

วารสารการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2559 : Vol 6 NO. 2 July - December 2016

บทความวิจัย (Research Article)

- ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในคูครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา
- การรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- เปรียบเทียบภาวะสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ปี 2555 และ 2556
- ประสิทธิภาพการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (ปปส.) หลังตรวจสุขภาพประจำปี
- การเล่านิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2 ปี ที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่
- การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด
- Project Evaluation of Participatory Sports Management for youth: A case study of Nong Long local government , Wiang Nong Long district, Lamphun province

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2559 : Vol 6 NO. 2 July - December 2016

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	รักษาการผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
แพทย์หญิงโชติรส	พันธ์พงษ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนาพ
----------------	--------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านบริหาร

น.ส.กิ่งพิกุล	ชำนาญคง	นายกฤษณะ	จตุรงค์ศรีศรี
---------------	---------	----------	---------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการด้านวิชาการ

นายแพทย์ศุภฤกษ์	สีอรุ่งเรือง	นางกฤษณา	กาเผือก
-----------------	--------------	----------	---------

กองบรรณาธิการ

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

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 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://webapp.hpc1.go.th/research/>

โรงพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภัทระ พรี – 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 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559

	หน้า
ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในคูครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่	1
การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน วรวรรณ ถนอมเกียรติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน	10
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา เฉลิม ใจอ่อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	18
การรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ วิภาพร เตชะสรรพาศ, อำนวยศรี เอกมณี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	29
เปรียบเทียบภาวะสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ปี 2555 และ 2556 กัลยา อรุณานนท์, ประทีน วิญญรัตน์, มยุรา ชูจิตร, มยุรี อธิภูวาล, สุนารี เลิศทำนองธรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	36
ประสิทธิผลการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (ปปส.) หลังตรวจสุขภาพประจำปี ธนัฐพงษ์ กาละนิโย, กัลยา อรุณานนท์, วิทยา บุญยศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	42
การเล่นิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2 ปีที่มารับ บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ กนกพร จันทราทิพย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	48
การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ผ่องศรี ปันเปียง, วันพิญ ใสด้วง, สุรัสวดี เวียงสุวรรณ, นันทวัน จันทร์ตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่	54
Project Evaluation of Participatory Sports Management for youth: A case study of Nong Long local government , Wiang Nong Long district, Lamphun province Krissana Kapheak, Kingpikul Chamnankong, Sirumpai Puthornjai Health Promotion Center Region 1	60

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในคู่ครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Prevalence and risk factors of couple violence in depressive patients

ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

โรงพยาบาลสันป่าตอง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในคู่ครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการวิจัย: รูปแบบการวิจัยเป็นแบบเชิงวิเคราะห์ cross-sectional study โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 175 คน และได้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ย Hits Questionnaire เท่ากับ 14.11 คะแนน มีอายุเฉลี่ย 47.56 ปี เป็นเพศหญิง 88.89% จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 88.89% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 22.22% ดื่มสุรา 33.33% ใช้ยาเสพติด 22.22% และมีโรคประจำตัวทางกาย 22.22% มีอายุคู่ครองเฉลี่ย 49.22 ปี เป็นคู่ครองเพศชาย 88.89% คู่ครองจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 66.67% คู่ครองประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 44.44% คู่ครองดื่มสุรา 88.89% คู่ครองใช้ยาเสพติด 55.56% คู่ครองชอบหึงหวง 77.78% รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ 77.78% ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี 100%

สรุป : ความชุกของความรุนแรงในคู่ครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเท่ากับ 25.7% ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงในคู่ครองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด การมีโรคประจำตัวทางกายของผู้ป่วย เพศคู่ครอง การศึกษาคู่ครอง อาชีพคู่ครอง คู่ครองดื่มสุรา คู่ครองใช้ยาเสพติด คู่ครองชอบหึงหวง ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ($P<0.05$)

คำสำคัญ: ความรุนแรงในคู่ครอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

Objective: To study prevalence and risk factor of couple violence in depressive patients.

Methods: This was cross-sectional study of 175 patients with depression at Sanpatong hospital. Data were collected by questionnaire.

Results: Patients who experienced couple violence had 14.1 points of average Hits Questionnaire score, 47.56 years old on average, 88.89 % were female, 88.89% had finished primary school education, 22.22% were unemployment, 33.33% used alcohol, 22.22% used addictive substance and 22.22% had underlying disease. Age of couples were 49.22 years old on average, 88.89% of partners were male , 66.67% of partners had finished primary school education, 44.44% of partners were self-employed/merchant, 88.89% of partners used alcohol, 55.56% of partners used addictive substance and 77.78% of partners were jealous. 77.78% of family incomes were not enough and 100% of couple relationships were not good.

Conclusion: Prevalence of couple violence in depressive patient is 25.7%. Risk factors of couple violence in depressive patient were age, education, occupational, alcohol use, addictive substance use, underlying disease, sex of partner, education of partner, alcohol use of partner, addictive substance use of partner, jealous partner, family income and family relationship ($P<0.05$)

Keywords: couple violence, depressive patient

บทนำ

ความรุนแรงในคู่ครอง (Couple Violence) คือ ปรากฏการณ์ของการใช้กำลังประทุษร้ายหรือการกระทำรูปแบบอื่นๆที่คุกคามต่อ ชีวิต จิตใจ เสรีภาพ หรือกระทำการล่วงเกินทางเพศระหว่างคู่ครองโดยไม่ได้รับความยินยอม เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจที่เหนือกว่าและการควบคุมผู้ถูกกระทำ^[1] ผลกระทบของความรุนแรงในคู่ครอง มีความกว้าง

และลึก กล่าวคือ มีผลกระทบต่อสุขภาพ อนามัย ร่างกาย เพศ จิตใจและชีวิตของผู้ที่ได้รับความรุนแรงโดยตรงและบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะบุตรที่ยังเยาว์วัย กระทบต่อศักยภาพและความสามารถในการพัฒนาตนเองในทุกด้าน ผลกระทบด้านจิตใจคืออาจทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้ นอนไม่หลับ อาจมีอาการซึมเศร้าได้ หากมีอาการรุนแรงมากอาจหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตายได้ ส่วนผลกระทบต่อฐานะความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูจิตใจ ค่าใช้จ่ายระหว่างรักษาพยาบาล ขาดรายได้ เนื่องจากต้องหยุดงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังสูญเสียทางเศรษฐกิจอันมิใช่ตัวเงิน เช่น สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย ด้อยประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานทำให้รายได้ลดลงหรือต้องออกจากงาน ทำให้ครอบครัวแตกแยกมีผลกระทบต่อบุตรโดยตรง ประการสุดท้าย ยังมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เช่น ทำให้รัฐต้องสิ้นเปลืองงบประมาณเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การบำบัดแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจทั้งผู้ถูกกระทำและผู้กระทำ กระบวนการยุติธรรมที่ต้องเข้าคุ้มครองป้องกันตลอดจนกระบวนการทางสังคมอื่นๆที่เกี่ยวข้องทำให้สูญเสียศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม^[2,3]

วงจรความรุนแรงในคู่ครอง (Couple violence cycle) มีลักษณะคล้ายวงจรของพัฒนาการของคู่ครองปกติทั่วไป คือ

1. ระยะแรกที่มีความสุขสมหวัง (Romance) ระยะนี้คู่ครองฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดอาจไม่รู้สึกรู้ว่าต้องการมีอำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่งชัดเจน ขณะที่อีกฝ่ายก็ไม่รู้สึกรู้ว่ากำลังจะเป็นเหยื่อ

2. ระยะที่เริ่มประสบสิ่งที่ไม่คาดหวัง (Unmet expectation) อาจเกิดจากแรงกดดันอื่นจากภายนอก เช่น สูญเสียการงาน สูญเสียทรัพย์สินมรดกจากครอบครัวดั้งเดิม มีคนอื่นมาสนใจคู่ของตนเอง เป็นต้น ทำให้ฝ่ายหนึ่งเริ่มรู้สึก

สูญเสียอำนาจไปและจะเริ่มปฏิบัติการที่ทวงคืนอำนาจดังกล่าว

3. ระยะ ที่มี ปัญหา อุปสรรค (Struggles) ความตึงเครียดระหว่างคู่ครองจะสะสมและก่อตัวมากขึ้นเรื่อยๆจนระเบิดเป็นความรุนแรงประเภทต่างๆ โดยมีฝ่ายหนึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรง (“ผู้ใช้อำนาจ” หรือ Abuser) และอีกฝ่ายเป็นผู้ถูกกระทำ (เหยื่อของการใช้อำนาจ หรือ Victim)

4. ระยะ การ ตกลง ต่อ รอง (Resignation or commitment) หลังจากเกิดความรุนแรงขึ้น ฝ่ายผู้ใช้อำนาจจะขอสมานาโทษเสมือนลูกโทษ ไม่ได้ตั้งใจทำความรุนแรงดังกล่าว ซึ่งมักทำให้เหยื่อเกิดการตายใจและยอมอยู่ในความสัมพันธ์ต่อไป

5. ระยะ ที่ มี การ ส ม น ฉั น ท์ (Co-creation) ทั้งผู้ใช้อำนาจและเหยื่อของการใช้อำนาจอาจมีการตกลงเจรจาสงบศึกด้วยการทำอะไรที่มีความสุขด้วยกันใหม่ ทำให้อยากกลับไปสู่ระยะแรกอีกครั้ง^[4]

ประเภทของความรุนแรงในคู่ครองสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การใช้ความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาโดยทั่วไป (Common couple violence) คือ การใช้ความรุนแรงที่ไม่เกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมผู้หญิงแต่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงต่างฝ่ายต่างใช้ความรุนแรงต่อกันเมื่อทะเลาะกัน

2. คู่รักคู่แค้น (Intimate terrorism) ลักษณะพื้นฐานของการใช้ความรุนแรงแบบนี้ คือ การที่ฝ่ายหนึ่งใช้ความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นกลวิธีอย่างหนึ่งในการควบคุมโดยทั่วไป การใช้ความรุนแรงเกิดจากความต้องการที่จะใช้อำนาจควบคุมคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่ง

3. การต่อต้านการใช้ความรุนแรง (Violent resistance) คือ การใช้ความรุนแรงโต้ตอบกลับ (Self-defense)

4. การใช้ความรุนแรงซึ่งกันและกัน (Mutual violent control) คือ สัมพันธภาพที่สามีและภรรยาต่างก็ใช้ความรุนแรงควบคุมซึ่งกันและกัน^[5]

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงในคู่ครองได้แก่

1. การดื่มเหล้าอย่างหนัก ในประเทศไทย พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความรุนแรงคือสุรา ซึ่งประเทศไทยติดอันดับประเทศที่มีคนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นอันดับ 6 ของโลก

2. การติดสารเสพติดเป็นเหตุรองลงมาที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว

3. การหึงหวง นอกใจคู่สมรส

4. การได้เห็นประสบการณ์ความรุนแรงและการได้รับการกระทำความรุนแรงตั้งแต่วัยเด็ก

5. ป่วยเป็นโรคจิตเวชบางชนิด

6. บุคคลมีปัญหาทางเศรษฐกิจยากจน ไม่มีงานทำ^[6]

เครื่องมือในการคัดกรองความรุนแรงในคู่ครอง พบว่ามีการใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำในการประเมิน ซึ่งแบบประเมินที่นิยมใช้มีด้วยกัน 5 แบบ^[7,8,9] ดังนี้

1. Safe questionnaire
2. Hits questionnaire
3. Abuse assessment screen
4. Partner violence screen
5. Woman abuse screening tool

การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจกับความรุนแรงในคู่ครองที่เกิดกับผู้หญิง พบว่าความรุนแรงในคู่ครองมีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจ ก่อให้เกิด โรคซึมเศร้า โรคความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โรควิตกกังวล การทำร้ายตัวเองรวมทั้งโรคนอนไม่หลับ และยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคการปวดเรื้อรัง โรคทางนรีเวชในผู้ป่วยที่ถูกใช้ความรุนแรงทางเพศ ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์^[10]

การศึกษาผลกระทบทางร่างกายและจิตใจของ ความรุนแรงในคู่ครองทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ได้ พบว่า ผู้หญิงจะได้รับการทำร้ายทางร่างกาย และทางเพศจากคู่ครองมากกว่าผู้ชาย ถูกทำร้าย ด้วยอำนาจและการต่อรองมากกว่าผู้ชาย ส่วนถูก ทำร้ายด้วยคำพูดพบได้น้อยกว่าผู้ชาย ผู้ถูกทำร้าย ทั้งผู้หญิงและผู้ชายเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาอาการซึมเศร้า ปัญหาการใช้สารเสพติด รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหา โรคเรื้อรังทางกาย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการ ได้รับความบาดเจ็บ^[11] การศึกษาความชุกและ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสใน ผู้ป่วยนิเวศ พบว่าความชุกของความรุนแรงที่เกิด จากคู่สมรสในผู้ป่วยนิเวศคิดเป็นร้อยละ 21.1 แบ่งเป็นความรุนแรงทางกาย ทางเพศ และทาง จิตใจร้อยละ 17.3, 11.5 และ 13.2 ตามลำดับ^[12] การศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่ สมรสในสตรีที่มีปัญหาทางนิเวศ พบว่า ความ รุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ จำนวนครั้งของการแต่งงานและจำนวนคู่นอน และมีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้และอายุที่มี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก^[13] การศึกษาความรุนแรงใน คู่ครองเกี่ยวกับสถานะความรุนแรงในประเทศไทย และโปรแกรมในการจัดความรุนแรง พบว่า 60% ของผู้ทำร้ายเคยแต่งงานมาก่อนและ 50% ของเหยื่อ เคยถูกทำร้ายมาก่อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรุนแรงในคู่ครองได้แก่ การดื่มสุรา การ ขาดการควบคุมอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์ใน ครอบครัวและการสื่อสาร ส่วนโปรแกรมในการขัด ความรุนแรงสามารถลดและขจัดวงจรความรุนแรง จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งได้^[14]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของความรุนแรงใน คู่ครองและปัจจัยการเกิดความรุนแรงในครอบครัว ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าที่มีคู่ครองแล้ว ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสันป่าตองตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2557- 31 มกราคม 2558

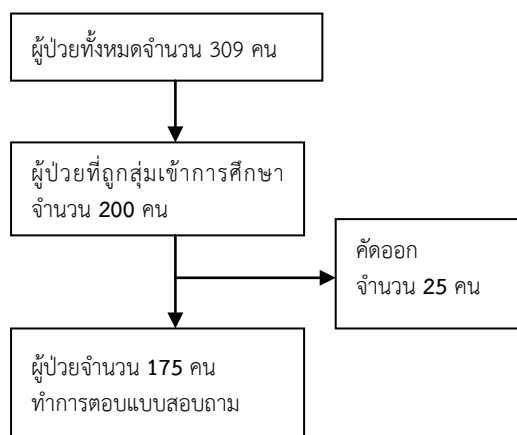
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำนวณ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 5%

สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรโดยใช้ การสุ่มแบบง่าย และใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐาน ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลคู่ครองและ ครอบครัว และส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินความ รุนแรงในคู่ครอง (HITS Questionnaire)

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคู่ครองและครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากแบบประเมินความรุนแรงในคู่ครอง (HITS Questionnaire) วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และปัจจัย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปต่อความรุนแรงในคู่ครอง วิเคราะห์โดยใช้ Unpaired t-test, สำหรับ continuous data และ χ^2 สำหรับ categorical data โดยทั้งหมดของการวิเคราะห์ใช้ระดับความเชื่อมั่น ทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 309 คน ได้รับการสุ่มเพื่อเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 200 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์หรือไม่ยินยอมเข้า การศึกษา 25 คน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.97 ปี เป็นเพศหญิง 62.9% เพศชาย 37.1% ไม่ได้เรียนหนังสือ 8.6 % จบชั้นประถมศึกษา 71.4% จบชั้นมัธยมศึกษา 17.1% จบปริญญาตรี 2.9 % ไม่ได้ประกอบอาชีพ 42.9% ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย 22.9% ประกอบอาชีพก่อสร้าง 22.9% ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท 8.6% ประกอบอาชีพเกษตรกร 2.9% ต้มสุรา 17.1% ใช้จ่ายเสพติด 14.3% มีโรคประจำตัวทางกาย 60 % ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	N = 175
อายุเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	50.97±11.04
เพศ:	
หญิง	110 (62.9%)
ชาย	65 (37.1%)
ระดับการศึกษา:	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15 (8.6%)
ประถมศึกษา	123 (71.4%)
มัธยมศึกษา	30 (17.1%)
ปริญญาตรี	5 (2.9%)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	N = 175
อาชีพ:	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75 (42.9%)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	40 (22.9%)
ก่อสร้าง	40 (22.9%)
พนักงานบริษัท	15 (8.6%)
เกษตรกร	5 (2.9%)
ต้มสุรา	30 (17.1%)
ใช้จ่ายเสพติด	25 (14.3%)
มีโรคประจำตัวทางกาย	105 (60.0%)

ข้อมูลคู่ครองและครอบครัว พบว่าคู่ครองผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.03 ปี เป็นเพศชาย 68.6% เพศหญิง 31.4% ไม่ได้เรียนหนังสือ 11.4% จบชั้นประถมศึกษา 68.6% จบชั้นมัธยมศึกษา 20.0% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 14.3% ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย 40.0% ประกอบอาชีพก่อสร้าง 31.4% ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท 11.4% ประกอบอาชีพเกษตรกร 2.9% ต้มสุรา 37.1% ใช้จ่ายเสพติด 28.6% คู่ครองชอบหึงหวง 45.7% รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ 51.4% และความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี 25.7% ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลคู่ครองและครอบครัว

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	N = 175
อายุคู่ครองเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	52.03±12.92
เพศคู่ครอง:	
ชาย	120 (68.6%)
หญิง	55 (31.4%)
ระดับการศึกษาคู่ครอง:	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20 (11.4%)
ประถมศึกษา	120 (68.6%)
มัธยมศึกษา	30 (20.0%)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	N = 175
อาชีพผู้ครอง:	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (14.3%)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	70 (40.0%)
ก่อสร้าง	55 (31.4%)
พนักงานบริษัท	20 (11.4%)
เกษตรกร	5 (2.9%)
คู่ครองดื่มสุรา	65 (37.1%)
คู่ครองใช้ยาเสพติด	50 (28.6%)
คู่ครองชอบดื่มเหล้า	80 (45.7%)
รายได้ในครอบครัวไม่	90 (51.4%)
พอเพียง	
ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี	45 (25.7%)

รูปแบบการกระทำความรุนแรง พบว่ารูปแบบการกระทำความรุนแรงด้านทำร้ายร่างกายไม่เคยทำเลย 74.3% นานๆ ครั้ง 8.6% บางครั้ง 11.4% บ่อย 2.9% และประจำ 2.9% รูปแบบการกระทำความรุนแรงด้านถูกเหยียดหยาม ไม่เคยทำเลย 74.3% นานๆ ครั้ง 0.0% บางครั้ง 11.4% บ่อย 5.7% และประจำ 8.6% รูปแบบการกระทำความรุนแรงด้านข่มขู่ ไม่เคยทำเลย 77.5% นานๆ ครั้ง 11.4% บางครั้ง 2.9% บ่อย 0.0% และประจำ 8.6% และรูปแบบการกระทำความรุนแรงด้านตะโกน ด่า สบแช่ง ไม่เคยทำเลย 31.4 % นานๆ ครั้ง 14.3% บางครั้ง 28.6% บ่อย 14.3% และประจำ 11.4% ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงรูปแบบการกระทำความรุนแรง

รูปแบบการกระทำความรุนแรง	N = 175
ทำร้ายร่างกาย:	
ไม่เคย	130 (74.3%)
นานๆ ครั้ง	15 (8.6%)
บางครั้ง	20 (11.4%)
บ่อย	5 (2.9%)
ประจำ	5 (2.9%)
ถูกเหยียดหยาม:	
ไม่เคย	130 (74.3%)
นานๆ ครั้ง	0 (0.0%)
บางครั้ง	20 (11.4%)
บ่อย	10 (5.7%)
ประจำ	15 (8.6%)
ข่มขู่:	
ไม่เคย	135 (77.5%)
นานๆ ครั้ง	20 (11.4%)
บางครั้ง	5 (2.9%)
บ่อย	0 (0.0%)
ประจำ	15 (8.6%)
ตะโกน/ด่า/สบแช่ง:	
ไม่เคย	55 (31.4%)
นานๆ ครั้ง	25 (14.3%)
บางครั้ง	50 (28.6%)
บ่อย	25 (14.3%)
ประจำ	20 (11.4%)

การเกิดความรุนแรงในคู่ครอง พบว่ามีความรุนแรงใน คู่ ครอง 25.7% โดยมี คะแนนเฉลี่ย Hits Questionnaire เท่ากับ 14.11 คะแนน ส่วนคู่ครองที่ไม่มีความรุนแรงในคู่ครอง มี 74.3% โดยมีคะแนนเฉลี่ย Hits Questionnaire เท่ากับ 5.19 คะแนน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเกิดความรุนแรงในคู่ครอง

ความรุนแรงในคู่ครอง	คะแนนเฉลี่ย	95% CI	N = 175
	Hits Questionnaire		
ไม่มีความรุนแรง	5.19±1.31	4.97-5.42	130 (74.3%)
มีความรุนแรง	14.11±4.36	12.80-15.42	45 (25.7%)

