

# ราชสารการแพทย์และสาธารณสุขภาค2

## Journal of Medical and Public Health Region2

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2558

Vol.5 No. 1 January - April 2015



ISSN: 2229 - 0117



## วารสารการแพทย์และสาธารณสุขบุรี 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขบุรี 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

### วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนานางนวัตกรรมทางวิชาการระดับเขต
- เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การวิเคราะห์ยาบาล และการพัฒนาสมรรถภาพ คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์ธีรพล โตพันธนาณฑ์

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์อัชฎาภรณ์ รายอาจิน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

นายแพทย์รุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

นายแพทย์แสง หอมนาน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

นายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

### บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ

รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

### บรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์สิงห์ เอี่ยมศิริถาวร

### กองบรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์สิงห์ เอี่ยมศิริถาวร

นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกชียว

ดร.อุษณี พึงปาน

นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์

นายแพทย์พราวน์ ไพรสุวรรณ

แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ

ดร.กฤษณา ศิริวิบูลย์กิติ

แพทย์หญิงรจนา วัฒนรังสรรค์

นายประสาท ลิมดุล

ดร.พรเจริญ บัวฟูม

นางสาววิไล วิชากร

นางสุภาภรณ์ วัฒนาธร

นางฐานินญา แสนศรี

### ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาวดี อั่งประทีป

นายยุทธนา กลินจันทร์

นายณัฐพล ผลผล

นางสาวอุบลวรรณ์ ประชีพฉาย

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

สำนักงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท  
จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 036 - 239302, 036 - 239306 โทรสาร 036 - 239301

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม หรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ฝ่าวิกฤตป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เดย์พิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์

### หลักเกณฑ์และคำนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ, กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 **นิพนธ์ต้นฉบับ** (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 **รายงานปริทัศน์** (Review article) เป็นบทความเพื่อพื้นฟูวิชาการซึ่งรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจงแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 **รายงานผู้ป่วย** (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 **ย่อวารสาร** (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่นำเสนอ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 **นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์** เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

#### 2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

#### 2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

#### 2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจน เพื่อประยุกต์เวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

#### 2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษาอังกฤษเป็นประโยชน์และเป็นร้อยแก้วความพยายามไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอրรถคำอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

#### 2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาด้านคัวข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสูมตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

## 2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

## 2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

## 2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขอุปกรณ์ 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขอุปกรณ์

3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

### 3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

#### ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

#### ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

#### ข. ภาษาไทย

ให้เขียนเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

#### ตัวอย่าง

2. มีระ รามสูตร, นิรัติ มนตรีวัฒน์, สุรศักดิ์ ส้มปัดตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษา จุลพยาธิวิทยาคลินิกจากการด่างขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10:101-2.

### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

#### ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

#### ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

#### ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

#### ตัวอย่าง

1. ศรชัย หลุอาวีร์สุวรรณ. การดื่อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรชัย หลุอาวีร์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, ตระหนักจิต ประวิณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตวัฒน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรัพย์; 2533. น. 115-20.

#### **4. การส่งต้นฉบับ**

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ Fiee ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc@gmail.com

#### **5. การรับเรื่องต้นฉบับ**

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ก่อนบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

#### **ความรับผิดชอบ**

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรม และงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ แต่เป็นภาระใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขภาค 2  
Journal of Medical and Public Health Region 2  
ISSN : 2229-0117

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2558

Volum 5 No. 1 Jan – April 2015

สารบัญ

- |  |    |
|--|----|
| 1. ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี<br>(Happiness at workplace among personnel in Tambol health promoting hospitals,<br>Sainoy District, Nonthaburi Province)     | 1  |
| บุญส่ง แก้วจรัส  |    |
| 2. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของเขต 2<br>(Teenage Pregnancy Prevention and Solving in Region 2)<br>ทรงศนีร์ ธรรมานวัฒน์  | 15 |
| 3. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง<br>(Birth Asphyxia at Kokha Hospital, Lampang Province)<br>รัชนี พรมศิลป์   | 27 |
| 4. การระบาดของโรคตาแดงจากเชื้อไวรัสโคก扎基 เอ24 ในเรือนจำจังหวัดลพบุรี กันยายน 2557<br>(An Outbreak of Acute Haemorrhagic Conjunctivitis due to Coxsackie virus A24 in a Prison,<br>Lop Buri Province, September 2014)                     | 36 |
| สุพรacha อําไพร, พนิดา สุขประสงค์, วิวรรณ์ ตรีวงศ์ และคณะ  |    |
| 5. การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง<br>อำเภอเส้าให้ จังหวัดสระบุรี มกราคม 2557<br>(An Investigation of Food Poisoning Outbreak from Carbamate in a Company, Saohai,<br>Sara Buri, January 2014) | 49 |
| มงคลชณ์ ศธรวรรณรักษ์, ไพบูลย์ พันธุ์, สุจิตตรา ดวงจิต และคณะ   |    |

## บรรณาธิการແດລງ

ວາරສາງການແພທຍີແລະສາຮາຣນສຸຂເຊຕ 2 ເປັນວາරສາທີ່ຈັດທຳຂຶ້ນເປັນປີທີ 5 ເພື່ອເປັນສິ່ງອຳລາງ  
ດໍາຍທອດອອນຄໍຄວາມຮູ້ ຮະຫວ່າງເຄື່ອງຂ່າຍສາຮາຣນສຸຂເກີ່ຍກັບການສັງເສົມສຸຂພາພ ເຝົຮະວັງປໍອງກັນຄວບຄຸມໂຣຄ  
ກັຍສຸຂພາພ ກາຮກັກພາບພາລ ແລະກາຮັນຟູ້ສົມຮຽດພາພ ຜົ່ງຕອບສົນອັນກົງຈົງສຳນັກງານປໍອງກັນຄວບຄຸມ  
ໂຣຄ ແລະເປັນປະໄຍ້ໝົດຕ່ອກການດໍາເນີນງານປໍອງກັນຄວບຄຸມໂຣຄສຳຮັບເຄື່ອງຂ່າຍທັງໃນພື້ນທີ່ແລະນອກພື້ນທີ່ ວາරສາຮ  
ນບັນໍ້ມີງານວິຈີຍຈຳນວນ 5 ເຮືອງ ໄດ້ແກ່ ຄວາມສຸຂໃນການທຳກຳນັ້ນທີ່ສາຮາຣນສຸຂປະຈຳໂຮງພາບພາລ  
ສັງເສົມສຸຂພາພຕຳບລ ອຳເກົດໄທຮ້ອຍ ຈັງຫວັດນໍາທີ່ບັນໍ້ມີງານວິຈີຍຈຳນວນ 5 ເຮືອງ ໄດ້ແກ່ ຄວາມສຸຂໃນການທຳກຳນັ້ນທີ່ສາຮາຣນສຸຂປະຈຳໂຮງພາບພາລ  
ໃນວັນຊີຂອງເຊຕ 2 ກວະໝາດອອກໝີເຈັນຂອງທ່ຽນໄເກີດໃນໂຮງພາບພາລເກະຕາ ຈັງຫວັດລຳປາງ ກາຮະບາດ  
ຂອງໂຣຄຕາແດງຈາກເຊື້ອໄວຮສຄອກໜ້າກີ ເອ 24 ໃນເຮືອນຈຳຈັງຫວັດລພບຸຮີ ກັນຍາຍນ 2557 ກາຮະບາດຂອງໂຣຄ  
ອາຫາຮເປັນພິພີຈາກສາຮເຄມີກຳຈັດຕັຫຼືພື້ນກົງຈານບວິຊັ້ນແຫ່ງໜຶ່ງ ອຳເກົດເສາ້້າໜີ ຈັງຫວັດສະບຸຮີ ມກຣາຄມ  
2557 ຜົ່ງແຕ່ລະເຮືອງລ້ວນເປັນເຮືອງທີ່ນໍາສັນໃຈ

ຄະະຜູ້ຈັດທຳຂອງຂອບພະຄຸນເປັນອ່າງຍິ່ງແກ່ຜູ້ທີ່ມີສ່ວນທຳໃຫ້ວາຮສາຮນບັນໍ້ສຳເວົາລຸ່ວງດ້ວຍດີ ສາມ  
ມີຂໍ້ເສັນອະນະປະກາງໄດ ຜູ້ຈັດທຳຂອງຮັບໄວ້ດ້ວຍຄວາມຂອບພະຄຸນຍິ່ງ

## บรรณาธิກາຮ

ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

Happiness at workplace among personnel in Tambol health promoting hospitals,  
Sainoy district, Nonthaburi province

บุญส่ง แก้วจารัส

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

Boonsong Kaewcharus

Sainoy District Health Ofce,  
Nonthaburi Provincial Health Ofce

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยทำการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วย ข้อมูล ลักษณะส่วนบุคคล และระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ข้อมูลที่ได้คำนวณมาจากการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent sample t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) และการวิเคราะห์สัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation)

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.ในอำเภอไทรน้อย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 41-50 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาปริญญาตรี ตำแหน่งงานเป็นนักวิชาการหรือพยาบาล วิชาชีพ รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 30,001 - 40,000 บาท และส่วนใหญ่มีอายุราชการระหว่าง 21-30 ปี เมื่อจัดระดับความสุขออกเป็น 3 ระดับ พบร่วมกัน จ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 55.0 และในระดับปานกลางร้อยละ 45.0 จากการศึกษาพบว่าระดับความสุขในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับลักษณะส่วนบุคคล สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขกับระดับความสุขในการทำงานพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงาน ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ค่านิยมร่วมขององค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับระดับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านผู้นำไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการทำงาน

โดยสรุปแล้วถึงแม้ระดับความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอไทรน้อย จะอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่ถ้าจะมีการยกระดับความสุขให้สูงยิ่งขึ้น ก็ต้องแก้ไขหรือส่งเสริมปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความสุข ก็จะทำให้ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอไทรน้อยสูงเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## บทนำ

ในการดำเนินงานขององค์กร ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญและมีคุณค่ามากที่สุด เพราะบุคลากรเป็นสิ่งที่มีความสามารถ มีพลัง และสามารถทำให้องค์กรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ คนในองค์กรมีวิสัย มีสุข มีทุกข์ ถ้าผู้บริหารสนใจแล้วให้หันเงินในงานแต่ละมิติในการดำเนินชีวิตก็ไม่อาจจะช่วยให้องค์กรยิ่งใหญ่ได้จริง คนรามีส่องด้าน คือ งานกับชีวิตต้องสมดุลกันจึงจะทำให้คนในองค์กรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข เกิดความร่วมมือ มีความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงการทำงาน ให้มีประสิทธิภาพสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งคือการที่ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญและสนใจในด้านความสุขในการทำงานของบุคลากรซึ่งในแต่ละบุคคลยอมมีระดับความสุขที่แตกต่างกัน<sup>(1)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่เรียกว่า ๆ ว่า รพ.สต. เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในระดับหนูบ้านและตำบล เป็นที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอันดับแรกของประชาชนในส่วนภูมิภาค มีการให้บริการในลักษณะผสมผสานทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการที่จะทำงานให้ประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องมีการประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อบูรณาการงานร่วมกัน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จึงต้องมีลักษณะการทำงานที่อาศัยความสามารถทั้งทางด้านวิชาการ สัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม มีปัจจัยสำคัญที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จได้คือ ความพอใจในงาน และมีความสุขในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ดังนั้นผู้บริหาร จึงต้องให้ความสำคัญกับความสุขความทุกข์ในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และหาทางแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้

เจ้าหน้าที่สามารถสุขประจํา รพ.สต. ทำงานอย่างมีความสุข เพราะหากเจ้าหน้าที่มีความสุขก็จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งก็จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาซึ่งเจ้าหน้าที่เป็นผู้บริหารงานด้านสาธารณสุข ในระดับอำเภอ จึงสนใจที่จะศึกษาความสุขในการทำงานและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารงานต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาระดับความสุขและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. ที่เป็นข้าราชการทุกคนของทุก รพ.สต. ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเรื่องความสุขในการทำงานซึ่งพัฒนาขึ้นโดย รวมศิริเม่นะโพธิ<sup>(2)</sup> โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

**ส่วนที่ 1** เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับ ตำแหน่งงาน รายได้ และอายุการทำงาน

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน แบบสอบถามตอนที่ 1 เป็นการวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขในการทำงานใน 5 ด้านประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน จำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน 10 ข้อ

ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน 4 ข้อ และด้านผู้นำจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามให้เลือกตอบได้ 5 ระดับตามมาตราวัดลิโคร์ท (Likert scale) ซึ่งมีเกณฑ์ค่าคะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่งมีค่าน้ำหนักของตัวเลือกเท่ากับ 5 เห็นด้วยเท่ากับ 4 ไม่แน่ใจเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วยเท่ากับ 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 ซึ่งผลคะแนนที่ได้นำมาวิเคราะห์

หาค่าเฉลี่ยและแปลงความหมายจากลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ในระดับการวัดข้อมูลประเทกอันตรภาคชั้นโดยคำนวณความกว้างของแต่ละอันตรภาคชั้น(3) ดังนี้ ความกว้างอันตรภาคชั้น = ระดับคะแนนสูงสุด - ระดับคะแนนต่ำสุด / จำนวนอันตรภาคชั้น ( $5 - 1 / 5 = 0.8$ ) จากการคำนวณดังกล่าวได้แบ่งระดับความเห็น และค่าพิสัยคะแนนของคำถามดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความเห็นและค่าพิสัยคะแนนของคำถาม

ระดับความคิดเห็น	ค่าของคำตอบ	ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	4.21 - 5.00
เห็นด้วย	4	3.41 - 4.20
ไม่แน่ใจ	3	2.61 - 3.40
ไม่เห็นด้วย	2	1.81 - 2.60
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1.00 - 1.80

ตอนที่ 2 เป็นการวัดระดับความสุขในการทำงาน ซึ่งวัดโดยสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพรวมของความสุขในการทำงาน ประกอบด้วยคำตาม 3 ประเด็น คือ ความรื่นรมย์ในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน และความกระตือรือร้นในการทำงาน โดยลักษณะแบบสอบถามและการแบ่งระดับความคิดเห็นเหมือนกับองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน เมื่อได้ข้อมูลภาพรวมความสุขในการทำงานแล้ว ก็นำมาคำนวณแปลงเป็นระดับความสุขในการทำงานซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ การแบ่งระดับความสุขโดยแบ่งช่วงระดับคะแนนด้วยวิธีการหาความกว้างอันตรภาคชั้นจากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถกำหนดการแปลงผลคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้ ช่วงของคะแนน  $3.68-5.00$  หมายถึงความสุขในการทำงานระดับสูง คะแนน  $2.34-3.67$  หมายถึง ความสุขในการทำงานระดับปานกลาง และคะแนน  $1.00-2.33$  หมายถึง ความสุขในการทำงานระดับต่ำ

