

ปีที่ 13 ฉบับที่ 3

กันยายน-ธันวาคม 2566

ISSN 2985-2943 (Print)

ISSN 2985-2951 (Online)



วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน แห่งประเทศไทย

Journal of Preventive Medicine Association of Thailand



ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

Thai-Journal Citation Index Centre

วารสารสมาคมวิทยาศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

Journal Information



รับรองระหว่างปี 2020 - 2024

Indexed in TCI 

Editor: Dr. Surachai Chokkhanchidchai

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

(Thai-Journal Citation Index Centre-TCI) ให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2



รายชื่อคณะกรรมการบริหาร สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

นายกสมาคม

นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

อุปนายกสมาคม

นายแพทย์โสภณ	เมฆธน	นายแพทย์อำนาจ	การจันะ
กรรมการ			
ศ. ดร.นายแพทย์ธีระ	รามสูต	นายแพทย์วัชรพงษ์	ปิยะภาณี
ศ. นายแพทย์พรชัย	สิทธิศรีณกุล	นายแพทย์วิรุฬห์	พรพัฒน์กุล
นายแพทย์วินัย	วิริยกิจจา	นายแพทย์วิโรจน์	วีรชัย
แพทย์หญิงจริยา	แสงสัจจา	นายแพทย์ศุภมิตร	ชุนท์สุทธิวัฒน์
นายแพทย์ชินทร	ศิรินาค	นายแพทย์สมพงษ์	ชัยโอภาณนท์
นาวาอากาศเอกธนวัฒน์	ชัยสกุล	นายแพทย์สุพจน์	สัมฤทธิ์วัฒนา
พลอากาศตรีบัณฑิต	วงศ์เจริญธรรม	นายแพทย์สุรชัย	โชคครรชิตไชย
นายแพทย์ปราโมทย์	เสถียรรัตน์	นายแพทย์โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร
นาวาอากาศเอกพิทักษ์	อ่อนศิริ	นางวิไลลักษณ์	เลิศสมบูรณ์
นายแพทย์ยงยุทธ	หวังรุ่งทรัพย์	นางสุวรรณา	มัญยานนท์
ศ. แพทย์หญิงเยาวลักษณ์	สุขชนะ	นายแพทย์เจษฎา	โชคดำรงสุข
ศ. นายแพทย์ศุภชัย	รัตนฉัตร	แพทย์หญิงประนอม	คำเที่ยง
นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย	จักรพันธ์	นาวาอากาศตรีบุญเรือง	ไตรเรืองวรรณ

กรรมการและประธานฝ่ายวิชาการ

รศ. นายแพทย์โยธิน เบญจวง

กรรมการและปฏิคม

แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา

กรรมการและนายทะเบียน

นายแพทย์พรณรงค์ โชติวรรณ

กรรมการและประชาสัมพันธ์

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

กรรมการและเหรียญก

ร้อยตำรวจเอกรุ่งเรือง กิจผาติ

กรรมการและผู้ช่วยนายทะเบียน

แพทย์หญิงสุภาวดี นวลมณี

กรรมการและเลขาธิการ

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

Journal of Preventive Medicine Association of Thailand

ผ่านการรับรองมาตรฐาน TCI

เจ้าของ : สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
ที่ปรึกษา : นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ.ธเนศ ดุสิตสุนทรกุล
บรรณาธิการ : นพ.สุรัชย์ โชคครรชิตไชย
รองบรรณาธิการ : นพ.ศรัณย์ ศรีคำ

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.ดร.นพ.ธีระ	รามสูต	มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ศ.ดร.นพ.พรชัย	สิทธิศรัณย์กุล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ศ.ดร.นพ.วิโรจน์	เจียมจรัสรังสี	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์	ไล่สุนทร	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.เกศรา	ณ บางช้าง	วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รศ.ดร.พญ.เนสินี	ไชยเอีย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.นพ.วัชรพงศ์	ปิยะภาณี	โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.สิริภา	ช้างศิริกุลชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก
รศ.นพ.อภิชัย	วรรณะพิศิษฐ์	โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช
รศ.พญ.จรัสศรี	พียาพรรณ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.วิวัฒน์	โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข
พญ.นันทิยา	ต้นทชุนท์	โรงพยาบาลพิษณุโลก ฮอสพิทอล บรรณาธิการวารสารพุทธชินราชเวชสาร
รศ.ดร.สรันยา	เฮงพระพรหม	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.นพ.ณรงค์ภณ	ทุมวิภาต	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.นพ.กิตติพล	นาควิโรจน์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.นพ.วรพล	อร่ามรัศมีกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก
นพ.สกล	สุขพรหม	โรงพยาบาลบางพลี สมุทรปราการ
นพ.พีรวัฒน์	ตระกูลทวีสุข	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี
พญ.สุรรัตน์	ธีระวณิชตระกูล	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา ชลบุรี
ผศ.ดร.จรรยา	ภัทรอาชาชัย	วิทยาลัยแพทยศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ (มณีสคร)	โพน โบร์แมนน์	สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.พญ.สาวิตรี	วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา

ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา บรรณาธิการวารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ดร.นพ.ปิยะ	หาญวรวงศ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ชนิดา	เลิศพิทักษ์พงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ธนะภูมิ	รัตนานพวงศ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.สมพร	เจษฎาญาณเมธา	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ดร.ศุภกิจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ภก.ดร.สิริวิชญ์	พันธนา	โรงพยาบาลบึงกาฬ

กองบรรณาธิการในสถาบัน

ดร.พญ.ประกายทิพ	สุศิลป์รัตน์	นพ.อภิสิทธิ์	ปัทมรัตน์	นพ.บุญธร	ต้นวรเศรษฐี
พญ.ปราณี	อมรชัยชาญ	พญ.นิอร	คำเนตร	นพ.ราชิต	เทิดสุวรรณ
นพ.กิตติพล	ไพโรสุทธธีรตัน	พญ.พิชญพร	พูนนาค	นพ.วิศิษฐ์	เนติโรจนกุล
นพ.อธิพัฒน์	อติพงษ์อาภรณ์	ทพญ.ทิวสินทร์	มานะกิจ	ภก.กมล	คุณาประเสริฐ
นางจันทจุฑา	รอดพาล	นางพรพิมล	พลอยประเสริฐ	นางสาวสมทรง	บุตรชีวัน
นางสมคิด	ตรีราณี	นางศศิ	ศรีโชติ	นางนภัสนันท์	ลิมสันติธรรม
นางสาวพิรลักษ์	ลาภหลาย	นายธีรรัฐ	พงศ์เลิศอารี	นายพนพล	ทองพันชั่ง

ผู้จัดการ : นายตรีศักดิ์ รีละออง ฝ่ายอำนวยการ
: นางสาวสุกัญญา ประทุม ฝ่ายจัดการ

ความรับผิดชอบ : บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ผลงานวิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิวิจารณ์ เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป และผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

กำหนดออก : เป็นวารสารราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)
ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. / ฉบับที่ 2 พ.ค.-ส.ค. / ฉบับที่ 3 ก.ย.-ธ.ค.

วัตถุประสงค์ : เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานการวิจัย การค้นคว้าทางวิชาการทางด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ในสาขาต่าง ๆ เช่น อาชีวเวชศาสตร์ สุขภาพจิตชุมชน ระบาดวิทยา ระบาดวิทยาคลินิก และงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

สถานที่ติดต่อ : สำนักงานวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
ห้องสมุดและศูนย์การเรียนรู้ กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพบุคคล
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา 46/1 ต.ประตูชัย อ.พระนครศรีอยุธยา
จ.พระนครศรีอยุธยา 13000 โทร.035-211888 ต่อ 2318 /086-7637596
E-mail: hospayut@gmail.com
Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/index>

บรรณาธิการแถลง

“นโยบายเร่งรัดการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) กระทรวงสาธารณสุข”

ในเดือนตุลาคม 2566 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายเร่งรัดการฉีดวัคซีนเอชพีวี (HPV) เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทยที่อายุน้อยกว่า 45 ปี มะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อปากมดลูก ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติและก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกตามมา โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนเอชพีวี (HPV) ซึ่งมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันในผู้ที่ยังไม่พบการติดเชื้อเอชพีวี มาก่อนระหว่าง ร้อยละ 93 – 95

ในเดือนตุลาคม 2566 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายฉีดวัคซีน HPV โดยมีแผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนเอชพีวี (HPV) นั้นในกลุ่มเป้าหมายได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงอุดมศึกษาปีที่ 2 (หรืออายุ 11 - 20 ปี) โดยตามนโยบายเน้นบริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายก่อน และวางแผนจะให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายให้ครบ 2 เข็มต่อไป โดยระยะการฉีดห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้นโยบายมีจุดมุ่งหมายให้สตรีไทยอายุ 11 - 20 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสเอชพีวีเพื่อลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันประเทศไทยปีที่ 13 ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2566 นี้ มีบทความที่น่าสนใจได้แก่ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพ เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว เป็นต้น

และขอขอบพระคุณผู้พิมพ์ ผู้สนับสนุนการจัดทำวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันประเทศไทยเป็นอย่างยิ่ง

ทีมงานบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพวารสารให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

นพ.สุรชัย โชคครรชิตไชย
บรรณาธิการ

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
Journal of Preventive Medicine Association of Thailand

ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

Vol. 13 No. 3 September - December 2023

สารบัญ	หน้า
การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ประกิจ วงศ์ประเสริฐ, วท.ม. Community Development for Elderly Health Promotion in Samut Prakan Province Prakit Wongprasert, M.Sc.	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท วนิดา วุฒิกิจจารัตน์, พ.บ. Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients in Primary Care Cluster, Muang Chainat District, Chainat Province Wanida Wutthikitcharat, M.D.	21
ประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนิน ของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน ปวิทย์ ยวงเงิน, พ.บ. Effectiveness of Treatment for Patients with Osteoarthritis by Providing Health Education to slow down the Progress of Osteoarthritis in Kamphaeng Saen Hospital Pawit Yuangngoen, M.D.	36
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อม ในการทำงานคนประจำเรือ วิริทธิ์พล เกษมสุข, พ.บ., วท.ม., วีรณัฐ เชาวกิจเจริญ, พ.บ., วท.ม. สิริภา ทศมี, พย.บ. Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension of Participant in Seafarer's Medical Fitness Examination Viritphon Kasemsuk, M.D., M.Sc., Veranuch Chawakitchareon, M.D., M.Sc. Siripa Tatsamee, B.N.S.	51

ผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ศิริวรรณ ชุ่มเจริญสุข, ภ.บ., ภ.ม.	66
The Result from Development of Medication Management System in Palliative Care Program in End Stage of Cancer Patients in Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province Siriwan Chumcharoensuk, Pharm. D, M.pharm.	
การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยา วิริยะมนต์ชัย, พ.บ.	84
Development and Evaluate the Effectiveness of the Care Mode to Prevent the Risk of Bone Fractures from Osteoporosis in Elderly Patients with Type 2 Diabetes Vithaya Viriyamontchai, M.D.	
ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วย ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง พิสมัย รื่นธนะ, พย.บ., ฉวี สุขสุมิตร, พย.บ. กิตติพงศ์ ขาวเงินยวง, พย.บ. นุจรี เงินมาก, พย.บ., ฉัตรทิพย์ ยิ่งยงค์, พย.บ. พิราลักษณ์ ลาภหลาย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) สุภาวดี ททรัพย์บุญ, พ.บ.	102
Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Hypothermia in the Patient Under Spinal Anesthesia Pissamai Reunthana, B.N.S., Chawee Suksumit, B.N.S. Kittiphong Khaongoenyong, B.N.S. Nuchjaree Ngeanmak, B.N.S., Chattip Yingyong, B.N.S. Piraluk Laplai, M.N.S. (Adult Nursing) Supawadee Supboon, M.D.	

สารบัญ	หน้า
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ ศิริพรรณ ชมภูฟู, พ.บ. Development of Caring System for Emergency Psychiatric Patients in the Community of Phayuha Khiri District , Nakhon Sawan Province Siripun chompoopoo, M.D.	119
รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ยุพิน หงษ์วะชิน, ปร.ด. วันดี ทับทิมทอง, พย.ม Community Health Development Model to Reduce Sodium Intake in the Food of People, Chachoengsao Province Yuphin Hongwachin, Ph.D. Wandee Tubtimthong, M.N.S.	135
ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร สรชัย หล้าสาคร, รป.ม. The Effectiveness of the District Health Board Development Model in Samut Sakhon Province Sorachai Lamsakorn, M.P.A.	149
สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนวัยทำงานรุ่นใหม่: การสร้างเสริมสุขภาพ ในที่ทำงาน เตชิต เตชะมโนดม, พ.บ. เจตน์ รัตน์จินะ, พ.บ., ปร.ด. Mental Health and Well-being among New Generation Workers: Workplace Health Promotion Taechit Taechamanodom, M.D. Jate Ratanachina, M.D., Ph.D.	164

การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขากรรไกรล่างสลายตัวมาก
พัชรา บำรุงสงฆ์, ท.บ., ส.ม.

178

Complete Denture Fabrication in a Severely Resorbed Mandibular Ridge Patient:
A Case Report
Phachara Bumrungsong, D.D.D., M.P.H.

Community Development for Elderly Health Promotion in Samut Prakan Province

*Prakit Wongprasert, M.Sc.**

Abstract

Objective: The objectives are to 1) study the situation and health conditions of the elderly in Samut Prakan Province 2) evaluate the community's participation in promoting the health of the elderly in Samut Prakan Province 3) develop the potential of the community to carry out health promotion for the elderly people in Samut Prakan Province effectively and 4) to evaluate development results and draw lessons from community capacity development in promoting the health of the elderly of Samut Prakan Province.

Methods: This research design is mixed method research consisting of quantitative research and action research. Sample groups used in quantitative research include all citizens aged 60 years and over who live in the Samut Prakan Province area and come to receive medical and public health services at the Public Health Service Unit in the Samut Prakan Province area. Operational research including the Subdistrict Health Fund Committee, community leaders, and people involved in the development process of the study areas, totaling 3 communities, including communities in urban areas, semi-urban area and rural areas, each community has 60 people, totaling 180 people. Quantitative tools include data recording forms, data assessment forms and Qualitative survey include Situation assessment form and group discussion (Focus Group)

Results: The results of the research found that 1) Most of the elderly in Samut Prakan Province are in the early elderly group (age 60-69 years), more than 50 percent, most of them live in urban areas. 77.51 percent have been screened for health in Fiscal year 2021, 53.21 percent found 35.78 percent of elderly people with at-risk conditions. 2) Community participation, Most participation is low participation 3) Developing the potential of the community to be able to participate in promoting the health of the elderly in the area, both in terms of knowledge about operations in promoting health of the elderly and the preparation of community plans and putting

the plan into practice will make operations more efficient and 4) From the meeting of the working group, the researchers agreed that the learning process in the form used as well as the direction and operation by those who are involved or have stakeholders in the area.

Conclusion: The process of developing the potential of those involved is very important and necessary. It will allow those involved to see the benefits of developing together will make the development process more efficient and most importantly, everyone wants their own community to be a community that can be self-reliant and have sustainable development.

Keywords: community potential development; health promotion; elderly

*Samut Prakan Provincial Public Health Office

Received: July 9, 2023; Revised: November 13, 2023; Accepted: November 29, 2023

การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ

ประกิจ วงศ์ประเสริฐ, วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ 2) ประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรปราการ 3) พัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) เพื่อประเมินผลการพัฒนาและถอดบทเรียนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุและวิธีการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed method research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการและมารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลแกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนในพื้นที่เขตเมือง พื้นที่กึ่งเมือง และพื้นที่ชนบท ชุมชนละ 60 คน รวม 180 คน เครื่องมือที่ใช้เชิงปริมาณได้แก่ แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบสำรวจ เชิงคุณภาพได้แก่ แบบประเมินสถานการณ์ฯ และแบบสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการส่วนมากอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มากกว่า ร้อยละ 50 ส่วนมากอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 77.51 ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 53.21 พบผู้สูงอายุมีสภาวะเสี่ยง ร้อยละ 35.78 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมน้อย 3) การพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถมีส่วนร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนชุมชน และการนำไปสู่การปฏิบัติจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) แกนนำและจากการประชุมคณะกรรมการงานนักวิจัยและทีมงานประเมินผลการพัฒนาฯ เห็นตรงกันว่ากระบวนการเรียนรู้ในรูปแบบที่ใช้ตลอดจนการกำหนดทิศทางและการดำเนินงานโดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียของพื้นที่ และสมาชิกของชุมชนเป็นผู้ร่วมกันคิดริเริ่มวิธีการทำงานก่อให้เกิดการพัฒนาจะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาของพื้นที่และน่าจะมีการพัฒนาระบบการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

สรุป: กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นประโยชน์ในการพัฒนาร่วมกัน จะทำให้กระบวนการพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และที่สำคัญทุกคนอยากให้ชุมชนของตนเองเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้และมีการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพชุมชน; ส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ได้รับต้นฉบับ: 9 กรกฎาคม 2566; แก้ไขบทความ: 13 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 29 พฤศจิกายน 2566

บทนำ

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการปรับตัวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างจริงจังแล้วและยังอยู่ในกลุ่มนำของประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุในลำดับต้น ๆ ของประเทศสมาชิกอาเซียนด้วยผู้สูงอายุของประเทศไทย ปัจจุบันกำลังเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน ปี 2565 ใน 10 ประเทศสมาชิกอาเซียน ได้เป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 แล้ว เหลือเพียง 3 ประเทศ คือ ลาว กัมพูชา และฟิลิปปินส์เท่านั้นที่ยังไม่เป็นสังคมสูงอายุ สำหรับประเทศไทย ในปี 2566 มีประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28⁽¹⁾ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพียงพอและเหมาะสม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นอยู่ สภาพปัญหาและบริบททางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถ

ช่วยเหลือตนเอง ซึ่งในระยะที่ผ่านมาหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ได้พยายามเข้าไปดำเนินงานซึ่งประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังมีพื้นที่บางจังหวัดที่มีลักษณะทางสังคมที่ซับซ้อนและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป แม้แต่ในชุมชนเองก็มีหลากหลายของคนในชุมชนและหลากหลายวัฒนธรรม ส่งผลให้การแปลงนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของชุมชน ท้องถิ่น และครอบครัวในการดูแล ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนา กิจกรรมที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือท้องถิ่นเพื่อให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และบริบททางสังคมของชุมชนนั้น ๆ จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพในระยะยาวอย่างยิ่ง

สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.6 เมื่อสิ้นปีพ.ศ.2561 เป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2564⁽²⁾ ข้อมูลนี้แสดงถึงอัตราเพิ่มของผู้สูงอายุที่เร็ว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่เรียกได้ว่ามีความแตกต่างทางสังคมของประชาชนในพื้นที่เนื่องจากประชากรในจังหวัดสมุทรปราการ เคลื่อนย้ายมาจากหลาย ๆ จังหวัดเข้ามาทำงานในพื้นที่จำนวนมากส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิต หรือบริบททางสังคมที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง และจากข้อมูลการเข้าร่วมโครงการดูแล

ผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีทั้งสิ้นจำนวน 50 แห่ง มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 18 แห่ง ไม่สมัครเข้าร่วมดำเนินงานตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 36.00⁽²⁾ สาเหตุเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและไม่แน่ใจว่าพื้นที่จะได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม สิ่งซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และครอบคลุม กับความต้องการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมจากฐานความเป็นชุมชนและเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพียงพอและเหมาะสมโดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นอยู่ สภาพปัญหาและบริบททางสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เพราะการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมที่มีวิถีการดำรงชีวิตที่มีความหลากหลาย จะเป็นประโยชน์หรือแนวทางสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถไปใช้ในเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการดำรงชีวิตและพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมที่มีความแตกต่างให้กลายเป็นสังคมที่มีความสมบูรณ์บนความแตกต่างหลากหลาย

มีศักยภาพและสามารถนำความแตกต่างมาสร้างจุดเด่นและให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างสอดคล้องกับสภาพสังคม และบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่จะก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อประเมินผลการพัฒนาและถอดบทเรียนการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed method) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้การเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (ตามที่ปรากฏอยู่ในระบบข้อมูลทะเบียนราษฎร์) ในปี พ.ศ.2564 และมารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่หน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 และ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้การเก็บข้อมูลในผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล แกนนำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องของพื้นที่ดำเนินการศึกษา (ชุมชนในพื้นที่เขตเมืองกึ่งเมืองและชนบท) ทั้ง 3 แห่ง ๆ ละ 60 คน

การดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ ดังนี้

1.1 ศึกษาสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ ในด้านขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การใช้บริการทางการแพทย์และสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยนำข้อมูลจากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการมารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ (ร.505) ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ

1.2 ประเมินสถานะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นำข้อมูลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2564 และสรุปรายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการในปีงบประมาณ 2564 มาวิเคราะห์สถานะเสี่ยง

1.3 สรุปรายงานการเข้าร่วมดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดสมุทรปราการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ณ ปัจจุบัน)

1.4 ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ที่เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานครบตามองค์ประกอบที่กำหนด

2. วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยการศึกษา (Unit of analysis) เป็นตำบลในพื้นที่นำร่องการศึกษา จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วยในพื้นที่เขตเมือง จำนวน 1 แห่ง ในพื้นที่กึ่งเมือง จำนวน 1 แห่ง และในพื้นที่เขตชนบท จำนวน 1 แห่ง โดยนำแนวคิดการพัฒนาของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ มาประยุกต์ใช้โดยแบ่งการดำเนินการพัฒนาออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ดำเนินการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย โดยกระบวนการเรียนรู้ตามขั้นตอน ได้แก่ 1) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) 2) การสำรวจการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3) นำเสนอผลการสำรวจการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ขั้นการกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่สร้างเวทีการเรียนรู้ การฝึกทำแผนชุมชน และการนำไปสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาและถอดบทเรียนในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Lesson learned)

เครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การใช้บริการทางการแพทย์และสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert Scale)⁽⁴⁾

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 1- 3 คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---|---------|-------------------|
| 3 | หมายถึง | มีส่วนร่วมมาก |
| 2 | หมายถึง | มีส่วนร่วมปานกลาง |
| 1 | หมายถึง | มีส่วนร่วมน้อย |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่กำหนด ดังนี้

1. ข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ ในด้านขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ เช่น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การใช้บริการทางการแพทย์ และสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยนำข้อมูลจากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลการมารับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุ (รง.505) ที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ

มาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

2. ประเมินสถานะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นำข้อมูลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2564 และสรุปรายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ในปีงบประมาณ 2564 มาวิเคราะห์สถานะเสี่ยง แล้วนำมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

3. สรุปรายงานการเข้าร่วมดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จังหวัดสมุทรปราการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ณ ปัจจุบัน) แล้วนำมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

4. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานครบตามองค์ประกอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ที่เข้าร่วมดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นำมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ประกอบด้วยคณะกรรมการแกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้นำ/ประธานชมรม หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ กลุ่มละ 8 - 10 คน จำนวน 2 กลุ่มต่อพื้นที่การศึกษา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามเค้าโครงคำถามตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมประชุมสถานะเสี่ยงด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปรายงานการเข้าร่วม
ดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และ
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน

2. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้แก่ ข้อมูล
ที่ได้จากการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลการพัฒนา

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณา
และได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรปราการ หมายเลขรับรอง 49/2566
ลงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative
research) ศึกษาสถานการณ์ และสภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ

1.1 ขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดสมุทรปราการ

พบว่าผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการ
ส่วนมากอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)
มากกว่าร้อยละ 50 รองลงมา ได้แก่ กลุ่ม
ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ผู้สูงอายุ
ของจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนมากอาศัยอยู่ใน
เขตเมือง ร้อยละ 77.51 ส่วนสัดส่วนของผู้สูงอายุ
จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุของจังหวัด
สมุทรปราการ ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.35

1.2 สภาวะสุขภาพและสภาวะเสี่ยง
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ

สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูล
ผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ
ของรัฐในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้สูงอายุ

ส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ได้แก่
ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะระดับน้ำตาลใน
เลือดสูง (เบาหวาน) รองลงมา ได้แก่ โรคระบบทาง
เดินอาหาร ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคระบบ
ทางเดินหายใจ ส่วนสาเหตุการตายที่สำคัญของ
ผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากเสียชีวิตด้วย
ปอดติดเชื้อโควิด-19 สาเหตุการตายอื่นที่ไม่ชัดเจน
และไม่ระบุรายละเอียดและปอดบวม (ไม่ระบุ
รายละเอียด) โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป
มีอัตราตายสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน

ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่
จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 221,543 คน ได้
รับการตรวจคัดกรองสุขภาพในปีงบประมาณ
2564 จำนวน 117,884 คน คิดเป็นร้อยละ 53.21
พบผู้สูงอายุมีสภาวะเสี่ยงจำนวน 42,174 คน
คิดเป็นร้อยละ 35.78 เมื่อจำแนกออกเป็น
แต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง
(อายุ 70-79 ปี) มีสภาวะเสี่ยงสูงสุตร้อยละ 38.00
รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย
(อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีสภาวะเสี่ยงร้อยละ 35.00
และกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีสภาวะ
เสี่ยงร้อยละ 35.00 ตามลำดับ

1.3 สรุปรายงานการเข้าร่วมดำเนินงาน
โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
จังหวัดสมุทรปราการ เข้าร่วมดำเนินงานโครงการ
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน 32 แห่งคิดเป็น
ร้อยละ 64.00 ไม่เข้าร่วมจำนวน 18 แห่ง
คิดเป็นร้อยละ 36.00

1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย กลุ่มต่างๆ ร้อยละ 36.11 รองลงมา ได้แก่ ร้อยละ 61.11 อายุระหว่าง 45-54 ปีมากที่สุดร้อยละ 33.37 รองลงมา ได้แก่ อายุ 55 ปีขึ้นไปร้อยละ 27.7 ส่วนในด้านการมีตำแหน่งในชุมชน ตำบล ร้อยละ 16.67 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นสมาชิกแกนนำ

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ จำแนกตามรายพื้นที่

ระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน	เทศบาลเมืองพระประแดง		เทศบาลตำบลด่านสำโรง		อบต. เปรัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- มีส่วนร่วมน้อย	36	60.00	36	60.00	33	55.00
- มีส่วนร่วมปานกลาง	18	30.00	18	30.00	18	30.00
- มีส่วนร่วมมาก	6	10.00	6	10.00	9	15.00
รวมทั้งหมด	60	100.00	60	100.00	60	100.00

เมื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชน แกนนำ และผู้ที่เกี่ยวข้องจำแนกตามรายพื้นที่ พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เทศบาลเมือง พระประแดง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 60.00 และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ปานกลาง ร้อยละ 30.00 และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เทศบาล ตำบลด่านสำโรงมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 60.00 และมีส่วนร่วมในการดำเนิน

งานปานกลางร้อยละ 30.00 และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เปรัง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 55.00 และมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ปานกลางร้อยละ 30.00

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.1 ระยะที่ 1 ดำเนินการเสริมสร้าง ศักยภาพของชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย

2.1.1 ประสิทธิภาพการเสริมสร้าง ศักยภาพของชุมชนในพื้นที่ศึกษา (Enabling)

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ในภาพรวม)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
- ความรู้น้อย	108	60.00
- มีความรู้ปานกลาง	45	25.00
- มีความรู้มาก	27	15.00
รวมทั้งหมด	180	100.00
$\bar{x}=6.8$ S.D.= 2.9		

ความรู้ของผู้เข้าร่วมประชุมการพัฒนา ศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่ของพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 แห่งในภาพรวม พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กร ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนิน

งานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ น้อยร้อยละ 60.00 และมีความรู้ในการดำเนินงานการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปานกลางร้อยละ 25.00 ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพบว่า มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 6.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)=2.9

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ของจังหวัดสมุทรปราการ ภายหลังได้รับการพัฒนา จำแนกตามพื้นที่ศึกษา

