภาวะสุขภาพของนักเรียนไปใช้ประโยชน์พบว่า มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำไปใช้ในการวางแผนโครงการ ร้อยละ 81.8 มีผู้เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นครูทุกคนในโรงเรียนร้อยละ 59.1 มีการให้ความรู้กับพ่อแม่/ผู้ปกครองและนักเรียนร้อยละ 90.9 มีสื่อสารสาธารณะเพื่อให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและสมส่วนร้อยละ 40.9 มีการเผยแพร่ ผนังรณรงค์ สร้างกระแสเพื่อให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและสมส่วนร้อยละ 63.6 และมีการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของนักเรียนร้อยละ 9

2.3 การเฝ้าระวังพฤติกรรมการเจริญเติบโตของเด็กกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีการติดตามภาวะการณ์เจริญเติบโตของเด็กกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปี, มีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยง 1-6 ครั้ง/ปี เท่ากันทั้ง 3 กิจกรรม คือ เท่ากับร้อยละ 77.3

2.4 การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน มีบริการดังนี้ มีการแจกแปรงฟันทุกคน ร้อยละ 59.1 แจกเป็นบางคนร้อยละ 36.4 มีการแจกยาสีฟันทุกคนๆ ละ 1 หลอด/ภาคการศึกษา ร้อยละ 59.1 และแจก 1 หลอดใหญ่/ห้องเรียน ร้อยละ 40.9 มีการจัดน้ำดื่มสะอาดให้นักเรียนอย่างเพียงพอร้อยละ 90.9 มีการจัดสถานที่แปรงฟันที่ถูกต้องและเพียงพอร้อยละ 40.9 มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 95.5 มีการตรวจสุขภาพช่องปากให้นักเรียนภาคเรียนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 95.5 ทำแบบรายงาน ท001 และ 002 ส่งให้กับ รพช. หรือรพ.สต. ร้อยละ 36.4 มีการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 95.5 มีการจัดกลุ่มสาธิตการแปรงฟันตามระดับ

ปัญหาในช่องปาก ร้อยละ 36.4 และมีการพัฒนา
แกนนำนักเรียนในโรงเรียน ร้อยละ 63.6

2.5 การสำรวจเครื่องมือที่ใช้ใน
การดำเนินงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของ
นักเรียน พบว่า มีเครื่องชั่งน้ำหนัก ร้อยละ 81.8 มี
เครื่องวัดส่วนสูงได้มาตรฐานร้อยละ 72.7 แต่ขณะ
สำรวจพบอุปกรณ์เสีย/ชำรุดและไม่ได้มาตรฐาน
โดยเฉพาะเครื่องวัดส่วนสูงที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น
ใช้เป็นไม้บรรทัด ใช้แทนไม้ และไม้บรรทัดทาบ
และ ติดไม่ถูกต้อง (เอียง) เป็นต้น

2.6 การจัดโครงการ/กิจกรรม
การดำเนินงานด้านโภชนาการในโรงเรียน พบว่า
มีการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างครบ 5
กลุ่มอาหารทุกวันร้อยละ 90.9 มีการจัดอาหาร
กลุ่มผักร้อยละ 36.4 มีการจัดกลุ่มผลไม้ร้อยละ
59.1 มีการจัดอาหารอื่นๆ เช่น ขนมหวาน ร้อย
ละ 22.7 และมีการจัดอาหารเพิ่มโปรตีนในเด็กที่
มีปัญหาด้านการเจริญเติบโตของร่างกายเพียงแห่ง
เดียว ร้อยละ 4.5

2.7 การใช้เครื่องปรุงรสในการ
ประกอบอาหาร มีการใช้เกลือไอโอดีนร้อยละ
77.3 มีการใช้เครื่องปรุงรสอาหารที่มีไอโอดีน
เหมาะสมร้อยละ 95.5