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ส่วนการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ แล้วได้นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ในอำเภอบางใหญ่ จำนวน 30 ราย แล้วนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลfaของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ  $0.95$  วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผอ.รพ.สต. และให้ ผอ.รพ.สต. นำไปแจกให้กับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เพื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ ผอ.รพ.สต. รวบรวมนำส่งคืน สำหรับการศึกษาระบบข้อมูลนี้วงเดือนพฤษจิกายน 2557 ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการแบบสอบถามได้นำมาวิเคราะห์ใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย Independent sample t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. ที่เป็นข้าราชการทุกคน จำนวน 40 คน จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ในอำเภอไทรน้อยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 75.0 สำหรับอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 ส่วนในเรื่องของสถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ โสดคิดเป็นร้อยละ 42.5 และในเรื่องของระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.5 สำหรับลักษณะงานส่วนใหญ่อยู่ในประเภทวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมา คือ

ประเภทบริหาร คิดเป็นร้อยละ 27.5 และรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30,001-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.5 ส่วนในเรื่องของอายุราชการส่วนใหญ่มีอายุราชการช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 และรองลงมา คือ อยู่ในช่วง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5

### 2. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ในอำเภอไทรน้อย มีความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานในด้านลักษณะงานโดยรวม อยู่ในระดับเห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.79) โดยมีความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ งานที่รับผิดชอบต้องใช้ความรับผิดชอบอย่างมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.10) มีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ย = 4.05) และหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีความเด่นชัด (ค่าเฉลี่ย = 3.96) ส่วนความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ประกอบด้วย มีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำ (ค่าเฉลี่ย = 3.35) ได้ทำงานที่มีความชำนาญ (ค่าเฉลี่ย = 3.60) และงานที่ทำมีความน่าสนใจหลากหลาย และท้าทายความสามารถ (ค่าเฉลี่ย = 3.67) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ  
ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. เห็นด้วยที่ท่านรับผิดชอบ ในปัจจุบันมีความเด่นชัด	9 (22.5)	19 (47.5)	12 (30.0)	0	0	3.96 (เห็นด้วย)	0.73
2. ลักษณะงานที่ท่านได้รับ <sup>†</sup> มอบหมายมีความเป็นระบบ ระเบียบแบบแผนที่แน่นอน	3 (7.5)	25 (62.5)	11 (27.5)	1 (2.5)	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.63
3. ท่านมีอำนาจในการตัดสินใจ ไม่งานที่ท่านรับผิดชอบ	10 (25.0)	22 (55.0)	8 (20.0)	0	0	4.05 (เห็นด้วย)	0.68
4. ท่านได้รับงานที่มีความท้าทาย <sup>†</sup> ต่อความสามารถของท่าน	6 (15.0)	18 (45.0)	16 (40.0)	0	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.71
5. ท่านมีโอกาสก้าวหน้าในงาน ที่ทำอยู่ในปัจจุบัน	6 (15.0)	10 (25.0)	17 (42.5)	6 (15.0)	1 (25.0)	3.35 (ไม่แน่ใจ)	1.00
6. งานที่ท่านรับผิดชอบในปัจจุบัน ต้องใช้ความรับผิดชอบเป็น อย่างมาก	11 (27.5)	22 (55.0)	7 (17.5)	0	0	4.10 (เห็นด้วย)	0.67
7. ท่านมีอิสระในการทำงาน อย่างเต็มที่	7 (17.5)	21 (52.5)	11 (27.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3.85 (เห็นด้วย)	0.74
8. งานที่ท่านทำในปัจจุบันมีความ น่าสนใจหลากหลายและท้าทาย <sup>†</sup> ความสามารถของท่าน	3 (7.5)	22 (55)	14 (35)	0	1	3.67	0.66
9. ท่านสามารถควบคุมงาน ที่ทำได้ด้วยตัวท่านเอง	4 (10)	25 (62.5)	9 (22.5)	2 (5)	2 (5)	3.78 (เห็นด้วย)	0.70
10. ในปัจจุบันท่านได้ทำงานที่ท่าน <sup>†</sup> มีความชำนาญ	2 (5.0)	20 (50.0)	18 (45.0)	0	0	3.60 (เห็นด้วย)	0.59
11. ท่านเข้าใจถึงความสำคัญของ งานที่ท่านรับผิดชอบในปัจจุบัน	5 (12.5)	25 (62.5)	10 (25.0)	0	0	3.88 (เห็นด้วย)	0.61
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย						3.79 (เห็นด้วย)	0.46

ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน โดยมีความคิดเห็นในปัจจัยอย่างที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เพื่อนร่วมงานมีความอ่อนโยน (ค่าเฉลี่ย = 3.98) เพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจ (ค่าเฉลี่ย = 3.93) และมีความรู้สึกดี สนุก เพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน (ค่าเฉลี่ย = 3.90) ส่วนความคิดเห็นในปัจจัยอย่างที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ประกอบด้วย เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษาเพื่อนได้ทุกเรื่อง (ค่าเฉลี่ย = 3.50) รู้สึกว่าตนเอง มีความสำคัญ หรือ มีความหมายต่อองค์กร

### ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการ ทำงานด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เพื่อนร่วมงานของท่านมีความอ่อนโยนต่อท่าน	12 (30.0)	16 (40.0)	11 (27.5)	1 (2.5)	0	1.98 (เห็นด้วย)	0.83
2. เพื่อนร่วมงานของท่านให้ความใส่ใจกับท่าน	9 (22.5)	20 (50.0)	10 (25.0)	1 (2.0)	0	3.98 (เห็นด้วย)	0.76
3. เพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญกับท่าน	6 (15.0)	24 (60.0)	9 (22.5)	1 (2.5)	0	3.88 (เห็นด้วย)	0.69
4. ท่านมีความรู้สึกดีสนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงานของท่าน	11 (27.5)	17 (42.5)	9 (22.5)	1 (2.5)	0	3.90 (เห็นด้วย)	0.90
5. เมื่อท่านมีปัญหาท่านสามารถปรึกษาปัญหากับเพื่อนร่วมงานได้ทุกเรื่อง	4 (10.0)	18 (45.0)	13 (32.5)	4 (10.0)	0	3.78 (เห็นด้วย)	0.91
6. ท่านและเพื่อนร่วมงานของท่านต่างฝ่ายต่างเอื้อผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน	6 (15.0)	22 (55.0)	9 (22.5)	3 (7.5)	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.80
7. ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในทุก ๆ เรื่อง	6 (15.0)	21 (52.5)	10 (25.0)	3 (7.5)	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.81
8. ท่านมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงาน	7 (17.5)	17 (42.5)	15 (37.5)	1 (2.5)	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.78
9. ระหว่างท่านกับเพื่อนร่วมงานได้มีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผยและกว้างขวาง	6 (15.0)	15 (37.5)	14 (35.0)	3 (7.5)	2 (5.0)	3.58 (เห็นด้วย)	1.01

(ค่าเฉลี่ย = 3.58) และอันดับ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3 ปัจจัย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานทุกๆ เรื่อง มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงาน และมีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผย และกว้างขวางกับเพื่อนร่วมงาน โดยความคิดเห็นต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานในด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.75) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการ ทำงานด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
10. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ หรือมีความหมายต่อองค์กร ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย	4 (10.0)	19 (47.5)	13 (32.5)	4 (10.0)	0	3.75 (เห็นด้วย)	0.71
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย							

ด้านค่านิยมร่วมขององค์กรโดยรวมอยู่ในระดับ เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.83) โดยมี ความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ในระดับเห็นด้วยทุกปัจจัยโดยปัจจัยอยู่ที่มีความคิดเห็นสูงสุด ได้แก่ เข้าใจว่า

งานที่ทำสำงผลต่อองค์กรอย่างไร (ค่าเฉลี่ย = 3.98) และปัจจัยอยู่ที่มีความคิดเห็นต่ำสุด ได้แก่ มีพฤติกรรมในการทำงานที่สอดคล้องกับพฤติกรรมท่องค์กรต้องการ (ค่าเฉลี่ย = 3.73) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการ ทำงานด้านค่านิยมร่วมขององค์กร

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านมีความเชื่อในค่านิยมของ องค์กรและได้นำไปปฏิบัติ	6 (15)	21 (52.5)	11 (27.5)	2 (5.0)	0	3.78 (เห็นด้วย)	0.78
2. ท่านมีพฤติกรรมในการทำงานที่ สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ องค์กรต้องการ	4 (10.0)	21 (52.5)	15 (37.5)	0	0	3.73 (เห็นด้วย)	0.64
3. ท่านเข้าใจว่างานที่ท่านทำสำงผล ต่อองค์กรอย่างไร	6 (15.0)	27 (67.5)	7 (25.0)	0	0	3.98 (เห็นด้วย)	0.58
4. ท่านตระหนักว่าความสำเร็จใน งานของท่านมีผลตามเป้าหมาย ของค่านิยมขององค์กร	5 (12.5)	24 (60.0)	10 (25.0)	1 (2.5)	0	3.83 (เห็นด้วย)	0.68
5. ท่านยึดถือเป้าหมายและคุณค่า ขององค์กรประหนึ่งเป็น เป้าหมายของตัวท่านเอง	4 (10.0)	26 (65.0)	10 (25.0)	0	0	3.85 (เห็นด้วย)	0.58
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย							

ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับ เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.76) โดยปัจจัย ปัจจัยที่มีความคิดเห็นสูงสุด ได้แก่ อยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ (ค่าเฉลี่ย = 3.98) และปัจจัยอยู่

ที่มีความคิดเห็นต่ำสุด ได้แก่ สามารถแบ่งหรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ร้าวจนเป็นกิจกรรมส่วนตัว และที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย = 3.65) โดยมีความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ในระดับเห็นด้วยทุกปัจจัยดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการ ทำงานด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ปัจจัยด้านลักษณะงาน	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านอยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ	8 (20)	24 (60)	7 (17.5)	1 (2.5)	0	3.98 (เห็นด้วย)	0.68
2. ท่านมีชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน	5 (12.5)	21 (52.5)	10 (25)	4 (10)	0	3.68 (เห็นด้วย)	0.83
3. ท่านสามารถแบ่งหรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนตัวและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3 (7.5)	23 (57.5)	11 (27.5)	3 (7.5)	0	3.65 (เห็นด้วย)	0.74
4. หัวหน้างานของท่านมีการบริหารที่เป็นธรรมาภิบาล	5 (12.5)	22 (55)	13 (32.5)	0 (2.5)	0	3.80 (เห็นด้วย)	0.65
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย						3.76	0.53

ด้านผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับ เห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.73) โดยมีความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ในระดับเห็นด้วยทุกปัจจัยและมีความคิดเห็นในปัจจัยอยู่ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ หัวหน้า เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงานหรือหน่วยงาน (ค่าเฉลี่ย = 3.90) หัวหน้า เป็นบุคคลที่อุทิศตนเองให้กับพนักงานและองค์กร (ค่าเฉลี่ย = 3.85) และหัวหน้าสร้างภาวะสื่อสารแบบสองทางที่เปิดเผยและโปร่งใสให้เกิดขึ้นในองค์กร (ค่าเฉลี่ย = 3.83) ส่วนปัจจัยอยู่ที่มีค่าเฉลี่ย

ความคิดเห็นต่ำสุด 3 อันดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 3 อันดับ คือ 3.60 ประกอบด้วย หัวหน้าสามารถสร้างแรงจูงใจ ให้กับพนักงานในองค์กรเพื่อให้พนักงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หัวหน้าสามารถสร้างแรงปรารถนากระตุ้นให้เกิดจิตสำนึกเพื่อสร้างความกระตือรือร้นในการทำงานให้กับท่าน และหัวหน้าของท่านสามารถดึงศักยภาพของท่านออกมากเพื่อให้ท่านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานด้านผู้นำ

ปัจจัยด้านผู้นำ	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. หัวหน้าของท่านเป็นผู้มีบทบาท สำคัญในการสร้างและพัฒนา ทีมงานหรือหน่วยงาน	8 (20.0)	20 (50.0)	12 (30.0)	0	0	3.90 (เห็นด้วย)	0.71
2. หัวหน้าของท่านสามารถสร้าง ความเข้าใจที่ตรงกันให้กับ พนักงานทั้งองค์กร	6 (15.0)	18 (45.0)	15 (37.5)	1 (2.5)	0	3.73 (เห็นด้วย)	0.75
3. หัวหน้าของท่านสามารถสร้าง ความรู้สึกให้พนักงานตระหนัก และเข้าใจถึงวิสัยทัศน์พันธกิจ และค่านิยมร่วมขององค์กร	6 (15.0)	20 (50.0)	14 (35.0)	0	0	3.80 (เห็นด้วย)	0.69
4. หัวหน้าของท่านสร้างการสื่อสาร แบบสองทางที่เปิดเผยและโปร่งใส ให้เกิดขึ้นในองค์กร	6 (15.0)	21 (52.5)	13 (32.5)	0	0	3.83 (เห็นด้วย)	0.68
5. หัวหน้าของท่านสามารถสร้างแรง จูงใจให้กับพนักงานในองค์กร เพื่อให้พนักงานสามารถทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2 (5.0)	21 (52.5)	16 (40.0)	1 (2.5)	(2.5)	3.60 (เห็นด้วย)	3.63
6. หัวหน้าของท่านสามารถสร้าง แรงประรานากระดับต้นให้เกิด จิตสำนึกเพื่อสร้างความกระตือร รือร้นในการทำงานให้กับท่าน	4 (10.0)	18 (45.0)	16 (40.0)	2 (5.0)	0	3.60 (เห็นด้วย)	0.74
7. หัวหน้าของท่านสามารถดึง ศักยภาพของท่านออกมาเพื่อให้ ท่านสามารถทำงานได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	0	24 (60.0)	16 (40.0)	0	0	3.60 (เห็นด้วย)	0.50
8. หัวหน้าของท่านเป็นบุคคลที่อุทิศ ตนเองให้กับพนักงานและองค์กร	7 (17.5)	21 (52.5)	11 (27.5)	2 (2.5)	0	3.85 (เห็นด้วย)	0.74
9. หัวหน้าของท่านเป็นบุคคลที่เน้น ในเรื่องของการกระจายอำนาจ ให้กับพนักงานในการทำภารกิจ และหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อให้ประสบ ความสำเร็จ	5 (12.5)	20 (50.0)	13 (32.5)	2 (5.0)	0	3.70 (เห็นด้วย)	0.78
10. หัวหน้าของท่านจะจำและให้ ความสำคัญกับความสำเร็จที่ เกิดขึ้นโดยท่านอย่างสม่ำเสมอ	4 (10.0)	21 (52.5)	13 (32.5)	2 (5.0)	0	3.68 (เห็นด้วย)	0.73
รวมระดับความคิดเห็นเฉลี่ย						3.73 (เห็นด้วย)	0.57