พื้นที่	ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน					
	มีความรู้น้อย		มีความรู้ปานกลาง		มีความรู้มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เทศบาลเมืองพระประแดง	39	65.00	15	25.00	6	10.00
2. เทศบาลตำบลด่านสำโรง	36	60.00	15	25.00	6	15.00
3. องค์การบริหารส่วนตำบลเป็ริง	39	65.00	15	25.00	6	15.00
รวม	60	100.00	60	100.00	60	100.00

เมื่อวิเคราะห์ความรู้ของผู้เข้าร่วมประชุม การพัฒนา ศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในพื้นที่จำแนกตามรายพื้นที่พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เทศบาลเมืองพระประแดง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 65.00 และมีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 25.00 และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เทศบาลตำบลด่านสำโรง มีความรู้เกี่ยวกับ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 60.00 และมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนิน งานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 25.00 และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่องค์การบริหาร ส่วนตำบลเป็ริง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่น้อย ร้อยละ 65.00 และมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 25.00

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ของจังหวัดสมุทรปราการ ภายหลังได้รับการพัฒนา (ภาพรวม)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
- ความรู้น้อย	27	15.00
- มีความรู้ปานกลาง	54	30.00
- มีความรู้มาก	99	55.00
รวมทั้งหมด	180	100.00
$\bar{x}=14.6$ S.D.= 1.2		

คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในภาพรวม พบว่าคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาก ร้อยละ 55.00 และมีความรู้ใน

การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 30.00 ค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ของจังหวัดสมุทรปราการ ภายหลังได้รับการพัฒนาพบว่า มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 14.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.2

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องของ จังหวัดสมุทรปราการ ภายหลังได้รับการพัฒนาจำแนกตามพื้นที่ศึกษา

พื้นที่	ระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน					
	มีความรู้น้อย		มีความรู้ปานกลาง		มีความรู้มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เทศบาลเมืองพระประแดง	11	18.33	10	16.67	39	65.00
2. เทศบาลตำบลด่านสำโรง	15	25.00	10	16.67	35	58.33
3. องค์การบริหารส่วนตำบลเปร็ง	10	16.67	12	20.00	38	63.33
รวม	60	100.00	60	100.00	60	100.00

เมื่อวิเคราะห์ ความรู้ของผู้เข้าร่วมประชุม การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จำแนกตามรายพื้นที่พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เทศบาลเมืองพระประแดง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สูงร้อยละ 65.00 ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

เทศบาลตำบลด่านสำโรง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสูง ร้อยละ 58.33 และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเปร็ง มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่สูง ร้อยละ 63.33

2.2 ระยะที่ 2 การกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

2.2.1 ผลการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อ

การพัฒนาหรือกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานและรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ผ่านมา ผลสรุปจากเวทีการเรียนรู้ของคณะกรรมการแกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องสรุปแนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการที่ผ่านมามีได้ว่าการบริการที่ผ่านมานั้นการบริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก โดยการจัดทีมเจ้าหน้าที่ออกดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแต่ไม่สม่ำเสมอ ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้นเฉพาะด้านการออกกำลังกายแก่ประชาชนในชุมชนแต่ยังขาดการดูแลหรือให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การคัดกรองและการส่งเสริมด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุยังมีน้อย โดยเฉพาะเมื่อพื้นที่ศึกษาไม่ได้เข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้การอบรมผู้จัดการผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงถูกละเลยการบริการเพื่อดูแลตามดูแลพื้นที่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (home care และ community care) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่โดยอาสาสมัครในชุมชนจึงขาดหายไป มีเพียงทีมสหวิชาชีพติดตามให้บริการตามความจำเป็นหรือเมื่อได้รับการร้องขอจากพื้นที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่โดยการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่และการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว อบรม

แกนนำสุขภาพหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยติดตามดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่มีน้อยมาก

ผลสรุปจากการสร้างเวทีการเรียนรู้ของคณะกรรมการแกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเด็นด้านนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ คณะกรรมการแกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อเสนอแนะว่าปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในโรงพยาบาลทุกแห่ง ดังนั้นรัฐควรเน้นการลงทุนทั้งในเรื่องอาคารสถานที่สำหรับให้บริการ และบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุทุกระดับเพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ สนับสนุนบุคลากรที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เพียงพอกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นจากสภาพปัญหาจำนวนผู้สูงอายุนับวันจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นและมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลด้วยปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เกิดการแออัด

รอคิว จากการรับบริการในส่วนท้องถิ่นเห็นว่า ควรเข้ามามีส่วนร่วม โดยการจัดสร้างอาคาร อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ หรือโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของภาครัฐ และให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ที่จำเป็นให้มากขึ้น

2. ประเด็นด้านนโยบาย หรือแนวทางการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ให้ข้อเสนอแนะว่าเพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรเน้นการสร้าง เครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองตามแนวทางการ ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตามนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ควรมีการบูรณาการจาก ทุกภาคส่วนเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคให้ครอบคลุม ทุกพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการ รวมตัวกันในการดูแลตนเองหรือทำกิจกรรมร่วม กันทุกเดือน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็น วิทยากรจะช่วยลดปัญหาในระยะยาวได้ ทุกวันนี้ เน้นแต่การแจกเบี้ยผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ช่วยให้ลด ปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้การให้ความรู้ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ ฟัน ที่ผ่านมาท้องถิ่นเน้นแต่การแจกเบี้ยผู้สูงอายุ ขาดการบูรณาการกับส่วนสาธารณสุข ในอนาคต

จึงอยากเห็นภาพการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง เพราะแต่ละภาคส่วนมีความพร้อม และศักยภาพ ไม่เหมือนกันควรร่วมมือกันทำงานเพื่อส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่าง เหมาะสม ซึ่งส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในด้านงบประมาณ และมีการดำเนินงานตามแนวทางการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่

3. ประเด็นด้านนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการด้านการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาค ท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ดูแลตนเองตามแนวทางการส่งเสริมการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวอย่างจริงจังและให้ได้คุณภาพครอบคลุม ทุกพื้นที่ โดยเน้นการบริการถึงบ้าน การเยี่ยม บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มแกนนำต่าง ๆ ให้เพียงพอในการติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ ครอบคลุมทุกพื้นที่การส่งเสริมให้ชุมชน ครอบครัว และอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นควรกำหนดให้ นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นนโยบาย ที่ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะส่วนท้องถิ่นต้องนำไปขับเคลื่อนให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง

4. ประเด็นด้านนโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อประสานเจ้าหน้าที่ในการติดตามดูแลให้บริการถึงบ้าน และเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน หรือครอบครัวให้ครอบคลุมบริการเกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

2.2 การฝึกทำแผนชุมชนและการนำไปสู่การปฏิบัติ

จากการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กรทุนและความรู้มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดการระดมความคิดเพื่อวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ มีแนวทางการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินสถานะเสี่ยงด้านสุขภาพ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ด้านการติดตามฟื้นฟู และ 4) ด้านการรักษา

2.3 ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนาและถอดบทเรียนในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (Lesson Learned)

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจากสนทนากลุ่มของคณะกรรมการแกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ข้อคิดเห็น ดังนี้

1. ประเด็นด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่หน่วยงานภาคสาธารณสุข ให้ข้อเสนอแนะว่า รัฐควรเน้นการ

ลงทุนทั้งในเรื่องอาคารสถานที่ สำหรับให้บริการและบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุทุกระดับ เพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ สนับสนุนบุคลากร ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการในส่วนท้องถิ่นเห็นว่า ควรสนับสนุนหรือมีส่วนร่วมในการสร้างอาคารอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ หรือโรงพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของภาครัฐ รวมถึงควรมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. ประเด็นด้านนโยบาย หรือแนวทางการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ให้ข้อเสนอแนะว่าเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง มีการรวมตัวกัน และจัดกิจกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

3. ประเด็นด้านนโยบายหรือแนวทางการจัดบริการด้านการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพิ่มศักยภาพในการดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองอย่างจริงจังและให้ได้คุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่

4. ประเด็นด้านนโยบายหรือแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครชุมชน แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ

เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการติดตามดูแลให้บริการถึงบ้าน และเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพ และชุมชนหรือครอบครัวให้ครอบคลุมบริการ เกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

วิจารณ์

1. สถานการณ์และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการส่วนมากอยู่ใน กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมากกว่า ร้อยละ 50 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁽⁴⁾ ที่พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้นถึง ร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการส่วนมากอาศัยอยู่ในเขตเมือง สัดส่วนของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศพบว่า ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรปราการส่วนมากเป็นเพศหญิงสอดคล้องกับรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย⁽⁵⁾ พบว่าประชากร ผู้สูงอายุอายุเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย สำหรับแนวโน้มประชากรสูงอายุไทยจะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้น

2. สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการส่วนมากมารับบริการด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (เบาหวาน)

รองลงมา ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหารภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้านซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต จากรายงานของสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ พบว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หลายด้าน

3. ผลการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาหรือกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า การดำเนินงานและรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ผ่านมานั้น การบริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่ยังมีน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่าในภาพรวมชุมชนของพื้นที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง มีส่วนร่วมในการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ค่อนข้างน้อย

ซึ่งผลจากการศึกษา พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพองค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมน้อยในเรื่องการสำรวจความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหรือพื้นที่การจัดทำแผนชุมชน การติดตามประเมินผล แผนดำเนินงานตามแผนชุมชน การมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนชุมชน การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และการมี

ส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้สร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อกำหนดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านการฝึกทักษะ การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ นำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูน และความรู้มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดการระดมความคิดเพื่อวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แนวทางหรือแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแผนการสร้างหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและด้านซ่อมสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของชุมชนที่นักวิชาการ

หลาย ๆ ท่านให้แนวคิดที่ว่า คนในชุมชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพดี คือการดูแลสุขภาพตนเองได้⁽⁷⁾ ดังนั้นการดูแลจัดการด้านการเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว ในทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดแล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วยป่วยเป็นอะไรและรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชนที่สามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพมีระบบบริการสามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งมวลในชุมชนท้องถิ่นได้⁽⁸⁾

ผลการพัฒนาจากการถอดบทเรียนการดำเนินการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของพื้นที่ศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (ดังแผนภาพ)



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ถือว่าเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ที่เน้นการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นกระบวนการหรือกิจกรรมที่ใช้ในการเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวม กลยุทธ์และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย⁽⁹⁾ การขึ้นาด้านสุขภาพ (Advocacy) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพและการไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพการส่งเสริมหรือสนับสนุน หนึ่งในปัจจัยสำคัญของการพัฒนางาน

ส่งเสริมสุขภาพคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการรวบรวมปัญหาต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ วางแผนดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจะให้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันด้วย⁽¹⁰⁻¹¹⁾

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุมิใช่ปัญหาทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นปัญหาทางสังคมของประเทศที่จะต้องเผชิญ และรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เชิงนโยบายจึงควรกำหนดให้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นนโยบายหลัก ทุกภาค

ส่วนให้ความสำคัญและบูรณาการงานร่วมกันในการบริหารจัดการระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่และให้เป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานประจำปีของผู้ว่าราชการจังหวัดฯ

ข้อเสนอแนะผู้ปฏิบัติทุกระดับ การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่เข้าถึงได้ง่าย ทันสถานการณ์และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ทันสถานการณ์ มีฐานข้อมูล Best practice ของแต่ละพื้นที่ มีการอบรมพัฒนาฟื้นฟูบุคลากรอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จัดให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขตและประเทศ ถ่ายทอดและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ชัดเจน มีการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. การวิจัยประเมินผล การนำนโยบาย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปสู่การปฏิบัติทั้งใน

ระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว เพื่อที่จะได้ทราบความก้าวหน้า ผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคนำไปสู่การปฏิบัติและการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) กับพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อให้เป็นข้อมูลประกอบการยืนยันแนวคิดหรือนโยบายว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและส่งผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ศึกษารูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลผู้สูงอายุในเขตเมือง ควรมีรูปแบบการดำเนินงานอย่างไร ทั้งในด้านโครงสร้างอาคารและรูปแบบในการให้บริการ ทั้งนี้ผลการวิจัยพบว่า การมีโรงพยาบาลผู้สูงอายุจะส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2562.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. สรุปรายงานประจำปี 2564. สมุทรปราการ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ; 2564.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวคิดการพัฒนาของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2549.
4. สุรางค์ จันทวานิช. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 24. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=36746>
6. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานผลการดำเนินงานและการขับเคลื่อนสมัชชาผู้สูงอายุ ระดับชาติไปสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์; 2556.
7. ไพรวลัย เตชะโกศล. การจัดการสุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
8. มัลลิกา มัติโก, เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์, จุติพร ผลเกิด, เยาวเรศ วิสูตรโยธิน, สุชีพ เณรानนทร์, วัชริน สีนธวานนท์. ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2553.
9. พิสมัย จันทวิมล. นิยามศัพท์การส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2541.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2562.
11. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2561.

Factors Associated with Glycemic Control among Type 2 Diabetic Patients in Primary Care Cluster, Muang Chainat District, Chainat Province

Wanida Wutthikitcharat, M.D.*

Abstract

Objective: This study was aimed to explore associated factors of controllable blood sugar level among type 2 diabetic patients in Primary Care Cluster, Muang Chainat District, Chainat Province.

Methods: It was an etiognostic exploratory cross-sectional study of 206 type 2 diabetic patients, selected by stratified random sampling. Data were collected by interviewing the sample group from June to August 2023 by using a set of questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression with statistic significant level at 0.05.

Results: The results revealed that the appropriate fruits and vegetables consumption behavior and appropriate salt and sodium consumption behavior were significantly associated with good blood sugar control, with the adjusted OR 0.08 (95%CI 0.02, 0.36) and adjusted OR 0.26 (95%CI 0.09, 0.77), respectively ($p < 0.05$). In contrast, the use of two antidiabetic medications (adjusted OR 3.93 [95%CI 1.52, 10.16]), three or more antidiabetic medications (adjusted OR 4.96 [95%CI 1.61, 15.28]), having experience of forgetting to take medication (adjusted OR 23.59 [95%CI 6.75, 82.42]) and LDL level ≥ 100 mg/dL (adjusted OR 4.04 [95%CI 1.28, 12.70]) were significantly associated with poor blood sugar control (HbA1c $\geq 7\%$), ($p < 0.05$).

Conclusion: To maintain normal blood sugar level (HbA1c $< 7\%$) in type 2 diabetes, suggested to emphasize on behavior modifications especially eating behavior and medication adherence.

Keywords: type 2 diabetic patient; glycemic control; primary care

*Department of Social Medicine, Jainad Narendra Hospital

Received: September 12, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: November 21, 2023

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

วนิดา วุฒิกิจจารัตน์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ etiognostic exploratory cross-sectional study ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 206 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกมาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม (adjusted OR 0.08 [95%CI 0.02, 0.36]) พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสม (adjusted OR 0.26 [95%CI 0.09, 0.77]) ($p < 0.05$) ในขณะที่การมีจำนวนขนานยาโรคเบาหวาน 2 ขนาน (adjusted OR 3.93 [95%CI 1.52, 10.16]) จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน ≥ 3 ขนาน (adjusted OR 4.96 [95%CI 1.61, 15.28]) การลิ้มรับประทานยา (adjusted OR 23.59 [95%CI 6.75, 82.42]) และค่า LDL ≥ 100 mg/dL (adjusted OR 4.04 [95%CI 1.28, 12.70]) สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c $\geq 7\%$) ($p < 0.05$)

สรุป: ควรมีการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; หน่วยบริการปฐมภูมิ

*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

ได้รับต้นฉบับ: 12 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 27 ตุลาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 21 พฤศจิกายน 2566

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตหรือใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงในระยะยาว จะส่งผลเสียต่อร่างกาย เกิดความล้มเหลวของอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ตามมา⁽¹⁾

จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค noncommunicable diseases (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ⁽²⁾

ความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 ความชุกในผู้ชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.8 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 8.6 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ส่วนในผู้หญิง ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 เป็นร้อยละ 10.3 ตามลำดับ ในส่วนของการรักษาและการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (Fasting Plasma Glucose (FPG) <126 มก./ดล.) เพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 23.5 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 26.3 ในปี พ.ศ. 2563⁽³⁾

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4,628 คน โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) จำนวน 1,353 คน คิดเป็นร้อยละ 29.24 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด NCDs Clinic Plus ปี พ.ศ. 2565 ที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่ผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

วัสดุและวิธีการ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการมีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ภายใต้สมมติฐานว่าผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เท่ากับร้อยละ 64.6 และผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เท่ากับ ร้อยละ 44.7⁽⁵⁾ กำหนดการทดสอบเป็น two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significant) ที่ 5% และ power 80% โดยกำหนดสัดส่วนผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ต่อสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 1:1 ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 196 คน โดยคำนวณเพื่อ

ข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 5 เท่ากับ 206 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 103 คน และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 103 คน

ระเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มประชากร

เป็นการศึกษาแบบ etiologic exploratory cross sectional study เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกครอบครัว อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2566 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยจำแนกประชากรตามทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็น 9 กลุ่ม ที่รับการรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวใน 9 ตำบล ของอำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ในเมือง	752	34
2. บ้านกล้วย	532	24
3. ท่าชัย	502	22
4. ชัยนาท	486	22
5. เขาท่าพระ	590	26
6. หาดท่าเสา	367	16
7. ธรรมามูล	440	20
8. เสือโฮก	481	21
9. นางลือ	478	21
รวม	4,628	206

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าไว้ศึกษา

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยยา

2. สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยการพูด และฟังภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดเลือกร่วมตัวอย่างออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และโรคลมชัก

2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านเขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้

3. บุคคลที่เป็นโรคความจำเสื่อมวิกฤต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการรักษา ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

กรณีข้อมูลเป็นประเภทต่อเนื่อง (continuous data) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ และกรณีข้อมูลเป็นประเภทกลุ่ม (categorical data) ได้แก่ ค่าจำนวนร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเป็นตัวแปรตาม แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($Y=1$) และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($Y=0$) ทำการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable analysis) โดยใช้สถิติ simple logistic regression นำเสนอค่า crude odds ratio (95%CI) จากนั้นคัดเลือกปัจจัยที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.1 นำเข้าสู่วิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) เพื่อจัดการกับตัวแปรกวน (confounding factors) โดยใช้สถิติ multiple logistic regression ด้วยวิธี Enter นำเสนอค่า adjusted odds ratio (95%CI) การวิเคราะห์ครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 26.0 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\alpha = 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทรเอกสารรับรองเลขที่ 08/2566 วันที่รับรอง 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงและขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมโครงการก่อน มีการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแบบสอบถามมีการปกปิดรายชื่อรวมถึงหมายเลขเวชระเบียนของผู้เข้าร่วมวิจัย (hospital number) ด้วย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจกลุ่มตัวอย่างสามารถ

สอบถามผู้วิจัยได้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.4 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61.34 ± 9.17 ปี ส่วนใหญ่

มีช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี สถานภาพเป็นสมรส/คู่ ร้อยละ 78.6 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ร้อยละ 48.5 รายได้ 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 35.0 สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 93.2 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=206)

	n (%)
เพศ	
ชาย	63 (30.6)
หญิง	143 (69.4)
อายุ (ปี)	
35 – 45	11 (5.3)
46 – 59	74 (35.9)
≥60	121 (58.7)
mean±SD (min - max)	61.34±9.17 (37 - 85)
สถานภาพสมรส	
โสด	15 (7.3)
สมรส/คู่	162 (78.6)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	29 (14.1)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	5 (2.4)
ประถมศึกษา	109 (52.9)
มัธยมศึกษา	34 (16.5)
มัธยมศึกษา/ปวช.	45 (21.8)
อนุปริญญา/ปวส.	7 (3.4)
ปริญญาตรี	6 (2.9)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	36 (17.5)
รับราชการ	6 (2.9)
ค้าขาย	58 (28.2)
ใช้แรงงาน	100 (48.5)
พนักงานบริษัท	6 (2.9)

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=206)

	n (%)
รายได้	
ไม่มีรายได้	35 (17.0)
<5,000บาท	22 (10.7)
5,000 – 10,000 บาท	49 (23.8)
10,001 – 20,000 บาท	72 (35.0)
20,001 – 30,000 บาท	21 (10.2)
>30,000 บาท	7 (3.4)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	192 (93.2)
ประกันสังคม	8 (3.9)
ข้าราชการ	6 (2.9)

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในอาหารประเภทแป้ง/คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 51.5 ผัก, ผลไม้ร้อยละ 16.5 น้ำตาลร้อยละ 57.8 เกล็ดและโซเดียมร้อยละ 77.2

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 2.9 สูบบุหรี่ร้อยละ 1.9 ทำกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 8.7 ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 3.9 และไม่พบผู้ป่วยตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเองทุกราย (ตาราง 3)

ตาราง 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

	n = 206
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	
อาหารประเภทแป้ง/คาร์โบไฮเดรต	106 (51.5)
ผัก, ผลไม้	34 (16.5)
น้ำตาล	119 (57.8)
เกล็ดและโซเดียม	159 (77.2)
การดื่มแอลกอฮอล์	6 (2.9)
การสูบบุหรี่	4 (1.9)
การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ	18 (8.7)
ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง	0 (0.0)
ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด	8 (3.9)

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 25.0 – 29.9 กก/ม² เส้นรอบเอวเกินกว่าเกณฑ์ร้อยละ 65.5 มีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 68.4 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 (IQR 4,10) ปี ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 68.4 มีโรคร่วมร้อยละ 99.0 โดยมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90.3 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 96.1 และโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 10.7 ส่วนใหญ่มีขนาดยาโรคเบาหวาน 2 ชนิด ร้อยละ 40.3 ขนาดยาที่รับประทานทั้งหมดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ร้อยละ 55.3 ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร้อยละ 1.5 ลืมรับประทานยาร้อยละ 26.2 เปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการ/หยุดยาเองร้อยละ 4.4 มีอาการ

ไม่พึงประสงค์จากยาโรคเบาหวานร้อยละ 3.9 ใช้อื่นนอกจากยาแผนปัจจุบันร้อยละ 1.5 ส่วนใหญ่ระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 73.8 CV risk มากกว่าหรือเท่ากับ 20% ร้อยละ 54.4 ระดับน้ำตาลในเลือดค่ามัธยฐานเท่ากับ 138.5 (IQR 113, 161.25) mg/dL ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดค่ามัธยฐานเท่ากับ 6.95 (IQR 6.3, 8) % ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีค่าไขมัน LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL ร้อยละ 69.4 Triglyceride น้อยกว่า 150 mg/dL ร้อยละ 57.8 Total cholesterol น้อยกว่า 200 mg/dL ร้อยละ 55.3 ค่าไขมัน HDL มากกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/dL ในเพศชายหรือ 50 mg/dL ในเพศหญิง ร้อยละ 77.7 UACR <30 mg/g ร้อยละ 67.5 มีความเครียดระดับน้อยร้อยละ 98.5 และไม่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 96.1 (ตาราง 4)

ตาราง 4 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n = 206)

	n (%)
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	
<18.5	5 (2.4)
18.5 – 22.9	44 (21.4)
23.0 – 24.9	40 (19.4)
25.0 – 29.9	72 (35.0)
≥30	45 (21.8)
เส้นรอบเอว	
ตามเกณฑ์	71 (34.5)
เกินกว่าเกณฑ์	135 (65.5)
มีประวัติญาติสายตรงในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	141 (68.4)
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	
<10 ปี	141 (68.4)
≥10 ปี	65 (31.6)
Median (IQR)	6 (4, 10)

ตาราง 4 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n = 206)

	n (%)
ความดันโลหิตสูง	186 (90.3)
ไขมันในเลือดสูง	198 (96.1)
ไตวายเรื้อรัง	22 (10.7)
อื่นๆ	30 (14.6)
จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน	
1 ขนาน	75 (36.4)
2 ขนาน	83 (40.3)
≥3 ขนาน	48 (23.3)
จำนวนขนานยาที่รับประทานทั้งหมด	
<5ขนาน	92 (44.7)
≥5 ขนาน	114 (55.3)
ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน	3 (1.5)
ลิ้มรับประทานยา	54 (26.2)
เปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการ/หยุดยาเอง	9 (4.4)
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาโรคเบาหวาน	8 (3.9)
ใช้อื่นนอกจากยาแผนปัจจุบัน	3 (1.5)
ระดับความดันโลหิต	
ตามเกณฑ์มาตรฐาน	152 (73.8)
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	54 (26.2)
CV risk	
<10%	34 (16.5)
10 – <20%	60 (29.1)
>30%	61 (29.6)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
FBS (mg/dL), Median (IQR)	138.5 (113, 161.25)
HbA1c	
<7%	103 (50.0)
≥7%	103 (50.0)
Median (IQR)	6.95 (6.3, 8)
LDL	
<100 mg/dL	63 (30.6)
≥100 mg/dL	143 (69.4)

ตาราง 4 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n = 206)

	n (%)
Triglyceride	
<150 mg/dL	119 (57.8)
≥150 mg/dL	87 (42.2)
Total cholesterol	
<200 mg/dL	114 (55.3)
≥200 mg/dL	92 (44.7)
HDL	
≥40 mg/dL เพศชาย / ≥50 mg/dL เพศหญิง	160 (77.7)
<40 mg/dL เพศชาย / <50 mg/dL เพศหญิง	46 (22.3)
UACR	
<30 mg/g	139 (67.5)
≥30 mg/g	67 (32.5)
การประเมินความเครียด	
เครียดน้อย	203 (98.5)
เครียดปานกลาง	2 (1.0)
เครียดมาก	1 (0.5)
การประเมินโรคซึมเศร้า	
เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	8 (3.9)
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	198 (96.1)

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่อาจมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($p < 0.1$) จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ เกลื้อและโซเดียม เส้นรอบเอว การมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน การลิ้มรับประทานยา ระดับความดันโลหิต LDL Triglyceride Total cholesterol และภาวะซึมเศร้า เข้าสู่การวิเคราะห์ พหุตัวแปรโดยใช้สถิติ multiple binary logistic regression ด้วยวิธี Enter เพื่อควบคุมและขจัดอิทธิพลปัจจัยรบกวน (confounding factors) ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคผักและ

ผลไม้ที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 0.08 [95%CI 0.02, 0.36]; $p = 0.001$) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มี พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม น้อยกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 92.0 พฤติกรรมการบริโภคเกลื้อและโซเดียมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 0.26 [95%CI 0.09, 0.77]; $p = 0.015$) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่

ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีพฤติกรรมกรบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 74.0, จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน 2 ขนาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 3.93 [95%CI 1.52, 10.16]; p=0.005) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ได้รับยาโรคเบาหวาน 2 ขนาน มากเป็น 3.93 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี, จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน ≥ 3 ขนาน มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 4.96 [95%CI 1.61, 15.28]; p=0.005) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ได้รับ

ยาโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขนาน มากเป็น 4.96 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี, การลิ้มรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 23.59 [95%CI 6.75, 82.42]; p<0.001) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลิ้มรับประทานยามากเป็น 23.59 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ค่า LDL ≥ 100 mg/dL มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (adjusted OR 4.04 [95%CI 1.28, 12.70]; p=0.017) หรือกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พบว่า มีค่า LDL ≥ 100 mg/dL มากเป็น 4.04 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ตาราง 5)

ตาราง 5 การวิเคราะห์พหุตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัย	Adjusted OR ratio	p-value
ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ		
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม		
ผัก, ผลไม้	0.08 (0.02, 0.36)	0.001*
เกลือและโซเดียม	0.26 (0.09, 0.77)	0.015*
ปัจจัยภาวะสุขภาพ		
เส้นรอบเอว		
ตามเกณฑ์	กลุ่มอ้างอิง	
เกินกว่าเกณฑ์	1.27 (0.51, 3.15)	0.604
การมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง	4.45 (0.10, 203.08)	0.444
จำนวนขนานยาโรคเบาหวาน		
1 ขนาน	กลุ่มอ้างอิง	
2 ขนาน	3.93 (1.52, 10.16)	0.005*
≥ 3 ขนาน	4.96 (1.61, 15.28)	0.005*
ลิ้มรับประทานยา	23.59 (6.75, 82.42)	<0.001*

