

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 Journal Of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559

Vol. 6 No. 1 October 2015 – March 2516



ISSN : 2229 – 0117

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารวิชาการ

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทางวิชาการอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์วันชัย สัตยาวุฒิมิพิงค์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 4
นายแพทย์นพพร พงศ์ปลื้มปิทธิชัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
นายแพทย์วิโรจน์ สุรัตน์นวิช	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์ปรารถนา ประสงค์ดี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์ระวี สิริประเสริฐ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
นายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
นายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
นายแพทย์วัฒนา ใจนวิจิตรกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
นายแพทย์พิทยา ไพบูลย์ศิริ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงนันทพร เมฆสวัสดิชัย	นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
ดร.อุษณีย์ ฝั่งปาน	ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ	ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม
แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ	นางสุภาภรณ์ วัฒนาร	นางสาวภาวิณี มนตรี

ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาศิริ อังประทีป	นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	นายณัฐพล ผลาผล
นางสาวอุบลวรรณ ประชีพฉาย		

กำหนดออก

ราย 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม, เมษายน-กันยายน)

วิธีการสืบค้นวารสาร

<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JMPHR2/index>

สำนักงาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120

โทรศัพท์ 036-239302, 036-239306, 036-266006 โทรสาร 036-239301

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิเคราะห์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจาร์ณ

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

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

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นต้น

2. วีระ รามสูต, นิวัติ มนต์วีรสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวณิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 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-nding 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. ศรัชย์ หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรัชย์ หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญนาค, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณารัการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: รวมธรรมส์; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD. พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

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

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Journal of Medical and Public Health Region 4
ISSN : 2229 – 0117

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2559

Volum 6 No. 1 October 2015 – March 2016

สารบัญ	หน้า
1. การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557 Prevalence of dementia in the elderly in Bangkruey Hospital Nonthaburi Province เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์	1
2. การศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนาโครงการเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจร Surveillance and Information System Improvement for Road Traffic Injuries: NCD นงนุช ตันติธรรม	11
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา Factors related to Achievement of Care for Bed – Bound Elderly Patients in Tharue, Ayutthaya ญาติกา อีรวช, สมปอง แสงกนิก, ชัยณรงค์ อุทัยศิริตานนท์	24
4. ศึกษาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี The study of Knowledge and Health promoting behaviors of Diabetes patients aged 15 years or more : Lumsonthi district Lopburi province จุไรรัตน์ สานนท์	35
5. การประเมินและพัฒนานักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี Assesment and Development Caregiver a Case Study of Lumsonti District Lopburi Province	41
6. การประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2557 Evaluation of Emergency Medical Service System plan in Lopburi Province, 2014 บังอร นัดนะรา	48
7. การศึกษาคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอ่างทอง Investigate the quality of standard health data structure (43 les) data reported by hospitals under the Permanent Secretary Ofce , Ministry of Public Health in Angthong province อรสา เข็มปัญญา	57
8. โครงการการพัฒนาวีถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาระยะต้นในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 Life style Development through Health Promotion for primary school to prevent obesity กอบแก้ว ชันดี	67

บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 6 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ วารสารฉบับนี้มีงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557 การศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจลาจลระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนาโครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจลาจล ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี การประเมินและพัฒนานักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิจังหวัดลพบุรี การประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2557 การศึกษาคุณภาพ ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอ่างทอง โครงการพัฒนาวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 ซึ่งบทความวิชาการทุกเรื่องที่เผยแพร่สะท้อนให้เห็นวิธีการพัฒนากระบวนการทำงานให้ดีขึ้น เปิดองค์ความรู้ใหม่และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องและประชาชน

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ

การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางกรวย
จังหวัดนนทบุรี พ.ศ.2557
Prevalence of dementia in the elderly in Bangkruey Hospital Nonthaburi Province

เดือนเพ็ญ ศิลปอนันต์
โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

Deuanpen Silpaanan
Bangkruey hospital ,Nonthaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางกรวย โดยทำการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 300 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในเวลาราชการโรงพยาบาลบางกรวย ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 ถึงเดือน ธันวาคม 2557 รวมระยะเวลา 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม MMSE-Thai 2002 และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้นำมา วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความสัมพันธ์โดยวิธี multiple logistic regression

จากผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาทั้งหมด 300 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.67 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ส่วนในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 70 ปี ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความสามารถในการอ่านเขียน ผู้ที่อ่านและ/หรือ เขียนไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับผู้ที่อ่านออกเขียนได้

โดยสรุปความชุกของภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางกรวย พบ ร้อยละ 12.67 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกควรตระหนักถึงภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอยู่เสมอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี และผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือและ/หรือ เขียนหนังสือไม่ได้ เพื่อหาวิธีแก้ไข ป้องกันภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งพัฒนาระบบการจัดการ เพื่อรองรับกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

Key words : ความชุก, สมองเสื่อม, แบบประเมิน MMS E-Thai 2002

Abstract

This study aimed to evaluate the prevalence of dementia and relationship between dementia and related factors in the elderly at Bangkrui hospital. Three hundred elderly patients (aged 60 years and over) who visit the outpatient department, Bangkrui hospital between January 2014 and December 2014 were recruited. Baseline patient data and risk factors associated dementia were collected. Data analysis was presented in percentage, mean and p value.

The results revealed that the prevalence of dementia in this study was 12.67%. In multiple logistic regression analysis, patients with age > 80 years had a 7.253 fold increased risk of dementia compared with patients < 70 years adjusted OR 95% CI = 7.253(2.107-24.972) p = 0.002. Illiterate patients had a 14.126 fold increased risk of dementia compared with literate patients adjusted OR 95% CI = 14.126 (1.538-129.73) p = 0.019.

Conclusion : Elderly patients who visit outpatient department had dementia 12.67%, physicians should regularly recognize dementia in elderly, particularly age more than 80 years and illiterate patients. The health systems for support elderly patients should developed.

Key words : Dementia, Prevalence, MMSE-Thai 2002

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุจากข้อมูลของ Ferri และคณะ⁽¹⁾ พบว่าในปีพ.ศ.2547 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 24 ล้านคน โดยที่จะมีผู้ป่วยรายใหม่ละ 4.3 ล้านคน และจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ.2583 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมประมาณ 81 ล้านคน ในประเทศไทยได้เคยมีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในชุมชนในกรุงเทพฯ⁽²⁾ พบว่ามีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 5 ใน ประชากรสูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและร้อยละ 10.2 ในประชากรต่างจังหวัด จะเห็นได้ว่าปัญหาอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของประเทศไทยนับวันจะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ เนื่องจากโครงสร้างประชากรในอนาคตจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ถ้ายังไม่มีระบบการจัดการที่เหมาะสม ตั้งแต่การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟู จะนำมาซึ่งปัญหาที่มากมายในอนาคต

โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 30 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยข้อมูลจากแผนกเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค.56 ถึงวันที่ 30 ก.ย.56 โรงพยาบาลมีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 9,421 คน เป็นผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 2,622 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความจำเสื่อมอยู่เพียง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 0.0019 จึงน่าจะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีอาการที่ไม่ชัดเจนหรือคิดว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการปกติของคนสูงอายุ จึงขาดการดูแลรักษาที่เหมาะสม

การหาความชุกของภาวะสมองเสื่อม จึงมีประโยชน์ในการสืบค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และเป็นระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในเวลาอันใกล้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางกรวย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นแบบ Descriptive cross-sectional study

2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษาคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวย ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2557 โดยคัดเลือกผู้ที่มีใจเข้าร่วมโครงการ จนได้ครบจำนวนตามที่กำหนดไว้

Inclusion criteria ผู้ป่วยที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่ได้เข้าตรวจกับผู้ทำวิจัยทุกราย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การพูดและการได้ยิน

Exclusion criteria ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการมองเห็น การพูดและการได้ยิน จนเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์และการทดสอบ หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ขนาดตัวอย่าง อ้างอิงจากการศึกษาของ ซุติมา สีบวงษ์ลี⁽³⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่อง “ การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ ” พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.2 ดังนั้น

$$\begin{aligned}n &= \frac{Z_{\alpha}^2 P(1 - P)}{d^2} \\ &= \frac{(1.96)^2 0.242(1 - 0.242)}{0.05^2} \\ &= 281.88\end{aligned}$$

จากการคำนวณ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 282 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 300 คน เป็นส่วนเผื่อ

หมายเหตุ

ระดับความเชื่อมั่น 95% $\alpha = 0.05$

$Z_\alpha = 1.96$

P = พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.2

d = ค่าความผิดพลาดของของความชุกร้อยละ 5

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ BMI รอบเอว ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน ประวัติหลงลืมในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ การออกกำลังกาย

1) ส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 (Mini mental state examination) ซึ่งได้รับการแปลมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยไม่มี การดัดแปลง ซึ่งเป็นแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อม ที่นิยมใช้โดยทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พรรณนาข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสมองเสื่อมใช้ Chi-square test, Fisher's exact test และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression โดยคำนวณ Crude Odd Ratio และ Adjusted Odd Ratio

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. การแปลผล ภาวะสมองเสื่อมหมายถึง เมื่อใช้แบบทดสอบ สำหรับค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 (Mini-mental State Examination) ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนตามแบบทดสอบดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ ได้ < 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุ ปกติเรียนระดับประถมศึกษา ได้ < 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน กลุ่มผู้สูงอายุปกติเรียน สูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้ < 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3. ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว หมายถึง มีคนในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก เป็นความจำเสื่อม

4. การออกกำลังกาย หมายถึง ผู้ที่ออกกำลังกายแบบ aerobic นานมากกว่าวันละ 30 นาที และ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

5. ค่า BMI ใช้ค่าจุดตัดในการแบ่งกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกาย ที่ 23 กก./ตร.เมตร ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.เมตร หมายถึง ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก สำหรับประชากรชาวเอเชีย⁴

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 201 คน (ร้อยละ 67) เพศชาย 99 คน (ร้อยละ 33) อายุเฉลี่ย 73 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 41.33 ประกอบอาชีพทำสวนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.0) รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 27.6) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 52.33 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72 มัธยมศึกษา ร้อยละ 12 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 11.33 ความสามารถในการอ่านเขียน ส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 87.33 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราร้อยละ 83.33 และ 91.67 ตามลำดับ การออกกำลังกายส่วนใหญ่ไม่ได้ ออกกำลังกายร้อยละ 87.33 และส่วนใหญ่ครอบครัว ไม่มีประวัติหลงลืมร้อยละ 93.67

2. ข้อมูลด้านสถานะทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 72.67 รองลงมาคือไขมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 40 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.33 ค่าเฉลี่ยรอบเอวอยู่ที่ 84.47 ซม. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.64 ซม. พบว่า มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 52.33 ผู้ชายค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 90 ซม. ผู้หญิงค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม.) ดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 23.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.86 ผู้ที่มี BMI มากกว่า 23 มีร้อยละ 58.67 จากการศึกษพบว่า ผลของคะแนน แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22.52 คะแนน และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น ร้อยละ 12.67 จากการศึกษพบว่า ผลของคะแนนแบบ

ประเมิน MMSE-Thai 2002 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 22.52 คะแนน และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น ร้อยละ 12.67

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับอาการ สมองเสื่อม

จากการเปรียบเทียบร้อยละของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและไม่มีความ สมองเสื่อมพบว่าปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อมคือ อายุ ($P < 0.001$) สถานภาพสมรส ($P = 0.003$) โรคไขมันในเลือดสูง ($P = 0.004$) ระดับการศึกษา ($P < 0.001$) ความ สามารถในการอ่านเขียน ($P < 0.001$) และการ ออกกำลังกาย ($P < 0.031$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม เปรียบเทียบร้อยละระหว่างกลุ่มที่มี ภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ปัจจัย	จำนวน ทั้งหมด	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะสมองเสื่อม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ทั้งหมด	300	262 (87.33)	38 (12.67)	
เพศ				0.865
ชาย	99	86 (86.87)	13 (13.13)	
หญิง	201	176 (87.56)	25 (12.44)	
อายุ(ปี)				$P < 0.001$
Mean \pm SD	72.53 \pm 7.47			
Median(Min-Max)	73(60-93)			
60-69	112	106 (94.64)	6 (5.36)	
70-79	124	112 (90.32)	12 (9.68)	
> 80	64	44 (68.75)	20 (31.25)	
อาชีพ				0.606
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	33 (84.62)	6 (15.38)	
ประกอบอาชีพ	261	229 (87.74)	32 (12.26)	
สถานภาพสมรส				0.003
คู่	157	146 (92.99)	11 (7.01)	
หม้าย/หย่า/แยก	121	96 (79.34)	25 (20.66)	
โสด	22	20 (90.91)	2 (9.09)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะสมองเสื่อม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เบาหวาน				
ไม่เป็น	195	168 (86.15)	27 (13.85)	
เป็น	105	94 (89.52)	11 (10.48)	
ความดันโลหิตสูง				
ไม่เป็น	82	71 (86.59)	11 (13.85)	
เป็น	218	19 (87.61)	27 (12.39)	
ซีมีเศร้า				
ไม่เป็น	299	262 (87.63)	37 (12.37)	0.127
เป็น	1	0	1 (100.0)	
ไขมันในเลือดสูง				
ไม่เป็น	180	149 (82.78)	31 (17.22)	0.004
เป็น	120	113 (94.28)	7 (5.83)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	34	17 (50.00)	17 (50.00)	<0.001
ประถมศึกษา	216	195 (90.28)	21 (9.72)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	50	50 (100)	0 (0)	
ความสามารถในการอ่านเขียน				
อ่าน และ/หรือ เขียนไม่ได้	38	15 (46.88)	17 (53.13)	<0.001
อ่านออกเขียนได้	262	247 (92.16)	21 (7.84)	
ครอบครัวมีประวัติหลงลืม				
ไม่มี	281	246 (87.54)	35 (12.46)	0.719
มี	19	16 (84.21)	3 (15.79)	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	250	217 (86.8)	33 (13.2)	
สูบบุหรี่	7	7 (100)	0 (0)	
เคยสูบบุหรี่แต่หยุดแล้ว	43	38 (88.37)	5 (11.63)	0.256
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	275	242 (88)	33(12)	
ดื่ม	13	11 (84.62)	2 (15.38)	
เคยดื่มแต่หยุดแล้ว	12	9 (75)	3 (25)	0.420
ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ				
ไม่มี	259	259 (87.5)	37 (12.5)	
มีไม่หมดสติ	0	0	0	
มีสลบหมดสติ	3	3 (75)	1 (25)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะสมองเสื่อม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การออกกำลังกาย				0.031
ไม่ได้ออกกำลังกาย	258	221 (85.66)	37 (14.34)	
ออกกำลังกาย	42	41 (97.62)	1 (2.38)	
รอบเอว				0.316
ปกติ	143	122 (85.31)	21 (14.69)	
อ้วนลงพุง	157	140 (89.17)	17 (10.83)	
BMI (kg/m2)				0.130
ปกติ	124	104 (83.87)	20 (16.13)	
อ้วนลงพุง	176	158 (89.77)	18 (10.23)	

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับอาการสมองเสื่อมจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple logistic regression

พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (P= 0.002) ความสามารถในการอ่านเขียน ผู้ที่อ่านและ/หรือ เขียนไม่ได้(P=0.019)

ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมแต่ไม่มีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า แยกทาง (P=0.958) โรคไขมันในเลือดสูง (P=0.369) ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (P=0.830) การไม่ออกกำลังกาย (P=0.491) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 (P=0.727) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple logistic regression

ข้อมูล	Crude odds ratio (95%CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)				
60-69 ปี	1		1	
70-79 ปี	1.893(0.686-5.225)	0.218	1.48(0.464-1.481)	0.507
80 ปี ขึ้นไป	8.030(3.021-21.347)	<0.001	7.253(2.107-7.253)	0.002
สถานภาพสมรส				
คู่	1		1	
หม้าย/หย่า/แยก	3.456(1.625-7.350)	0.001	1.027(0.379-1.027)	0.958
โสด	1.327(0.274-6.427)	0.725	2.503(0.468-2.503)	0.283
ไขมัน				
ไม่เป็น	1		1	
เป็น	0.298(0.127-0.701)	0.006	0.595(0.192-0.595)	0.369

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	Crude odds ratio (95%CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95%CI)	p-value
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	11.667(5.208-26.136)	<0.001	1.266(1.266-0.148)	0.830
ประถมศึกษาขึ้นไป	1		1	
ความสามารถในการอ่านเขียน				
อ่าน และ/หรือ เขียนไม่ได้	13.330(5.842-30.416)	<0.001	14.126(1.538-14.126)	0.019
อ่านออกเขียนได้	1		1	
การออกกำลังกาย				
ไม่ได้ออกกำลังกาย	6.864(0.916-51.437)	0.061	2.101(0.254-2.101)	0.491
ออกกำลังกาย	1		1	
BMI (kg/m²)				
<23	1		1	
23+	0.592(0.299-1.173)	0.133	1.160(0.505-1.16)	0.727

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ความชุกของสมองเสื่อมที่สำรวจได้เป็นร้อยละ 12.67 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของสามารถ นิธินันท์⁽⁵⁾ ศึกษาในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี พบความชุก ร้อยละ 10.2 และ Asada T⁽⁶⁾ ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในประเทศญี่ปุ่นมี อัตราความชุกที่ 15.75% Correa Ribeiro PC⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผู้ที่มีอายุมากกว่า 67 ปี ใช้การวินิจฉัยของ DSM-IV criteria คิดเป็นความชุกได้ 16.9%

นอกจากนี้งานวิจัยอื่นๆ ได้ความชุกที่แตกต่างกันมาก เช่น งานวิจัยของซุติมา สืบวงษ์สี⁽³⁾ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.2 อภิญา กังสนารักษ์⁽⁸⁾ พบค่าความชุกของอาการสมองเสื่อมร้อยละ 4.82 อรพิณรุ ไสววัฒน์⁽⁹⁾ พบความชุกของอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 25.6 อิงใจ จันทมูล⁽¹⁰⁾ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3 Rhiannon George-Carey⁽¹¹⁾ พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ใน Africa มีจำนวน 2.4% Prince Met al.⁽¹²⁾ เป็นการศึกษา systematic review ของงานวิจัยทั่วโลก

และ metaanalysis ความชุกของภาวะความจำเสื่อมในคนที่อายุมากกว่า 60 ปี ใน 21 ประเทศ พบว่าประเทศส่วนใหญ่มีความชุกของภาวะความจำเสื่อมอยู่ที่ 5%-7% และพบ 8.5% ในลาตินอเมริกา Longdon AR,⁽¹³⁾ ใช้การวินิจฉัยของ DSM-IV ในผู้เข้าร่วมที่มีอายุมากกว่า 70 ปี พบ prevalence ของภาวะสมองเสื่อม 6.4% Zhou DF⁽¹⁴⁾ หาคความชุกของภาวะสมองเสื่อมและโรค Alzheimer ในมณฑล Linxian ชนบทของประเทศจีน ศึกษาในประชากรอายุมากกว่า 50 ปี โดยใช้ Chinese version of the Mini-Mental State Examination (CMMSE) จากนั้น จะได้รับการสัมภาษณ์จากทางจิตวิทยาพบความชุก 5.26%

Moon-Doo Kim⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำในเกาะ Jeju ประเทศเกาหลีใต้ โดยใช้ Korean version of the Mini-Mental Status Exam (MMSE-KC) ศึกษาคนที่อายุมากกว่า 65 ปี พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม 20.5%

จะเห็นได้ว่าในแต่ละการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่สำรวจได้แตกต่างกัน ซึ่งยังไม่

สามารถสรุปได้ เนื่องจากวิธีการศึกษา ลักษณะประชากร ขนาดตัวอย่าง อายุประชากรที่ศึกษา พื้นที่ที่ศึกษา และเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

1. อายุ อายุที่มากขึ้น ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง ทั้งทางกายภาพและหน้าที่ เนื่องจากน้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์ประสาทและเซลล์สมองลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหว และความคิดเรื่องช้า(5,9,11,12,14,15)

2. การอ่าน และ/หรือ เขียนไม่ได้ จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัย(8,9,14,15)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยกทาง(7,8,9,15) โรคไขมันในเลือดสูง ระดับการศึกษาที่ต่ำหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งต่างจากงานวิจัยหลาย ๆ งาน ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอบางกรวยส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนและไม่ได้เข้าเรียนหนังสือที่โรงเรียนแต่สามารถอ่านออกเขียนได้จากการเรียนที่บ้านทำให้ผลของระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะความจำเสื่อม

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

1. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล (hospital-based) ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในชุมชน (community-based) โดยกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลมักจะพบการป่วยด้วยโรคร่วมเช่นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน

2. ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล ตัวอย่างเช่นโรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้าซึ่งได้ข้อมูลมาจากการสอบถาม ไม่มีการตรวจร่างกาย หรือทบทวนเวชระเบียน

3. ข้อจำกัดถึงปัจจัยที่ควรศึกษาจากการทบทวรรณกรรม แต่ไม่ได้ศึกษาในการวิจัยนี้ ได้แก่ รายได้ การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การขาดการกระตุ้นทางสังคม และการใช้สมองเป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาและวางแผนในการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

2. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสมองเสื่อม การเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสมองเสื่อมที่เหมาะสม จะช่วยชะลอความเสื่อมของสมองและคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิรัช รัตนภักดิ์พานิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวยที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกรวยทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยที่ยอมสละเวลาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ นำมาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005 Dec 17;366(9503):2112-7.

2. วรพรรณ เสนาณรงค์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช และคณะ. การศึกษาด้านระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อม. งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 2540.

3. ชูติมา สืบวงษ์ลี. การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวชิยาวิทยาลัยมหิดล.2544

4. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet 2004;363:157-63.

5. สามารถ นิธินันท์. การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย. เวชสารการแพทย์ทหารบก. 2540; 50: 189-196

6. Asada T. [Prevalence of dementia in Japan : past, present and future]. Rinsho Shinkeigaku. 2012;52(11):962-4.

7. Correa Ribeiro PC, de Souza Lopes C, Alves Lourenco R. Prevalence of Dementia in Elderly Clients of a Private Health Care Plan : A Study of the FIBRA-RJ, Brazil. Dement Geriatr Cogn Disord. 2013;35(1-2):77-86.

8. อภิญา กังสนารักษ์. ระบาดวิทยาของอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. การศึกษาในชุมชน. แพทย์สารทหารอากาศ. ม.ค.1993 ; 39,1 : 19-293.

9. อรพิณรุดี ไสวันณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.2541

10. อิงใจ จันทมูล. ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2539

11. George-Carey R, Adeyoye D, Chan KY, Paul A, Kolcic I, Campbell H, et al. An estimate of the prevalence of dementia in Africa: A systematic analysis. J Glob Health. 2012 Dec;2(2): 20401.

12. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013 Jan; 9(1):63-75 e2.

13. Longdon AR, Paddick SM, Kisoli A, Dotchin C, Gray WK, Dewhurst F, et al. The prevalence of dementia in rural Tanzania: a cross-sectional community-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2012 Sep 20.