ภาพรวมความสุขในการทำงานโดยรวม  
อยู่ในระดับเห็นด้วย (ค่าเฉลี่ย = 3.76) โดยมีความ

คิดเห็นในปัจจัยอย่างทุกปัจจัยอยู่ในระดับเห็นด้วย  
ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ฯ  
ต่อภาพรวมความสุขในการทำงาน

ปัจจัยด้านผู้นำ	ระดับความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย เลขคณิต (แปลผล)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ท่านมีความรู้สึกว่ามีเวลาในการ ทำงานโดยเกิดความรู้สึกสนุกกับ งานและไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล ได้ฯ ในการทำงาน	2 (5.0)	13 (32.5)	22 (55.0)	3 (7.5)	0	3.65 (เห็นด้วย)	0.70
2. ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในงาน โดยเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน พอใจเต็มใจสนใจมีความถูกใจ และยินดีในการปฏิบัติงานของตน	1 (2.5)	8 (20.0)	27 (67.5)	4 (10.0)	0	3.85 (เห็นด้วย)	0.62
3. ท่านมีความรู้สึกกระตือรือร้นใน การทำงานโดยเกิดความรู้สึกว่า อย่างทำงานมีความตื่นตัวทำงาน ได้อย่างคล่องแคล่วรวดเร็วกระฉับ กระ奔เฉื่อยชีวิตชีวานในการทำงาน	1 (2.5)	8 (20.0)	27 (67.5)	4 (10.0)	4 (10.0)	3.78 (เห็นด้วย)	0.66
ระดับความคิดเห็นเฉลี่ย						3.76 (เห็นด้วย)	0.55

### 3. ระดับความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ฯ

จากการศึกษา เมื่อนำระดับความคิดเห็น  
ของเจ้าหน้าที่ฯ ต่อภาพรวมความสุขในการทำงาน  
มาจัดระดับความสุขพบว่าเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต.  
ในอำเภอไทรน้อย ส่วนใหญ่มีระดับความสุขในการ  
ทำงานอยู่ในระดับสูงโดยมีจำนวน 22 คน คิดเป็น  
ร้อยละ 55.0 รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง

จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0

### 4. การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลกับระดับ ความสุขในการทำงาน

จากการศึกษาพบว่า ระดับความสุขใน  
การทำงานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติกับลักษณะส่วนบุคคล ดังตารางที่ 8

## ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความสุขในการทำงาน

ลักษณะส่วนบุคคล	ระดับความสุข	
	F or T	P-value
เพศ	0.36 (T)	0.72
อายุ	0.72	0.55
สถานภาพสมรส	0.22	0.81
การศึกษา	1.87	0.17
ตำแหน่ง	1.21	0.31
รายได้	0.65	0.59
อาชญากรรม	1.42	0.25

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานกับระดับความสุขในการทำงาน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานความสัมพันธ์ในที่ทำงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านค่านิยมร่วมขององค์กรและด้านผู้นำพนไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ฯ ดังตารางที่ 9

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน	ระดับความสุข	
	Pearson correlation (r)	P-value
1. ลักษณะงาน	0.48	0.00*
2. ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	0.48	0.00*
3. ค่านิยมร่วมขององค์กร	0.29	0.07
4. คุณภาพชีวิตในการทำงาน	0.36	0.02*
5. ผู้นำ	0.16	0.32

\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.ในอำเภอไทรน้อย มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 55 และอยู่ในระดับ

ปานกลางร้อยละ 45 และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขกับระดับความสุขในการทำงานพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานความสัมพันธ์ในที่ทำงาน และคุณภาพชีวิตในการ

ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าनิยมร่วมขององค์กรและด้านผู้นำไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสุขในการทำงานซึ่งในด้านลักษณะงานและด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ก็เป็นไปตามความหมายของคำว่าความสุขที่กรมสุขภาพจิต<sup>(4)</sup> ที่ได้ให้ว่า ความสุข คือ การที่เราได้รับความพึงพอใจ ความสมหวังจากสิ่งต่างๆ รอบด้าน เช่น สุข เพราะได้อัญเชิญความที่รักหรือถูกใจ สุข เพราะได้ทำงานที่ถูกใจสุขจากการครอบครัว อันตราย หรือเจอเพื่อนเก่าที่ไม่ได้เจอกันมานาน เป็นต้น และกล่าวว่าปัจจัยหล่ายอย่างทั้งจากปัจจัยภายนอกและภายในในด้านบุคคลมีผลต่อความสุขของตัวบุคคลความสุขของคนนั้นมีปัจจัยมากกว่าเรื่องเงินและเสรีภาพ การมีเพื่อนมีครอบครัวมีงานทำ เป็นความสุขที่นอกเหนือจากเรื่องเงิน ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการสืบ受けหมายแต่เป็นสิ่งสำคัญที่สร้างความสุขของคนด้วย สำหรับด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของศิรินันท์ กิตติสุขสถิต<sup>(5)</sup> ที่กล่าวว่า ความสุขจะมีถูกนำมาใช้ร่วมกับคุณภาพชีวิตซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นมาตรฐานและทุกภูมิที่เกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตเสนอมา ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตซึ่งสามารถสะท้อนการวัดความสุขของบุคคลในระดับที่นำเสนอถือได้และสอดคล้องกับการศึกษาของคอมกริช สุราเรช<sup>(6)</sup> ในประเด็นปัจจัยด้านผู้นำ ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร และด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ที่ได้ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานด้านผู้นำด้านลักษณะงานด้านค่านิยมร่วมขององค์กร และด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานมีผลต่อระดับภาพรวมความสุขในการทำงานในภาพรวมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเข้มข้น 95% ส่วนปัจจัยความสุขในการทำงานด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานไม่มีผลต่อระดับความสุขในการทำงาน ณ ระดับความเข้มข้นดังกล่าว และการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี วงศ์วิระพันธ์<sup>(7)</sup> ที่ได้ศึกษาความสุขของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมได้แก่ การได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในสังคม ความสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาดังกล่าวในการที่จะยกระดับความสุขให้สูงขึ้นจึงต้องมีการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน ความสัมพันธ์ในที่ทำงานและคุณภาพชีวิตในการทำงานในปัจจัยอยู่ที่มีความคิดเห็นค่าคะแนนเฉลี่ยต่อ ซึ่งด้านลักษณะงานประกอบด้วยโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำ ให้ทำงานที่มีความชำนาญ และงานที่ทำมีความน่าสนใจหลากหลาย และท้าทาย ความสามารถ ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงานได้แก่ เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษาเพื่อนได้ทุกเรื่อง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญหรือมีความหมายต่อองค์กร การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานทุก ๆ เรื่อง มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงานและมีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผยและกว้างขวางกับเพื่อร่วมงาน และด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ได้แก่ สามารถแบ่งห้องไว้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนตัวและที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจัยหล่ายประเด็นก็สามารถแก้ได้ด้วยกระบวนการบริหารซึ่งผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสาธารณสุขในระดับอำเภอจะดำเนินการต่อไปและในเบื้องต้นตัวของผู้ศึกษาเองก็ต้องแก้ไขปรับปรุงตัวเองตามกำหนดหน้าที่ทางบริหารควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น ต้องมีภาวะผู้นำ มีความเป็นธรรม ซื่อสัตย์

โปรดใช่มีมนุษย์สมพันธ์ที่สุภาพ รักษาคำพูด เป็นตัวอย่างที่ดี คิดวิ่งสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าหากตัวเราเป็นผู้บริหารที่ดีแล้วผู้ใต้บังคับบัญชา ก็จะเคารพ ศรัทธา เชื่อถือและเมื่อเป็นเช่นนั้นเราจะสามารถที่จะแนะนำแนวทางในการทำงานให้กับหัวหน้า รพ.สต.เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารงานใน รพ.สต.ต่อไป และถ้ามีโอกาสที่ต้องคัดเลือกบุคคลขึ้นเป็นหัวหน้า รพ.สต. ก็ต้องมีการคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมโดยใช้แนวทางดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งมีการมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และความต้องการของหน้าที่ ให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อจะได้มีโอกาส ก้าวหน้าในหน้าที่การงานต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย คุณรวมศิริ เมนะโพธิ คณะพัฒนาทรัพยากรัฐมนตรี สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลปากคลองหมู่อมเรียม อำเภอ ไทรน้อย ที่ได้ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

### เอกสารอ้างอิง

1. ธนาคารกรุงไทยจำกัด(มหาชน). ข้อมูลการ พนักงาน. 2552 [10 ตุลาคม 2557]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.ktb.co.th>
2. รวมศิริ เมนะโพธิ. เครื่องมือวัดการทำงาน อย่างมีความสุข กรณีศึกษานักศึกษาภาคพิเศษ ระดับปริญญาโท สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ [สารนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2551.
3. วัฒนา ศิริพานิช. จิตวิทยา: หลักการสร้าง แบบสอบถามทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2533.
4. กรมสุขภาพจิต. จิตวิทยาแนวพุทธ. 2552 [10 ตุลาคม 2557]; เข้าถึงได้จาก : [http:// www.dmh.go.th](http://www.dmh.go.th)
5. ศิรินันท์ กิตติสุขสกิต, เqlimพล หอมจันทร์. คุณภาพชีวิต การทำงานและความสุข. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพลส; 2556.
6. คงกริช สุราเวช. ความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ชุมพร [สารนิพนธ์ปริญญาบัตรรุก起] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
7. เมธี วงศ์วีระพันธุ์. ความสุขของบุคลากร ทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2556; 44(1): 3-15.

## **Abstract**

The purposes of this study were to study the happiness level at workplace and factors affecting such happiness among 40 health personnel in Tambol health promoting hospitals in Sainoy district, Nonthaburi province. Self – administered questionnaire was used for collection of data which included personal characteristics and happiness levels at workplace. Data were analyzed by a computer software and used statistics including percentage, mean, standard deviation, chi-square test and Pearson correlation.

The analysis revealed that the majority of the participants were female and in age group of 41 to 50 years old. Most of them were married, had bachelor's degree of education, had monthly income between 30,001 to 40,000 baht and had experience in official health work between 21 to 30 years. The results showed that 55.0 % reported high happiness level at workplace and 45.0% reported moderate happiness level. There were no significant associations between happiness levels and personal characteristics. Job characteristics, personal relationship at workplace, organization's share value and quality of work life correlated significantly with happiness levels. Leadership did not correlate significantly with happiness levels.

Although the study health personnel had high or moderate happiness levels at workplace, factors affecting increased happiness levels should be strengthened to increase and maintain high happiness level among the personnel.

***Keywords : Happiness at workplace Health personnel Tambol health promoting hospital***

## การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของเขต 2

### Teenage Pregnancy Prevention and Solving in Region 2

ทรงศนี ธรรมานันท์

ศูนย์อนามัยที่ 2 สารบุรี

Thassanee Thammatanawat

2nd Regional Health Promoting Center, Saraburi

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อขออธิบายกระบวนการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกลุ่มคณะกรรมการ แนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของกลุ่มผู้นำ ในอำเภอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 แห่ง โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิธีการศึกษาได้ศึกษาในพื้นที่ 4 แห่ง คือ 1) อำเภอวังม่วง จังหวัดสารบุรี 2) อำเภอหนองม่วง จังหวัดลดพบุรี 3) อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี 4) อำเภอบ้านนา จังหวัดศรีสะเกษ ที่ศึกษา คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2556

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในวัยรุ่น ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการและคณะกรรมการดำเนินการมีตัวแทนมาจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานโครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปปัจจัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน, มีฐานข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นโดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและเก็บข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติมโดยวิธีการทำวิจัย, มีการจัดทำแผนการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสัมคมที่เป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการตามแผนผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย, มีกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเรื่องเอดส์ เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การดูแลสุขภาพ การป้องกันพุทธิกรรมด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุรา ยาเสพติด บุหรี่, มีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง อื่น มีระบบส่งต่อ มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน

ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกลุ่มคณะกรรมการ คือ ปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริมสำหรับแนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของกลุ่มผู้นำในอำเภอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง พบว่า รับทราบและสนใจสถานการณ์ปัญหา มีวิสัยทัศน์และมุ่งมองในการแก้ไขปัญหาอย่างกว้างไกล

**คำสำคัญ :** การป้องกัน, แก้ไขปัญหา, การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หรือ บางครั้งใช้คำว่า Adolescent pregnancy หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี<sup>(1)</sup> การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่นับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น และติดอันดับต้น ๆ ของเอเชีย สาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2554<sup>(2)</sup> พบว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่พบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแม้วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 12 ปี มีสาวมีอายุ 15 ปี แม่วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุตั้งแต่ 13 ปี ลงมากที่สุดคือภาคกลาง (ร้อยละ 4.4) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 4.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) ทั้งนี้แม่วัยรุ่นในภาคใต้ ไม่ได้คุณกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) ส่วนแม่วัยรุ่นในภาคอีสานใช้ถุงยางอนามัยคุณกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ทั้งนี้แม่วัยรุ่นภาคอีสานตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ เพราะไม่มีทางเลือกมากที่สุด แม่วัยรุ่นที่พยายามทำแท้งแต่ไม่สำเร็จ พบมากที่สุดในภาคอีสาน น้อยที่สุดที่ภาคใต้ แม่วัยรุ่นโดยส่วนใหญ่แพนท์อาชญากรรมก่อต้นเอง โดยพบว่ามีแพนท์มีอายุในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 62.9 สถิติดังกล่าวย้ำให้เห็นว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้วัยรุ่นหันมาใช้มาตรการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้ช้าลง ใช้วิธีการคุณกำเนิดที่เหมาะสมสมทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ มีผลลัพธ์อำนาจเพียงพอที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อค้นพบจากการ

วิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ชี้นำว่า การห้ามวัยรุ่นชายต่ำกว่า 20 ปี ไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะการรับรู้ของเด็กเองที่เห็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่ใช่ความผิดเพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่ชอบ การลักษณะมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นความท้าทาย ประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นอยู่จากสื่อต่าง ๆ ของมีนมา และสิ่งส่งเสริมที่มีอยู่ทั่วไปรอบ ๆ ตัวเด็ก ดังนั้นเด็กวัยรุ่นหญิงทุกคนไม่ใช่จะเป็น “เด็กเที่ยว” หรือ “เด็กเรียน” ต่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2551 – 2555) การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งในจำนวนนี้มีแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด 8 ปี<sup>(3)</sup> โดยกระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมายลดอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี พัฒนาให้สอดคล้องตามเกณฑ์สากลขององค์กรอนามัยโลก จากรายงานข้อมูลนิเตอร์ประเทศไทย ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 23 ธันวาคม 2556 พบว่า มีเด็กเกิดทั้งหมด จำนวน 481,279 คน เป็นเด็กที่เกิดจากมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 85,306 คน คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 17.73 ของการเกิดทั้งหมด และจำนวนนี้เป็นเด็กที่เกิดจากมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,188 คน

วัยรุ่นจำนวนมาก ไม่คิดว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงบางคนไม่มีความรู้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยง<sup>(4)</sup> วัยรุ่นหญิงจำนวนมากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และเมื่อป้องกันแล้วใช้วิธีที่ได้ผลน้อยมาก พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นำมาซึ่งปัญหาสำคัญของวัยรุ่นไทย วัยรุ่นควรมีความรู้ที่ปรึกษามิทักษะที่จะเข้าใจความต้องการของตนเอง และช่วยตนเองได้ในสถานการณ์วิกฤต ซึ่งกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาปัจจุบันใน

ส่วนจังหวัดของเขต 2 คือ สะบูรี ลพบุรี สิงห์บุรี และนครนายกมีหลายอำเภอได้ดำเนินการขับเคลื่อน การดำเนินงานโครงการกิจกรรมต่าง ๆ ลงพื้นที่ ซึ่ง แต่ละอำเภอการขับเคลื่อนโครงการ และกิจกรรม จะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นให้มีความยั่งยืน และต่อเนื่องจนสามารถลดจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้นั้น มีความน่าสนใจ ผู้วิจัยจึงเกิด แนวคิดที่จะทำการศึกษาเพื่ออธิบายรายละเอียด ต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอตั้นแบบคืออำเภอที่สมควรเข้า ร่วมโครงการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของศูนย์อนามัยที่ 2 สะบูรี ซึ่งเป็นอำเภอที่มีคณะกรรมการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มี องค์ประกอบของคณะกรรมการจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มาทำงานร่วมกัน คณะกรรมการมีความเข้มแข็ง ตั้งใจทำงานเพื่อแก้ไข ปัญหาของวัยรุ่นในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีความ ต่อเนื่องจนสามารถเป็นต้นแบบให้อำเภออื่นที่เริ่ม ดำเนินการสามารถนำร่องการและแนวคิดต่าง ๆ ไป ประยุกต์ใช้ได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบวนการดำเนินงานป้อง กัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ในอำเภอตั้นแบบที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนิน งานของกลุ่มคณะกรรมการในอำเภอตั้นแบบที่มีการ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

3. เพื่อศึกษาแนวคิดและวิธีการบริหาร จัดการของกลุ่มผู้นำในอำเภอตั้นแบบสู่ความสำเร็จ ในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้ง ครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

### วิธีการศึกษา

#### 1. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบวนการดำเนินงาน ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ตลอดจน ศึกษาแนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของผู้นำใน อำเภอตั้นแบบที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) จังหวัดสะบูรี อำเภอวงศ์เมือง 2) จังหวัด ลพบุรี อำเภอหนองม่วง 3) จังหวัดสิงห์บุรี อำเภอ ท่าช้าง 4) จังหวัดนครนายก อำเภอปานนา ซึ่ง ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้คือ

#### 2. กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง

กลุ่มคุณภาพรุ่นของกลุ่ม ดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นใน อำเภอตั้นแบบ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำ ได้แก่ นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียนบาล พะ นายกองค์กรการ บริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 2 คน รวม 8 คน 2) กลุ่มคุณภาพทำงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรบริหาร ตำบล ครู แกนนำเยาวชน อ.ส.ม.แกนนำชุมชน อำเภอละ 10 คน รวม 40 คน

#### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การสร้างความสัมพันธ์กับ กลุ่มผู้นำและกลุ่มคุณภาพทำงานในอำเภอประสา พื้นที่ที่รับผิดชอบเพื่อขอรายชื่อกลุ่มผู้นำและกลุ่ม คุณภาพทำงาน เชิญร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหา ข้อมูลการดำเนินงานย้อนหลัง จนทุกคนเกิดความ คุ้นเคยและยอมรับผู้วิจัยและคณะ เกิดการสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงลึก

##### 3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

ใช้วิธีการ ดังนี้

1) การสนทนากลุ่ม

ใช้การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง ใน 6 ประเด็น คือ 1.1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 1.2) การวางแผนและการดำเนินงาน 1.3) สุานข้อมูล 1.4) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 1.5) กิจกรรมดำเนินงาน 1.6) ระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ ได้แก่ กลุ่มคนทำงานกลุ่มละ 10 คน

## 2) การสัมภาษณ์

ใช้วิธีการดังนี้ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง คล้ายกับการใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้าง ไม่จำกัดคำตอบและยืดหยุ่น ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบายแนวคิดของตนเองไปเรื่อยๆ ใน 4 ประเด็น คือ 2.1) ข้อมูลทั่วไป 2.2) ปัจจัยนำ 2.3) ปัจจัยเอื้อ 2.4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ กลุ่มคนทำงานกลุ่มละ 10 คน

3) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ใน 2 ประเด็น คือ 3.1) แนวคิด 3.2) การบริหารจัดการ ได้แก่ กลุ่มผู้นำแห่งละ 2 คน

## 4. เครื่องมือ

ผู้จัดใช้เครื่องมือที่หลากหลาย บันทึกประกายการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงเก็บข้อมูลเป็นหลัก พร้อมด้วยการบันทึกการสนทนาระหว่างผู้จัดและผู้ถูกสัมภาษณ์ ในการจดบันทึกได้ทำดังนี้ข้อมูลอย่างคร่าวๆ ไว้เพื่อให้ง่ายต่อการจำแนกและการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย ผู้จัดดำเนินการด้วยเครื่องมือต่างๆ ดังนี้

4.1 การสนทนากลุ่ม ได้ใช้การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus Group Discussion) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปเชื่อมโยงกับความรู้ทัศนคติความเชื่อ ความคิดเห็น

4.2 การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอบถามและผู้ตอบภัยตัวกูเกลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วบรวมข้อมูล เป็นการสนทนากาย่ามีจุดหมายเป็นหลัก โดยอาจแบ่งออกได้ ดังนี้คือ

1) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง หรือการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Structured interview or formal interview) การสัมภาษณ์คล้ายกับการใช้แบบสอบถาม คำถามต่างๆ ถูกกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์

2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal interview เป็นการสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ และยืดหยุ่น มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีอิสระที่จะอธิบายแนวความคิดของตนเองไปเรื่อยๆ

## 5. แหล่งข้อมูล

ใช้พื้นที่ 4 จังหวัดได้แก่ 1) จังหวัดสระบุรี อำเภอวังม่วง 2) จังหวัดลพบุรี อำเภอหนองม่วง 3) จังหวัดสิงห์บุรี อำเภอท่าช้าง 4) จังหวัดนครนายก อำเภอปานนา

6. ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล : พฤษภาคมถึงมิถุนายน 2556

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้จัดได้นำวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป โดยการจำแนกประเภทข้อมูล (Typological analysis) แบบไม่ใช้กฎภีตامขั้นตอน คือ 1) จำแนกข้อมูลออกเป็นประเภท (Categories) ตามประเด็นที่กำหนด 2) ประมาณประเภทข้อมูลและคุณลักษณะ (Properties) ของข้อมูลเข้าด้วยกันเป็นการสั่งสมข้อค้นพบหรือข้อสรุปปัจจุบันแล้วเชื่อมโยงข้อมูลภายในแต่ละประเด็นและระหว่างประเด็นที่กำหนดไว้ 3) ขยายการเปรียบเทียบให้กว้างขึ้นแล้วเลือกเน้นเหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญ ซึ่งจะช่วยทำให้ได้ข้อสรุป หรือมีความหมายมากที่สุดต่อประเด็นที่ศึกษา

## การตรวจสอบข้อมูล

แบบสามเหล่า ด้านวิธีรับร่วมข้อมูล (Methodological Triangulation) จากวิธีการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสนทนากลุ่ม การสังเกต ในข้อมูล 6 ประเด็น คือ 1.1) การจัดตั้งคณะกรรมการ 1.2) การวางแผนและการดำเนินงาน 1.3) สุาน

ข้อมูล 1.4) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 1.5) กิจกรรมดำเนินงาน 1.6) ระบบการคุ้มครองข้อมูล และส่งต่อ แบบสามเส้าด้านวิธีรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) จากวิธีการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกตในข้อมูล 4 ประเด็น คือ 2.1) ข้อมูลทั่วไป 2.2) ปัจจัยนำ 2.3) ปัจจัยเชื้อ 2.4) ปัจจัยเสริมแบบสามเส้าด้านวิธีรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) จากวิธีการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกตในข้อมูล 2 ประเด็น คือ 3.1) แนวคิด 3.2) การบริหารจัดการ

### ผลการศึกษา

#### ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ

1. กระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในอำเภอต้นแบบที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มคณะกรรมการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ทั้ง 4 แห่ง ได้สะท้อนให้เห็นสมรรถนะในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จนำไปสู่การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 6 ด้านดังนี้

1.1 ด้านการจัดตั้งคณะกรรมการพบฯ ในอำเภอต้นแบบทั้ง 4 แห่ง มีการแต่งตั้งที่ปรึกษา คณะกรรมการและทำงานกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน คณะกรรมการ คณะกรรมการ ดำเนินการ มีตัวแทนมาจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภาคเอกชน แกนนำชุมชน กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เช่น อำเภอวังม่วง มีคณะกรรมการ จากโรงเรียนวังม่วง วิทยาลัยเรียนอนุบาลวังม่วง โรงเรียนจำรัสวิทยา รพ.สต. เครือข่ายอำเภอวังม่วง 7 แห่ง สถานีตำรวจน้ำอำเภอ

วังม่วง อบต./เทศบาล กลุ่มจิตอาสาพุทธศาสนา วัดภิบาล มีที่ปรึกษาคือ นายอำเภอ สาธารณสุข อำเภอวังม่วง ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลวังม่วง สหธรรม หัวหน้ากลุ่มงานเขตปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงเรียนพยาบาลวังม่วงสหธรรม เจ้าอาวาสวัดภิบาล ในอำเภอหนองม่วงมีคณะกรรมการจากเครือข่าย สมัชชาสุขภาพอำเภอหนองม่วง คณะกรรมการสถานศึกษาอำเภอหนองม่วง องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำจากศูนย์เพื่อนใจวัยใส่ครูให้คำปรึกษาในโรงเรียน มีที่ปรึกษาคือ นายอำเภอ เจ้าอาวาสวัดศรีรัตนศาสดารามช่อนสมบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอหนองม่วง สวน稼เภอท่าช้าง มีคณะกรรมการจากชุมชน夷เวชคนลีเขียวกลุ่ม DJ วัยใส่ ครูและนักเรียนโรงเรียนวัดภิหารขาว เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนตำบล รพ.สต. เครือข่าย มีที่ปรึกษาคือ นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลท่าช้าง แพทย์ให้คำปรึกษาประจำคลินิกวัยรุ่นของโรงเรียนพยาบาลท่าช้าง สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง และอำเภอบ้านนา มีคณะกรรมการจากผู้รับผิดชอบแม่และเด็ก ผู้รับผิดชอบเยาวชน หัวหน้ากลุ่มงานเวชฯ จิตสังคม ห้องคลอด สสอ./รพ.สต. เทศบาล/อบต. ผู้แทนครุภัณฑ์/ขยายโอกาส แกนนำเยาวชน อบส. มีที่ปรึกษา คือนายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลบ้านนา นายกองค์กรบริหารส่วนตำบลบ้านนา สาธารณสุขอำเภอบ้านนา

1.2 ด้านการวางแผนและการดำเนินงาน พบฯ ในอำเภอต้นแบบทั้ง 4 แห่ง มีข้อมูลพื้นฐาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปจัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานโครงการที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานปีละ 1 - 3 ครั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการร่วมกัน เช่น อำเภอวังม่วงได้ประชุมผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นครือข่าย CUP วังม่วง รับทราบสถานการณ์ และปัญหาดำเนินการเปิดคลินิกวัยรุ่นในรพสต. ทุกแห่ง มีการ

นำเรื่องเข้าประชุมหารือในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาวัยรุ่นและเยาวชน ใน ambit ของม่วง มีการประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล มีเวทีระดมความคิดรวมพลังตำบลชอนสมบูรณ์ มีเวทีสมัชชาสุขภาพประจำเดือนการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมกำาเอยหน่องม่วง มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ มีแผนปฏิบัติการระดับโรงพยาบาล “ คลินิกบริการฯ ” มีแผนปฏิบัติการระดับตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ มีแผนปฏิบัติตามของสถานศึกษา ศูนย์เพื่อนใจวัยใส ส่วนอำเภอท่าซางมีการประชุมคณะกรรมการ ทุก 3 เดือน วางแผนการทำงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินตนเอง อำเภอบ้านนา มีการประชุมทำแผนชุมชนร่วมกับห้องถิ่น ประชุมคณะกรรมการศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน มีแผนงานโครงการโดยการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน เช่น โครงการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของรพ.สต.บ้านทาง الغربية โครงการคุยเรื่องเพศกับลูก แกนนำร่วมชุมชน อำเภอบ้านนา โครงการเสริมทักษะฟ่อแม่วัยเยาว์