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานทั่วไปต่อความรุนแรงในคู่ครอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในคู่ครอง มีอายุเฉลี่ย 47.56 ปี เป็นเพศหญิง 88.89% จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 88.89% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 22.22% ดื่มสุรา 33.33% ไข้ยาเสพติด 22.22% และมีโรคประจำตัวทางกาย

22.22% ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงในคู่ครอง มีอายุเฉลี่ย 52.15 ปี เป็นเพศหญิง 53.85% จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 65.38% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 50.00% ดื่มสุรา 11.54% ไข้ยาเสพติด 11.54% และมีโรคประจำตัวทางกาย 73.08% ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงปัจจัยข้อมูลพื้นฐานทั่วไปต่อความรุนแรงในคู่ครอง

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 45)	ไม่มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 130)	P-value ^a
อายุเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	47.56±10.65	52.15±10.96	0.02
เพศ : หญิง	40 (88.89%)	70 (53.85%)	<0.001
ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา	40 (88.89%)	85 (65.38%)	<0.001
อาชีพ : ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (22.22%)	65 (50.00%)	<0.001
ดื่มสุรา	15 (33.33%)	15 (11.54%)	<0.001
ไข้ยาเสพติด	10 (22.22%)	15 (11.54%)	0.02
โรคประจำตัวทางกาย	10 (22.22%)	95 (73.08%)	<0.001

^aใช้ Unpaired t-test สำหรับ continuous data และ χ^2 สำหรับ categorical data

ปัจจัยข้อมูลคู่ครองและครอบครัวต่อความรุนแรงในคู่ครอง พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในคู่ครอง มีอายุคู่ครองเฉลี่ย 49.22 ปี เป็นคู่ครองเพศชาย 88.89% คู่ครองจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 66.67% คู่ครองประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 44.44% คู่ครองดื่มสุรา 88.89% คู่ครองไข้ยาเสพติด 55.56% คู่ครองชอบหึงหวง 77.78% รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ 77.78% ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี 100.00% ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรงใน

คู่ครอง มีอายุคู่ครองเฉลี่ย 53.00 ปี เป็นคู่ครองเพศชาย 61.54% คู่ครองจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา 69.23% คู่ครองประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 38.46% คู่ครองดื่มสุรา 19.23% คู่ครองไข้ยาเสพติด 19.23% คู่ครองชอบหึงหวง 34.62% รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ 42.31% ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี 0.00% ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงปัจจัยข้อมูลคู่ครองและครอบครัวต่อความรุนแรงในคู่ครอง

ปัจจัยข้อมูลคู่ครองและครอบครัว	มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 45)	ไม่มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 130)	P-value ^a
อายุคู่ครองเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	49.22±14.08	53.00±12.40	0.11
เพศคู่ครอง : ชาย	40 (88.89%)	80 (61.54%)	<0.001
ระดับการศึกษาคู่ครอง : ประถมศึกษา	30 (66.67%)	90 (69.23%)	<0.001
อาชีพคู่ครอง :			
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	20 (44.44%)	50 (38.46%)	0.01
คู่ครองดื่มสุรา	40 (88.89%)	25 (19.23%)	<0.001
คู่ครองไข้ยาเสพติด	25 (55.56%)	25 (19.23%)	<0.001

ปัจจัยข้อมูลคู่ครอง และครอบครัว	มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 45)	ไม่มีความรุนแรงในคู่ครอง (N= 130)	P-value ^a
คู่ครองชอบหึงหวง	35 (77.78%)	45 (34.62%)	<0.001
รายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอ	35 (77.78%)	55 (42.31%)	<0.001
ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ไม่ดี	45 (100.00%)	0 (0.00%)	<0.001

^a ใช้ Unpaired t-test สำหรับ continuous data และ χ^2 สำหรับ categorical data

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.97 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพส่วนตัวหรือค้าขาย ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาเสพติด และมีโรคประจำตัวทางกาย

คู่ครองผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.03 ปี เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพส่วนตัวหรือค้าขาย ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาเสพติด และไม่ชอบหึงหวง รายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่พอเพียง ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดี

ลักษณะรูปแบบการกระทำความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ด้านตะโกน ด่า สบแช่ง รองลงมาคือด้านการทำร้ายร่างกายและถูกเหยียดหยาม ส่วนด้านข่มขู่พบได้น้อยที่สุด

ความชุกของความรุนแรงในคู่ครองพบได้ 25.7% โดยคะแนนเฉลี่ย Hits Questionnaire เท่ากับ 14.11 คะแนน

อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด และการมีโรคประจำตัวทางกายของผู้ป่วย มีผลต่อความรุนแรงในคู่ครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$

เพศคู่ครอง การศึกษาคู่ครอง อาชีพคู่ครอง คู่ครองดื่มสุรา คู่ครองใช้ยาเสพติด คู่ครองชอบหึงหวง ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ มีผลต่อความรุนแรงในคู่ครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.05$ ส่วนอายุของคู่ครอง ไม่มีผลต่อความรุนแรงในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทุกท่านที่ให้คำปรึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสันป่าตองทุกท่านที่ช่วยเหลือ และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bloom MV, Smith DA. Brief Mental Health Interventions for the Family Physician. New York: Springer. 2001
2. Christie-Seely J(Ed). Working with the family in primary care: a systems approach to health and illness. Westport, Connecticut: Praeger. 1984. p. 449-487
3. Hamberger LK, Renzetti C(Ed). Domestic Partner Abuse. New York: Springer. 1996.
4. McDaniel S, Campbell TL, and Seaburn DB. Family-Oriented Primary Care: A manual for medical providers. Springer : New York 1990. p. 89-104, 168-187
5. Talbot Y, Norman P. Your Toolkit for Counseling Couples. Patient Care Canada 1997;3(10):65-75Taylor RB(Ed.). Fundamentals of Family Medicine: The family medicine clerkship textbook. 3rd Ed.New York : Springer. 2003. p.133-147.
6. Walker Leonore, E. The battered women, New York, Harper and Row, 1979.

7. Colleen T. Fogarty, MD; Sandra Burge, PhD; Elizabeth C. McCord, MD., Communicating With Patients About Intimate Partner Violence: Screening and Interviewing Approaches. Am Fam Physician. 1996 Jun;53(8):2575-80, 2582
8. Neufeld B., SAFE questions: overcoming barriers to the detection of domestic violence. Am Fam Physician. 1996 Jun;53(8):2575-80, 2582.
9. Brown JB, LentB,Bratt PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med 1996;28(6):422-8.
10. Gina Dillon, Rafat Hussain, Deborah Loxton, et al. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. International Journal of Family Medicine 2013 :Article ID 313909, 15 pages
11. Ann L Coker, Keith E Davis,Ileana Arias, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. American Journal of Preventive Medicine 2002;23(4):260-268
12. N Thananowan. Prevalence and Factors Related to Intimate Partner Violence among Gynecology Patients. Journal of nursing science 2013;31(3):37-47
13. N Thananowan, P Kaesornsamut. Factors Predicting Intimate Partner Violence among Women with Gynecological Problems. Journal of nursing science 2014;32(1)
14. M Chuemchit, U Perngarn. Intimate Partner Violence: Thailand Situation and Intervention Programme. International Journal of Social Science and Humanity 2014; 4(4)

การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

The study of factors , causes and maternal deaths situation , Mae

วรวรรณ ถนอมเกียรติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) เพื่อประเมินสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตายเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดในจังหวัดแม่ฮ่องสอนประชากรที่ศึกษาคือ มารดาตายทุกรายในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีงบประมาณ 2554 – 2558 การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) จากรายงานการตายมารดาในช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2558 และศึกษาผลการประเมินคุณภาพห้องคลอดโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย 1) ระเบียบรายงานแบบฟอร์ม ก-1 (ข้อมูลการตายของมารดาและทารกตายปริกำเนิด) 2) ระเบียบรายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ข้อมูลสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของจังหวัดแม่ฮ่องสอน) 3) แนวทางการประเมินห้องคลอดคุณภาพ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการรวบรวมรายงานข้อมูลย้อนหลัง จาก (1) รายงานการตายของมารดาและการตายของทารก (แบบ ก-1) (2) รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแบบรายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน (3) ผลการประเมินคุณภาพห้องคลอดของทุกโรงพยาบาล จำนวน 7 แห่ง โดยใช้วิธีการประเมินคุณภาพห้องคลอดแบบไขว้โรงพยาบาลในช่วงเดือน เมษายน – มิถุนายน 2559

ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอด รวมจำนวน 7 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 1.4 ราย คิดเป็นอัตราส่วนมารดาตาย

เท่ากับ 56.5, 51.15, 24.73, 0 และ 58.82 ตามลำดับ พื้นที่ที่พบว่ามีมารดาตายมากที่สุด ได้แก่พื้นที่อำเภอเมือง และแม่สะเรียง ส่วนอำเภอปาย และอำเภอแม่ออนน้อย ไม่มีมารดาตาย สำหรับสาเหตุการตายของมารดาปี 2554 – 2558 ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าสาเหตุอันดับแรก คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) สาเหตุรองลงมาคือ การติดเชื้อ ร้อยละ 28.57 และ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism) ร้อยละ 14.28 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตมากที่สุด คือ ช่วงระยะคลอด ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.57 มารดาตั้งครรภ์และคลอดที่เสียชีวิตมักอยู่อาศัยในพื้นที่สูง ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ หรืออยู่ในพื้นที่รอยต่อเขตระหว่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนกับประเทศสหภาพเมียนมา ร้อยละ 28.57 อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่พบในด้านครอบครัว ชุมชนและการคมนาคมก็ยังเป็นประเด็นสำคัญอาทิ ความใส่ใจของครอบครัว การมีระบบส่งต่อที่ดีในชุมชน ตลอดจนการตัดสินใจมารับการคลอดที่โรงพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อลดปัญหาการตายจากการคลอดที่บ้านอันเนื่องมาจากการส่งต่อล่าช้าจากสภาพความลำบากของภูมิประเทศพื้นที่สูง

สำหรับในส่วนของผลการประเมินห้องคลอดคุณภาพพบว่า ทุกโรงพยาบาลมีระบบสำรองเลือด แต่จำนวนเลือดมีไม่ครบตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่จังหวัดกำหนด โรงพยาบาลชุมชนมีห้องผ่าตัดปราศจากเชื้อ มีเครื่องมือผ่าตัดครบถ้วน ทั้งการผ่าตัดคลอดและตัดมดลูกแต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถผ่าตัดคลอดได้ เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แม้ว่าจะมีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารกได้ สำหรับการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มมาตรฐาน Admission record พบว่าบันทึกไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รพ. ส่วนใหญ่ให้การบริการถูกต้องตาม Checklist guideline ห้องคลอดคุณภาพ มีการป้องกันและรักษา

ภาวะการตกเลือดหลังคลอดตามมาตรการของเขตสุขภาพที่ 1 มีระบบการส่งต่อมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างปลอดภัยมีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์

คำสำคัญ : สถานการณ์การตายของมารดา, สาเหตุ, ปัจจัย

Abstract

The objective of this study: factors, causes and maternal deaths situation, Mae Hong Son province were 1) to study the situation of maternal mortality in Mae Hong Son 2) to assess factors associated with maternal deaths due to pregnancy and childbirth. The population were all the maternal death in 2011–2015. This research is a retrospective descriptive study, reported the maternal deaths data and the evaluation criteria of the hospital delivery room (Department of Health, Ministry of Public Health. The instrument of this study were 1) Record Report Form n-1 (maternal mortality and infant mortality, perinatal data) 2) Record reported form on maternal and child health (maternal and child health situation, Mae Hong Son province) 3) evaluation the quality of delivery room. The retrospective data collection from (1) the maternal mortality and infant mortality (n-1) (2) The Maternal and Child Health report, Mae Hong Son (3) The result of the delivery room quality in 7 hospitals and used the cross evaluation technical during April - June 2016.

The result of this study found that since the year 2011 – 2015; there had mothers die from pregnancy and childbirth including 7 cases or 1.4 case per year and representing a maternal mortality ratio 56.5, 51.15, 24.73, 58.82 and 0 and however, it can see that maternal deaths are likely to decrease in Mae Hong Son. The area that has the highest of maternal death were Muang district and Maesariang District But no evidence at Pai and Maelanoi District. The cause of maternal death were: first; postpartum hemorrhage(57.14%), the minor cause ; infection

(28.57%) and the Amniotic fluid embolism (14.28%). In addition to the duration of maternal mortality was delivery period (57.14%), followed during pregnancy period (28.57%). The most of maternal deaths often living in areas of mountain (71.43 %), followed by the foreign population living in camps and refugees from the area boundaries of Mae Hong Son and the Union of Myanmar (28.57%). However the another factors found that the family communication, Community were very important issue such as the family care, the referral system in the community, as well as the decision to give birth at the hospital is better than at home because it can helping to reduce maternal and childbirth deaths due to the delayed delivery from the difficulty of mountain areas.

The result of the delivery room quality assessment found that every hospital has a blood Bank reserves but it does not meet the minimum criteria prescribed in the province. Community Hospital has the sterile operating rooms and surgical instruments for the cesarean section and hysterectomy. On the other hand in fact the district hospital had no surgery cause there are no specialized doctors. However; a team of rescuers in every hospital can help mothers and babies. For the standard admission record form showed that they was not recording in the same standard while the most hospital provides delivery room quality accurate checklist guideline. Every hospital have the prevention of postpartum hemorrhage treatment by use the regional postpartum hemorrhage guideline, they have the referral system for complications mothers to be safely , use the collecting , analysis and data utilized.

Key word: maternal deaths, causes, factors

บทนำ

ในมุมมองทางประชากรศาสตร์ การก่อการณตายเป็นการสะท้อนความมั่นคงทางประชากร ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีเป้าหมายที่จะลดการตายก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะการตายในกลุ่มมารดาและเด็ก และใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญ การตายของมารดาเป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของผู้หญิง การเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนถึงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2556 ค่าคาดประมาณการตายของมารดาเท่ากับ 210 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เท่ากับ 74 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน^[9] (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาปี 2554 – 2556 เท่ากับ 8.90, 17.60 และ 22.20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ตามลำดับ^[4,6] (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) จะเห็นได้ว่าอัตราการตายของมารดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ต้องได้รับการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรัฐบาลไทยที่ยืนยันเจตนารมณ์ร่วมกับสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การตายปริกำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการโดยเฉพาะห้องคลอดคุณภาพ

สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการตายของมารดาปี 2554 – 2558 เท่ากับ 17.23, 18.49, 16.28, 21.07 และ 18.17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะขึ้นลงโดยเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการตายของมารดาสูงสุดอยู่ใน 5 อันดับของประเทศ^[8] (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่าสาเหตุการตายของมารดาทางตรง (Direct cause) สูงถึงร้อยละ 56.6 สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 43.4 ซึ่งการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางตรงที่สามารถป้องกันได้ 5 ลำดับแรก คือ

การตกเลือดหลังคลอด (PPH: Post Partum Hemorrhage) ร้อยละ 30.4 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง (PIH: Pregnancy Induce Hypertension) ร้อยละ 17.4 น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด (AFE: Amniotic Fluid Embolism) ร้อยละ 13.0 การติดเชื้อในกระแสเลือด (Infection) ร้อยละ 11.6 และการแท้ง (Abortion) ร้อยละ 10.1 สำหรับจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราการมารดาตายในปีงบประมาณ 2554 – 2558 เท่ากับ 70.92 (2 ราย), 51.15 (2 ราย), 24.73 (1 ราย), 0.00 และ 58.82 (2 ราย) ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงมีความตระหนัก และมองเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัย สาเหตุ และสถานการณ์การตายของมารดา เพื่อสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวของมารดาในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อประเมินสาเหตุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมารดาตายเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัย สาเหตุและสถานการณ์การตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ มารดาตายทุกรายในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2554-2558 และโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 7 แห่ง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ปีงบประมาณ 2554 - 2558

ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล

1. การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ปีงบประมาณ 2554- 2558 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

1.1 รายงานการตายของมารดาและการตายของทารก (แบบ ก-1)

1.2 รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนตามแบบรายงานงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2558

2. ผลการประเมินคุณภาพห้องคลอดของโรงพยาบาลในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 7 แห่งตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการประเมินคุณภาพห้องคลอดโรงพยาบาลในช่วงเดือนเมษายน – มิถุนายน 2559

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดเก็บข้อมูลย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จากระเบียนรายงาน

1.1 รวบรวมข้อมูลรายงานการตายของมารดาและการตายของทารก (แบบ ก-1)

1.2 รายงานงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. การประเมินคุณภาพห้องคลอดของโรงพยาบาล

2.1 ผู้ศึกษาได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติกรรมในระดับเขต มาอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาด้านสถิติกรรม ซ้อมแผนรับสถานการณ์ เรื่องการลดอัตราการตายจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2559

2.2 ประเมินคุณภาพห้องคลอดโรงพยาบาลในช่วงเดือนเมษายน – มิถุนายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และแก้ไขข้อบกพร่องทำการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสาเหตุการตายของมารดาใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. ผลการประเมินห้องคลอดคุณภาพของโรงพยาบาล โปรแกรมการประมวลผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

พบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2558 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีมารดาตายจากการตั้งครรภ์และคลอด รวมจำนวน 7 ราย หรือ เฉลี่ยปีละ 1.4 ราย คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 56.5, 51.15, 24.73, 0 และ 58.82 ตามลำดับ และพื้นที่ที่มีมารดาตายมากที่สุด ได้แก่พื้นที่อำเภอเมือง และแม่สะเรียง ส่วนอำเภอยาย และอำเภอแม่ลาน้อย ไม่มีมารดาตาย สำหรับสาเหตุการตายของมารดามากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) สาเหตุรองลงมาคือ การติดเชื้อ ร้อยละ 28.57 และ น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism) ร้อยละ 14.28 ช่วงระยะเวลาที่มารดาเสียชีวิตมากที่สุด คือ ช่วงระยะคลอด ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 28.57

มารดาตั้งครรภ์และคลอดที่เสียชีวิตอาศัยในพื้นที่สูง ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ หรืออยู่ในพื้นที่รอยต่อเขตระหว่างจังหวัดแม่ฮ่องสอนกับประเทศสหภาพเมียนมา ร้อยละ 28.57 โดยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 57.14 (4 ราย) อยู่นอกเขตพื้นที่จังหวัด

แม่ฮ่องสอน ร้อยละ 28.57 (2 ราย) และเป็นประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ ร้อยละ 14.29 (1 ราย) เมื่อพิจารณาจากอายุของมารดาที่เสียชีวิตพบว่าอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ปี โดยอายุต่ำสุด 17 ปี และอายุสูงสุด 41 ปีประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 71.43 รองลงมา คือ อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 28.57 และด้านการศึกษา พบว่า ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 57.14 เมื่อเปรียบเทียบอายุมารดาและสาเหตุที่เสียชีวิต พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตในมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คือการติดเชื้อ ในกลุ่มอายุ 20 – 39 ปี เสียชีวิตจากการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีรกค้างซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือด กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี มีสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด สำหรับวิธีการคลอดของมารดาที่เสียชีวิต มีหลายรูปแบบ ได้แก่ วิธีการผ่าตัดคลอด, คลอดปกติ (ที่บ้าน) และไม่คลอด ร้อยละ 28.57 การใช้สุญญากาศช่วยคลอด ร้อยละ 14.29 ด้านการดูแลรักษาก่อนที่จะเสียชีวิต พบว่า มารดาได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 57.14 รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 42.86 ประเด็น สาเหตุปัจจัยที่พบในด้านครอบครัว ชุมชนและการคมนาคม ก็ยังเป็นประเด็นสำคัญอาทิ ความใส่ใจของครอบครัว การมีระบบส่งต่อที่ดีในชุมชน ตลอดจนการตัดสินใจมารับการคลอดที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อลดปัญหาการตายจากการคลอดที่บ้านอันเนื่องมาจากการส่งต่อล่าช้าจากสภาพความลำบากของภูมิประเทศพื้นที่สูง

สำหรับผลการประเมินห้องคลอดคุณภาพพบว่า ในภาพรวมโรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลงานอนามัยแม่และเด็ก ยกเว้นประเด็นคลังเลือดมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 42.86

วิจารณ์

จากสรุปผลการศึกษา มีประเด็นที่น่าสนใจที่นำมาวิจารณ์ ได้ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 57.14 (ของมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมด) สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำผึ้งกลิ่นดวง^[2] (2554) ที่พบสาเหตุการตายของมารดาเช่นเดียวกันนี้ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 และสุธิธ คุณประดิษฐ์^[3,4] (2559) ได้ศึกษาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดและกำหนดมาตรการการดูแลในเขตสุขภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะเป็นประเด็นสาเหตุที่ป้องกันได้และมีมาตรการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan ของเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบริการแม่และเด็ก ดังนี้
 - 1) คณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็กระดับเขต มีกลไกในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก
 - 2) นิเทศติดตามและประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด และงานพัฒนาการเด็ก
 - 3) DHS มีแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด และงานพัฒนาการเด็กและเชื่อมโยงกับการดูแลในชุมชน/ครอบครัว
 - 4) นิเทศติดตามและประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากร^[1] (คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1, 2557) ได้แก่
 - 1) อบรมสูติแพทย์ ในเรื่อง การใช้เครื่อง Ultrasound เพื่อวัด Cervical length และการใช้ Progesterone เพื่อป้องกันการเกิด Preterm ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิด BA และ LBW
 - 2) อบรม Advance live support in Obstetrics and Pediatrics (ALSOP) ให้แก่ทีมแพทย์พยาบาลของโรงพยาบาลทุกแห่งใน 8 จังหวัด^[4] (สุธิธ คุณประดิษฐ์, 2559)
- 3) ระดับจังหวัดสนับสนุนวิชาการให้แก่ รพช.
- 4) จัดเวที Conference กรณีมารดาและทารกตาย