14. Zhou DF, Wu CS, Qi H, Fan JH, Sun XD, Como P, et al. Prevalence of dementia in rural China: impact of age, gender and education. Acta Neurol Scand. 2006 Oct;114(4):273-80

15. Kim MD, Park JH, Lee CI, Kang NR, Ryu JS, Jeon BH, et al. Prevalence of dementia and its correlates among participants in the National Early Dementia Detection Program during 2006-2009. Psychiatry Investig. 2012 Jun;9(2):134-142.

การศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนา
โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจร
Surveillance and Information System Improvement for Road Traffic Injuries: NCD

นางนุช ตันติธรรม
สำนักโรคไม่ติดต่อ

Nongnuch Tantidhama
Bureau of Non Communicable Disease

บทคัดย่อ

การวางแผน การกำหนดนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางบก นั้นจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพ มีความถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทบทวนแหล่งข้อมูลอุบัติเหตุจราจรของประเทศไทย และหารูปแบบที่เหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์ระดับจังหวัด โดยศึกษาใน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราชและอุดรธานี โดยศึกษาข้อมูล 6 ระบบ ได้แก่ 1) Injury Surveillance (IS) 2) รายงานการบาดเจ็บ external causes of Injury (19 สาเหตุ) 3) Information Technology for Emergency Medical System (ITEMS) 4) Death Certification (ระบบทะเบียนมรณบัตร) 5) E-Claim และ 6) Police Information System (POLIS) วิธีการศึกษาใช้ การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และศึกษาดูการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่าในระดับจังหวัดมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องของหลายระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการเก็บที่แตกต่างกัน ตัวแปรแตกต่างกัน การเลือกใช้ข้อมูลจากหลายๆ ระบบตามที่ทีมงาน ในจังหวัดได้ปฏิบัติอยู่เป็นทางเลือกที่เหมาะสม มีการสะท้อนข้อมูลการเฝ้าระวังตั้งแต่ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุ จึงไม่จำเป็นต้องลงทุนสร้างระบบใหม่เพิ่มเติม และได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานของพื้นที่ ให้ทำการวิเคราะห์คุณภาพของข้อมูลในแต่ละระบบที่มีอยู่ในจังหวัด เพื่อให้รู้ถึงคุณภาพที่แท้จริงก่อน แล้วจึงนำตัวแปรสำคัญที่มาจากระบบต่างๆ มารวบรวมเป็นระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจรของพื้นที่ ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างตรงตามความต้องการ ซึ่งผู้ใช้ข้อมูล ผู้จัดการข้อมูล หรือผู้เก็บข้อมูลของระบบต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการคิด วิเคราะห์ และให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับตัวแปรหรือการใช้งานต่อไปในอนาคตได้ ทำให้การพัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจรเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของพื้นที่นั้น ๆ อย่างเต็มประสิทธิภาพที่สุด และควรนำเสนอให้ผู้บริหารระดับจังหวัดรับทราบตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ทำให้การนำไปใช้วางแผนงานแก้ไขปัญหาของพื้นที่เป็นไปได้ง่ายขึ้น

คำสำคัญ : ระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจร

Abstract

Planning to minimize the loss in terms of economy and society in the concrete or set policies to prevent and resolve traffic accidents, accidents that require detailed information. And rightly so as to prevent accidents to deal effectively. The study is intended to review the resources in a traffic accident in Thailand. And a suitable form of accident data. This is grasp the important issues which give rise to the creation of the basic conditions for the problem to be more concrete accident. The study of traffic accident data and its use in two provinces including Nakhon Sri Thammarat and Udon Thani. By means of a questionnaire, Interview and performance. The study includes data 6. 1) Injury Surveillance (IS) 2) 19 external causes of Injury (19 causes) 3) Health Information Technology for Emergency Medical System (ITEMS) 4) Death Certification and the registration certificate 5) E-Claim and 6) Police Information System (POLIS). The study found that at the provincial level with the information related to traffic accidents, many systems that are built for different purposes. Therefore need different variables. The selection of data from multiple systems, such as the provincial working group conducted surveillance is the right choice. Has reected the diverse aspects of surveillance data from the accident scene, after scene and no need to invest in a new system. And suggestions about. Traffic Accident Surveillance System should start by analyzing the quality of information available on each system in the province. May be done by a team of area in collaboration with a team of experts to assess the quality of analytical data. To ascertain the true quality first. Then the key variables from different systems to collect as many traffic accidents surveillance of the area. Makes it possible to analyze the data to meet the needs of the area. This data users information Managers or the storage of various roles in critical thinking and provide feedback to a variable or use it in the future. To the development of information systems, surveillance, traffic accidents, according to the objectives of the area efficiently as possible. The project should provide feedback to management level from the initial planning, to implementation and application in the area has to offer.

Keywords : Surveillance and Information System on Road Traffic Injury

บทนำ

อุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัญหาที่ติดอันดับหนึ่งในสามของปัญหาสาธารณสุข มาโดยตลอดในแต่ละปีพบว่ามีผู้เสียชีวิตกว่า 13,000 คน มีผู้บาดเจ็บอีกกว่า 1 ล้านคน และผู้พิการอีกหลายหมื่นคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันหลายวัน เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์⁽¹⁾

รัฐบาลเห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรมีความตั้งใจที่จะแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง จึงได้กำหนดให้การลดอุบัติเหตุจราจรเป็นวาระแห่งชาติ เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2553 คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบตามกรอบปฏิญญาอมสโก กำหนดให้ปี พ.ศ.2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยจราจร (Decade of Action for Road Safety) ตั้งเป้าหมายตามกรอบปฏิญญาอมสโก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลงร้อยละ 50 โดยมีกรอบการทำงานภายใต้ 5 เสาหลัก⁽²⁾ ได้แก่

1) การพัฒนาความสามารถในการบริหารจัดการ (Building management capacity) 2) การดำเนินการในการออกแบบถนนและการจัดการโครงข่ายถนนที่รองรับผู้ใช้ถนนทุกกลุ่ม (Influence road design and network management) 3) การดำเนินการเพื่อให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยของรถ (Influence vehicle safety design) 4) การดำเนินการเพื่อให้มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้ถนนทุกกลุ่ม (Influence road user Behavior) และ 5) การปรับปรุงการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Improve post crash care) และคณะรัฐมนตรีมีมติมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงการดำเนินการจัดเก็บข้อมูล และสถิติการเกิดอุบัติเหตุบนถนนของหน่วยงานต่างๆ ให้เป็นระบบ มีความถูกต้อง และเป็นเอกภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ใช้ในการกำหนดนโยบายแผนงาน และมาตรการที่ดี

รวมทั้งใช้ในการติดตาม ประเมินผล และกำกับตัวชี้วัดการดำเนินงานทศวรรษแห่งความปลอดภัยจราจร ตลอดจนใช้ในการผลักดันนโยบาย ผ่านทาง ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน กรมควบคุมโรค ได้รับมอบหมายให้เป็นประธาน คณะอนุกรรมการบริหารจัดการข้อมูลและติดตาม ประเมินผล ภายใต้คณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน รับผิดชอบในการพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุจราจรให้มีความถูกต้องและเป็นเอกภาพ เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในภาพรวมของประเทศ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ครบถ้วน สมบูรณ์ สามารถผลักดันทั้งในเชิงนโยบาย และการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ จึงได้ทำการศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบข้อมูลให้คุณภาพมากขึ้น ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) และ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาระบบการทำงานและฐานข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่จังหวัดใช้ในการทำงานในพื้นที่ 2 จังหวัด คือ จังหวัดนครศรีธรรมราช และอุตรธานี เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีระบบการทำงานด้านอุบัติเหตุจราจรที่ดีและให้ความร่วมมือในการประสานงานลงพื้นที่ศึกษาดี โดยศึกษาข้อมูล 6 ฐาน ได้แก่ 1) Injury Surveillance (IS) 2) 19 external causes of Injury (19 สาเหตุ) 3) Information Technology for Emergency Medical System (ITEMS) 4) Death Registration (ระบบทะเบียนมรณบัตร) 5) E-Claim และ 6) Police Information System (POLIS) รายละเอียดลักษณะข้อมูลแต่ละฐาน ดังตารางที่ 1

วิธีการศึกษา

1. ให้ผู้ดูแลระบบข้อมูลแต่ละระบบ ตอบแบบสอบถามของทีมผู้ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย นิยาม

ของระบบข้อมูล วัตถุประสงค์ของระบบข้อมูล หน่วยงานและบุคลากรที่รับผิดชอบ กลุ่มประชากร ที่ครอบคลุม กระบวนการเก็บข้อมูล กระบวนการไหลเวียนข้อมูล กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการรายงานและเผยแพร่ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูล

2. ทีมผู้ศึกษาลงพื้นที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และอุดรธานี เพื่อศึกษารายละเอียด สัมภาษณ์และสังเกตกระบวนการทำงานของแต่ละระบบ โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อยผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลทั้งหมด และผู้ใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นเข้าสังเกตการณ์การทำงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาขาประจำจังหวัดของบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง และกองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

3. ทีมผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการตอบแบบสอบถาม ประชุมกลุ่มย่อย ชักถาม และสังเกตการณ์ นำมาวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อย อาศัยแนวทางการวิเคราะห์จาก Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽³⁾ โดยพิจารณาในแง่ของความเหมาะสม สำหรับการใช้งานข้อมูลเพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุจากระดับจังหวัด

ผลการศึกษา

ลักษณะโครงสร้างของคณะทำงานเฝ้าระวัง และป้องกันอุบัติเหตุจากระดับจังหวัดของ อุดรธานีและนครศรีธรรมราชเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน คือมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานในคณะกรรมการตามคำสั่งราชการ มีความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐอื่นๆ เช่น สถานศึกษา รวมทั้งภาคเอกชน เช่น โรงงาน ห้างร้านต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบ ปัญหา แสดงความเห็น วางแผนและดำเนินงาน ป้องกันอุบัติเหตุร่วมกัน กระบวนการทำงานของทั้ง 2 จังหวัด เป็นไปในลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ มีการประชุมปรึกษาหารือ และปฏิบัติงานทั้งใน

รูปแบบเป็นทางการ (ประชุมคณะกรรมการ) และรูปแบบไม่เป็นทางการ (ประชุมคณะย่อย) เพื่อให้เกิดการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทันเหตุการณ์ เป็นแนวปฏิบัติที่แสดงให้เห็นผลสัมฤทธิ์สูงในทั้ง 2 จังหวัด

ระบบข้อมูลทั้ง 6 ระบบในจังหวัดที่ทำการศึกษาทั้ง 2 จังหวัด มีรูปแบบการเก็บข้อมูล การไหลเวียนข้อมูลจากต้นทางถึงปลายทาง และการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบใกล้เคียงกันมาก แต่พบว่า มีรายละเอียดบางประการแตกต่างกันตามบริบทและการจัดการของจังหวัด ได้แก่

ระบบ IS พบว่าจังหวัดอุดรธานี มีการใช้ระบบ IS ทั้งใน รพ.จังหวัด และระบบ mini IS ในระดับ รพ.ชุมชน (คล้าย IS แต่มีตัวแปรน้อยกว่าเพื่อลด work load ของเจ้าหน้าที่ มีบางจังหวัดเท่านั้นที่นำไปขยายเอง) ทำให้เพิ่มความครอบคลุมในจังหวัด แต่จำเป็นต้องมีการนิเทศและติดตามงานจากหน่วยงานของจังหวัดอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง

ระบบ 19 สาเหตุ พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางของจังหวัด (Data Center) โดย สสจ.ได้เชื่อมโยงฐานข้อมูลของ รพ.ชุมชน เข้าด้วยกัน ทำให้การดึงข้อมูลเพื่อการรายงานสะดวกและรวดเร็วมากขึ้นแต่จำเป็นต้องมีการปรับโปรแกรมบันทึกข้อมูลการรักษาของ รพ.ทุกแห่งให้เหมือนกันหรือใช้ร่วมกันได้ ซึ่งต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลระบบเป็นผู้ดำเนินการและติดตามงานในขณะที่อุดรธานีไม่ใช้ข้อมูล 19 สาเหตุแต่ใช้ mini IS แทน

ระบบข้อมูลมรณบัตรหรือทะเบียนการตาย ในปัจจุบันใบมรณบัตรได้มีการเพิ่มการบันทึกข้อมูลส่วนของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเข้ามาด้วย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากการวินิจฉัยทางการแพทย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเจ้าหน้าที่หน่วยเวชสถิติทบทวนเวชระเบียนผู้เสียชีวิตทุกครั้งเพื่อตรวจสอบประวัติ อากาโร แนวทางการรักษาและวินิจฉัย ก่อนทำการบันทึกข้อมูล ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรได้

ครอบคลุมมากขึ้น จังหวัดอุดรธานีพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล มรณบัตรยังขาดความเชี่ยวชาญด้านการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียน ในรายที่บันทึกสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรจะอ้างอิงข้อมูลการบันทึกที่ชัดเจนของแพทย์เท่านั้น ซึ่งบางรายแพทย์มิได้บันทึกสาเหตุไว้อย่างชัดเจน

ระบบ POLIS มีแนวทางและปฏิบัติงานเหมือนกันทั้ง 2 จังหวัด แตกต่างกันเล็กน้อยในแง่การบริหารจัดการทรัพยากร เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีผลต่อความรวดเร็วในการบันทึกข้อมูล

ระบบ ITEMS และ E-Claim มีรูปแบบการปฏิบัติเหมือนกันทั้ง 2 จังหวัด

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิธีการใช้ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากร ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและการสังเกตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการศึกษาระบบข้อมูล และจุดอ่อนจุดแข็งของแต่ละระบบ คณะผู้ศึกษาได้ประมวลผล และมีคำแนะนำสำหรับทีมเฝ้าระวังฯ ระดับจังหวัด ในการเลือกใช้ข้อมูลจากระบบที่มีความเหมาะสมจำแนกตามหัวข้อของการเฝ้าระวังได้ ดังนี้

จำนวนผู้เสียชีวิต : ควรใช้ข้อมูลจาก

ระบบมรณบัตร : มีความครอบคลุมจำนวนผู้เสียชีวิตสูง เนื่องจากได้รับข้อมูลการเสียชีวิตทั้งจากในและนอกสถานพยาบาล มีการส่งข้อมูลกลับมาให้ระดับจังหวัดสม่ำเสมอและต่อเนื่องทุก 3 เดือน

ข้อเสียคือ กรณีไม่มีการระบุสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลว่าเป็นอุบัติเหตุจากรจะจะไม่ถูกคัดแยกเข้าเป็นกลุ่มเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากร

ส่วนข้อมูลจากระบบอื่น ๆ มีความครอบคลุมต่ำกว่า หรือขาดการส่งกลับข้อมูลให้ระดับจังหวัด

จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากร : ควรใช้ข้อมูลจาก

19 สาเหตุ : มีความครอบคลุมสูงเนื่องจากโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ส่งข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลมีความสม่ำเสมอ และ

ทันเวลาทุกเดือน มีระบบบันทึกข้อมูลที่ไม่ยุ่งยาก แต่มีข้อเสียคือขาดกลุ่มผู้บาดเจ็บเล็กน้อยที่ไม่มาโรงพยาบาล

E-claim : มีความครอบคลุมสูง เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บทุกรายที่มาขอรับเงินชดเชย ทั้งที่เข้ารับการรักษาและไม่ได้รักษาในโรงพยาบาลสามารถเรียกดูข้อมูลเฉพาะตัวเลขผู้บาดเจ็บในระดับจังหวัดได้

จำนวนผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ : ควรใช้ข้อมูลจาก

IS : มีตัวแปรเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะชัดเจน มีข้อมูลครอบคลุมทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักจะได้รับการส่งต่อมายัง รพ.ขนาดใหญ่เสมอ แต่อาจจะขาดข้อมูลกรณีผู้บาดเจ็บไม่ admitted หรือเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ โดยไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ได้อยู่ในเขตรับผิดชอบหรือกรณีที่ไม่ถูกส่งมาชั้นสูตที่โรงพยาบาลที่มีระบบ IS

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากร :

ควรใช้ข้อมูลจาก

IS : มีการบันทึกตัวแปรเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงชัดเจน เช่น การใช้หมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย การเมาสุรา แต่มีข้อเสีย คือขาดความครอบคลุมในกลุ่มบาดเจ็บที่ไม่ admitted ในโรงพยาบาลและข้อมูลได้จากการซักประวัติเท่านั้น ไม่มีหลักฐานยืนยัน

ระบบอื่น ๆ ที่มีการบันทึกพฤติกรรมเสี่ยงไว้ เช่น POLIS หรือ E-claim มีความครอบคลุมต่ำกว่า

จุดเกิดเหตุ : ควรใช้ข้อมูล

ITEMS : มีความแม่นยำและครอบคลุมจุดเกิดเหตุในทุกกรณีที่บันทึกข้อมูลแต่มีข้อเสียคือขาดความครอบคลุม ในรายที่ผู้บาดเจ็บเข้ามารักษาด้วยตนเอง

สัดส่วนความพิการจากอุบัติเหตุจากร : ควรใช้ข้อมูล

E-claim : มีการบันทึกข้อมูลผู้พิการจากอุบัติเหตุจากร เนื่องจากมีผู้มารับเงินชดเชยต้องลงทะเบียนในระบบ ส่วนระบบอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลส่วนนี้บันทึกไว้

มีตารางนอนอีก 6 หน้า

(16 - 21)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ระบบข้อมูลอุบัติเหตุ จราจรระดับจังหวัดทั้ง 6 ระบบ และการศึกษา โครงสร้าง กระบวนการทำงานของคณะทำงาน เฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุจราจร พบว่าคณะทำงานฯ มีโครงสร้างคณะทำงานมาจากหน่วยงานราชการที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรและจากภาคเอกชนที่มีส่วนร่วมโดยตรง ได้แก่ บริษัท กลางฯ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานฯ และทำงานเชิงบูรณาการได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจาก คณะทำงานทั้งหมดมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบ ในหน่วยงานของตนอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีเวลาทุ่มเท เต็มที่มากนัก อาจส่งผลกระทบต่อทั้งงานประจำและงานเฝ้าระวังฯ แนวทางแก้ปัญหาอาจทำได้โดย เพิ่มหรือคัดเลือกบุคลากรประจำเพิ่มขึ้นมาช่วยเหลือ เรื่องการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังฯ ที่คัดมาจากระบบต่างๆ และนำเสนอในที่ประชุม คณะทำงานฯ จะทำให้ประสิทธิภาพการใช้ข้อมูล มีมากขึ้น รวมทั้งแบ่งเบาภาระงานของ คณะกรรมการชุดหลักได้ด้วยนอกจากนี้ อาจส่ง เจ้าหน้าที่ไปฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติระดับสูงขึ้น เพื่อใช้ประโยชน์ในงาน ป้องกันอุบัติเหตุ

สำหรับแนวทางการทำงานเฝ้าระวังฯ ใน ปัจจุบัน เป็นไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยน ข้อมูลจากระบบต่าง ๆ ที่แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบ อยู่ และนำมาใช้เพื่อเฝ้าระวังและวางแผนงานใน การดำเนินงาน ข้อมูลที่ทีมฯ ใช้อ้างอิงในทาง ราชการส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจาก POLIS ของตำรวจ มีข้อดีคือเป็นข้อมูลที่ใช้มายาวนาน มีความคงที่ใน การรายงานสูง แต่ยังมีจุดอ่อนในเรื่องของความ ครอบคลุม เนื่องจากเก็บข้อมูลรายที่เป็นคดีเป็น หลัก ข้อมูลที่ถูกอ้างอิงในการวางแผนงานที่สำคัญ อีกระบบ คือ IS ซึ่งมีข้อดีคือค่อนข้างละเอียด มี ตัวแปรหลากหลาย นำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผน ป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้ดีแต่ยังมีจุดอ่อนในเรื่อง ความครอบคลุม ในส่วนของผู้บาดเจ็บที่ไม่ได้ admitted ในโรงพยาบาล

ในระดับจังหวัดมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับงานด้านอุบัติเหตุจราจรอยู่หลายระบบ แต่ละ ระบบถูกสร้างขึ้นเพื่อจุดประสงค์แตกต่างกัน จึงมี ตัวแปรที่จำเป็นแตกต่างกัน การเลือกใช้ข้อมูลจาก หลาย ๆ ระบบดังเช่นคณะทำงานเฝ้าระวังฯ ระดับ จังหวัดได้ปฏิบัติอยู่จึงน่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสม มีการสะท้อนแง่มุมข้อมูลการเฝ้าระวังที่หลากหลาย ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุ และ ไม่จำเป็นต้องลงทุนสร้างระบบเพิ่มเติม

เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างและกระบวนการ ทำงานทั้ง 2 จังหวัดในภาพรวมมีความคล้าย คลึงกันมากเนื่องมาจากคณะทำงานฯมาจากหน่วย งานที่เกี่ยวข้องและสนใจในเรื่องอุบัติเหตุจราจรทั้ง โดยตรงและใกล้เคียง อีกทั้งในภายหลังมีการออก คำสั่งอย่างเป็นทางการ ให้มีการตั้งคณะทำงาน ระดับจังหวัดในเชิงบูรณาการขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงเข้ามารวมตัวกันเป็นทางการและมีรูปแบบ คล้ายคลึงกัน

เมื่อเปรียบเทียบแต่ละระบบ ระหว่างสอง จังหวัด ประเด็นที่พบว่ามีแตกต่างกันระหว่าง สองจังหวัด คือ การจัดการกับข้อมูลในระบบต่างๆ ทั้งในด้านการเก็บและบันทึกข้อมูล รวมไปถึงการ วิเคราะห์ข้อมูลของบางระบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ทรัพยากรและบริบทของหน่วยงานย่อยที่รับผิดชอบ การจัดการข้อมูลนั้นๆ ซึ่งอาจส่งผลถึงคุณภาพของ ข้อมูลรวมถึงประสิทธิภาพในการนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์เช่นกัน

ทั้งนี้การให้คำแนะนำนี้ อาศัยข้อมูลจากการ ศึกษาเชิงพรรณนา อ้างอิงเหตุผลตามวัตถุประสงค์ ของแต่ละระบบ ความครอบคลุมตามนิยามการ บันทึกข้อมูลอุบัติเหตุจราจร ตัวแปรที่มีในระบบและ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลของคณะทำงาน ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด เท่านั้น ในเชิงลึกควรมีการประเมินคุณภาพของ ข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ รวมถึง สร้างรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ สูงสุดในการใช้งาน ซึ่งทางผู้ศึกษาจะทำการวางแผน การศึกษาในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุจลาจลนั้น ควรเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ดูถึงคุณภาพของข้อมูลในแต่ละระบบที่มีอยู่ในระดับจังหวัด อาจทำได้โดยทีมพื้นที่ (สสจ.เจ้าหน้าที่ข้อมูลจากโรงพยาบาลหรือผู้ดูแลฐานข้อมูลระดับจังหวัด) ร่วมมือกับทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินคุณภาพ และวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้รู้ถึงคุณภาพที่แท้จริงก่อนแล้วจึงนำตัวแปรสำคัญที่มาจากระบบต่าง ๆ มารวบรวมเป็นระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุจลาจลระดับพื้นที่ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างตรงตามความต้องการของพื้นที่ได้ ซึ่งผู้ใช้ข้อมูล ผู้จัดการข้อมูล หรือผู้เก็บข้อมูลของระบบต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญในการคิดวิเคราะห์ และให้ความคิดเห็นถึงตัวแปรหรือการใช้งานต่อไปในอนาคตได้ ทำให้การพัฒนาข้อมูลเฝ้าระวังอุบัติเหตุจลาจลเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของพื้นที่นั้น ๆ อย่างเต็มประสิทธิภาพที่สุด เพื่อลดความหลากหลาย และความไม่สอดคล้องของข้อมูลแต่ละฐาน หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดหรืออำเภอควรนำข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บจากการจลาจลในพื้นที่จาก 3 หน่วยงาน ได้แก่ ข้อมูลของโรงพยาบาล สถานีตำรวจ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัดที่มีสาขาอยู่ในพื้นที่ทุกจังหวัด มาตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความแตกต่าง จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุม ความครบถ้วน ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการบูรณาการฐานข้อมูลของสาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทประกัน ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด/อำเภอ และที่สำคัญควรนำเสนอโครงการแก่ผู้บริหารระดับจังหวัดตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งนี้ เพื่อการนำไปใช้วางแผนงานและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้โดยง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานป้องกันอุบัติเหตุจลาจลจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดอุดรธานี ตำรวจภูธรจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดอุดรธานี สถานีตำรวจภูธรเมืองนครศรีธรรมราชและเมืองอุดรธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลอุดรธานี บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สาขาจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งสำนักกระบวนศึกษา สำนักโรคไม่ติดต่อที่สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมทีมศึกษา และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน. เอกสารโรเนียว, 2555.
2. กรมป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2554-2563, 2554.
3. Centers for Disease Control (CDC). Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1988; 375:1-18.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Factors related to Achievement of Care for Bed – Bound Elderly Patients
in Tharueu, Ayutthaya