ตาราง 5 การวิเคราะห์พหุตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัย	Adjusted OR ratio	p-value
ระดับความดันโลหิต		
ตามเกณฑ์มาตรฐาน	กลุ่มอ้างอิง	
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	2.50 (0.96, 6.52)	0.061
LDL, n(%)		
<100 mg/dL	กลุ่มอ้างอิง	
≥100 mg/dL	4.04 (1.28, 12.70)	0.017*
Triglyceride, n(%)		
<150 mg/dL	กลุ่มอ้างอิง	
≥150 mg/dL	1.11 (0.48, 2.54)	0.811
Total cholesterol, n(%)		
<200 mg/dL	กลุ่มอ้างอิง	
≥200 mg/dL	0.95 (0.36, 2.51)	0.916
การประเมินโรคซึมเศร้า, n(%)		
เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	7.05 (0.36, 138.39)	0.198
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	กลุ่มอ้างอิง	

วิเคราะห์ข้อมูลโดย multiple logistic regression (Enter method)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ: ปัจจัยพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลเหมาะสม, ไม่มาพบแพทย์ตามนัด, เปลี่ยนขนาดยา/หยุดยาเอง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ไม่สามารถนำเข้าวิเคราะห์พหุตัวแปรได้เนื่องจากจำนวนในตารางการถ่วงเท่ากับ 0

วิจารณ์

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรศักดิ์ พาจันท์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ สุวัฒนกุล⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารในระดับสูง มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

จำนวนชนานยาโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 ขนานขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥7%) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของจตุภูมิ นีละศรี และคณะ⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของ Maifitrianti และคณะ⁽¹¹⁾ โดยผู้ป่วยที่รับประทานยาเบาหวานมากกว่า 1 ขนาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาจเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) อีกทั้งการรับประทานยาเบาหวานหลายขนาน อาจส่งผลต่อความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (non-medication adherence) การลิ้มรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c ≥7%) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษา

ของธนวัฒน์ สุวัฒนกุล⁽⁹⁾ และการศึกษาของ วรารัตน์ ปาจริยานนท์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง มีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพราะการลืมนับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yeemard และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (non-medication adherence) การลืมนับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

ระดับไขมัน LDL ≥ 100 mg/dL สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c $\geq 7\%$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Abd-Elraouf⁽¹⁴⁾ อธิบายได้จากโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคร่วมกันหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ดังนั้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงควรให้ความสำคัญกับการคุมระดับไขมันในเลือดควบคู่กัน

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ ปัจจัยที่ศึกษามีครอบคลุมและหลากหลาย ทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ โดยสามารถนำผลการศึกษามาปรับใช้ได้จริง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเดียว และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจนำผลการศึกษานี้ไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในบริบทที่แตกต่างไม่ได้

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c $< 7\%$) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่เหมาะสม ในขณะที่การมีจำนวนขนานยาโรคเบาหวาน 2 ขนาน จำนวนขนานยาโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขนาน การลืมนับประทานยา และค่า LDL ≥ 100 mg/dL สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (HbA1c $\geq 7\%$) ดังนั้นจึงควรมีการจัดระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นในด้านความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (behavior modifications) ให้เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน โดยควรบริโภคทั้งผักและผลไม้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน หรือบริโภคผักมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ส่วนมาตรฐานต่อวัน การควบคุมการบริโภคเกลือและโซเดียมไม่เกิน 2 กรัม/วัน และการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เพื่อให้ระดับไขมัน LDL น้อยกว่า 100 mg/dL ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ ในการให้คำแนะนำเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยการบูรณาการใน กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำแบบบันทึกอาหาร สำหรับผู้ป่วย การทำโครงการ การทำกิจกรรม กลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

หากทำการศึกษาเพิ่มในอนาคต อาจ ออกแบบการศึกษาโดยทำในหน่วยบริการปฐมภูมิ ย่อยหลายๆแห่งพร้อมกัน (multicenter study) เพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทปฐมภูมิ

ที่กว้างขึ้นอาจทำการศึกษาแบบ prospective cohort study เพื่อสามารถหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดผลหรือมีความสัมพันธ์แบบที่เป็นสาเหตุ (causal relationship) ได้ และอาจเลือกใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ random sampling เพื่อลดปัจจัย รบกวน (confounding) ต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วย บริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. About diabetes. [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/introduction/>
2. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข่าวในรั้ว สธ.. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cnt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2022&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3
5. Mansour A, Monira A, Bander B, Hissah A, Haya A, Tariq A, et al. Factors associated with glycemic control in type 2 diabetic patients in Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal 2019;27:384–88.

6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://env.anamai.moph.go.th/th/cms-of-87/download/?did=191892&id=37464&reload=>
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)
8. อิศักดี พาจันทร, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, นิรันดร์ ถาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(1):285-98.
9. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561;12(3):515-22.
10. จตุภูมิ นีละศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โรงพยาบาลท่ายาง อำเภوتاยาง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(4):714-28.
11. Maifitrianti M, Nora W, Muthoh H, Sifah F, Anisa F. Glycemic control and its factor in type 2 diabetic patients in Jakarta. Indonesian Journal of Clinical Pharmacy 2020;9(3):198–204.
12. วรรัตน์ ปาจริยานนท์, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์, ลุนณี สุวรรณโมรา, สุพรรณรัตน์ ช่องวารินทร์, นวรัตน์ ภูเหิน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;15(1):118-27.
13. Yeemard F, Srichan P, Apidechkul T, Luerueang N, Tamornpark R, Utsaha S. Prevalence and predictors of suboptimal glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in northern Thailand: a hospital-based cross-sectional control study. PLoS One 2022;17(1):1-17.
14. Abd-Elraouf MSED. Factors affecting glycemic control in type II diabetic patients. The Egyptian Journal of Hospital Medicine 2020;81(2):1457-61.

Effectiveness of Treatment for Patients with Osteoarthritis by Providing Health Education to slow down the Progress of Osteoarthritis in Kamphaeng Saen Hospital

*Pawit Yuangngoen, M.D.**

Abstract

Objective: To study the effectiveness of treatment for patients with osteoarthritis by means of health education to slow down the progress of osteoarthritis in Kamphaeng Saen Hospital

Methods: This prospective randomized controlled trial study groups are divided into 2 groups: experimental groups, which are patients who receive health education once a month, and control groups, who receive health education once in 4 months, groups of 30 people. Health education process and 3 forms of degenerative arthritis severity assessment (Oxford Knee Score, WOMAC, IKDC) Data collection 4 times after 4 months, 8 months, and 12 months of treatment, data analysis included frequency, percentage, average, standard deviation. Test statistics by t-test independent and One-Way Repeated Measure (ANOVA)

Results: The results of the assessment of the severity of osteoarthritis of experimental groups and control groups, and with the over different periods, it was found that the average scores of severities of osteoarthritis in the experimental groups and control groups before treatment and 4 months after treatment showed no difference in the average score of severity of osteoarthritis. There was a statistically significant difference in the severity of osteoarthritis at 8 months and 12 months after treatment. Control groups assessed the severity of osteoarthritis with three forms of osteoarthritis severity assessment over different time periods. There was a statistically significant difference in average score on the severity of osteoarthritis The pain of degenerative joints subsides or does not hurt at all.

Conclusion: Treatment of osteoarthritis patients by means of health education monthly to slow down the progress of osteoarthritis has resulted in a decrease in the severity of osteoarthritis. As a result, the patients recover quickly and has a better quality of life.

Keywords: health education; osteoarthritis patients; slow down the progress of osteoarthritis

*Kamphaeng Saen Hospital

Received: July 7, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: November 21, 2023

ประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

ปวิทย์ ยวงเงิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาไปข้างหน้าแบบ prospective randomized controlled trial study โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองคือ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษา 1 ครั้ง ใน 4 เดือนจำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ วิธีการให้สุขศึกษาแบบเดือนละ 1 ครั้ง ประกอบด้วยเนื้อหาสาระ กระบวนการให้สุขศึกษา และแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3 รูปแบบ (Oxford Knee Score, WOMAC, IKDC) การเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ครั้ง คือ ก่อนการรักษา หลังการรักษา 4 เดือน 8 เดือน และ 12 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบ t-test independent และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย: ผลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการรักษา และหลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือน และหลังการรักษา 12 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการให้สุขศึกษามีความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย

สรุป: การรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาทุก 1 เดือนเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลทำให้ผู้เข้ารับรักษามีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง ส่งผลทำให้ร่างกายฟื้นฟูลงมาได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การให้สุขศึกษา; คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม; การชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม

*โรงพยาบาลกำแพงแสน

ได้รับต้นฉบับ: 8 กรกฎาคม 2566; แก้ไขบทความ: 27 ตุลาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 21 พฤศจิกายน 2566

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรอันเนื่องจากสังคมผู้สูงอายุ (aging society) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลก ในประเทศไทยพบมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽¹⁾ ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น จะพบการเปลี่ยนแปลงตามวัยหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อ ซึ่งโรคต่าง ๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุนี้นับเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ข้อเข่าเสื่อมหรือโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นภาวะที่ข้อเข่าผ่านการใช้งานมาเป็นเวลานาน เกิดการเสื่อมของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อ ทำให้มีการงอกของกระดูก เวลาเดินจะเจ็บข้อ มีการผิดรูปของข้อเข่า โรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในผู้สูงอายุ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽²⁾ ทำให้เกิดความทรมานแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตลดลง และทำให้โรคอื่น ๆ กำเริบ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากออกกำลังกายไม่ได้ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดอาการปวดเข่า บวม เข่าฝืดยึด มีเสียงดังในเข่า ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ดังปกติ ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป สาเหตุมีได้หลายประการ เช่น ผลสะสมจากความเสื่อมและการใช้ข้อเข่าที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่ วัยหนุ่มสาว การที่มีน้ำหนักตัวมาก ๆ ทำให้เข่าต้องรับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในทุกขณะที่ก้าวเดิน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า

มาก่อน บางรายเคยมีการอักเสบติดเชื้อ หรือเป็นโรคไขข้อ บางชนิด เช่น โรครูมาตอยด์ เป็นต้น ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปในอำเภอกำแพงแสน มีจำนวน 22,366 คน (ร้อยละ 17.40) และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูงขึ้น จากสถิติผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ในปี 2560 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,618 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 6,468 ครั้ง/ปี ปี 2561 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,363 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 5,805 ครั้ง/ปี ปี 2562 จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน 1,252 คน/ปี นับเป็นจำนวนครั้งเท่ากับ 4,526 ครั้ง/ปี⁽³⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทำให้สุขศึกษาเป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม โดยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและชะลอการดำเนินโรคไม่ให้รุนแรงจนผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด⁽⁴⁾ เป้าหมายของการดูแลรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยการให้สุขศึกษาประกอบไปด้วยการบริหารจัดการความปวด การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของข้อเข่า เช่น การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง การประคบร้อน ประคบเย็นเพื่อบรรเทาความปวด การควบคุมน้ำหนักและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กดทับบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานแก่กล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวดและความพิการ การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความเจ็บปวด⁽⁵⁾

การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะการเคลื่อนไหวและอิริยาบถที่เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัย 3 เรื่องที่อธิบายถึงแนวทางในการจัดการกับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมที่อธิบายถึงรูปแบบหรือโปรแกรมการให้สุขศึกษากับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมของฐิติพร คัมภีรานนท์⁽⁷⁾ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน⁽⁸⁾ และชวิต เมธานุตร⁽⁹⁾ ซึ่งผลจากการศึกษางานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แต่จากแนวทางการรักษาโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังไม่มีตัวเลขที่แน่ชัดว่าการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองต้องมีความถี่ในการให้สุขศึกษาในระยะเวลาเท่าไรจึงจะเหมาะสมจากการรักษาในปัจจุบันมีการนัดติดตามคนไข้ทุก 4 เดือน พบว่า การให้สุขศึกษาที่คนไข้ได้รับยังพบปัญหาอยู่ คือ คนไข้มักจะจำไม่ได้และปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง จนเป็นที่มาในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่ต้องการเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการให้สุขศึกษาที่มีระยะความถี่มากขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยการนัดติดตามทุก 1 เดือน เพื่อพบแพทย์ หรือการติดตามโดยช่องทางอื่น เช่น การโทรติดตามผล การใช้ช่องทางออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารตามความถี่ที่เหมาะสมหรืออาจใช้กลไกอื่น เช่น ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อเน้นย้ำให้คนไข้ดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น และเพื่อลดอัตราการใช้

ยาแก้ปวดในการรักษาโรค รวมทั้งลดอัตราการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน

วัสดุและวิธีการวิจัย

การศึกษาไปข้างหน้าแบบ prospective randomized controlled trial study เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในพื้นที่ตำบลกำแพงแสน และได้เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน จำนวน 293 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในพื้นที่ตำบลกำแพงแสน และได้เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.50 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen⁽¹⁰⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. กลุ่มทดลองคือ คนไข้ที่ได้รับการให้สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง (health promotion monthly groups) จำนวน 30 คน

2. กลุ่มควบคุมคือ คนไข้ที่ได้รับสุขศึกษา 1 ครั้ง ใน 4 เดือน (health promotion 1 time in 4 month groups) จำนวน 30 คน
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ณ โรงพยาบาลกำแพงแสน
2. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้สุขศึกษาสำหรับคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยเนื้อหาการให้ความรู้และการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย 1.2) จัดตั้งส่วนงานรับผิดชอบด้านการอุปถัมภ์ในประเด็นต่าง ๆ 2) การลดน้ำหนัก 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า 4) การกายบริหารบำบัดจากแนวทางเวชปฏิบัติ โรคข้อเข่าเสื่อม ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย⁽⁹⁾

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 3 รูปแบบ (Oxford Knee Score⁽¹¹⁾, WOMAC⁽¹²⁾, IKDC⁽¹³⁾) เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านเกณฑ์เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่โรงพยาบาลกำแพงแสน โดยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วย ได้แก่ การสำรวจสัดส่วนและความรุนแรง

ของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้ป่วยก่อนการรักษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและสำรวจในช่วงวันที่ 1-7 กรกฎาคม 2564

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ การปฏิบัติตัวการมีส่วนร่วมของผู้สนใจที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเข้ารับการให้สุขศึกษาตามแผนการดำเนินการที่กำหนด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลา 4 เดือน 8 เดือน และ 12 เดือน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเสร็จสิ้น การตอบประเมิน กรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะโทรนัดหมายเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 ถึงเดือน มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาประมาณ 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ระหว่างกลุ่มทดลอง

กับกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการให้สุขศึกษา หลังการให้สุขศึกษา 4 เดือน 8 เดือนและ 12 เดือน โดยใช้สถิติ t-test independent

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการให้สุขศึกษา หลังการให้สุขศึกษา 4 เดือน 8 เดือนและ 12 เดือน โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measure ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี Bonferroni⁽¹⁴⁾

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 8/2564 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2564 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลและเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเข้ารับบริการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

1.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.33) มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 40.00) เฉลี่ยอายุ 72.56 ± 7.76 มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.45 ± 3.49 ผู้ป่วยส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.33) มีจำนวน

ข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.00) ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีค่าเฉลี่ย 7.40 ± 1.58 WOMAC มีค่าเฉลี่ย 57.43 ± 2.80 และ IKDC มีค่าเฉลี่ย 1.36 ± 1.24

1.2 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 53.33) เฉลี่ยอายุ 72.93 ± 6.95 มีดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.62 ± 3.66 ผู้ป่วยส่วนมากมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.67) มีจำนวนข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score มีค่าเฉลี่ย 7.30 ± 1.82 WOMAC มีค่าเฉลี่ย 57.13 ± 2.30 และ IKDC มีค่าเฉลี่ย 1.30 ± 1.20

1.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุ ดัชนีมวลกายและระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของอายุไม่แตกต่างกัน (72.56 ± 7.76 และ 72.93 ± 6.95 ตามลำดับ $P>.05$) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน (25.45 ± 3.49 และ 25.62 ± 3.66 ตามลำดับ $P>.05$) และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยระดับ

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน และ 57.13 ± 2.30 ตามลำดับ $P > .05$) และ IKDC Oxford Knee Score (7.40 ± 1.58 และ $7.30 \pm 1.36 \pm 1.24$ และ 1.30 ± 1.20 ตามลำดับ $P > .05$) WOMAC (57.43 ± 2.80 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเข้ารับบริการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD	จำนวน (ร้อยละ)	Mean $\pm$ SD	
เพศ					
ชาย	15 (46.67)		12 (40.00)		
หญิง	16 (53.33)		18 (60.00)		
อายุ					
น้อยกว่า 70 ปี	10 (33.33)	72.56 ± 7.76	8 (26.67)	72.93 ± 6.95	.829
70-79 ปี	12 (40.00)		16 (53.33)		
80 ปีขึ้นไป	8 (26.67)		6 (20.00)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)		25.45 ± 3.49		25.62 ± 3.66	.726
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	5 (16.67)		7 (23.33)		
มีโรคประจำตัว	25 (83.33)		23 (76.67)		
โรคเบาหวาน	5 (20.00)		6 (26.08)		
โรคความดันโลหิตสูง	8 (32.00)		7 (30.46)		
โรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง					
สูง+โรคไขมันในเลือดสูง	6 (24.00)		5 (21.73)		
อื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือด					
หัวใจตีบ, โรคไขมันในเลือดสูง	6 (24.00)		5 (21.73)		
จำนวนข้างของการมีข้อเข่าเสื่อม					
1 ข้าง	12 (40.00)		10 (33.33)		
2 ข้าง	18 (60.00)		20 (66.67)		
ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม					
Oxford Knee Score		7.40 ± 1.58		7.30 ± 1.82	.822
WOMAC		57.43 ± 2.80		57.13 ± 2.30	.652
IKDC		1.36 ± 1.24		1.30 ± 1.20	.834

2. เมื่อทำการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะก่อนการรักษา และหลังการรักษา

4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกันส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือนและหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มทดลองอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	7.40	1.58	7.30	1.82	.227	.822
	หลังการรักษา 4 เดือน	24.33	3.39	24.16	3.05	.200	.842
	หลังการรักษา 8 เดือน	38.83	2.24	32.30	1.57	13.038**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	46.66	1.34	37.33	2.12	20.332**	<0.01
WOMAC	ก่อนการรักษา	57.43	2.80	57.13	2.30	.453	.652
	หลังการรักษา 4 เดือน	30.70	5.10	30.73	5.40	.025	.980
	หลังการรักษา 8 เดือน	7.60	0.93	15.60	1.40	25.995**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	3.86	1.85	9.16	2.03	10.548**	<0.01
IKDC	ก่อนการรักษา	1.36	1.24	1.30	1.20	.210	.834
	หลังการรักษา 4 เดือน	18.56	2.22	18.66	2.17	.176	.816
	หลังการรักษา 8 เดือน	31.03	2.07	24.23	2.14	12.479**	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	34.53	1.38	31.50	0.97	9.823**	<0.01

**p<0.01

3. เมื่อทำการประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า

3.1 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม Oxford Knee Score ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.40 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 24.33 หลังการ

รักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 38.83 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.66 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1656.940$, $P\text{-value} < .01$)

3.2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม WOMAC ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 53.43 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 30.70 หลังการรักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.60 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.86 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1968.286$, $P\text{-value} < .01$)

3.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม IKDC ก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.36 หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.56 หลังการรักษา 8 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 31.03 และหลังการรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 34.53 เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 1983.636$, $P\text{-value} < .01$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	7.40	1.58	1656.940**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	24.33	3.39		
	หลังการรักษา 8 เดือน	38.83	2.24		
	หลังการรักษา 12 เดือน	46.66	1.34		
WOMAC	ก่อนการรักษา	57.43	2.80	1968.286**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	30.70	5.10		
	หลังการรักษา 8 เดือน	7.60	0.93		
	หลังการรักษา 12 เดือน	3.86	1.85		
IKDC	ก่อนการรักษา	1.36	1.24	1983.636**	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	18.56	2.22		
	หลังการรักษา 8 เดือน	31.03	2.07		
	หลังการรักษา 12 เดือน	34.53	1.38		

**p<0.01

4. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลอง ด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อระยะเวลาหลังการรักษามากขึ้น ความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	Standard Error	p-value
Oxford Knee Score	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	-16.933**	.657	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-31.433**	.476	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-39.267**	.457	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	16.933**	.657	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-14.500**	.650	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-22.333**	.782	<0.01
	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	31.433**	.476	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	14.500**	.650	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-7.833**	.512	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	39.267**	.457	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	22.333**	.782	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	7.833**	.512	<0.01
WOMAC	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	26.733**	.985	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	49.833**	.599	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	53.567**	.546	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	-26.733**	.985	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	23.100**	.971	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	26.833**	1.026	<0.01

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ
กลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แบบประเมิน	ช่วงเวลา		ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	Standard Error	p-value
WOMAC (ต่อ)	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	-49.833**	.599	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	-23.100**	.971	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	3.733**	.321	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	-53.567**	.546	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	-26.833**	1.026	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-3.733**	.321	<0.01
IKDC	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา 4 เดือน	-17.200**	.539	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-29.667**	.393	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-33.167**	.381	<0.01
	หลังการรักษา 4 เดือน	ก่อนการรักษา	17.200**	.539	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	-12.467**	.594	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-15.967**	.425	<0.01
	หลังการรักษา 8 เดือน	ก่อนการรักษา	29.667**	.393	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	12.467**	.594	<0.01
		หลังการรักษา 12 เดือน	-3.500**	.486	<0.01
	หลังการรักษา 12 เดือน	ก่อนการรักษา	33.167**	.381	<0.01
		หลังการรักษา 4 เดือน	15.967**	.425	<0.01
		หลังการรักษา 8 เดือน	3.500**	.486	<0.01

**p<0.01

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการรักษา
คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษา
เพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม
ในโรงพยาบาลกำแพงแสน ผู้ให้สุขศึกษา มีส่วน
สำคัญมากในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา จะต้องม
ีกระบวนการที่หลากหลาย มีความชัดเจนในการ
ให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย มีแบบแผนที่ดี จะ
นำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมีรายงานวิจัยอ้างอิงของ

สมพงษ์ หามวงศ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ⁽¹⁵⁾
ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาแบบผสมผสานทั้ง
การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอผ่าน
ตัวแบบด้านบวก รวมไปถึงการกำหนดการตรวจ
เยี่ยม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติ
ตนในการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมี
คุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้
อย่างมีความสุข และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก
ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

ทั้ง 3 รูปแบบ มีข้อดีและข้อเสียในการนำไปใช้ ดังนี้ 1) IKDC score หรือ International Knee Documentation Committee score ข้อดีของ IKDC score เป็นแบบประเมินที่ทันสมัยและครอบคลุมทุกรูปแบบของการบาดเจ็บหรือสภาพของข้อเข่า เช่น การบาดเจ็บในการขับซึ่รถจักรยานยนต์ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในการกีฬาหรือการผ่าตัดของข้อเข่า ช่วยให้แพทย์และผู้รับบริการทราบถึงรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย ระดับความปวดและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่กำลังฟื้นฟูหรือรักษาตนเองหลังจากการบาดเจ็บหรือผ่าตัดข้อเข่า ข้อเสียของ IKDC score: ในการใช้แบบประเมินจะขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม การประเมินด้วย IKDC score ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับบริการ ซึ่งอาจมีการคลาดเคลื่อนจากความรู้หรือความเข้าใจที่ไม่เต็มที่ ข้อจำกัดในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การให้คะแนนความปวดอาจมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้การประเมินไม่สามารถวัดความปวดที่แท้จริงได้⁽¹¹⁾ 2) WOMAC score (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) ข้อดีของ WOMAC Score มีความชัดเจนและง่ายต่อการ ใช้ สามารถบันทึกข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกาย การเปลี่ยนแปลงในระดับความปวด และการจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ข้อเสียของ WOMAC Score ขึ้นอยู่กับการรายงานของผู้ป่วย ต้องพึงพาการรายงานของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

ซึ่งอาจมีความผิดพลาดหรือความลำเอียง และ WOMAC Score จะมุ่งเน้นการวัดอาการทางร่างกายเท่านั้น และไม่ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย ในการใช้ WOMAC Score ต้องพิจารณาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประเมินโรคข้อเข่าหรือข้อสะโพก และควรผสมผสานกับข้อมูลอื่น ๆ ที่สามารถให้ภาพรวมที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย⁽¹²⁾ 3) OXFORD Knee Score ข้อดีของ OXFORD Knee Score เป็นเครื่องมือง่ายต่อการ ใช้และทำให้การติดตามเป็นไปได้ มีคำถามที่ชัดเจนและง่ายต่อการ ใช้ ทำให้เป็นเครื่องมือที่สะดวกในการประเมินผลของการผ่าตัดข้อเข่า ช่วยในการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด รวมถึงระดับความปวดและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเหมาะสำหรับการใช้ในงานวิจัยและทางคลินิก ข้อเสียของ OXFORD Knee Score ในการให้คะแนนจะต้องพึ่งพาการรายงานของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีความผิดพลาดหรือความลำเอียง และใช้ไม่ได้กับทุกรูปแบบของการผ่าตัด ขึ้นอยู่ในบริบทของการประเมินผลของการผ่าตัดข้อเข่า และไม่ได้ถูกออกแบบมาสำหรับการประเมินผลของทุกรูปแบบของการผ่าตัด ในการใช้ OXFORD Knee Score ควรพิจารณาในบริบทของผู้ป่วยและประเมินทุกด้านของสภาพการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลจากหลายแหล่งและคำปรึกษากับทีมแพทย์เพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย การใช้แบบประเมินทั้งสาม เพื่อช่วยให้ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำในทางคลินิกมากยิ่งขึ้นที่สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของโรคภายหลังให้การรักษา

โรคข้อเข่าเสื่อมไปแล้ว การใช้ทั้งสามแบบสอบถาม จะช่วยลดจุดด้อยบางอย่างของแบบสอบถาม แต่ละแบบ และเสริมความถูกต้องของข้อมูลในส่วนที่แบบสอบถามบางอย่างไม่สามารถเก็บ ข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคได้ครบถ้วน ในแบบสอบถามเพียงชุดเดียว⁽¹³⁾ ซึ่งผลการ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการประเมิน ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทั้ง 3 รูปแบบ ในระยะเวลาที่แตกต่างกันพบว่า คะแนนเฉลี่ย ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการประเมินความรุนแรง ของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะก่อนการรักษา และ หลังการรักษา 4 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาหลังการรักษา 8 เดือนและหลัง การรักษา 12 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยระดับความ รุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มทดลอง มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมในทางที่ดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง รายคู่ของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของ โรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มทดลองด้วยการประเมิน ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะเวลาที่ แตกต่างกัน โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า คะแนน เฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของ กลุ่มทดลองด้วยการประเมินความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีคะแนน เฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีแนวโน้มว่าเมื่อระยะเวลาหลังการให้สุขศึกษา

ความเจ็บปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงหรือไม่เจ็บปวดเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การให้ สุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง แก่คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม มีกระบวนการที่มีคุณภาพที่จะช่วยชะลอ การดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของฐิติพร คัมภีรานนท์⁽⁷⁾ ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรม สุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณหัวเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุวิมล รัตน์รอบรู้เจน⁽⁸⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการป้องกัน โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลคูเมือง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัด อุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่า การดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขศึกษาและการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถป้องกันโรคข้อเข่า เสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และชีวิต เมธาบุตร⁽⁹⁾ ได้ศึกษารูปแบบการจัดการ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอบางบาล จังหวัด นครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ผลการใช้รูปแบบ การดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบ ว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนน ความปวด ความผิดปกติ คะแนนรวมและคะแนน ระดับความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุป

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการให้สุขศึกษาแก่คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการให้สุขศึกษาจะต้องมีกระบวนการที่หลากหลาย มีความชัดเจน มีแบบแผนที่ดีเพื่อจะนำไปสู่ความสำเร็จและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา คนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงการดูแลคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมของคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีพฤติกรรมดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมของคนไข้

2. ควรมีการวิจัยโดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษา เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการดูแลตนเอง ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ทฤษฎีการควบคุมตนเอง เป็นต้น

3. ควรมีการประเมินผลความพึงพอใจต่อการรักษาคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีการให้สุขศึกษาเพื่อชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลกำแพงแสน ทั้งในส่วนของคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม และครอบครัวของคนไข้โรคข้อเข่าเสื่อม

4. ควรให้ความสำคัญในการให้สุขศึกษาถี่มากขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ไม่ว่าจะด้วยการนัดติดตามทุก 1 เดือน เพื่อพบแพทย์หรือการติดตามโดยช่องทางอื่น เช่น การโทรติดตาม ผล การใช้ช่องทางออนไลน์ในการติดต่อสื่อสารตามความถี่ที่เหมาะสม หรืออาจใช้กลไกอื่น เช่น ทีม อสม. ทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. อณิษฐา หาญภักดีนิยม. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. วารสารพุทธอาเซียนศึกษา 2563;5(1):55-70.
2. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. โรคข้อเข่าเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ม.ค. 2564]. เข้าถึงจาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf
3. Health Data Center, Ministry of Public Health. Screening report for osteoarthritis in the Elderly 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/>
4. ปองจิตร ภัทรนาวิก. พฤติกรรมการป้องกันข้อเข่าเสื่อมของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2549;24(2):71-81.
5. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hosp Q 2003;7(1):73-82.