ทุกราย มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ 1) พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อ High risk pregnancy ในระดับเขตสุขภาพที่ 1 2) โครงการบูรณาการพัฒนาระบบการเด็กล้านนาขยายสู่ รพ.สต. เพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กในเด็กกลุ่มเสี่ยง 3) จัดระบบ Fast Tract ส่งต่อ High risk pregnancy ทุกราย เพื่อพบสูติแพทย์ 4) จัดระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า เพื่อพบกุมารแพทย์ จิตแพทย์ 5) จัดระบบข้อมูลแม่และเด็กในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้มีการนำมาตรการต่างๆ มาใช้แต่ในขณะเดียวกันพบว่ายังกพบปัญหามารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอดจึงเห็นควรให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามมาตรการอย่างจริงจังในพื้นที่และมีการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด

2. ประเด็นผลการประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ ในภาพรวมพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ยกเว้นในเรื่องคลังเลือดพบว่า โรงพยาบาลที่มีคลังเลือดพร้อมใช้ร้อยละ 42.86 จากทั้งหมด 7 แห่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการกำหนดมาตรการส่งเสริมให้คลอดที่โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ทุกรายเพื่อป้องกันการตายมารดาในกรณีที่มารดามีความเสี่ยงด้านการคลอด
2. มีมาตรการด้านความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรรถยนต์ที่ใช้ในการส่งต่อให้ครบทุกแห่งของจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อลดปัญหาการเดินทางของหญิงคลอดไปยังโรงพยาบาลชุมชน
3. มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงระหว่างหน่วยงานองค์กรที่รับผิดชอบค่ายผู้ลี้ภัยทางการเมืองกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดูแล

หญิงตั้งครรภ์และคลอดร่วมกันอย่างน้อย 1 – 2 ครั้ง/ปี

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรมีระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ โดย อสม./แกนนำชุมชน ให้มารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อตรวจสุขภาพ และคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

2. กรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 เป็นต้นไป ควรให้มาคลอดที่โรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์เพื่อให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินได้ทันที

3. สถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลต้องปฏิบัติงานห้องคลอดคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่ MCH Board เขตสุขภาพที่ 1 กำหนดเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาตกเลือดหลังคลอด

4. สร้างเครือข่ายระบบดูแล เฝ้าระวัง และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ มีการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน เนื่องจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยประชาชนชายขอบที่มารับการรักษาส่วนมากอาการค่อนข้างหนัก หรือหนักมาแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในระหว่างทาง หรือไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ดังนั้นหากมีระบบการดูแลดังกล่าวจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

5. ควรมีระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการรักษาผู้ป่วยแก่แพทย์ใน รพช. ผ่านระบบการสื่อสารทางไกลที่ทันสมัยรวดเร็ว

6. มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฝากครรภ์และการคลอด ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ดังนี้

6.1 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน และผดุงครรภ์โบราณ พัฒนาศักยภาพด้านการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและนำเข้าสู่ระบบบริการฝากครรภ์ได้อย่างมี

คุณภาพ พร้อมทั้งสามารถทำคลอดในกรณีคลอดปกติได้

6.2 รพ.สต. ควรจะมีพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการตรวจประเมินความเสี่ยง สามารถดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และสามารถทำคลอดในกรณีคลอดปกติได้

6.3 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ควรจะทำการผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉินได้ ดังนั้นทีมบุคลากรห้องคลอดจะต้องมีการฝึกอบรมและซ้อมรับสถานการณ์เป็นประจำทุกปี

6.4 โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M1, M2 ควรมีทีมบุคลากรที่มีความรู้และทักษะด้านสูติกรรมอย่างเชี่ยวชาญ เพื่อช่วยฝึกปฏิบัติด้านสูติกรรมให้โรงพยาบาลชุมชน และดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะสมรรถนะของบุคลากรระดับโรงพยาบาล และบุคลากรระดับชุมชน

1. พัฒนาคำแนะนำความรู้และทักษะบุคลากรในด้านการคลอดฉุกเฉิน และการดูแลในภาวะวิกฤต

2. ควรมีการส่งเสริมศักยภาพ อสม./แกนนำชุมชน ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อตรวจร่างกาย จิตใจของหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาได้ทันเวลาที่

3. บุคลากรทุกระดับ ต้องมีความสามารถในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแล สังเกตอาการผิดปกติ ข้อควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1. แนวทางปฏิบัติทางสูติศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์: 2557.

2. น้ำผึ้ง กลิ่นดั่ง. การศึกษาข้อมูลการตายมารดาและทารกปริกำเนิดในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปี 2554. ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3. สุจิต คุณประดิษฐ์. การตกเลือดหลังคลอด. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
4. สุจิต คุณประดิษฐ์. เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่ และเด็ก เขตสุขภาพที่ 1 เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2559
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สรุปสถิติที่สำคัญ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ : 2556.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวง สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ: 2558.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การตายของมารดาประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: 2549.
8. Confidential enquiries into maternal deaths in Thailand: 1-39. World Health Organization (WHO). 2014.
9. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา

Health situation of the Elderly in Phayao Province

เฉลิม ใจอุ่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดพะเยารวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง สามารถจัดทำแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดพะเยา โดยทำการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มประชากรได้แก่ข้อมูลของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยาจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 7 แห่ง สถิติที่ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดพะเยามีประชากรทั้งสิ้น 476,839 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 81,219 คน คิดเป็นร้อยละ 17.03 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยผู้สูงอายุมีสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรังมากที่สุด รองลงมาได้แก่โรคไตวาย และ เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสียเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามากที่สุดได้แก่โรคไตวาย รองลงมาได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างและเนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคไตวาย และ โรคของทางเดินหายใจส่วนเมื่อล่างเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์จากค่าน้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์พบว่า โรคที่มีผลรวมค่าน้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์มากที่สุดได้แก่ โรคไตวาย รองลงมาได้แก่โรคความดันโลหิตสูง และโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง ตามลำดับ

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่าโรคที่เป็นปัญหา

สุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2558 ได้แก่โรคไตวาย โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้พบว่าโรคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดในสมอง, ปอดบวม ส่วนโรคที่มีแนวโน้มลดลงได้แก่โรคไตวาย, ความดันโลหิตสูง, เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด, เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ, เบาหวาน และโรคของตับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือเครือข่ายบริการสุขภาพควรมีการพิจารณาจัดทำแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด และสามารถจัดทำแผนงานโครงการในกลุ่มวัยอื่นๆ ในเบื้องต้นเพื่อลดปัญหาสุขภาพในระยะยาวซึ่งจะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพ

Abstract

The purpose of this study is to help health professionals and related partners in the province planning strategic projects based on up-to-date information. This study is a descriptive study. The population of the study is demographic data of the elderly obtained from seven general and community hospitals in the province. The statistics were analyzed using percentage and mean.

The results show that in B.E. 2558. Phayao province had the total population of 476,839. The number of the elderly was 81,219 (17.03 percent) and has been increasing steadily. There are more female than male. The leading cause of death was the respiratory tract, followed by the lower respiratory tract disease, kidney failure, malignant of throat bronchus and lung. The leading cause of premature death of the elderly in the province was kidney failure, followed by the lower respiratory tract disease and malignant of the throat bronchus and lung.

The inpatient data showed the leading cause of illness among the elderly was hypertension, followed by kidney failure and chronic lower respiratory disease. The result from relative weight analysis showed the significant cause of illness was kidney failure, followed by hypertension and chronic lower respiratory disease.

The analysis of the elderly health situation in Phayao Province found that the most notable diseases were kidney failure, followed by chronic lower respiratory disease and hypertension. The most notable disease in the age group was chronic lower respiratory disease, followed by cerebrovascular disease and pneumonia. The inferior disease in this age group were kidney failure, followed by hypertension, malignant neoplasm of trachea-bronchus and lung, malignant tumors of bile ducts in the liver, diabetes and liver disease.

In conclusion, the Contracting Unit of Primary Health Care Network should have comprehensive project to combat health problems. Meanwhile, there can be initial projects aiming other age groups to minimize health problems which will occur when they get older.

Keyword: Elderly, Health situation.

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี หรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 ไปเป็น 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำลังนำประเทศไทยไปสู่สถานะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ”^[1] ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมกับการรับมือปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่ม

มากขึ้น เพื่อเน้น และให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดภาวะโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ การดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาระโรคจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้

จากการประเมินภาวะสุขภาพของคนไทย โดยพิจารณาจากภาระโรคหรือโรคที่ก่อให้เกิดภาระพบว่าร้อยละ 85 ของจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability adjusted life year ; DALYs) โดยเกิดจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญกับเรื่องการป้องกันโรคในระดับบุคคล โดยการให้การศึกษาระดับบุคคลก่อนที่จะเกิดโรคจะสามารถเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี องค์การสหประชาชาติจึงสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคง (Active Aging) ซึ่งจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วยประเด็นปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ สุขภาพร่างกาย, ความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน จากสถานการณ์ของประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาโรคในระยะเริ่มแรกและการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญในการที่จะลดปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทย มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคตา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจอื่นๆ และภาวะสมองเสื่อม มีแนวโน้มสูงขึ้น และจากข้อมูลดัชนีการสูงวัยของจังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย ปี 2557 พบว่าจังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดลำดับที่ 8 ของประเทศไทยที่มีดัชนีการสูงวัยสูงสุด 10 อันดับแรก^[2]

ผู้วิจัยซึ่งได้รับคำสั่งแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบด้านระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านการพัฒนายุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการ และการติดตามประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงได้จัดทำการวิจัยเรื่อง “ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา” เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของประชาชนในเขตจังหวัดพะเยา รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่สามารถจัดทำแผนงานโครงการ ตามยุทธศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยงานด้านสุขภาพในจังหวัดพะเยารวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง สามารถจัดทำแผนงานโครงการตามยุทธศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดพะเยา

วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นการศึกษาจากกลุ่มประชากรได้แก่ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา จำนวน 7 แห่งนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติสรุปผลและเขียนรายงาน กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นได้แก่

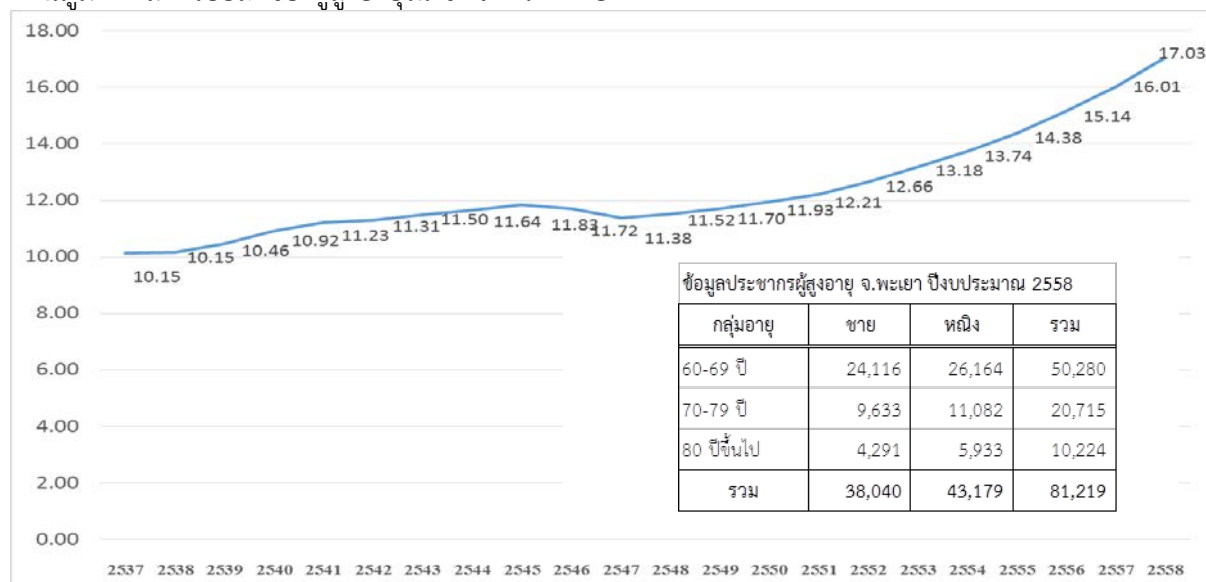
- แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา

- แบบสอบถามเรื่องการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพในเขตจังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ)

ผลการวิจัย

แผนภูมิ 1 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา



โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2558

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณะบัตรจังหวัดพะเยา ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข^[3] พบว่าในปีงบประมาณ 2558 ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยามีการเสียชีวิตด้วยโรคของทางเดินหายใจส่วนล่าง

ข้อมูลแสดงแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา

ปีพ.ศ. 2558 จังหวัดพะเยามีประชากรทั้งสิ้น 476,839 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 81,219 คน คิดเป็นร้อยละ 17.03 (เพศชาย 38,040 คน, เพศหญิง 43,179 คน) และหากพิจารณาจากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุแล้วพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.15 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น ร้อยละ 17.03 ในปี พ.ศ. 2558

เรื้อรัง มากที่สุด (209 ราย คิดเป็นอัตราตาย 286.62 รายต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่โรคไตวาย (193 ราย คิดเป็นอัตราตาย 264.68 รายต่อแสนประชากร) และ เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด ตามลำดับ (152 ราย คิดเป็นอัตราตาย 208.45 รายต่อแสนประชากร)

ตาราง 1 ข้อมูลแสดงโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2558

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนตาย (คน)	อัตราตาย (ต่อแสน ปชก.)
1	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (J40-J47)	286.62	209
2	โรคไตวาย (N17-N19)	264.68	193
3	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34)	208.45	152
4	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60-I69)	204.34	149
5	ความดันโลหิตสูง (I10-I15)	171.43	125
6	ปอดบวม (J12-J18)	164.57	120
7	เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ (C22)	161.83	118
8	โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	124.8	91
9	เบาหวาน (E10-E14)	74.06	54
10	โรคของตับ (K70-K76)	43.88	32

ที่มา: ฐานข้อมูลสาเหตุการตายจากมรณะบัตรจังหวัดพะเยา ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ความสูญเสียอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL: Year of Life Lost)

ผลการวิเคราะห์ความสูญเสียอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรโดยใช้จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL: Year of Life Lost) โดยใช้สูตร (รายละเอียดใน ผวนก ข) $YLL = N \times L$ เมื่อ N = จำนวนผู้ที่เสียชีวิตรายโรค (Number of Death), L = จำนวนปีที่สูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนอายุขัยเฉลี่ยของจังหวัดพะเยา (standard life expectancy at age of death in

years) พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสียเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามากที่สุดได้แก่โรคไตวาย (YLL เท่ากับ 2,263.42) รองลงมาได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (YLL เท่ากับ 2,203.76) เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (YLL เท่ากับ 2,088.84) ตามลำดับ

ตาราง 2 ข้อมูลความสูญเสียอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2558

ลำดับ	ชื่อโรค	YLL
1	โรคไตวาย(N17-N19)	2,263.42
2	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (J40-J47)	2,203.76
3	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34)	2,088.84
4	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60-I69)	1,738.94
5	เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ (C22)	1,736.81
6	ปอดบวม (J12-J18)	1,274.00
7	ความดันโลหิตสูง (I10-I15)	1,237.88
8	โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	1,125.79
9	เบาหวาน (E10-E14)	684.69
10	โรคของตับ (K70-K76)	499.59

โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุใน
เขตจังหวัดพะเยา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการ
เจ็บป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล 12
แฟ้มของหน่วยบริการในจังหวัดพะเยา พบว่าโรคที่
เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุปีงบประมาณ
2558 (ประเภผู้ป่วยใน) ได้แก่ โรคความดันโลหิต

สูง (จำนวน 3,673 ราย อัตราป่วย 5,037.17 ราย
ต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่โรคไตวาย
(จำนวน 2,853 ราย อัตราป่วย 3,912 รายต่อแสน
ประชากร) และ โรคของทางเดินหายใจส่วนล่าง
เรื้อรัง (จำนวน 2,309 ราย อัตราป่วย 3,166.57
รายต่อแสนประชากร)

ตาราง 3 ข้อมูลแสดงโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2558 (ผู้ป่วยใน:ราย)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนป่วย (ราย)	อัตราป่วย (ต่อแสน ปชก.)
1	ความดันโลหิตสูง (I10-I15)	3,673	5,037.17
2	โรคไตวาย (N17-N19)	2,853	3,912.61
3	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (J40-J47)	2,309	3,166.57
4	เบาหวาน (E10-E14)	905	1,241.12
5	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ (A09)	583	799.53
6	ปอดบวม (J12-J18)	357	489.59
7	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60-I69)	278	381.25
8	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34)	271	371.65
9	โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	258	353.82
10	โรคของหน่วยไตและโรคของเนื้อเยื่อระหว่างท่อไต (N00-N15)	197	270.17

ที่มา: ฐานข้อมูลการเจ็บป่วย (12 แฟ้ม) ของหน่วยบริการในจังหวัดพะเยา

โรคที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงในการเข้า
รักษาประเภผู้ป่วยใน ของผู้สูงอายุในเขตจังหวัด
พะเยา

ผลการวิเคราะห์น้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์ของ
การเข้ารักษาประเภผู้ป่วยใน (Relative Weight)
โดยการใช้ฐานข้อมูลการนอนโรงพยาบาลจำแนก
รายโรคและคำนวณน้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์ โดยใช้
ข้อมูล 12 แฟ้มมาตรฐานโรงพยาบาลของรัฐ 7
แห่งในจังหวัดพะเยา นำมาวิเคราะห์กลุ่ม
วินิจฉัยโรคร่วมเพื่อคำนวณต้นทุนเฉลี่ยในการดูแล
ผู้ป่วยในกลุ่ม DRG หรือน้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์

(Relative Weight) โดยโปรแกรม Thai DRG Grouper
รุ่นที่ 5 โรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูง หมายถึง เป็น
โรคที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงไปด้วย พบว่า โรคที่
มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงในการเข้ารักษาประเภ
ผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคไตวาย (ผลรวม
Adj.RW เท่ากับ 4,954.72) รองลงมาได้แก่โรค
ความดันโลหิตสูง (ผลรวม Adj.RW เท่ากับ
3,660.47) และโรคของทางเดินหายใจส่วนล่าง
เรื้อรัง (ผลรวม Adj.RW เท่ากับ 3,586.84)
ตามลำดับ

ตาราง 4 ข้อมูลแสดงโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 (ผู้ป่วยใน: RW)

ลำดับ	ชื่อโรค	ผลรวม Adj.RW
1	โรคไตวาย (N17-N19)	4,954.72
2	ความดันโลหิตสูง (I10-I15)	3,660.47
3	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (J40-J47)	3,586.84
4	เบาหวาน (E10-E14)	1,029.58
5	ปอดบวม (J12-J18)	864.69
6	โรคหลอดเลือดในสมอง (I60-I69)	494.53
7	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ (A09)	486.43
8	โรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25)	415.40
9	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34)	398.67
10	วัณโรคทางเดินหายใจ (A15-A16)	349.49

ที่มา: ฐานข้อมูลการเจ็บป่วย (12 แฟ้ม) ของหน่วยบริการในจังหวัดพะเยา

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาโดยใช้เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ^[4] โดยกำหนดระดับคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละประเด็น ออกเป็น 10 ระดับ ตั้งแต่ 1-10 โดยเกณฑ์การให้คะแนนนั้น

คำนวณโดยใช้ค่าพิสัยของค่าที่คำนวณได้ แล้วแบ่งออกเป็น 10 ช่วงเท่า ๆ กัน พบว่าโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2558 ได้แก่โรคไตวาย (36 คะแนน), โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง (34 คะแนน) และโรคความดันโลหิตสูง (29 คะแนน) ตามลำดับ

ตาราง 5 ข้อมูลแสดงโรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ลำดับ	ชื่อโรค	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ				ค่าคะแนน				
		อัตราตาย	YLL	อัตราป่วย	Adj.RW	อัตราตาย	YLL	อัตราป่วย	Adj.RW	รวม
1	โรคไตวาย(N17-N19)	264.68	2,263.42	3,912.61	4,954.72	9	9	8	10	36
2	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง(J40-J47)	286.62	2,203.76	3,166.57	3,586.84	10	9	7	8	34
3	ความดันโลหิตสูง(I10-I15)	171.43	1,237.88	5,037.17	3,660.47	6	5	10	8	29
4	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด(C33-C34)	208.45	2,088.84	371.65	398.67	7	8	1	1	17
5	โรคหลอดเลือดในสมอง(I60-I69)	204.34	1,738.94	381.25	494.53	7	7	1	1	16
6	เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ(C22)	161.83	1,736.81	227.65	346.33	6	7	1	1	15
7	ปอดบวม(J12-J18)	164.57	1,274.00	489.59	864.69	6	5	1	2	14
8	โรคหัวใจขาดเลือด(I20-I25)	124.80	1,125.79	353.82	415.40	5	5	1	1	12
9	เบาหวาน(E10-E14)	74.06	684.69	1,241.12	1,029.58	3	3	3	3	12
10	โรคของตับ(K70-K76)	43.88	499.59	76.80	65.74	2	2	1	1	6