ญาติกา ธีรเวช*

Yatika Theerawech

สมปอง แสงกนิก*

Sompong Sangkanuk

ชัยณรงค์ อุทัยศิริตานนท์**

Chainarong Uthaisiritanon

* โรงพยาบาลท่าเรือ

Tharueu Hospital

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าเรือ

Tharueu District Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของทีมสุขภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลัง เข้ารับการอบรม เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล ก่อนและหลัง การอบรม เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแล ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมากกว่าร้อยละ 80 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวน 72 คน ทีมสุขภาพผู้ให้บริการ 16 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 72 คน และญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 72 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษามีนาคม 2557-กรกฎาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired Sample Test สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง มีอายุเฉลี่ย 76.93 ปี ทีมสุขภาพ เป็นเพศหญิง ทั้งหมด มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ญาติผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 64.79 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้นและการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ทีมสุขภาพมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นหลังได้รับการอบรม ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับความรู้และฝึก ญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงพึงพอใจต่อการให้บริการของทีมสุขภาพและผู้ดูแล ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ และความรู้และทักษะผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ส่วนความรู้และทักษะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

คำสำคัญ : ผลสัมฤทธิ์, การดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง, ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

Abstract

This study was the descriptive research. The purposes of this research were to compared the knowledge, attitudes and behaviors of health team in care of bed-bound elderly patients before and after the training. To compared the knowledge and skill of the caregivers in care of bed-bound elderly patients before and after the training. To compared the level for barthel activity of daily living, incidence of complications before and after care from health care providers and caregivers. The level of satisfaction for relatives of elderly patients were over 80 percents. To study factors related to achievements of care for bed-bound elderly patients in Tharuea district, Ayutthaya. The participants included 72 bed-bound elderly patients, 16 health care providers, 72 caregivers and 72 relative of elderly patients. Duration of the study was March 2014 – July 2014. Data collection were questionnaire, interview and the satisfaction rating. The statistical analysis was performed with paired sample t-test, average percentage and correlation. The results revealed that the average age of bed-bound elderly patients was 76.93 and health teams were all female, age between 31-40 years old and the period of performance 11 years. The most of caregivers were female, mean age 52.50 years, The average age of elderly relatives was 64.79, most them were female and used to Health Insurance Coverage. Bed-bound elderly patients increased level for barthel activity of daily living and decreased the incidence of complications. Health care providers had the knowledge, attitudes and behaviors in care of bed-bound elderly patients increased after the training. The knowledge and skill of the caregivers in care of bed-bound elderly patients increased after the training. Relative of elderly patients satisfied with services of health care teams and caregivers were over 80 percents. The knowledge, attitude, behaviors of health care providers and knowledge with skill of caregivers no related to the level for barthel activity of daily living. The knowledge and skill of the caregivers have a positive correlation with satisfaction for relative of elderly patients.

Key Word : *Achievement, Care for Bed – Bound Elderly Patients,
Bed – Bound Elderly Patients*

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น พบว่าโลกของเรามีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 542 ล้านคน จากการประมาณประชากรกลางปี (1 กรกฎาคม พ.ศ.2557) ของประเทศไทย พบว่าน่าจะมีผู้สูงอายุประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,928,000 คน คิดเป็นร้อยละ15.30(1) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) อีกทั้งสถิติจำนวนผู้ป่วยติดเตียงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 2,687 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 120,456 คน อำเภอท่าเรือมีประชากรทั้งหมด 48,496 คน มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 8,022 คน คิดเป็นร้อยละ 16.54 และจากข้อมูลผู้ป่วยติดเตียง ปี พ.ศ.2557 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 115 คน เป็นผู้สูงอายุ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 62.60 ผู้ศึกษาได้รวบรวมผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนืองที่บ้านพบไม่ประสบความสำเร็จในการดูแล ร้อยละ 64.20 และประสบความสำเร็จในการดูแล ร้อยละ 35.80 ดังนั้น ทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาว่ามีความจำเป็นต้อง มีการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน จึงได้ดำเนินการศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอท่าเรือขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ศึกษาความสัมพันธ์ตามตัวแปรที่กำหนดไว้กับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงซึ่งอยู่ในอำเภอท่าเรือ จำนวน 81 ราย โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม ในปี 2557 โดยมีมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงต่อเนืองที่บ้าน โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสุขภาพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอท่าเรือ โดยประเมินความรู้ ทักษะทัศนคติ รวมทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนการดูแล แล้วจัดอบรมความรู้เรื่องการทำงานกับชุมชน การดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย รวมทั้งเรียนรู้การมองเห็นคุณค่าตนเองให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทีมสุขภาพกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยผู้ดูแลผู้ป่วยกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิด ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลภาวะโรคเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในอำเภอท่าเรือจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยมีรูปแบบการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlational Research) คือศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของประชาชนในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยดำเนินการครอบคลุมทุกหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอท่าเรือ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน1แห่ง หน่วยบริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลท่าเรือ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย

- 1) ทีมสุขภาพที่ได้รับแต่งตั้งให้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในอำเภอท่าเรือคือพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลท่าเรือ ใน รพสต. และในเทศบาล 2 แห่ง จำนวน 16 คน

- 2) ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงทั้งหมดในอำเภอท่าเรือ จำนวน 72 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจึงศึกษาประชากรทั้งหมด

- 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 72 คน

- 4) ญาติผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 72 คน

ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงในอำเภอท่าเรือ

หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน พิกการ หรือ ทูพพลภาพ มีผลรวมคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) 0-4 คะแนน จากคะแนนเต็ม

20 คะแนน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยติดเตียงอย่างน้อย 6 เดือน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดกระบวนการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามการวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สอบถามเกี่ยวกับเรื่องพยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง การพยาบาล การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อผู้ป่วย มีทั้งหมด 15 ข้อ 15 คะแนนลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบซึ่งมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบ คะแนนข้อความเชิงบวกใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ข้อความเชิงลบไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ด้านทัศนคติแรงจูงใจสอบถามเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ความพร้อมและการเห็นคุณค่าในตัวผู้ดูแล มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำถามปลายเปิด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบซึ่งมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบ คะแนนข้อความเชิงบวกเห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ข้อความเชิงลบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยด้านความรู้ทัศนคติ และแรงจูงใจของทีมสุขภาพ เท่ากับ 0.7179 ด้านพฤติกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยให้เกิด การดูแลตนเอง การดูแลจากครอบครัวและผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดแบ่งเป็น 4 ระดับ คือปฏิบัติมากที่สุด, ปฏิบัติมาก, ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ, ปฏิบัติที่น้อยหมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งอย่างเคร่งครัด ปฏิบัติมาก หมายถึงปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งหมายถึง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง ไม่ปฏิบัติ หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 0.8480

2. แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงที่บ้าน มีทั้งหมดจำนวน 72 คน คือสัมภาษณ์ความรู้และทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบบวัดนี้มีทั้งหมด 23 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น ด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล เท่ากับ 0.720

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงกำหนดให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ประเมิน คะแนนรวม 20 คะแนนแยกรายด้านดังนี้

- 1). การรับประทานอาหาร (Feeding) เต็ม 2 คะแนน
- 2). การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน (Grooming) เต็ม 1 คะแนน
- 3.) การลุกนั่งจากที่นอนไปเก้าอี้ (Transfer) เต็ม 3คะแนน
- 4). การใช้ห้องน้ำ (Toilet Use) เต็ม 2 คะแนน
- 5). การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility) เต็ม 3 คะแนน
- 6). การสวมใส่เสื้อผ้า(Dressing) เต็ม 2 คะแนน
- 7). การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) เต็ม 2 คะแนน
- 8). การอาบน้ำ (Bathing) เต็ม 1 คะแนน
- 9). การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) เต็ม 2 คะแนน
- 10). การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) เต็ม 2 คะแนน โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับแผลกดทับ ข้อติด ปอดบวม ท้องผูกนิ่ว (ตะกอนในปัสสาวะ) เป็น 2 คำถามคือ มี ไม่มี

4. แบบสอบถาม ความพึงพอใจของญาติ ผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพและผู้ดูแล แบ่งเป็นด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการ ด้านคุณภาพการให้บริการซึ่งเป็นแบบประเมินของสำนักงานพยาบาล ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9142

สถานที่ทำการศึกษ อำเภอกำแพง จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา

ระยะเวลาทำการวิจัย วันที่ 1 มีนาคม 2557
ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2557

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานคณะกรรมการประสานงาน
สาธารณสุขอำเภอกำแพง โรงพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและเทศบาลทั้ง 2 แห่ง
เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการศึกษารดูแลผู้ป่วย
สูงอายุติดเตียง พร้อมจัดตั้งทีมวิจัย ปรับปรุงกรอบ
แนวคิดและกระบวนการพัฒนา และแบ่งบทบาท
หน้าที่ในการทำวิจัย

2. ซึ่งผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจ
กระบวนการวิจัย ตลอดจนการเตรียมกลุ่ม
ตัวอย่าง เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน
ในชุมชน

3. สัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ในอำเภอกำ
แพงโดยพยาบาลวิชาชีพ 16 คน ร่วมกับอาสา
สมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมกับ
ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
และประเมินภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง
ทุกราย

4. ทดสอบความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม
กระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของทีมสุขภาพ

5. สัมภาษณ์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย
สูงอายุของผู้ดูแล

6. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถาม
แบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบเครื่องมือ หาความเที่ยง
ตรงเชิงเนื้อหา ค่าความเชื่อมั่น

7. ดำเนินกระบวนการพัฒนา

7.1) ฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแล
ผู้ป่วยติดเตียง ให้แก่ ทีมสุขภาพและทีมผู้ดูแล

7.2) ฝึกอบรมปรับทัศนคติการทำงานกับ
ชุมชนแบบมีส่วนร่วมให้แก่ทีมสุขภาพ แกนนำชุมชน
และอาสาสมัครสาธารณสุข

7.3) ดำเนินการให้การพยาบาลผู้ป่วย
สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยทีมสุขภาพและผู้ดูแล
ช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยที่บ้าน ดำเนินการ
วันที่ 1 เมษายน 2557 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2557

7.4) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนิน
การ จากแบบประเมินการความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันและภาวะแทรกซ้อน แบบสอบถาม
ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการรับบริการ
เยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลตามกรอบการวิจัย ครั้งที่ 1
วันที่ 14 มีนาคม 2557 ครั้งที่ 2 วันที่ 14 กรกฎาคม
2557

8. วิเคราะห์ข้อมูล แปรผล อภิปราย สรุป
และเขียนรายงานการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สถิติเป็นค่าร้อยละ ส่วน
ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเป็นค่าเฉลี่ยและส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
ก่อนและหลังโครงการใช้สถิติ Paired sample t-test
ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิง
ปริมาณ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนด
ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย
ผู้สูงอายุ 72 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.04
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ร้อยละ 31.30 พิกการ
ร้อยละ 25.21 โรคไตวาย ร้อยละ 1.75 ชราภาพ
ร้อยละ 14.78 เป็นโรคความดันโลหิต/ไขมันในเลือด
สูง ร้อยละ 14.78 โรคมะเร็งร้อยละ 1.73 และผู้ป่วย
จิตเวช ร้อยละ 1.73 ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงมีอายุ
เฉลี่ย 76.93 ปี ด้านทีมสุขภาพเป็นผู้หญิงทั้งหมด
มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 81.3 อายุการ
ปฏิบัติงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81.3 ปฏิบัติงานที่
รพสต. ร้อยละ 93.8 ด้านผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 52.50 ปี
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.4 จบการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 69.40 ด้านญาติผู้ป่วย
ทั้งหมด 72 คน มีอายุเฉลี่ย 64.79 ปี ส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 70.80 ใช้สิทธิในการรักษาบัตรทอง
ร้อยละ 76.40

ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและ
หลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแล พบว่า
มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.10 เมื่อแยก

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันรายด้าน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหลัง ได้รับการดูแลมี คะแนนเฉลี่ย ด้านการลุกนั่งจากที่นอนไปเก้าอี้ (Transfer) มากที่สุด เท่ากับ 0.27 รองลงมาด้าน

การรับประทานอาหาร (Feeding) คะแนนเฉลี่ย 0.14 และด้านการเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility) คะแนนเฉลี่ย 0.12

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแล

ความสามารถการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	ก่อน		หลัง		เพิ่ม/ลด (+/-)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1.คะแนนรวม (เต็ม 20คะแนน)	6.28	5.37	7.38	5.86	1.10
2.แยกรายด้าน					
2.1.การรับประทานอาหาร (Feeding)	.86	.71	1.00	.73	.14
2.2.การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน (Grooming)	.38	.48	.46	.50	.08
2.3.การลุกนั่งจากที่นอนไปเก้าอี้ (Transfer)	1.06	1.04	1.33	1.12	.27
2.4.การใช้ห้องน้ำ (Toilet Use)	.50	.65	.58	.72	.08
2.5.การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility)	.67	.99	.79	1.06	.12
2.6.การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	.53	.75	.63	.77	.10
2.7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)	.10	.38	.17	.50	.07
2.8.การอาบน้ำ (Bathing)	.15	.36	.25	.43	.10
2.9.การกลั่นถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ที่ ผ่านมา (Bowels)	1.04	.77	1.11	.81	.07
2.10.การกลั่นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา (Bladder)	1.00	.78	1.06	.82	.06

ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแล พบว่าการเกิดแผลกดทับลดลง 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 80

เกิดปอดบวมลดลง 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 เกิดท้องผูกลดลง 3 คน คิดเป็น ร้อยละ 37.50 ด้านการเกิดนิ่วลดลง 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 50 ส่วนด้านการเกิดข้อติดพบเท่าเดิม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแล

การเกิดภาวะแทรกซ้อน	ก่อน		หลัง		% เพิ่ม/ลด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. แผลกดทับ					
-ไม่มี	57	79.2	69	95.8	16.6
-มี	15	20.8	3	4.2	
2. ข้อติด					
-ไม่มี	48	66.7	48	66.7	0.00
-มี	24	33.3	24	33.3	
3. ปอดบวม					
-ไม่มี	71	98.6	72	100	1.4
-มี	1	1.4	0	0	
4. ท้องผูก					
-ไม่มี	61	84.7	64	88.9	4.2
-มี	11	15.3	8	11.1	
5. นิ่ว(ตะกอนในปัสสาวะ)					
-ไม่มี	70	97.2	71	98.6	1.4
-มี	2	2.8	1	1.4	

ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้ และ พฤติกรรมของทีมสุขภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงก่อนและหลังเข้ารับการอบรม พบว่า ด้านความรู้และทัศนคติมีค่าคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.01 คะแนนและ 0.86 คะแนน ตามลำดับ ส่วนด้านพฤติกรรมกระบวนการดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.04 คะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ของทีมสุขภาพในกระบวนการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

แบบวัดการอบรม	ก่อน		หลัง		เพิ่ม/ลด (+/-)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1.ด้านความรู้ของทีมสุขภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (เต็ม1 คะแนน)	0.81	0.08	0.91	.09	+0.01
2.ด้านทัศนคติของทีมสุขภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (เต็ม 3 คะแนน)	2.46	0.30	3.32	0.25	+0.86
3.ด้านพฤติกรรมทีมสุขภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (เต็ม 3 คะแนน)	3.40	0.53	3.36	0.32	-0.04

ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม พบว่า ด้านความรู้ คะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น 0.19 คะแนน และด้านทักษะคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.49 คะแนน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแลแยกรายด้าน

แบบวัดการอบรม	ก่อน		หลัง		เพิ่ม/ลด (+/-)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
1.ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (เต็ม1 คะแนน)	0.72	0.15	0.91	0.06	+0.19
2.ด้านทักษะของผู้ดูแลในดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง (เต็ม 3 คะแนน)	2.84	0.40	3.33	0.37	+0.49

การพิสูจน์สมมุติฐาน จากการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดมีความสัมพันธ์

กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.ความรู้ที่มสุขภาพ	1					
2.ทัศนคติรู้ที่มสุขภาพ	.308	1				
3.พฤติกรรมที่มสุขภาพ	-.106	.539*	1			
4.ความรู้ผู้ดูแล	.084	-.182	-.504*	1		
5.ทักษะผู้ดูแล	.009	-.065	.317	.006	1	
6.ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	.338	.214	.065	.075	.118	1

Note: *p<.05, **p<.01

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง พบว่าทักษะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p<.01) และ

ความรู้ของผู้ดูแลความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05(p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 7.

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.ความรู้ที่มสุขภาพ	1					
2.ทัศนคติรู้ที่มสุขภาพ	.308	1				
3.พฤติกรรมที่มสุขภาพ	-.106	.539*	1			
4.ความรู้ผู้ดูแล	.084	-.182	-.504*	1		
5.ทักษะผู้ดูแล	.009	-.065	.317	.006	1	
6.ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง	-.378	-.418	-.124	.289*	-.307**	1

Note: *p<.05, **p<.01

วิจารณ์

จากการศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหลังได้รับการดูแล ประกอบด้วย 10 ด้านคะแนนรวม 20 คะแนน พบว่ามีค่าความสามารถเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น 1.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศมณี ลาภ(2)(2555) เรื่อง การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดเตียงที่ระบุว่าหลังจากได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ พบผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับเนื่องจาก ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะในการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเอง โดยมีทีมสุขภาพพร้อมประเมินเป็นระยะ ๆ ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้นจากเดิม และที่พบดีขึ้นมากที่สุดคือ ด้านแผลกดทับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิณพิชญ์ชามะมม(3) (2555) เรื่องบทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ ระบุว่า การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบมีประสิทธิภาพและลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะด้านการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การดูแลแผลไม่ให้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น และวิธีทำแผลแบบลดสิ่งปนเปื้อน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแผลดีขึ้นทุกรายและแผลหาย รวมทั้งไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นใหม่ในผู้ป่วยทุกราย ส่วนภาวะแทรกซ้อนด้านข้อติดนั้น ไม่พบผู้ป่วยที่หายจากอาการดังกล่าว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายเกิดภาวะข้อติด มามากกว่า 6 เดือน ก่อนที่จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพทำให้ข้อติดแข็งจนมีพังผืดมายึดข้อ จึงทำให้การฟื้นฟูให้กลับสู่ภาวะปกติเป็นไปได้ยาก ด้านความรู้ของทีมสุขภาพด้านทัศนคติด้านพฤติกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของทีมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ และทัศนคติของทีมสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ด้านพฤติกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยลดลงในด้านความรู้พบว่า

ก่อนและหลังให้ความรู้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นน้อย ในขณะที่ด้านทัศนคติมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากทีมสุขภาพเดิมได้รับการฟื้นฟู ด้านความรู้อย่างสม่ำเสมอทำให้มีความรู้ ในการปฏิบัติงานดี ส่วนด้านทัศนคติที่มี ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าด้านความรู้ อาจเนื่องมาจาก ทีมสุขภาพเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานนาน 11 ปี ขึ้นไปร้อยละ 87.5 อาจทำให้ทัศนคติในการทำงานลดลง และเมื่อได้รับการอบรมปรับทัศนคติด้านการทำงานกับชุมชน จึงทำให้คะแนนค่าเฉลี่ยหลังอบรมเพิ่มมากขึ้น ส่วนด้านพฤติกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยลดลง เนื่องจากกระบวนการด้านการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพน้อยลง จากปรับระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยกำหนดให้พยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (ศูนย์ C.O.C) ในโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานแทนเพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงขึ้นทั้ง 2 ด้าน เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับได้รับการติดตามประเมินผลจากทีมสุขภาพเป็นระยะ ๆ กรณีความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อทีมสุขภาพและผู้ดูแล ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 81.20 เป็นร้อยละ 85.40 จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี, อรสา กงตาล(4) (2555) เรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ระบุว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากหลังได้รับการดูแลเช่นเดียวกับ การศึกษาของ ศุภดา ชุ่มชาติ(5) (2555) เรื่องโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน โดยใช้จิตอาสาร่วมดูแลพบความพึงพอใจของผู้ดูแล ร้อยละ 84 เนื่องจากทีมสุขภาพปรับระบบการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติให้เบอร์โทรศัพท์โทรปรึกษาได้ เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลืออีกทั้งบุคลากรผู้ให้บริการ มีความสุภาพอ่อนน้อมและมีมนุษยสัมพันธ์ ส่วนด้านการช่วยเหลือ

สนับสนุนจากชุมชนคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับ บริการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าชุมชนยังขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมอยู่ และทักษะผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง แต่จากการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง หลังได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพและผู้ดูแลพบว่ามีความรู้ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้น 1.10 และการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง แสดงว่าทีมสุขภาพและทีมผู้ดูแลน่าจะมีส่วนในการเพิ่มระดับความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง ด้านการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงพบว่า ความรู้ และทักษะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 หมายความว่าในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงควรเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแล แต่ก็ไม่สามารถละเลยการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของทีมสุขภาพได้ เนื่องจากทีมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการเยี่ยมผู้ป่วย และยังเป็นทีที่ปรึกษา คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อพบปัญหา ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงให้เกิดผลสัมฤทธิ์นั้นจะพัฒนาเฉพาะความรู้และทักษะของผู้ดูแลไม่ได้ จำเป็นต้องพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน ทุกด้านรวมทั้งพัฒนาทีมสุขภาพพร้อมด้วย นอกจากนี้การที่ทีมสุขภาพและผู้ดูแล ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เพิ่มขึ้นยังส่งผลต่อการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (Innovative Case for Chronic conditions หรือ ICC) ขององค์การอนามัยโลกและกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) ที่ระบุว่าทีมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วยในแง่ของสุขภาพเรื้อรังดีขึ้น อีกทั้งการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยด้วยกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้เกิดการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่สถานพยาบาลลงสู่ชุมชนกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของอำเภอท่าเรือเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล : 2557. มปท.
2. เกศมณี สาโก. การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนติดเตียง.โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (เอกสารอัดสำเนา). ในการประชุมวิชาการมหกรรมคุณภาพ HACC Forum ครั้งที่ 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ; 2556.
3. จินพิชญ์ษา มะมม. บทบาทพยาบาลกับผลกตทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล (Internet) วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 20 ฉบับที่ 5 พฤษภาคม : 2555. [สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2557] แหล่งที่มา <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tsti/article/view/12637>.
4. จุฑาทิพย์ งอยจันศรี,อรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์(Internet). ขอนแก่น : 2555. [สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2557] แหล่งที่มา <http://www.gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/les/mmo14.pdf>.
5. ศุภดา ช่อมีชาติ. โครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอนติดเตียงที่บ้านแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน โรงพยาบาลคูเมือง จังหวัดสงขลา (Internet): 2556. [สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2557] แหล่งที่มา <http://www.happynetwork.org/paper/1498>.

ศึกษาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

The study of Knowledge and Health promoting behaviors of Diabetes patients aged 15 years or more :
Lumsonthi district Lopburi province

จุไรรัตน์ ซานนท์

Jurairat Sanon

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนานิคม

Phatthanakhom District Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2556 ในอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน ซึ่งตั้งสมมุติฐานว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนาใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมานใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 61.2) รองลงมา คือระดับสูง (ร้อยละ 32.1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r > 0.15$, $P\text{-value} < 0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r > 0.15, P\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้ที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เมื่อเป็นโรคเบาหวานกินยาควบคุมไว้ก็เพียงพอแล้ว ร้อยละ 83.2 รองลงมาคือ การออกกำลังกายประจำสามารถป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 62.7 และหากเป็นโรคเบาหวานระยะเริ่มต้น การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสามารถควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในภาวะปกติได้ ร้อยละ 50.5 ตามลำดับ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรเน้นกิจกรรมให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและสังเกตอาการที่ผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำทางเลือกเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

คำสำคัญ : ความรู้, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

Abstract

Objective : The aim of this study was to assess of knowledge and health promotion behavior study of aged 15 years or more diabetes patients at Lam Sonthi district, Lopburi province. Sample sizes were 327 diabetes patients. Data were collected by questionnaires and there were analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation

Results : The findings of this study revealed that the most of knowledge overall were fair level and health promotion behavior were good level. There was correlation between knowledge and health Responsibility behavior of diabetes patients ($r > 0.15$, P-value < 0.05) and there was correlation between knowledge and exercise activity ($r > 0.15$, P-value < 0.05)

Conclusion : Major recommendations were; health officials should be awareness activities for diabetes patients about hypoglycemia observation. If health officials neglect symptoms, diabetes patient may be severe symptoms until unconscious and danger to life.

Keywords : Knowledge , Health promotion behavior, Diabetes patients

บทนำ

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคเบาหวาน มีสาเหตุหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และสาเหตุดังกล่าว สามารถป้องกันได้จากข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2555 ประมาณ 7,749 คน หรือ ประมาณวันละ 22 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า ประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อ พ.ศ.2555 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีอัตราการตาย 12.06 ต่อแสนประชากร¹ สถานการณ์จังหวัดลพบุรี ในปี 2554 พบว่าอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ มะเร็งสูงขึ้นทุกปี มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง อันดับ 1 อัตรา 93.7 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 3 อัตรา 46.9 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจเป็นอันดับ 5 อัตรา 39.9 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานเป็นอันดับ 10 อัตรา 7.4 ต่อแสนประชากร อัตราตายต่อแสนประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553, 2554 และ ปี 2555 เท่ากับ 9.4, 7.4 และ 11.7 ตามลำดับ อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2553, 2554, 2556 และปี 2557 เท่ากับ 4.8, 4.6, 11.7 และ 12.1 ตามลำดับ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ปี 2553 พบว่า ประชาชนอายุ 15-75 ปี มีภาวะอ้วน ร้อยละ 6.7 ออกกำลังกาย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 31.4 | สูบบุหรี่ ร้อยละ 22.2 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.6 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังทั้งสิ้น² ผลการคัดกรองโรคเบาหวานประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ปี 2556 พบว่า กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการคัดกรองจำนวน

15,504 คน พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจำนวน 3,185 คน ร้อยละ 20.54 และป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 1,763 คน ร้อยละ 11.37 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งหน่วยให้บริการสุขภาพ ดังนั้นเพื่อพัฒนารูปแบบในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2556 ที่อยู่ในอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จำนวนทั้งสิ้น 1,763 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ ยามาเน่⁽³⁾ จำนวน 327 คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมศึกษา ยินดีตอบแบบสอบถาม และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เครื่องมือที่ใช้ได้พัฒนามาจากการวิจัยของ กมลรัตน์ จูมสีมา⁽⁴⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมจากผู้ศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมานใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ (r)⁽³⁾

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.7) อายุ 65 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 33.6) รองลงมา คือ อายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 29.4) และอายุ 55-64ปี (ร้อยละ 25.7) ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 74.3) รองลงมา

คือชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 14.0) สถานะภาพการสมรสคู่ (ร้อยละ 59.6) รองลงมา คือ หย่า, หม้าย (ร้อยละ 33.7) ส่วนเรื่องการมีรายได้ต่อเดือน พบว่ามีรายได้อยู่ในช่วง ไม่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท (ร้อยละ 79.8) รองลงมา คือมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 13.1) และ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 5.6) ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรรม

(ร้อยละ 52.3) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 82) และรับจ้าง (ร้อยละ 25.1) ตามลำดับ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวม พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 61.2) รองลงมา คือ ระดับสูง (ร้อยละ 32.1) และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.7) ตามลำดับ (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวม

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (n = 327)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	22	6.7
ระดับพอใช้	200	61.2
ระดับสูง	105	32.1

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การพัฒนาทางจิต

วิญญาณ (\bar{X} = 2.47, S.D. = 0.29) รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (\bar{X} = 2.46, S.D. = 0.34) และการจัดการกับความเครียด (\bar{X} = 2.45, S.D. = 0.33) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในลำดับสุดท้าย คือ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (\bar{X} = 2.14, S.D. = 0.27) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n = 327)	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.29	0.23	ปานกลาง
2. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2.14	0.27	ปานกลาง
3. การบริโภคอาหาร	2.33	0.35	ปานกลาง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.46	0.34	ดี
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.47	0.29	ดี
6. การจัดการกับความเครียด	2.45	0.33	ดี
ภาพรวม	2.36	0.17	ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี พบว่าความรู้มี

ความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = 0.15$ $p\text{-value} < 0.05$ และ $r = 0.13$ $p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (n = 327)	แปลผล
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม	(r) 0.10 p-value 0.052	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	(r) 0.15 p-value 0.006**	มีความสัมพันธ์กัน
2. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	(r) 0.05 p-value 0.286	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
3. การบริโภคอาหาร	(r) 0.13 p-value 0.015*	มีความสัมพันธ์กัน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	(r) -0.01 p-value 0.83	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	(r) -0.036 p-value 0.51	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
6. การจัดการกับความเครียด	(r) 0.078 p-value 0.16	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

วิจารณ์

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวม พบว่ากลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ รัตนพันธ์⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งอาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยต้องพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อยู่เป็นประจำ จึงทำให้ได้รับความรู้ในเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหาร การลดภาวะเครียดรวมถึงอันตรายจากโรคเบาหวานจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ

ในเรื่องดังกล่าว ส่วนความรู้ที่ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือเมื่อเป็นโรคเบาหวานกินยาควบคุมไว้ก็เพียงพอแล้ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมสร้างความตระหนักของกับผู้ป่วยให้สามารถทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้หลายรูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในพื้นที่ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ จุมสีมา⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงสามารถเลือกกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ง่าย เช่น การพูดคุยปรึกษา การฟังธรรมนั่งสมาธิ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยใน 3 เรื่องแรกอยู่ในระดับดี แต่ในเรื่องการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุบางคนอาจทำได้ลำบาก จึงทำให้ค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับสุดท้าย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองพบว่า การสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ คืออาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลยที่จะปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีกิจกรรมสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยในการสังเกตอาการ เพราะหากเลยอาการเตือนที่สำคัญดังกล่าว อาจส่งผลให้มีอาการที่รุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยชัก หหมดสติและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2556 ที่อยู่ในอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ รัตนพันธ์⁵ ที่ได้ทำการศึกษาความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองโดยอธิบายได้ว่าเมื่อความรู้ และเจตคติเรื่องโรคเบาหวานของประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีระดับสูงขึ้นไปจะทำให้ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นด้วย

เช่นกัน ทั้งนี้เพราะการศึกษานี้เป็นเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จะไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ได้อย่างเชิงเหตุเชิงผล ฉะนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำศึกษาในรูปแบบเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (cohort study)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคติดต่อไม่เรื้อรัง. (ออนไลน์), 2557. แหล่งที่มา : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.Php> [16 พฤศจิกายน 2557]
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดลพบุรี ประจำปีงบประมาณ 2557. ลพบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ; 2557.
3. Yamane. Statistics: an Introductory Analysis. Singapore: Times Printer; 1973.
4. Munro and Barbara Hazard. Statistical Methods for Health Care Research. 5thed. Philadelphia: Lippincott Williams and Willkins ; 1997.
5. อารีย์ รัตนพันธ์. ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สถานีอนามัยตำบลท่าทองใหม่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2555 .
6. กมลรัตน์ จุมสีมา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ; 2550.

การประเมินและพัฒนานักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ
กรณีศึกษาอำเภอลำสนธิจังหวัดลพบุรี
ASSESSMENT AND DEVELOPMENT CAREGIVER: A CASE STUDY
OF LUMSONTI DISTRICT LOPBURI PROVINCE

กมลวรรณ สนามทอง
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระโบสถ์

Gamonwan Sanamthong
Sabot District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ของนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการและเสนอแนวทางการพัฒนาศักยภาพนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการในเขตอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนักบริหารชุมชน ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนักบริหารชุมชนทุกคน และผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้แทนตัวแทนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้พิการในระแวกบ้านที่รับผิดชอบ ญาติของผู้พิการและตัวผู้พิการ รวมทั้งสิ้น 50 คน และนักบริหารชุมชนทุกคนในอำเภอลำสนธิจังหวัดลพบุรี จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559 นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความคาดหวังต่อนักบริหารชุมชนด้านความรู้ระดับพอใช้ ทักษะระดับพอใช้ และการปฏิบัติระดับดี และมีข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนานักบริหารด้านการให้บริการควรปฏิบัติงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ให้มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ และควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ส่วนผลการประเมินนักบริหารชุมชนด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของนักบริหารชุมชน มีความรู้อยู่ในระดับดี มีทัศนคติอยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติในการดูแลผู้พิการอยู่ในระดับดี ส่วนข้อเสนอแนวทางการพัฒนาต้องการให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเพิ่มเติม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก กระเป่าเอกสาร และค่าตอบแทน นอกจากนี้ นักบริหารชุมชนมีความต้องการพัฒนาด้านความรู้ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จริง

คำสำคัญ : ประเมิน พัฒนา นักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการลำสนธิ

Abstract

Assessment and development of Disabled Caregiver : A case study of Lamsonti District, Lopburi province.

The purpose of this research was to assess knowledge, attitude and practice of disabled caregiver and finding capacity guideline of disabled caregiver. Survey research was conducted. Correct data with questionnaire to 2 group : A purposive 50 stakeholders and 27 disabled caregiver of Lamsonti district were selected data during November 2015-February 2016. The self-questionnaire was used to study that consisted with demographic information, knowledge, attitude and practice, and guideline development of disabled caregiver. Descriptive statistics was used to analyze.

The study showed that stakeholder's expectation on caregiver's knowledge and attitude were moderate level, and caregiver's practice was high level. Stakeholder's suggestion indicated that caregivers should have more humanized health care and they should be adequately supported material from hospital. Moreover, they should be regularly monitored and evaluated in their work. The level of caregiver's knowledge, attitude and practice were high. The caregiver's suggestion on service development want to be supported many material for their work such as sphygmomanometer, weighing machine, portfolio, compensation. Furthermore, caregivers want to improve their knowledge and skill with on the job training program.

Key words : Assessment, development, disabled caregiver, Lamsonti

บทนำ

จากการรายงานการขึ้นทะเบียนคนพิการ ของกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ.2556-2558 พบว่าผู้พิการ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1,338,508 คน เป็น 1,492,834 คน และ 1,645,799 คน ตามลำดับ⁽¹⁾ พบความพิการในกลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ กล่าวคือ จากผู้สูงอายุมีสัดส่วนความพิการร้อยละ 15 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ส่วนคนพิการประมาณ 1 ใน 3 ของคนพิการทั้งหมดในประเทศไทยในปี 2558 เป็นคนพิการที่มีความพิการซ้ำซ้อน⁽²⁾

จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ในปี 2558 พบว่ามีจำนวนผู้พิการทั้งหมด 11,493 คน เป็นผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ จำนวน 3,957 คน คิดเป็นร้อยละ 34.43 ร้อยละ 46.80 เป็นผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและร้อยละ 3.39 เป็นผู้พิการซ้ำซ้อน สำหรับอำเภอลำสนธิ มีรายงานผู้พิการทั้งหมดจำนวน 613 คน แยกเป็นผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 49.59 และผู้พิการซ้ำซ้อน ร้อยละ 1.95 จากการสำรวจพบว่าผู้พิการบางส่วนถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้⁽³⁾ ในปี 2548 อำเภอลำสนธิ จึงได้รับสมัครจิตอาสาเพื่อดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยติดเตียง และผู้พิการจำนวน 27 คน จากการประเมินผล พบว่าจิตอาสาที่ดูแลผู้พิการสามารถบรรเทาทุกข์และช่วยเหลือผู้พิการได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากจิตอาสาดังกล่าวมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้พิการ อีกทั้งนอกจากต้องดูแล และช่วยเหลือให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามบริบทแล้ว จิตอาสาดังกล่าวยังมีความจำเป็นที่ต้องดูแลให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วย จึงทำให้บทบาทของจิตอาสาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น อำเภอลำสนธิ จึงได้รับสมัครจิตอาสา ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นนักบริบาลชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตำบลละ 2-7 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากโรงพยาบาลลำสนธิ ซึ่งหลังจากปฏิบัติงานจริงในพื้นที่แล้วยังไม่ได้มีการประเมินผลนักบริบาล

ชุมชนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน ด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ ของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการขึ้น เพื่อเป็นข้อเสนอแนวทางการพัฒนาให้นักบริบาลชุมชนดำเนินการดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้พิการและสังคม

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครื่องมือในการประเมินความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนักบริบาลชุมชนด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติพร้อมข้อเสนอแนะในการพัฒนา จากนั้นนำเครื่องมือสอบถามกลุ่มเป้าหมายที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มที่ 1 คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนักบริบาล ผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้แทน ตัวแทนของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผู้พิการในระแวกบ้านที่รับผิดชอบ ญาติของผู้พิการ และตัวผู้พิการ คน รวมทั้งสิ้น 50 คน ได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมเพื่อใช้เป็นแบบสอบถามกับกลุ่มเป้าหมายที่ 2 คือ นักบริบาลชุมชนในเขตอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ทุกคน จำนวน 27 คน ในการประเมินความรู้อัตนคติ และการปฏิบัติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ หลังจากนั้นนำบทบาทที่คาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผลการประเมินนักบริบาลชุมชนมาเปรียบเทียบกันเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนานักบริบาลชุมชนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนักบริบาลชุมชน และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับความคาดหวังต่อนักบริบาลชุมชนด้านระบบบริการ และวิธีการ

พัฒนาที่เหมาะสม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามนักบริหารชุมชน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามความรู้ ทักษะปฏิบัติการปฏิบัติของนักบริหารชุมชนและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับพัฒนานักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยการทบทวนจากเอกสารวิชาการ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 และนำแบบสอบถามทั้งสองชุดไปทดสอบความน่าเชื่อถือ ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach Alpha's) ชุดที่ 1 เท่ากับ 0.782 และแบบสอบถามชุดที่ 2 เท่ากับ 0.796 ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนักบริหารชุมชน จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกจากบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคน ที่เกี่ยวข้องกับนักบริหารชุมชนตามตำแหน่ง ได้แก่ แพทย์พยาบาลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด แพทย์

แผนไทย ส่วนที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น ตัวแทนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีผู้พิการในระแวกบ้านที่รับผิดชอบ ญาติของผู้พิการและผู้พิการคัดเลือกตำบลละ 1 คน ส่วนชุดที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ นักบริหารชุมชนทุกคนในอำเภอลำสนธิ จำนวน 27 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - เดือนกุมภาพันธ์ 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 50 คน พบว่า

ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความรู้ของนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านความรู้ของนักบริหารชุมชน ในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมสูงที่สุด และระดับดี (ร้อยละ 84.60) และด้านการดูแลสุขภาพกาย ระดับดี (ร้อยละ 83.24) ส่วนด้านการดูแลสุขภาพจิตและด้านการดูแลด้านสังคมควรระดับพอใช้ (ร้อยละ 76.00 และร้อยละ 73.73) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านความรู้ของนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ

ประเด็นความรู้	คะแนนเฉลี่ยที่ได้	ระดับความคาดหวังด้านความรู้
การดูแลสุขภาพกาย	83.24	ระดับดี
การดูแลสุขภาพจิต	76.00	ระดับพอใช้
การดูแลด้านสังคม	73.73	ระดับพอใช้
การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	84.60	ระดับดี

ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านทัศนคติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ ระดับพอใช้ (ร้อยละ 76.08)

ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการปฏิบัติงานของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ พบว่าความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนักบริบาลชุมชน ในการปฏิบัติ

การดูแลผู้พิการด้านสุขภาพกายสูงที่สุด และระดับดี (ร้อยละ 84.80) และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมระดับดี (ร้อยละ 82.10) ส่วนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตและการดูแล ด้านสังคมควรระดับพอใช้ (ร้อยละ 78.70 และร้อยละ 75.00) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้พิการ ของนักบริบาลชุมชน

ประเด็นการปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้	ระดับความคาดหวังด้านการปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพกาย	84.80	ระดับดี
การดูแลสุขภาพจิต	78.70	ระดับพอใช้
การดูแลด้านสังคม	75.00	ระดับพอใช้
การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	82.10	ระดับดี

ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการให้บริการควรปฏิบัติงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ และควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข

ผลการศึกษานักบริบาลชุมชน พบว่าข้อมูลทั่วไปของนักบริบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.59 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 48.10 ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เป็นนักบริบาลชุมชน 4 - 6 ปี ร้อยละ 48.14 เหตุผลที่เข้ามาเป็นนักบริบาลชุมชน ด้วยจิตอาสาและต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 62.96 ระยะเวลาการทำงานในหน้าที่นักบริบาลชุมชน ปฏิบัติงานมากกว่าวันละ 6 ชม. ร้อยละ 77.80 ค่าตอบแทนนักบริบาลชุมชนได้รับจำนวน 5,000 - 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.90 จำนวนประชากรทั้งหมดที่รับผิดชอบ จำนวน 100-500 คน ร้อยละ 40.70 จำนวนผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในความรับผิดชอบของนักบริบาลชุมชนมีจำนวน 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.90 และมีผู้พิการในความรับผิดชอบจำนวน 31-40 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.60

ผลการประเมินด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ พบว่า

ระดับความรู้ของนักบริบาลชุมชนส่วนใหญ่ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.50 ระดับพอใช้ร้อยละ 18.50 แต่ถ้าแยกเป็นรายด้านพบว่าความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพจิต ความรู้ในการดูแลด้านสังคม และความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพกาย ระดับดี คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 96.29, 96.29 และ 92.82 ตามลำดับ ส่วนความรู้ในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.13 (ตารางที่ 3)

ระดับทัศนคติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการส่วนใหญ่ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.14 ระดับพอใช้ ร้อยละ 29.63 และระดับควรปรับปรุงร้อยละ 22.23 (ตารางที่ 4)

ระดับการปฏิบัติในการดูแลผู้พิการของนักบริบาลชุมชน มีระดับการปฏิบัติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ พบว่าส่วนใหญ่ระดับดี ร้อยละ 55.60 ระดับพอใช้และควรปรับปรุง มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 22.20 แต่ถ้าแยกเป็นรายด้านพบว่า การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมปฏิบัติมากที่สุด

ระดับดี ร้อยละ 87.65 ส่วนการปฏิบัติการดูแลด้าน
สุขภาพจิต การปฏิบัติการดูแลสุขภาพกาย และ
การปฏิบัติการดูแลด้านสังคมระดับปานกลางเฉลี่ย

ร้อยละ 77.16, 76.33 และ 68.25 ตามลำดับ
(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับความรู้ ของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการจำแนกเป็นด้าน

ประเด็นการปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้	ระดับความรู้
การดูแลสุขภาพกาย	92.82	ระดับดี
การดูแลสุขภาพจิต	96.29	ระดับดี
การดูแลด้านสังคม	96.29	ระดับดี
การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	69.13	ระดับพอใช้

ตารางที่ 4 ผลการประเมินระดับทัศนคติของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการ

ระดับทัศนคติ	จำนวนนักบริบาลชุมชน	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	6	22.23
พอใช้	8	29.63
ดี	13	48.14

ตารางที่ 5 ผลการประเมินระดับการปฏิบัติ ของนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้พิการแยกเป็นรายด้าน

ประเด็นการปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้	ระดับการปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพกาย	76.33	ระดับปานกลาง
การดูแลสุขภาพจิต	77.16	ระดับปานกลาง
การดูแลด้านสังคม	68.25	ระดับปานกลาง
การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม	87.65	ระดับดี

ข้อเสนอแนะของนักบริบาลชุมชน ต้อง
การให้มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติ
งานเพิ่มเติม ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่อง
ชั่งน้ำหนัก กระเป๋ากายภาพ และค่าตอบแทนเพิ่ม
ขึ้น นอกจากนี้นักบริบาลชุมชนมีความต้องการ
พัฒนาด้านความรู้เพิ่มเติมเรื่อง ยา การปฐม
พยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ และ

ให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่จริงอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะ
สำหรับการพัฒนานักบริบาลชุมชนให้มีคุณภาพ
หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควร
มีการติดตามและประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

ของนักบริหารชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อกำหนด ประเด็นการพัฒนาศักยภาพ จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้สำหรับนักบริหารชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และ สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน พร้อม ทั้งเป็นพี่เลี้ยง ในกรณีที่พบปัญหาจากการปฏิบัติงาน นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควร เข้ามาสนับสนุนการทำงานของนักบริหารชุมชน เพื่อให้ผู้พิการได้รับการดูแลแบบองค์รวม

วิจารณ์

ผลการวิจัย ประชากรที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ จากการประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของนักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการ เป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน แต่ถ้าแยกเป็นรายด้าน พบว่า ผลการประเมินความรู้ในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ของนักบริหารชุมชนระดับพอใช้ ซึ่งต่ำกว่าความ คาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่คาดหวังว่า นัก บริหารชุมชนควรมีความรู้ในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ระดับดี และผลการประเมินระดับการปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกายของนักบริหารชุมชนอยู่ ระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่าความคาดหวังของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสียซึ่งคาดหวังนักบริหารชุมชนควรมี การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกายระดับดี จึงอาจ จะต้องมีการจัดอบรม เพื่อทบทวนความรู้อย่าง ต่อเนื่อง พร้อมกับกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติของ นักบริหารชุมชนในการดูแลผู้พิการรายบุคคลแยก ตามสภาพของผู้พิการ นอกจากนี้ยังพบว่า มี นักบริหารชุมชน มีผลการประเมินความรู้ระดับ พอใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.51 ผลการ ประเมินนักบริหารชุมชน มีทัศนคติระดับควร ปรับปรุงจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.23 และ ผลการประเมินนักบริหารชุมชนมีการปฏิบัติระดับ ควรปรับปรุง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.23 ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบควรจะมีการ ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อกำหนดเป็นแนวทาง การพัฒนาสอดคล้องกับ สุมิตรา ชูแก้ว (2555) ได้ ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามการ รับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริม สุขภาพของญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่ม

เป้าหมายมีความรู้ระดับดี ทักษะระดับดี และ การปฏิบัติระดับปานกลาง แต่ในการปฏิบัติงาน จริงยังคงต้องมีการปรับทัศนคติ และการปฏิบัติ ยังคงต้องมีการค้นคว้าและอบรมเพิ่มเติมอย่าง สม่ำเสมอ(4)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินนักบริหารชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดหลักสูตรพัฒนา นักบริหารด้านความรู้ การปรับทัศนคติ และการ ปฏิบัติงานในการดูแลผู้พิการอย่างมีประสิทธิภาพ
2. หน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ควร มีการสำรวจความต้องการวัสดุ อุปกรณ์ ในการ ปฏิบัติงาน และมีการสนับสนุนอย่างรวดเร็ว
3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยวิธีการสนทนา กลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้เกิดความชัดเจน และ ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนานัก บริหารชุมชน และการเตรียมพัฒนาหลักสูตรการ อบรมนักบริหารชุมชนให้มีประสิทธิภาพ และ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ. รายงานข้อมูลคนพิการ. [ออนไลน์]. แหล่ง ที่มา : http://ecard.nep.go.th/nep_all/stat.php?view=nep1 [2 มีนาคม 2559]
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ. รายงานฉบับสมบูรณ์สถานการณ์คนพิการ ในสังคมไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจความ พิการและคุณภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 และ 2550.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://ihpptaigov.net/DB/publication/attachresearch/316/chapter1.pdf>. [2 มีนาคม 2559]
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. สรุป รายงานประจำปี 2558. ลพบุรี; สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลพบุรี: 2558.
4. สุมิตรา ชูแก้ว และคณะ. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาล ในการ ช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง. รมานิติพิทยบาลสาร พ.ศ.2555 ; ฉบับที่ 18 หน้า 249-256.

การประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2557 Evaluation of Emergency Medical Service System plan in Lopburi Province, 2014

บังอร นัดนระ

Bungon Nudnara

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Lopburi Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2557 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลแผนงานด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบการวิเคราะห์ โดยศึกษาจากเอกสารเชิงนโยบาย แผนงาน โครงการ ข้อมูลผลการปฏิบัติงานและสรุปผลการประชุมติดตามการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท มีความสอดคล้องกับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี 2556-2559 จำนวน 6 กลยุทธ์ ไม่สอดคล้อง 1 กลยุทธ์ที่ว่าด้วยการประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดลพบุรี ปี 2557-2560 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สืบสานภูมิปัญญาพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปี 2557 ในยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐานตอบสนองปัญหาพื้นที่ ด้านปัจจัยนำเข้า งบประมาณได้รับจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพียงพอในการดำเนินงาน ส่วนบุคลากรเฉพาะทางด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีไม่ครบทุกประเภทและไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น โดยองค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นไม่ครอบคลุมทุกตำบล รถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านการรับรองมาตรฐานรถและอุปกรณ์เพียงร้อยละ 44.78 ด้านกระบวนการ มีการพัฒนาการบริหารจัดการในรูปแบบคณะทำงาน ไม่มีการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับในภาวะปกติและภัยพิบัติ ด้านผลผลิต ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากปี 2556 ร้อยละ 8.5 นำส่งผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินสีแดง ลดลงร้อยละ 3.25 มีการแจ้งเหตุทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.41 ได้รับการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ ภายใน 10 นาที ลดลงร้อยละ 1.36 ข้อเสนอแนะคือ จัดทำแผนรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทบทวนแผนพัฒนาระบบบริการด้านกำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด เพื่อร่วมผลักดันองค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

Evaluation of Service Plan in Emergency Medical Services Systems in Lopburi Province, 2014 the aim to evaluate the program context, input, process and output using CIPP Model is a framework for analysis. The study of policy documents project plan Performance data and related to the data were used to develop action plans to appropriate. The study found that the context is consist with the Master Plan of National Medical Emergency Number No.2 in 2015-2018. In six strategies, one strategy is not consist with the strategy for cooperation with ASEAN and international. And in line with the development strategy in Lopburi province in 2015-2018. In strategic 4 is follow the knowledge to improve the quality of life for residents. And in line with the development strategy of Public Health office in Lopburi province in 2015. the strategic 5 is to development health care system to have standards and solved the problem area. Input Funding received from the National Institute of Emergency Medicine is adequate. The emergency medical personnel is not enough and not cover all types in the hospitals. The primary operations of Medical emergency run by the local administration does not cover every district. Process in management development with the teamwork. Not driven by a subcommittee of Emergency Medicine at the provincial level. The development potential of staff at all levels in normal situation and in crisis. Production the operations, emergency medical transport of emergency increase over 2014 of 8.5 percent, leading to critical patients, emergency is red was down 3.25 percent, with the notification. in 1669 increased to 3.41 percent has been maintained at the scene within 10 down 1.36 percent. The suggestion is development and review Services Plan to supports the ASEAN community., In human resorce and equipment, emergency medical services system. Run by the Committee of Emergency Medicine at the provincial level. In order to push local governments to participate in the emergency medical service.

Key words : Assessment, development, disabled caregiver, Lamsonti

บทนำ

ประชากรเป็นทรัพยากรที่มีบทบาทและมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ ในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ ซึ่งหมายถึง “ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” หากไม่ได้รับการช่วยเหลือในการรักษาอย่างทันที่วงที่ย่อมก่อให้เกิดการสูญเสียของชีวิตได้ หรืออาจเกิดความบกพร่องเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งทำให้เจ็บป่วยในขั้นที่รุนแรงโดยเหตุไม่อันควร การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างเป็นมาตรฐาน ได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันที่วงที่ จึงเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

จากสถิติสาเหตุการเสียชีวิตของกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2552 - 2556 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรตามรหัสโรค (ICD-10) อันดับที่ 2 เกิดจากอุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉิน โดยมีอัตราการตายเฉลี่ย 52.4 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดลพบุรี มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวในอัตราที่สูงกว่าระดับประเทศคือ อัตรา 77.8, 68.0, 75.9, 66.5 และ 79.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแผนการดำเนินการ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุการตายดังกล่าวได้เป็นอย่างมาก

สำหรับงานพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี มีการประชุมสรุป ทบทวนและพัฒนาแผนการดำเนินงานเป็นประจำทุกปี โดยกำหนดเป็นงานสำคัญ แต่ยังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดังนั้นเพื่อให้แผนงานพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดลพบุรี สามารถดำเนินการต่อไป ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงดำเนินการประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรีปี 2557 เพื่อทราบถึงผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้พัฒนาแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดต่อไป โดยใช้แบบจำลอง CIPP MODEL เป็นแนวทางในการประเมินครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลแผนงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี ปี 2557
2. เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี ปี 2557

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ศึกษาโดยใช้ CIPP Model จากเอกสารแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี 2556-2559 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี ปี 2557-2560 ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปี 2557 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐาน ตอบสนองปัญหาพื้นที่ ปี 2557 เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานผ่านโปรแกรม ITEM สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และจากการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน

สรุปผลการศึกษา

ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ผลการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการและผลผลิต ดังนี้

1. บริบท ประกอบด้วย

- 1.1 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี 2556 - 2559 เป็นแผนหลักที่กำหนดวิสัยทัศน์ มุ่งเน้นให้ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสถานการณ์ภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีกลยุทธ์เพื่อขับเคลื่อน 7 ด้าน คือ 1) การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม 2) การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี 3) การพัฒนาการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสถานการณ์ภัย 4) การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพ 5) การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ 6) การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารให้รองรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ การปฏิบัติการ และการประเมินผลได้ 7) การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้

1.2 ยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัดลพบุรี ปี 2557 - 2560 แบ่งเป็น 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) สร้างมูลค่าเพิ่มพัฒนาอาหารปลอดภัย 2) การพัฒนาศักยภาพด้านการท่องเที่ยวและผลิตภัณฑ์ 3) การพัฒนาศักยภาพจังหวัดลพบุรีเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และ 4) สืบสานภูมิปัญญาพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

1.3 ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ตอบสนองปัญหาพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการทุกระดับให้ผ่านการรับรองมาตรฐานอย่างครอบคลุม และจัดระบบบริการให้ตอบสนองสภาพปัญหาของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน จากหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับอย่างมีส่วนร่วม อันจะส่งผลให้ลดการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตลงได้

การจัดทำแผนงานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2557 จัดทำโดยวิเคราะห์ ปัญหาสาเหตุในระดับพื้นที่ และผลการดำเนินงานเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยพบว่ามีความสอดคล้องกับแผนหลักแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี 2556-2559 จำนวน 6 กลยุทธ์ ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 5 การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ ซึ่งไม่ได้ถูกกำหนดในแผนฯ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัดลพบุรี ปี 2557 - 2560 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สืบสานภูมิปัญญาพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนจังหวัดลพบุรี มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ในยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ตอบสนองปัญหาพื้นที่

1.4 รายงานผลการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากโปรแกรม ITEM สถาบันการแพทย์

ฉุกเฉินแห่งชาติ ประมวลผลหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉิน ที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดลพบุรี มีจำนวน 149 แห่ง แยกเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับโรงพยาบาล 12 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 122 แห่ง มูลนิธิ 11 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผลการดำเนินงานต่อเนื่องถึงปี 2556 จำนวน 20 แห่ง ปี 2557 ลดลงเหลือ 18 แห่ง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ได้รับการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการ ลดลงร้อยละ 3.25 Response Time ภายใน 10 นาที ลดลงร้อยละ 1.36

1.5 รายงานผลการประชุม เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน คณะทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 3 ครั้ง พบว่า มีการดำเนินการตามแผนทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 4 แห่ง ลดลง 6 แห่ง เนื่องจากเปลี่ยนตัวผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมชุดปฏิบัติการฯ ซึ่งเป็นอาสาสมัครฯ จึงยกเลิกตามไปด้วย

2. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

2.1 งบประมาณ แผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานตามผลงาน และใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 1,000,000 บาท โดยงบประมาณส่วนใหญ่ ใช้ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ มากที่สุด ร้อยละ 56 โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย รองลงมาคือสนับสนุนการดำเนินงานให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ร้อยละ 20 ซึ่งงบประมาณตามแผนงานฯ เพียงพอต่อการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้

2.2 บุคลากร จังหวัดลพบุรียังขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน คือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณภัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้รับ

กรอบอัตรากำลัง ที่ควรมีในสถานบริการแต่ละระดับ ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง ของจังหวัดลพบุรี จำนวน 118 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาล กู้ชีพหรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 72 และเจ้าพนักงานฉุกเฉินทางการแพทย์ (เวชกิจฉุกเฉิน) มีจำนวน 16 คน ในโรงพยาบาล 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บ้านหมี่ ชัยบาดาล หนองม่วง ท่าม่วง และ ท่าหลวง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล โดยกรอบอัตรากำลังที่ควรมีอย่างน้อย จำนวน 4 คน ในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมควรมีจำนวน 44 คน ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น และระดับพื้นฐาน ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 122 แห่ง มีความพร้อมและมีผลการปฏิบัติงานต่อเนื่อง 18 แห่ง ลดลงจากปี 2556 ซึ่งมี 20 แห่ง ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้นและระดับพื้นฐานในมูลนิธิต่างๆ ที่ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6 มูลนิธิ จำนวน 11 แห่ง จำนวนคงที่เท่ากับปี 2556 ซึ่งยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งควรมีในทุกตำบล

2.3 อุปกรณ์ เครื่องมือ จากการตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานรถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 163 คัน พบว่าผ่านการรับรองฯ จำนวน 73 คัน คิดเป็นร้อยละ 44.78 แบ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัด 11 แห่ง และโรงพยาบาล อานันท์มหิตล มีรถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับสูงและระดับพื้นฐาน รวม 29 คัน มีความพร้อมของตัวรถและอุปกรณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตามมาตรฐาน 19 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานระดับต้น 18 แห่ง มีรถปฏิบัติการ แห่งละ 1 คัน มีความพร้อมของตัวรถ และอุปกรณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉินครบตามมาตรฐาน 7 แห่ง มูลนิธิ 11 แห่ง มีรถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้นและระดับพื้นฐาน รวม 116 คัน มีความพร้อมของตัวรถและอุปกรณ์การช่วยชีวิตฉุกเฉินครบตามมาตรฐาน 47 แห่ง โดยรถที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐานส่วนใหญ่มีสาเหตุจากสภาพ

รถไม่เหมาะสม มีอายุการใช้งานเกิน 12 ปี อุปกรณ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน และเอกสารไม่ครบถ้วน สรุปได้ว่านอกเหนือจากจำนวนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดลพบุรี มีไม่ครอบคลุมทุกตำบลแล้ว ในจำนวนที่มีอยู่ยังต้องผลักดันและพัฒนาให้สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

3. กระบวนการ แผนงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี ปี 2559

3.1 ดำเนินการตามแผนงานการบริหารจัดการ โดยจัดประชุมคณะทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง ตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน และสนับสนุนงบประมาณสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการ 1 ครั้ง และจ่ายค่าตอบแทนหน่วยปฏิบัติการรายไตรมาส ตรวจประเมินมาตรฐานรถปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ 1 ครั้ง ประสานการจัดทำประกันชีวิตโดยความสมัครใจ 2 ครั้งต่อปี (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จ่ายค่าประกันให้ครั้งหนึ่ง) รณรงค์ประชาสัมพันธ์ 1669 ผ่านสื่อต่างๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ เสื้อ ของยา ถุงยา วิชชุชุมชน และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นในช่วงเทศกาล และช่วงปกติ เปิดศูนย์อำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง รองรับเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เทศกาลละ 7 วัน และจัดทีมนิเทศติดตามการดำเนินงานในหน่วยบริการ ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายแผนการบริหารจัดการ

3.2 ดำเนินการตามแผนการพัฒนาาระบบบริการและพัฒนาบุคลากร การพัฒนาบริการ กำหนดให้โรงพยาบาลซ้อมแผนบนโต๊ะ หรือแผนเสมือนจริงรองรับอุบัติเหตุหมู่ อุบัติภัยก่อนเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ แห่งละ 1 ครั้ง สุ่มประเมิน ER คุณภาพ ในโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บ้านหมี่ และโคกสำโรง ร่วมกับคณะกรรมการระดับเขต การพัฒนาบุคลากร จัดอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อชช.) กลุ่มเป้าหมายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 150 คน และพนักงานขับรถส่วนราชการในจังหวัดลพบุรี จำนวน 100 คน อบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับอาสาสมัครกู้ชีพ ระดับต้น (องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ) ในภาพโซน มีผู้ได้รับการอบรม 500 คน อบรมหลักสูตรพยาบาลกู้ชีพ จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 5 วัน มีพยาบาลจากโรงพยาบาลทุกแห่งเข้ารับการอบรม รวม 30 คน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านที่มหาวิทยาลัยและเป็นการจัดร่วมกับจังหวัดในเขตสุขภาพ อบรมที่มปฏิบัติการตอบโต้ภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน (mini MERT) จำนวน 6 ทีม ๆ ละ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พนักงานฉุกเฉินทางการแพทย์ พนักงานขับรถ ได้แก่ โรงพยาบาลท่าวุ้ง หนองม่วง สระโบสถ์ โคกเจริญ ท่าหลวง และลำสนธิ อบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ ALS BLS และ FR จำนวน 15 คน เพื่อเข้าร่วมการแข่งขัน EMS Rally ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายแผนการพัฒนาระบบบริการและพัฒนาคูคลากร

3.3 ควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน พบว่าถึงแม้สามารถดำเนินงานได้ตามแผนงานฯทั้งด้านการบริหารจัดการและแผนการพัฒนาระบบบริการและพัฒนาคูคลากร ยังพบประเด็นปัญหาที่ไม่เป็นไปตามนโยบายคือ ไม่มีแผนงานเตรียมการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และประเด็นที่ทำให้ผลการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ขาด

บุคลากรเฉพาะทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่นมีไม่ครอบคลุมทุกตำบล ความพร้อมของรถและอุปกรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉินสีแดง และระยะเวลาการเข้าถึงเพื่อให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ (Response Time) ลดลง

4. ผลผลิตจากการดำเนินงานและผลผลิตของแผนงานดังนี้

ผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลพบุรี จากโปรแกรม ITEM สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่าจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากปี 2556 จำนวน 1,517 ครั้ง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้บริการลดลง 10 ครั้ง ส่วนโรงพยาบาลและมูลนิธิมีผลงานการให้บริการเพิ่มขึ้น 71 ครั้ง และ 1,462 ครั้ง ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 1) การแจ้งเหตุทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.41 ให้บริการผู้ป่วย Non Trauma ลดลงร้อยละ 10.16 ให้บริการผู้ป่วย Trauma เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.15 ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤติสีแดง ได้รับการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการ ลดลงร้อยละ 3.25 Response Time ภายใน 10 นาที ลดลงร้อยละ 1.36 (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2556 และปี 2557 จำแนกตามหน่วยปฏิบัติการรายอำเภอ ของจังหวัดลพบุรี

อำเภอ	หน่วยปฏิบัติการ	หน่วยปฏิบัติการขึ้นทะเบียน (แห่ง)	หน่วยปฏิบัติการที่มีผลการดำเนินงาน(แห่ง)		จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
			ปี 2556	ปี 2557	ปี 2556	ปี 2557
เมืองลพบุรี	โรงพยาบาล	2	2	2	660	775
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	22	2	2	467	401
	มูลนิธิ	2	2	2	3151	3706
บ้านหมี่	โรงพยาบาล	1	1	1	82	75
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	21	-	-	-	-
	มูลนิธิ	3	3	3	795	1003
ท่าวุ้ง	โรงพยาบาล	1	1	1	151	140
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	10	2	3	303	267

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อำเภอ	หน่วยปฏิบัติการ	หน่วยปฏิบัติการ ชั้นทะเบียน (แห่ง)	หน่วยปฏิบัติการที่มี ผลการดำเนินงาน(แห่ง)		จำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	
			ปี 2556	ปี 2557	ปี 2556	ปี 2557
โคกสำโรง	โรงพยาบาล	1	1	1	21	14
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	14	-	-	-	-
	มูลนิธิ	1	1	1	297	547
ชัยบาดาล	โรงพยาบาล	1	1	1	27	28
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	17	1	2	2	9
	มูลนิธิ	1	1	1	568	694
พัฒนานิคม	โรงพยาบาล	1	1	1	58	48
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	11	8	3	267	254
	มูลนิธิ	2	2	2	323	453
หนองม่วง	โรงพยาบาล	1	1	1	15	20
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	7	-	1	-	1
	มูลนิธิ	2	2	2	269	462
สระโบสถ์	โรงพยาบาล	1	1	1	17	20
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4	1	1	53	97
โคกเจริญ	โรงพยาบาล	1	1	1	28	53
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5	2	3	103	157
ท่าหลวง	โรงพยาบาล	1	1	1	116	105
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	5	1	1	2	5
ลำสนธิ	โรงพยาบาล	1	1	1	89	57
	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	6	3	2	26	16
	มูลนิธิ	145	43	41	7890	9407

ตารางที่ 2 ผลงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี ปี 2556 และปี 2557

ลำดับ	รายการ	ผลงานปี 2556 จำนวนครั้ง(%)	ผลงานปี 2557 จำนวนครั้ง(%)
1	แจ้งเหตุทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669	3,497 (48.83)	4,122 (52.24)
2	ประเภทของเหตุให้บริการตามอาการนำ		
	- Non Trauma	3,491 (48.74)	3,754 (47.58)
	- Trauma	3,671 (51.26)	4,135 (52.41)
3	ประเภทของเหตุที่ให้บริการตามลำดับความเร่งด่วน		
	- ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤตสีแดง	659 (9.07)	462 (5.82)
	- ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยเร่งด่วนสีเหลือง	6,203 (78.62)	7,327 (77.88)
	- ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินสีเขียว	272 (3.45)	86 (0.91)
	- ผู้เจ็บป่วยสีขาว	28 (0.35)	14(0.15)
4	การให้บริการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ		
	- Response Time ภายใน 10 นาที	5,269 (73.57)	5,697 (72.21)
	- On Scean Time ภายใน 10 นาที	6,303 (88.01)	6,915 (87.64)
	- ระยะทางไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที	6,387 (89.18)	7,008 (88.82)
	- ระยะทางไปถึงโรงพยาบาลภายใน 10 นาที	5,527 (77.17)	6,006 (76.12)
5	การดูแลรักษา		
	- รักษาและนำส่ง	7,088 (89.84)	7,765 (82.54)
	- รักษา ไม่นำส่ง	5 (0.06)	6 (0.06)
	- รักษาและเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ	6 (0.07)	2 (0.02)
	- รักษาและเสียชีวิต ระหว่างนำส่ง	5 (0.06)	3 (0.03)
6	ไม่มีการรักษา		
	- ไม่รักษา ไม่ประสงค์ โรงพยาบาล	5 (0.06)	8 (0.09)
	- ยกเลิก ไม่พบเหตุ	38 (0.48)	75 (0.80)
	- เสียชีวิตก่อนไปถึง	15 (0.19)	29 (0.31)
	- ไม่ระงับการรักษา	0	2 (0.02)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท แผนงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดลพบุรี ปี 2557 มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัดลพบุรี ปี 2557-2560 และยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปี 2557 แต่ยังมีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ปี 2556-2559 คือการประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ ด้านปัจจัยนำเข้ามี

งบประมาณการดำเนินงานที่พอเพียง ขาดบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ มีเจ้าพนักงานฉุกเฉินทางการแพทย์ (เวชกิจฉุกเฉิน) เพียงร้อยละ 36 ของกรอบอัตรากำลังที่ควรมีและมีไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีผลปฏิบัติงานมีเพียงร้อยละ 14.28 และมีจำนวนลดลงและไม่ครอบคลุมทุกตำบล และยังมีรถปฏิบัติ

การการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน ในทุกระดับเพียงร้อยละ 44.78 ด้านกระบวนการ ไม่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ด้านผลผลิต จำนวนครั้งการให้บริการเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ได้รับการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และ Response Time ภายใน 10 นาที ลดลง จึงเห็นควรนำผลการศึกษานี้ ไปประกอบการวางแผนการรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการกำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้รับการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นไปได้อย่างรวดเร็วตามเกณฑ์มาตรฐาน ครอบคลุมทุกตำบลคล้ายกับการศึกษาของ คำรณ ไชยศิริ, วิทยา ซาติปัญญาชัย (2551) เรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวถึง การมีส่วนร่วมการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรทุกภาคี ทำให้เกิดกระบวนการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ จารุวรรณ ธาดาเดช, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล เรื่องวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (2557) กล่าวถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น ที่โรงพยาบาลเป็นผู้ริเริ่มและผลักดันให้เอกชนหรือองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน ไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเพียงพอ จึงไม่สามารถสร้างขึ้นมาเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. การศึกษาและประเมินผลแผนงาน ควรทำการประเมินเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องควบคู่กับการประเมิน จากวัสดุ เอกสาร และผลงานเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากที่สุด
2. ควรมีการศึกษาแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plane) สาขาอุบัติเหตุ และสาขาการแพทย์ และสาธารณสุขฉุกเฉินเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน
3. ควรมีศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยงานอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Stufflebeam DL. Educational evaluation and decision marking. 2nd New York: Reven press;1971
2. เขียวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2542) การประเมินโครงการ แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) : แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559
4. สำนักงานจังหวัดลพบุรี (2556) : แผนพัฒนาจังหวัดลพบุรีประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557-2560
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (2556) : แผนปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2557

การศึกษาคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม)
ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอ่างทอง
Investigate the quality of standard health data structure (43 files)
data reported by hospitals under the Permanent Secretary Office,
Ministry of Public Health in Angthong province

อรสา เข้มปัญญา
สำนักบริหารการสาธารณสุข

Orasa Khempanya
Bureau of Health Administration

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา คุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอ่างทอง โดยใช้คำสั่ง MySQL ในการตรวจสอบข้อมูล ณ ฐานข้อมูล Data Center ระดับจังหวัดที่ตั้ง ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง โดยตรวจสอบข้อมูลเดือนตุลาคม 2557-มกราคม 2558 โดยมีแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในแต่ละแฟ้ม ศึกษาเปรียบเทียบรายโรงพยาบาล เปรียบเทียบข้อมูลที่ผิดพลาดเทียบกับข้อมูลทั้งหมดเป็นรายแฟ้มข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ตรวจสอบมีความผิดพลาด ในด้านการบันทึกข้อมูลการส่งออกข้อมูล จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเข้าสู่ฐานข้อมูล Data Center ระดับจังหวัด การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) โดยใช้คำสั่งทางคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบข้อมูลในฐานข้อมูล Health Data Center ระดับจังหวัด จะไม่ใช่ข้อบ่งชี้ว่าหน่วยงานใดหรือทีมบุคลากรใดของโรงพยาบาลทำงานบกพร่อง สำคัญของการใช้เครื่องมือดังกล่าว ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้านระบบข้อมูลบริการสุขภาพ ต้องการให้เกิดทัศนคติแรงจูงใจการสร้างสรรค์ของบุคลากรในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนางานในเชิงบวก เมื่อโรงพยาบาลได้มีการประเมินตนเอง จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนการบริหารจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ ที่โรงพยาบาลกำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบันและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน รวมทั้งได้จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสในการปรับปรุง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม),
ฐานข้อมูล Health Data Center ระดับจังหวัด

Abstract

This study aimed to investigate the quality of standard health data structure (43 files) data reported by hospitals under the Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health in Angthong province using MySQL commands as tools for data inspection. The data inspected were those acquired from database at the provincial data center of Angthong Provincial Health Office during the period from October 2014 to January 2015. Data of each file was inspected according to the data inspection guideline, compare among the hospitals, and compare the errors with the whole data of each file as well.

Results from the study showed that errors were found in most of the data inspected in the process of data recording and data exporting from hospital databases to the provincial data center database. In spite of using as indication for working efficiency of health personnels or hospital, the key factor of using these data quality inspection tools is to create positive attitude and motivation towards work development for all health personnels concerned. Hospital itself once has performed the self-evaluation, will then be able to review its current operation and clearly understand the situation of information management, information technology and knowledge management, including SWOT analysis to be used as guideline for system improvement.

บทนำ

สถานบริการสุขภาพทุกระดับ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน จะต้องมีการดำเนินการให้มีระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ และการที่จะเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวนี้ เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่สถานบริการสุขภาพ จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ และรู้สถานภาพของตนเอง รู้ว่าต้องปรับปรุงพัฒนาการบริหารจัดการในเรื่องใดบ้าง โดยการปรับปรุงกระบวนการพัฒนานั้นจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ที่ดีเป็นพื้นฐาน เพื่อนำมาประกอบผลและจัดรูปแบบให้ได้สารสนเทศที่ช่วยสนับสนุนการทำงานและการตัดสินใจในด้านต่างๆ ของผู้บริหาร ทีมบุคลากรด้านบริการสุขภาพ (Front Office) ตลอดจนทีมบุคลากรด้านการสนับสนุน (Back Office) เพื่อให้การดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานได้สะดวกและรวดเร็ว มีเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมากขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังนั้นการปรับปรุงและพัฒนา ระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งาน รวมทั้งวิวัฒนาการทางเทคโนโลยี ประกอบไปด้วยกระบวนการพัฒนาระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบฐานข้อมูล ระบบการประมวลผล ระบบการรายงานรวมถึงระบบการนำเสนอสารสนเทศที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการให้บริการสาธารณสุขแก่หน่วยงานต่างๆ จึงจะทำให้ได้สารสนเทศที่มีประโยชน์ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อย่างแท้จริง

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดชุดข้อมูล พร้อมกำหนดมาตรฐานข้อมูลเพื่อใช้แลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม สถานบริการสุขภาพจัดทำข้อมูลเพื่อการแลกเปลี่ยนและบริหารจัดการด้านระบบสารสนเทศร่วมกันทั้งระดับสถานบริการ ระดับจังหวัด ระดับ

เขตสุขภาพ และระดับกระทรวง ใน รูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล 18 แฟ้ม ในปี 2555 ได้ปรับเป็น 43 แฟ้ม และ 7 แฟ้ม เพื่อการส่งต่อข้อมูลการป่วย โดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอด แต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือ ขาดความถูกต้อง ขาดความครบถ้วน ขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลา สาเหตุสำคัญมี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการรับส่งข้อมูล ผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน 2) ปัญหาด้านบุคลากร ผู้จัดเก็บและบันทึกข้อมูลยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการบันทึกข้อมูล และทักษะการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูล 3) มีโปรแกรมหลากหลายจากหน่วยงานต่างๆ ส่งให้สถานบริการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน การพัฒนาข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ส่วนหนึ่งคือการพัฒนาคุณภาพของข้อมูล ให้มีความถูกต้อง เทียบตรง น่าเชื่อถือ ทันเวลา ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและเป็นภาระในการจัดเก็บให้น้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล แนวทางการบันทึกข้อมูลของและบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งหน่วยบริหารระดับจังหวัด

วิธีการศึกษา

1. ใช้เครื่องมือ ในรูปแบบคำสั่งทางคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบข้อมูลรายบุคคลในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ณ

ศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด (Data Center) ใน 22
ประเด็น

2. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพข้อมูล ราย
เพิ่ม เทียบรายโรงพยาบาล เป็นร้อยละ

3. ตรวจสอบอุปกรณ์ประมวลผลของระบบ
เครือข่าย

ผลการศึกษา

ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของจังหวัด
อ่างทอง

จากการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใน 22
ประเด็น พบว่า 2 ประเด็นคือ 16, 17 ไม่พบข้อ
ผิดพลาด ส่วนอีก 20 ประเด็นคือ 1-15 และ 18-22
พบข้อผิดพลาดดังแสดงในตารางที่ 1 -

ตารางที่ 1 เพิ่ม PERSON ตรวจสอบ Type Area ไม่เป็น 1, 2, 3, 4, 5

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูลเพิ่ม PERSON	Type Area Error	ร้อยละความผิดพลาด ของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	37,768	22	0.06
โรงพยาบาลไชโย	426	0	-
โรงพยาบาลป่าโมก	3,321	0	-
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	3,716	0	-
โรงพยาบาลแสวงหา	6,510	0	-
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	7,174	51	0.71
โรงพยาบาลสามโก้	751	0	-

ตารางที่ 2 นับจำนวนข้อมูลในเพิ่ม OPD

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูลเพิ่ม SERVICE	จำนวนข้อมูลเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD	สัดส่วนข้อมูล SERVICE : DIAGNOSIS_OPD
โรงพยาบาลอ่างทอง	109,738	114,417	1.04
โรงพยาบาลไชโย	18,622	37,975	2.04
โรงพยาบาลป่าโมก	32,151	65,497	2.04
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	42,567	65,597	1.54
โรงพยาบาลแสวงหา	28,249	57,611	2.04
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	72,598	133,984	1.85
โรงพยาบาลสามโก้	20,830	36,206	1.74

ตารางที่ 3 แพ้มี SERVICE มูลค่าบริการเป็น 0

โรงพยาบาล	มูลค่าบริการเป็น 0	จำนวนข้อมูลแพ้มี SERVICE	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	6,893	109,738	6.28
โรงพยาบาลไชโย	575	18,622	3.09
โรงพยาบาลป่าโมก	119	32,151	0.37
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	1,582	42,567	3.72
โรงพยาบาลแสวงหา	1,330	28,149	4.72
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	2,892	72,598	3.98
โรงพยาบาลสามโก้	710	20,830	3.41

ตารางที่ 4 มูลค่าบริการน้อยกว่าราคาทุน

โรงพยาบาล	มูลค่าบริการน้อยกว่าราคาทุน	จำนวนข้อมูลแพ้มี SERVICE	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	8,174	109,738	7.45
โรงพยาบาลไชโย	217	18,622	1.17
โรงพยาบาลป่าโมก	694	32,151	2.16
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	1,030	42,567	2.42
โรงพยาบาลแสวงหา	1,174	28,149	4.17
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	402	72,598	0.55
โรงพยาบาลสามโก้	587	20,830	2.82

ตารางที่ 5 วันที่มารับบริการ มากกว่า วันที่ปรับปรุงข้อมูล : Date_Serv มากกว่า D_update

โรงพยาบาล	Date_serv มากกว่า D_update	จำนวนข้อมูลแพ้มี SERVICE	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลไชโย	6	18,622	0.03
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	64	72,598	0.09
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	487	20,830	2.34

ตารางที่ 6 เพิ่ม DIAGNOSIS_OPD ตรวจสอบรหัสประเภทการวินิจฉัย - Diag Type ไม่ตรงตามที่กำหนด

โรงพยาบาล	Diag Type ไม่ตรงตามที่กำหนด	จำนวนข้อมูล DIAGNOSIS_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลไชโย	1	37,975	0.0026
โรงพยาบาลป่าโมก	9	65,497	0.0137
โรงพยาบาลแสวงหา	3	57,611	0.0052
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	8	133,984	0.0060

ตารางที่ 7 ตรวจสอบรหัสประเภทการวินิจฉัย External cause code, DiagType < > 5

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูล External cause code, DiagType < > 5	จำนวนข้อมูลเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	1,917	114,417	1.68
โรงพยาบาลไชโย	30	37,975	0.08
โรงพยาบาลป่าโมก	808	65,497	1.23
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	1,270	65,597	1.94
โรงพยาบาลแสวงหา	15	57,611	0.03
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	2,547	133,984	1.90
โรงพยาบาลสามโก้	114	36,206	0.31

ตารางที่ 8 ตรวจสอบรหัสประเภทการวินิจฉัย Not External cause code, DiagType = 5

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูล Not External cause code, DiagType = 5	จำนวนข้อมูลเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลไชโย	20	37,975	0.052
โรงพยาบาลแสวงหา	64	57,611	0.111
โรงพยาบาลสามโก้	1	36,206	0.0027

ตารางที่ 9 ตรวจสอบรหัสการวินิจฉัยที่ยกเลิก A09 และ K355

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูลที่ผิดพลาด	จำนวนข้อมูลเพิ่ม DIAGNOSIS_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	4	114,417	0.003496

ตารางที่ 10 เพิ่ม PROCEDURE_OPD : ตรวจสอบมูลค่าหัตถการเป็น 0

โรงพยาบาล	มูลค่าบริการเป็น 0	จำนวนข้อมูลเพิ่ม PROCEDURE_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	5,367	28,726	18.68
โรงพยาบาลไชโย	1,332	9,695	13.74
โรงพยาบาลป่าโมก	7,259	20,581	35.27
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	6,087	27,349	22.26
โรงพยาบาลแสวงหา	4,887	22,834	21.40
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	8,471	43,008	19.70
โรงพยาบาลสามโก้	2,573	13,710	18.77

ตารางที่ 11 เพิ่ม DRUG_OPD ตรวจสอบการใช้จ่ายปริมาณสูง

โรงพยาบาล	การใช้จ่ายปริมาณสูง	จำนวนข้อมูล DRUG_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	5,367	133,786	4.01
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	8,471	107,907	7.85
โรงพยาบาลไชโย	1,332	59,921	2.22

ตารางที่ 12 เพิ่ม CHARGE_OPD ตรวจสอบกลุ่มค่ารักษาไม่ตรงตามมาตรฐาน

โรงพยาบาล	ตรวจสอบกลุ่มค่ารักษาไม่ตรงตามมาตรฐาน	จำนวนข้อมูล CHARGE_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลสามโก้	7	101,716	0.01

ตารางที่ 13 ตรวจสอบกลุ่มค่ารักษาที่ไม่ควรมี ผู้ป่วยนอก - หมวดค่ารักษา 01 ค่าห้องและอาหาร

โรงพยาบาล	ค่ารักษา 01 ค่าห้องและอาหาร	จำนวนข้อมูล CHARGE_OPD	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	1	209,019	0.0005
โรงพยาบาลแสวงหา	1,302	152,536	0.8536
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	7	342,362	0.0020

ตารางที่ 14 ตรวจสอบราคาขายเป็น 0 ในผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาล	ราคาขายเป็น 0	จำนวนข้อมูล CHARGE_OPD	ร้อยละความผิดพลาด ของข้อมูล
โรงพยาบาลไชโย	2,364	94,334	2.5060
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	3,343	209,019	1.599
โรงพยาบาลแสวงหา	5,468	152,536	3.585
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	13,684	342,362	3.997
โรงพยาบาลสามโก้	367	101,716	0.361

ตารางที่ 14 ตรวจสอบราคาขายน้อยกว่าราคาทุน

โรงพยาบาล	มูลค่าบริการน้อยกว่า ราคาทุน	จำนวนข้อมูล CHARGE_OPD	ร้อยละความผิดพลาด ของข้อมูล
โรงพยาบาลไชโย	1,536	94,334	1.628
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	3,434	209,019	1.643
โรงพยาบาลแสวงหา	1,352	152,536	0.886
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	4,469	342,362	1.305
โรงพยาบาลสามโก้	329	101,716	0.32

16. เพิ่ม ADMISSION ตรวจสอบประเภทการมาโรงพยาบาลเพื่อ Admit
ไม่พบข้อผิดพลาด
17. ตรวจสอบวันที่จำหน่ายก่อนวัน Admit
ไม่พบข้อผิดพลาด

ตารางที่ 16 สาเหตุการส่งตัวมารับบริการไม่สัมพันธ์กับประเภทการมา

- Err1 : มาเอง/นัดมา แต่มีสาเหตุการส่งต่อ
- Err2 : รับส่งต่อ แต่ไม่มีสาเหตุการส่งต่อ (cause in)

โรงพยาบาล	Err1	จำนวนข้อมูลผู้ป่วยใน	ร้อยละความผิดพลาด ของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	1,010	4,844	20.85

ตารางที่ 17 จำนวนข้อมูลในแฟ้มประเภท แม่และเด็ก

โรงพยาบาล	ANC	LABOR	NEWBORN	POSTNATAL	NEWBORN_CARE
โรงพยาบาลอ่างทอง	174	438	448	0	418
โรงพยาบาลไชโย	190	3	0	0	0
โรงพยาบาลป่าโมก	279	0	0	13	0
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	396	20	20	45	36
โรงพยาบาลแสวงหา	146	12	0	11	16
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	977	80	0	20	0
โรงพยาบาลสามโก้	8	0	0	0	0

ตารางที่ 18 ตรวจสอบครรภ์ที่ (มากกว่า 10)

โรงพยาบาล	ตรวจสอบครรภ์ที่ (มากกว่า 10)	จำนวนข้อมูล ANC	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	1	174	0.57
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	10	977	1.02

ตารางที่ 19 แฟ้ม LABOR ตรวจสอบผลการคลอดเป็นรหัสที่ไม่ใช่ Mode of Delivery and Abortion

โรงพยาบาล	รหัสที่ไม่ใช่ mode of delivery and abortion	จำนวนข้อมูล LABOR	ร้อยละความผิดพลาดของข้อมูล
โรงพยาบาลอ่างทอง	427	438	97.49
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	49	80	61.25
โรงพยาบาลแสวงหา	4	12	33.33

ตารางที่ 20 แฟ้ม EPI ตรวจสอบการรับ BCG ไม่สัมพันธ์ กับ ทารกแรกเกิด

โรงพยาบาล	จำนวนข้อมูล BCG	จำนวนข้อมูล NEWBORN	จำนวนข้อมูล NEWBORN_CARE
โรงพยาบาลอ่างทอง	151	448	418
โรงพยาบาลไชโย	1	0	0
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง	41	20	36
โรงพยาบาลแสวงหา	12	0	16
โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ	7	0	0
โรงพยาบาลสามโก้	4	0	0

ระบบเครือข่าย ผลการตรวจสอบอุปกรณ์ระบบประมวลผลของระบบเครือข่ายของจังหวัดอ่างทอง

Server ที่ใช้ในการติดตั้ง Health Data Center (HDC) มีขนาดของหน่วยความจำ (RAM) เพียง 4 GB ซึ่งน้อยไปไม่เพียงพอต่อการประมวลผล เมื่อมีผู้เข้ามาใช้งาน HDC จำนวนมาก Server จะประมวลผลได้ช้ามาก ไม่สะดวกต่อการใช้งาน

วิจารณ์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล พบว่าความผิดพลาดบางส่วนเกิดจาก ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล แต่ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากระบบการโปรแกรมหลักของโรงพยาบาล ยังไม่มีการปรับปรุง

ฐานข้อมูล รหัสมาตรฐานในแต่ละแฟ้มข้อมูลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาโดยสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ รวมถึงการปรับปรุงรหัสโรค รหัสหัตถการ ให้มีความทันสมัย การได้ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) ของโรงพยาบาลที่ส่งเข้าสู่ฐานข้อมูลระดับจังหวัดและส่งต่อให้ส่วนกลางได้ใช้ประโยชน์ในหลาย ๆ ด้าน รวมถึงการวางแผนการสนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพ มายังหน่วยบริการนั้น หากมีข้อมูลที่ต้องครบถ้วนทันสมัยย่อมทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างแน่นอนทั้งนี้การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการความรู้ จะเป็นหนทาง ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศเป็นตัวนำทาง

ข้อเสนอแนะด้านการจัดการระบบฐานข้อมูลของ HDC

1. Server HDC ควรจัดหาหน่วยความจำเพิ่มเติมในขั้นต่ำที่เหมาะสมแก่การประมวลผลควรมีประมาณ 16 GB

2. เนื่องจาก Ethernet port ของ Server นี้มีทั้งหมด 4 ports แต่ในขณะนี้ใช้งานอยู่เพียง 1 port เท่านั้น เพื่อให้สะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของ HDC เห็นควรจัดทำ Network Bonding แบบ Round-robin

3. ปรับแต่ง Firewall และติดตั้ง Switch L3 (Switch L3 ที่ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุน) เนื่องจาก Switch L3 มีสมรรถนะและประสิทธิภาพที่ดีกว่า Switch ทั่วๆ ไป โดยจัดทำ VLAN ตามลักษณะของการทำงานเครือข่าย

4. จัดสภาพแวดล้อมของให้เหมาะสมสำหรับอุปกรณ์เครือข่าย เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย เพื่อความมั่นคงปลอดภัยของระบบเครือข่าย เช่น เพิ่มขนาดตู้จัดเก็บเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย และอุปกรณ์เครือข่าย การจัดระบบสายสัญญาณและติดหมายเลขกำกับพร้อมจัดทำผังกำกับเครือข่าย เพื่อสะดวกในการติดตามแก้ไขปัญหา ฯลฯ

ข้อเสนอแนะการจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. เนื่องจาก HDC ใช้ตัวจัดการฐานข้อมูลของ MySQL เพื่อให้เกิดการใช้งาน MySQL ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดของ Hardware ในปัจจุบัน เห็นควรปรับแต่ง MySQL (my.cnf)

2. แก้ไขปัญหาการ Mapping ข้อมูลในการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มจากหน่วยบริการ เพื่อให้การนำเข้าข้อมูล 43 แฟ้มได้ถูกต้อง สมบูรณ์

3. ดำเนินการตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานตามโครงสร้าง 43 แฟ้มใหม่ทั้งหมด เช่น เพิ่ม person, chronic ฯ

4. แนะนำให้หน่วยบริการทุกแห่งได้ติดตามผลการนำเข้าข้อมูล ผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มและผลการประมวลผลรายงานต่าง ๆ

อ้างอิง

1. สุชาติ กิระนันท์. ข้อมูลและสารสนเทศ. ใน ; ประเสริฐ ศิลพิพัฒน์, บรรณาธิการ. เทคโนโลยีสารสนเทศสถิติ : ข้อมูลในระบบสารสนเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542 หน้า 4-7.

2. กลุ่มข้อมูลข่าวสาร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพปี 2558; หน้า 1-50.

การพัฒนาวีถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา
โรคอ้วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2
Life style Development through Health PromOtion for
primary school to prevent obesity

นางสาวกอบแก้ว ชันดี
ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

Kobkaew Khuntee
Regional Health Promotion Center 2, Saraburi

บทคัดย่อ

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต และต้องการที่จะเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ สมัยก่อนการบริโภคของสังคมไทยเป็นเพียงเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตให้อยู่รอดเท่านั้น ปัจจุบันสังคมมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป เด็กวัยเรียนมีการใช้กำลังงานสำหรับการประกอบกิจกรรมค่อนข้างสูง เด็กวัยเรียนจึงควรได้รับสารอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างเต็มที่ แต่โดยวิถีภาวะของเด็กวัยเรียนไม่ได้สนใจกับเรื่องของการบริโภคมากนัก เด็กจะเลือกบริโภคอาหารตามความพอใจและไม่สนใจในเรื่องฉลากหรือคุณค่าทางโภชนาการจึงทำให้โรคอ้วน และมีภาวะโภชนาการเกินกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญอันดับต้น ๆ ซึ่งภาวะโภชนาการและโรคอ้วนในเด็ก เป็นเหตุปัจจัยที่จะนำไปสู่การเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การมีภาวะโภชนาการในวัยเด็กเป็นปรากฏการณ์ที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา เด็ก ๆ ประสบปัญหาภาวะโภชนาการเกินที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กเกี่ยวกับวิธีการบริโภคในปัจจุบันเริ่มเปลี่ยนแปลงไปทุกขณะ โดยเฉพาะเรื่องของการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมของเด็กวัยเรียนในปัจจุบัน

โดยการศึกษาี้ ได้ดำเนินการสำรวจ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน สัมภาษณ์การบริโภคอาหาร อาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มน้ำอัดลม รวมถึงให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ทั้งเลือกบริโภคอาหารว่างที่เหมาะสมด้วย โดยกลุ่มเด็กที่เรียนอยู่ในเขตอำเภอเมือง และเขตนอกเมือง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 ได้แก่ โรงเรียนในจังหวัดสระบุรี, โรงเรียนในจังหวัดลพบุรี, โรงเรียนในจังหวัดสิงห์บุรี, โรงเรียนในจังหวัดชัยนาท รวมทั้งสิ้น 16 โรงเรียน จำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสัมภาษณ์ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวนทั้งสิ้น 480 คน และได้นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาประเมินผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป พบว่า เด็กประถมศึกษามีความชอบในอาหารประเภททอด จำนวนทั้งสิ้น 223 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5,จำนวน และร้อยละของอาหารว่างที่เด็กประถมศึกษาคือ ชอบ ได้แก่ ผลไม้

คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 รองลงมาเป็นขนมถุงกรอบ จำนวน 83 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3, การทานขนมกรอบ ซึ่งเด็กประถมศึกษาทานทุกวัน จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8, ทาน วันเว้นวัน มีจำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 64.6, เด็กประถมศึกษาจะซื้อขนมในช่วงเวลาตอนเช้าก่อนเข้าเรียน มีจำนวนถึง 193 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2 ตามมาตอนช่วงพักกลางวัน 128 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 เด็กประถมศึกษาซื้อขนมจากสหกรณ์ของโรงเรียน จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นจากร้านค้าแถวบ้าน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 ประเภทของเครื่องดื่มที่เด็กประถมศึกษาชอบ ได้แก่ น้ำผลไม้คั้นสด จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมาเป็นน้ำอัดลม มีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 ดื่มเป็นบางวัน 323 คน จากจำนวนเต็ม จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 67.3, ดื่มทุกวัน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 เด็กประถมศึกษารู้ว่าขนมไทยคือกล้วยฉาบ จำนวน 377 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5, และเข้าใจว่ามันฝรั่งทอดกรอบเป็นขนมไทย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8, และไม่ทราบเลยว่าขนมไทยมีลักษณะอย่างไร จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 เด็กประถมศึกษามีการทานผักทุกวัน จำนวน 256 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3, รองลงมาทานเป็นบางวัน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6, ชนิดของผักที่เด็กประถมศึกษาชอบทานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผักบุ้ง จำนวน 137 คน จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5, รองลงมาได้แก่ ผักกาด 88 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 คื่นช่าย จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 และเมื่อสอบถามถึงความรู้ว่าความอ้วนเกิดจากอะไร เด็กประถมศึกษา จำนวน 233 คน ตอบว่าจากการกินอาหารเยอะและกินจุบจิบ จากจำนวนเต็ม 480 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5, รองลงมาคือตอบว่าจากการกินอาหารเยอะและกินจุบจิบและเกิดจากพันธุกรรม จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 และไม่ทราบว่าความอ้วนเกิดจากอะไร มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3

บทนำ

ปัจจุบันสังคมมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นการกินเพื่อสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคลมากขึ้น โดยไม่ได้พิจารณาถึงความจำเป็นพื้นฐานอย่างแท้จริง และผลกระทบหลังจากที่บริโภคสิ่งเหล่านั้นว่าจะก่อให้เกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม จนผลสุดท้ายก็ส่งผลกลับมาถึงสุขภาพของตนเอง ตามหลักการบริโภคอาหารมือหลักของคนเราจำเป็นต้องบริโภคให้ครบทั้ง 3 มื้อ และสมดุลกันระหว่างอาหารทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยเด็กที่ร่างกายมีการเจริญเติบโต และมีการใช้กำลังงานสำหรับการประกอบกิจกรรมค่อนข้างสูง เด็กวัยเรียนจึงควรได้รับสารอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างเต็มที่ แต่โดยภูมิภาวะเด็กวัยเรียน ก็ไม่ได้สนใจกับเรื่องของโภชนาการมากนัก เด็กๆ มักจะเลือกบริโภคอาหารตามความพอใจและไม่สนใจเรื่องของคุณค่าทางโภชนาการจึงทำให้เกิดโรคอ้วนตามมา รวมถึงการมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในเด็ก และเป็นสาเหตุหรือปัจจัยหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การที่มีภาวะโภชนาการเกินในวัยเด็กเป็นปรากฏการณ์ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา เด็กในหลาย ๆ ประเทศประสบปัญหาภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กที่เกี่ยวข้องกับวิถีการบริโภค ในปัจจุบันเริ่มเปลี่ยนแปลงไปทุกขณะ โดยเฉพาะเรื่องของการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในปัจจุบัน

การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ขนมขบเคี้ยวเป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่เด็ก ๆ นิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลาย และเด็กหลายๆ คนติดรสชาติ ซึ่งขนมขบเคี้ยวให้พลังงานสูงแต่ให้คุณค่าทางโภชนาการต่ำ ซึ่งส่วนประกอบในขนมขบเคี้ยวประกอบไปด้วยสารปรุงแต่งรสชาติ เช่น ผงชูรส หรือ เกลือ

โซเดียม ขนมชนิดเดียวกันแต่ต่างรสกันอาจมีปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกัน ขนมบางชนิดอาจเค็มจัดจนผู้กินรู้สึกได้แต่ก็มีอีกหลายชนิดที่มีเกลือแอบแฝงแล้วปนกับรสชาติอื่น ทำให้ผู้กินไม่รับรู้รสเค็ม หากกินในปริมาณมาก จะสังเกตได้จากการมีอาการกระหายน้ำมาก เนื่องจากสมอส่วนที่เกี่ยวข้องกับความกระหายจะถูกกระตุ้นให้มีการดื่มน้ำในปริมาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้สัดส่วนของโซเดียมต่อน้ำในร่างกายคงที่ ในแต่ละวันควรได้รับปริมาณโซเดียมที่แนะนำให้บริโภคคือ 2,400 มิลลิกรัม โดยเกลือ 1 ช้อนชา หรือ 5 กรัม จะมีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม ในอาหารปกติที่รับประทานแต่ละชนิดส่วนใหญ่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้ว และเมื่อหากเด็กกินขนมที่มีรสเค็มมาก อาจทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมเกินซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็กได้ในอนาคต

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริโภคขนมขบเคี้ยว พบว่าเด็กไทยนิยมรับประทานขนมขบเคี้ยวมีอัตราสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ประกอบการก็สรรหารูปแบบที่หลากหลายรสชาติเพื่อไม่ให้ผู้บริโภคเกิดความจำเจและโฆษณาออกสื่อ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้อยากลิ้มลองในรสชาติที่แตกต่างกันออกไปอยู่เสมอ ๆ อีกส่วนหนึ่งมองว่าเกิดจากตัวเด็กเองที่ชื่นชอบการรับประทานขนม จากการสำรวจพบว่าเด็กบริโภคขนมขบเคี้ยวเป็นเพราะการโฆษณาชวนเชื่อ มากถึงร้อยละ 71.76 จะเห็นได้ว่าสื่อโฆษณามีอิทธิพลต่อเด็กเป็นอย่างมากในปัจจุบัน และขนมขบเคี้ยวบางชนิดก็มีบรรจุภัณฑ์ที่สะดุดตาและยังมีของแถม ซึ่งเด็กบางคนก็อยากได้ของแถมล่อใจที่แถมมากับซองขนมมากกว่าที่จะรับประทานขนมและร้อยละ 61.54 ไม่อยากให้บุตรหลานบริโภคขนมขบเคี้ยว เพราะเห็นว่าไม่มีคุณค่าทางอาหารและมีสารปนเปื้อนอยู่ อาจเกิดการสะสมอยู่ในร่างกายและอาจเป็นอันตรายได้ แต่ก็มีผู้ปกครองหลาย ๆ ท่าน บอกว่า คงห้ามไม่ได้เพราะเป็นธรรมชาติของเด็ก ๆ แต่ก็ควรดูแลและควบคุมให้บริโภคในปริมาณที่เหมาะสม ที่สำคัญ ผู้ปกครอง

พ่อแม่ น่าจะมีส่วนที่สำคัญที่สุดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กคือ ให้คำแนะนำแก่บุตรหลานให้รู้จักการบริโภคสิ่งที่มีประโยชน์พร้อมทั้งเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์และอธิบายทั้งคุณและโทษของขนมขบเคี้ยวให้เด็กได้ทราบ ส่วนคุณครู อาจารย์ ควรให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของขนมขบเคี้ยว เช่นเดียวกัน และรัฐบาลต้องเป็นผู้กำกับ ดูแล ทั้งในด้านการผลิตที่ถูกสุขลักษณะ วัตถุดิบที่นำมาผลิตต้องมีคุณภาพ ออกกฎหมายหรือข้อกำหนดเป็นมาตรการที่เด็ดขาดที่ชัดเจนแก่ผู้ผลิตขนมขบเคี้ยวที่ไม่ได้มาตรฐาน กำหนดคุณประโยชน์สารอาหารขั้นต่ำที่จะได้รับจากขนม รวมถึงการโฆษณาไม่ให้เกินความเป็นจริง สรุปคือทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อเด็ก ๆ จะได้รับการคุ้มครองในการบริโภคขนมขบเคี้ยว ตัวการสำคัญที่ทำให้เด็กผิมนุ และติดในรสชาติอีกอย่างก็คือ น้ำอัดลม ซึ่งปัจจุบันนี้ออกวางขายกันเกลื่อนกลาดทั้งในห้างสรรพสินค้า ร้านค้าสะดวกซื้อ ร้านขายของทั่วไป หาซื้อได้สะดวกทั้งแบบบรรจุขวดและแบบบรรจุกระป๋อง มีรสชาติหลากหลาย มีรสชาติ ดิ่มแล้วรู้สึกกระปรี้กระเปร่า เพราะมีทั้งน้ำตาลและแก๊สผสมอยู่ เมื่อเด็ก ๆ บริโภคเข้าไปในปริมาณที่มากเกินไป หรือบริโภคทุกวัน ก็จะทำให้เกิดการสะสมในรูปของไขมัน ส่งผลทำให้ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน ซึ่งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดให้ความชุกของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนและปฐมวัย ไม่เกินร้อยละ 10 แต่เราจะพบว่า เด็กไทยอ้วนขึ้นอย่างชัดเจนในอัตราที่เร็วส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกายและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและเพียงพอ และปัญหาภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ นอกจากนี้เด็กอ้วนยังมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญและหามาตรการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เพราะการป้องกันไม่ให้เกิดอ้วนเท่ากับเป็นการลด

จำนวนประชากรผู้ใหญ่อ้วนด้วย และยังเป็นการลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะโภชนาการเกินด้วย

ที่มาและความสำคัญ

เด็กในวัยเรียนเป็นอีกวัยหนึ่งที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต เป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะต้องมีความพร้อมในการเรียนรู้ทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ได้เติบโตอย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพ ในขณะที่เดียวกันการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมันในเด็กวัยเรียนเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง เนื่องจากวิถีชีวิตและค่านิยมในการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้เด็กในวัยเรียนมีปัญหาโภชนาการเกิน และจากรายงานการศึกษา พบว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนในเด็กของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็วจากการสำรวจภาวะอาหาร และโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.พบว่า เด็กไทยอายุ 0-5 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 7.8 อายุ 6-14 ปี เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 8.8 ซึ่งเด็กในเขตเมืองมีปัญหารุนแรงมากกว่าในชนบทซึ่งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้กำหนดให้ความชุกของภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนและปฐมวัยไม่เกินร้อยละ 10 จะเห็นได้ว่าเด็กไทยอ้วนขึ้นชัดเจนในอัตราที่เร็วส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ความต้องการและขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้เด็กอ้วนยังมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต เพราะการป้องกันไม่ให้เกิดอ้วนเท่ากับเป็นการลดจำนวนประชากรผู้ใหญ่อ้วน และยังเป็น การลดค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะโภชนาการเกินด้วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้ถูกต้องเหมาะสม ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้ความรู้ในการทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ หลีกเลียงขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม รวมถึง นมเปรี้ยว งาดอาหารขยะหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าอาหารฟาสต์ฟู้ด ที่มีแป้งและไขมันสูง รับประทานผักผลไม้ให้ได้วันละ

500 กรัม สามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค อ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็งได้ และเด็กที่เป็นโรคอ้วนตั้งแต่อายุ 6 ปี เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 25 และหากอายุ 12 ปี โอกาสที่จะเป็นโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 75 นับว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่ง การควบคุมและป้องกันเด็กในวัยเรียนมิให้เป็นโรคอ้วน จึงมีความสำคัญที่จะต้องส่งเสริมให้เด็กในวัยเรียนได้เห็นถึงโทษของการมีภาวะโภชนาการเกิน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาให้วิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคอ้วน เบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้เด็กวัยประถม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมตามวัย และมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. ทราบข้อมูลเบื้องต้นพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กประถมศึกษาในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ได้แก่ สระบุรี, ลพบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท

วัสดุและวิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย การพัฒนาวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียน ประถมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในพื้นที่ ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี โดยการ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน และรายชื่อโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 16 แห่ง แบ่งเป็นรายจังหวัด ๆ ละ 4 โรงเรียน ดังนี้

จังหวัดสระบุรี

1. โรงเรียนวัดโนนสภาราม (นารถ วาจาอุท อุปถัมภ์) หมู่ที่ 2 ตำบลกุดนภเบลำ อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
2. โรงเรียนเทศบาล 10 (อนุบาลเทศบาล เมืองสระบุรี) เลขที่ 3 ถ.พิชัยรัตนวงศ์สงคราม

ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

3. โรงเรียนไทยรัฐวิทยา 68 (วัดเขวลาด) เลขที่ 85 หมู่ที่ 4 ตำบลมวกเหล็ก อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

4. โรงเรียนวัดหนองน้ำเขียว ตำบลห้วยแห้ง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

จังหวัดลพบุรี

1. โรงเรียนวัดท่าแค หมู่ที่ 3 ตำบลท่าแค อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

2. โรงเรียนนักษัตรวิทย เลขที่ 162/1 ถนน นารายณ์มหาราช ต.ทะเลชุบศร อ.เมือง จ.ลพบุรี

3. โรงเรียนบ้านดีลัง หมู่ที่ 2 บ้านดีลัง ตำบลดีลัง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

4. โรงเรียนบ้านบางงา หมู่ที่ 7 ตำบลบางงา อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

จังหวัดสิงห์บุรี

1. โรงเรียนวัดพรหมสาคร ถนนธรรมโชติ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

2. โรงเรียนอนุบาลสิงห์บุรี อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี

3. โรงเรียนชุมชนวัดเทพมงคล เลขที่ 40 หมู่ที่ 4 ตำบลโรงช้าง อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี

4. โรงเรียนชุมชนวัดม่วง หมู่ที่ 12 ตำบล โพลังโฆ อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

จังหวัดชัยนาท

1. โรงเรียนอนุบาลชัยนาท หมู่ที่ 5 ถนน พรหมประเสริฐ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

2. โรงเรียนวัดโรงวัว หมู่ที่ 8 ตำบลเสือโฮก อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

3. โรงเรียนวัดพิบูลงาม หมู่ที่ 1 ท่าหาด ตำบลคิ่งสำเภา อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท

4. โรงเรียนวัดท่าโบสถ์ หมู่ที่ 2 ตำบล สยามท่าโบสถ์ อำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท

ขั้นตอนที่ 2 ทำหนังสือชี้แจงโครงการกับโรงเรียน ที่เข้าร่วมโครงการ ฯ

ขั้นตอนที่ 3 ทำหนังสือชี้แจงโครงการกับสาธารณสุข จังหวัด ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี, จังหวัดลพบุรี , ได้ดำเนินงานใน 3 ส่วน ด้วยกัน

ส่วนที่ 1 ของการเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ส่วนที่ 2 จัดกิจกรรมสาธิตให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมถูกต้องกับวัยเรียน และการกินอาหารว่าง งดขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม เพิ่มผักและผลไม้ ขนมไทยรสไม่หวานจัด

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กประถมศึกษาศึกษา ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ดูแลทั้งสิ้น 4 จังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้แก่ สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท ได้ดำเนินการโครงการวิจัยการพัฒนาวิตีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี โดยดำเนินการเก็บข้อมูล การบริโภคอาหารของเด็กประถม จำนวนทั้งสิ้น 16 โรงเรียน ได้แบบสอบถามมาจำนวนทั้งสิ้น 480 ชุด ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละแยกจังหวัด ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
สระบุรี	121	25.2
ลพบุรี	86	17.9
สิงห์บุรี	136	28.3
ชัยนาท	137	28.5
รวม	480	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละแยกตามชั้นปีประถมศึกษา

ระดับชั้นประถมศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษาปีที่ 3	18	3.8
ประถมศึกษาปีที่ 4	156	32.5
ประถมศึกษาปีที่ 5	152	31.7
ประถมศึกษาปีที่ 6	154	32.1
รวม	480	100.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	205	42.7
หญิง	275	57.3
รวม	480	100.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละแยกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
9 ปี	71	14.8
10 ปี	174	36.3
11 ปี	158	32.4
12 ปี	75	16.0
รวม	480	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละแยกตามส่วนสูง

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ตั้งแต่ 101-120 ซม.	13	2.7
ตั้งแต่ 121-140 ซม.	223	46.5
ตั้งแต่ 141-160 ซม.	235	49.0
ตั้งแต่ 160 ซม. ขึ้นไป	9	1.9
รวม	480	100.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละแยกตามน้ำหนักเด็กนักเรียนประถมศึกษา

น้ำหนัก	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 กก.	13	2.7
21-40	330	68.8
41-60	119	24.8
61-80	14	2.9
80 ขึ้นไป	4	0.8
รวม	480	100.0

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละแยกตามอาชีพผู้ปกครอง (มารดา)เด็กนักเรียนประถมศึกษา

อาชีพผู้ปกครอง(มารดา)	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	57	14.6
ค้าขาย	132	21.3
บริษัท/รับจ้าง	243	51.5
เกษตรกรรม	61	12.7
รวม	480	100.0

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละแยกตามรายได้ในครอบครัว

รายได้	จำนวน	ร้อยละ
15,000 บาทขึ้นไป	161	33.5
25,000บาทขึ้นไป	90	18.8
35,000บาทขึ้นไป	79	16.5
ต่ำกว่า 10,000 บาท	150	31.3
รวม	480	100.0

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษา โดยการใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดย

เน้นเรื่องอาหาร อาหารว่างที่ได้กินๆ ขอรับประทาน ช่วงเวลาที่ซื้อรับประทาน พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการบริโภคที่ถูกต้องหลังการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น โดยได้ข้อมูลตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของลักษณะการทานอาหารเช้า

ลักษณะการทานอาหารเช้า	จำนวน	ร้อยละ
ทานข้าวเช้าก่อนมาโรงเรียน	289	60.2
ไม่ได้ทานข้าวเช้าก่อนมาโรงเรียน	44	9.2
ทานข้าวเช้ามาบ้างเป็นบางวัน	121	25.2
ทานข้าวเช้าวันเว้นวัน	26	5.4
รวม	480	100.0

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของประเภทอาหารที่ชอบรับประทาน

ประเภทอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ต้ม	169	35.2
ทอด	223	46.5
นึ่ง	40	8.3
ย่าง	48	10.0
รวม	480	100.0

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของประเภทอาหารว่างที่เด็กนักเรียนประถมชอบรับประทาน

ประเภทอาหารว่าง	จำนวน	ร้อยละ
ขนมไทย	80	16.7
ผลไม้	262	54.6
ขนมถุงกรอบกรอบ	83	17.3
ช็อกโกแลต	55	11.5
รวม	480	100.0

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของลักษณะการทานขนมถุงกรอบ

ลักษณะการทานขนมถุงกรอบ	จำนวน	ร้อยละ
ทานทุกวัน	100	20.8
ทานวันเว้นวัน	54	11.3
ทานเป็นบางวัน	310	64.6
ไม่ทานเลย	16	3.3
รวม	480	100.0

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของการซื้อขนมทานช่วงเวลา

ลักษณะการซื้อขนมทานตามช่วงเวลา	จำนวน	ร้อยละ
ตอนเช้าก่อนเข้าเรียน	193	40.2
ช่วงพักเวลากลางวัน	128	26.7
ตอนเย็นหลังเลิกเรียน	97	20.2
ก่อนเข้านอน	62	12.9
รวม	480	100.0

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของแหล่งขายขนมที่เด็กประถมศึกษาซื้อมารับประทาน

แหล่งซื้อขนม	จำนวน	ร้อยละ
ร้านค้าในโรงเรียน	39	8.1
สหกรณ์ของโรงเรียน	308	64.2
ร้านค้าแถวบ้าน	125	26.0
ร้านค้าหน้าโรงเรียน	8	1.7
รวม	480	100.0

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของประเภทเครื่องดื่มที่เด็กนักเรียนประถมศึกษาที่ชอบดื่ม

ประเภทเครื่องดื่มที่ชอบ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำอัดลม/กระป๋อง/เฮลบลูบอย	148	30.8
น้ำผลไม้กล่อง/กระป๋อง	125	26.0
กาแฟปั่น/เครื่องดื่มช็อกโกแลต	55	11.5
น้ำผลไม้คั้นสด	152	31.7
รวม	480	100.0

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของลักษณะการดื่มน้ำอัดลมของเด็กประถมศึกษา

ลักษณะการดื่มน้ำอัดลม	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มทุกวัน	48	10.0
ดื่มวันเว้นวัน	66	13.8
ดื่มเป็นบางวัน	323	67.3
ไม่ดื่มเลย	43	9.0
รวม	480	100.0

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของนักเรียนประถมศึกษาที่รู้จักขนมไทย

ลักษณะขนมไทย	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าเยลลี่เป็นขนมไทย	12	2.5
คิดว่ามันฝรั่งทอดกรอบ เป็นขนมไทย	52	10.8
คิดว่ากล้วยฉาบเป็นขนมไทย	377	78.5
ไม่ทราบเลยว่าขนมไทยเป็นอย่างไร	39	8.1
รวม	480	100.0

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของนักเรียนประถมศึกษาที่รับประทานผัก

ลักษณะการรับประทานผักของเด็กประถมศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานทุกวัน	256	53.3
รับประทานวันเว้นวัน	65	13.5
รับประทานเป็นบางวัน	147	30.6
ไม่รับประทานเลย	12	2.5
รวม	480	100.0

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วน

ความรู้ของเด็กนักเรียนประถมที่มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วน	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าเกิดจากพันธุกรรม	19	4.0
คิดว่าเกิดจากการกินอาหารเยอะ/กินจุบจิบ	233	48.5
คิดว่าถูกทั้ง 2 ข้อที่กล่าวมา	188	39.2
ไม่มีความรู้เลย/ไม่ทราบเลย	40	8.3
รวม	480	100.0

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผักที่นักเรียนประถมศึกษาชอบรับประทาน

รายการผัก	จำนวน	ร้อยละ
ผักบุ้ง	137	28.5
ผักกาดขาว	88	18.3
คะน้า	68	14.2
แตงกวา	52	10.8
ดอกกะหล่ำ	36	7.5
ตำลึง	11	2.3
บล๊อคโคลี	8	1.8
มะเขือเทศ	8	1.8
ถั้วพืยกยาว	8	1.8
พริก/แปง	5	1.0
หน่อไม้	4	0.8
ถั้วงอก	4	0.8
เห็ด	4	0.8