1.3 ด้านฐานข้อมูล พบร่วมกับในอำเภอ ด้านแบบมีข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการเก็บข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติมโดยวิธีการทำวิจัยสำรวจหาข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ นำมารวิเคราะห์และคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน เช่น อำเภอวังม่วงมีข้อมูลวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ ช/ญ จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุต่ากกว่า 20 ปี/ต่ากกว่า 15 ปี จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนรับวิธีการคุณกำหนดที่เหมาะสมกับวัย ยานี้คุณกำหนด ยาฉีดคุณกำหนด โรคเอดส์ (วัยรุ่นและเยาวชน) ใน ambit ของม่วงมีข้อมูลสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์อายุต่ากกว่า 20 ปี พ.ศ.2549-2555 ข้อมูลการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์อายุต่ากกว่า

20 ปี เชิงลึก เก็บข้อมูลสถานการณ์จากแบบสอบถามนักเรียนหญิงจำนวน 366 คน ทำให้เป็นข้อมูลนักเรียนหญิงในสถานศึกษา และข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน มีการแสวงหาข้อมูลในโรงเรียนจากแกนนำนักเรียนที่ร่วมกิจกรรม Hotline ข้อมูลในคลินิก ANC จากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ข้อมูลในชุมชนจาก อสม. มีการจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ CUP ส่วนอำเภอท่าซางมีข้อมูลประชากรวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี โรคเอดส์ OSCC ยาเสพติด ข้อมูลอัตราของหญิงอายุ ต่ากกว่า 20 ปี ฝักครรภ์ครั้งแรก อัตราคลอดต่อ 1,000 ของหญิงอายุ 15-19 ปี วิธีการคุณกำหนดของวัยรุ่น/เยาวชน ศึกษาวิจัยเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี นักศึกษาชั้น ปวช.2 วิทยาลัยเทคนิคสิงห์บุรี แห่งที่ 2 ปี 2556 และอำเภอบ้านนา เก็บข้อมูลร้อยละของแม่คลอดบุตร อายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 51 - 55 มีการทำการศึกษาวิจัย 2 เรื่อง คือ 1) ศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอบ้านนา จังหวัดคน aby ในส่วนของการคืนข้อมูลสู่ชุมชนพบว่าได้ทำทั้ง 4 อำเภอ โดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่นั้นนำเสนอต่อคณะกรรมการและชุมชนในเวทีต่างๆ เช่นอำเภอวังม่วงมีการประชุมผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่นเครือข่าย CUP วังม่วงเพื่อรับทราบสถานการณ์และปัญหานำเรื่องเข้าประชุมหารือในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ใน ambit ของม่วง เซี่ยงผู้เกี่ยวข้อง เช่น คุณผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าอาวาสวัดร่วมประชุมเพื่อคืนข้อมูลต่างๆ ให้กับชุมชน และสถานศึกษาใช้วางแผนการทำงาน ส่วนอำเภอท่าซางมีการประชุมปรึกษาหารือ ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวางแผน จัดทำแผนงานโครงการ มีการสื่อสาร ทำความเข้าใจในการดำเนินงานให้กับทุกหน่วยงาน มีการจัดทำทำเนียบเครือข่าย /ระบบส่งต่อ และอำเภอบ้านนา

คืนข้อมูลสู่ชุมชนโดย นำเสนอบลวิจัยและปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ภาคเครือข่าย โดยมี นายอำเภอเป็นประธาน

1.4 ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ พบฯ ในอำเภอต้นแบบ มีการจัดทำแผนการสื่อสาร เพื่อสร้างกระแสความที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการดำเนินการตามแผนเพื่อสร้างกระแสสังคม มีการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ วิทยุ เสียงตามสาย การรณรงค์ เฟสบุ๊ค มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม ปีละ 1-3 ครั้ง เช่น อำเภอวังม่วง มีการประชาสัมพันธ์บริการและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในหลายช่องทางให้เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชน ครอบคลุม ชุมชน เครือข่าย และประชาชนทั่วไป ได้แก่ แผ่นประชาสัมพันธ์ เสียงตามสาย วิทยุชุมชน การอบรม การประชุม ในอำเภอหอนองม่วง รณรงค์และอบรมให้ความรู้ นักเรียนทุกคนให้เบอร์โทรศัพท์ Hotline เพื่อให้คำปรึกษา แก่นักเรียน และครูอนามัยโรงเรียน ส่วนอำเภอท่าช้างมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทาง facebook แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชนโดย ดีเจวายไอ และอำเภอบ้านนา มีวิทยุชุมชน โดย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ทาง facebook นามบัตร

1.5 ด้านกิจกรรมดำเนินงาน พบฯ ในอำเภอต้นแบบ มีกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา เรื่องเอดส์ เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพ และมีกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุรา ยาเสพติด บุหรี่ เช่น อำเภอวังม่วงบริการ (เยาวชนอายุ 10-24 ปี) บริการปรึกษา การตั้งครรภ์ เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการปรึกษา ด้านสุขภาพจิตและการป้องตัวบริการปรึกษา ปัญหายาเสพติด บริการถุงยางอนามัยพรีบริการ อื่น ๆ ตามลักษณะปัญหาและความต้องการของเยาวชน ในอำเภอหอนองม่วง รณรงค์สร้างกระแส การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วันวานเลนไทน์ วันเอดส์โลก ส่วน

อำเภอท่าช้างสร้างกระแสวันเอดส์โลก 1 ธันวาคม ของทุกปี โครงการฝ่ายระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับเอดส์ไอวี DJ วัยใส่ใจปัญหาเอดส์ Smart Life (อบรมหักษีชีวิตฯ) กิจกรรมคนไทยใจอาสา นำโดย กลุ่มผู้นำชุมชน (อสม.) ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นโรงเรียน ท่าช้างวิทยาการ และอำเภอบ้านนากระเป้าขาย ตรงความรู้และคุณชูวัยสอน จดหมายถึงลูกรัก โครงการว้าวุ่นชุมชน โครงการคุยเรื่องเพศกับลูก

1.6 ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ พบฯ ในอำเภอต้นแบบ มีระบบดูแลช่วยเหลือ นักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และปัญหาพฤติกรรมเดี่ยงอื่น เช่น การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยาเสพติด สุรา บุหรี่ เกมส์ มีระบบส่งต่อสำหรับนักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ปัจจุบันบริการสาธารณสุข มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านสำหรับนักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น อำเภอวังม่วงทำทะเบียนทำเนียบข้อมูลองค์กรเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อ-มีการทำความเข้าใจ ความร่วมมือ ระบบการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และการประสานงานแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารข้อมูลของผู้รับบริการให้แก่น่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของวัยรุ่นและเยาวชน มีการติดตามดูแลผลการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อและนำผลมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนา และมีการแก้ไขปัญหาจากการส่งต่อ-มีการรับ การส่งต่อจากเครือข่ายเงินนำวัยรุ่น และเยาวชนรวมทั้งเครือข่ายอื่น ๆ ในอำเภอหอนองม่วง มี Teenage preg. Nong maung Model ส่วนอำเภอท่าช้างมีการจัดทำผังระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ และอำเภอบ้านนา มีผังการส่งต่อทะเบียนเครือข่ายและการติดตามเยี่ยมบ้าน

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกลุ่มคนทำงานในอำเภอต้นแบบที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง

จากการการสัมภาษณ์กลุ่มและการสัมภาษณ์กลุ่มคณะทำงาน ในจำนวนตัวแบบที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จำนวน 40 คน ได้แก่ นักวิชาการ สาธารณสุข พยาบาล ครู เจ้าหน้าที่จากเทศบาล และ อปต. แกนนำวัยรุ่น อ.ส.ม. เมืองบ้าน มีผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.5 และรองลงมาเพศชายร้อยละ 24.5 มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี อายุระหว่าง 15 – 34 ปี ร้อยละ 15 อายุระหว่าง 35 – 54 ปี ร้อยละ 45 อายุระหว่าง 45 – 60 ปี ร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการร้อยละ 80 รองลงมา อ.ส.ม. เมืองบ้าน ร้อยละ 20 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 87 รองลงมาโสดร้อยละ 10 และหม้ายร้อยละ 3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 81 รองลงมา ปวช./ปวส. ร้อยละ 4 มัธยมศึกษาร้อยละ 10 และประถมศึกษาร้อยละ 5

2. ปัจจัยนำ จากการศึกษาพบ 2 ประเด็น คือ

1) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของพื้นที่รับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3. ปัจจัยอื่น พบร่วมกับปัจจัยที่อื่นให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มี 4 ประเด็น คือ

1) การได้รับรางวัลและความภาคภูมิใจ

2) การสร้างนวัตกรรม

3) การได้เป็นแหล่งศึกษาดูงาน

4) การได้เป็นวิทยากรถ่ายทอดความสำเร็จเป็นต้นแบบแก่อำเภออื่นๆ

4. ปัจจัยเสริม พบร่วมเสริมที่ส่งผลให้กิจการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มี 5 ประเด็น คือ

1) การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มผู้นำและชุมชน

2) การได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3) การติดตาม ย้ำเตือนกระทรวงตั้นให้คำแนะนำจากผู้นิเทศงาน

4) การร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5) มีการบูรณาการงานโครงการต่างๆ เข้ามาร่วมป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นส่วนปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานของกลุ่มคณะทำงานพบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของคณะกรรมการในการดำเนินงาน คือ คณะกรรมการส่วนใหญ่รับผิดชอบงานมากหนึ่งคนรับผิดชอบงานประจำหลายอย่างและมีเวลาว่างในการประชุมไม่ค่อยตรงกัน ดังนั้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหา คือใช้วิธีการบูรณาการกับงานประจำ เช่น ประชุมคณะกรรมการในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ หรือประชุมในการประชุมประจำเดือนของอำเภอซึ่งมีนโยบายเป็นประธาน

3. แนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของกลุ่มผู้นำในอำเภอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำ ในอำเภอต้นแบบที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จำนวน 8 คน ได้แก่ พระ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ ได้สะท้อนให้เห็นแนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของกลุ่มผู้นำในอำเภอต้นแบบในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จนำไปสู่การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง 7 ด้าน ดังนี้

1) รับทราบและสนใจสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในอำเภอที่รับผิดชอบ มีวิสัยทัศน์และมุ่งมองในการแก้ไขปัญหาอย่างกว้างไกล

2) มีความตระหนักที่จะหาภาคีเครือข่ายร่วมกันแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ชุมชน แกนนำเยาวชน

3) ใช้อำนาจและบารมีดึงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมประชุมและเป็นภาคีเครือข่ายร่วมกันแก้ไขปัญหา

4) มีการติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เช้าร่วมประชุม ให้คำแนะนำแก่กลุ่มคนทำงาน

5) มีความเป็นมิตร เมตตา ใช้ความศรัทธา การอุ่นใจ การนิมนต์นำใจ ให้รางวัลและคำยกย่องชมเชย

6) มีส่วนร่วมปฏิบัติเป็นแบบอย่างในการร่วมกิจกรรมต่างๆที่กลุ่มคนทำงานได้ดำเนินการอยู่

7) สับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ ทั้งเรื่องคน งบประมาณ และสิ่งของ

### วิจารณ์

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นงานที่ท้าทายและต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจึงจะทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและต่อเนื่องจนสามารถลดจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ จากผลการศึกษาในประเด็นที่ 1. รูปแบบกระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น จากปัจจัยสُภาพัฒนา 6 ด้านคือ 1) ด้านการจัดตั้งคณะกรรมการ 2) ด้านการวางแผนและการดำเนินงาน 3) ด้านฐานข้อมูล 4) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 5) ด้านกิจกรรมดำเนินงาน 6) ด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสนับท่า เลขาหันท์<sup>(5)</sup> ที่กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมแต่ละทีม จะต้องมีองค์ประกอบพื้นฐานที่จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ซึ่งในแต่ละทีมจะต้องประกอบด้วยบุคคลดังต่อไปนี้ 2 คน ขึ้นไป มาทำงานร่วมกันอย่างสมัครใจมีวัตถุประสงค์

และเป้าหมายเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในทีมแบบมีแบบแผน มีการพึงพาอาศัยซึ่งกันและกัน ใน การปฏิบัติงาน มีการเผชิญหน้าเพื่อแก้ปัญหาจ่วงกันผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพสูงซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพร จิราวดน์กุล<sup>(2)</sup> ที่กล่าวว่าการบูรณาการเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เน้นความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชน สามารถบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำของเครือข่ายภาคีที่มีอยู่แล้วในชุมชนได้โดยสนับสนุนให้องค์กรในชุมชนซึ่งอาจเป็นองค์กรที่มีอยู่เดิม หรือองค์กรใหม่ที่ทำงานร่วมกัน และนโยบายป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหน่วยงาน ต้องเป็นนโยบายต่อเนื่อง มีทรัพยากรสนับสนุน และเงินให้เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยให้มีวัยรุ่นเข้ามายield เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานนี้ตั้งแต่การกำหนดมาตรการ ยุทธศาสตร์ วิธีทำงาน และประเมินผลควรใช้ทุกช่องทางที่สื่อสารให้เกิดค่านิยมวัยรุ่นหญิงชายดีไม่มีเพศสัมพันธ์ และสอดคล้องกับจรรยาบรรณ ทับจันทร์<sup>(6)</sup> ที่กล่าวว่า กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา รูปแบบระบบบริการในชุมชนได้นำกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรู้สึกว่าปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัญหาร่วมกัน ทุกคนเป็นเจ้าของปัญหา ทุกคนจึงมีสิทธิในการร่วมแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีคืนข้อมูลให้กับภาคีที่เกี่ยวข้อง จนนำไปสู่กระบวนการกำหนดแนวทางการแก้ไข และการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภาคีในจังหวัด รวมทั้งการเข้ามายield ส่วนร่วมของพ่อแม่วัยรุ่น และผู้นำชุมชนในการเข้ามายield เป็นทีมเครือข่าย แกนนำในการดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้น ใช้กระบวนการสะท้อนปัญหาในพื้นที่ให้กับภาคีที่เกี่ยวข้อง และทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมขับเคลื่อน การขยายเครือข่ายเน้นการดำเนินงานที่มีติดกรอบการพัฒนาและหาโอกาสสร้างความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นอีกกระบวนการที่นำมาใช้ใน

การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อสร้างเครือข่ายการฝึกอบรม และให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่นที่เข้าถึงง่ายในชุมชน ชูปแบบการพัฒนาบทบาทแทนนำชุมชน โดยการสนับสนุนบทบาท อสม. เจ้าของร้านเสริมสวย ร้านขายยา และกลุ่มแทนนำวัยรุ่น สนับสนุนบทบาทแทนนำตามธรรมชาติที่ได้จากการแก้ป้องกันปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกัน

ส่วนประเด็นที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกลุ่มคณะทำงานในอำเภอต้นแบบ ที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องนั้น พบร่วมกับ เกี่ยวกับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม<sup>(7)</sup> ซึ่งกล่าวว่าความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่วนปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น สำหรับปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด

สำหรับประเด็นที่ 3 แนวคิดและวิธีการบริหารจัดการของกลุ่มผู้นำในอำเภอต้นแบบสอดคล้องกับเกินปะณัณฑ์<sup>(8)</sup> ที่กล่าวว่า การเป็นผู้นำเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในอันที่จะก่อให้เกิดการกระทำ กิจกรรม หรือการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุประสงค์ที่พึงต้องการ และบุคคลที่จะได้รับเป็นผู้นำจะต้องมีความสามารถในการจูงใจให้ผู้อื่นปฏิบัติตามความคิดเห็น ความต้องการหรือคำสั่งของตนเองได้ และยังสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้นำของ สมคิดบางไม<sup>(9)</sup> ซึ่งกล่าวว่า ภาวะผู้นำคือการที่ผู้นำขององค์กรใช้อิทธิพลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชา รวมมือกันปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุถึงจุดประสงค์ขององค์กร

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในอำเภอต้นแบบทั้ง 4 แห่ง และการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่องนั้น ผู้ศึกษาพบว่า มี 3 ประการคือ 1) การสื่อสารที่ถูกต้องชัดเจนจนเกิดภาพเป้าหมายที่ชัดแจ้ง trig ของกลุ่มคณะทำงาน ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพเดียวกัน 2) การได้รับการสนับสนุนและคำชี้แนะจากหัวหน้าหรือกลุ่มผู้นำ 3) รางวัลและความภาคภูมิใจต่าง ๆ

### ข้อเสนอแนะ

1. การเริ่มต้นดำเนินงานเพื่อหากลุ่มผู้นำ และกลุ่มคณะทำงาน ควรมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของพื้นที่ และข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในเวที การประชุมต่าง ๆ ในพื้นที่เพื่อหาภาคีเครือข่าย ช่วยทำงาน ช่วยระดมความคิดเห็น ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น มีการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้อย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลกลับมาใช้ติดต่อประสานงานและวางแผนดำเนินการต่อไป

2. เมื่อเกิดแกนนำ ที่ปรึกษา กลุ่มผู้นำ กลุ่มคณะทำงาน แล้วควรดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการ กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน กลุ่มคณะทำงานควรมีตัวแทนมาจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหลากหลาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ภาคเอกชน วัด แกนนำชุมชน อ.ส.ม. ผู้ปกครองวัยรุ่น กลุ่มวัยรุ่น และเยาวชน

3. คณะกรรมการควรมีการนำข้อมูลที่รวบรวมไว้อย่างมีระบบมาใช้ประชุมและวางแผนดำเนินงาน จัดทำแผนงานโครงการร่วมกัน จัดทำแผนกิจกรรมที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีการดำเนินกิจกรรมตามแผน ประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องปีละ 1 - 3 ครั้ง สามารถปรับแผนกิจกรรมได้ทันท่วงที่เมื่อพบปัญหาและ

อุปสรรคต่าง ๆ มีการสรุปผลการดำเนินงานและกิจกรรม ตลอดจนการดำเนินงานร่วมกันประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคืนข้อมูลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกปี

4. ควรจัดทำฐานข้อมูลในการดำเนินงานและข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไว้อย่างเป็นระบบ มีการเก็บข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติมโดยวิธีการทำวิจัยสำรวจข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนออย่างสมำเสมอ และคืนข้อมูลที่ได้รับกลับสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดวงจรการทำงานที่เป็นระบบและต่อเนื่อง

5. ควรมีการจัดทำแผนการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ที่เป็นรายลักษณ์อักษร มีการดำเนินการตามแผนเพื่อสร้างกระแสสังคม มีการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ วิทยุ เสียงตามสาย การรณรงค์ เพสบุ๊ค มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคมอย่างน้อย ปีละ 1 – 3 ครั้ง

6. ควรมีการระดมความคิด จัดทำกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกับทำงานวิจัยและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ควบคู่กัน เช่น กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้คุณค่าช่วยสอน (การสร้างโมเดลจำลองช่วยสอนเรื่องเพศศึกษา การใส่ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง) การแสดงละครเวที การเป็นดีเจ การให้คำปรึกษาที่ถูกใจวัยรุ่น การวิจัยเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานแบบต่อเนื่อง 3-5 ปี

7. ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านแก่วัยรุ่นที่มีปัญหาให้ครอบคลุม รวดเร็ว เป็นความลับ ตรงตามความต้องการ

### เอกสารอ้างอิง

1. อุดม เชาวรินทร์. การตั้งครรภ์ในสถาบันสุขภาพ 2

วัยรุ่น เวชศาสตร์มารดาและทารก. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ และคุชาการพิมพ์; 2544.

2. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2556; 2 : 9-11.

3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2555. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ : เอกสารประมาณผลสถิติด้านสังคม 6/2556; กันยายน 2556.

4. ศูนย์อนามัยที่ 2 ยะลา. รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของเขต 2. ยะลา. 2555.(อัดสำเนา)

5. สุนันทา เลาหนันท์. การสร้างทีมงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดี.ดี.บีคส์โปรดิวส์; 2541.

6. จรวรยาวัฒน์ ทับจันทร์. บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการสุขภาพ 15 แห่งทั่วประเทศ; 2556.

7. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. การพัฒนาชุมชนแบบแกนนำและเครือข่ายแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ.มหาสารคาม. 2555. (อัดสำเนา)

8. เกตินี ปายันนันท์. การพัฒนาผู้นำเยาวชนชนบทและผู้นำท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2537.

9. สมคิด บางโม. หลักการจัดการ. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี; 2538.

## **Abstract**

This is a qualitative research aiming to explain the process of teenage pregnancy prevention and problem solving; factors affecting operations of working groups; concepts and management methods of leading groups in the four model districts of which teenage pregnancy has been prevented and resolved continuously. The unstructured interview and focusgroup discussion were used as research tools. The study areas were 1) Wang Muang District, Saraburi 2) Nong Muang, Lop Buri, 3) Tha Chang, Sing Buri, and 4) Ban Na, Nakhon Nayok. The study period was between May - June 2013.

The results revealed that the process of teenage pregnancy prevention and solving consisted of the following. Committees and working groups were officially appointed with specific roles and duties. The committees and working groups were representatives chosen from all organizations. Written project plans were made based on general information. General databases of teenagers were systematically collected and research studies were also conducted to find additional essential information. Communication plans were made to create social signals and then the plans were applied to various channels. Learning activities about sex and AIDS, reproductive health, as well as other preventive health behaviors including issues about alcohol consumption, drug abuse, and smoking were arranged. Consultation services and home visits were provided for students with reproductive health problems and other risk behaviors. Predisposing factors Enabling factors Reinforcing factors were factors that affected the operation of working groups. Concepts and management methods of the leading groups in successful model districts which could prevent and solve teenage pregnancy indicated the following. The leading groups acknowledged and concerned about the situation and had a long - term vision to solve the problem.

***Keywords : prevention, solving, Teenage pregnancy***

ກວະຂາດອອກສັຈນບ່ອງການກໍໄຮກໍໃນໂຮງພຍາບາລເກະຕາ

## Birth Asphyxia at Kokha Hospital

รัชนี พรมศิลป์

## โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

Ratchanee Phromsin

Kokha Hospital, Lampang Province

บทคัดย่อ

**ที่มาและวัตถุประสงค์** ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) เป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งในสามอันดับแรกของทารกตายปริกำเนิด ซึ่งสามารถป้องกัน ฝ่าวรุนแรง และแก้ไขได้ การศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนจะทำให้ทราบถึงแนวทางที่จะลดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ การศึกษานี้ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยรวมรวมข้อมูลทางรากแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนซึ่งคลอดในโรงพยาบาลภาคค่า ระหว่าง 1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2556 ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย birth asphyxia เมื่อทางรากมีคะแนน Apgar ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7

**ผลการศึกษา** พฤதารักษ์แก้เกิดขาดออกซิเจน 40 ราย จากการคลอดมีชีพ 1,293 ราย  
คิดเป็นอัตราเท่ากับ 30.9 : 1000 ของการเกิดมีชีพ สาเหตุที่พบมากที่สุดเท่ากันคือสาเหตุจากตัวเด็กและสาเหตุจากการคลอดและการทำคลอด ส่วนสาเหตุจากการดาบพนัยก่อว่า สาเหตุจากตัวเด็กที่พบมากที่สุด คือ การมีไข้เทปันในน้ำคร่ำ พบร้อยละ 17.5 สาเหตุที่พบมากที่สุดในส่วนที่เกี่ยวกับการคลอดและการทำคลอด คือ การคลอดที่มีระยะที่หนึ่งของการคลอดധyanan และการคลอดที่มีระยะที่สองของการคลอดধyanan พบร้อยละ 10.0 ในแต่ละสาเหตุ สาเหตุจากการดาบพนัยก่อว่า สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวาน พบร้อยละ 7.5 ในแต่ละสาเหตุ เมื่อติดตามอาการที่ 5 นาที พฤതารักษ์คงมีภาวะขาดออกซิเจนหลังการฟื้นคืนชีพแล้ว ร้อยละ 10.0

**สรุป** การดูแลระหว่างคลอด – การทำคลอด และการช่วยพื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และลดอัตราตายปริกำเนิดได้ในที่สุด

**คำสำคัญ** : ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, คะแนน Apgar, ปัจจัยเสี่ยง

## บทนำ

การพยายามปรับเปลี่ยน ให้เป็นไปตามที่ต้องการ ความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพและกุมารเวชกรรม อัตราการพยายามปรับเปลี่ยนของทางการเป็นดังนี้ที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลทางด้านอนามัยแม่และเด็ก สาเหตุการพยายามปรับเปลี่ยนในประเทศไทยปี 2555 สามอันดับแรก คือ พยายามเปลี่ยนรูปแบบ (ร้อยละ 47) ภาระขาดอุบัติเจ็บขณะคลอด (ร้อยละ 14) และความพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 11)(1) สาเหตุอันเนื่องมาจากการพยายามเปลี่ยนรูปแบบและความพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุที่ป้องกันควบคุมหรือแก้ไขได้ยาก แต่การพยายามปรับเปลี่ยนที่มีสาเหตุมาจากภาระขาดอุบัติเจ็บขณะคลอดเป็นปัจจัยที่สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขได้ในการคลอดบุตร

วัตถุประสงค์

เพื่อหาอุบัติการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของหัวใจ เกิดของศรีษะ คือที่คลอดในโรงพยาบาล เกาะค่าเพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและแก้ไขปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถกระทำได้

วิธีการศึกษา

ศึกษาเชิงพรรณนา โดยรวมข้อมูล  
การคลอดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาคใต้ ระหว่าง  
1 ตุลาคม 2551 ถึง 30 กันยายน 2556 ข้อมูลที่

ทำการศึกษา คือ จำนวนทารกคลอดมีชีพ จำนวนทารกมีภาวะขาดออกซิเจน อัตราทารกที่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ชนิดของการคลอด และสาเหตุของ การเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดซึ่งบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล birth asphyxia ของกลุ่มงานห้องคลอด วิเคราะห์ทางสถิติโดยคำนวณหาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดต่อทารกเกิดมีชีพทั้งหมด และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แสดงผลเป็นร้อยละ

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีสตอร์ตั้งครรภ์คลอดบุตรในโรงพยาบาลเกาะค่า จำนวน 1,283 ราย จำนวนทารกเกิดมีชีพ 1,293 ราย (รวมการตั้งครรภ์เฝด) พบรากวชาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด จำนวน 40 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดรากวชาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เท่ากับ 30.9 ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย (ตารางที่ 1) และงสติติทารกแรกเกิดชาดออกซิเจนแยกตามรายปีงบประมาณ พบรากแรกเกิดชาดออกซิเจนในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 5 ราย ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 5 ราย ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 12 ราย ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 10 ราย และปีงบประมาณ 2556 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.6, 2.6, 4.8, 2.6, และ 2.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 อัตราหารากแรกเกิดขาดออกซิเจน แยกตามปีงบประมาณ

ช่วงเวลา	จำนวนทารก Asphyxia	จำนวนทารก แรกเกิดมีชีพ	อัตราทารก Asphyxia : เกิดมีชีพ 1000 ราย
1 ต.ค. 51 - 30 ก.ย. 52	5	192	26.0
1 ต.ค. 52 - 30 ก.ย. 53	5	190	26.3
1 ต.ค. 53 - 30 ก.ย. 54	12	250	48.0
1 ต.ค. 54 - 30 ก.ย. 55	10	378	26.5
1 ต.ค. 55 - 30 ก.ย. 56	8	283	28.3
รวม	40	1,293	30.9

เมื่อวิเคราะห์จากสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งแบ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านการคลอด พบว่าทารกที่ขาดออกซิเจนแรกคลอด มีสาเหตุเกิดจากปัจจัยด้านมารดา 12 ราย ปัจจัยด้านมารดาที่พบเป็นสาเหตุมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมาก

เท่ากับภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (ตารางที่ 2) ปัจจัยด้านทารก 18 ราย เกิดจากทารกมีชีวะปนในน้ำคร่ำมากที่สุด (ตารางที่ 3) สำหรับปัจจัยจากการคลอดและการทำคลอดทำให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 18 ราย เกิดจากการคลอดที่มีระยะที่ 1 ยาวนานมากที่สุด ซึ่งพบมากเท่ากับเกิดจากการคลอดที่มีระยะที่ 2 ยาวนาน (ตาราง 4)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ช่วงเวลา	จำนวนทารก Asphyxia	ร้อยละ
Hypertension	3	25
Gestational diabetes mellitus A1, A2	3	25
Postterm	1	8.3
Intrapartum fever	1	8.3
Chorioamnionitis	1	8.3
No ANC	1	8.3
PROM > 7 hr	1	8.3
Anemia	1	8.3
รวม	12	