ที่มา: เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา; จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาโดยใช้เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของจันทรเพ็ญชูประภาวรรณ^[4] เพื่อจัดลำดับสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญแยกรายอำเภอ ในเขตจังหวัดพะเยา

พบว่าอำเภอเมืองปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูง, อำเภอเชียงม่วนและอำเภอแม่ใจ มีปัญหาสำคัญคือโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง ที่เหลืออีก 6 อำเภอมีปัญหาสำคัญเหมือนกันคือโรคไตวาย

ตาราง 6 ข้อมูลแสดงสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุแยกตามอำเภอ ปีงบประมาณ 2558										
ชื่อโรค	รวม	ลำดับความสำคัญของโรคแยกอำเภอ								
		เมือง	จุน	เชียงคำ	เชียงม่วน	ดอกคำใต้	ปง	แม่ใจ	ภูซาง	ภูพานยาว
โรคไตวาย(N17-N19)	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1
โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง(J40-J47)	2	1	2	2	3	2	2	1	2	3
ความดันโลหิตสูง(I10-I15)	3	2	3	4	1	3	3	3	3	2
เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด(C33-C34)	4	5	5	7	7	4	6	5	5	4
โรคหลอดเลือดในสมอง(I60-I69)	5	4	8	6	4	5	5	6	4	9
เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ(C22)	6	7	6	3	6	8	4	9	6	6
ปอดบวม(J12-J18)	7	9	4	5	5	7	7	4	9	8
โรคหัวใจขาดเลือด(I20-I25)	8	6	7	8	8	9	9	8	8	17
เบาหวาน(E10-E14)	9	8	10	9	12	6	12	7	7	7
โรคของตับ(K70-K76)	10	15	12	11	15	10	8	11	10	14

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาพบว่า โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพแต่ละกลุ่มวัยได้แก่ โรคไตวาย ทั้งนี้พบว่าโรคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดในสมอง, ปอดบวม

ส่วนโรคที่มีแนวโน้มลดลงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มอายุได้แก่ โรคไตวาย, ความดันโลหิตสูง, เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด, เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ, เบาหวาน และโรคของตับ

ตาราง 7 ข้อมูลแสดงโรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา				
ลำดับ	ชื่อโรค	กลุ่มอายุ		
		60-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป
1	โรคไตวาย(N17-N19)	1	2	2
2	โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง(J40-J47)	5	1	1
3	ความดันโลหิตสูง(I10-I15)	2	3	3
4	เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด(C33-C34)	4	4	7
5	โรคหลอดเลือดในสมอง(I60-I69)	6	5	5
6	เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ(C22)	3	6	9
7	ปอดบวม(J12-J18)	9	7	4
8	โรคหัวใจขาดเลือด(I20-I25)	8	9	6
9	เบาหวาน(E10-E14)	7	8	8
10	โรคของตับ(K70-K76)	10	13	13

สถานการณ์การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพในเขตจังหวัดพะเยาปีงบประมาณ 2558

ตาราง 8 ข้อมูลแสดงการใช้งบประมาณในกิจกรรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2558

แหล่งงบประมาณ	รวมทั้งหมด	กิจกรรมผู้สูงอายุ					
		เกี่ยวข้องโดยตรง		เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ		รวม	
		จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
งบพัฒนาจังหวัด	235,154,400	0	0.00	-	-	-	-
งบสำนักงานปลัด							
กระทรวงสาธารณสุข	16,605,970	84,740	0.51	169,040	1.02	253,780	1.53
งบสร้างเสริมป้องกันโรค (สปสข.)	3,163,670	0	0.00	1,348,320	42.62	1,348,320	42.62
รวม	254,924,040	4,740	0.03	1,517,360	0.60	,602,100	0.63

กิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องโดยตรงประกอบด้วยโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำในการเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver), การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น, การประกวดชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด และตำบลดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและวัดส่งเสริมสุขภาพ, การประกวดผู้สูงอายุ อายุ 80 ปี และ 90 ปี พันธุ์, การติดตามการใช้พื้นที่เยี่ยมในผู้สูงอายุที่ใส่พื้นที่เยี่ยม

กิจกรรมโครงการที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงแต่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมผู้สูงอายุประกอบด้วยโครงการเฝ้าระวังป้องกันโรคควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM, HT, CVD, CKD), ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ/โภชนาการบำบัด DM HT

อภิปรายผล

ในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดพะเยามีประชากรทั้งสิ้น 476,839 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 81,219 คน คิดเป็นร้อยละ 17.03 และหากพิจารณาจากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุแล้วพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2537-2558 โดยมีสัดส่วนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบว่าผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยามีการ

เสียชีวิตด้วยโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรังมากที่สุด รองลงมาได้แก่โรคไตวาย และ เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด ตามลำดับสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ได้รายงานผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยที่คาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 แม้จะมีประชากรวัยเจริญพันธุ์สูงขึ้น แต่ก็ยังมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดและมีโครงสร้างเพศโน้มเอียงไปทางเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

โรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสียเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามากที่สุดได้แก่โรคไตวาย รองลงมาได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างและเนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด ส่วนสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในจังหวัดพะเยาจำนวน 7 แห่ง พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคไตวาย และ โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์จากค่าน้ำหนักเฉลี่ยสัมพัทธ์ของการเข้ารักษาประเภผู้ป่วยใน (Relative Weight) พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่สำคัญได้แก่ โรคไตวาย รองลงมาได้แก่โรคความ

ดันโลหิตสูง และโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง ตามลำดับ

กรณีผู้สูงอายุพบในปีงบประมาณ 2558 มีโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมากที่สุดได้แก่ไตวาย รองลงมาได้แก่ความดันโลหิตสูง และโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง ตามลำดับ ในส่วนผู้สูงอายุพบว่าโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมากที่สุดได้แก่ไตวาย รองลงมาได้แก่โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง และ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าอำเภอเมือง มีปัญหาสำคัญคือโรคความดันโลหิตสูง, อำเภอเชียงม่วนและอำเภอแม่ใจ มีปัญหาสำคัญคือโรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง ที่เหลืออีก 6 อำเภอมีปัญหาสำคัญเหมือนกันคือโรคไตวาย

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่าโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาปีงบประมาณ 2558 ได้แก่โรคไตวาย โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง (29 คะแนน) ทั้งนี้พบว่าโรคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคของทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดในสมอง, ปอดบวม ส่วนโรคที่มีแนวโน้มลดลงได้แก่ โรคไตวาย, ความดันโลหิตสูง, เนื้องอกร้ายที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด, เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ, เบาหวาน, และโรคของตับ

จากข้อมูลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพะเยา ในประเด็นต่างๆ พบว่าโดยรวมแล้วสอดคล้องกับผลการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2555 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556 ซึ่งพบว่าประชากรสูงอายุร้อยละ 15 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจหลอดเลือดสมองตีบ อัมพาต/ อัมพฤกษ์ และ มะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ

80 ปี ขึ้นไปที่ต้องการการเกื้อหนุนหรือพึ่งพิงผู้อื่นอย่างรวดเร็ว

สถานการณ์การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพในเขตจังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีการใช้งบประมาณทั้งสิ้น 1,602,100 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.63 ของงบประมาณด้านสุขภาพจากแหล่งงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในจังหวัดพะเยา โดยได้รับแหล่งงบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (งบสร้างเสริมป้องกันโรค.) มากที่สุด (1,348,320 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.62) รองลงมาได้แก่งบจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (253,780 บาทคิดเป็นร้อยละ 1.53) ตามลำดับ โดยมีกิจกรรมสำคัญได้แก่ การสร้างแกนนำในการเป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัดประกวดผู้สูงอายุ ส่วนโครงการที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงแต่ส่งผลต่อภาวะระยะยาวของผู้สูงอายุได้แก่การเฝ้าระวังป้องกันโรคควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ข้อเสนอแนะ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพควรมีการพิจารณาจัดทำแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด

2. การจัดทำแผนงานโครงการของเครือข่ายบริการสุขภาพ ในเรื่องผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญบางโรค จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นสำคัญ ฉะนั้น ในการจัดทำแผนงานโครงการ ควรพิจารณาในเรื่องดังกล่าวร่วมด้วย หรือสามารถจัดทำแผนงานโครงการในกลุ่มวัยอื่นๆในเบื้องต้นเพื่อลดปัญหาสุขภาพในระยะยาวซึ่งจะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ภาครัฐ เอกชน ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากร
สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ.
เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด;
2557.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.
กรุงเทพฯ. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิช
ซิง จำกัด (มหาชน); 2558.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศ. The Kingdom of Thailand
health System Review. นนทบุรี: สำนัก
นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง
สาธารณสุข; 2558.
4. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพคนไทย ปี
พ.ศ.2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ.
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2543.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด
และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวง
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี.
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงกระทรวง
สาธารณสุข; 2557.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือ
การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและค่าน้ำหนัก
สัมพัทธ์ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
7. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพไทย. การประเมินการบริหารจัดการ
การคลังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี:
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงกระทรวง
สาธารณสุข; 2553.

การรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

Perception of nurse on health promoting hospital Region 10 as a Learning organization .

วิภาพร เตชะสรพัต

อำนวยการ เภมณี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาจากประชากรจำนวน 91 คน ใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยพบว่าเห็นด้วยมากในด้านแบบแผนความคิด รองลงมาคือด้านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ด้านการคิดอย่างเป็นระบบ ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการเป็นบุคคลรอบรู้ ตามลำดับ

Abstract

This study had employed survey research aiming at investigating the state of being a learning organization as perceived by the nurses who worked in health promoting hospital Region 10. The sample of 91 nurses was used. The instrument used included the questionnaire. The collected data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation.

The findings reveal that the nurses' general perception on the state of being a learning organization in each aspect at high level. When mean of all the aspects were ranked from high to low, the ranking was mental model, share vision, system thinking, team learning, personal mastery.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ต้องเผชิญไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้รวดเร็วและรุนแรง เนื่องจากปัจจัยการก้าวกระโดดของเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และความซับซ้อนของระบบเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบกับการดำเนินงานขององค์กร ส่งผลให้เวทีการแข่งขันที่เคยจำกัดอยู่ในวงแคบขยายขอบเขตออกไปครอบคลุมทั่วโลก ตลอดจนแนวคิดในการบริหารจัดการสมัยใหม่ ทำให้องค์กรต้องปรับตัวเพื่อเพื่อความอยู่รอด เพราะองค์กรเป็นสิ่งมีชีวิตไม่ใช่เครื่องจักร โดยมีคนเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญ ซึ่งคนก็ไม่ใช่ต้นทุน แต่เป็นทุนมนุษย์ (Human Capital) เพราะในตัวคนมีทักษะและประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความชำนาญซึ่งเป็นทุนความรู้ (Knowledge Capital) จำเป็นต้องสร้างค่านิยม และวัฒนธรรมที่ดี ความรู้ภายใต้บริบทเฉพาะมักแฝงอยู่ในภาษา วัฒนธรรมหรือประเพณี นักวิทยาศาสตร์จักรวรรดินิยมทางวัฒนธรรม กล่าวว่า การเกิดขึ้นของวัฒนธรรมเดียว ทำให้ความรู้ท้องถิ่นบางอย่างถูกทำลายลง ทำอย่างไรให้ความรู้ในทางปฏิบัติ ซึ่งมักเป็นที่ทราบกันในตัวคนหรือกลุ่มคน ถูกปรับเปลี่ยนและจัดการอย่างเป็นระบบ การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เพื่อรักษากร่องรอยไว้ ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ให้ความรู้ทั้งหลายนั้นกลายเป็นความรู้ที่เกิดประโยชน์สำหรับคนทั้งองค์กร เพื่อการก้าวเข้าสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้^[1]

แนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นแนวคิดใหม่ที่นำมาใช้บริหารองค์กรที่เน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในองค์กรให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา บุคลากรในองค์กรจะต้องมีความรู้ ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญอย่างแท้จริงโดยการมุ่งมั่นพัฒนาตนเอง เพิ่มพูนความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต แนวคิดในการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ จะครอบคลุมตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับ

องค์กรที่จะต้องมีความหมายและมีระบบงานในการพัฒนาผู้นำและบุคลากรทุกคนในองค์กร โดยการส่งเสริมและยกระดับการเรียนรู้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบ การนำองค์กร การบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ ความชำนาญต่างๆ มาอยู่ร่วมกัน มีเทคโนโลยี และแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ซึ่งลักษณะการดำเนินงาน เพื่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ต้องอาศัยการนำ การบริหารองค์กร ที่มีจุดมุ่งมั่นร่วมกัน มีการสื่อสารความเข้าใจ มีการพัฒนา แนวคิดพัฒนาศักยภาพ ร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน เพื่อต่อยอดแนวคิด แนวทาง เพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีเวทีนำเสนอประสบการณ์ รูปแบบการดำเนินงาน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและเครือข่ายภายนอก เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ มีการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ สู่ประชาชน เน้นกลวิธีเชิงรุก เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ เป็นการเพิ่มศักยภาพ เสริมพลังประชาชน ให้สามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวและชุมชน^[2]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลของกรมอนามัยได้กำหนดวิสัยทัศน์ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย เป็นเลิศด้านอนามัยแม่และเด็กในภาคเหนือ โรงพยาบาลจึงได้ทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) โรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานแม่และเด็ก และการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (HA) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าว โรงพยาบาลได้ดำเนินการโดย การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผู้บริหารได้มีจุดมุ่งมั่นที่จะทำงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ มีการบริหารเป็นทีม มีการสื่อสารนโยบายต่างๆ ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน มีการพัฒนางานต่างๆ และได้จัด

เวทีให้นำเสนอผลงานได้แก่เวที เรื่องเล่าเจ้าพลัง
เวที KM เพื่อการเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ตลอดจนการให้บริการโดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วน
ร่วมในการดูแลสุขภาพ ซึ่งกระบวนการพัฒนานั้น
พยาบาลถือได้ว่าเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำให้
เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็น
ผู้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด การให้บริการที่มี
คุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองความ
ต้องการผู้รับบริการ พยาบาลต้องมีการพัฒนา
ตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความสามารถ
ในการทำงาน และจากการที่พยาบาลมีการเรียนรู้
ในสิ่งใหม่ๆ ก็จะเป็นการพัฒนาวิชาชีพ ทำให้
องค์กรสามารถอยู่ได้อย่างมั่นคง และยั่งยืน ส่งผล
ให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรคือการเป็นองค์กรแห่ง
การเรียนรู้ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความ
เป็นองค์กร แห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของ
พยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการ
ส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ขององค์กร
ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
ตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้หมายถึง กระบวนการทาง
ความคิดและจิตใจที่แสดงออกถึงความรู้ ความ
เข้าใจที่เป็นผลมาจากกระบวนการรับและตีความ
สิ่งเร้าต่างๆ ที่มาสัมผัสด้วยความแตกต่างกัน
ทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ ซึ่งการ
รับรู้จะส่งผลออกมาในรูปพฤติกรรมของบุคคลที่
แสดงออกต่อการรับรู้ นั้น ๆ

การเป็นบุคคลที่รอบรู้ (Personal Mastery)
หมายถึง บุคลากรพยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นเรียนรู้
อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จนมีความเข้าใจสิ่งที่
ศึกษาอย่างกระจ่าง รู้จริง รู้แจ้งและมีความ
เชี่ยวชาญเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนา
ความรู้ ความคิด และสติปัญญา รวมทั้งมีความคิด

สร้างสรรค์ ตลอดจนมีความสามารถแก้ไขปัญหา
ทุกสถานการณ์

การมีแบบแผนความคิด (Mental Models)
หมายถึง บุคลากรพยาบาลจำเป็นต้องมีแบบแผน
ความคิด คิดแบบบูรณาการ คิดอย่างเชื่อมโยง คิด
และกระทำโดยมีเหตุผลและหลักการที่ถูกต้อง มี
ความคิดกว้างไกล สามารถประยุกต์หลักการและ
ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision)
หมายถึง ผู้บริหารการพยาบาลควรให้บุคลากร
พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์ของ
องค์กร ร่วมกันคิดค้นแนวทางปฏิบัติที่ทำให้บรรลุ
วิสัยทัศน์องค์กร

การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team
Learning) หมายถึง หากองค์กรใด บุคลากรใน
องค์กรมีการเรียนรู้ระดับบุคคล ไม่มีการเรียนรู้
เป็นทีม องค์กรนั้นย่อมไม่สามารถพัฒนาองค์กร
ให้ก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ แต่การพัฒนา
องค์กรให้ก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ บุคลากร
ในองค์กรต้องมีการเรียนรู้ระดับบุคคลและเรียนรู้
เป็นทีม ดังนั้น การพัฒนาองค์กรพยาบาลให้ก้าว
สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ บุคลากรพยาบาลใน
องค์กรต้องมีการเรียนรู้ระดับบุคคลและเรียนรู้
เป็นทีม

การคิดเชิงระบบ (System Thinking)
หมายถึง เข้าใจ อธิบาย และอธิบาย
ปรากฏการณ์ต่างๆ อย่างสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่ง
กันและกัน มีความคิดและมุมมองภาพรวม ไม่มอง
แบบแยกส่วน^[3]

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาคำ
Descriptive

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาความเป็นองค์กร
แห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของพยาบาลโดย
วิเคราะห์ตามแนวทางการเป็นองค์กรแห่งการ
เรียนรู้ของเซนเก้ (Senge) ได้กำหนดไว้ดังนี้ คือ

การเป็นบุคคลที่รอบรู้ (Personal Mastery) การมีแบบแผนความคิด (Mental Models) การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team Learning) การคิดเชิงระบบ (System Thinking)^[3]

ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจำนวน 91 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ 5 ด้านคือ การเป็นบุคคลที่รอบรู้ (Personal Mastery) การมีแบบแผนความคิด (Mental Models) การมีวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม (Team Learning) การคิดเชิงระบบ (System Thinking) ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น 5 เห็นด้วยมากที่สุด

ระดับความคิดเห็น 4 เห็นด้วยมาก

ระดับความคิดเห็น 3 เห็นด้วยปานกลาง

ระดับความคิดเห็น 2 เห็นด้วยน้อย

ระดับความคิดเห็น 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

คะแนนที่ได้นำมาวิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายจากลักษณะ แบบสอบถามที่ใช้ในระดับการวัดข้อมูลประเภทองค์การภาคชั้น (Interval scale)^[4]

เกณฑ์การแปลผลดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็น

4.21-5.00 อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

3.41-4.20 อยู่ในระดับมาก

2.61-3.40 อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

1.81-2.60 อยู่ในระดับเห็นด้วยน้อย

1.00-1.80 อยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด
การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดและสร้างแบบสอบถาม

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นโดยผ่านขั้นตอนการตรวจสอบด้านความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และเนื้อหา ตลอดจนหาความเชื่อมั่นดังนี้

2.1 ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และเนื้อหา แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2.2 ค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปทดสอบใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ครอบบาด (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ส่วนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ

- ข้อมูลความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.9 สถานภาพสมรสร้อยละ 60.4 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 82.4 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 46.2 ระยะเวลาทำงาน 1-10 ปีร้อยละ 35.2 เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 90.1

2. ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเมื่อพิจารณารายด้าน ผลการวิจัยเป็นดังนี้

2.1 ด้านการเป็นบุคคลรอบรู้ พบว่าในภาพรวมการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการเป็นบุคคลรอบรู้มีการรับรู้ในระดับมากโดยการรับรู้ 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรได้นำความรู้และประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนางาน บุคลากรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ มุ่งมั่นในการพัฒนาความรู้ของตน บุคลากรแสวงหาความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ

2.2 ด้านการแบบแผนความคิด พบว่าในภาพรวมการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการแบบแผนความคิดมีการรับรู้ในระดับมากโดยการรับรู้ 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรนำปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในขณะทำงานมาวิเคราะห์ บุคลากรพัฒนาตนเองเพื่อความอยู่รอดขององค์กร บุคลากรรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น มากกว่าจะยึดความคิดตนเองเป็นหลักและมีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ

2.3 ด้านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม พบว่าในภาพรวมการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมมีการรับรู้ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรเต็มใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร บุคลากรยินดีให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำงานแก่เพื่อนร่วมงาน เพื่อให้วิสัยทัศน์องค์กรประสบความสำเร็จ บุคลากรได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการสร้างผลงานเพื่อชื่อเสียงของหน่วยงาน

2.4 การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม พบว่าในภาพรวมการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมมีการรับรู้ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรกได้แก่ บุคลากรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการ

ปฏิบัติงานร่วมกับทีมงาน เพื่อให้ทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น บุคลากรมีการเปิดใจรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน บุคลากรได้นำความรู้ทักษะต่างๆ ที่ได้จากการอบรม ศึกษาเพิ่มเติมมาเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมงาน

2.5 การคิดอย่างเป็นระบบพบว่า ในภาพรวมการรับรู้ของพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชิงใหม่ต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการคิดอย่างเป็นระบบมีการรับรู้ในระดับมาก โดยการรับรู้ 3 ลำดับแรกได้แก่ หน่วยงานประสบความสำเร็จได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกคน ในการกระทำให้ใด บุคลากรจะนึกถึงผลที่จะตามมาในอนาคต บุคลากรตัดสินใจโดยอาศัยวิจญาณและใช้หลักเหตุผล

อภิปรายผล

1. ด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ ในภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความกระตือรือร้น ใฝ่หาความรู้ในสิ่งใหม่ๆ จากตำรา อินเทอร์เน็ต วารสาร งานวิจัยนอกจากนี้ผู้บริหาร ยังมโนบายให้บุคลากรเข้ารับการอบรม/ประชุม ความรู้ใหม่ๆ เพื่อที่จะได้นำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้พยาบาลต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับ จำเรียง วัยวัฒน์ และเบญจมาศ อ่ำพันธ์^[5] ที่กล่าวว่าปัจเจกบุคคลต้องมีความมุ่งมั่นไปสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้เก่งในทุกๆ ด้าน ทั้งเก่งในด้านการเรียนรู้ เก่งคิด และเก่งทำการเก่งในการเรียนรู้คือ มีปฏิภาณ ไหวพริบ และความเพียรพยายามตั้งแต่เยาว์วัยในการใฝ่รู้ จนเข้าสู่โลกอาชีพแล้ว ก็ยังประพฤติปฏิบัติอยู่เสมอต้นเสมอปลาย เพราะตระหนักดีว่า ภายใต้อุคโลกาภิวัตน์ เป็นโลกแห่งการเรียนรู้ เป็นโลกของเศรษฐกิจยุคใหม่ จำเป็นต้องเรียนรู้ให้ทันการและยังต้องเรียนรู้ไปตลอดชีวิต และการเรียนรู้จะเป็นหนทางที่จะช่วยสนับสนุนให้ปัจเจกบุคคลบรรลุถึงความเป็นเลิศได้ในทำนองเดียวกัน บุญใจ ศรีสถิต

นรากร^[3] กล่าวว่า บุคลากรพยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จนมีความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาอย่างกระจ่าง รู้จริง รู้แจ้ง และมีความเชี่ยวชาญเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาความรู้ ความคิดและสติปัญญา รวมทั้งมีความคิดสร้างสรรค์ ตลอดจนมีความสามารถแก้ไขปัญหาทุกสถานการณ์

2. การมีแบบแผนความคิด ในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มการพยาบาลมีการประชุมทุกเดือน เพื่อสื่อสารให้พยาบาลทราบถึงนโยบาย เป้าหมายขององค์กร มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประทับกับโรงพยาบาลกำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อรับการประเมินจากสถาบันพัฒนาและการรับรองคุณภาพ กลุ่มการพยาบาลจึงดำเนินงานพัฒนาการทำงานต่าง ๆ โดยพยาบาลจะไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเดิมๆ พร้อมทั้งจะปรับแนวคิด วิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้งานมีคุณภาพ ซึ่งทีมงานหรือองค์กรใดก็ตามที่สามารถเลือกใช้รูปแบบวิธีการคิดและมุมมองได้โดยอิสระให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ของตนได้แล้วก็จะช่วยให้ทีมงานและองค์กรนั้น ๆ สามารถจะมีโอกาสและหนทางที่จะก้าวไปสู่ความเป็นเลิศได้ตลอดไป^[6]

3. ด้านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าหัวหน้างานเป็นตัวแทนของแต่ละงานในการเข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากนั้นหัวหน้างานได้ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ ในกรณีผู้ปฏิบัติต้องการเสนอแนะเรื่องวิสัยทัศน์ก็สามารถสื่อสารผ่านหัวหน้างานเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการได้ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมีการรับรู้ เข้าใจ สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร ซึ่งแนวคิดของ Senge^[7] ได้กล่าวว่าการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันเกิดขึ้นได้จากการแลกเปลี่ยนแนวคิดซึ่งกัน

ในที่สุดจะนำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างวิสัยทัศน์ขององค์กร

4. ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม ในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องทำงานเป็นทีม มีการสอนงาน และถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องทำงานประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่น ทำให้พยาบาลต้องแสวงความรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้ กับบุคคลอื่นมากขึ้น ทั้งที่เป็นทีมงานของตนเอง และสหวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจสูงสุด สอดคล้องกับเดชน์ เทียมรัตน์ และกานต์สุตมาชะศิริรานนท์^[6] ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมเป็นการเน้นการทำงานเป็นทีม โดยทุกคนในทีมงานจะต้องมีวิจรรย์ญาณร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ว่าเรากำลังทำอะไร และทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร จึงจะมีส่วนช่วยเพิ่มคุณค่าแก่ลูกค้า และสร้างพัฒนาการแก่องค์กรได้ จิตสำนึกเช่นนี้จะก่อให้เกิดความต้องการของกลุ่มคนในองค์กรที่จะเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ขยันคิด ขยันเรียนรู้และขยันทำอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ปรัชญาที่ว่า ทุกคนเป็นครู ทุกที่เป็นห้องเรียน เรียนเหมือนไม่เรียน สอนเหมือนไม่สอน

5. ด้านการคิดอย่างเป็นระบบในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าลักษณะงานของพยาบาลต้องประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลมีการพัฒนาระบบความคิด สามารถวางแผนการทำงานก่อนลงมือปฏิบัติและสามารถจัดลำดับความสำคัญของงานได้อย่างเหมาะสม ในกรณีเกิดปัญหาจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดของ Senge^[8] ได้กล่าวว่า การคิดเชิงระบบเป็นวิธีการคิดและการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยการเชื่อมโยงเรื่องราวต่างๆ อย่างเป็นระบบ เป็นการมองเห็นความสัมพันธ์ของกันและกันและเป็นรูปแบบที่ไม่หยุดนิ่งและไม่มองแบบแยกส่วน ความเข้าใจถึงจุดสำคัญของ

ความคิดเชิงระบบก็คือข้อมูลย้อนกลับ การเรียนรู้จากประสบการณ์และคนอื่นๆ ซึ่งการปฏิสัมพันธ์ที่วุ่นวายขึ้นอยู่ทุกส่วนที่ประกอบกันเป็นระบบขององค์กร การคิดเชิงระบบต้องมีการเปลี่ยนจิตใจหลายด้าน (1) สามารถมองเห็นทั้งส่วนรวมและส่วนย่อยได้ (2) สามารถเชื่อมโยงส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ (3) สามารถระบุว่าจะอะไรเป็นสาเหตุ ก่อให้เกิดอะไรและอย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีความทันสมัย พร้อมใช้งาน เพื่อใช้เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และเพื่อร่วมกันสร้างความเป็นเลิศในสาขาวิชาชีพ

2. บุคลากร /หน่วยงานควรมีการพูดคุยในหน่วยงานเชิงวิชาการ หรือปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองในรูปแบบหลากหลายนอกเหนือจากการประชุม อบรมนอกสถานที่ หรือการศึกษาต่อ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่ส่งผลในด้านอื่นๆ ที่คาดว่าจะส่งผลต่อศักยภาพในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

1. องค์กรแห่งการเรียนรู้ ศูนย์อำนวยการสร้างอาวุธ . (วันที่อ้างถึง 18 มิ.ย.58) ที่มา: wpc.mod.go.th/Fundamentals/Fundamentals/Pdfile/LO.aspx.)
2. ชื่น เตชามหาภัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ : องค์กรแห่งการเรียนรู้ ในสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิด มุมมอง เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ .พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552.

3. บุญใจ ศรีสถิตนรากร.ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ .โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2550.
4. ณรงค์ โพธิ์พุกพานันท์.ระเบียบวิธีวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เอ็กสเปอร์เน็ท; 2551.
5. จำเรียง วัยวัฒน์, เบญจมาศ อ่ำพันธุ์ .วินัย 5 ประการพื้นฐานขององค์กรเรียนรู้.พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ. เอ็กสเปอร์เน็ท ; 2540.
6. เดชน์ เทียมรัตน์, กานต์สุดา มาชะศิริรานนท์. วินัยสำหรับองค์กรเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร. เอกสเปอร์เน็ท ; 2545.
7. ธงชัย สมบูรณ์.จากองค์กรแห่งการเรียนรู้สู่องค์กรเปี่ยมสุข.กรุงเทพมหานคร: ประชาสัมพันธ์สยาม; (2549 ข.)
8. Senge, P. M. The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Doubleday ; 1990.

เปรียบเทียบภาวะสุขภาพบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่ ปี 2555 และ 2556

Comparing health status of health care workers in health promotion hospital of 2012 year with 2013 year.

กัลยา อรุณานนท์

ประทีน วิญญรัตน์

มยุรา ชูจิตร

มยุรี อธิภูวาล

สุนารี เลิศทำนองธรรม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลในปี 2555 กับปี 2556 โดยศึกษาจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของบุคลากรทุกระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ความสูง เส้นรอบเอว การหาค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ชีพจรและผลการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดหลังงดน้ำและอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test) ผลการศึกษาพบว่า (1) ดัชนีมวลกายพบว่าปี 2555 มีกลุ่มปกติร้อยละ 42.1 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 48.9 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 9 เปรียบเทียบกับปี 2556 พบว่ากลุ่มปกติยังเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 94.7 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 5.3 กลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 93.1 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 2.3 และร้อยละ 4.6 ตามลำดับในด้านกลุ่มเป็นโรครยังเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 87.5 และกลุ่มเป็นโรคกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 12.5 (2) เส้นรอบเอวชายปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 81.6 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 18.4 เปรียบเทียบกับปี 2556 กลุ่มปกติยังเป็นกลุ่มปกติเหมือนเดิมร้อยละ 96.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 3.2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 85.7 และกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 14.3 (3) เส้นรอบเอวหญิงปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 64.5 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 35.5 เปรียบเทียบกับปี 2556 กลุ่มปกติยังเป็นกลุ่มปกติเหมือนเดิมร้อยละ 86.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 13.2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 90 และกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 10 (4) ความดันโลหิต

ปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 54.7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 38.5 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 6.8 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิมร้อยละ 71.4 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 28.6 กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 71 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 21.7 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับสำหรับกลุ่มเป็นโรคยังเป็นกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 83.4 กลุ่มเป็นโรคกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.3 (5) น้ำตาลในเลือดปี 2555 พบกลุ่มปกติ 92.2 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.5 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 3.3 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิมร้อยละ 94.4 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 5.6 กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 42.8 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 42.8 กลุ่มเป็นโรคยังเป็นกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 100 (6) โคเลสเตอรอล ปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 33.3 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 64.7 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 2 เปรียบเทียบ ปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิม ร้อยละ 44.2 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 51.9 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 84.1 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ และ กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 6.9 และร้อยละ 9 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเป็นโรค ยังเป็นกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิม ร้อยละ 66.7 และกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 33.3 (7) ไตรกลีเซอไรด์ ปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 82.7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 14.1 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 3.2 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิม ร้อยละ 93.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 6.2 กลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 27.3 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ และ กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 50 และ ร้อยละ 27.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเป็นโรคกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 100 (8) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวหญิงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .05)

น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .01) โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .01) ความดัน Systolic เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .05)

Abstract

The objectives of this study were comparing health status of health care workers in health promotion hospital of 2012 year with 2013 year, by study from the results of annual checkup. The instruments of this study were annual checkup form which consisted of gender, age, weight, height, waist, body mass index, blood pressure, pulse and level of fasting blood sugar and cholesterol and triglyceride. Analyze data used percentage and t-test. The findings reveal that. (1) Body mass index in 2012 year had 42% of normal group, 48.9% of risk group and 9% of disease group and compared with 2013 year that 94.7% of normal group was the same normal group. Normal group became risk group 5.3%, risk group became normal group and disease group 2.3% and 4.6 respectively, 87.5% disease group was the same disease group and disease group became risk group 12.5% (2) Waist of male in 2012 year had 81.6% of normal group, 18.4% of risk group and compared with 2013 year that 96.8% of normal group was the same normal group, normal group became risk group 3.2%, 85.7% of risk group was the same risk group and risk group became normal group 14.3% (3) Waist of female in 2012 year had 64.5% normal group, 35.5% of risk group and compared with 2013 year that 86.8% of normal group was the same normal group, normal group became risk group 13.2%, 90% of risk group was the same risk group and risk group became normal group 10% (4) Blood pressure in 2012 had 54.7% of normal group, 38.5% of risk group, 6.8% of disease group and compared with 2013 year that 71.4% of normal as the same normal group, normal group became risk group become 28.6%, 71% of risk

group was the same risk group, risk group became normal group and disease group 21.7% and 7.3% respectively, 83.4% of disease group as the same disease group, disease group became both of normal group and risk group 8.3% (5) Fasting blood sugar in 2012 year had 92.2% of normal group, 4.5% of risk group and 3.3% of disease group and compared with 2013 year that 94.4% of normal group was the same normal group became risk group 5.6%, 42.8% of risk group was same risk group, risk group became both of normal group and disease group 42.8%, 100% of disease group was the same disease group. (6) Cholesterol in 2012 year had 33.3% of normal group, 64.7% of risk group, 2% of disease group and compared with 2013 year that 44.2% of normal group was the same normal group, normal group became risk group and disease group 51.9% and 3.9% respectively, 84.1% of risk group was the same risk group, risk group became normal group and disease group 6.9% and 9% respectively, 66.7% of disease group was the same disease group and disease group became risk group 33.3% (7) Triglyceride in 2012 year had 82.7% of normal group, 14.1% of risk group, 3.2% of disease group and compared with 2013 year that 93.8% of normal group was the same normal group, normal group became risk group 6.2%, 27.3% of risk group, risk group became normal group and disease group 50% and 27.7% respectively, disease group became risk group 100% (8) Mean of health status in sample group had increasing of female waist, fasting blood sugar cholesterol and systolic blood pressure of level of statistic significant in 0.05, 0.01, 0.01 and 0.05 respectively.

บทนำ

สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน การมีสุขภาพที่ดีย่อมก่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพและคุณภาพงานเต็มที่ และการมีสุขภาพที่ดีเป็น

เครื่องบ่งชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตในปัจจุบันต้องเผชิญกับปัญหามลพิษต่างๆ มากมาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งมีพิษที่สะสมอยู่ในร่างกายโดยที่เราไม่ทันรู้ตัว การหลบซ่อนของอาการบางอย่างที่ยังไม่แสดงออกมาให้เห็น หรือเมื่อทราบก็สายเกินกว่าจะแก้ไขเสียแล้ว การตรวจสุขภาพประจำปีจึงเป็นการตรวจตั้งแต่ผู้ที่ยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หรือมีเพียงอาการผิดปกติเล็กน้อยไม่ชัดเจน ดังนั้นการตรวจสุขภาพประจำปีถือว่าการตรวจเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงของโรคหรือความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นในบางโรคได้ ตลอดจนสามารถให้การรักษาตั้งแต่อาการยังไม่รุนแรง

การมีสุขภาพที่ดีถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานต่างๆ เป็นไปได้ด้วยดีหากบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มที่ประกอบอาชีพทางด้านการให้บริการกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประเทศมีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์แข็งแรงดีแล้วจะส่งผลต่อการทำงานให้สามารถดำเนินงานหรือหรือทำกิจกรรมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพอย่างที่สุด รวมถึงจะสามารถนำพาให้ตนเองและครอบครัวมีความสุขรวมไปถึงชุมชน และประเทศชาติให้มีความเจริญรุ่งเรืองอีกด้วย^[1]

ดังนั้นคลินิกส่งเสริมสุขภาพซึ่งทำงานรับผิดชอบเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของคนทำงานได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในจุดนี้จึงได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีทุกปี ผลของการตรวจสุขภาพประจำปี 2553-2554 พบว่ามีน้ำตาลมากกว่า หรือเท่ากับ 110 mg/dl ร้อยละ 9.5, 6.3, 10.2 ตามลำดับ โคเลสเตอรอลมากกว่า 200 mg/dl ร้อยละ 54.3, 59.9, 62.7 ตามลำดับ ไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 mg/dl ร้อยละ 23.2, 20.7, 28.9 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ร้อยละ 58.3, 51.4, 53.1 ตามลำดับ^[2] ซึ่งข้อมูลสุขภาพที่ได้ในแต่ละปียัง

ไม่ได้มีการเปรียบเทียบแนวโน้มผลของการตรวจสุขภาพประจำปี ว่าภาวะสุขภาพบุคลากรเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ซึ่ง เป็นการเฝ้าระวังทางสุขภาพ เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล ลักษณะแนวโน้มของการเกิดโรคหรือสิ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การสอบสวนหาแนวทางการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดโรคขึ้น อันจะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อเจ้าหน้าที่และองค์กร

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลในปี 2555 กับปี 2556

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี ปี 2555 และ ปี 2556 ของบุคลากรทุกระดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ตรวจสุขภาพประจำปีและมีสุขภาพดังนี้

ความดันโลหิต

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีความดันโลหิต $\leq 120/80$ Mm/Hg
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีความดันโลหิต $> 120/80$ Mm/Hg
- กลุ่มเป็นโรค หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยารักษาความดันโลหิต

ดัชนีมวลกาย (BMI)

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง $18.5 - 22.9$ กก./ม²

- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง $23.0 - 29.9$ กก./ม²

- กลุ่มเป็นโรค หมายถึง กลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม²

เส้นรอบเอว

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีเส้นรอบเอว เพศหญิง ≤ 80 cm. เพศชาย ≤ 90 cm.
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีเส้นรอบเอว เพศหญิง มากกว่า 80 cm. เพศชาย มากกว่า 90 cm.

น้ำตาลในเลือด (FBS)

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ $70 - 110$ mg/dl
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด >110 mg/dl แต่ยังไม่ได้รับยา
- กลุ่มเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน

โคเลสเตอรอล (Cholesterol)

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลในเลือดเท่ากับ $50 - 200$ mg/dl
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลในเลือด > 200 mg/dl แต่ยังไม่ได้รับการรักษา
- กลุ่มเป็นโรค หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยารักษาโคเลสเตอรอล

ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride)

- กลุ่มปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือด $20 - 200$ mg/dl
- กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีไตรกลีเซอไรด์ในเลือด > 200 mg/dl แต่ยังไม่ได้รับการรักษา
- กลุ่มที่เป็นโรค หมายถึง กลุ่มที่ได้รับยาลดไตรกลีเซอไรด์

สรุปผล

1. ดัชนีมวลกายพบว่าปี 2555 มีกลุ่มปกติร้อยละ 42.1 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 48.9 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 9 เปรียบเทียบกับปี 2556 พบว่ากลุ่มปกติยัง

เป็นกลุ่มปกติร้อยละ 94.7 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 5.3 กลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 93.1 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 2.3 และร้อยละ 4.6 ตามลำดับในด้านกลุ่มเป็นโรครยังเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 87.5 และกลุ่มเป็นโรคกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 12.5

2. เส้นรอบเอวชายปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 81.6 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 18.4 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังกลุ่มปกติเหมือนเดิมร้อยละ 96.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 3.2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 85.7 และกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 14.3

3. เส้นรอบเอวหญิงปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 64.5 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 35.5 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังกลุ่มปกติเหมือนเดิมร้อยละ 86.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 13.2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 90 และกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติร้อยละ 10

4. ความดันโลหิตปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 54.7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 38.5 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 6.8 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิมร้อยละ 71.4 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 28.6 กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 71 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 21.7 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับสำหรับกลุ่มเป็นโรครยังกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 83.4 กลุ่มเป็นโรคกลายเป็นกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.3

5. น้ำตาลในเลือดปี 2555 พบกลุ่มปกติ 92.2 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 4.5 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 3.3 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิมร้อยละ 94.4 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 5.6 กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 42.8 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่ม

ปกติและกลุ่มเป็นโรคร้อยละ 42.8 กลุ่มเป็นโรครยังกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิมร้อยละ 100

6. โคเลสเตอรอล ปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 33.3 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 64.7 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 2 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิม ร้อยละ 44.2 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรค ร้อยละ 51.9 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงยังเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 84.1 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ และ กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 6.9 และ ร้อยละ 9 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเป็นโรค ยังเป็นกลุ่มเป็นโรคเหมือนเดิม ร้อยละ 66.7 และกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 33.3

7. ไตรกลีเซอไรด์ ปี 2555 พบกลุ่มปกติร้อยละ 82.7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 14.1 กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 3.2 เปรียบเทียบปี 2556 กลุ่มปกติยังคงปกติเหมือนเดิม ร้อยละ 93.8 กลุ่มปกติกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 6.2 กลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนเดิมร้อยละ 27.3 กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มปกติ และ กลุ่มเป็นโรคร้อยละ 50 และ ร้อยละ 27.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเป็นโรค กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100

8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวหญิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .05) น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .01) โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .01) ความดัน Systolic เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (sig .05)

อภิปรายผล

ผลการศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเส้นรอบเอวเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 78.8 และอยู่ในกลุ่มอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 72 ซึ่งเป็นกลุ่มสตรีวัยทอง ซึ่งร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง มีผลทำให้เกิดการยับยั้งศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายในต่อมใต้สมอง อุณหภูมิในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อัตราการเผาผลาญพลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน^[3,4] นอกจากนี้

โครงการสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายมีการเสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นกระดูกและกล้ามเนื้อ^[5,6] ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ^[7] การเคลื่อนไหวของร่างกายจึงช้าลง ส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันน้อยลง ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้รอบเอวของผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังไม่ลดลง นอกจากนี้ น้ำตาลในเลือด โคเลสเตอรอล ความดันโลหิต systolic เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง ซึ่งในปี 2551 -2552 คนไทยป่วยเป็นเบาหวาน 3.5 ล้านคน แต่มีไม่ถึง 1.1 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยและไม่สามารถควบคุมได้ 1.7 ล้านคน ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึง 2-4 เท่า ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีคอเรสเตอรอลสูงกว่าคนปกติประมาณ 6-7 เท่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 และ 25 ตามลำดับ และมีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายร้อยละ 60-75 หลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันร้อยละ 20-30 ไตวายร้อยละ 5-10 ทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า^[8] ดังนั้นการรณรงค์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตระหนักและเห็นความสำคัญเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

จากการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรมีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรมีรณรงค์ให้บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการจัดกับอารมณ์และความเครียดอย่างเหมาะสม อันจะทำให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานอาชีวอนามัยเวชกรรม. โครงการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรโรงพยาบาลหัวหิน [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2556] เข้าถึงได้จาก <http://occ.huahinhospital.go.th/data1.php>
2. รายงานภาวะสุขภาพบุคลากร. คลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่. 2553,2554.
3. Lemor.P.&Buele.K.M..Medicalsurgical nursing: Critical Thinking in Client care. Nev York: Addison_Wesley . (1996).
4. Potthers, P.A& Perry, A.G. Fundamentals of nursing (5th cd.). Philadelphia: Mosby. (2001).
5. Payne, W.A.& Halen, D.B. Understanding your health. Mosby : Philadelphia:(1995)
6. Williams, S.R. Nutriton and diet therapy (7th ed.). St. Louis : Mosby.(1193)
7. ชุศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ: สุภาวนิชการพิมพ์.(2538)
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล .แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พศ.2554-2563. .[เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย.56] เข้าถึงได้จาก http://bps.ops.moph.go.th/THLSP_2011-2020/sumaporn/index.

ประสิทธิผลการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (ปปส.) หลังตรวจสุขภาพประจำปี

Effectiveness of Community Health The annual health check.

ธนัฐพงษ์ กาละนิโย

กัลยา อรุณานนท์

วิทยา บุญยศ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสมรรถภาพทางกาย ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวของบุคลากรป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 การศึกษาค้นคว้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลังจำนวน 52 คน โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย วัดสมรรถภาพทางกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ก่อนและหลังเข้าโครงการ ระยะเวลาการศึกษา 18 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความจุปอด ความอ่อนตัว ความอดทนของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ความอดทนของกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นแขน มีความแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ดัชนีมวลกาย มีความแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รอบเอว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

Abstract

The objectives of this study was effective of using Program behavior change to physical activity, body mass index and waist of Narcotics Control Office Region 5 This study used semi experiment method in one group of pre physical activity test and post physical activity test, 52 sample groups by exercise program to measure physical activity, body mass index and waist before and after project in 18 weeks.

The findings reveal that.

1. Lung capacity, flexibility, endurance of abdominal muscles, endurance of chest muscles

and endurance of arm muscles had level of statistic significant in 0.01

2. Body mass index had level of statistic significant in 0.05

3. Cardio respiratory fitness, strength of muscles, waist had not level of statistic significant

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพ หมายความว่า การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี^[1] การตรวจสุขภาพประจำปี จึงเป็นการสร้างความตระหนักต่อการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อให้พนักงานเจ็บป่วยช้าที่สุด ไม่ควรเจ็บป่วยก่อนวัยอันควร เห็นคุณค่าของตนเองในการที่จะดำรงภาวะสุขภาพที่ดี เป็นกำลังในการพัฒนาองค์กร ซึ่งแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของคนไทยเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ในปี 2551-2551 พบในเด็ก 1.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 17.6 ล้านคน และมีอ้วนลงพุง 16.2 ล้านคน โดยมีการใช้ยาลดความอ้วนเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า เสี่ยงต่อการเกิดโรควิถีชีวิต โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8-10 เท่าและชาย 2 เท่า คนที่มีน้ำหนักเกินตั้งแต่ 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง คนอ้วนจะเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์และโรคหัวใจได้มากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า ถาลดน้ำหนักลงได้เพียงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว จะสามารถลดความเสี่ยงที่เป็นโรคต่างๆ ได้ถึงร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 44^[2] ซึ่งการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและใช้พลังงานในชีวิตประจำวันให้มาก

ขึ้นจะสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคอ้วน โรคเรื้อรังต่างๆ ได้^[3] ซึ่งมีหลักฐานงานวิจัยที่จัดกิจกรรมในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น น้ำหนักเกิน โดยเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินและเคลื่อนไหวออกกำลังกายแล้วพบว่าสามารถลดน้ำหนักและรอบเอวได้^[4,5]

จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีที่ผ่านมาพบว่าภาวะสุขภาพของบุคลากรในหน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่ ในปี 2555 และ 2556 ที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรทั้งหญิงและชายมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนลงพุงเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 40 เพิ่มเป็นร้อยละ 42 ซึ่งภาวะเสี่ยงนี้เหล่านี้ เกิดจากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปความจำเป็นของร่างกายและขาดการออกกำลังกาย การใช้ร่างกายที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการสะสมไขมัน ส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะพุง และก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมาในที่สุด

คลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ จึงได้ร่วมมือกับ ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่ จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บุคลากรป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตระหนักถึงปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการที่มีรอบเอวเกิน มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบริโภคและการออกกำลังกายที่ถูกวิธี อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และเป็นไปอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อสมรรถภาพทางกาย ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวของบุคลากรป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา บุคลากร
หน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5
เชียงใหม่ จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
โดยทดสอบก่อน หลังเข้าโครงการ ประกอบด้วย

- การวัดสมรรถภาพหรือความ
อดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต
โดยวิธีวิ่ง 200 เมตร

- การวัดความจุปอด

- การวัดสมรรถภาพกล้ามเนื้อ

(การทดสอบแรงบีบมือ)

- การวัดความอ่อนตัว

- การทดสอบความอดทนของ

กล้ามเนื้อ (การทดสอบการวิดพื้น การชิทอัพ)

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการเข้า
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อสมรรถภาพทาง
กาย ดัชนีมวลกายและรอบเอวของบุคลากร
หน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5
เชียงใหม่ พบว่า

1. ความจุปอด ของบุคลากร
หน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5
เชียงใหม่ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18
สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2746 มิลลิลิตรและหลัง
การออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ
2943.26 มิลลิลิตรเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าความ
จุปอด ก่อนและหลังการออกกำลังกาย มีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ความอ่อนตัวของบุคลากร
หน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5
เชียงใหม่ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18
สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 เซนติเมตรและหลัง
การออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ

9.11 เซนติเมตรเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าความ
อ่อนตัว ก่อนและหลังการออกกำลังกาย มีความ
แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ความอดทนของระบบหายใจ
และไหลเวียนโลหิตโดยการวิ่งระยะ 200 เมตรของ
บุคลากรหน่วยงานป้องกันและปราบปรามยา
เสพติดภาค 5 เชียงใหม่ก่อนการออกกำลังกายเพื่อ
สุขภาพ 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.46
มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อน้ำหนักตัวและหลังการ
ออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.73
มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อน้ำหนักตัวเมื่อเปรียบเทียบ
กัน พบว่าความอดทนของระบบหายใจและ
ไหลเวียนโลหิต ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ไม่
มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดย
การทดสอบแรงบีบมือ ของบุคลากรหน่วยงาน
ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่
ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18 สัปดาห์
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.92 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว และ
หลังการออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ
34.44 กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว เมื่อเปรียบเทียบกัน
พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลัง
การออกกำลังกาย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

5. ความอดทนของกล้ามเนื้อหน้า
ท้องโดยการชิทอัพของบุคลากรหน่วยงานป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่ก่อน
การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 43.10 ครั้ง และหลังการออกกำลังกาย 18
สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.46 ครั้งเมื่อเปรียบเทียบ
กัน พบว่าความอดทนของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ก่อน
และหลังการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ความอดทนของกล้ามเนื้อ
หน้าอกและต้นแขนโดยการวิดพื้นของบุคลากร
หน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5
เชียงใหม่ ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18
สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.88 ครั้ง และหลังการ
ออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.17

ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าความอดทนของกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นแขนก่อนและหลังการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

7. ดัชนีมวลกายของบุคลากรหน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่ ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.92 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและหลังการออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.17 กิโลกรัมต่อตารางเมตรเมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. รอบเอวของบุคลากรหน่วยงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5 เชียงใหม่ ก่อนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.46 เซนติเมตร และหลังการออกกำลังกาย 18 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.08 เซนติเมตร เมื่อเปรียบเทียบกัน พบว่ารอบเอวก่อนและหลังการออกกำลังกาย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

อภิปรายผล

1. ความจุปอด ระดับความจุปอดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า ระดับความจุปอดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าโครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าขณะออกกำลังกายตามโปรแกรมนั้นจะมีการสอนการหายใจที่ถูกต้องเพื่อให้การออกกำลังกายได้ผลดี ซึ่งในการออกกำลังกายนั้นการหายใจจะถี่ขึ้นและปริมาตรอากาศแต่ละครั้งจะมากขึ้น การเพิ่มของการหายใจเป็นปฏิกิริยาโดยตรงกับความหนักของการออกกำลังกาย แสดงว่าระบบหายใจมีการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเข้าไปให้เพียงพอกับความต้องการและการขับถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์ออกมา จึงส่งผลให้ปอดมีความจุเพิ่มขึ้น^[6] สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธมนู โพธิ์สารัตน์ ที่ศึกษาการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย

กายเพื่อสุขภาพที่มีผลสมรรถภาพทางกายของ นศ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา เชียงรายพบว่าหลังการออกกำลังกายสัปดาห์ที่ระดับความจุปอดของนักศึกษา ก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01^[7]

2. ความอ่อนตัวอธิบายได้ว่าก่อนออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะมีการฝึกความอ่อนตัว ด้วยการยืดกล้ามเนื้อทุกครั้ง ในช่วงการอบอุ่น ร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนตัวมากขึ้น ซึ่งความอ่อนตัวหมายถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อต่อได้เต็มศักยภาพหรือช่วงกว้างของการเคลื่อนไหว ความอ่อนตัวมีความสำคัญต่อการป้องกันและลดอาการปวดเมื่อย ปวดกล้ามเนื้อ และทำให้เคลื่อนไหวได้ดี^[8] ดังนั้นการฝึกความอ่อนตัวควรจะทำทุกครั้งในช่วงการอบอุ่นร่างกาย ก่อนการฝึกซ้อมหรือแข่งขัน และในช่วงหลังการฝึกซ้อม

3. ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต โดยการวิ่งระยะทาง 200 เมตร ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอธิบายได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายหลากหลายสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง และมีความหนักเบาแตกต่างกัน ทำให้ไม่มีผลต่อความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตต้องเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่มีความหนักระดับปานกลางถึงหนัก ไม่น้อยกว่า 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์^[9]

4. ความอดทนของกล้ามเนื้ออธิบายได้ว่าหลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับความอดทนของกล้ามเนื้อดีขึ้น ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วย ยางยืด ดัมเบล สวิสบอล แอโรบิค ถือว่าเป็นการฝึกความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ และการ

ออกกำลังกายหลายชนิดนั้นนอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้เปื้อน่าย ยังเป็นการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายได้ครบองค์ประกอบด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ตาลพรรณ เรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ที่มีผลต่อสมรรถภาพทางกาย พบว่าหลังการทดลอง บุคลากรห้องผ่าตัดมีสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีขึ้นว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05^[10]

5. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการทดสอบแรงบีบมือไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอธิบายได้ว่าการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำได้หลายวิธี ได้แก่ การทดสอบแรงบีบมือ การทดสอบแรงเหยียดแขน การทดสอบแรงเหยียดขา เป็นต้น ซึ่งในการเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพครั้งนี้ ไม่ได้เน้นที่กล้ามเนื้อแขน แต่เป็นการออกกำลังกายด้วยกล้ามเนื้อที่หลากหลาย ดังนั้นการทดสอบด้วยแรงบีบมือจึงไม่มีความแตกต่างทั้งก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ทั้งนี้เพราะ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุด ที่เกิดขึ้นจากการหดตัวหรือเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือกล้ามเนื้อเฉพาะความแข็งแรงมีลักษณะเฉพาะสำหรับกล้ามเนื้อหรือกลุ่มกล้ามเนื้อนั้น หากกล้ามเนื้อมัดนี้แข็งแรงไม่ได้หมายความว่า กลุ่มเนื้อมัดอื่นจะแข็งแรงด้วย^[8]

6. ดัชนีมวลกาย อธิบายได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีผลต่อสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นในเรื่องความจุปอด ความอ่อนตัว ความอดทนของกล้ามเนื้อ แต่ไม่มากพอดัชนีมวลกายลด ซึ่งในโปรแกรมการออกกำลังกายครั้งนี้ได้มีการทำกิจกรรมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และเป็นการออกกำลังกายที่หลากหลายและไม่ได้มีการควบคุมพฤติกรรมมารกิน ทำให้น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการลดน้ำหนักต้องการ 3 ปีจยร่วมกัน ได้แก่ ลดการบริโภค เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย และการปรับพฤติกรรมซึ่งต้องทำในระยะยาว

สอดคล้องกับการศึกษา Bouchard ได้ทำการศึกษาให้มีการออกกำลังกายโดยการควบคุมให้บริโภคอาหารที่มีพลังงานเท่าเดิมตลอดการศึกษา เป็นเวลา 100 วันศึกษาในผู้ชาย 5 คน โดยให้ออกกำลังกาย 55% ของความสามารถการใช้ O₂ สูงสุด วันละ 2 ครั้ง 6 วัน/สัปดาห์ พบว่าอาสาสมัครลดน้ำหนัก 8 กิโลกรัม^[11]

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สมรรถภาพทางกาย ดัชนีมวลกาย และรอบเอวดีขึ้นต้องมีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารบริโภคและการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จ

บรรณานุกรม

1. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2556]. เข้าถึงได้จาก www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac...Id.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2556]. เข้าถึงได้จาก bps.ops.moph.go.th/THLSP2011-2020/cabinet8march2011/index.html.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคนไทย....ชัยกับกิน.กรุงเทพฯ: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. สุชน ยุติรัตน์, จิรวดี ศะศิริประภา, จุฬารักษ์, วีระพล บุญเรืองโรจน์.ผลลัพธ์ของโครงการ “ศรีประจันต์ รักสุขภาพ” วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2551; 1: 119-127.
5. นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สภาลัย ผ่องใส.ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Feel fit ต่อการเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกาย

- รอบเอว และรอบสะโพกของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลปัตตานีปี 2550. วารสารการ
ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.2551;
3: 100-108.
6. ลิขิต อมาตคง. วิรุฬห์ เหล่าภัทรเกษม
(บรรณาธิการ). กีฬาเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ .พี
บี.ฟอเรนบุคส์เซนเตอร์.กรุงเทพมหานคร;
2537.
 7. ทัดมณู โพธิสารัตน์. การจัดโปรแกรมการออก
กำลังกายเพื่อสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถภาพทาง
กายของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล
ล้านนา[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา].
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
 8. กฤษ ลิ้มทองอิน, บรรณาธิการ. คู่มือการ
ทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข.กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; มปป.
 9. ทิพวรรณ เรืองขจร.สุขภาพส่วนบุคคลและ
ชุมชน.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ : หจก.ภาพ
พิมพ์; 2550.
 10. วาสนา ตาลพรรณ.ผลของโปรแกรมการออก
กำลังกายแบบผสมผสานที่มีต่อสมรรถภาพ
ทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคลากร
ห้องผ่าตัด.[วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการส่งเสริมสุขภาพ].นครราชสีมา:
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2552.
 11. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข .ข้อเสนอแนะการออก
กำลังกายสำหรับคนอ้วน.กรุงเทพ: โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.

การเล่านิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2 ปีที่มารับ บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

Effect of parents' and caregivers' storytelling to language development of 2-year-old
children at well child clinic , Chiangmai Health promoting hospital

กนกพร จันทราทิพย์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ช่วงวัย 6 ปีแรกของชีวิต สมองมีการเรียนรู้
อย่างรวดเร็วที่สุด การเล่านิทานหรืออ่านหนังสือให้
ลูกฟังนั้นจะช่วยสร้างจินตนาการของลูกได้ส่งผลให้
เซลล์สมองของลูกทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเล่า
นิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีผลต่อ
พัฒนาการด้านภาษา

ผลการศึกษาพบว่า (1) ข้อมูลทั่วไปและ
ข้อมูลผู้เลี้ยงดูหลักพ่อแม่มีบุตรเป็นเพศชาย ร้อยละ
52.8 อยู่ต่างอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ
65.2 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 60.1 มีบุตร 1 คน
ร้อยละ 50.6 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 45.5,
56.2 ปีตามลำดับ จบปริญญาตรี ร้อยละ 25.3,
37.6 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.2 และ 31.5
รายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 10,001-20,000
บาท/เดือน ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ แม่ร้อยละ 36 อายุ
ของผู้เลี้ยงดูหลัก อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ
34.8 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักจบปริญญาตรี
ร้อยละ 29.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้น
ไป ร้อยละ 76.4 มีปู่ ย่า ตา ยาย อยู่ในครอบครัว
ด้วย ร้อยละ 51.7 ปู่ ย่า ตา ยาย อ่านหนังสือไม่ออก
ร้อยละ 18.5 มีญาติพี่น้องอยู่ร่วมในครอบครัวด้วย
ร้อยละ 16.3 (2) พฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อ
แม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่านิทาน
ให้เด็ก ส่วนใหญ่เล่าทุกวัน ร้อยละ 30.9 โดยเล่า
วันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 22.5 เล่นกับเด็กทุกวัน
ร้อยละ 84.8 โดยเล่นวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 30.3
ร้องเพลงกับเด็ก ทุกวัน ร้อยละ 66.3 โดยร้องเพลง
วันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 25.8 ผู้เล่านิทานให้เด็ก
ส่วนใหญ่ คือ มารดา ร้อยละ 41.1 มีหนังสือนิทาน

อยู่ในปัจจุบัน ≤ 3 เล่ม ร้อยละ 50.6 เวลาที่เล่านิทาน คือเล่าทั้งกลางวัน และก่อนนอน ร้อยละ 38.2 ใช้เวลาในการเล่า 11-30 นาที ร้อยละ 43.8 โดยพฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก 3 ลำดับแรก คือ ให้ลูกมีส่วนร่วม ร้อยละ 99.4 ขณะเล่านิทาน มีการสบตา กอด สัมผัสลูก ร้อยละ 97.8 และมีการชมลูก ร้อยละ 95.5 เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเล่านิทานในสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 9.6 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเล่านิทานจากโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 55.1 มีการเล่านิทานเกี่ยวกับคติสอนใจ การสวดมนต์ การไปวัด ประเพณีไทยต่างๆ ร้อยละ 70.8 เคยอ่านข้อความเกี่ยวกับนิทานในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 68.5 (3) ผลการทดสอบพัฒนาการเด็ก เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเองปกติ ร้อยละ 100 พัฒนาการด้านภาษาปกติ ร้อยละ 99.4 พัฒนาการรวมปกติ ร้อยละ 99.4

Abstract

In the first 6 years of life, children's brains have the most ability of learning. Storytelling or reading books with the children will help them to be creative and imagination result in completion of the brain cells

Objective: To determine effect of parents' and caregivers' storytelling behaviors to language development of children.

The study indicated that: (1) General characteristics of families. There were sons 52.8%, Living in the other region of Chiang Mai 65.2%, First child 60.1%, single child 50.6%, Father and Mother age 31-40 years 45.5% and 56.2% respectively. 25.3% of parents/caregivers were graduated Bachelor of Arts, 37.6% were employees. 38.2% and 31.5% of family incomes were between 10,001-20,000 Baht/month. 36% of the main caregiver were mothers. 34.8% of the main caregivers' ages were between 31-40 years old. 29.8% of the main caregivers were graduated Bachelor of Arts. There were at least

4 members in the family 76.4%. There were grandparents in the family 51.7% with 18.5% of those were illiterate. 16.3% had other relatives in the family. (2) Storytelling behaviors of the parents and caregivers. There were daily storytelling 30.9% which once a day 22.5%. Playing with children 84.8% which twice a day 30.3%. Daily singing with children 66.3% which once a day 25.8%. 41.1% of the main persons who tell the story were mothers. 50.6% had less than 3 storybooks. 38.2% had storytelling both days and bed times. 43.8% had usage time of storytelling between 11-30 minutes. The most 3 storytelling behaviors were children participation (99.4%), eyes contact and cuddle with children (97.8%), and compliment (95.5%). There were 9.6% of parents/caregivers used to join storytelling activities in the other places. 55.1% derived the most knowledge of storytelling from the hospital. 70.8% told the stories about moral, prayers, making merit, and Thai cultures. 68.5% used to read article about storybooks in the maternal-child health record books. (3) Results of child developmental tests. The children had 100% normal gross motor, fine motor, and social skill development, 94% of normal language development, and normal total development were 99.4%.