ตารางที่ 21 (ต่อ)

รายการผัก	จำนวน	ร้อยละ
ฟักทอง	4	0.8
ชะอม	3	0.6
หัวหอม	3	0.6
ถั่วพู	2	0.4
กระเพรา	2	0.4
ผักโขม	1	0.2
สะเดา	1	0.2
ผักกระเฉด	1	0.2
ไม้อ่านผัก	1	0.2
รวม	380	100

ผลการประเมินอัตราความชุกของปัญหาโภชนาการ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อาหารว่าง และให้ความรู้เรื่อง การบริโภคที่ถูกต้อง ควบคู่กับการออกกำลังกายแล้ว ยังได้มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของเด็กนักเรียนประถม ทุกคน จำนวนทั้งสิ้น 480 คน ได้ผลการประเมิน ดังตาราง

ตารางที่ 22 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุของนักเรียนประถมศึกษา

น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)	ภาวะ โภชนาการ(%)	ความ ครอบคลุม(%)
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	37	36	73	15.21	
น้ำหนักค่อนข้างมาก	12	17	29	6.04	
น้ำหนักตามเกณฑ์	134	199	333	69.38	
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	13	14	27	5.63	
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	5	13	18	3.75	
จำนวนนักเรียนที่ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	201	279	480	-	
จำนวนนักเรียนที่ข้อมูลไม่ครบ	0	0	0	-	
จำนวนนักเรียนทั้งหมด	201	279	480	-	

ตารางที่ 23 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุนักเรียนประถมศึกษา

ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)	ภาวะ โภชนาการ(%)	ความ ครอบคลุม(%)
ส่วนสูงสูงกว่าเกณฑ์	15	17	32	6.67	
ส่วนสูงค่อนข้างสูง	12	16	28	5.83	
ส่วนสูงตามเกณฑ์	155	214	369	76.88	
ส่วนสูงค่อนข้างเตี้ย	11	12	23	4.79	
เตี้ย	8	20	28	5.83	
จำนวนนักเรียนที่ซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง	201	279	480		100.0
จำนวนนักเรียนที่ข้อมูลไม่ครบ	0	0	0		0.00
จำนวนนักเรียนทั้งหมด	201	279	480		100.0

ตารางที่ 24 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงนักเรียนประถมศึกษา

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ชาย(คน)	หญิง(คน)	รวม(คน)	ภาวะ โภชนาการ(%)	ความ ครอบคลุม(%)
อ้วน	27	12	12	8.13	
เริ่มอ้วน	13	18	18	6.46	
ท้วม	16	12	12	5.83	
สมส่วน	116	210	210	67.92	
ค่อนข้างผอม	20	18	18	7.92	
ผอม	9	9	9	3.75	
จำนวนนักเรียนที่ ซึ่ง นน./ส่วนสูง	201	279	279		
จำนวนนักเรียนที่ข้อมูลไม่ครบ	0	0	0		
จำนวนนักเรียนทั้งหมด	201	279	279		

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของประเภทอาหารที่ชอบของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนัก

น้ำหนัก	ต้ม จำนวน (ร้อยละ)	ทอด จำนวน (ร้อยละ)	นึ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ย่าง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 20กก.	1(0.6)	2(0.9)	3(7.5)	7(14.6)	13(2.7)
21-40 กก.	113(66.9)	160(71.7)	23(57.5)	30(62.5)	326(67.9)
41-60 กก.	46(27.2)	54(24.2)	12(30.0)	9(18.8)	121(25.2)
61-80 กก.	7(4.1)	4(1.8)	2(5.0)	2(4.2)	15(3.1)
80 กก.ขึ้นไป	2(1.2)	3(1.3)	0(0)	0(0)	5(1.0)
รวม	169	223	40	48	480(100.0)

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทำงานขนมกรุบกรอบของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนัก

น้ำหนัก	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 20กก.	7(7.0)	0(0)	4(1.3)	2(12.5)	13(2.7)
21-40 กก.	66(66.0)	36(66.7)	212(68.4)	12(75.0)	326(67.9)
41-60 กก.	23(23.0)	15(27.8)	81(26.1)	2(12.5)	121(25.2)
61-80 กก.	4(4.0)	1(1.9)	10(3.2)	0(0)	15(3.1)
80 กก.ขึ้นไป	0(0)	2(3.7)	3(1.0)	0(0)	5(1.0)
รวม	100	54	310	16	480(100.0)

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทำงานขนมกรุบกรอบของเด็กประถมศึกษาตามอาชีพบิดา

อาชีพบิดา	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10(10.0)	7(13.0)	50(16.1)	3(18.8)	70(14.6)
ค้าขาย	15(15.0)	12(22.2)	69(22.3)	6(37.5)	102(21.3)
บริษัท/รับจ้าง	56(56.0)	27(50.0)	157(50.6)	7(43.8)	247(51.5)
เกษตรกรรวม	19(19.0)	8(14.8)	34(11.0)	0(0)	61(12.7)
รวม	100(100.0)	54(100.0)	310(100.0)	16(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของของลักษณะการทานขนมกรูบกรอบของเด็กประถมศึกษาตามอาชีพมารดา

อาชีพมารดา	ต้ม จำนวน (ร้อยละ)	ทอด จำนวน (ร้อยละ)	นึ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ย่าง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9(9.0)	3(13.0)	44(14.2)	1(6.3)	57(11.9)
ค้าขาย	22(22.0)	14(22.2)	94(30.3)	2(12.5)	132(27.5)
บริษัท/รับจ้าง	53(53.0)	30(50.0)	148(47.7)	12(75.0)	243(50.6)
เกษตรกรรวม	16(16.0)	7(14.8)	24(7.7)	1(6.3)	48(10.0)
รวม	100(100.0)	54(100.0)	310(100.0)	16(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานอาหารเช้าของเด็กประถมศึกษาแยกตามเพศ

ลักษณะการทาน อาหารเช้า (เพศ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	116(40.1)	20(45.5)	53(43.8)	16(61.5)	205(42.7)
หญิง	173(59.9)	24(54.5)	68(56.2)	10(38.5)	275(57.3)
รวม	289(100.0)	44(100.0)	121(100.0)	26(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนและร้อยละของประเภทอาหารที่ชอบของเด็กประถมศึกษาตามเพศ

ลักษณะการทาน อาหารเช้า (เพศ)	ต้ม จำนวน (ร้อยละ)	ทอด จำนวน (ร้อยละ)	นึ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ย่าง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	62(36.7)	96(43.0)	19(47.5)	28(58.3)	205(42.7)
หญิง	107(63.3)	127(57.0)	21(52.5)	20(41.7)	275(57.3)
รวม	169(100.0)	223(100.0)	40(100.0)	48(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนและร้อยละของประเภทอาหารว่างที่ชอบของเด็กประถมศึกษาตามเพศ

ลักษณะการทาน อาหารว่าง (เพศ)	ขนมไทย จำนวน (ร้อยละ)	ผลไม้ จำนวน (ร้อยละ)	ขนมกรูบกรอบ จำนวน (ร้อยละ)	ซ็อกโกแลต จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	38(47.5)	102(38.9)	32(38.6)	33(60.0)	205(42.7)
หญิง	42(52.5)	160(61.1)	51(61.4)	22(40.0)	275(57.3)
รวม	80(100.0)	262(100.0)	83(100.0)	55(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 32 แสดงจำนวนและร้อยละของประเภทเครื่องดื่มน้ำที่ชอบของเด็กประถมศึกษาตามเพศ

ประเภท เครื่องดื่ม	น้ำอัดลม/กระป๋อง/ เฮลบลูบอย จำนวน(ร้อยละ)	น้ำผลไม้กล่อง/ กระป๋อง จำนวน (ร้อยละ)	กาแฟปั่น/เครื่องดื่ม ช็อกโกแลต จำนวน (ร้อยละ)	น้ำผลไม้คั้นสด จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	66(44.6)	51(40.8)	25(45.5)	63(41.4)	205(42.7)
หญิง	82(55.4)	74(59.2)	30(54.5)	89(58.6)	275(57.3)
รวม	148(100.0)	125(100.0)	55(100.0)	152(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนและร้อยละของการทานผักของเด็กประถมศึกษาตามเพศ

การทานผัก (เพศ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	14(73.7)	99(42.5)	77(41.0)	ไม่ทานเลย	205(42.7)
หญิง	5(26.3)	134(57.5)	111(59.0)	จำนวน	275(57.3)
รวม	19(100.0)	233(100.0)	188(100.0)	(ร้อยละ)	480(100.0)

ตารางที่ 34 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับความอ่อนของเด็กประถมศึกษาตามเพศ

ความรู้เกี่ยวกับ ความอ่อน (เพศ)	พันธุกรรม จำนวน (ร้อยละ)	กินอาหารเยอะ/ กินจุบจิบ จำนวน(ร้อยละ)	ถูกทั้ง 2 ข้อ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทราบเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	14(73.7)	99(42.5)	77(41.0)	15(37.5)	205(42.7)
หญิง	5(26.3)	134(57.5)	111(59.0)	25(62.5)	275(57.3)
รวม	19(100.0)	233(100.0)	188(100.0)	40(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 35 แสดงจำนวนและร้อยละประเภทเครื่องดื่มน้ำที่ชอบของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนัก

ประเภทเครื่องดื่ม (น้ำหนัก)	น้ำอัดลม/กระป๋อง/ เฮลบลูบอย จำนวน(ร้อยละ)	น้ำผลไม้กล่อง/ กระป๋อง จำนวน(ร้อยละ)	กาแฟปั่น/เครื่องดื่ม ช็อกโกแลต จำนวน(ร้อยละ)	น้ำผลไม้ คั้นสด จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 20กก.	4(2.7)	9(7.2)	0(0)	0(0)	13(2.7)
21-40 กก.	92(62.2)	83(66.4)	38(69.1)	113(74.3)	326(67.9)
41-60 กก	47(31.8)	29(23.2)	14(25.5)	31(20.4)	121(25.2)
61-80 กก	4(2.7)	2(1.6)	2(3.6)	7(4.6)	15(3.1)
80 กก.ขึ้นไป	1(0.1)	2(1.6)	1(1.8)	1(0.7)	5(1.0)
รวม	148	125	55	152	480(100.0)

ตารางที่ 36 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานน้ำอัดลมของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนัก

ลักษณะการดื่มน้ำอัดลม (น้ำหนัก)	ดื่มทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ดื่มวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ดื่มเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดื่มเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 20กก.	5(10.4)	0(0.0)	8(2.5)	0(0.0)	13(2.7)
21-40 กก.	25(52.1)	48(72.7)	218(67.5)	35(81.4)	326(67.9)
41-60 กก	15(31.3)	15(22.7)	85(26.3)	6(14.0)	121(25.2)
61-80 กก	3(6.3)	3(4.5)	8(2.5)	1(2.3)	15(3.1)
80 กก.ขึ้นไป	0(0.0)	0(0.0)	4(1.2)	1(2.3)	5(1.0)
รวม	48	66	323	43	480(100.0)

ตารางที่ 37 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานผักของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนัก

การรับประทานผัก (น้ำหนัก)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 20กก.	11(4.3)	0(0.0)	2(1.4)	0(0.0)	13(2.7)
21-40 กก.	159(62.1)	49(75.4)	107(72.8)	11(91.7)	326(67.9)
41-60 กก	75(29.3)	13(20.0)	32(21.8)	1(8.3)	121(25.2)
61-80 กก	9(3.5)	2(3.1)	4(2.7)	0(0.0)	15(3.1)
80 กก.ขึ้นไป	2(0.8)	1(1.5)	2(1.4)	0(0.0)	5(1.0)
T0tal	256	65	147	12	480(100.0)

จากตาราง แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานผักของเด็กประถมศึกษาตามน้ำหนักพบว่า

เด็กประถมศึกษาน้ำหนักน้อยกว่า 20 กิโลกรัม รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 4.3 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 0 ทานเป็นบางวัน ร้อยละ 1.4 ไม่ทานเลย ร้อยละ 0

เด็กประถมศึกษาน้ำหนัก 21-40 กิโลกรัม รับประทาน ผักทุกวัน ร้อยละ 4.3 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 0 ทานเป็นบางวัน ร้อยละ 1.4 ไม่ทานเลย ร้อยละ 0

เด็กประถมศึกษา น้ำหนักน้อยกว่า 41 - 60 กิโลกรัม รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 4.3 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 0 ทานเป็นบางวัน ร้อยละ 1.4 ไม่ทานเลย ร้อยละ 0

เด็กประถมศึกษาน้ำหนัก 61 - 80 กิโลกรัม รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 4.3 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 0 ทานเป็นบางวัน ร้อยละ 1.4 ไม่ทานเลย ร้อยละ 0

เด็กประถมศึกษาน้ำหนัก 20 กิโลกรัมขึ้นไป รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 4.3 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 0 ทานเป็นบางวัน ร้อยละ 1.4 ไม่ทานเลย ร้อยละ 0

ตารางที่ 38 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานผักของเด็กประถมศึกษาตามช่วงอายุ

การรับประทานผัก (อายุ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
9 ปี	35(13.7)	8(12.3)	26(17.7)	2(16.7)	71(14.8)
10 ปี	86(33.6)	28(43.1)	63(42.9)	6(50.0)	183(38.1)
11 ปี	92(35.9)	18(27.7)	45(30.6)	4(33.3)	159(33.1)
12 ปี	43(16.8)	11(16.9)	13(8.8)	0(0)	67(14.0)
รวม	148(100.0)	125(100.0)	55(100.0)	152(100.0)	480(100.0)

จากตารางแสดง จำนวนและร้อยละของ ลักษณะการทำงานผักของเด็กประถมศึกษา ตามช่วง อายุพบว่า

เด็กประถมศึกษาอายุ 9 ปี รับประทานผัก ทุกวัน ร้อยละ 13.7 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 12.3 ทาน เป็นบางวัน 17.7 และไม่ทานเลย ร้อยละ 16.7

เด็กประถมศึกษาอายุ 10 ปี รับประทานผัก ทุกวัน ร้อยละ 33.6 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 43.1 ทาน

เป็นบางวัน 42.9 และไม่ทานเลย ร้อยละ 50

เด็กประถมศึกษาอายุ 11 ปี รับประทานผัก ทุกวัน ร้อยละ 35.9 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 27.7 ทานเป็นบางวัน 30.6 และไม่ทานเลย ร้อยละ 33.3

เด็กประถมศึกษาอายุ 12 ปี รับประทาน ผักทุกวัน ร้อยละ 16.8 ทานวันเว้นวัน ร้อยละ 16.9 ทานเป็นบางวัน 8.8 และไม่ทานเลย ร้อยละ 0

ตารางที่ 39 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทำงานน้ำอัดลมของเด็กประถมศึกษาตามช่วงอายุ

ลักษณะการดื่ม น้ำอัดลม(อายุ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
9 ปี	1(2.1)	9(13.6)	44(13.6)	17(39.5)	71(14.8)
10 ปี	19(39.6)	21(31.8)	130(40.2)	13(30.2)	183(38.1)
11 ปี	20(41.7)	25(37.9)	106(32.8)	8(18.6)	159(33.1)
12 ปี	8(16.7)	11(16.7)	43(13.3)	5(11.6)	67(14.0)
รวม	48(100.0)	66(100.0)	323(100.0)	43(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 40 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทำงานขนมกรุบกรอบของเด็กประถมศึกษาตามช่วงอายุ

ลักษณะการทำงาน ขนมกรุบกรอบ (อายุ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
9 ปี	9(9.0)	2(3.7)	54(17.4)	6(37.5)	71(14.8)
10 ปี	33(33.0)	23(42.6)	122(39.4)	5(31.3)	183(38.1)
11 ปี	38(38.0)	24(44.4)	96(31.0)	1(6.3)	159(33.1)
12 ปี	20(20.0)	5(9.3)	38(12.3)	4(25.0)	67(14.0)
รวม	100(100.0)	54(100.0)	310(100.0)	16(100.0)	480(100.0)

ตารางที่ 41 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการทานอาหารเข้าของเด็กประถมศึกษาตามช่วงอายุ

ลักษณะการทานอาหารเข้า (อายุ)	ทานทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานวันเว้นวัน จำนวน (ร้อยละ)	ทานเป็นบางวัน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ทานเลย จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
9 ปี	48(16.6)	7(15.9)	15(12.4)	1(3.8)	71(14.8)
10 ปี	115(39.8)	13(29.5)	44 (36.4)	11(42.3)	183(38.1)
11 ปี	89(30.8)	15(34.1)	46(38.0)	9(34.6)	159(33.1)
12 ปี	37(12.8)	9(20.5)	16(13.2)	5(19.2)	67(14.2)
รวม	289(100.0)	44(100.0)	121(100.0)	26(100.0)	480(100.0)

วิจารณ์ผลการศึกษา

ในการศึกษาวิจัย การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียนประถมศึกษาเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคอ้วน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 นั้น เป็นการศึกษาสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนประถมศึกษาเพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการทำวิจัยในลำดับต่อไป และให้ความรู้ในเรื่องของการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับวัยที่ต้องการอาหารเพื่อเสริมสร้างสมอและร่างกายที่กำลังเจริญเติบโต ในการศึกษาครั้งนี้ ให้นักเรียนประถมศึกษาได้ทำแบบสอบถามก่อนให้ความรู้ เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กประถมศึกษา จากแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัญหาที่พบคือ ยังมีเด็กบางกลุ่มไม่ได้รับประทานอาหารเช้า สาเหตุจากความยากจน พ่อแม่แยกทางกัน อยู่กับปู่ย่า ตายาย ซึ่งแก่มาแล้ว และเด็กบางกลุ่มไม่ได้รับประทานอาหารเช้าเพราะพ่อแม่ออกไปทำงานแต่เช้า ให้ไปซื้อกินเอง เด็กก็จะซื้อของมาบริโภคตามความชอบใจของตัวเอง โดยไม่เคยคำนึงถึงคุณค่าที่ร่างกายจะได้รับ ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน เพราะอาหารที่เด็ก ๆ นิยมซื้อรับประทานส่วนใหญ่จะซื้ออาหารตามกระแสโฆษณา ไม่ว่าจะเป็นอาหารจานด่วน ฟาสฟู๊ดส์ ซึ่งแทบจะหาคุณค่าทางโภชนาการไม่มีเลย จะเห็นได้อีกอย่างหนึ่งว่าผลการสำรวจที่พบคือ เด็กบริโภคน้ำอัดลมมีอัตราเพิ่มขึ้น รวมถึงขนม

กรุบกรอบ ก็มีอัตราการบริโภคสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ในตรงกันข้าม เด็กบางกลุ่มไม่ทราบว่าขนมไทยมีหน้าตาเป็นอย่างไร ในทางเศรษฐกิจกระแสโฆษณาก็จะเป็นแรงจูงใจให้เด็กหันมาสนใจและอยากลิ้มลองอาหารรวมถึงขนมรสชาติใหม่ๆ ซึ่งแล้วแต่ปรุงแต่งขึ้นมาเพื่อล่อตาล่อใจไม่ว่าจะเป็นสีล้วนรวมถึงหน้าตาของอาหารที่แปลกใหม่หน้าลิ้มรส

ซึ่งการสำรวจและสอบถามพฤติกรรมพบว่า อาหารที่เด็กนิยมบริโภค รวมถึงอาหารว่างล้วนเป็นอาหารที่แต่งเติมรสชาติแต่งเติมสีล้วน มีรสชาติ ทั้งหวาน มัน และเค็ม ราคาแพง ซึ่งในทางตรงกันข้ามหากบริโภคมาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานานปัญหาสุขภาพก็ตามมาและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการเกินและเป็นปัญหาที่ใหญ่เกินจะแก้ไขได้มาตรการสำคัญเพื่อควบคุมการบริโภคขนมกรุบกรอบของเด็ก ๆ นอกจากผู้ปกครองควรแนะนำการเลือกขนม ควรมีการดำเนินการดังนี้

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนดให้ขนมทุกชนิด ติดฉลากโภชนาการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค
2. ขอให้มีการดำเนินการติดฉลากอย่างง่าย เป็นตัวช่วยให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกขนมและอาหารว่างได้ง่ายขึ้น

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และ ยา (อย.) ควรจำกัดการโฆษณาขนมกรุบกรอบ ลูกอม โดยเฉพาะทางโทรทัศน์ เพราะผลการศึกษาทั่วโลก ชี้ชัดว่า โฆษณาจะกระตุ้นให้เด็กวัยต่ำกว่า 12 ปี เล็กกินตามที่ได้เห็นจากโฆษณา เพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพิจารณาด้วยเหตุผลได้ดี ประการสุดท้ายคือกระทรวงศึกษาธิการ ควรกำหนดให้โรงเรียนทุกแห่ง เลิกจำหน่ายน้ำอัดลมเพราะหลักฐานจำนวนมาก บ่งชี้ว่า น้ำอัดลม เป็นตัวหนุนเสริมให้เด็กกินขนมกรุบกรอบเพิ่มขึ้น และยังเป็นแหล่งที่มาของน้ำตาลส่วนเกิน ที่เป็นเหตุสำคัญของการมีน้ำหนักเกินและ อ้วนในเด็กๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้เด็กได้รับอาหาร ที่ถูกหลักทางโภชนาการ ได้แก่

1. ครอบครัว ที่คอยดูแลและเป็นตัวอย่างที่ดี
2. ตัวเด็กเอง ที่จะต้องถูกฝึกฝน
3. สิ่งแวดล้อมทำให้การเอาอย่างคนข้างเคียง

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยฉัตร พรหมเพ็ชร. ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กนักเรียนใน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร.บัณฑิตวิทยาลัยมหา วิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.

2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวังพฤติกรรม บริโภคขนมขบเคี้ยวของเยาวชน กองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2547.

3. วิทยา กุลสมบูรณ์. การประชุมองค์การอนามัยโลกเรื่องการตลาดขนมเด็ก. เอกสารสรุปผล การประชุม.โครงการคุ้มครองผู้บริโภคจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; ม.ป.ป.

4. อารยา ตั้งวิฑูรย์. ขนมกรุบกรอบ - นมเปรี้ยว-น้ำอัดลม ตัวการปัญหาโรคอ้วนในเด็ก. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ม.ป.ป.

5. Birch, L. L. & Davison K. K. Family environmental factors inuencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. Int Jobses 2001, 25: 1834-1842.

6. ประไพศรี ศิริจักรวาล. ภัยขนม กรุบกรอบ ทำร้ายสุขภาพเด็กไทย. (ออนไลน์). 2549 [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559] แหล่ง ข้อมูล : <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9490000065329>.

7. อุไรพร จิตต์แจ้ง ประไพศรี ศิริจักรวาล กิตติ สรณเจริญพงศ์ ปิยดา ประเสริฐสม และ ผุสดี จันทร์บาง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง ของเด็ก 3-15 ปี รายงานการศึกษากลุ่มเครือข่าย เด็กไทยไม่กินหวาน กองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ 2547.

8. อารยา ตั้งวิฑูรย์. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและขนมขบเคี้ยวของเด็กชั้นประถม ศึกษาปีที่ 6 ใน อำเภอหาดใหญ่. (ออนไลน์). 2549 [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://news.nipa.co.th/news.action?newsid=115532>.