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านทารกต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ช่วงเวลา	จำนวนทารก Asphyxia	ร้อยละ
Thick meconium	7	38.9
Preterm	3	16.7
Fetal distress	3	16.7
Oligohydramnios	2	11.1
IUGR	1	5.6
Anomalies	1	5.6
Polyhydramnios	1	5.6
รวม	18	

#### ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงด้านการคลอดต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ช่วงเวลา	จำนวนทารก Asphyxia	ร้อยละ
Prolong first stage	4	22.2
Prolong second stage	4	22.2
Difficult V/E	3	16.7
Cord complication	3	16.7
ใส่ท่อช่วยหายใจยากก่อนผ่าตัดคลอด C/S	2	11.1
Shoulder dystocia	2	11.1
รวม	18	

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการคลอดพบว่า การคลอดทารกด้วยเครื่องดูดสูญญากาศ พบร้อยละ 10.0 รองลงมา คือ การคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 6.9 (ตารางที่ 5)

#### ตารางที่ 5 อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน แยกตามวิธีการคลอด

วิธีการคลอด	จำนวนทารก Asphyxia	จำนวนทารกเกิดมีชีพ	อัตราทารก Asphyxia : จำนวนทารกคลอด มีชีพ (ร้อยละ)
Vacuum Extraction (V/E)	3	30	10.0
Cesarean Section (C/S)	26	379	6.9
Forceps Extraction (F/E)	1	48	2.1
Normal Delivery (ND)	10	834	1.2
Breech Assisting (BA)	0	2	0.0
รวม	40	1293	

เมื่อติดตามอาการทารกแรกเกิดที่ 5 นาที และประเมินคะแนน Apgar อีกครั้ง พบทารกแรกเกิดจำนวน 36 ราย มีคะแนน Apgar มากกว่า 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.0 แต่ยังมีทารกที่ยังคงมีภาวะขาดออกซิเจโนอยู่หลังการช่วยฟื้นคืนชีพแล้วถึง ร้อยละ 10.0 และต้องได้รับการดูแลต่อโดยกุญแจแพทย์ (ตารางที่ 6)

## ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของทารกแรกเกิด จำแนกตามคะแนน Apgar เมื่อปะเมินที่ 5 นาที

คะแนน Apgar ที่ 5 นาที	จำนวน ทารกแรกเกิด	ร้อยละ
มากกว่า 7	36	90.0
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7	4	10.0
รวม	40	100.0

### วิจารณ์

Apgar score เป็นวิธีการประเมินสุขภาพทารกหลังคลอดที่รวดเร็ว ง่าย มีประสิทธิภาพและยังสามารถทำนายถึงอัตราตายของทารกแรกเกิดได้(2)(3) ในกรณีศึกษานี้ใช้คะแนน Apgar ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หมายถึง ภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

เนื่องจากจำนวนหนูนิ่งตั้งครรภ์คลอดบุตรของโรงพยาบาลเกาะคาในแต่ละปีมีมาก การศึกษานี้จึงได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551-30 กันยายน 2556 พบอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (birth asphyxia) ในช่วงเวลาดังกล่าวเท่ากับ 30.9 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสุกicity คุณประดิษฐ์(4) และบรรพจน์ สุวรรณชาติ(5) ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เท่ากับ 34.8 และ 36.1 ต่อ 1,000 การเกิด มีชีพตามลำดับ แต่ยังคงต่ำกว่าข้อมูลของบรรพจน์ เกิดอุบัติการณ์(6) กรมอนามัย(1) และ Ratchatapan tanakorn และคณะ(7) ซึ่งรายงานอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเท่ากับ 45.4, 61.0 และ 73.5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ

จากข้อมูลที่汇报ได้ พบว่า ปัจจัยด้านมาตราที่พบมากที่สุดปัจจัยหนึ่ง คือ ภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบทารกที่ขาดออกซิเจนแรกคลอด จากภาวะดังกล่าว 3 ราย จากจำนวนทั้งหมด 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบรรพจน์ สุวรรณชาติ(5) Ratchatapan

tanakorn และคณะ(7) และมนตรี ภูริปัญญาวนิช(8) ซึ่งพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงในมาตราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีหลอดเลือดแดงหดรัดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณรากลดลง ดังนั้นการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในระยะฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และทักษะในการให้การดูแลและสามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การมีไข้เทาปันในน้ำคร่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านทารกที่พบมากที่สุด พบทารกที่ขาดออกซิเจนแรกคลอดจากภาวะดังกล่าว 7 ราย จากจำนวนทั้งหมด 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรพจน์ เกิดอุบัติการณ์(6) มนตรี ภูริปัญญาวนิช(8) และธีระพันธ์ ทวีธรรมสติต(9) ภาวะน้ำคร่ำปันเป็นไข้เทาสามารถทำให้ทารกแรกเกิดสำลักไข้เทาเข้าปอด (meconium aspiration syndrome) ภาวะนี้พบในอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ แต่จะพบมากในสตรีตั้งครรภ์เกินกำหนด (มากกว่า 42 สัปดาห์) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะทารกเดิบโตข้างในครรภ์(3)(10) ดังนั้นการเฝ้าระวังน้ำคร่ำปันเป็นไข้เทาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการคลอด การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว โดยการเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อดูลักษณะสีของน้ำคร่ำ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โดยการใส่ท่อช่วยหายใจทารกแรกเกิดเพื่อดูดเอาไข้เทาออกและการพัฒนาทักษะ

การช่วยฟื้นคืนชีพหากแรกเกิดของบุคลากรทุกระดับจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะการสำลักขี้เทาเข้าปอด(10)

การคลอดที่มีระยะที่ 1 ของการคลอดบานานและ การคลอดที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดบานาน เป็นปัจจัยด้านการคลอดที่พบมากที่สุดพบทารกที่ขาดออกซิเจนแรกคลอดจากสองภาวะดังกล่าวภาวะละ 4 รายจากจำนวนทั้งหมด 40 รายคิดเป็นร้อยละ 10.0 ในแต่ละภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ธี ภูริปัญญาณิช(8) และ มีระพันธ์ ทวีธรรมสิต(9) การใช้ partograph ในการดูแลการคลอดให้มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่การดำเนินการคลอดไม่เป็นไปตามปกติหรือมีการคลอดระยะที่ 2 นานเกิน 1 ชั่วโมง

เมื่อพิจารณาแยกเฉพาะวิธีการคลอด (mode of delivery) พบรายการใช้สูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอดสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดสูง (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจนหรือภาวะเครียด (fetal distress) อุญกุ่น ทำให้แพทย์ตัดสินใจในการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการทางช่องคลอด เพราะสามารถทำได้อย่างรวดเร็วกว่าการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดคลอด

ปัจจัยด้านการคลอดปัจจัยหนึ่งที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดคือการผ่าตัดคลอด จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าในช่วง 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 มีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเพิ่มสูงกว่าปีก่อน ๆ โดยมีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 48.0 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ จากการบทวนข้อมูลพบว่าในปี ดังกล่าวพบภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในทารกจำนวน 10 รายที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดขณะที่พบภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีนั้น ๆ รวมกันเพียง 2 ราย จากจำนวน

10 รายที่ต้องผ่าตัดคลอด มี 8 รายที่ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด birth asphyxia ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ซึ่งภาวะที่พบได้แก่ thick meconium stain amniotic fluid และภาวะ non reassuring FHR pattern เป็นสาเหตุให้ต้องผ่าตัดคลอด นอกจากนี้ในปัจจุบันมีข้อมูลที่แสดงว่าเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 2 รายที่ต้องผ่าตัดคลอดเนื่องจากมารดา มี previous cesarean scar ที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แม้จะมีปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจจากขณะผ่าตัดคลอดซึ่งคาดว่ามีผลให้หันไปตั้งครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจนในเลือดต่ำจึงมีผลต่อทารกในครรภ์ทำให้เกิดภาวะ birth asphyxia ตามมา ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดคลอดเริ่มเกิดขึ้นในปี 2552 เมื่อโรงพยาบาลเกาะคำเริ่มมีสูติแพทย์ประจำและเริ่มให้บริการผ่าตัดคลอด ในระยะแรกพบปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจจาก เนื่องจากผู้ป่วยบังติงาน ยังมีประสาทการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจหันไปตั้งครรภ์ซ้าย ประกอบกับหันไปตั้งครรภ์บังรายมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มากซึ่งกกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อมาในปี 2556 หลังจากที่โรงพยาบาลเกาะคำมีวิสัญญีแพทย์มาปฏิบัติงานก็ไม่พบปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจจากขณะผ่าตัดคลอดอีก

ความหมายของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรก (birth asphyxia) มีค่อนข้างกว้าง ลักษณะ และหลายแบบ มีตัวอย่างเช่น บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision)(11) ระบุว่าไม่สมควรให้ใช้ค่าคะแนน Apgar อย่างเดียวในการวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดแต่ควรใช้พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลของการขาดออกซิเจน เช่น อาการชัก หรือความผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง เป็นต้น(12) ขณะที่มุ่มมองทางด้านสูติศาสตร์ให้ความหมายภาวะขาด

ออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่แตกต่างไปตามพัฒนาการขององค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น The American College of Obstetricians and Gynecologists ปรับเปลี่ยนการให้ความหมายภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดหลายครั้งในช่วงเวลา ระหว่างปี 2537 ถึง 2548(13)(14)(15)(16) ขณะที่ตำราด้านสูติศาสตร์มาตรฐาน Williams Obstetrics ประมวลมุ่มมองทั้งทางด้านสูติศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์แล้วให้ความหมายของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ว่าหมายถึง(17)

A neonate who has had an asphyxial insult proximate to delivery that is severe enough to result in acute neurological injury should demonstrate all of the following:

- (1) profound acidemia with cord artery blood pH < 7 and acid-base deficit  $\geq 12$  mmol/L.
- (2) Apgar score of 0-3 persisting for 10 minutes or longer.
- (3) neurological manifestations such as seizures, coma, or hypotonia.
- (4) multisystem organ dysfunction-cardiovascular, gastrointestinal, hematological, pulmonary, or renal.

ขณะที่คะแนน Apgar ที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเพียงเกณฑ์เดียวในการศึกษานี้อาจไม่ใช่ที่เหมาะสมที่สุดในการวินิจฉัย แต่จากข้อมูลแสดงในตารางที่ 6 ซึ่งพบว่าร้อยละ 90.0 ของทารกแรกเกิดที่มีกริโนเจนร่วมมีภาวะขาดออกซิเจนที่ 1 นาที มีคะแนน Apgar มากกว่า 7 ที่ 5 นาที และคงให้เห็นประโยชน์ของการประเมินคะแนน Apgar และสนับสนุนข้อมูลจากหลายการศึกษาที่ให้ข้อสรุปว่า คะแนน Apgar ที่ 1 นาที บ่งถึงความต้องการการช่วยฟื้นคืนชีพของทารก(17)(18) ซึ่งปัญหาเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยอาจต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง รวมไปถึงอาจต้องมีการบททวนแก้ไขคำนิยามภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลทั่วประเทศใช้อยู่ในปัจจุบันซึ่งกำหนดโดยกรมอนามัย(1)

## ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และใบบันทึกรายงานข้อมูล birth asphyxia ซึ่งบางรายงานไม่มีรายละเอียดของข้อมูลหรือไม่มีข้อมูลที่ต้องการทำให้มีปัญหาด้านความครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ เนื่องจากไม่มีข้อมูลการติดตามอาการทารกในเวลาต่อมาและผลของการช่วยฟื้นคืนชีพ (neonatal resuscitation) ซึ่งปัญหาที่พบในการศึกษานี้ซ่อนให้เห็นโอกาสในการพัฒนาการเก็บข้อมูล และปรับปรุงการศึกษาในอนาคต

จำนวนการคลอดของผู้ป่วยในแต่ละปีค่อนข้างน้อย เนื่องจากเดิมโรงพยาบาลケーカเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ได้ยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง และมีสูติแพทย์ประจำเมืองปี 2552 และเริ่มรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงประมาณปี 2555 สาเหตุที่โรงพยาบาลケーカมีจำนวนผู้คลอดค่อนข้างน้อยอาจ เพราะเป็นอำเภอที่ใกล้กับอำเภอเมืองลำปาง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีระยะห่างกันเพียง 15 กิโลเมตร และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีค่านิยมในการฝ่ากครรภ์พิเศษกับแพทย์ทำให้จำนวนการคลอดในอำเภอケーカค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกันที่มีศักยภาพเท่าเทียมกัน

## สรุป

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดยังเป็นปัญหาใหญ่ของงานอนามัยแม่และเด็กในวงการสาธารณสุขไทย การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลケーカ การค้นหาปัจจัยเสี่ยง และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้หากครรภ์เจ็บเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการแก้ปัญหา และลดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดสามารถทำได้โดยปรับปรุงวิธีการวินิจฉัยให้รวดเร็วและถูกต้องเม่นยำและให้การดูแลในระยะคลอดอย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาทักษะการทำหัตถการช่วยคลอดและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดอย่างถูกวิธี ซึ่งจะทำให้ทารกตายพริกำเนิดและทารกทุพพลภาพลดลง

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กประเทศไทย 2555. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข ; 2555.
2. Apgar V. A proposal for a new method of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg; 1953. 32(4). 260 - 7.
3. Praditsathawong S, Nimitsurachat S. Risk factor associated with low Apgar score of newborn at one minute. Thai J Obstet Gynecol; 2000. 12. 277 - 82.
4. สุทธิ คุณประดิษฐ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารแพทย์เขต 8; 2546. 11. 131 - 43.
5. บรรพณ์ สุวรรณชาติ. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในโรงพยาบาลภาคใต้สินธุ. ศรีนครินทร์เวชสาร ; 2547. 19 (4). 233 - 40.
6. อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์. วชิรเวชสาร; 2547. 48(2). 79 - 86.
7. Rachatapantanakorn O, Tongkumchum P, Chaisuksant Y. Factors associated with birth asphyxia in Pattani Hospital, Thailand. Songkhla Med J; 2005. 23(1). 17 - 27.
8. มนตรี ภูมิปัญญาวนิช. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา. J Health Res; 2008. 22(2). 83 - 9.
9. ชีระพันธ์ ทวีธรรมสติตย์. ปัจจัยเสี่ยงของ การคลอดทารกคณะแคนප์การที่ 1 นาทีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 โรงพยาบาลมหาสาร จังหวัดมุกดาหาร. สรรพสิทธิเวชสาร; 2547. 25(4). 273 - 82.
10. Chaturvedi P, Yadav B, Bharambe M. Delivery room management of neonates born though meconium stained amniotic uid. Indian Pediatrics; 2000. 37. 1251 - 5.
11. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10<sup>th</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 1994.
12. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. ข้อเสนอแนะการดูแลทางสุขภาพและกุญแจเข้าบ้านเพื่อป้องกันและดูแลรักษาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 1 - 26.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal distress and birth asphyxia. Committee Opinion No. 137. Int J Gynaecol Obstet; 1994. 45(3). 302.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Committee Opinion No. 197. Int J Gynaecol Obstet; 1998. 61(3). 309 - 10.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Inappropriate use of terms fetal distress and birth asphyxia. Committee Opinion No. 303. Obstet Gynecol; 2004. 104(4). 903 - 4.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Inappropriate use of terms fetal distress and birth asphyxia. Committee Opinion No. 326. Obstet Gynecol; 2005. 106(6). 1469- 70.
17. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2010.
18. พรวนี ศิริวรรณนาภา, ชีระ ทองสง. ทารกแรกคลอด. ใน ชีระ ทองสง บรรณาธิการ สุติศาสตร์. เรียบเรียงครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: พ.บ. ฟอร์น บุ๊คส์เซ็นเตอร์; 2555.