บทนำ

ช่วงวัย 6 ปีแรกของชีวิต เป็นเรื่องที่สมองเรียนรู้อย่างรวดเร็วที่สุด สมองจะมีการเจริญเติบโตสูงสุดในช่วง 2 ปีแรกของชีวิต และลดอัตราการสร้างสายใยประสาทลงบ้าง ช่วงอายุ 6-10 ปี การพัฒนาให้สมองเด็กเจริญเติบโตให้ดีขึ้นกับปัจจัยสำคัญ คือ การได้รับอาหารสมบูรณ์ การเลี้ยงลูกด้วยความรัก ความผูกพันภายในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพ่อแม่ลูก การสร้างประสบการณ์ใหม่ๆ ให้กับเด็กปัจจัยเหล่านี้ จะมีผลให้เซลล์สมองแผ่ขยายได้มากขึ้น

การเล่านิทาน หรืออ่านหนังสือให้ลูกฟังนั้น น้ำเสียงที่ลูกได้ยิน ภาพที่ลูกได้เห็น จะช่วย

สร้างจินตนาการของลูกได้ส่งผลให้เซลล์สมองของลูกทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ขึ้น เด็กมีธรรมชาติที่อยากได้ยินเรื่องผู้คนรอบข้าง เราจึงสามารถอ่านหนังสือให้เด็กฟัง ตั้งแต่ยังเป็นทารก อีกทั้ง “หนังสือ” ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กในทุกด้าน ได้แก่ทางร่างกาย เด็กจะได้บริหารร่างกายตามเรื่องราวของหนังสือทางอารมณ์และจิตใจ เด็กจะรู้สึกสนุก มีอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ทางสังคม สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมรอบด้านทางสติปัญญา เด็กสามารถจดจำ เลียนแบบคำพูด รู้จักคิด รู้จักจินตนาการ ทางด้านภาษา เด็กจะค่อยๆ เรียนรู้ที่จะพูดด้วยคำสองคำ และเป็นประโยคสั้นๆ ขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น^[1]

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการเล่นนิทาน จึงได้มีการจัดทำนิทานขึ้น 3 เล่มได้แก่ เล่มที่ 1 หนังสือ “ตั้งไข่ล้ม” สำหรับเด็กแรกเกิด มอบให้แม่หลังคลอด เล่มที่ 2 หนังสือ “ตักตอก” มอบให้เด็กอายุ 6 เดือน เล่มที่ 3 หนังสือ “นิทานอีสป” มอบให้เด็กอายุ 1 ปี ซึ่งคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ได้มอบหนังสือนิทาน ให้ทั้ง 3 กลุ่มอายุแล้วพร้อมทั้งจัดกิจกรรม “การเล่นนิทาน” ในกลุ่มเด็กอายุ 6 เดือน ในโรงเรียนพ่อแม่ของคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อให้คำแนะนำ สาธิตการเล่นนิทานให้พ่อแม่และผู้เลี้ยงดู เพื่อให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการเล่นนิทาน ซึ่งจากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2550^[2] โดยใช้แบบทดสอบ Denver II พบว่า พัฒนาการด้านภาษา เป็นปัญหามากกว่าพัฒนาการด้านอื่นๆ และพบว่าความถี่ของการที่พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กเล่นนิทานให้เด็ก 5 วัน ต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 45.5 คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ได้ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กปี 2554 โดยใช้แบบคัดกรอง Denver II ในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยช้า 16 ราย พบว่า มีพัฒนาการสงสัยช้าด้านภาษา ร้อยละ

73.3 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 16.6 และด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 6.6^[3]

จะเห็นได้ว่าเด็กมีปัญหาทางพัฒนาการภาษามากกว่าด้านอื่นเช่นกัน ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวนี้จะแก้ไขได้โดยการเล่นนิทาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเล่นนิทานมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็กมากน้อยเพียงใด อันจะเป็นการเสริมสร้างพัฒนาการที่ดีทุกด้านเพื่อเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลการเล่นนิทานที่มีผลต่อพัฒนาการด้านภาษา

วิธีการศึกษา

ขอบเขตการวิจัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เด็กอายุ 2 ปี และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้รับหนังสือนิทาน ตั้งไข่ล้ม, ตักตอก และนิทานอีสป ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โดยคัดเลือกจากผู้รับบริการ ปี 2554 จำนวน 320 ราย คำนวณจากสูตรยามาเน่ $N=N/1+N_e^2$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 177.77 ราย = 178 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการเล่นนิทานของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก

2. แบบทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์ ของประชากรในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำเอกสารยินยอมขึ้นเพื่อใช้ในการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากร โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษานี้จะนำเสนอโดย

ภาพรวม เมื่อประชากรยินดีเข้าร่วมการศึกษาและลงนามในเอกสารยินยอมแล้ว ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผู้เลี้ยงดูหลัก พ่อแม่มีบุตรเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.8 อยู่ต่างอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 65.2 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 60.1 มีบุตร 1 คน ร้อยละ 50.6 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 45.5, 56.2 ปีตามลำดับ จบปริญญาตรี ร้อยละ 25.3, 37.6 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.2 และ 31.5 รายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน ผู้เลี้ยงดูหลัก คือ แม่ ร้อยละ 36 อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 34.8 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.8 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 76.4 มีปู่ ย่า ตา ยาย อยู่ในครอบครัวด้วย ร้อยละ 51.7 ปู่ ย่า ตา ยาย อ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 18.5 มีญาติพี่น้องอยู่ร่วมในครอบครัวด้วย ร้อยละ 16.3

2. พฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูมีการเล่านิทานให้เด็กส่วนใหญ่เล่าทุกวัน ร้อยละ 30.9 โดยเล่าวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 22.5 เล่นกับเด็กทุกวัน ร้อยละ 84.8 โดยเล่นวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 30.3 ร้องเพลงกับเด็ก ทุกวัน ร้อยละ 66.3 โดยร้องเพลงวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 25.8 ผู้เล่านิทานให้เด็กส่วนใหญ่คือ แม่ ร้อยละ 41.1 มีหนังสือนิทานอยู่ในปัจจุบัน ≤ 3 เล่ม ร้อยละ 50.6 เวลาที่เล่านิทาน คือ เล่าทั้งกลางวัน และก่อนนอน ร้อยละ 38.2 ใช้เวลาในการเล่า 11-30 นาที ร้อยละ 43.8 โดยพฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก 3 ลำดับแรก คือ ให้ลูกมีส่วนร่วม ร้อยละ 99.4 ขณะเล่านิทาน มีการสบตา กอด สัมผัสลูก ร้อยละ 97.8 และมีการชมลูก ร้อยละ 95.5 เคยเข้าร่วมกิจกรรมการเล่านิทานในสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 9.6 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเล่านิทานจากโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 55.1 มีการเล่านิทานเกี่ยวกับคติ

สอนใจ การสวดมนต์ การไปวัด ประเพณีไทยต่างๆ ร้อยละ 70.8 เคยอ่านข้อความเกี่ยวกับนิทานในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 68.5

3. ผลการทดสอบพัฒนาการเด็กเด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเองปกติ ร้อยละ 100 พัฒนาการด้านภาษาปกติ ร้อยละ 99.4 พัฒนาการรวมปกติ ร้อยละ 99.4

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูที่ได้รับหนังสือนิทานจากคลินิกสุขภาพเด็กดีมีการเล่านิทาน ร้องเพลง เล่นกับเด็ก เป็นส่วนใหญ่ และมีพัฒนาการทางด้านภาษา ปกติ ร้อยละ 99.4 อธิบายได้ว่า ในการมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี จะได้รับหนังสือเกี่ยวกับนิทาน จำนวน 3 เล่ม ได้แก่ ตั้งไข่ล้ม ตีกระทอก นิทานอีสปซึ่งเจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำขณะเล่านิทานพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูควรอุ้ม กอด สัมผัสและพูดคุยไปด้วย เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นสุข ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้การเล่านิทานต้องทำท่าประกอบเล่นหรือร้องเพลงประกอบการเล่า กระตุ้นให้ลูกพูดตาม ทำให้เด็กเกิดความเพลิดเพลิน เกิดการเรียนรู้ในการทำเสียงต่างๆ ทำให้รู้จักคำมาก จำได้มาก เด็กจะมีพัฒนาการทางด้านภาษาได้ดี^[1] ประกอบกับพ่อแม่ส่วนใหญ่เป็นผู้เล่านิทาน และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงมีวุฒิภาวะ และเห็นความสำคัญของการเล่านิทาน ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จึงส่งผลให้มีกิจกรรมการเล่านิทาน การเล่น การร้องเพลง เป็นส่วนใหญ่ซึ่งการที่พ่อแม่มีการศึกษาดี ย่อมจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก^[4] ในขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูหลักถัดมา คือ ปู่ ย่า ตา ยาย ถึงแม้จะมีบางคนอ่านหนังสือไม่ออก ก็ยังช่วยเล่านิทานจากภาพในหนังสือ แสดงให้เห็นว่า เด็กส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูจากคนในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้เด็กได้รับความรัก ความอบอุ่น เป็นรากฐานของความ

มันคงในจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาความพร้อมทางด้านการพูด โดยใช้กิจกรรมการเล่านิทาน พบว่า เด็กปฐมวัย หลังได้รับกิจกรรมการแสดงประกอบการเล่านิทาน เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้ เด็กปฐมวัย ได้ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านการพูด ทั้งทางด้าน การพูดคำศัพท์จากการเรียนรู้คำต่างๆ ในบทที่ใช้ในการแสดงการพูดประโยค และการพูดเป็นเรื่องราว โดยใช้นิทานเป็นตัวเร้าความสนใจ และเสริมแรงช่วยให้เด็กได้มีพัฒนาการทางการพูดสูงขึ้น^[5] ดังนั้นหนังสือ จึงถือเป็นกลยุทธ์และกระบวนการที่สำคัญ ต่อการพัฒนาเด็ก เพราะเด็กมีธรรมชาติที่อยากได้ยินเรื่องผู้คนรอบข้าง เราจึงสามารถอ่านหนังสือ ให้เด็กฟัง ตั้งแต่ทารกกระบวนการเหล่านี้นำไปสู่สร้างความคุ้นเคยระหว่างเด็กกับหนังสือเป็นการบ่มเพาะนิสัยรักการอ่านหนังสือในเด็กได้ อีกทั้งหนังสือ ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมสติปัญญา และทางภาษา^[1] อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมกิจกรรมการเล่านิทานในสถานที่ต่างๆ นอกจากกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดให้นี้น้อยมาก และเนื่องจากเด็ก 0-5 ปี จะต้องมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี มากกว่า 8 ครั้ง ดังนั้นทางโรงพยาบาล จึงควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก โดยให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู มีส่วนร่วมและตระหนักว่า เด็กไม่ต้องการเพียงแต่กินอิ่มนอนหลับ เท่านั้น แต่ควรได้รับการเลี้ยงดูเพื่อความรัก ความผูกพัน อย่างถูกต้องเหมาะสม เพราะเป็นการสร้างพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์^[6] กรมอนามัยจึงได้มีนโยบายให้มีกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า กับลูกในทุกกลุ่มอายุ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทั้งทางด้าน ร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดกิจกรรม “โรงเรียนพ่อแม่” ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ในทุกกลุ่มอายุ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องการดูแลเด็ก และ

เป็น Model ในการเผยแพร่ให้ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนช่วยในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2. ควรมีการสนับสนุนอัตรากำลัง และเวลาให้กับเจ้าหน้าที่ คลินิกสุขภาพเด็กดี ในการจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก การประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการ ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ อย่างมีคุณภาพ และมาตรฐาน ตามเกณฑ์โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว รวมทั้ง มีทีมสหสาขาวิชาชีพ และช่องทางที่จะให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหา เพื่อช่วยกันดูแลเด็กไทยให้เจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย เต็มที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

3. ควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ เช่น หนังสือนิทาน ของเล่นเด็ก แผ่นพับ จากส่วนกลาง

4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

บรรณานุกรม

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. Bookstart กระบวนการส่งเสริม นิสัยรักหนังสือในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.ที.ซี. คอมมิวนิเคชั่น; 2550.
2. สุขจริง ว่องเดชากุล. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2550. (เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2556).เข้าถึงได้จาก http://203.157.64.26/ewtadmin/ewt/hp/ewt_dl_link.php?nid=251
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2554.
4. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. สุธรรม นันทมงคลชัย. ดวงพร แก้วศิริ. รายงานการวิจัย โครงการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัยต่างๆของ ประเทศ ระยะที่ 2 การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้แก่เด็กโดยครอบครัว และการประเมินผล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.

5. กณิการ์ พงศ์พันธุ์สถาพร. พัฒนาการทางการ
พูดของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการ
แสดงประกอบการเล่านิทาน. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร;
2553.
6. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. พ่อ
แม่ ลูกผูกพันวัยแรกเกิดถึง 2 ขวบ.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พัลลิสซิ่ง จำกัด; 2549

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

Factors affecting hyperbilirubinemia in the newborn.

ผ่องศรี ปันเปียง

วันพิณ ใส่ดวง

สุรัสวดี เวียงสุวรรณ

นันทวัน จันทร์ตา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาแบบ Retrospective descriptive study ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและความถี่ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ นั้นพบว่าปัจจัยด้านเพศของทารกไม่มีผลต่อการเกิดภาวะตัวเหลือง ถ้าจำแนกตามอายุของมารดาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ถึงไม่เกิน 25 ปี ร้อยละ 58.5 ปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับนมมารดาตั้งแต่แรกเกิดนั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับนมมารดาตั้งแต่แรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 55.7 ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกเกิด พบว่าส่วนใหญ่ น้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัม ถึง ไม่เกิน 3,800 กรัม ร้อยละ 44.8 ปัจจัยด้าน Apgar's score ที่นาทีที่ 5 พบว่าส่วนใหญ่ Apgar's score ที่นาทีที่ 5 ตั้งแต่ 8 คะแนน ถึง 10 คะแนน ร้อยละ 92.5 ปัจจัยด้านกลุ่มเลือดของแม่ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเลือดของแม่ O ร้อยละ 42.9 ปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการดูดนมแม่ใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา พบว่าส่วนใหญ่ จำนวนครั้งของการดูดนมแม่ใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา 8-10 ร้อยละ 53.4 ปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา

พบว่าส่วนใหญ่ จำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา มากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 59.0 สำหรับการวินิจฉัยของแพทย์พบว่าส่วนใหญ่เป็น Unspecified ร้อยละ 51.5 รองลงมา คือ Breast milk Jaundice มีร้อยละ 21.2 ซึ่งในกลุ่ม Unspecified นั้นไม่สามารถระบุสาเหตุของตัวเหลืองนั้นได้ ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในกลุ่มของ Unspecified และ Breast milk Jaundice ซึ่งในกลุ่ม Unspecified นั้นไม่สามารถระบุสาเหตุของตัวเหลืองนั้นได้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลทารกตัวเหลืองในกลุ่มเหล่านี้ต่อไป

Abstract

Factors that affect hyperbilirubinemia in newborns, in Health promoting hospital region 1, the data collected from the medical records of the infant jaundice, since October 1, 2555 to September 30, 2556. Data analysis, statistics Descriptive percentage and frequency. Factors sex of baby no effect on the incidence of jaundice. Maternal age between 15-25 years (58.5 %). Not breastfed from birth (55.7%). 3000-3800 grams birth weight (44.8%). Apgar's score in 5 minute is 8-10 score (92.5%). The mother's blood group O (42.9%). Baby's breastfeed 8-10 times in 24. hours before phototherapy (53.4%). Babies defecate more than 3 times in the 24 hours before phototherapy (59%). The diagnosis is unspecified (51.5%). Breast milk jaundice (21.2%). The suggestion for research next time is study group unspecified and breast milk jaundice, to improve care to this group.

บทนำ

ทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล เป็นเวลา 48-72 ชั่วโมงก่อนที่มารดาจะนำทารกกลับไปเลี้ยงดูที่บ้านการประเมินร่างกายและสังเกตอาการทารกมักพบว่าทารกแรกเกิดบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ ภาวะตัวเหลือง (Jaundice) ซึ่งภาวะดังกล่าว

เกิดจากร่างกายทารกมีสารกลุ่มบิลิรูบิน (bilirubin) สูงขึ้นมากกว่าปกติ โดยในผู้ใหญ่ภาวะดีซ่านเป็นภาวะที่ผิดปกติเสมอแต่ในทารกแรกเกิดหลังคลอดใหม่ๆ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรก ภาวะตัวเหลืองถือเป็นภาวะปกติทางสรีรวิทยาซึ่งเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดเกือบทุกคน โดยมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกมีภาวะตัวเหลืองได้แก่ มารดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาได้รับยา oxytocin ในระหว่างการคลอด มารดาที่ได้รับยาสลบขณะคลอด มารดาและทารกมีเลือดไม่เข้ากัน (ABO incompatibility) ทารกบางรายที่ได้รับนมมารดา ทารกเพศชายโดยเฉพาะในแถบเอเชีย ทารกแรกเกิดที่มีรอยจำเลือดหรือ cephalhematoma ทารกที่ได้รับน้ำนมน้อย ทารกที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดออกทางหน้าท้อง ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีความสามารถในการดูดกลืนไม่ดีและทารกที่อยู่ในครรภ์มีประวัติการเกิดตัวเหลือง^[1] ดังนั้นภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่แพทย์พยาบาลควรให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าภาวะตัวเหลืองจะไม่ใช่วิโรคแต่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดและถ้าหากปล่อยให้ระดับบิลิรูบินสูงมากขึ้นอาจก่อให้เกิดอาการพิษทางสมอง (Kernicterus) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้ อีกทั้งยังเป็นภาวะที่ทำให้ทารกแรกเกิดต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งสร้างความกังวลใจให้บิดามารดาได้ไม่น้อย

จากสถิติทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555 พบมีทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองต้องได้รับการส่องไฟ จำนวน 467 ราย จากจำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด 1,383 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.77 ซึ่งเป็นอันดับโรคที่พบมากที่สุดในทารกแรกเกิด คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ในแผนกสูติรี

เวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและคิดค้นพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ภาวะตัวเหลือง (Jaundice) เกิดจากร่างกายทารกมีสารกลุ่มบิลิรูบิน (bilirubin) สูงขึ้นมากกว่าปกติ ภาวะตัวเหลืองถือเป็นภาวะปกติทางสรีรวิทยาซึ่งเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดเกือบทุกคน โดยมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกมีภาวะตัวเหลืองได้แก่ มารดาเป็นโรคเบาหวาน มารดาได้รับยา oxytocin ในระหว่างการคลอด มารดาที่ได้รับยาสลบขณะคลอด มารดาและทารกมีเลือดไม่เข้ากัน (ABO incompatibility) ทารกบางรายที่ได้รับนมมารดา ทารกเพศชายโดยเฉพาะในแถบเอเชีย ทารกแรกเกิดที่มีรอยจ้ำเลือดหรือ cephalhematoma ทารกที่ได้รับน้ำนมน้อย ทารกที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดออกทางหน้าท้อง ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีความสามารถในการดูดกลืนไม่ดี และทารกที่ในครรภ์มีประวัติการเกิดตัวเหลืองดังมีการแบ่งชนิดของการเกิดภาวะตัวเหลืองไว้ดังนี้^[2]

1. Physiological (normal) jaundice ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดปกติพบมากกว่าร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด โดยทารกอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ยกเว้นทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งมักมีอาการป่วยร่วมด้วยและมีโอกาสเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งนี้เนื่องจาก blood brain barrier ของทารกคลอดก่อนกำหนดยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ สาเหตุของการเกิด Physiological

jaundice อาจเกิดจากความไม่สมบูรณ์ในการทำงานของตับจึงทำให้กระบวนการในการขับบิลิรูบินออกยังทำได้ช้า (มีระดับ acceptor protein และ conjugating enzyme น้อย) ซึ่งพบในช่วงวันที่ 2-4 และจะหายไปเองใน 1-2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ทารกแรกเกิดมักมีการสร้างบิลิรูบินมากกว่าผู้ใหญ่และเด็กโตถึง 2 เท่าเนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าและ Enter hepatic circulation มีส่วนทำให้ทารกแรกเกิดตัวเหลือง ถ้าทารกมีลำไส้อุดตันที่ถ่ายขี้เทา

2. Pathological Jaundices ภาวะตัวเหลืองที่ผิดปกติเกิดได้จากหลายสาเหตุดังต่อไปนี้

2.1 มีการสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้นกว่าปกติจากภาวะต่างๆ ได้แก่

1) Hemolytic disease of the newborn (HDN) เกิดจากการที่กลุ่มเลือดของมารดาไม่เหมือนของทารกจึงทำให้มารดาสร้างแอนติบอดีต่อกลุ่มเลือดของทารก ซึ่งแอนติบอดีนี้จะผ่านทางรกไปสู่ทารกได้ ทำให้มีการทำลายเม็ดเลือดของทารก ABO incompatibility เป็นชนิดของ HDN ที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย เกิดในมารดาที่มีเลือดกลุ่มโอเท่านั้นและบุตรมีกลุ่มเลือดเอ หรือเป็นส่วน Rh incompatibility พบน้อยมากและในปัจจุบันแถบประเทศตะวันตกพบน้อยลงเนื่องจากมีวิธีป้องกันโดยการให้ Rh immune globulin แก่มารดาภายใน 72 ชั่วโมงภายหลังคลอด