2.8 การจัดและหรือจำหน่าย
อาหารว่างในโรงเรียน พบว่า มีการจัดจำหน่าย
อาหารร้อยละ 81.8 มีการจัดผลไม้ร้อยละ 63.6
จำหน่ายลูกอม/ทอฟฟี่ร้อยละ 95.5 จำหน่ายขนม
ขบเคี้ยวร้อยละ 31.8 จำหน่ายไอศกรีมที่มีปริมาณ
น้ำตาล 10 – 18 กรัม/ไอศกรีม 45 กรัม ร้อยละ
31.8 จำหน่ายน้ำอัดลมร้อยละ 4.5 จำหน่าย
น้ำหวานมีปริมาณน้ำตาล 13 กรัม/น้ำ 100 cc.,
และน้ำตาล 500 กรัม/น้ำ 4000 cc. ร้อยละ 22.7
จำหน่ายน้ำปั่นที่มีน้ำเชื่อม 300 มีน้ำตาล 1000
กรัมร้อยละ 9.1 จำหน่ายอาหารประเภททอดมัน
ลอยร้อยละ 9.1 จำหน่ายอาหารประเภทขนม
เบเกอรี่ ร้อยละ 40.9 (เช่น ขนมไข่ 1 ครั้ง/สัปดาห์
ขนมปัง ขนมปังสอดไส้ คัสตาร์ดเค้ก ขนมปังสด

โดนัท แชนวิช พิชซ่า ขนมปังเนย เค้กกล้วยหอม
พายสับปะรด)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการจัดอาหารกลางวันที่เน้น
อาหารเพิ่มความสูงหรือให้แคลเซียมในเด็กกลุ่ม
เสี่ยงเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย

1.2 โรงเรียนควรจัดกิจกรรมทางกาย
สำหรับเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเริ่มอ้วนและอ้วน
และกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความสูงในกลุ่มเสี่ยง
ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ควบคู่ไปกับการทดสอบ
สมรรถภาพทางกายทั้ง 3 ด้าน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเมนูอาหารกลางวันและ
กิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสม
ในเด็กที่มีความเสี่ยง เริ่มอ้วนและอ้วน/ค่อนข้าง
เตี้ยและเตี้ย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักประชากรและ
เคหะ 2543. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก
[http://popcensus.nso.go.th/table_stat.
php?yr=2543](http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2543)
2. พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา และคณะ. กลยุทธ์
การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ “วัยรุ่น”.
กรุงเทพฯ: 2547.
- a. 3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, คู่มือ
การดำเนินงานโครงการเด็กไทยทำได้ใน
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ . กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. 2550.
3. ปณิตดา เหมือนมัตย์ และ คณะ . พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 5 – 6 ในถิ่นทุรกันดาร เขต
ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 11 และ
13. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. 2553

4. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2533.
5. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คุณค่าภาวะโภชนาการของอาหารไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2535
6. ภิกษุภิกษุณี เลิศเรืองปัญญา. การสำรวจงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตสุขภาพที่ 1. ศูนย์อนามัยที่ 10 กรมอนามัย. 2557.



ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งข่าวสารการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่และภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสาร เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อจัดพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ** (Original Article) เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้
2. **บทนิพนธ์ปริทัศน์** (Review Article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทความความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียนมา วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง
3. **บทความพิเศษ** (Special Article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ
4. **บทความทั่วไป** (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเอยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาที่ยังไม่สมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขปหรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน
5. **ปกิณกะ** (Miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่น่าสนใจ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป
6. **บทความย่อ** (Abstract Article) เป็นเรื่องย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่างๆ

คำแนะนำในการเขียนและส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

1. **การเตรียมต้นฉบับ** พิมพ์ โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 Point จัดพิมพ์ระยะบรรทัดเว้นบรรทัด
2. **รายงานการวิจัย หรือบทความหนึ่งๆ** ควรมีความยาวระหว่าง 12 – 16 หน้า โดยพิมพ์ลงในขนาดกระดาษ A4 ใส่หมายเลขหน้าให้อยู่บนมุมขวาบน
3. **ส่งต้นฉบับรายงานการวิจัย** ส่ง File ข้อมูลต้นฉบับในรูปแบบ Word ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com



4. องค์ประกอบของรายงานการวิจัย หรือบทความประกอบด้วย

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ใช้อักษรตัวหนา

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ระบุชื่อ นามสกุล ของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด ส่งทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ

4.3 บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเขียนให้สั้นที่สุดไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำ กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย

4.4 บทนำ อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.5 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน ใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

4.6 วิธีการดำเนินงานหรือขั้นตอนการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การใช้เครื่องมือในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือหลักสถิติมาประยุกต์

4.7 ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

4.8 วิจารณ์ผล อภิปรายผลว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ และความเกี่ยวข้องกับผลงานวิจัยที่เคยมีผู้ค้นคว้าไว้ก่อน

4.9 สรุปผล (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัยวิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย(ให้สรุปตรงประเด็น) และข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.10 ตาราง ให้ระบุลำดับที่ของตาราง ใช้คำว่าตาราง “ตาราง...” และมีคำอธิบายเหนือตารางไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.11 รูป ให้ระบุลำดับที่ของรูปใช้คำว่า “รูป...”และมีคำอธิบายใส่ไว้ใต้รูปไม่ต้องขีดเส้นใต้

4.12 รายงานการวิจัยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ ผู้เขียนควรระบุให้เห็นได้ว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรม และแสดงหลักฐานว่าได้มีคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงานพิจารณาประเด็นที่สงสัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.13 บทความที่เสนอ ต้องไม่เคยได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นมาก่อนและหากบทความที่เสนอได้รับการตอบรับให้ จัดพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ผู้เสนอบทความต้องรับรองว่าจะไม่นำบทความไปจัดพิมพ์เผยแพร่ที่อื่นอีก (เว้นแต่จะได้รับความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) และหากเกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น ผู้เสนอบทความยินยอรับผิดชอบความเสียหายนั้น



5. หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

5.1 รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ

ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90^[1]

5.2 รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรกตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No)/:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง.

วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.

Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.



บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.)

[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก

<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>

Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA)

[Accessed 2009 Aug 28].

6. ผลงานจะได้รับการพิจารณา/ประเมิน จากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน จากภายในและภายนอกก่อนการตีพิมพ์

7. ผลการพิจารณา/ประเมิน ผ่านหรือไม่ผ่านจะแจ้งให้เจ้าของบทความทราบ

8. เมื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้าย พร้อมจดหมายชี้แจงการแก้ไข และแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) ทางไปรษณีย์ หรือแนบ ไฟล์ ทาง ระบบออนไลน์ OJSHPC10 e – mail: lannajournal@gmail.com

9. ผู้มีชื่อในผลงานทุกคนต้องลงนามยินยอมและรับทราบการส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

10. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ฉบับที่ลงตีพิมพ์ จำนวน 1 เล่ม



แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ
ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน
ขอส่งบทความประเภท.....
ชื่อเรื่อง(ไทย).....
ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย
ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
โทรสาร.....E-mail:
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อ
พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ลงนาม
(.....)



ใบสมัครสมาชิก

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่

ชื่อ-สกุล ในนาม.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....อาคารชั้น.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
เนื้อหาบทความที่สนใจ.....

สถานที่ส่ง () ที่ทำงาน () ที่บ้าน
การสมัคร () สมัครสมาชิกใหม่ () ต่ออายุสมาชิก (เลขที่สมาชิก.....)
() 2 ปี 4 ฉบับ 300 บาท ตั้งแต่ฉบับที่.....
() 4 ปี 8 ฉบับ 500 บาท ตั้งแต่ฉบับที่

การชำระค่าสมาชิก () เงินสด (เฉพาะชำระที่ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ เท่านั้น)
() โอนเงินเข้าบัญชี
“ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”
เลขที่บัญชี 533-1-10153-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาก่อนห้างคลาน
และโปรดแนบสำเนาใบฝากเงินและแบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกที่กรอกชัดเจน
กับมายังหมายเลข 0-53818-938 หรือ 0-5327-2740 “ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”

ส่งมาที่ กองบรรณาธิการ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
51 ถนนประชาสัมพันธ์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง เชียงใหม่ 50100

สอบถามรายละเอียดได้ที่

คุณกิงพิกุล ชำนาญคง คุณกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี

โทรศัพท์ 053 – 272740 ต่อ 218 e-mail : lannajournal@gmail.com