## **Abstract**

### **Background & Objective**

Birth asphyxia is one of the three most common causes of perinatal death that can be prevented, early detected and treated. Study on factors associated with birth asphyxia can be helpful in proper management and decrease in perinatal mortality rate. The objective of this study is to determine the incidence and risk factors of birth asphyxia.

### **Method**

A descriptive study of neonatal asphyxia in infants delivered at the labor unit, Kokha Hospital between 1<sup>st</sup> October 2008 and 30<sup>th</sup> September 2013 was conducted. The diagnosis of birth asphyxia was denied by Apgar score at 1 minute of 7 or less.

### **Results**

The Incidence of birth asphyxia was 30.9 per 1000 live births. The leading causes were fetal, delivery and maternal respectively. Thick meconium stained amniotic fluid, prolong first and second stage of labor, hypertension and gestational diabetes mellitus were common factors associated the rate of birth asphyxia. Neonatal resuscitation which trigger by first minute evaluation benefit the outcome of reduce birth asphyxia by 90%.

### **Conclusion**

Early detection and treatment of birth asphyxia, effectiveness in providing delivery and neonatal resuscitation played an important role in reduction of birth asphyxia and decrease in perinatal mortality rate.

**Keywords :** *Birth asphyxia, Apgar score, Risk factor*

# การระบาดของโรคตาแดงจากเชื้อไวรัสโคกอกชา基 เอ24

ในเรือนจำจังหวัดลพบุรี กันยายน 2557

An Outbreak of Acute Haemorrhagic Conjunctivitis due to Coxsackie virus A24  
in a Prison, Lop Buri Province, September 2014

สุพรacha อําไพร\* พนิดา สุขประสงค์\*

รวิวรรณ์ ตรีสังค์\* ธรรมณภรณ์ ครุฑิรัณย์\*

ปิyanath มินวงศ์\* รัชนี เพชรภักดี\*\*

วิลาวัลย์ มูลมະณี\*\* กมลรัตน์ อัมพawa\*\*

ณรงค์ จันทร์\*\*\* ธัญชร แสงอิ่ม\*\*\*\*

ธนา วัฒนรังสรรค์\*

\*โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

\*\*เรือนจำจังหวัดลพบุรี

\*\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลพบุรี

\*\*\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Supansa Amprai\* Panida Sukprasong\*

Raviwan Treesong\* Thanyaporn Kruthirun\*

Piyanan Minwong\* Ratchanee Pechpakdee\*\*

Wirawhan Moonmanee\*\* Kamolrat Amphawa\*\*

Narong Juntorn\*\*\* Thanyathorn Sangim\*\*\*\*

Rochana Wutthanarungsan\*

\*King Narai Hospital

\*\*Lop Buri Central Prison

\*\*\*Mueang Lop Buri District Health Office

\*\*\*\*Lop Buri Provincial Health Office

## บทคัดย่อ

ความเป็นมา วันที่ 8 กันยายน 2557 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้รับแจ้งจากเรือนจำจังหวัดลพบุรี ว่าพบผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคตาแดงประมาณ 100 ราย ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจึงดำเนินการสอบสวนโรค เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ศึกษาลักษณะการระบาดของโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ และดำเนินมาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา ศึกษาประวัติพยาธิเชิงพรรณนาโดยการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม มีนิยามผู้ป่วยสังสัย คือ ผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่ในเรือนจำจังหวัดลพบุรีที่มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ เยื่อบุติดแดง ปวดตา มีขี้ตา เคืองตา เปลือกตาบวม หรือมีจุดเลือดออกใต้เยื่อบุตากขาว ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม ถึง 15 กันยายน 2557 และผู้ป่วยยืนยัน คือ ผู้ป่วยสังสัยโรคตาแดงที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อสาเหตุ และดำเนินการศึกษาสิ่งแวดล้อมของเรือนจำเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค

ผลการศึกษา พบรูปแบบผู้ป่วยสังสัยโรคตาแดงจำนวน 605 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 17.8) เป็นผู้ต้องขังทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยยืนยันการพบเชื้อไวรัสโคกอกชา基 เอ24 จำนวน 3 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 29:1 อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ตาแดง (ร้อยละ 96.4) เคืองตา (ร้อยละ 74.9) และมีขี้ตา (ร้อยละ 67.8) ผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ต้องขังชายคาดว่ารับเชื้อมาจากญาติที่มาเยี่ยมใกล้ชิด จากนั้นพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในเรือนนอนเดียวกันอย่างรวดเร็วและขยายไปยังเรือนนอนอื่นๆ ปัจจัยที่ส่งเสริมการแพร่เชื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่แออัด และการใช้ช่องใช้ร่วมกัน

**สรุปและข้อเสนอแนะ** พบรการระบาดของโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสโคกซากี เอ24 ใน  
เรือนจำจังหวัดลพบุรี เดือนกันยายน 2557 ซึ่งถือเป็นการระบาดด้วยโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสที่สุดใน  
เรือนจำจังหวัดลพบุรี และเมื่อได้ดำเนินการควบคุมโรคโดยการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังทั้งหมดอย่าง  
เป็นระบบ แยกผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ให้สุขศึกษา และปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้การระบาด  
สิ้นสุดลง โดยไม่พบผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม ความมีการพัฒนาระบบการคัดกรองโรคติดต่อ<sup>1</sup>  
ที่สามารถติดต่อกันได้ง่าย เช่น โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคติดต่อจากการสัมผัส ในผู้ต้องขัง<sup>2</sup>  
รายใหม่และญาติผู้ต้องขังก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง

**คำสำคัญ :** การระบาด, ติดต่อ, โคกซากี เอ24, เรือนจำ, ลพบุรี

### บทนำ

โรคติดต่อ คือ โรคที่มีการอักเสบของเยื่อบุตา ส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุมีหลายชนิด เช่น อะดีโนไวรัส (Adenovirus) เอนเทโรไวรัสชนิด 70 (Enterovirus type 70) ไวรัสโคกซากี เอ24 (Coxsackie virus A24) เป็นต้น เชื้อไวรัสแต่ละชนิดทำให้เกิดอาการของโรคได้คล้ายคลึงกัน เช่นอาการจึงไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดใด การติดต่อของโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสเกิดจากการสัมผัสน้ำตา หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดมากับน้ำมือ หรือใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว และแพร่จากน้ำมือหรือของใช้มาสัมผัสที่ตาโดยตรง มีระยะเวลา潜伏期ประมาณ 1 - 3 วันหลังจากได้รับเชื้อ อาการของโรคติดต่อ ไม่ได้ตั้งแต่น้อยจนถึงมาก ได้แก่ อาการตาแดงอย่างเฉียบพลัน เคืองตา ปวดตา น้ำตาไหล เปลี้อกตาบวม เลือดออกที่ใต้เยื่อบุตา มักไม่มีไข้หรือมีไข้ต่ำเป็นเมื่อไหร่ก็ได้ แล็กน้อย ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนจะมีไข้ต่ำมาก บางกรณีต่อมน้ำเหลืองหน้าใบหน้าโตและเจ็บ ผู้ที่เป็นตาแดงมักเป็นกับตาข้างหนึ่งก่อน ต่อมาก็ 2 - 3 วัน อาจลูกลมเป็นกับตาอีกข้างหนึ่งได้ ระยะเวลาของโรคนี้จะเป็นนานประมาณ 10 - 14 วัน ในบางรายเนื่อจากการติดต่อเชื้อ อาจเกิดมีโรคแทรกซ้อนตามมาได้ คือ กระজกตาอักเสบ ซึ่งมักเกิดใน

ช่วงวันที่ 7 - 10 วันหลังเริ่มเป็นติดต่อ สำหรับการรักษาโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสนั้น ยังไม่มียา\_rakshaโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่ให้การรักษาตามอาการ เช่น ให้ยาปฏิชีวนะหยดตาและป้ายตา เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งมักจะเกิดตามมาถ้าตาอักเสบมาก อาจพิจารณาให้ยาหยดลดอาการอักเสบ ถ้ามีอาการปวดตาเคืองตา ให้รับประทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล ถ้ามีไข้ต่ำให้ใช้สำลีชูบัน้ำสะอาด เช่น น้ำดั้มสูกที่เย็นแล้วเช็ดบริเวณเปลือกตาให้สะอาด ไม่ควรใช้ผ้าปิดตา เพราะจะยิ่งทำให้การติดเชื้อเป็นมากขึ้น รวมทั้งควรพักผ่อนให้เต็มที่และพักการใช้สายตา(1-2)

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสประป่วยตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยสูงช่วงปลายฤดูฝน แต่ปีใดที่มีการระบาด จะเริ่มมีผู้ป่วยสูงตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนกันยายน - ตุลาคมทุกปี จึงนับว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับฤดูกาลโภคหนึ่ง และมักมีการระบาดทุก 2 - 3 ปี พบรผู้ป่วยได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบบ่อยในกลุ่มเด็กอายุ 0 - 4 ปี และเนื่องจากโรคติดต่อ กันได้ง่ายมาก การระบาดของโรคจึงมักพบในชุมชนขนาดใหญ่ สถานที่แออัด โรงเรียน สถานที่คุกและลักเล็ก เรือนจำ สถานพินิจ หรือสถานที่มีกิจกรรมร่วมกัน ดังนั้น การป้องกันโรคควรเฝ้าระวังเป็นอย่างมาก ในสถานที่ดังกล่าว

โดยมุ่งเน้นการรักษาสุขลักษณะส่วนบุคคล การแยกผู้ป่วยและการให้สุขศึกษาในชุมชนเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค(3)

## ความเป็นมา

วันที่ 8 กันยายน 2557 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพะนราภรณ์มหาราชได้รับแจ้งจากเรือนจำจังหวัดพบูรีว่า พบรู้ต้องขังป่วยด้วยโรคตาแดงประมาณ 100 ราย ไม่พบผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ทีมเฝ้าระวังสอดส่องเคลื่อนที่เรือนโรงพยาบาลพะนราภรณ์มหาราช จึงดำเนินการสอดส่องเคนท์ ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลพะนราภรณ์มหาราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบูรี ระหว่างวันที่ 9 – 15 กันยายน 2557 โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่
- 3) เพื่อเสนอแนะมาตรการควบคุม และป้องกันโรคที่เหมาะสม

## วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของเรือนจำ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในภาพ รวมทั่วไปเกี่ยวกับเรือนจำจังหวัดพบูรี

2. ศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคตาแดงในจังหวัดพบูรีย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2552 - 2556) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค (รายงาน 506) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มของโรคตาแดงในจังหวัดพบูรี ปี 2557 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน

2) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคตาแดงในเรือนจำจังหวัดพบูรีปี 2557 โดยการทบทวนบันทึก

การรักษาผู้ป่วยที่ห้องพยาบาลในเรือนจำ ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม ถึง 19 กันยายน 2557 เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายแรก และผู้ป่วยสงสัยในระยะแรกที่อาจเป็นแหล่งของการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ เรือนนอนที่พบผู้ป่วย รวมทั้งการรักษา และมาตรการที่ดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

3) ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) ในเรือนจำจังหวัดพบูรี โดยใช้ไข่น้ำямในการค้นหาผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยสงสัยโรคตาแดง คือผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่ในเรือนจำจังหวัดพบูรี ที่มีอาการตั้งต้อยไปปานกลางน้อย 1 อาการ ได้แก่ เยื่อบุตาแดง ปวดตา มีขี้ตา เคืองตา เปลือกตาบวม หรือมีเลือดออกที่ใต้เยื่อบุตา ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม ถึง 19 กันยายน 2557 และผู้ป่วยยืนยันโรคตาแดงคือ ผู้ป่วยสงสัยโรคตาแดงที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อสาเหตุด้วยการเพาะเชื้อจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

4) การวิเคราะห์ข้อมูลตามบุคคล เวลา และสถานที่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ร้อยละ (percentage) และอัตราป่วย (attack rate)

3. ศึกษาสิ่งแวดล้อม (Environmental study) โดยสอดคล้องเจ้าหน้าที่เรือนจำ และสำรวจสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำจังหวัดพบูรี ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ใช้กุปโนภัยในเรือนจำโดยวิธีการตรวจหาปริมาณคลอรีนคงเหลือในน้ำ (residual chlorine) และสอดคล้องข้อมูลด้านอื่น ๆ รวมทั้งกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ต้องขังเพื่อประเมินความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคตาแดง

4. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory study) โดยการเก็บตัวอย่างจากสารคัดหลั่งผู้ป่วยสงสัยโรคตาแดงด้วยวิธี conjunctival swab เพื่อส่งแยกเชื้อไวรัสในเซลล์เพาะเลี้ยง และระบุสายพันธุ์โดยวิธี Microneutralization ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการและยังไม่ได้รับการรักษาใด ๆ เพื่อหาเชื้อไวรัสที่อาจเป็นสาเหตุของโรคตาแดง ส่งตรวจ ณ สถาบัน