2) Red blood cell membrane defect เช่น congenital spherocytosis, congenital ovalocytosis ทำให้เม็ดเลือดแดงอายุสั้นกว่าปกติ

3) Red blood cell enzyme defect ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่ายในภาวะปกติ ได้แก่ การขาด glucose-6-phosphate dehydrogenase (G-6-PD deficiency) หรือการขาด pyruvate kinase เป็นต้น

4) Thalassemia

5) ทารกที่มีเลือดออกภายในร่างกาย เช่น cephalhematoma, เลือดออกใน

สมองหรือลำไส้จำนวนมาก ทำให้มีบิลิรูบินเข้าสู่กระแสโลหิตมากกว่าปกติ

6) Polycythemia

2.2 มีการดูดซึมของบิลิรูบินจากลำไส้เพิ่มขึ้นจากภาวะต่างๆ เช่น

1) ทารกที่ดูดนมได้น้อย

2) ภาวะลำไส้อุดตัน มีบิลิรูบินตกค้างในลำไส้จำนวนมากและดูดซึมกลับสู่ตับได้มากขึ้น

2.3 ตับสามารถกำจัดบิลิรูบินได้น้อยลงเนื่องจากภาวะต่างๆ เช่น

1) การขาดเอนไซม์บางชนิดแต่กำเนิด เช่น Gilbert syndrome หรือ Galactosemia

2) ได้รับยาบางชนิด เช่น oxytocin

3) ภาวะธัยรอยด์ในเลือดต่ำแต่กำเนิด

4) มีการ conjugate ของบิลิรูบินหรือขับถ่ายน้อยกว่าปกติ เช่น ท่อถุงน้ำดีอุดตัน ลำไส้อุดตัน hypothyroidism หรือได้รับยาที่แย่งจับ albumin ในเลือด ทำให้มีบิลิรูบินในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ซัลโฟนาไมด์ ซาลิไซเลต

2.4 ภาวะติดเชื้อในครรภ์ เช่น การติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV)/Toxoplasmosis/Rubella/Herpesvirus-hominis/Syphilis/Hepatitis

2.5 ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด จะมีระดับ conjugated enzyme ในเลือดต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด และเนื่องจากขนาดน้ำหนักตัวก็น้อยกว่า จึงทำให้ระดับบิลิรูบินที่ต้องการการรักษาต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด และทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome; RDS)

3. Breast milk jaundiceพบประมาณร้อยละ 1 - 2 ในทารกแรกเกิดที่ได้รับนมมารดา ซึ่งพบว่าในน้ำนมมารดามีสารบางชนิดที่ทำให้ระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 mg เนื่องจากสารดังกล่าวป้องกันการขับบิลิรูบินออกจากลำไส้ซึ่งพบว่าทารกจะเริ่มมีอาการตัวเหลืองในวันที่ 4-7 และมีระยะเวลาของอาการประมาณ 3-10 สัปดาห์ อาการ และอาการแสดง

1) อาการตัวเหลืองมักเห็นบริเวณใบหน้าก่อน ถ้ากดบริเวณหน้าผากจะเห็นได้ชัดเจนขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนดมีผิวหนังที่บางทำให้ดูเหลืองกว่าทารกครบกำหนดที่มีระดับบิลิรูบินเท่ากันและจะเห็นชัดมากขึ้นที่ลำตัวและแขนขาตามลำดับเมื่อระดับบิลิรูบินสูงขึ้น ซึ่งถ้าพบตัวเหลืองที่ใบหน้าถึงอกเหนือสะดือจะมีระดับบิลิรูบินไม่เกิน 12 mg% และถ้าเหลืองถึงมือและเท้าจะมีระดับบิลิรูบินสูงถึง 15 mg%

2) มีรอยจ้ำเลือดตามตัว อาจพบ petichial หรือ purpuri spot

3) ซึม ถ้าระดับบิลิรูบินสูงมากๆ

4) ตับหรือม้ามโต พบใน hemolytic disease of the newborn หรือทารกที่ติดเชื้อในครรภ์

กลุ่มทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงวิธีป้องกันโรคสมองพิการจากบิลิรูบินที่ดีที่สุดก็คือการเริ่มรักษาให้รวดเร็ว ในทารกที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะตัวเหลืองมากได้แก่

1. ทารกที่มีตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2. ทารกที่มีตัวเหลืองให้เห็นได้ก่อนกลับบ้าน

3. ทารกที่มีพี่ตัวเหลือง

4. ทารกที่มีอายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์

5. ทารกที่ได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียว

6. ทารกที่มีรอยฟกช้ำหรือcephalhematoma

7. ทารกเพศชาย

ถ้ามีความเสี่ยงหลายข้อรวมกัน ก็จะเพิ่มโอกาสที่จะตัวเหลืองเพิ่มขึ้น^[3]

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุแม่ อายุครรภ์ การได้รับยาก่อนคลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด Apgar's score ที่นาทีที่ 5 การได้รับการบาดเจ็บ

ขณะคลอด กลุ่มเลือดของแม่และทารก ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD การได้รับนมแม่ ปริมาณ นำนมแม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบ Retrospective descriptive study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟรักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ที่เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและความถี่

ผลการศึกษา

ทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟรักษามีจำนวน 429 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.1 และเพศหญิง ร้อยละ 52.9 อายุมารดาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ถึง ไม่เกิน 25 ปี ร้อยละ 58.5 รองลงมา คือตั้งแต่ 25 ปี ถึง ไม่เกิน 35 ปี ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับนมมารดาตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 55.7 น้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัม ถึง ไม่เกิน 3,800 กรัม ร้อยละ 44.8 Apgar's score ที่นาที่ที่ 5 ตั้งแต่ 8 คะแนน ถึง 10 คะแนน ร้อยละ 92.5 กลุ่มเลือดของแม่ O ร้อยละ 42.9 ดูดนมแม่ใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา 8-10 ครั้ง ร้อยละ 53.4 มีการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา มากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 59.0 มีการขับถ่ายปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงก่อนการส่องไฟรักษา 1-3

ครั้ง ร้อยละ 79.0 การวินิจฉัยของแพทย์พบว่าส่วนใหญ่เป็น Unspecified ร้อยละ 51.5 รองลงมา คือ Breast milk Jaundice ร้อยละ 21.2 วิธีการคลอดพบว่าส่วนใหญ่คลอดปกติ ร้อยละ 71.3 รองลงมา คือ ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 21.9

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ทารกเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะตัวเหลืองเท่ากัน ดังนั้น เพศจึงไม่มีผลต่อการภาวะตัวเหลือง นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับนมมารดาตั้งแต่แรกเกิดนั้นพบว่าไม่มีผลต่อการภาวะตัวเหลือง ซึ่งปัจจัยนี้จะเกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะที่ลดลงไปด้วย จากข้อมูลของ The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) ปี ค.ศ. 2010 กล่าวว่า ในระยะ 2-3 วันแรกหลังเกิด ร้อยละ 10-18 ของทารกที่กินนมมารดาอย่างเดียวได้รับนมไม่เพียงพอ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอทำให้การดูดซึมกลับของ enterohepatic circulation เพิ่มขึ้น การป้องกัน คือการได้รับน้ำนมมารดาบ่อยครั้งขึ้นและให้เพียงพอ^[4] พยาบาลจึงควรส่งเสริม ให้ความรู้ สอนวิธีการให้นมมารดาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพราะการให้นมมารดามีประโยชน์ และสามารถป้องกันทารกภาวะตัวเหลืองได้ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ลดการตัวเหลือง รวมทั้งส่งเสริมต่อเนื่องเมื่อกลับถึงบ้าน และเป็นการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลือง จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทารกได้รับนมมารดาอย่างเพียงพอตั้งแต่แรกเกิด จะช่วยให้ตัวเหลืองในทารกแรกเกิดลดลง สอดคล้องกับนโยบาย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และเป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มของ Unspecified และ Breast

milk Jaundice ซึ่งในกลุ่ม Unspecified นั้นไม่สามารถระบุสาเหตุของตัวเหลืองนั้นได้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลทารกตัวเหลืองในกลุ่มเหล่านี้ต่อไป

ข้อยุติ

การดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลือง การทบทวนระบบการดูแลตลอดจนถึงการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดแนวทางในการให้การดูแลทารกตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการปรับปรุงหรือพัฒนาวิธีดูแลทารกเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลือง ซึ่งทีมพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแล คัดกรอง เพื่อการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้

บรรณานุกรม

1. สรายุทธ สุภาพรณชาติ.อาการเหลืองในทารกแรกเกิด [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ramacme.org/articles> เข้าถึง 24 กุมภาพันธ์, 2557.
2. สรายุทธ สุภาพรณชาติ. อาการเหลืองในทารกแรกเกิด. ใน : วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์, สุรางค์ เจียมจรรยา บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2). กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิง; 2540.
3. พิมพ์รัตน์ ไทยธรรมยานนท์.ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ; 2545.
4. The Academy Of Breastfeeding Medicine : ABM Protocols. Available at: <http://www.bfmed.org/protocol/>. Accessed August 1, 2014.

Project Evaluation of Participatory Sports Management for youth: A case study of Nong Long local government , Wiang Nong Long district, Lamphun province

Krissana Kapheak,
Kingpikul Chamnankong
Sirirumpai Puthornjai

Health Promotion Center Region 1

Rationale/Background and importance of the research problem

Nowadays, Thailand has 17 million adolescences or equal to 27% of total population. Development of Children and youth is the major process in human resources. According to the development of the country, which has the potential to consider “people” as the important basics? Promoting population’s health by promote sports to create opportunities for people to play sports and exercise, to make them healthy without illness in both physical and mental ways, accord with the government policy, that has used sports as a tool for development. One of the most important activities in the development of children and youth is sports health management. Currently, this strategy is considered by all the sectors. However, most of the promotion and management of local sporting events focus on play-to-win, which only a few people could join the event.

Sport competition management is the essential strategy to access sporting opportunities for all children and youth, which is the fundamental right that all the children should receive. Currently, the sport competitions are provided for only children who had excellent sport skill and often found that the competitions, which organized by organization mentioned above, has been using the same kids or group of kids in the competitions. The other general kids have no opportunities to participate in the competition, which means the right of playing sport has been limited for the children who have poor sport skill. Therefore, the considered of rights and equality of sport competition management must be emphasized and study the results and

impacts of activities, by creates the chances for the children who never participate in the sport competition to have opportunities to play sports.

Nonglong municipal district, T.Nonglong, Wiang nong long district, Lampon province consists of 5,915 populations. There were 405 children and youth in education system, which are studying in 4 schools and 1 childcare. The main problem in community was drugs, during years 2556 there were 54 drugs cases in community; therefore Nonglong district management team focused on the promotion of youth sports activities to improve the health of young people, and not to get involve with the drug. The municipality has a policy of promoting health and mass sport activities plans, in order to makes people get healthy in all aspects (Nonglong municipal district, 2556). However, the weakness was found in the cooperation of associate members and people in community, especially the opportunity to participate in activities belong to the target group of children who have abilities in sports. Furthermore, there was no assessment of satisfaction of the sport management. Even the sports have been managed continuously, but there wasn't any assessment to be used for a better process development or suggest the policies for the national organization. Following the evaluation covered on; 1.Equality and fairness for youth sports management policy 2.Sports Management Structure 3.Process management 4.Participation and satisfaction of associate

Researchers were interested to find the answers for the research: "How was the assessment result in participatory sport management for youth in Nonglong municipal district, Wiang nong long district, Lampon province?" which covered project inputs, project process and project outputs/project outcomes. The aim of the evaluation is to obtain useful information for an effectively process to response people's demands and for the further

preparation of policy recommendations.

Contribution of research finding

The assessment results of this project can be applied to the decision of the district administration and can be used for the policy suggestions to develop local management process. This will create durability and maximum benefits for youths and people in the community. In addition, the assessment can be expanded to use with other evaluation projects in Nonglong district and included other districts as well.

This research used CIPP model to evaluate all elements of the system: included project inputs, project processes, project outputs/project out comes. Useful information were anticipated from the assessment, to be used to improve the working proceed.

The assessment tools, methods used to collect the data, guidelines for data analysis and explicit standard evaluation. In summary, the evaluation aimed in 4 issues; 1.Context: for policy or goal planning 2.Inputs: for the operation structure setting, tactics, methods and action plans 3. Process: for direct and track the operation to improve operation methods and report furtherance of the project 4.Outputs: for making decision to stop, postpone or expand the project. At the end of the study, the researchers aim to get policy, management and academic suggestions for youth sport project in Nonglong district as they could be used as a model for other areas.

Study area: Nonglong municipal district, T.Nonglong, Wiang nong long district, Lampon province. Process by evaluate the Youth sport management.

The study of consisted population: 1) 18 people in the management team of Nong District 2) 100 of youth in the community 3) 90 people in the community (group conversation).

Tools / Instruments: interview, questionnaire, project assessment, group conversation and participatory observation

Data collection: 1) interview the Nonglong administrator team 2) collect details from project document 3) investigate from ordinance and three- years development plan 4) making groups conversation with Nonglong district team and associate network 5) participatory observe in each issue in the project activities.

Data analysis: using a combination of both quantitative and qualitative analysis.

Objectives of study

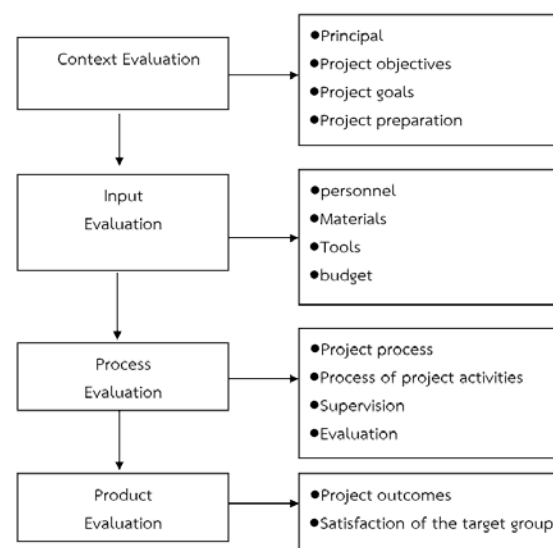
General purpose is to evaluate the management of youth sports project. Particular purpose: 1) to study inputs of the sports project for the youth in Nonglong district 2) to study the process of management of youth sports project in Nonglong district 3) to study outputs and outcomes of the project in Nonglong district 4) to make the policy, management and academic suggestions of youth sport competition under Nonglong municipal's principal of fairness and equality.

Contribution of research finding

The results of this project can be applied to the decision's issue of the district administration and used the policy suggestions to develop local management processes in order to create sustainable and benefits for youth and people in community. In addition, the project can be expanded to evaluate other important projects of Nonglong municipal district and other districts.

In brief, this research applied the sport for masses concept as tools for community under the framework by used CIPP model as project evaluation.

(D.L. Stufflebeam, 1997, P. 261-265)



Discussion

The evaluation of the participatory sport management for youth in Nonglong municipal district, Wiang nong long district, Lampon province found that

Context Evaluation: the issues, principal, project objectives, Project goals and project preparation had set up the budget in ordinance annul budgeting in 2557-2558. Nonglong municipal district, Wiang nong long district, Lampon province Community and Social Services, Religion Culture and recreation program had been assigned in the 3-years development plan (2557-2558): 1) the 19th sport participation project of student, youth and people to against drugs abuse (3-years development plan 2557-2559: ;page 84, 50,000 baht) 2) the 8th sport competition project of municipal employees and local public relations (3-years development plan 2557-2559: ;page 81, 50,000 baht) 3) the 14th sport competition project of municipal sports and public relation in Lumphun province, Nonglong games 8 (3-years development plan 2557-2559: ;page 83, 600,000 baht) 4) the sport competition in Nonglong district (3-years development plan 2557-2559: ;page 84, 188,000 baht) 5) Lan Plern project for community health promotion (3-years development plan 2557-2559: ;page 90,

50,000 baht). The objective is to promote the sports in Nonglong district and youth and people can make use of their time. Furthermore, the results were set that the district sports potential will increase and youth are promoted to make use of their time and be healthy. However, the municipality did not evaluate the objectives and the defined results of project in the written form, which the municipality should have done in the project evaluation. Besides, we found that the project activities focused on sports competition, but not to sports management for masses.

Input Evaluation: personnel, materials, tools and budget found that there were not enough personnel and the responsibility belonged to education division. Results from group conversation found that there was only 1 P.E. academician in district, which was not enough to drive the. The suggestions were given from group conversation that the process should be integrated and co-operated by relevant departments such as; sports provincial office, school teachers, community leaders, local politicians, public and etc. The equipments and tools have been apportioned for only 15,000 baht, which was not sufficient for the needs of the target population (group conversation result, 2558). Also in the budgets part, found that the sports have been apportioned for almost 1 million baht, which was covered for all children and youth.

Outputs evaluation: The results of the target satisfaction study found that the village sport clubs were formed such as; futsal, football, volleyball, muaythai and etc, where they have training places such as; futsal field, football field, volleyball court and boxing. Satisfaction from group conversation found that children and youth in Nonglong district were very satisfied with the youth sport project. However, there

was lots of remaining youth, who had not been motivated to participate in the sport activities.

Conclusion: The project evaluation was the important activity to drive the project to achieve its objectives. The systematic evaluation was needed to create the effective project evaluation; promptly, accomplishment, capital and labors value. Therefore, there should have the project evaluation reports and meeting to know if the processes were on target or not, and the evaluations results must be improved, adjusted and improve the processes for the project effectiveness in further.

Recommendations for evaluation uses

1. The policy should be written more about sports for the masses by not focus on the competition to provide equal opportunities to access the activities for youth in the community.
2. The management team and the accomplices in sports management should set up the budget that is consistent with the concept of sports for the masses without only focus on the competition for superiority.
3. Supply sports equipment that meets the requirement of children, youth and people in all ages.
4. Provide and recondition places to suit the community context.
5. Promote and publicize acknowledgement about sports for the masses to all people.

Suggestions for the next evaluation topic

1. The next evaluation should cover the sports for the masses, according to the project plans and activities.
2. There should use the participatory evaluation from people as the key to create the continuously development process and to meet the needs of the target group.
3. There should have the value cost evaluation of the project, and should give the

information back to people in community meeting forum.

Bibliography

1. Research Methodology; Faculty of Education of Naresuan University.
2. Education of Stadium Administration Management of Phrae province. Bangkok; Mahidol University
3. Nonglong municipal district.2556; annual report
4. Nonglong municipal district.2557; Municipal Budget Fiscal Year 2557; Lamphun.
5. Nonglong municipal district.2556; Municipal Budget Fiscal Year 2558. Lamphun.
6. 3- Years development plan. 2557-2559. Nonglong district, Lamphun.
7. The research report of the Project evaluation of Physical Education institute, development of Physical Education and community recreation. Fiscal year 2003. The Institute of Physical Education; Bangkok.
8. 2553. The project evaluation of participatory learning process for Lahu hill tribe community development. Highland Health Center; Lampang.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การสาธารณสุข รวมทั้งข่าวสารการดำเนินงานของ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสาร เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ เพื่อจัดพิมพ์ในวารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้
2. **บทนิพนธ์ปริทัศน์ (Review Article)** เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ทางวิชาการเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียนมา วิธีการสืบค้นข้อมูล บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง
3. **บทความพิเศษ (Special Article)** เป็นบทความประเภทที่ส่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนพิเศษ จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ
4. **บทความทั่วไป (General Article)** เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ 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

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กระชับ ชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ใช้อักษรตัวหนา

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ 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 แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

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 และแสดงหลักฐานว่ามีคณะกรรมการจริยธรรมของหน่วยงานพิจารณาประเด็นที่สงสัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

4.13 บทความที่เสนอ ต้องไม่เคยได้รับการจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นมาก่อนและหากบทความที่เสนอได้รับการตอบรับให้ จัดพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้เสนอบทความต้องรับรองว่าจะไม่นำบทความไปจัดพิมพ์เผยแพร่ในที่อื่นอีก (เว้นแต่จะได้รับความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่) และหากเกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น ผู้เสนอบทความยินดีรับผิดชอบความเสียหายนั้น

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 ข้างกัน 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. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง.

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 จันทรจักร. 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 1 เชียงใหม่

10. เมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ฉบับที่ลงตีพิมพ์ จำนวน 1 เล่ม

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท.....

ชื่อเรื่อง(ไทย).....

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

ใบสมัครสมาชิก

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ศูนย์อนามัยที่ 1 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 1 เชียงใหม่ เท่านั้น)
() โอนเงินเข้าบัญชี
“ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่”
เลขที่บัญชี 533-1-10153-4 ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างคลาน
และโปรดแฟกซ์สำเนาใบฝากเงินและแบบฟอร์มใบสมัครสมาชิกที่กรอกชัดเจน
กลับมายังหมายเลข 0-53818-938 หรือ 0-5327-2740 “ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่”

ส่งมาที่ กองบรรณาธิการ กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
51 ถนนประชาสัมพันธ์ ตำบลช้างคลาน อำเภอเมือง เชียงใหม่ 50100

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณกิ่งพิกุล ชำนาญคง คุณกฤษณะ จตุรงค์ศรีศรี
โทรศัพท์ 053 – 272740 ต่อ 218 e-mail : lannajournal@gmail.com