6. Huber DL. Leadership and nursing care management. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2006.
7. จิตติพร คัมภีรานนท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
8. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2563;3(1):25-36.
9. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):969-85.
10. Cohen JA. Statistical power analysis [Internet]. 1992 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
11. Department of Health, Ministry of Public Health. Elderly health record. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2015.
12. Vilai Kuptniratsaikul, Manee Rattanachaiyanont. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Journal of Inflammation 2007;6(10):1641-46.
13. Higgins LD, Taylo MK, Park D, Ghodadra N, Marchant M, Pietrobon R, et al. Reliability and validity of the international knee documentation committee (IKDC) subjective knee form. Joint Bone Spine 2007;74(6):594-99.
14. Cabin RJ, Mitchell RJ. To Bonferroni or not to Bonferroni: when and how are the questions [Internet]. 2000 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235938841_To_Bonferroni_or_Not_to_Bonferroni_When_and_How_Are_the_Questions
15. สมพงษ์ หามวงศ์, พรณิษฐ์ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556;28(4):451-60.

Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension of Participant in Seafarer's Medical Fitness Examination

*Viritphon Kasemsuk, M.D., M.Sc.**

*Veranuch Chawakitchareon, M.D., M.Sc.***

*Siripa Tatsamee, B.N.S.**

Abstract

Background: Hypertension is one of the major health problems. In Thailand, there is tendency to continually increase the number of patients with high blood pressure. In offshore operations, seafarers required to undergo medical examinations. Hypertension and chronic diseases are factors that must be considered for their fitness for work.

Objective: To determine the prevalence and associated risk factors of hypertension of participant in seafarer's medical fitness examination.

Methods: The study design was a cross-sectional descriptive study. The study population were 1070 seafarers who came for medical fitness examination at private hospital, Bangkok from January 1 - December 31, 2022. Data were analyzed by descriptive statistics. The prevalence of hypertension was analyzed by proportion test and the associated factors were analyzed by multiple logistic regression.

Results: Prevalence of hypertension in seafarers who came for medical fitness examination was 23.83 percent (95% CI: 21.31 – 26.50). The highest prevalence of hypertension by age group were 35.35 percent (95% CI: 26.54 – 45.29) in the age over 50 years and by body mass index level were 42.26 percent (95% CI: 35.40 – 49.84) in Obesity class 2. The associated factors of hypertension in seafarers were age, BMI, and blood sugar.

Conclusion: Hypertension in seafarers' medical fitness examination is an important health issue. Therefore, planning for health promotion program should be focus on lifestyle modification and diet control for well-being of seafarers.

Keywords: prevalence; hypertension; seafarers; medical fitness examination

*Occupational health and Corporate check up department, Phyathai 1 Hospital

**Occupational Health Department, Klang Hospital, Bangkok Metropolitan Administration

Received: September 3, 2023; Revised: November 14, 2023; Accepted: December 18, 2023

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพ เพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ

วิวิธพล เกษมสุข, พ.บ., วท.ม.*

วีรณัฐ เชาวกิจเจริญ, พ.บ., วท.ม.**

สิริภา ทักมี, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยในประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในการปฏิบัติงานนอกชายฝั่ง การตรวจสุขภาพคนประจำเรือมีโรคความดันโลหิตสูงและโรคติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณาเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ จำนวน 1,070 คน ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา หาความชุกของความดันโลหิตสูงด้วย Proportion test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา ความชุกของความดันโลหิตสูงของผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือเท่ากับร้อยละ 23.83 (95% CI: 21.31 - 26.50) กลุ่มตัวอย่างที่มีความชุกของความดันโลหิตสูงมากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 35.35 (95% CI: 26.54 - 45.29) และดัชนีมวลกายโรคอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 42.26 (95% CI: 35.40 - 49.84) ตามลำดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในคนประจำเรือ ได้แก่ อายุ ระดับดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

สรุป ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือเป็นประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญ ดังนั้นการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพ ควรเน้นที่การให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมอาหาร เพื่อให้คนประจำเรือมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ : ความชุก; ความดันโลหิตสูง; คนประจำเรือ; การตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน

*ศูนย์อาชีวอนามัยและแผนกตรวจสุขภาพลูกค้าบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 1

**กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ได้รับต้นฉบับ: 3 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 14 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 18 ธันวาคม 2566

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องพึ่งพิงการส่งออกเพิ่มมากขึ้นจากในอดีตที่ผ่านมา โดยในช่วงการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) นั้น ประเทศไทยมีมูลค่าการส่งออกสินค้าของไทยกับประเทศทั่วโลกขยายตัวเฉลี่ยไม่น้อยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี เป็นศูนย์กลางการค้าและยุทธศาสตร์ทางโลจิสติกส์ที่สำคัญของภูมิภาค ซึ่งการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศที่เป็นรูปแบบการขนส่งหลักของโลกและประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านปริมาณหรือด้านมูลค่าต่างก็ต้องพึ่งพิงการขนส่งทางเรือระหว่างประเทศเป็นหลัก ดังนั้นอุตสาหกรรมการพาณิชย์นาวี (Maritime industry) จึงมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจและการค้าของประเทศเป็นอย่างยิ่ง จึงต้องขับเคลื่อนด้วยแรงงานทางทะเลหรือคนประจำเรือ (Seafarer) ซึ่งมีหน้าที่ต้องทำงานบนเรือสินค้า เรือเดินสมุทร และทำงานบนแท่นขุดเจาะนอกชายฝั่ง (Offshore) เป็นต้น โดยผู้ประกอบการเหล่านี้มีลักษณะการทำงานที่มีความเสี่ยงสูงทั้งปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลและความปลอดภัยในการทำงาน⁽¹⁾ อันเนื่องมาจากลักษณะงานและการอยู่อาศัยในเรือที่มีความจำกัดหลายประการ เช่น ลักษณะงานที่เสี่ยงในเรืออุบัติเหตุและความปลอดภัย มีความตึงเครียดสูง⁽²⁾ มีการทำงานเป็นกะ (Shift work) ที่ต้องแบ่งช่วงเวลาและสลับเวลาในการดูแลงานหรือรับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลเสียต่อสุขภาพในเรื่องของทั้งการกินและนอนไม่เป็นเวลา อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความแปรปรวน มีข้อจำกัด

ในการออกกำลังกายและการควบคุมประเภทอาหารที่ได้รับ⁽³⁾ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCDs) ตามมา⁽⁴⁾

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปัจจุบันความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรส่วนใหญ่ โดยพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้และยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นอันตรายอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ต้องปฏิบัติงานนอกชายฝั่งหรือคนประจำเรือ⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนถึง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นโดยโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีการดำเนินไปของโรคได้นานหลายปีโดยไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตามแม้จะไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 - 95⁽⁷⁾ ไม่สามารถตรวจหาสาเหตุที่ชัดเจนได้ แต่ก็ยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่มากขึ้นความเสี่ยงในการเป็น

โรคความดันโลหิตสูงจะสูงมากขึ้น⁽⁸⁾ เชื้อชาติที่แตกต่างกันมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตไม่เท่ากัน ปัจจัยทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วนหรือการมีน้ำหนักเกิน⁽⁹⁾ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

การปฏิบัติงานนอกชายฝั่งนั้น ผู้ที่จะทำงานเป็นคนประจำเรือจะต้องมีตรวจประเมินความพร้อมในการทำงาน หรือเรียกว่า Fitness for Work Examination ที่เป็นไปตามมาตรฐานข้อกำหนดของอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการฝึกอบรม การออกประกาศนียบัตร และการเข้ายามสำหรับคนประจำเรือ (STCW) ขององค์การทางทะเลระหว่างประเทศ⁽¹⁰⁾ และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขว่าด้วยใบรับรองแพทย์ของคนประจำเรือ เพื่อแสดงว่ามีความพร้อมด้านสุขภาพในการทำงานบนเรือของประเทศไทย⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้เข้ารับการตรวจนั้นจะต้องประเมินสภาวะทางสุขภาพสมรรถภาพทางร่างกายและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเป้าหมายคือเพื่อประเมินว่าผู้ปฏิบัติงานนั้นจะพร้อมที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และหน้าที่ในภาวะฉุกเฉินได้จึงจะสามารถออกใบรับรองแพทย์เพื่อปฏิบัติงาน ทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งที่แพทย์ต้องพิจารณาในการตรวจสุขภาพคือการประเมินความดันโลหิตและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานของคนประจำเรือ⁽¹²⁻¹³⁾

การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาของ Tu M. (2016) ในกลุ่มคนประจำเรือของประเทศเดนมาร์กผลการศึกษาพบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงของคนประจำเรือเท่ากับร้อยละ

44.7 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ทำงานบนฝั่งและสามารถกำหนดให้โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของคนประจำเรือของประเทศที่ต้องมีมาตรการในการดูแลและส่งเสริมป้องกันโรคต่อไป⁽¹⁴⁾ การศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาของแจ่มจันทร์ (2018) ศึกษาความชุกของความดันโลหิตของกองพลประจำเรือของกองทัพเรือ⁽¹⁵⁾ ซึ่งนอกจากการศึกษานี้แล้วการศึกษาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในคนประจำเรือ (Seafarer) ในภาคเอกชนและพาณิชย์นาวีในประเทศไทยนั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อตระหนักถึงความสำคัญและขนาดของปัญหาของความดันโลหิตสูงในคนประจำเรือ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาการตรวจสุขภาพให้แก่คนทำงานประจำเรือต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากผลการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือที่แผนกตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครในช่วงระหว่าง

1 มกราคม – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งจะเก็บในระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือที่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ แผนกตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่าง 1 มกราคม – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ที่เข้ากับกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ โดยไม่ได้ทำการสุ่ม ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้เข้ารับบริการที่มาตรวจสุขภาพแผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครในช่วง 1 เมษายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2565 (จำนวน 1,140 คน)

เกณฑ์การคัดออก คือผู้เข้ารับบริการมีข้อมูลสำคัญในการศึกษาไม่ครบถ้วน (จำนวน 70 คน) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวนทั้งสิ้น 1,070 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ตำแหน่งงาน ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ระดับไขมัน Triglycerides ระดับไขมัน HDL Cholesterol ระดับไขมัน LDL Cholesterol และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) โดยในการศึกษานี้กำหนดนิยามของความดันโลหิตสูงหมายถึงผู้ที่เข้าเกณฑ์ 1 ใน 2 ข้อต่อไปนี้

1. ผู้ที่เคยมีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์

2. ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ≥ 90 มม.ปรอทและวัดซ้ำหลังนั่งพัก 15 นาที⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่แจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การคำนวณหาความชุกของความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ Proportion test โดยคำนวณจากสูตรความชุก (prevalence) $= (X/Y) * 100$ โดย X คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงตามนิยาม Y คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แสดงค่าความชุกด้วยร้อยละและ 95% CI โดยคำนวณความชุกของความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างและความชุกของความดันโลหิตสูงจำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มอายุ ระดับดัชนีมวลกาย และตำแหน่งงาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความดันโลหิตสูงและปัจจัยต่าง ๆ มาวิเคราะห์ Bivariate analysis สำหรับข้อมูลปัจจัยเชิงคุณภาพทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test และหาขนาดความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Binary logistic regression แสดงค่า Crude Odds ratio และ 95% CI จากนั้นนำปัจจัยที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาวิเคราะห์ Multivariable analysis

ต่อด้วยสถิติ Multiple logistic regression ในการศึกษานี้ใช้การคัดเลือกแบบ Enter โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือโรงพยาบาลพญาไท-เปาโล เลขที่เอกสารรับรอง IRB No.006-2566 วันที่รับรอง 3 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

จากข้อมูลลักษณะของกลุ่มเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 36.37 ปี

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.11) ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ ไม่เกิน 30 ปี จำนวน 346 คน (ร้อยละ 32.34) โดยมีอายุน้อยที่สุดอายุ 18 ปีและมากที่สุดอายุ 63 ปี ระดับดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 391 คน (ร้อยละ 36.54) โดยค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.84 กก./ม² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าระดับไขมันรวม (Total cholesterol) ส่วนมากผิดปกติ จำนวน 628 คน (ร้อยละ 58.69) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 806 คน (ร้อยละ 75.33) ส่วนปัจจัยด้านการทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากทำงานในแผนกเดินเรือ (Deck Department) จำนวน 501 คน (ร้อยละ 46.82) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,070	100.00
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 30	346	32.34
31 – 40	321	30.00
41 – 50	304	28.41
มากกว่า 50	99	9.25
อายุเฉลี่ย 36.37 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.11)		
อายุน้อยที่สุด 18 ปี, อายุมากที่สุด 63 ปี		
ระดับดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อย (< 18.50 กก./ม ²)	27	2.52
น้ำหนักปกติ (18.50 – 22.99 กก./ม ²)	260	24.30
น้ำหนักเกิน (23.00 – 24.99 กก./ม ²)	213	19.91
อ้วนระดับที่ 1 (25.00 – 29.99 กก./ม ²)	391	36.54
อ้วนระดับที่ 2 (ตั้งแต่ 30.00 กก./ม ²)	179	16.73

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย 25.84 กก./ม ² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39)		
ระดับไขมันคอเลสเตอรอล รวม (Total cholesterol)		
ปกติ	442	41.31
ผิดปกติ (≥ 200 มก./ดล.)	628	58.69
ระดับไขมัน Triglycerides		
ปกติ	750	70.09
ผิดปกติ (≥ 150 มก./ดล.)	320	29.91
ระดับไขมัน HDL Cholesterol		
ปกติ	867	81.03
ผิดปกติ (ชาย < 40 มก./ดล.)	203	18.97
ระดับไขมัน LDL Cholesterol		
ปกติ	96	8.97
ผิดปกติ (> 100 มก./ดล.)	974	91.03
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร		
ปกติ (< 100 มก./ดล.)	806	75.33
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (100 - 125 มก./ดล.)	223	20.84
เบาหวาน (ตั้งแต่ 126 มก./ดล.)	41	3.83
ตำแหน่งงาน		
แผนกเดินเรือ (Deck Department)	501	46.82
แผนกช่างกลเรือ (Engine Department)	462	43.18
แผนกห้องครัว (Catering Department)	107	10.00

สำหรับความชุกของความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ จำนวน 1,070 คน มีผู้เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 255 คน ดังนั้นความชุกของความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 23.83 (95%CI: 21.31 – 26.50)

โดยเมื่อวิเคราะห์ความชุกของความดันโลหิตสูงจำแนกตามอายุ พบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ โดยความชุกของความดันโลหิตสูงมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 35 คนจากทั้งหมด 99 คนคิดเป็นความชุก ร้อยละ 35.35 (95% CI: 26.54 – 45.29) ดังตาราง 2 และแผนภูมิ 1

ตาราง 2 แสดงความชุกของความดันโลหิตสูงแยกตามอายุ

กลุ่มอายุ	ความดันโลหิตสูง (คน)	จำนวนคนทั้งหมด (คน)	ความชุกของ ความดันโลหิตสูง	95% CI
ไม่เกิน 30 ปี	56	346	16.18	12.66 – 20.46
31 – 40 ปี	58	321	18.07	14.22 – 22.68
41 – 50 ปี	106	304	34.87	29.71 – 40.42
มากกว่า 50 ปี	35	99	35.35	26.54 – 45.29

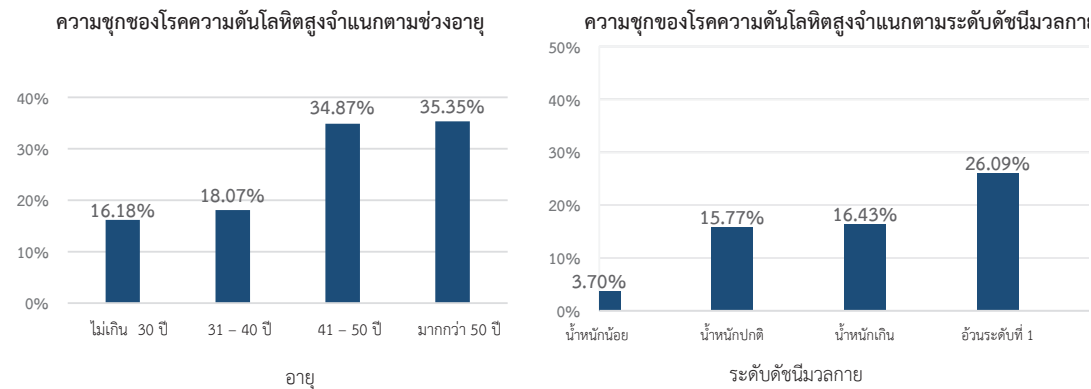
CI, confidence interval

และเมื่อวิเคราะห์ความชุกของความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย พบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามระดับดัชนีมวลกาย โดยความชุกของความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 76 คน จากทั้งหมด 179 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 42.46 (95% CI: 35.40 – 49.84) ดังตาราง 3 และแผนภูมิ 1

ตาราง 3 แสดงความชุกของความดันโลหิตสูงแยกตามระดับดัชนีมวลกาย

ระดับดัชนีมวลกาย	ความดันโลหิตสูง	จำนวนคนทั้งหมด	ความชุกของ ความดันโลหิตสูง	95% CI
น้ำหนักน้อย	1	27	3.70	0.50 – 22.79
น้ำหนักปกติ	41	260	15.77	11.82 – 20.74
น้ำหนักเกิน	35	213	16.43	12.02 – 22.05
โรคอ้วนระดับที่ 1	102	391	26.09	21.96 – 30.68
โรคอ้วนระดับที่ 2	76	179	42.46	35.40 – 49.84

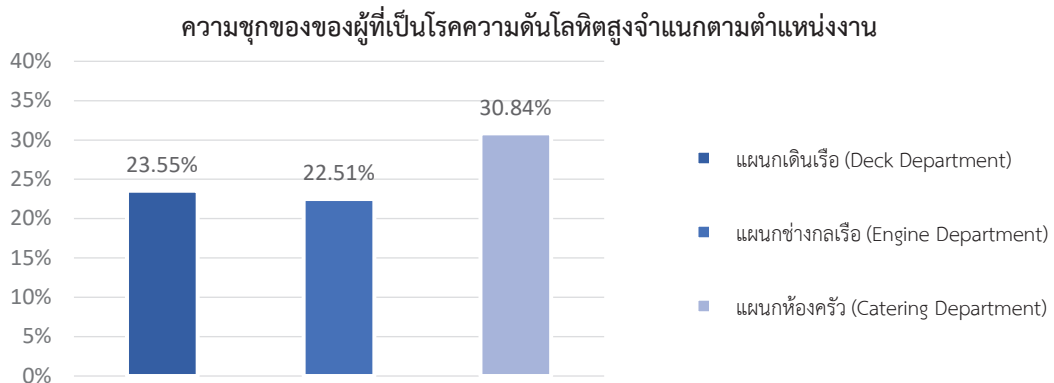
CI, confidence interval



แผนภูมิ 1 แสดงความชุกของความดันโลหิตสูงจำแนกตามอายุและระดับดัชนีมวลกาย

เมื่อวิเคราะห์ความชุกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง จำแนกตามตำแหน่งงานพบว่ามีความดันโลหิตสูงเรียงลำดับจากแผนกที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ แผนกห้องครัว (Catering Department) จำนวน 33 คนจาก 107 คน คิดเป็น

ร้อยละ 30.84 แผนกเดินเรือ (Deck Department) จำนวน 118 คน จาก 501 คน (ร้อยละ 23.55) และแผนกช่างกลเรือ (Engine Department) จำนวน 104 คน จาก 462 คน (ร้อยละ 22.51) ตามลำดับ



แผนภูมิ 2 แสดงความชุกของความดันโลหิตสูงแยกตำแหน่งงาน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ Bivariate analysis

จากการวิเคราะห์ Bivariate analysis ด้วยสถิติ Pearson's Chi-square test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้รับบริการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือ ได้แก่ อายุ ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับดัชนีมวลกาย ($p\text{-value} < 0.001$) ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ($p\text{-value} = 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตาราง 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ

Multiple logistic regression

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ มาร่วมวิเคราะห์ Multivariable analysis ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Enter โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงในผู้รับบริการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

กลุ่มอายุ 41 - 50 ปี และ มากกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 2.02 และ 2.15 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี (95% CI: 1.35 - 3.02 และ 95%CI: 1.25 - 3.68) ตามลำดับ

ระดับดัชนีมวลกายในระดับอ้วนระดับ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และเบาหวานมีโอกาสเกิด ที่ 1 และอ้วนระดับที่ 2 มีโอกาสเกิดความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงเป็น 1.84 และ 3.27 เท่า เมื่อ สูงเป็น 1.54 และ 3.46 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ เปรียบเทียบกับกลุ่มระดับน้ำตาลในเลือดขณะ กลุ่มระดับดัชนีมวลกายน้ำหนักปกติ (95% CI: อดอาหารปกติ (95% CI: 1.29 – 2.60 และ 1.01 - 2.35 และ 95%CI: 2.16 - 5.53) ตามลำดับ 95%CI: 1.66 - 6.49) ตามลำดับ โดยพบว่า และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร พบว่า ตำแหน่งการทำงานไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ดังตาราง 5

ตาราง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง โดยวิเคราะห์แบบ Bivariate analysis

ปัจจัย	ความดันโลหิตสูง		p-value
	เป็น จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็น จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			< 0.001*
ไม่เกิน 30 ปี	56 (16.18)	290 (83.82)	
31 - 40 ปี	58 (18.07)	263 (81.93)	
41 - 50 ปี	106 (34.87)	198 (65.13)	
มากกว่า 50 ปี	35 (35.35)	64 (64.65)	
ระดับดัชนีมวลกาย			< 0.001*
น้ำหนักน้อย	1 (3.70)	26 (96.30)	
น้ำหนักปกติ	41 (15.77)	219 (84.23)	
น้ำหนักเกิน	35 (16.43)	178 (83.57)	
อ้วนระดับที่ 1	102 (26.09)	289 (73.91)	
อ้วนระดับที่ 2	76 (42.46)	103 (57.54)	
ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)			0.001*
ปกติ	82 (18.55)	360 (81.45)	
ผิดปกติ (≥ 200 มก./ดล.)	173 (27.55)	455 (72.45)	
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)			< 0.001*
ปกติ	151 (18.73)	655 (81.27)	
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	82 (36.77)	141 (63.23)	
เบาหวาน	22 (53.66)	19 (46.34)	
ตำแหน่งงาน			0.186
แผนกเดินเรือ (Deck Department)	118 (23.55)	383 (76.54)	
แผนกช่างกลเรือ (Engine Department)	104 (22.51)	358 (77.49)	
แผนกห้องครัว (Catering Department)	33 (30.84)	74 (69.16)	

CI, confidence interval

ตาราง 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Crude Odds ratio (95% CI)	Adjusted Odds ratio (95% CI)
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	1.00	1.00
31 – 40 ปี	1.14 (0.76 – 1.71)	0.86 (0.56 – 1.31)
41 – 50 ปี	2.77 (1.91 – 4.02)	2.02 (1.35 – 3.02)
มากกว่า 50 ปี	2.83 (1.71 – 4.67)	2.15 (1.25 – 3.68)
ระดับดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อย	0.21 (0.03 – 1.56)	0.22 (0.03 – 1.74)
น้ำหนักปกติ	1.00	1.00
น้ำหนักเกิน	1.05 (0.64 – 1.72)	0.96 (0.58 – 1.59)
อ้วนระดับที่ 1	1.88 (1.26 – 2.82)	1.54 (1.01 – 2.35)
อ้วนระดับที่ 2	3.94 (2.52 – 6.16)	3.46 (2.16 – 5.53)
ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)		
ปกติ	1.00	1.00
ผิดปกติ (≥ 200 มก./ดล.)	1.67 (1.24 – 2.25)	1.36 (0.99 – 1.87)
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS)		
ปกติ	1.00	1.00
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	2.52 (1.82 – 3.49)	1.84 (1.29 – 2.60)
เบาหวาน	5.02 (2.65 – 9.51)	3.27 (1.66 – 6.49)
ตำแหน่งงาน		
แผนกเดินเรือ (Deck Department)	1.00	1.00
แผนกช่างกลเรือ (Engine Department)	0.94 (0.70 – 1.27)	0.94 (0.68 – 1.29)
แผนกห้องครัว (Catering Department)	1.48 (0.91 – 2.29)	1.22 (0.74 – 2.03)

CI, confidence interval

วิจารณ์

ความชุกของความดันโลหิตสูงในคนประจำเรือของการศึกษานี้ สอดคล้องกับความชุกของความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยที่มีความชุกเท่ากับร้อยละ 25.4 และความชุกของความดันโลหิตสูงเพศชายเท่ากับ ร้อยละ 26.7 ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงและพบว่าความชุกต่ำสุดอยู่ใน

กลุ่มอายุ 15-29 ปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามช่วงอายุเช่นเดียวกัน⁽⁶⁾ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในคนประจำเรือในต่างประเทศพบว่ามีความชุกสูงกว่าการศึกษารังนี้ เช่นการศึกษาของ Tu M. (2016) ในคนประจำเรือประเทศเดนมาร์ก⁽¹⁴⁾ และการศึกษาในคนทำงานประมงของ Pougnet R. (2013)⁽¹⁶⁾ และเช่นเดียวกับ

การศึกษาในกองพลประจำเรือของกองทัพเรือประเทศไทยของแจ่มจันทร์ (2018) ที่พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 31.2⁽¹⁵⁾ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพศชายทั้งหมด และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่พบว่าในการศึกษานี้ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุไม่เกิน 30 ปี แต่การศึกษาในกองพลประจำเรือกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 31 - 40 ปี ถึงร้อยละ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจึงอาจทำให้ความชุกของการศึกษาในกองพลประจำเรือพบสูงกว่าได้ รวมถึงในการศึกษานี้ทำการศึกษาในคนประจำเรือซึ่งมาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จึงมีผู้มาตรวจสุขภาพคนประจำเรือจากภาคเอกชนและพาณิชย์ นววิร่วมด้วยแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งทำในกองพลประจำเรือของกองทัพเรือ การประเมินความพร้อมก่อนเข้าทำงานนั้นจะต้องประเมินสภาวะทางสุขภาพและสมรรถภาพทางร่างกายผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรฐานข้อกำหนดของอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการฝึกอบรม การออกประกาศนียบัตร และการเข้ายามสำหรับคนประจำเรือ (STCW) ขององค์การทางทะเลระหว่างประเทศ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพจึงดูแลสุขภาพให้มีสภาวะสุขภาพเหมาะสมกับการทำงานเพื่อที่จะสามารถประกอบอาชีพได้

ปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงในคนประจำเรือ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร สำหรับปัจจัยด้านอายุพบว่ากลุ่มอายุ 41 - 50 ปีและ มากกว่า 50 ปี มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 2.02 และ 2.15 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุไม่เกิน 30 ปี (95% CI: 1.35 - 3.02 และ 95% CI: 1.25 - 3.68)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าอายุที่มากขึ้นความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงจะสูงมากขึ้นเช่นกัน^(6,8,15,17) ปัจจัยด้านระดับดัชนีมวลกายพบว่า ระดับดัชนีมวลกายอ้วนระดับที่ 1 และอ้วนระดับที่ 2 มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 1.54 และ 3.46 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มระดับดัชนีมวลกายน้ำหนักปกติ (95% CI: 1.01 - 2.35 และ 95% CI: 2.16 - 5.53) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(9,15,17) ทั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในคนประจำเรือของการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 53.27 ซึ่งสูงกว่าภาวะอ้วนในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพศชายที่มีความชุกร้อยละ 37.8⁽⁶⁾ โดยสูงกว่าประชาชนไทยทั่วไปถึงร้อยละ 15.47 และสำหรับปัจจัยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงพบมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และเบาหวานมีโอกาสดังกล่าวเกิดความดันโลหิตสูงเป็น 1.84 และ 3.27 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารปกติ (95% CI: 1.29 - 2.60 และ 95% CI: 1.66 - 6.49) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้อายุ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รอบเอว และระดับไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตัน⁽¹⁸⁾ ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่ควรต้องตระหนักร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงโดยเฉพาะในผู้ปฏิบัติงานคนประจำเรือ เนื่องจากมีระยะเวลาทำงานบนเรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขเมื่อต้องออกไปปฏิบัติงาน⁽¹²⁾

เป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใน พ.ศ. 2568 ซึ่งกำหนดเป้าหมายของความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทยของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปลดลงร้อยละ 25⁽¹⁹⁾ รวมถึงจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนถึง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽⁶⁾ ดังนั้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อพบว่าผู้มารับบริการตรวจสุขภาพแล้วมีความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มการยืนยันการวินิจฉัยและรักษา เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป⁽¹⁹⁾ และนอกจากการยืนยันการวินิจฉัยแล้ว การวางแผนสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นประเด็นสำคัญที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาวะที่ดี

จุดเด่นของการวิจัยเป็นงานวิจัยแรก ๆ ในประเทศไทยที่มีการศึกษาในคนประจำเรือที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงาน โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึง 1,070 คน และมีข้อมูลตำแหน่งการทำงานใน 3 ตำแหน่งหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่ แผนกเดินเรือ แผนกช่างกลเรือ และแผนกห้องครัว

ข้อจำกัดของการวิจัยรูปแบบการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการตรวจสุขภาพ รวมไปถึงจำนวนของข้อมูลยังเป็นสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับข้อมูลของ

คนประจำเรือในประเทศไทยจึงทำให้มีข้อจำกัดเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลจากเวชระเบียนและสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และขนาดของปัญหาได้ แต่ไม่สามารถบอกถึงความ เป็นเหตุเป็นผลได้

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาในรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า ซึ่งจะสามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรต่าง ๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น รวมถึงศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มคนประจำเรือ และอาจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป เช่น CV risk score หรืออาจทำการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานนอกชายฝั่งและเปรียบเทียบผลการศึกษาต่อไป

สรุป

ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มาตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความพร้อมในการทำงานคนประจำเรือเป็นประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ดังนั้นสร้างเสริมสุขภาพ ควรเน้นที่การให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ และการควบคุมอาหาร เพื่อให้คนประจำเรือมีสุขภาวะที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับ

ความอันตรายและสนับสนุนเป็นอย่างดีถึง แพทย์ในการดำเนินงานวิจัยและ พว.เบญจวรรณ จาก นพ.อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย ผู้อำนวยการ สุขเรือน ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล พญาไท 1 รวมถึง นพ.วิวัฒน์ สยมภู พญาไท 1 ที่กรุณาสนับสนุนงานวิจัย มอบหมาย รุจิพันธ์ ผู้อำนวยการแพทย์ โรงพยาบาลพญาไท 1 ที่ปรึกษา ตลอดจนช่วยติดตามความคืบหน้าและ ที่อันตรายให้เก็บข้อมูลและให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ádám B, Rasmussen HB, Pedersen RNF, Jepsen JR. Occupational accidents in the Danish merchant fleet and the nationality of seafarers. J Occup Med Toxicol 2014;9(1):35.
2. Lefkowitz RY, Slade MD. Seafarer mental health study final report, October 2019. London: ITF House; 2019.
3. Oldenburg M. Risk of cardiovascular diseases in seafarers. Int Marit Health 2014;65(2):53-7.
4. Hoeyer JL, Hansen HL. Obesity among Danish seafarers. Int Marit Health 2005;56(1-4):48-55.
5. Jepsen JR, Rasmussen HB. The metabolic syndrome among Danish seafarers: a follow-up study. Int Marit Health 2016;67(3):129-36.
6. วิชัย เอกพลากร, หทัยรัตน์ พรระจเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
7. Kannel WB. Fifty years of Framingham Study contributions to understanding hypertension. J Hum Hypertens 2000;14(2):83-90.
8. Singh S, Shankar R, Singh GP. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban Varanasi. Int J Hypertens 2017;2017:5491838.
9. Nguyen T, Lau DCW. The obesity epidemic and its impact on hypertension. Can J Cardiol 2012;28(3):326-33.
10. International maritime organization. International convention on standards of training, certification and watchkeeping for seafarers (STCW) [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://www.imo.org/en/ourwork/humanelement/pages/stcw-conv-link.aspx>
11. Ministry of public health, Thailand. Announcement of the ministry of public health on criteria, methods and conditions governing medical certificates of seafarers indicating the health preparedness for onboard operation [Internet]. [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.imsasth.com/home/detail/34/?sID=34>.

12. Thomas D. 7 diseases/disorders seafarers should be aware of [Internet]. 2019 [cited 2022 June 7]. Available from: <https://www.marineinsight.com/marine-safety/7-dangerous-diseasesdisorders-seafarers-should-be-aware-of/>.
13. International Labour Office. Guidelines on the medical examinations of seafarers. Geneva: ILO; 2013.
14. Tu M, Jepsen J. Hypertension among Danish seafarers. International maritime health 2016;67(4):196-204.
15. แจ่มจันทร์ จันทรแจ่ม, พรชัย สิทธิศรีณกุล, เสฏฐศิริ แสงสุวรรณ. การเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกำลังพลประจำเรือและกำลังพลหน่วยบกของกองทัพเรือ. วารสารแพทยนาวิ 2561;45(1):154-69.
16. Pougnet R, Pougnet L, Loddé B, Canals-Pol M, Jegaden D, Lucas D, et al. Cardiovascular risk factors in seamen and fishermen: review of literature. Int Marit Health 2013;(3):107-13.
17. Poorolajal J, Farbaksh F, Mahjub H, Bidarafsh A, Babae E. How much excess body weight, blood sugar, or age can double the risk of hypertension? Public Health 2016;133:14-8.
18. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Thai CV risk score [Internet]. 2015 [cited 2022 June 7]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/.
19. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.

The Result from Development of Medication Management System in Palliative Care Program in End Stage of Cancer Patients in Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

*Siriwan Chumcharoensuk, Pharm.D, M.pharm.**

Abstract

Objective: Descriptive prospective design, the purpose of this research was study the result from development of Medication Management System in Palliative Care Program in end stage of cancer patients in Samphran hospital.

Methods: A sample of patients with inpatient end stage cancer in the palliative care ward was selected using purposive sampling of Palliative Performance scale was $\leq 50\%$ included 54 cases. The data was conducted from 1st April 2023 to 31st August 2023.

Results: The sample group was male 24 cases (44%) and female 30 cases (55%). We found that most of age between 60-69 years old. Most of the studied subjects were advance stage lung cancer 12 patients 22.22%. The initial symptoms that led to the treatment in palliative program were dyspnea & fatigue (Mdn=8, IQR=0-10), pain (Mdn=6, IQR=0-10). After receiving interventions from the palliative care program, the post-treatment follow-up revealed significantly decreased severity of all symptoms ($p < 0.05$). Forty-six patients (85.2%) were accessed to strong opioids. The drug related problems (DRPs) before medication Management System were found 54 cases (92 problems) respectively with the average 1.7 times per patient and DRPs after medication Management System were found 10 case (15 problems) respectively with the average 0.4 times per patient. The DRPs after medication Management System was significantly improved. Pharmacists's recommendations were received 49 cases (90.7%) with all recommendation acceptance, 5 cases with partial acceptance and 0 case no recommendation acceptance.

Conclusion: The results of this study was medication management system is important to treatment or care patients for efficacy and quality care and treatment outcome in hospital. The pharmacist's role is continuous review of patient's medications and ongoing contact with the interdisciplinary team. It is essential to minimizing medication-related problems and improving outcomes and efficacy. It is intended to improved quality of life of the end-stage of cancer patients and family.

Keywords: Palliative care; End stage of cancer patient; Medication Management System; Drug related problems; DRPs

*Samphran Hospital, Nakhon Pathom Province

Received: September 10, 2023; Revised: November 29, 2023; Accepted: December 22, 2023

ผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ศิริวรรณ ชุ่มเจริญสุข, ภ.บ., ภ.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study) ครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพราน

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มี Palliative Performance scale (PPS) น้อยกว่า 50 จำนวน 54 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 24 ราย (ร้อยละ 44.45) และเพศหญิง 30 ราย (ร้อยละ 55.55) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.22)

อาการของผู้ป่วยระยะท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย (Mdn=0, IQR=0-10), รองลงมาคือ อาการปวด (Mdn=6, IQR=0-10 หลังจากผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้ามารับการรักษาพบว่า อาการรบกวนทั้งหมดลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ($p<0.05$) ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.2 ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการจัดการด้านยา จำนวน 54 ราย จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 ปัญหาต่อคน) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการจัดการด้านยา จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 ปัญหาต่อคน) เปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept)

สรุป: ระบบการจัดการด้านยาหรือระบบยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้การรักษหรือการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรในฐานะผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านยาและมีความเข้าใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรเป็นกลไกสำคัญในพัฒนาระบบการจัดการด้านยาก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดเป้าหมายเดียวกันกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

คำสำคัญ : การรักษาแบบประคับประคอง; ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย; ระบบการจัดการด้านยา; ปัญหาที่เกี่ยวกับยา

*โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

ได้รับต้นฉบับ: 10 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 29 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 22 ธันวาคม 2566

บทนำ

ปัจจุบันงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับความสนใจอย่างมากเนื่องจากทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น โดยพบว่ามีประมาณ 40 ล้านคนทั่วโลก แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการเข้าถึงการรักษาอาการปวดด้วยกลุ่มยา Opioids ของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอทั้งนี้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขานี้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ เภสัชกรก็เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จากการสำรวจพบว่ามีเภสัชกรเป็นคณะกรรมการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร้อยละ 82.83⁽¹⁾ ในปี 2564 ได้มีการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศไทย โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย⁽²⁾ พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 โดยกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับดังนั้นการพัฒนาการตรวจกรองและพัฒนาระบบ palliative care approach ในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการดูแลประคับประคองได้มากขึ้น⁽²⁾

เภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญไม่เพียงแต่การบริหารทางเภสัชกรรมเท่านั้นแต่เป็นการดูแลตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตั้งแต่การคัดเลือกรายการยาที่จำเป็น การดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนถึง

การดูแลที่บ้าน การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทั้งในรายบุคคลเชิงระบบและสร้างระบบการจัดการด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่เหลืออยู่ ลดอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ สามารถเข้าถึงการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในทีมสหวิชาชีพหลักสำคัญ คือ 1) ดูแลผู้ป่วยโดยตรงในเรื่องของการจัดการอาการรบกวนให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย 2) บริหารจัดการด้านยา (Medication therapy management) ไม่ว่าจะเป็นจัดหายาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ทำการทบทวนประสานรายการยา (Medication reconciliation; MR) ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การเก็บรักษายากับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

จากการรูปแบบการบริการด้านยาในการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสามพราน พบว่า มีรอบยาจำเป็นในบัญชีตามกรอบของจังหวัด มีการบริหารทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยใน ยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 100 และมีการเขียนปรึกษาแพทย์บนเวชระเบียนยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน การติดตามการใช้ยายังไม่สมบูรณ์ ขาดการรายงานปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problem; DRPs) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ขาดการรายงานอาการความทุกข์ทรมาน Edmonton Symptoms Assessment (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อัตราการเข้าถึง opioids ขาดรูปแบบการจัดการด้านยาที่ชัดเจน ข้อมูลโรงพยาบาลสามพรานเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 136 เตียง มีขอบเขตความรับผิดชอบงาน

ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งผู้ป่วยมะเร็ง และโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง รวมผู้ป่วยที่มีการ รับกลับจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและแพทย์ ผู้ดูแลสาขาหลักของโรงพยาบาลสามพรานเป็นผู้ พิจารณารักษาแบบประคับประคอง

จากการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การวาง ระบบที่ชัดเจนในการจัดการด้านยาเพื่อการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นจะสามารถช่วยให้ ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างเหมาะสม มีการดูแลที่ต่อเนื่อง และปลอดภัยจากการใช้ยา บรรลุวัตถุประสงค์ ของการรักษา คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการ เกิดอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับ ประคองในโรงพยาบาลสามพราน เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้ ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาอาการความทุกข์ทรมาน ก่อนและหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้า รับการดูแลแบบประคับประคอง
3. เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้ บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study)

ระยะเวลาการวิจัย

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลที่ได้รับการดูแลแบบประคับ ประคองของโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการ รักษาในโรงพยาบาลสามพรานโดยแพทย์เจ้าของ ใช้พิจารณาว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ ประคับประคอง

- ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance scale: PPS) คัดเลือกเฉพาะ ผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระดับ PPS < 50%

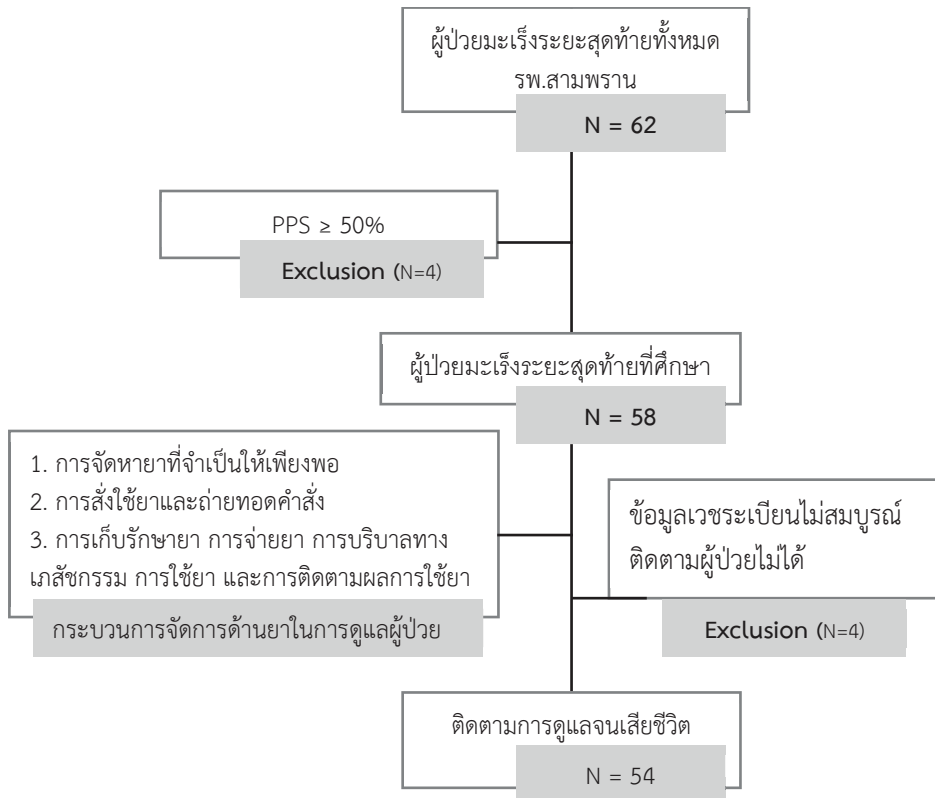
- ยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัยตลอดระยะเวลา ที่ทำการรักษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยหรือญาติยุติการรักษาแบบ ประคับประคอง และไม่ต้องการตอบคำถามจาก การสอบถามหรือสัมภาษณ์อาการระหว่าง การให้บริบาลทางเภสัชกรรม

การสุ่มตัวอย่าง
การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัว
อย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
ตามเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการ

รักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการดูแลแบบประคับ
ประคองของโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกร
ทั้งหมด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ลักษณะครอบครัว สิทธิการรักษา โรคประจำตัว
ชนิดของมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นส่วนเติมเต็มข้อมูลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลหลักเป็น
ผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความความ
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โดยใช้เครื่องมือ Palliative Performance Scale
version 2 ฉบับภาษาไทย⁽⁶⁻⁷⁾ โดยมีการประเมิน

5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรม
และการดำเนินโรค การดูแลตนเอง การรับ
ประทานอาหาร และระดับการรู้สึกตัว วิธีการวัด
และการแปลผลของแบบสอบถาม ดังนี้

1. เริ่มประเมินโดยอ่านตารางใน
แนวนอน ไล่จากซ้ายไปขวา (จากการเคลื่อนไหว
ไปจนถึงระดับความรู้สึกตัว

2. คะแนนจากการเคลื่อนไหวจะเป็นตัว
กำหนดว่า ไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไป
สูงขึ้นกว่านี้ได้

3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางได้ จะให้เป็นระดับใดขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาที่ประเมินมากที่สุด

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีตั้งแต่ 0 ถึง 100%

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Edmonton Symptoms Assessment (ESAS)⁽⁸⁾ โดยอาการที่ประเมินในแบบสอบถาม ESAS มีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร สบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดย

เลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ผู้ประเมินทำการบันทึกวันและเวลาที่ทำการประเมินทุกครั้งเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลในการใช้ยาในกลุ่ม opioids เพื่อใช้ในการจัดการอาการปวด (pain) และ/หรือหอบเหนื่อย (dyspnea) และยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมในการค้นหาแก้ไขและการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้การเก็บข้อมูลไปข้างหน้าจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

แบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (IPD) มีการส่งข้อมูลมาลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และจากทะเบียนผู้ป่วยนั้นจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี Palliative Performance scale (PPS) $\leq 50\%$ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 การประเมิน PPS จะบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติทุกครั้งที่มีการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งผู้บันทึก คือ สหวิชาชีพในทีม Palliative Care

2. จากนั้นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ข้างต้น จะได้รับการประเมินโดยใช้ ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินหากยังสามารถประเมินได้ แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือประเมินได้จะให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินแทน อาการรบกวนแรกจะได้รับประเมินโดยผู้ดูแล ในกรณีผู้ป่วยบางคนไม่สามารถสื่อสารได้ แต่บางรายที่ยังสามารถสื่อสารได้ก็จะมีอาการประเมินอาการโดยตรงจากผู้ป่วย แต่เมื่อมีอาการลุกลามของโรคมามากขึ้นจนไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงนำในส่วนการประเมินเพื่อต้องการเปรียบเทียบหลังได้รับการรักษาทั้งก่อนและหลังการรักษา จึงใช้การประเมินอาการโดยผู้ดูแลคนเดียวกัน โดยมีการบันทึกอาการรบกวนได้แก่ปวดเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่สบายทั้งกายและใจ โดยมีการประเมิน ESAS จากตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ โดยมี Palliative Care team เป็นสหวิชาชีพผู้ช่วยบันทึกในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ซึ่งจะนำมา

วิเคราะห์อาการที่นำมาสู่การเข้ากระบวนการรักษาและใช้ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวด อาการเหนื่อยหรืออาการรบกวนด้านต่าง ๆ การให้คำปรึกษา ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละรายจะบันทึกทุกครั้งที่ดีติดตามทุกวัน ในกรณีผู้ป่วยในหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงร่วมกับมีการส่งต่อดูแล การเก็บข้อมูลจะต้องได้รับการยินยอมจากญาติ ผู้ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยยินยอมให้นำข้อมูลเรื่องผลการรักษาของผู้ป่วยมาใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. มีการเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในผู้ป่วยแต่ละราย จากการให้บริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล อัตราผู้ป่วยที่มีการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ประกอบด้วย อาการหลักที่นำมาสู่การเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ค่า Kolmogorov < 0.05 เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงใช้ค่ามัธยฐาน (Mdn) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ในการแปลผลด้วยสถิติ

Median และ Interquartile Range และ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ค่า Kolmogorov < 0.05 เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยา ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังการดูแลด้วยสถิติ McNemar test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม เลขที่ 5/2566 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับ การรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 55.55) โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 40.70) ส่วนมากสถานภาพสมรส จำนวน 45 คน (ร้อยละ 83.30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 53 คน (ร้อยละ 98.10) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแล จำนวน 49 คน (ร้อยละ 90.70) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วม 1 โรค จำนวน 18 คน (ร้อยละ 33.30) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอด

จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22.20) รองลงมา มะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 20.40) มะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.10) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการลุกลามไปยังอวัยวะปอดมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.30) รองลงมา มีการลุกลามไปยังอวัยวะตับ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 18.50) มีการลุกลามไปยังกระดูก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.10) และมีการลุกลามไปยังสมอง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.70) ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีระดับและความสามารถในการดูแลตนเอง Palliative Performance scale (PPS) 10-20% จำนวน 43 คน (ร้อยละ 79.60)

2. อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาแบบประคับประคอง (ESAS)

อาการรบกวนที่นำมาสู่การเข้ารับรักษาแบบประคับประคอง (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษา อันดับแรก คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 8, IQR 0-10) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 8, IQR 0-10) รองลงมา คือ อาการปวด (Mdn 6, IQR 0-10) อาการเบื่ออาหาร (Mdn 4, IQR 0-8) อาการง่วงซึม (Mdn 4, IQR 0=8) อาการซึมเศร้า (Mdn 2, IQR 0-4) อาการวิตกกังวล (Mdn 2, IQR 0-4) อาการคลื่นไส้ (Mdn 1, IQR 0-8) และลำดับสุดท้าย คือ อาการไม่สบายทั้งกายและใจ (Mdn 0, IQR 0-8) ตามลำดับ ข้อมูล ESAS ที่นำมาสู่การรักษา ได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 33.33)

ผู้ดูแล จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 53.70) และ บุคลากร จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 12.97)

3. เปรียบเทียบอาการความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptoms Assessment) ก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดทุกข์ทรมานระหว่างก่อนและหลังการรักษา โดยจากการศึกษาพบว่าเวลาเฉลี่ยในการวัดผล คือ 4.8 วัน $\pm$ 1.4 วัน โดยเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมี PPS ลดลงค่อนข้างมากและมีอาการลุกลามของโรคมะเร็ง ในช่วงนี้ ซึ่งหลังจากเวลานี้ไปผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ ข้อมูล ESAS หลังการรักษาได้มาจากผู้ป่วย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 22.22) ผู้ดูแล จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 61.11) และบุคลากร จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 16.67) จากการศึกษาพบว่า อาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วมีอาการดีขึ้น คือ อาการอ่อนเพลีย (Mdn 2, IQR 0-6) อาการเหนื่อยหอบ (Mdn 2, IQR 0-9) อาการปวด (Mdn 2, IQR 0-7) อาการเบื่ออาหาร (Mdn 0, IQR 0-6) อาการง่วงซึม (Mdn 0, IQR 0=6) อาการซึมเศร้า (Mdn 0, IQR 0-4) อาการวิตกกังวล (Mdn 0, IQR 0-4) อาการคลื่นไส้ (Mdn 0, IQR 0-6) อาการไม่สบายทั้งกายและใจ (Mdn 0, IQR 0-6) ดังตาราง 1

ตาราง 1 อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่นำมาสู่การรักษาแบบประคับประคอง

อาการรบกวน (Interquartile Range)	Median		Wilcoxon Signed-Rank test				p-value
			Negative		Positive		
	Before	After	(After > Before)		(After < Before)		
			Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
ปวด	6 (0-10)	2 (0-7)	0	0	22.5	990	<0.001
เหนื่อยหอบ	8 (0-10)	2 (0-9)	21	21	26.6	1357	<0.001
อ่อนเพลีย	8 (0-10)	2 (0-6)	0	0	26.5	1378	<0.001
คลื่นไส้	1 (0-8)	0 (0-6)	5.5	5.5	14.8	400.5	<0.001
ง่วงซึม	4 (0-8)	0 (0-6)	0	0	18	630	<0.001
เบื่ออาหาร	4 (0-8)	0 (0-6)	0	0	9	153	<0.001
ซึมเศร้า	2 (0-8)	0 (0-4)	5.5	5.5	13.8	345.5	<0.001
วิตกกังวล	2 (0-4)	0 (0-4)	32.5	32.5	19.1	708.5	<0.001
สบายดีทั้งกายและใจ	0 (0-8)	0 (0-6)	5.25	10.5	19.3	655.5	<0.001

4. การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

พบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยมากที่สุด 3 ลำดับ ลำดับแรกคือ ยากลุ่ม opioids แบ่งเป็น morphine syrup จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 74.1) ที่มีการใช้เป็นลำดับแรก เพราะเริ่มตอนขนาดที่ผู้ป่วยยังรับประทานได้แล้ว ค่อยรวบขนาดยาเป็น around the clock รองลงมา morphine injection จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 51.9) โดยมีวัตถุประสงค์ในการจ่ายยา คือ บรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย และบรรเทาอาการหอบเหนื่อยจากการลุกลามไปปอดโดยมีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้ opioids ในการลดอาการหอบเหนื่อย ลำดับที่ 2 คือ ยาระบาย ได้แก่ senna จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 53.7)

ช่วยป้องกันการท้องผูกจากการรับประทานยา กลุ่ม opioids และ lactulose จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) ลำดับ 3 ยากลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ lorazepam จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 48.1) เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย คลายกังวลนอนไม่หลับ ไม่ว่าจะเป็นแบบอมใต้ลิ้นในภาวะหอบเหนื่อย หายใจลำบากหรือรับประทานในการคลายกังวล ช่วยในการนอนหลับ สำหรับยาอื่น ๆ ที่มีการจ่ายในผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย ได้แก่ ยา paracetamol จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) เพื่อบรรเทาปวดระดับน้อย (mild pain) และยา morphine 20 mg จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 31.5) ใช้บรรเทาปวดในกรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร (NG tube) หรือรับประทานเม็ด Morphine sustain release ไม่ได้ด้วยวิธีการกลืนยา ส่วนยา fentanyl patch มีการได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่น จำนวน 6 ราย

(ร้อยละ 11.1) ยา gabapentin จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.9) บรรเทาอาการปวดแบบ neuropathic pain หรือ restlessleg syndrome ยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant คือ amitriptyline จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7.4) ในการบรรเทาอาการปวดเป็น adjuvant therapy ยาในกลุ่มระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยา domperidone จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37) ยา simethicone จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 11.1) ยา omeprazole จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 38.9) ยาในกลุ่มจิตเวช บรรเทาอาการทาง neurological syndrome ไม่ว่าจะเป็นภาวะ delirium หรือ restlessness หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ได้แก่ risperidone haloperidol quetiapine จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 22.2) ยา dexamethasone จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) เพื่อรักษาภาวะ respiratory symptom ในกรณีที่มีการอุดตันของหลอดลมจาก tumor, lymphangitis, SVC

obstruction หรือ bone pain หรือ seizure ใน brain metastasis และยา atropine eye drop จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) เพื่อช่วยลดสารคัดหลั่งในผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าสู่ระยะท้ายใกล้เสียชีวิตแล้ว (Terminal airway secretion หรือ Death rattle) ที่มีเสียงหายใจครืดคราดได้

5. การเข้าถึงยาในกลุ่ม strong opioids ในผู้ป่วยระยะท้ายในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

พบว่าในผู้ป่วยระยะท้ายบางรายได้รับยา strong opioids มากกว่า 1 ขนาน ในการบรรเทาอาการปวดแบบ around the clock และแบบออกฤทธิ์สั้นมารักษาอาการปวดแบบ breakthrough pain คิดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม strong opioids เท่ากับ 46 ราย (ร้อยละ 85.2)

6. ปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย

ตาราง 2 ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกร

ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวกับยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาก่อนการจัดการด้านยา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาหลังการจัดการด้านยา (ร้อยละ)
1. ไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ (untreated indication)	46 ราย (85.2)	0 ราย (0)
2. ได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือหมดข้อบ่งชี้ (drug use without indication)	0 ราย (0)	0 ราย (0)
3. เลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection)	23 ราย (42.6)	1 ราย (1.9)
4. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (too low dose of correct drug)	21 ราย (38.9)	0 ราย (0)

ตาราง 2 ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องยาที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกร

ประเภทของปัญหาที่เกี่ยวข้องยา	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาก่อนการจัดการด้านยา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาหลังการจัดการด้านยา (ร้อยละ)
5. ได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (too high dose of correct drug)	5 ราย (9.3)	0 ราย (0)
6. ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive drug)	19 ราย (35.2)	1 ราย (1.9)
7. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา (adverse drug reactions)	21 ราย (38.9)	8 ราย (14.8)
8. เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interactions)	0 ราย (0)	0 ราย (0)
9. อื่น ๆ	14 ราย (25.9)	0 ราย (0)

จากข้อมูล DRPs ที่ระบุได้จากการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรหลังการจัดการด้านยา คือ เลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) หลังจากแพทย์ปรับยาในกลุ่ม opioids มากขึ้นตามคำแนะนำของเภสัชกรจาก morphine sustain release 10 mg รับประทาน 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง เป็น 30 mg รับประทาน 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง พบว่า PPS ของผู้ป่วยรายนี้ลดลง ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ดังนั้นการสั่งยา morphine sustain release 30 mg ในผู้ป่วยรายนี้จึงไม่สามารถให้ยาทางสายอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบ DRPs ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive drug) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) เกิดจากความคลาดเคลื่อนจากหอผู้ป่วย แพทย์

ได้สั่งยา Morphine 20 mg (sustain-release pellet) 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง แต่หอผู้ป่วยไม่ได้จัดยาให้ผู้ป่วย จึงทำให้ควบคุมปวดไม่ได้และไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาได้ และปัญหาที่พบหลังการจัดการด้านยาโดยเภสัชกรแล้ว คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 14.8) พบว่า หลังจากเพิ่มขนาดยา opioids ชนิดรับประทานในช่วงแรก จะเกิดอาการคลื่นไส้ ง่วงซึม ปากแห้ง คอแห้ง จำนวน 6 ราย จากการสังเกตจะพบในผู้ป่วยที่มีการเพิ่มขนาด morphine มากกว่า ร้อยละ 30 ส่วนอีก 2 ราย พบว่า เกิดอาการท้องผูกหลังเพิ่มขนาดยา morphine แต่ให้ยาระบายในขนาดเท่าเดิม ต้องให้ยาระบายอื่นเพิ่มเพื่อเป็นการเสริมฤทธิ์กัน

7. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug related problems; DRPs) ในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายและเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วย กระบวนการจัดการด้านยา

ตาราง 3 เปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา		ก่อนการให้การดูแล (จำนวนคน)	หลังการให้การดูแล (จำนวนคน)	p-value
1. ไม่ได้รับการรักษา	ไม่เกิด	8	0	<0.001*
	เกิด	43	3	
2. สั่งยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้	ไม่เกิด	54	54	-
	เกิด	0	0	
3. เลือกยาไม่เหมาะสม	ไม่เกิด	31	0	<0.001*
	เกิด	22	1	
4. ขนาดยาดำกว่าการรักษา	ไม่เกิด	33	54	<0.001*
	เกิด	21	0	
5. ขนาดยาสูงกว่าการรักษา	ไม่เกิด	49	54	0.63
	เกิด	5	0	
6. ไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง	ไม่เกิด	35	0	<0.001*
	เกิด	18	1	
7. อาการไม่พึงประสงค์	ไม่เกิด	32	1	<0.001*
	เกิด	14	7	
8. ปฏิกริยาระหว่างยา	ไม่เกิด	54	54	-
	เกิด	0	0	
9. อื่น ๆ	ไม่เกิด	40	54	<0.001*
	เกิด	14	0	

หมายเหตุ: * หมายถึง $p < 0.05$ จากการทดสอบ McNemar test

พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาก่อนการจัดการด้านยาจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 100) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 DRPs ต่อคน) รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาก่อนการจัดการด้านยา คือ ไม่ได้รับการรักษา จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 85.2) ได้แก่ ได้รับยากลุ่ม opioids ไปแล้วไม่ได้รับยา ระบายเพื่อป้องกันอาการท้องผูก การเลือกยาไม่เหมาะสมทั้งในเรื่อง regimen และรูปแบบยาจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 42.6) มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา และปัญหาการสั่งยาในขนาด

ดำเนินไป จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 38.9) ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ได้แก่ ใช้ยาผิดจากคำแนะนำ ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 35.2) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาอื่นๆ คือ มีการใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง ความกลัวอาการข้างเคียงของยากลุ่ม strong opioids หลังจากเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาได้มีการปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยา มีการจัดการด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการจัดการด้านยา จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 18.5) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 DRPs ต่อคน) รายละเอียดของปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการจัดการด้านยา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 14.8) ไม่ได้รับการรักษา จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.6) การเลือกยาไม่เหมาะสมจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ได้มีการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยาโดยใช้สถิติวิเคราะห์ McNemar test พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสามพราน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุลาวัลย์ วรรณโคตร⁽⁹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ยังขาดการประเมินให้ครอบคลุม ดังเห็นได้จากส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการประเมินความปวด และการประเมิน PPS ทำให้เห็นการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยยาอาจมีความไม่เหมาะสม และกรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหลายรายยังไม่ได้รับยากลับบ้านเพื่อจัดการอาการจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนั้นการประเมินความปวดร่วมกับการจัดการด้านยาของเภสัชกรช่วยทำให้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริทัศน์ กระดานพล⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาถึงความสามารถของเภสัชกรในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งระบุบทบาทหลักในงานบริหารทางเภสัชกรรมทั่วไป เช่น การแนะนำขนาดยา ผลข้างเคียงจากยา อภิบาลบาทหลัก คือ เรื่องการจัดการอาการปวด โดยเน้นเรื่องการสร้างความเข้าใจในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids

จากวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมาน

ก่อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าอาการรบกวนเมื่อเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองแล้วส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรานิษฐ์ เมธิพิศิษฐ์⁽¹¹⁾ พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงก่อนการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกอาการ ($p < 0.001$) แต่ในผลของการจัดการด้านยาของเภสัชกรยังไม่มีการศึกษาถึงผลเปรียบเทียบอาการความทุกข์ทรมาน Edmonton Symptoms Assessment (ESAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้วิจัยจึงได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ด้วย

ในส่วนของการรักษาด้วยยาที่ใช้บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองและอัตราของผู้ป่วยที่การเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองตามการประเมินอาการ ESAS ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีการติดตามประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการความทุกข์ทรมานในการรักษาแบบประคองยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย คือ ยากลุ่ม opioids ยาระบาย ยากลุ่ม benzodiazepine, gabapentin ยากลุ่ม tricyclic antidepressant ยากลุ่มระบบทางเดินอาหาร ยากลุ่มจิตเวช dexamethasone และยา atropine eye drop ในการศึกษาี้ผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม strong opioids ร้อยละ 85.2 ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของร้อยละการบรรเทาอาการ

ปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย แพงคำไหล และพีร วัชรวงษ์ไพบูลย์⁽¹³⁾ เรื่องการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ opioids ทำให้ระยะเวลาในการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids น้อยลง และอีกการวิจัยเป็นของ ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์และจันทรัตน์ สิทธิวรนนท์⁽¹⁴⁾ พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ตามแพทย์สั่งมากขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อาการทางกายที่รบกวนคุณภาพชีวิตบรรเทาลง ทำให้มีมิติความผาสุกด้านร่างกายดีขึ้น

จากการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังการดูแลด้วยกระบวนการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 100) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 92 ปัญหา (เฉลี่ย 1.7 DRPs ต่อคน) และปัญหาที่เกี่ยวกับยาหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 18.5) จำนวนครั้งการเกิด DRPs จำนวน 21 ปัญหา (เฉลี่ย 0.4 DRPs ต่อคน) ได้มีการเปรียบเทียบปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคองด้วยกระบวนการจัดการด้านยา พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวกับยาก่อนและหลังการจัดการด้านยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังจากเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาได้มีการปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยา มีการจัดการ

ด้านยาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด (all accept) จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 90.7) แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรเป็นบางส่วน (partial accept) จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 9.3) ไม่มีแพทย์ที่ไม่ยอมรับคำแนะนำของเภสัชกร (not accept) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารสารณ อุ่นจันทิก⁽¹⁵⁾ แสดงถึงผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยระดับประคองช่วยให้การดูแลด้านร่างกายดีขึ้น ลดปัญหาที่เกี่ยวข้องยา ความคลาดเคลื่อนทางยาและคะแนนความเจ็บปวดลดลงได้และสอดคล้องการศึกษาของสัญญาภรณ์ วงศ์คร้าย⁽¹⁶⁾ ทำการศึกษาถึงผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมก่อนพบแพทย์สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยได้

จากการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ว่าการที่นำมาโรงพยาบาลไม่ใช่เพียงอาการปวดหรืออาการเหนื่อยเป็นหลักเท่านั้น แต่อาการนำมาที่มากที่สุดของการศึกษาคครั้งนี้คืออาการเหนื่อย อ่อนเพลียและปวด ซึ่งมีการเปรียบเทียบระดับอาการความทุกข์ทรมานก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการจัดการด้านยา พบว่า อาการรบกวนทั้งหมดลดลงเมื่อมีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการจัดการด้านยาตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับประเด็นในการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ การเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids และยาบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ

ผู้ป่วยมีการเข้าถึงยากกลุ่ม strong opioids 46 ราย (ร้อยละ 85.2) ปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์จากการปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ (Outcome) พบว่า แพทย์ยอมรับการให้คำแนะนำของเภสัชกรถึงร้อยละ 90.7 อันเป็นสัญญาณที่ดีในการยอมรับบทบาทของเภสัชกรในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (Descriptive prospective study) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purpose sampling) ตามเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามพรานโดยเภสัชกรทั้งหมดไม่มีการสุ่มตัวอย่างทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมตัวออกติ

2. เครื่องมือที่ใช้บางเครื่องมือ เช่น ESAS ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ ไม่สามารถวัดได้ในทุกอาการ เนื่องจากบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตอบคำถามเองได้ ผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ตอบแทนทั้งหมด

3. งานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลรายละเอียดในเรื่องการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ เช่น ชนิดของยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟินและยาเพื่อใช้บรรเทาอาการกลุ่มอื่น ขนาดที่ให้ และรูปแบบของการบริหารยารวมถึงปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาในอนโรงพยาบาลแต่ละรายไม่เท่ากันแล้วแต่ PPS ของผู้ป่วย มีการติดตามผู้ป่วยจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกราย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าผลของการพัฒนาระบบการจัดการด้านยาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทำให้ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสามารถนำไปใช้ในเป็นแนวทางการพัฒนาของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลอื่นได้

2. อาจมีการเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

3. อาจมีการขยายศึกษาไปยังผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งเพิ่มเติม

สรุป

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการจัดการด้านยาหรือระบบยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้การรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นเภสัชกรในฐานะผู้มีความเชี่ยวชาญทาง

ด้านยาและมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรเป็นกลไกสำคัญในพัฒนาระบบการจัดการด้านยาก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพโดยยึดเป้าหมายเดียวกันกับทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ ผศ.ดร.สุธาร จันทะวงค์ ภญ.วารภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ และ ดร.อนงค์ อรุณรุ่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.พญ.บุษยามาส ชีวสกุลยง พญ.ดาริน จตุรภัทรพร ในการขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ นพ.ทินกร ชื่นชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพรานที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสามพราน คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมที่อนุมัติให้ทำวิจัยฉบับนี้ รวมถึงขอบคุณถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561. หน้า 4-6.
2. Pairojkul S, Thongkhamcharoen R, Raksasataya A, Nakawiro P, Sorasit C, Sudsa S, et al. Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: a multicenter point prevalence survey from Thailand. Palliat Med Rep 2021;2(1):272-9.
3. ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต, เยวาลักษณ์ อ่ำราไพ. การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2552;4(1):127-35.

4. Herndon CM, Nee D, Atayee RS, Craig DS, Lehn J, Moore PS, et al. ASHP guidelines on the pharmacist's role in palliative and hospice care. Am J of Health-System Pharm 2016;73(17):1351-67.
5. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2565 เข้าถึงได้จาก: <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative> 3th.
6. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et, al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). PalliatMed 2012;26(8):1034-41.
7. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. Medical Care of the Dying 2006;4:121.
8. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage 2011;42(6):954-60.
9. สุลาวัลย์ วรรณโคตร. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเขาวง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
10. ศิริทัศน์ กระดานพล, ภาณุพัฒน์ พุ่มพุกษ์. ความคิดเห็นของเภสัชกรต่อความสามารถของตนเอง ในงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามความคาดหวังของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1):91-101.
11. ภัทรานิษฐ์ เมธีพิศิษฐ์, อาภาพร วงษ์นามพรหม, น้ำอ้อย รักติวงษ์. ผลลัพธ์และกระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งลูกกลม. วารสารพยาบาลกรุงเทพ 2561;41(1):75-83.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต ปีงบประมาณ 2566: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:<http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1602>
13. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยา opioids (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30 (ฉบับเพิ่มเติม 1): 576-86.

14. ทิพย์สุนันธ์ เจริญพันธ์, จันทรัตน์ สิทธิวรนนท์. การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. ไทยเฝ้าระวังนิพนธ์ 2565;17(2):1-21.
15. วราภรณ์ อุ๋นจันทิก. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยประคับประคองในคลินิกประคับประคองผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2564;7(1):32-44.
16. สิญญาภรณ์ วงศ์คร้าย, ขวัญจิต ด่านวิไล, อธิพล ทิพย์พยอม. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม : การทดลองแบบสมและสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561;11(4): 828-39.

Development and Evaluate the Effectiveness of the Care Mode to Prevent the Risk of Bone Fractures from Osteoporosis in Elderly Patients with Type 2 Diabetes

Vithaya Viriyamontchai, M.D.*

Abstract

Objective: The study is designed as research and development. The objective is to develop and evaluate the effectiveness of the care model to prevent the risk of bone fractures from osteoporosis in elderly patients with type 2 diabetes.

Method: The sample group selected for sampling are type 2 diabetic patients in a diabetes clinic Pakkret Hospital, ages 60-75 years who had diabetes for more than 5 years HbA1c > 7.5%. The data was collected from 18 July to 18 September 2023 from patients who had Frax score and BMD positive. The research is segregated into two distinct phases. Phase 1: Model Development. This phase includes examining the current scenario and observing the environment dedicated to elderly patients with type 2 diabetes care. We conducted comprehensive interviews with a multi-disciplinary team tasked with caring for elderly type 2 diabetes patients who have problems with osteoporosis and bone Fractures. We then created a model using the design thinking process as the basis and PDCA concepts model development process for design. Phase 2: Evaluation of Model Efficacy. In this Phase, we assessed the knowledge of elderly type 2 diabetes patients participating to prevent bone fractures from osteoporosis. The tools implemented in this research include practices to prevent bone fractures from osteoporosis, knowledge, and practice evaluation to prevent complications. We employed descriptive statistics and Paired Samples T-Test for data analysis.

Results: After the adoption of our developed model, the elderly type 2 diabetes patients showcased significantly improved knowledge scores. Their self-care practices for preventing complications were significantly enhanced compared to the pre-model usage (p-value < 0.05).

Conclusion: The participating elderly type 2 diabetes patients demonstrated a high level of satisfaction.

Keywords: preventing the risk of bone fractures care; osteoporosis; elderly; type 2 diabetes

*Pakkred Hospital, Nonthaburi

Received: September 19, 2023; Revised: November 6, 2023; Accepted: December 27, 2023

การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิทยา วิริยะมนต์ชัย, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ $HbA1c > 7.5\%$ รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด เก็บข้อมูลตั้งแต่ 18 กรกฎาคม ถึง 18 กันยายน 2566 เฉพาะรายที่ผลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน (FRAX score) และผลตรวจวัดความหนาแน่นของมวลกระดูก (DXA scan) ผลเป็นบวก การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบโดยศึกษาสถานการณ์สังเกตสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหากระดูกพรุนและกระดูกหัก แล้วร่างรูปแบบโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นฐานในการออกแบบระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ โดยทดสอบความรู้ผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Samples T-Test

ผลการวิจัย: พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญที่ค่าทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจในระดับดีมาก

คำสำคัญ : การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก; ภาวะกระดูกพรุน; ผู้สูงอายุ; โรคเบาหวานชนิดที่ 2

*โรงพยาบาลปากเกร็ด นนทบุรี

ได้รับต้นฉบับ: 19 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 6 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 27 ธันวาคม 2566

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง และใช้ค่ารักษาพยาบาลสูง จึงส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกับร่างกายได้หลายระบบ⁽¹⁾ มีการศึกษาผลกระทบของโรคเบาหวานต่อคุณภาพของมวลกระดูก พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน น้ำตาลในเลือดจะทำปฏิกิริยากับโปรตีนชนิดต่าง ๆ ส่งเสริมการสร้างสารที่ยึดหรือชะลอการสะสมมวลกระดูกที่ชื่อว่า Advanced Glycation End-product (AGEs) ซึ่งสารนี้จะทำให้การสังเคราะห์คอลลาเจนบกพร่องและเกิดความผิดปกติของการวางตำแหน่งคอลลาเจน จะเกิดการทำลายโครงสร้างคอลลาเจนที่เป็นตัวสร้างความแข็งแรง ความเหนียวและความยืดหยุ่นให้กับกระดูกอย่างช้า ๆ จนเกิดการแตกตัวของเซลล์กระดูกทั่วร่างกาย และสารนี้ยังส่งเสริมการทำงานของเซลล์ ที่มีหน้าที่สลายกระดูกคือ Osteoclast การสร้างมวลกระดูกจึงลดลงสวนทางกับการสลายของมวลกระดูกที่เพิ่มขึ้น⁽²⁾ ดังนั้นการมีน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจึงมีผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน นอกจากนี้ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ยังมีผลทำให้ประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตในไขกระดูกลดลง ส่งผลต่อเมตาบอลิซึมของกระดูกโดยตรง ทำให้ความแข็งแรงและปริมาณมวลกระดูกลดลง⁽³⁾ เบาหวานจึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะกระดูกพรุน แม้ว่าผู้มีภาวะเบาหวานและภาวะกระดูกพรุนต่างก็

มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ความสัมพันธ์ของทั้งสองภาวะนี้กลับได้รับการกล่าวถึงไม่มากนักในระบบบริการสุขภาพของไทย ปัญหาการมีมวลกระดูกน้อยและไม่แข็งแรงเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่มีอาการแสดง จนกว่าจะมีการตรวจมวลกระดูกหรือเมื่อมีกระดูกหัก⁽⁴⁾ ดังนั้น การค้นหาภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความสำคัญในการป้องกัน ให้การดูแล ไม่ให้เกิดกระดูกหัก เพราะหากเกิดกระดูกหักจะส่งผลให้ชีวิตของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป จากอาการปวดรุนแรงและเรื้อรังใช้เวลาฟื้นตัวนาน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ทั้งหมดร้อยละ 75 เกิดในผู้หญิง และร้อยละ 25 เกิดในผู้ชาย ต้องเข้ารับการรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 และอัตราการพักรักษาตัวที่สถานพักฟื้น เพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ส่งผลให้อวัยวะหรือร่างกายสูญเสียการทำงานที่ (loss of function) และสูญเสียการพึ่งพาตนเอง (loss of independence) โดยผู้ป่วยหลังกระดูกสะโพกหักหนึ่งปี ร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 60 ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่น⁽⁵⁾ ผู้ป่วยที่เกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างมาก ซึ่งทำให้ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ คุณภาพชีวิตลดลง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของกระดูกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน หรือกระดูกหัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนเพื่อป้องกันกระดูกหัก โดยประเมินโอกาสการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน (FRAX score) และตรวจสอบซ้ำด้วยเครื่องวัดความหนาแน่นของมวลกระดูก (DXA scan) วางแผนการดูแลกลุ่มที่มีภาวะกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะกระดูกหักในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด

วัสดุและวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Developmental) ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพจำนวน 9 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทีมดูแลในคลินิก Blood & Bone ประกอบด้วย อายุรแพทย์จำนวน 2 คน แพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน

1 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางคลินิก จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์จำนวน 1 คน ใช้ Design Thinking ในการออกแบบรูปแบบดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยทำสนทนากลุ่ม (Focus group) สรุปรายงานรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ด้วยกระบวนการ PDCA และ 2) กลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA1c > 7.5% รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เก็บข้อมูลตั้งแต่ 18 กรกฎาคม-18 กันยายน 2566 ผู้วิจัยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยใช้ FRAX score ทุกราย ในรายที่ผลตรวจมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักที่สำคัญ > 20 % หรือเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก > 3% จะส่งตรวจยืนยันด้วยเครื่องวัดความหนาแน่นของมวลกระดูก (DXA scan) ในส่วนกระดูกข้อสะโพกและกระดูกสันหลัง ประเมินผล ค่า T-score ถ้าน้อยกว่า -1 SD คัดเข้าคลินิก Blood & Bone ที่ผู้วิจัยตั้งขึ้น เก็บข้อมูล โดยคัดเข้ากลุ่มที่ละคนอย่างน้อย 30 คน หากไม่ถึง 30 คน ขยายเวลาจนได้อย่างน้อย 30 คน

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้มาจากการศึกษาสถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการออกแบบประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อทำ Focus group ในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ โดยแบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน (FRAX score) และแบบบันทึกผลการตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก (DXA scan)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะกระดูกพรุน จำนวน 10 ข้อ

- ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันกระดูกหัก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อความที่ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดย ตรวจสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และผู้วิจัยได้นำมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (reliability) โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ $HbA1c > 7.5\%$ ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

การดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลา 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Samples T-Test

การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะพัฒนารูปแบบ โดยศึกษาสถานการณ์ สัมภาษณ์เชิงลึก ทบทวนวรรณกรรมก่อนร่างรูปแบบฯ และระยะประเมินผลรูปแบบฯ นำรูปแบบมาทดลองใช้โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำอธิบายรายละเอียดการวิจัยจากผู้วิจัยและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีต้องการออกจากการศึกษาสามารถขอลถอนตัวได้ทันทีดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระยะพัฒนารูปแบบ ฯ

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในประเด็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรคลินิกเบาหวาน ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยเบาหวาน การป้องกันการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ร่างรูปแบบ

แต่ตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็น

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์จำนวน 2 คน แพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางคลินิกจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์จำนวน 1 คน

จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อให้คณะกรรมการสรุปยืนยันรูปแบบที่ผู้วิจัยร่างขึ้น

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยใช้ FRAX score ประเมินผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ $HbA1c > 7.5\%$ ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยถ้าผลตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ $> 20\%$ หรือผลตรวจเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก $> 3\%$ จะส่งผู้ป่วยตรวจยืนยันด้วยเครื่องวัดความหนาแน่นของมวลกระดูก (DXA scan) ในส่วนกระดูกข้อสะโพกและกระดูกสันหลัง ประเมินผลค่า T-score ถ้าน้อยกว่า -1SD คัดเข้าคลินิก Blood & Bone

ก่อนเข้าคลินิก ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้เพื่อประเมินความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2) ระยะประเมินผลรูปแบบ

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยคาดหวังว่าภายหลังการ

ใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกพรุน และกระดูกหัก จะมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 วัดประสิทธิผล (Assessment of efficacy) จากคะแนนแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 30/2566 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 และชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียด ไม่มีการบังคับ ทุกคนมีสิทธิตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ไม่ละเมิดสิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยและปฏิบัติโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปีขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ $HbA1c > 7.5\%$ ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ลงนามยินยอมเข้าโครงการตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ดูแลต่อเนื่องจนถึง 18 กันยายน 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 128 คน มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 128 คน

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1	เพศ	ชาย	17 คน	13.28	
		หญิง	111 คน	86.72	
2	อายุ	60-65 ปี	35 คน	27.34	อายุน้อยที่สุด 60 ปี
		66-70 ปี	40 คน	31.25	อายุมากที่สุด 75 ปี
		71-75 ปี	53 คน	41.41	
3	ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยม	4 คน	3.13	
		จบระดับมัธยมศึกษา	79 คน	61.72	
		จบระดับปริญญาตรี	43 คน	33.59	
		สูงกว่าปริญญาตรี	2 คน	1.56	
4	ศาสนา	พุทธ	128 คน	100	
5	ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	5 ปี	50 คน	39.06	
		6 ปี	25 คน	19.53	
		7 ปี	21 คน	16.41	
		8 ปี	14 คน	10.94	
		9 ปี	5 คน	3.91	
		10 ปี	10 คน	7.81	
		11 ปี	2 คน	1.56	
		12 ปี	1 คน	0.78	
6	ค่าน้ำตาล HbA1c (%)	7.5-8.0	79 คน	61.73	
		8.1-9.0	31 คน	24.22	
		9.1-10.0	11 คน	8.59	
		10.1-11.0	3 คน	2.34	
		11.1-12.0	3 คน	2.34	
		มากกว่า 12.0	1 คน	0.78	

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 86.72 มีอายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 41.41 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 และ 60-65 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 27.34 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 61.72

กลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 5 ปี (39.06%) รองลงมา 6 ปี (19.53%) และ 7 ปี (16.41%) ตามลำดับ ค่าน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในช่วง 7.5- 8.0% จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 61.73 รองลงมามีค่าอยู่ในช่วง 8.1- 9.0% จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 24.22 และมีค่าอยู่ในช่วง 9.1-10.0% จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.59 ตามลำดับ

ตาราง 2 ผลการประเมินค่า FRAX score และ ค่า BMD จากการตรวจด้วย DXA scan

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1	Frax Score	positive	45 คน	35.16	
		negative	83 คน	64.84	
2	BMD	positive	34 คน	75.56	
		negative	11 คน	24.44	
		ไม่ได้ตรวจ	83 คน	-	

จากตาราง 2 แสดงผลประเมิน FRAX score ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จาก 128 คน ผลการประเมินพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28 และเมื่อนำผู้ป่วยทั้ง 45 คนไปตรวจหาค่า BMD ด้วย DXA scan ผลตรวจมีภาวะกระดูกพรุนจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56

ตาราง 3 ข้อมูล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะกระดูกพรุน จำนวน 34 ราย

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	หมายเหตุ
1	เพศ	ชาย	2 คน	5.88	
		หญิง	32 คน	94.12	
2	อายุ	60-65 ปี	2 คน	5.88	อายุน้อยที่สุด 61 ปี
		66-70 ปี	3 คน	8.83	อายุมากที่สุด 75 ปี
		71-75 ปี	29 คน	85.29	
3	ระดับการศึกษา	ต่ำกว่ามัธยม	1 คน	2.94	
		จบระดับมัธยมศึกษา	29 คน	85.29	
		จบระดับปริญญาตรี	4 คน	11.77	
4	ศาสนา	พุทธ	34 คน	100	
5	ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	5 ปี	6 คน	17.65	
		6 ปี	3 คน	8.82	
		7 ปี	6 คน	17.65	
		8 ปี	8 คน	23.53	
		9 ปี	2 คน	5.88	
		10 ปี	7 คน	20.59	
		11 ปี	1 คน	2.94	
		12 ปี	1 คน	2.94	
6	ค่าน้ำตาล HbA1c	7.5-8.0	23 คน	67.65	
		8.1-9.0	9 คน	26.47	
		9.1-10.0	2 คน	5.88	

จากตาราง 3 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุนจำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีอายุอยู่ในช่วง 71-75 ปี เป็นส่วนใหญ่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 85.29 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 85.29 กลุ่มตัวอย่าง

ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 8 ปี (23.53%) รองลงมา 10 ปี (20.59%) และ 5 ปี (17.651%) และ 7 ปี (17.651%) ตามลำดับ ค่าน้ำตาล HbA1c ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 7.5-8.0 % จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.65

ตาราง 4 ข้อมูลประวัติที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะกระดูกพรุน

ลำดับ	รายการ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	หมายเหตุ
1	เคยมีประวัติกระดูกหักมาก่อน	3 คน	8.82	
2	มีประวัติเคยสูบบุหรี่	4 คน	11.76	
3	มีประวัติการดื่มสุรา	3 คน	8.82	

จากตาราง 4 พบว่าข้อมูลประวัติในอดีต ที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบเคยมีประวัติกระดูกหักมาก่อน จำนวน 3 คน ใน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82 มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 มีประวัติดื่มสุราจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82

1.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้น มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการ Design thinking ในการออกแบบ ดังนี้

1. การทำความเข้าใจเชิงลึก ผู้วิจัยสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพในคลินิกเบาหวาน ถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน

ที่มีภาวะกระดูกพรุน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์มองภาพรวมในการดูแล ก่อนร่างรูปแบบ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ HbA1c > 7.5% มีจำนวนร้อยละ 41.18 จากการติดตามการมาตรวจตามนัด พบมีการล้มและกระดูกสะโพกหักจำนวน 2 คน ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปากเกร็ด จากการสอบถามผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ไม่มีความรู้ว่าการปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีผลต่อการเกิดกระดูกพรุน ไม่ทราบว่าการคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกระดูกลดลงมากกว่าบุคคลทั่วไป

2. การนิยาม การตีความปัญหา ผู้วิจัย กำหนดนิยามผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก จากภาวะกระดูกพรุน จากการทบทวนวรรณกรรม ได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปี ขึ้นไป ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ $HbA1c > 7.5\%$ ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ 18 กรกฎาคม 2566 ประเมิน FRAX score ทุกราย นำรายที่ ผลประเมิน FRAX score เป็นบวก 45 ราย ไป ตรวจ BMD พบมีภาวะกระดูกพรุนจำนวน 34 ราย นำ 34 รายคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้าโครงการ ดูแลต่อเนื่อง

3. การสร้างสรรค์ระดมจินตนาการแบบ ไร้ขีดจำกัด ผู้วิจัยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนารูปแบบจำนวน 9 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางคลินิก นักกายภาพบำบัดและเจ้าหน้าที่ห้องเอ็กซเรย์ จำนวน 9 คน สัมภาษณ์ และจัดสนทนากลุ่มเพื่อระดมสมอง ออกแบบแนวความคิดต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ เปิดมุมมองใหม่ ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ร่วมวางแผนจัดกิจกรรมในคลินิก

4. การพัฒนาด้านแบบ รวบรวมและคัดเลือกเอาวิธีการที่น่าสนใจนำไปออกแบบรูปแบบและจัดกิจกรรมการดูแล ทีมพัฒนารูปแบบได้กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ดังนี้

กำหนดคลินิกที่ใช้ในการดำเนินการ เป็น คลินิกเบาหวาน ตั้งอยู่บริเวณชั้น 1 โรงพยาบาล ปากเกร็ด เปิดดำเนินการทุกวันอังคาร เริ่มเข้าโครงการตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 จนครบระยะเวลา 2 เดือน ถึง 18 กันยายน 2566 บุคลากร ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการทางคลินิก นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ห้องเอ็กซเรย์ จำนวน 9 คน ร่วมวางแผนจัดกิจกรรมในคลินิก ในการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่อง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน การใส่ยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ทำทางในชีวิตประจำวัน ให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จัดทำ Line official รับคำปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ผู้ดูแลซึ่งมีทั้งแพทย์และสหวิชาชีพ คอยดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

5. การทดสอบต้นแบบ (test) นำร่างรูปแบบไปใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะกระดูกพรุน จำนวน 34 ราย โดยก่อนการเข้าโครงการให้ผู้ป่วยและญาติทำแบบทดสอบความรู้ เรื่องการป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามที่ได้วางแผน ปรับรูปแบบเป็นระยะ ให้มีความเหมาะสมกับบริบท โดยใช้กระบวนการ PDCA จนได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด

กระตุกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของโรงพยาบาล ปากเกร็ด และทดสอบความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน อีกครั้งหลัง สิ้นสุดโครงการ

2. ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะ กระดูกพรุน

ผลการทดสอบความรู้หลังใช้รูปแบบ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการป้องกัน กระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และการปฏิบัติตัว ให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทำก่อนและหลังใช้รูปแบบ ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลมีดังนี้

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Pretest	11.85	34	4.083	.700
Posttest	15.85	34	2.560	.439

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มทำแบบทดสอบ ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน (34 คน) มีคะแนน ทดสอบความรู้เฉลี่ย 11.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 4.083 ส่วนกลุ่มทำแบบทดสอบหลังใช้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน (34 คน) ซึ่งเป็นคนกลุ่ม เดิม มีคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ย 15.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.560 เมื่อนำคะแนนทั้ง สองชุดมาเปรียบเทียบกันได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 6 และ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนโดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Pretest & Posttest	34	.897	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pretest - Posttest	-4.000	2.118	.363	-4.739	-3.261	-11.014	33	.000

จากตาราง 6 และ 7 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนก่อนเข้าโครงการ (pre-test) และคะแนนหลังเข้าโครงการ (post-test) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน ค่า sig. = .000 สรุปว่าคะแนนก่อนเข้าโครงการ และคะแนนหลังเข้าโครงการมีความสัมพันธ์กัน ส่วนค่าความสัมพันธ์ (Correlation = .897 ถือว่าอยู่ในระดับยอมรับได้) ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Mean = -4.000 มาจาก 11.85-15.85) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนน (Std. Deviation = 2.118) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความแตกต่างของคะแนน (Std. Error of Mean = .363) ช่วงเชื่อมั่นในการประมาณค่าที่ร้อยละ 95 = (-4.739-3.261) { ค่า t คำนวณ = -11.014 | องศาอิสระ (df = 33) } ค่าความน่าจะเป็นของ t (sig. หรือ p-value = .000 แสดงว่า จะมีโอกาสปฏิเสธ H_0 ที่เป็นจริง 0 ครั้งในการทดสอบ 100 ครั้ง ซึ่งต่ำกว่าที่กำหนดไว้ที่ $\alpha = 0.05$) สรุปได้ว่าคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุนก่อนและหลังการใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในภาวะกระดูกพรุน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ

ในระหว่างใช้รูปแบบในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยได้ให้การรักษาโดยการให้ยา โดยมีเภสัชกรอธิบายการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาต่อ

เนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้เกินเกณฑ์ การรับประทานอาหารลดแป้งน้ำตาลและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ให้คำแนะนำทำทางในกิจวัตรประจำวันในการป้องกันการเกิดกระดูกหัก โดยระมัดระวังไม่ให้หกล้ม เพิ่มขีดความสามารถในการขยับร่างกายให้มากที่สุด เพื่อชีวิตที่มีคุณภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

วิจารณ์

1. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย โรคกระดูกพรุน โดยการตรวจมวลกระดูก (Bone mineral density: BMD) ด้วยเครื่อง Dual Energy X-ray Absorptiometry บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและสะโพก (axial DXA) โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของคนปกติในช่วงอายุที่มีมวลกระดูกสูงสุด (peak bone mass) ถ้าค่า T-score ≤ -2.5 SD ถือว่ามีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)⁽⁶⁾ ซึ่งจากผลการวิจัย พบมีภาวะกระดูกพรุน 34 ราย นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า เพศและอายุของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะกระดูกพรุนเป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน ใน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 และอายุยิ่งมามากยิ่งมีแนวโน้มจะมีภาวะกระดูกพรุนเพิ่มขึ้น โดยพบภาวะกระดูกพรุนในช่วงอายุ 70-75 ปีมากที่สุด จำนวน 29 ราย ใน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.29 สอดคล้องกับ

การศึกษาของฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงวัยหมดประจำเดือน โดยศึกษาพบว่า เพศหญิงมีการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนมากกว่าเพศชาย 3-5 เท่า และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี เพศหญิง โสด รายได้น้อย ภาวะทุพโภชนาการ หรือมีปัญหา ด้านการเดิน เป็นต้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักแม้ได้รับอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง และหากไม่ได้รับการผ่าตัด จะส่งผลให้ ทุพพลภาพ นอนติดเตียง และเสียชีวิตได้⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ทั้งหมดร้อยละ 75 เกิดในเพศหญิง และร้อยละ 25 เกิดในเพศชาย ต้องเข้ารับการรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 และอัตราการพักรักษาตัวที่สถานพักฟื้น เพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย ส่งผลให้อวัยวะหรือร่างกายสูญเสียการทำงานที่ (loss of function) และสูญเสียการพึ่งพาตนเอง (loss of independence) โดยผู้ป่วยหลังกระดูกสะโพกหักหนึ่งปี ร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 60 ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่น⁽⁸⁾ โดยในการวิจัยพบผู้เคยมีประวัติกระดูกหักมาก่อน จำนวน 3 คน ใน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82 เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ซึ่งได้ให้คำแนะนำและเฝ้าระวังการเกิดกระดูกหักซ้ำอย่างใกล้ชิด จากการวิจัย ผู้วิจัยพบว่า FRAX score ไม่ได้มีความแม่นยำ 100% ในการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน โดยในการวิจัยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ผลการประเมิน FRAX score เป็นบวก

จำนวน 45 คน เมื่อนำไปตรวจหาค่า BMD ด้วย DXA scan ผลตรวจมีภาวะกระดูกพรุนจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 75.56 แต่ก็ยังคงมีประโยชน์ในการใช้ประเมินเบื้องต้นได้ซึ่งจากการศึกษาของ พรฤทัย รัตนเมธานนท์ และประสิทธิ์ สิววัฒนภัทร ที่ใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหัก เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงการเกิดกระดูกหัก (FRAX score) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหัก ผลการศึกษาพบว่าผู้มีภาวะเบาหวานมีความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักบริเวณสะโพกจากกระดูกพรุนและตำแหน่งที่สำคัญในอีก 10 ปีข้างหน้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคกระดูกพรุนหรือการเกิดกระดูกหักที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก ภาวะเบาหวานจึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน⁽¹⁰⁾ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงแม้ว่าความหนาแน่นของมวลกระดูกจะไม่ได้รับผลกระทบอย่างชัดเจน แต่ความแข็งแรงของกระดูกก็ถูกทำลาย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักมากขึ้น⁽¹¹⁾

2. การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างอายุ 60-75 ปี ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนโดยใช้ FRAX score และในรายที่ผลเป็นบวก ได้ตรวจหาค่า BMD ด้วย DXA scan ในลำดับต่อไป เนื่องจากพบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคกระดูกพรุนเป็นภาวะ

ที่มีความเสื่อมของเนื้อเยื่อโครงสร้างภายในกระดูก ซึ่งส่งผลให้มวลกระดูกมีความหนาแน่นลดลง การมีมวลกระดูกต่ำ (Low bone mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาคของกระดูก (Microarchitecture deterioration) ทำให้กระดูกมีความเปราะบางและแตกหักได้ง่าย แต่เนื่องจากการตรวจปริมาณและคุณภาพของกระดูกไม่ได้ถูกจัดอยู่ในโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีของคนทั่วไป ภาวะกระดูกพรุนจึงถูกพบเห็นได้เมื่อเกิดการแตกหักของกระดูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกพรุน 1 ใน 5 และ 1 ใน 3 ของประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ⁽¹²⁾

ชรินทร์ วงษาหล้า, มโนไท วงษาหล้า ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน พบว่า การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อปริมาณมวลกระดูกและความแข็งแรงของกระดูก จึงทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพกระดูกมากกว่าคนทั่วไป บุคลากรทางสุขภาพจึงควรแนะนำผู้เป็นเบาหวานให้เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของกระดูกเป็นพิเศษสำหรับผู้เป็นเบาหวาน อีกทั้งควรจัดโรคเบาหวานให้เป็นตัวชี้วัดในการคัดกรองและพิจารณาวางแผนทางการรักษาโรคกระดูกพรุน ในทางกลับกันควรพิจารณาประเด็นการดูแลสุขภาพของกระดูกให้อยู่ในแผนการดูแลและรักษาพยาบาลผู้เป็นโรคเบาหวานให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วย⁽¹³⁾

ผู้วิจัยจึงให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ในเรื่องของการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เพราะสาเหตุของภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทำทางอิริยาบถ รวมทั้งการรักษากระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติให้ได้มากที่สุด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญที่รบกวนการสร้างมวลกระดูกและยังส่งเสริมการทำลายมวลกระดูกดังที่กล่าวมา แนวทางการดูแลสุขภาพกระดูกจึงอยู่ในกรอบของการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี โดยผู้เป็นโรคเบาหวานมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของกระดูกตนเองให้มากขึ้นกว่าบุคคลโดยทั่วไป⁽¹³⁾ ซึ่งทัศนตร พุทธรักษา และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนเป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .24, p < .01$) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนมากขึ้น การดูแลตนเอง การส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวต่างๆ จะเพิ่มขึ้นไปด้วย⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ซึ่งเป็นวัยหลังการมีมวลกระดูกสูงสุดควรได้รับการตรวจด้วย Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA Scan) เนื่องจาก

มีข้อบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงที่จะมีการสลายของมวลกระดูกมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักด้วยตนเอง ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตช่วยให้ผู้คนเข้าถึงเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง เช่น แบบทดสอบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน (International Osteoporosis Foundation, 2022) และเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหักในระยะเวลา 10 ปี (FRAX; University of Sheffield, 2011) แม้ไม่สามารถทำนายได้ 100% แต่สามารถใช้ประเมินเบื้องต้นเพื่อป้องกันได้

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้อัตราของโรคกระดูกพรุนมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงมากยิ่งขึ้นอีก ทว่าโลกมีการเกิดกระดูกหักที่มีสาเหตุจากโรคกระดูกพรุนในทุก ๆ 3 วินาที โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกแตกหรือหักสูงกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูกรวมกัน ส่วนในเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก อีกทั้งยังพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยกระดูกแตกหักในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มักจะมีการแตกหักเกิดขึ้นกับกระดูกส่วนอื่นของร่างกายตามมาด้วย โดยปัญหาจะทวีคูณความรุนแรงขึ้นหลังการเกิดแต่ละครั้ง⁽¹⁵⁾

ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำทางในแต่ละอิริยาบถเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหัก และแนะนำญาติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกพรุนในครอบครัว เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในปัจจุบันยังมีหลายพฤติกรรมที่ส่งผลด้านลบต่อการมีกระดูกที่แข็งแรง เช่น เด็กเล่นกลางแจ้งน้อยลงขณะที่ผู้ใหญ่อาจกังวลเรื่องมะเร็งผิวหนังหรือผิวเสียเมื่อต้องสัมผัสแสงแดด ทำให้ขาดโอกาสสร้างวิตามินดีซึ่งส่งเสริมการดูดซึมแคลเซียม ขาดการออกกำลังกายที่ส่งเสริมมวลกระดูก รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มกาแฟ ดื่มสุราและการได้รับแคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอ เป็นต้น

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้น มีการดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยใช้กระบวนการ Design thinking ในการออกแบบ ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน ของโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน



หลังการใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุนสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลประเมินความพึงพอใจ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะกระดูกพรุนรวมทั้งญาติ เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล การมารับยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ รู้สึกอุ่นใจ คลายความวิตกกังวลในการดูแลจากแพทย์และทีมผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถขอคำปรึกษาในไลน์กลุ่มได้ตลอดเวลา พึงพอใจในบริการที่มีคุณภาพ ระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ด้วย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของโอกาสในการเกิดกระดูกหักจากภาวะ

กระดูกพรุน ควรศึกษาประสิทธิภาพของการประเมินด้วย FRAX score เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความตรงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มากกว่าค่า HbA1c และศึกษาโรคร่วมอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น CKD ว่ามีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์อนุกุล เอกกกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากเกร็ด ที่ให้การผลักดันและสนับสนุนในการทำวิจัย คณะกรรมการพัฒนารูปแบบที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้และสุดท้ายและครอบครัวที่เป็นกำลังใจตลอดการวิจัยจนสิ้นสุดลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุภารัตน์ วัฒนา, จรวด จำปา. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา กับ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2564;4(2):167-80.
2. Lin H, Hsu HY, Tsai MC, Hsu LY, Chien KL, Yeh TL. Association between type 2 diabetes and osteoporosis risk: a representative cohort study in Taiwan. PLoS One 2021;16(7):e0254451.
3. Paschou AS, Dede AD, Anagnostis PG, Vryonidou A, Morganstein D, Goulis DG. Type 2 diabetes and osteoporosis: a guide to optimal management. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(10): 3621-34.
4. Hamel MB, Toth M, Legedza A, Rosen MP. Joint replacement surgery in elderly patients with severe osteoarthritis of the hip or knee: decision making, postoperative recovery, and clinical outcomes. Arch Intern Med 2008;168(13):1430-40.
5. FRAX WHO fracture risk assessment tool [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 05]. Available from: https://primarycarenotebook.com/simplepage.cfm?ID=x20110815170933307406_
6. จิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุกับกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลเลิศสิน. วารสารกรมการแพทย์ 2561;43(3):56-9.
7. จิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. การประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ในโรงพยาบาลเลิศสิน. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(6):13-5.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรคเผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
9. พรฤทัย รัตนเมธานนท์, ประสิทธิ์ สิววัฒนภัทร. การเปรียบเทียบ FRAX score เพื่อประเมินโอกาสเกิดกระดูกหักเนื่องจากกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุนมาก่อน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564;65(3):221-34.
10. Wongdee K, Krishnamra N, Charoenphandhu N. Derangement of calcium metabolism in diabetes mellitus: negative outcome from the synergy between impaired bone turnover and intestinal calcium absorption. J Physiol Sci 2017;67(1):72-81.

11. นริศพล เจริญพันธุ์. นักวิจัยเตือน “เบาหวาน” ยังทำลายกระดูกด้วย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิ.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://mgronline.com/science/detail/9580000071397>
12. Aung M, Amin S, Gulraiz A, Gandhi FR, Pena Escobar JA, Malik BH. The future of metformin in the prevention of diabetes-related osteoporosis. Cureus 2020;12(9):e10412.
13. วชิรินทร์ วงษาหล้า, มโนไท วงษาหล้า. การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก : แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;14(35):410-24.
14. ทศเนตร พุทธิรักษา, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, อรพรรณ โตสิงห์, อาติส อุณนະนันท์. ปัจจัยทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564;39(3):60-73.
15. Cooper C, Dawson-Hughes B, Gordon CM, Rizzoli R. Healthy nutrition, healthy bones. Nyon, Switzerland: The International Osteoporosis Foundation; 2015.

Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention of Hypothermia in the Patient Under Spinal Anesthesia

Pissamai Reunthana, B.N.S.*

Chawee Suksumit, B.N.S.*

Kittiphong Khaongoenyong, B.N.S.*

Nuchjaree Ngeanmak, B.N.S.*

Chattip Yingyong, B.N.S.*

Piraluk Laplai, M.N.S. (Adult Nursing)**

Supawadee Supboon, M.D.*

Abstract

Objectives: To examine the effectiveness of the clinical nursing practice guidelines for prevention of hypothermia in the patient under spinal anesthesia CVLU patients nursing care model.

Methods: This Quasi experimental research design. The participants were recruited for assessing the patient under spinal anesthesia; 30 undergoing traditional standard, 31 undergoing traditional standard and barkey S-line, and 36 undergoing traditional standard and clinical nursing practice guidelines and warmer bag. The patients were recruited by purposive sampling. The research instruments consisted of: 1) the experimental instruments was the clinical nursing practice guideline; and 2) the instruments for collecting data including personal information questionnaire, anesthesia record form, and temperature record form. The data were analyzed by descriptive statistics, and One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test)

Results: The results revealed that the core-temperature of the patient under spinal anesthesia on 20 minute, 60 minute, and 60 minute at recovery room was prevent significantly after the traditional standard and clinical nursing practice guidelines and warmer bag finished than other groups.

Conclusions: The patient under spinal anesthesia received traditional standard and clinical nursing practice guidelines and a warmer bag for the prevention of hypothermia.

Keywords: clinical nursing practice guidelines; hypothermia; Barkey S-line; spinal anesthesia

*Anesthesiology Nursing Division, Pha NaKhon Si Ayutthaya Hospital

**Research and Development of Nursing Division, Pha NaKhon Si Ayutthaya Hospital

Received: September 18, 2023; Revised: November 28, 2023; Accepted: December 27, 2023

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วย ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

พิสมัย รื่นธนะ, พย.บ.*

ณวี สุขสมิตร, พย.บ.*

กิตติพงศ์ ขาวเงินยวง, พย.บ.*

นุจรี เงินมาก, พย.บ.*

ฉัตรทิพย์ ยิ่งยงค์, พย.บ.*

พิรลักษณ์ ลาภหลาย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)**

สุภาวดี ทรัพย์บุญ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็น Quasi-Experimental research design กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมจำนวน 30 ราย กลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับ barkey S-line จำนวน 31 ราย และกลุ่มที่ 3 คือผู้ป่วยที่ได้รับมาตรฐานเดิมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและ warmer bag จำนวน 36 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยแบ่งเครื่องมือวิจัยออกเป็นเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังและ warmer bag เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกปัจจัยด้านการระงับความรู้สึกและปัจจัยด้านการผ่าตัด แบบบันทึกการวัดอุณหภูมิวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบความแตกต่างของอุณหภูมิโดยใช้สถิติ One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test)

ผลการศึกษา: เมื่อทำการเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนกายของผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกชนิดยาเข้าช่องไขสันหลังในระยะ 20 นาที 60 นาที และระยะเสร็จการผ่าตัดที่ห้องฟักฟื้น 60 นาที พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับมาตรฐานเดิมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและ warmer bag มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

สรุป: การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและ warmer bag ภายใต้รูปแบบการพยาบาลมาตรฐานเดิมสามารถควบคุมอุณหภูมิแกนกายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล; ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ; เครื่องอุ่นสารละลายทางหลอดเลือด; ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

*กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

**กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ได้รับต้นฉบับ: 18 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 28 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 27 ธันวาคม 2566

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังจะส่งผลให้ร่างกายสูญเสียความร้อนจากการขยายตัวของหลอดเลือดในบริเวณที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเกิดการถ่ายเทอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปสู่อุณหภูมิอวัยวะส่วนปลายที่ต่ำกว่า⁽¹⁻²⁾ ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 1-2 องศาจากอุณหภูมิปกติของร่างกาย⁽³⁾ นอกจากนี้กล้ามเนื้อยังถูกยับยั้งการหดเกร็งหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างความร้อนจากกลไกการหนาวสั่นได้⁽²⁾

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block: SB) อาจส่งผลให้เกิดอาการหนาวสั่น (shivering) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนตามมาจากอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลดลงอยู่ที่ต่ำกว่า 36°C ส่งผลให้ร่างกายมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 200-400 เท่ามีผลกระทบต่อบรรยากาศและหลอดเลือดอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เสียเลือดมากระหว่างผ่าตัด พื้นจากยาสลบชา การหายใจของแฟลช เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้เป็นอันตรายถึงชีวิตซึ่งในการฉีดยาชาไขสันหลังจะทำให้สูญเสียความร้อนจากการกระจายความร้อนจากส่วนกลางไปส่วนปลายจากการขยายตัวของหลอดเลือดและการยับยั้งสูญเสียควบคุมอุณหภูมิของร่างกายผู้ป่วยที่เกิดภาวะการสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้นของร่างกายทางผิวหนังและภาวะหนาวสั่นจากการยับยั้งการ

ควบคุมอุณหภูมิส่วนกลางทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 0.5-1 องศาเซลเซียสและยังพบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบอุ่นร่างกายก่อนการระงับความรู้สึกร้อยละ 53.3 จะเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering)^(1,4)

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกมีแนวโน้มการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) คือ อุณหภูมิร่างกายส่วนกลาง (Core temporary) ร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ได้ง่ายทั้ง 3 ระยะ คือระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งปกติร่างกายของร่างกายมนุษย์จะพยายามควบคุมอุณหภูมิให้คงที่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส เพื่อให้เมตาบอลิซึมของร่างกายเป็นปกติ และเนื่องจากอุณหภูมิในห้องผ่าตัดนั้นถูกควบคุมให้อยู่ระหว่าง 20-22 องศาเซลเซียส ส่งผลให้สารน้ำที่สัมผัสอากาศเย็น ๆ มีอุณหภูมิลดลงไปด้วย⁽⁴⁻⁵⁾ การผ่าตัดที่ใช้เวลานานกว่า 60 นาที ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลงได้⁽⁶⁾

จากข้อมูลสถิติปี 2563-2565 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบอุบัติการณ์ภาวะหนาวสั่นร้อยละ 1.86, 2.53 และ 2.44 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽⁷⁾ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า เครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือไม่เพียงพอและรูปแบบการพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ ขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหนาวสั่น (Shivering) ได้ จนนำไปสู่ความเสี่ยงที่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ได้มากขึ้น และพบว่าในระยะก่อนระยะผ่าตัดไม่ได้วัดประเมินอุณหภูมิร่างกายและไม่มี การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยืนยันถึง

ผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำมาใช้⁽⁸⁻⁹⁾ จึงทำให้ไม่สามารถทราบถึงระดับอุณหภูมิกายของผู้ป่วยเพื่อจะนำไปวางแผนป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำผู้ป่วยได้ ส่วนการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยในหน่วยงานมีการปฏิบัติที่หลากหลายวิธี พบว่าในระยะผ่าตัดส่วนใหญ่มีการให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยโดยคลุมผ้าแห้งบริเวณร่างกายผู้ป่วยส่วนบน ส่วนการนำอุปกรณ์เป่าลมอุ่นและเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางน้ำเกลือ barkey S-line มาใช้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยร้องขอหรือเกิดภาวะหนาวสั่น จากแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันและเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ (barkey S-line) มีต้นทุนสุขภาพที่สูงและไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ภาวะอุณหภูมิกายต่ำและหนาวสั่นยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน

เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น การนำความรู้ที่มีการศึกษาพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำร่วมกับนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) ที่พัฒนาโดยหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นโดยแนวคิดแบบการทำงานของกระเป่าเก็บอุณหภูมิใส่กล่องอาหารที่ด้านในบุฟอยล์ โดยนำผ้าเขียวและแผ่นฟอยล์เก็บความร้อนมาตัดและเว้นช่องว่างไว้เพื่อใส่พลาสติกใสไว้ดูชนิดและปริมาณของสารละลายน้ำเกลือ นำมาเย็บเป็นถุงห่อหุ้มสารละลายน้ำเกลือและติดเทปตีนตุ๊กแกเพื่อประคบให้ถุงผ้าปิดสนิทป้องกันอากาศเย็นเข้าไปในถุงในราคา 31 บาท ซึ่งถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ

(warmer bag) ผู้วิจัยได้มีการทดลองเปรียบเทียบอุณหภูมิของสารละลายน้ำเกลือเมื่อเวลาผ่านไป 1 ชั่วโมง 30 นาที ระหว่างสารน้ำที่ใช้ในนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) กับผลิตภัณฑ์ของบริษัท barkey S-line พบว่า อุณหภูมิของสารน้ำปลายสายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ส่วนอุณหภูมิปลายสายที่ไม่ได้ห่อหุ้มต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าน่าจะมีความปลอดภัยและสามารถป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและสามารถรักษาระดับอุณหภูมิแกนกายของร่างกายผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาและพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) ในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) กับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือว่ามีผลต่อภาวะ Hypothermia ในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง

วัสดุและวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Quasi-Experimental research design ผู้วิจัยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของชูชีพ⁽¹⁰⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมประกอบด้วย 4 ระยะคือระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) และ ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก (Evidence-trigger phase)

1.1 จากปัญหาที่พบได้จากปฏิบัติงานจริง

1.1.1 ระยะก่อน ระยะผ่าตัดไม่ได้ วัดประเมินอุณหภูมิกาย

1.1.2 รูปแบบการพยาบาลที่ไม่สมบูรณ์ ขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจน

1.1.3 การให้ความอบอุ่นร่างกายมีการปฏิบัติไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน

1.1.4 เครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือมีต้นทุนค่าบริการผู้ป่วยในที่สูงและไม่เพียงพอในการใช้ป้องกันภาวะหนาวสั่น

1.1.5 อุปกรณ์หวนสั่นต้องได้ยาแก้ปวดชนิด Pethidine มีแนวโน้มสูงขึ้น

1.2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported phase)

2.1 สืบค้นหลักฐาน/วรรณกรรมและวิเคราะห์ข้อมูลทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ Critical Appraisal Tools ของ The Joanna Briggs Institute ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ทั้งสิ้น 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง⁽¹¹⁻¹³⁾ และเป็นวรรณกรรมเดี่ยว 7 เรื่อง⁽¹⁴⁻²⁰⁾

2.2 สรุปประเด็นที่ได้จากหลักฐานงานวิจัยเพื่อให้ได้สาระสำคัญนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

2.3 ยกร่างแนวปฏิบัติผู้ศึกษาและทีมร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและเนื้อหา

2.4 ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วย AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิชาญแพทย์จำนวน 1 คน และวิชาญพยาบาล จำนวน 2 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับคณะผู้วิจัยฯ ก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase)

3.1 นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังจำนวน 36 ราย

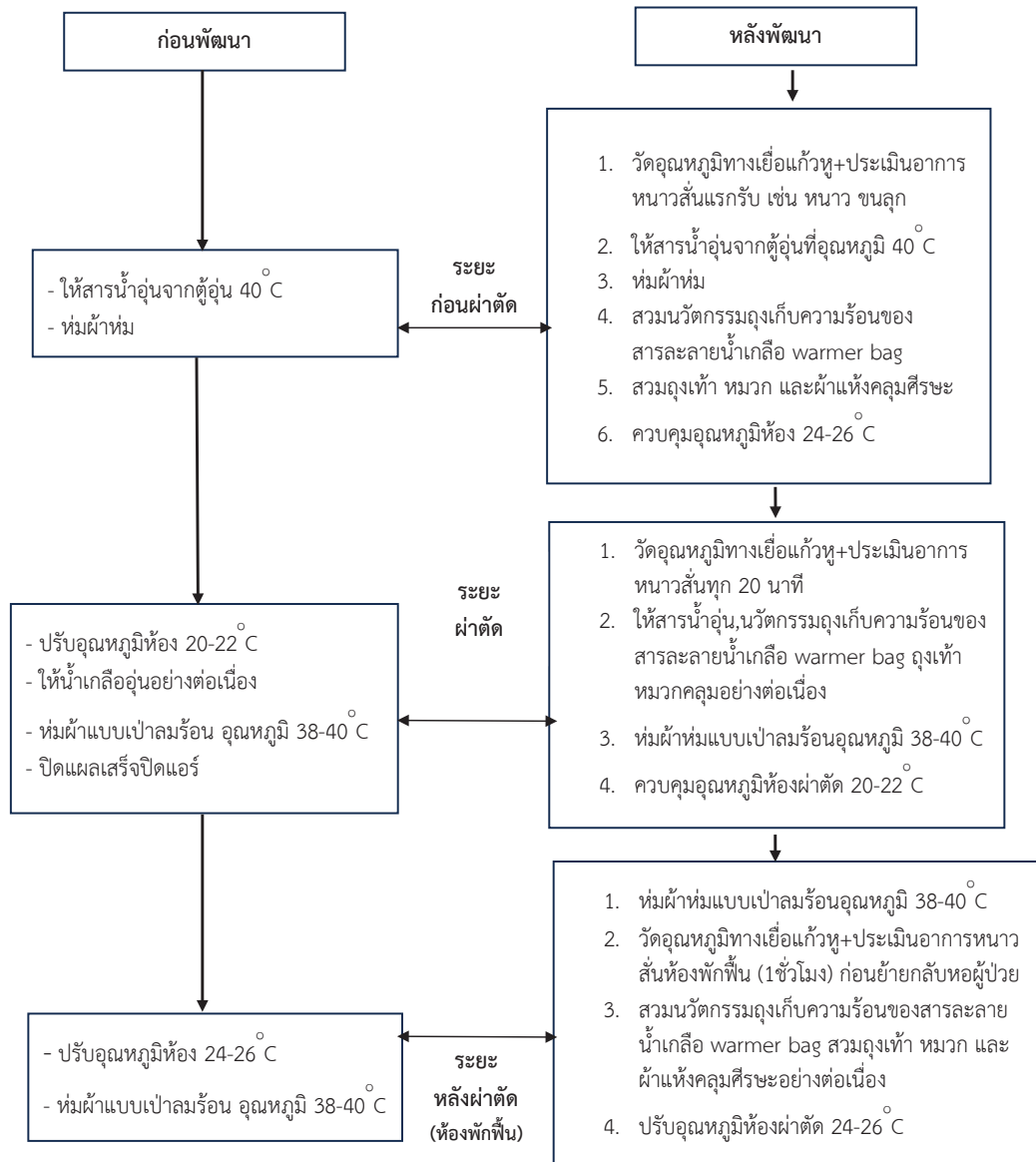
3.2 นำผลสรุปและวิเคราะห์ผลเสนอที่ปรึกษาและผู้ปฏิบัติ

3.3 สร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล
ที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence
based phase)

4.1 นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงและประเมิน
ผลลัพธ์

4.2 วิเคราะห์ความคิดเห็นของทีมต่อการ
ใช้แนวปฏิบัติ



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วย
ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่เข้ามารับบริการที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ที่เข้ามารับบริการที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 – กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและ/หรือเพศชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ และเป็นการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าให้ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังร่วมกับ Morphine
- 3) อ่อนหิวมิแกล้วก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยต้องต่ำกว่า 37.5 องศาเซลเซียสเมื่อถึงห้องผ่าตัด
- 4) ยินดีหรือเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามหรือลงนามแทนกรณีไม่สามารถลงนามได้
- 5) ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 2 ชั่วโมง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- ดังนี้
- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
 - 2) ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้ารับการทําวิจัย
 - 3) มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังเป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
 - 4) มีการเสียเลือดมากกว่า 1,000 ซีซี
 - 5) ใช้ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดย

ใช้โปรแกรม STATA version 14 เมื่อสัดส่วนตัวแปรควบคุมเมื่อสัมผัสปัจจัย (p)¹ เท่ากับ 0.21, (p)² เท่ากับ 0.78 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 80%, สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 80%, 5 % significance ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง จำนวน 97 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมจำนวนเท่ากับ 30 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือจำนวนเท่ากับ 31 ราย และกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและ warmer bag จำนวนเท่ากับ 36 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพประกอบด้วยโรคประจำตัว

- 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย โรคที่ได้รับการวินิจฉัยที่ทำให้ได้รับการผ่าตัด ระดับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (ASA physical status)

- 3) แบบบันทึกปัจจัยด้านการระงับความรู้สึกและปัจจัยด้านการผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามจะครอบคลุม 6 ตัวแปรที่ประกอบด้วยระยะเวลาในการผ่าตัด (ชั่วโมง) ปริมาณสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำขณะผ่าตัด (ซีซี) ระดับการชา (anesthetic level) ประเภทของการผ่าตัดปริมาณเสียเลือด (ซีซี) อุณหภูมิห้อง (องศาเซลเซียส) และแบบบันทึก

การเกิดภาวะหนาวสั่นหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังของ Butwich AJ และคณะ⁽²¹⁾ โดยแบ่งอาการหนาวสั่นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่มีอาการหนาวสั่น 1 = ชนลุก 2 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อ 3 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 กลุ่ม 4 = มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย การวิจัยนี้ประเมินการเกิดอาการหนาวสั่นเมื่อคะแนนมากกว่า 2 เครื่องมือมีลักษณะการวัดเป็นแบบ Check list การแปลผลของแบบบันทึกโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4) แบบบันทึกการวัดอุณหภูมิร่างกายระยะก่อน ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5) เครื่องวัดอุณหภูมิแกนกลางทางเยื่อแก้วหู (Tympanic thermometer) ใช้หลักการของแสงอินฟราเรด วิธีวัดใช้มือดึงใบหูไปด้านหลังวางเลนส์ชี้ตรงไปที่เยื่อแก้วหู ใช้เวลาวัด 2 วินาที⁽⁷⁾ และใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการทดลอง

6) เครื่องมือวัดอุณหภูมิบรรยากาศภายในห้องผ่าตัดชนิดดิจิทัลให้มีการสอบเทียบจากผู้เชี่ยวชาญของบริษัท

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกปัจจัยด้านการระงับความรู้สึกและปัจจัยด้านการผ่าตัด และแบบ

บันทึกการวัดอุณหภูมิร่างกาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (APN) จำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) ในการศึกษารั้งนี้เท่ากับ 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

หลังจากผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบบันทึกปัจจัยด้านการระงับความรู้สึกและปัจจัยด้านการผ่าตัด แบบบันทึกการวัดอุณหภูมิร่างกายเครื่องวัดอุณหภูมิแกนกลางทางเยื่อแก้วหูและเครื่องมือวัดอุณหภูมิไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายและนำผลการทดสอบมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในการศึกษารั้งนี้เท่ากับ 0.89, 0.80, 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 006/2566 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายจนเข้าใจ และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธรวมทั้งถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

กลุ่มที่ 1 ตามมาตรฐานเดิม T1 ระยะก่อนการระงับความรู้สึก - ให้สารน้ำอุ่นจากตู้อุ่น 40°C - ห่มผ้าคลุม T2/S1 ระยะระหว่างผ่าตัด - ปรับอุณหภูมิห้อง 20-22°C - คลุมผ้านานบนลำตัว - ให้น้ำเกลืออุ่นอย่างต่อเนื่อง - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C (คลุมผ้า 1 ชั้นก่อนที่หน้าอกและแขน 2 ข้าง) - ปิดแผลเสร็จปิดแอร์ T3/S2 ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก(ห้องพักฟื้น) - ปรับอุณหภูมิห้อง 24-26°C - ห่มผ้าห่มอุ่นคลุมหน้าอกถึงปลายเท้า - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C - ให้สารน้ำที่อุ่นอย่างต่อเนื่อง	กลุ่มที่ 2 ตามมาตรฐานเดิมร่วมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ T1 ระยะก่อนการระงับความรู้สึก - ให้สารน้ำอุ่นจากตู้อุ่น 40°C - ห่มผ้าคลุม T2/S1 ระยะระหว่างผ่าตัด - ปรับอุณหภูมิห้อง 20-22°C - คลุมผ้านานบนลำตัว - ให้น้ำเกลืออุ่นอย่างต่อเนื่อง - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C (คลุมผ้า 1 ชั้นก่อนที่หน้าอกและแขน 2 ข้าง) - ใช้เครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ barkey S-line - ปิดแผลเสร็จปิดแอร์ T3/S2 ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก(ห้องพักฟื้น) - ปรับอุณหภูมิห้อง 24-26°C - ห่มผ้าห่มอุ่นคลุมหน้าอกถึงปลายเท้า - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C - ให้สารน้ำที่อุ่นอย่างต่อเนื่อง	กลุ่มที่ 3 กลุ่มทดลองตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและ warmer bag T1 ระยะก่อนการระงับความรู้สึก - ให้สารน้ำอุ่นจากตู้อุ่น 40°C - ห่มผ้าอุ่นจากตู้อุ่น 40°C ผ่าห่มคลุมอีกชั้น - สวมหมวกและผ้าห่มคลุมศีรษะ สวมถุงเท้า - ใช้ฉนวนกันความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ warmer bag T2/S1 ระยะระหว่างผ่าตัด - ปรับอุณหภูมิห้อง 20-22°C - คลุมผ้าอุ่นด้านบนลำตัว - ให้น้ำเกลืออุ่นอย่างต่อเนื่อง - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C (คลุมผ้า 1 ชั้นก่อนที่หน้าอกและแขน 2 ข้าง) - ใช้ฉนวนกันความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) - สวมถุงเท้า หมวกและคลุมผ้าห่มที่ศีรษะ - ปิดแผลเสร็จปิดแอร์ T3/S2 ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก(ห้องพักฟื้น) - ปรับอุณหภูมิห้อง 24-26°C - ห่มผ้าห่มอุ่นคลุมหน้าอกถึงปลายเท้า - ห่มผ้าแบบเป่าลมร้อน อุณหภูมิ 38-40°C - ให้สารน้ำที่อุ่นอย่างต่อเนื่อง - ใช้ฉนวนกันความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) - สวมถุงเท้า หมวกและคลุมผ้าห่มที่ศีรษะ
---	---	---

หมายเหตุ: Tx หมายถึง วัดอุณหภูมิแกนของกลุ่มตัวอย่าง (Tympanic Temperature), Sx หมายถึง อาการหนาวสั่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามระยะเวลาระหว่างแรกรับที่ห้องผ่าตัด (Time 1) ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด (Time 2) และระยะที่อยู่ในห้องพักฟื้น (Time 3) โดยใช้สถิติ One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test)

ผลการศึกษา

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันภาวะ

อุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ชั้นแรกขออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 97 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมเท่ากับ 30 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือเท่ากับ 31 ราย กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag เท่ากับ 36 ราย โดยแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ASA classification ดังแสดงในตาราง 1 และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน (n=30)	กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานเดิมกับเครื่อง ควบคุมอุณหภูมิ สารละลายทางสายน้ำ เกลือ (n=31)	กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานเดิมร่วมกับ แนวปฏิบัติและ warmer bag (n=36)	p-value
อายุ (ปี)	63.38 ± 12.86	60.63 ± 18.37	59.80 ± 17.81	0.75
ดัชนีมวลกาย (kg.m ²)	26.10 ± 4.62	25.38 ± 4.92	25.50 ± 4.22	0.76
ASA I/II/III (%)	2.41 ± 0.50	2.33 ± 0.66	2.36 ± 0.68	0.81

ตาราง 2 ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อมูลสุขภาพ	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (n=30)		กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ (n=31)		กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag (n=36)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัว							0.14
HT	10	33.30	10	32.30	4	11.10	
HT, DLP	11	36.70	12	38.70	19	52.80	
HT, DM, DLP	2	6.70	2	6.50	2	5.60	
None	7	23.30	7	22.60	11	30.60	
การผ่าตัด							0.16
THR	5	16.70	5	16.10	3	8.30	
TKR	15	50.00	20	64.50	17	47.20	
ORIF	6	20.00	3	9.70	13	36.10	
PFNA	3	10.00	2	6.50	3	8.30	
TBW	1	3.30	1	3.20	0	0.00	

p<0.05

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมเท่ากับ 30 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุม

อุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือเท่ากับ 31 ราย กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag เท่ากับ 36 ราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (n=30)	กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ (n=31)	กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag (n=36)	p-value
Sensory block	T4,T6,T8,T10	T4,T6,T8,T10,T12	T4,T6,T8,T10,T12	0.20
Preload (ml)	350.00±163.47	287.09±99.13	316.66±108.23	0.18
Fluid Intake (ml)	681.66±271.76	664.83±265.69	679.61±249.68	0.94
Blood loss (ml)	75.00±127.40	70.32±126.05	63.05±119.51	0.92
Operation time	1.98±0.71	2.05±0.71	2.18±0.76	0.46

p<0.05

จากการวิเคราะห์อาการหนาวสั่นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมเท่ากับ 30 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือเท่ากับ 31 ราย กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag เท่ากับ 36 ราย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p>0.05) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบการเกิดอาการหนาวสั่นหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มอาการ	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (n=30)		กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ (n=31)		กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag (n=36)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Shivering								
ไม่มี	27	90.00	28	90.30	36	100.00	2.61	0.31
มี	3	10.00	3	9.70	0	0.00		

p<0.05

จากวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของ สารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) กับเครื่อง ควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือว่า มีผลต่อภาวะ Hypothermia ในผู้ป่วยที่มารับ บริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังใน ระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ได้ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบอุณหภูมิแกนภายใน ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมเท่ากับ 30 ราย กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับ เครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ

เท่ากับ 31 ราย กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag เท่ากับ 36 ราย โดยใช้สถิติ One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test) ติดตามตั้งแต่แรกรับหลัง Spinal block 20 นาที หลัง Spinal block 60 นาที พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้ รับมาตรฐานเดิมกับแนวปฏิบัติการพยาบาล และ warmer bag มีความแตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการมาตรฐานเดิมกับ แนวปฏิบัติการพยาบาล และ warmer bag มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำน้อย กว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบอุณหภูมิแกนภายในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแล ตามมาตรฐานเดิม กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิ สารละลายทางสายน้ำเกลือกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติ และ warmer bag โดยใช้สถิติ One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test)

ระยะเวลา	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแล ตาม มาตรฐาน (n=30)	กลุ่มที่ 2 ได้รับการ ดูแลตามมาตรฐาน เดิมกับเครื่องควบคุม อุณหภูมิสารละลาย ทางสายน้ำเกลือ (n=31)	กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานเดิม ร่วมกับแนวปฏิบัติ และ warmer bag (n=36)	p-value
Room Temperature (°C)				
แรกรับ	21.30±1.01	21.68±0.96	21.60±0.83	0.71
หลัง Spinal block 20 นาที	20.87±0.64	21.30±0.94	21.30±0.66	0.30
หลัง Spinal block 60 นาที	20.50±0.66	21.30±0.94	20.59±0.70	0.41
เสร็จผ่าตัดห้องพักฟื้น 60 นาที	25.21±2.18	24.75±0.30	24.66±0.48	0.16

ตาราง 5 เปรียบเทียบอุณหภูมิแกนกายในผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิม กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมกับเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมร่วมกับแนวปฏิบัติและ warmer bag โดยใช้สถิติ One-way non-parametric ANOVA (Kruskal-Wallis test)

ระยะเวลา	กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแล ตาม มาตรฐาน (n=30)	กลุ่มที่ 2 ได้รับการ ดูแลตามมาตรฐาน เดิมกับเครื่องควบคุม อุณหภูมิสารละลาย ทางสายน้ำเกลือ (n=31)	กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานเดิม ร่วมกับแนวปฏิบัติ และ warmer bag (n=36)	p-value
Body Temperature (°C)				
แรกจับ	36.80±0.40	36.71±0.40	36.77±0.30	0.69
หลัง Spinal block 20 นาที	36.01±0.97	36.30±0.44	36.39±0.34	p<0.001**
หลัง Spinal block 60 นาที	35.81±0.39	36.02±0.39	36.06±1.60	p<0.001**
เสร็จผ่าตัดห้องพักฟื้น 60 นาที	36.38±0.32	36.45±0.30	36.58±0.42	0.05*
p<0.05				

วิจารณ์

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนกายของผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยใช้วิธีระงับความรู้สึกชนิดยาเข้าช่องไขสันหลังในระยะ 20 นาที 60 นาที พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับมาตรฐานเดิมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและใช้นวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับมาตรฐานเดิม อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) ถึงแม้ปัจจัยที่มีผลทำให้อุณหภูมิกายต่ำเช่น ระยะ

เวลาการผ่าตัดที่ใช้เวลามากกว่าชั่วโมง อุณหภูมิในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดยาเข้าช่องไขสันหลังที่มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดและกดขบวนการสร้างความร้อนจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิแกนของร่างกายทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้แต่ก็ไม่ได้ทำให้ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ได้รับมาตรฐานเดิมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลและใช้นวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) ลดลงกว่ารูปแบบอื่น⁽²²⁾

เนื่องจากแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์⁽¹¹⁻²⁰⁾ ร่วมกับนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (Warmer bag) สำหรับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาล

มีความน่าเชื่อถือและสามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนนำไปใช้จึงได้มีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติมาแล้ว ในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการนำสู่ปฏิบัติได้จริง⁽¹⁾ องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงคือการมีข้อเสนอแนะที่มีความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติที่นำมาใช้จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของการปฏิบัติในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การวัดและประเมินอุณหภูมิร่างกายและการให้การดูแลความอบอุ่นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยรวมถึงการส่งต่อข้อมูลภาวะอุณหภูมิร่างกายระหว่างทีมทุกระยะของการผ่าตัด⁽²²⁾

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีผลทำให้อุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น อายุ การผ่าตัดที่ยาวนาน การให้สารน้ำหรือส่วนประกอบของเลือด อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดยาเข้าช่องไขสันหลังซึ่งในการศึกษานี้เป็นการผ่าตัดไม่เกิน 2.30 ชั่วโมง มีการควบคุมอุณหภูมิห้อง

ผ่าตัดไม่ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส เสียเลือดปริมาณไม่มากและไม่มีทำให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ดังนั้นการผ่าตัดที่ใช้เวลานานขึ้น การให้สารน้ำและเลือดปริมาณมากอาจทำให้ประสิทธิภาพของนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) ลดลงได้ ในโอกาสพัฒนาเนื่องจากเครื่องควบคุมอุณหภูมิสารละลายทางสายน้ำเกลือ barkey S-line อุณหภูมิจะทำงานที่สายน้ำเกลืออย่างเดียวก่อนเข้าสู่ผู้ป่วย (เครื่องตั้งไว้ที่ 40 องศาเซลเซียส) ผู้วิจัยได้จัดทำนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) ให้คงไว้ซึ่งอุณหภูมิของสารละลายน้ำเกลือได้นานแต่เมื่อปลายสายไม่ได้ห่อหุ้มความร้อนจึงทำให้อุณหภูมิของสารละลายลดลงก่อนเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยจึงเป็นโอกาสพัฒนาต่อไปในการต่อยอดพัฒนานวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุป

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและนวัตกรรมถุงเก็บความร้อนของสารละลายน้ำเกลือ (warmer bag) ภายใต้รูปแบบการพยาบาลมาตรฐานเดิมสามารถควบคุมอุณหภูมิแกนกายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กุลวีณ์ สุจริต. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย. ใน: เลียงชัย ลิ้มล้อมวงศ์, สุรวัฒน์ จริยาวัฒน์, บรรณาธิการ. สรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เทกแอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น. หน้า 345-59.
2. Gamal T, Khalid M. Effect of forced air prewarming, tramadol or their combination on prevention of hypothermia and shivering during cesarean section under spinal anesthesia. ZUMJ 2013;19:304-11.
3. Goyal P, Kundra S, Sharma S, Grewal A, Kaul TK, Singh MR. Efficacy of intravenous fluid warming for maintenance of core temperature during lower segment cesarean section under spinal anesthesia. J ObstetAnaesth Crit Care 2011;1:73-7.
4. นัทฐา โพธิโยthin. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยขณะผ่าตัด. วิทยุสื่อสาร 2017;39:183-91.
5. สมหมาย ทองมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหนาวสั่นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2020;32(4):1237-48.
6. สุภาภรณ์ รัตนสิมการ, อัจฉรา คำมะทิตย์, วิชิตา วิชาชัย. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ผ้าห่มแบบเป่าลมร้อนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและผลข้างเคียงภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2022;5(2):133-48.
7. ศูนย์เทคโนโลยี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. สถิติงานวิจัยพยาบาล. พระนครศรีอยุธยา: โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา; 2565.
8. พิน ศิริสวัสดิ์. การลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำด้วยการควบคุมอุณหภูมิสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. ชมรมวิทยุพยาบาลแห่งประเทศไทย 2022;59-65.
9. Hooven K. Preprocedure warming maintains normothermia throughout the perioperative period: a quality improvement project. J Perianesth Nurs 2011;26(1):9-14.
10. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000;35:301-9.
11. สายใจ คงพานิช, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณัฐรินทร์ ดิฐศิริพงษ์. การจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2022;5(2):42-51.
12. พจนา ศรีคำจักร. ผลของการอบอุ่นร่างกายก่อนผ่าตัดโดยใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนต่ออุณหภูมิร่างกายและภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดแบบไม่เร่งด่วน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2022;31(2):101-12.

13. Nemeth M, Miller C, Bräuer A. Perioperative hypothermia in children. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(14):7541.
14. Sessler DI. Perioperative thermoregulation and heat balance. *Lancet* 2016;387(10038):2655-64.
15. Campbell G, Alderson P, Smith AF, Warttig S. Warming of intravenous and irrigation fluids for preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(4):CD009891.
16. Simegn GD, Bayable SD, Fetene MB. Prevention and management of perioperative hypothermia in adult elective surgical patients: a systematic review. *Ann Med Surg (Lond)* 2021;72:103059.
17. Zhang H, Wang J, Zhu S, Li J. Full title: the prevalence of and predictors for perioperative hypothermia in postanaesthesia care unit. *J Clin Nurs* 2022;31(17-18):2584-92.
18. Mupparapu M, Singer SR. Editorial: The American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status classification system and its utilization for dental patient evaluation. *Quintessence Int* 2018;49(4):255-56.
19. Beedle SE, Phillips A, Wiggins S, Struwe L. Preventing unplanned perioperative hypothermia in children. *AORN J* 2017;105(2):170-83.
20. Wang YC, Wu MJ, Zhou SL, Li ZH. Protective effects of combined treatment with ciprofol and mild therapeutic hypothermia during cerebral ischemia-reperfusion injury. *World J Clin Cases* 2023;11(3):487-92.
21. Butwick AJ, Lipman SS, Carvalho B. Intraoperative forced air-warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia. *Anesth Analg* 2007;105(5):1413-9.
22. Torossian A. Thermal management during anaesthesia and thermoregulation standards for the prevention of inadvertent perioperative hypothermia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2008;22(4):659-68.

Development of Caring System for Emergency Psychiatric Patients in the Community of Phayuha Khiri District , Nakhon Sawan Province

*Siripun Chompoopoo, M.D.**

Abstract

Objective: To develop an emergency psychiatric care system model in Phayuha Khiri District's community, Nakhon Sawan Province.

Methods: This research is action research the sample was divided into 2 groups: Group 1 represents persons who involve emergency psychiatric patients' caring including 11 relatives, 13 Phayuha Khiri hospital staffs, 2 police officers, 8 rescue workers, 8 public health volunteers or community leaders, 8 subdistrict health promotion hospital nurses. Group 2 includes 13 policy administrators such as persons responsible for provincial mental health work, head of network partners in Phayuha Khiri District and heads of related departments. Data were collected between July 2022 – November 2022, Data collection using the interview and focus group research tools were structured interviews form about emergency psychiatric care system, satisfaction assessment form, group discussion issues. Data analysis by using frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

Results: The caring system for emergency psychiatric patients in the community of Phayuha Khiri District was divided into 3 periods of care which included the period without incident, during the incident, after the incident. In terms of satisfaction, the satisfaction with the overall service was at a high level ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = .417). The most satisfied item was speeds of service after an incident was reported. ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = .576), next in order was hospitable, attitude and service behaviors ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = .732). The aspect with the lowest mean was referral procedure, that was from receiving patients to treatment and referral ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .572).

Conclusion: The developed guideline for emergency psychiatric care in community of Phayuha Khiri District can be applied in practice. Collecting additional information is necessary for getting data to develop a more complete care system in the future.

Keywords: emergency psychiatry; mental health; referral psychiatric patients

*Phayuha Khiri Hospital, Nakhon Sawan Province

Received: March 9, 2023; Revised: November 20, 2023; Accepted: December 29, 2023

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์

ศิริพรรณ ชมภูพู่, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ประกอบด้วยญาติผู้ป่วย จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพยุหะคีรี จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 2 คน กู้ภัย จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำชุมชนจำนวน 8 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 คน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ผู้บริหารระดับนโยบาย เช่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด หัวหน้าภาคีเครือข่ายในอำเภอพยุหะคีรี หัวหน้าแผนก ที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 13 คน ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 - เดือนพฤศจิกายน 2565 วิธีการเก็บข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบประเมินความพึงพอใจประเด็นสนทนากลุ่มการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี แบ่งการดูแลเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงไม่มีเหตุช่วงเกิดเหตุช่วงหลังเกิดเหตุ ด้านความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = .417) ความพึงพอใจรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรวดเร็วในการให้บริการหลังแจ้งเหตุมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = .576) รองลงมาคือ ด้านอภัยภัยทำที่ พฤติกรรมการให้บริการ ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = .732) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยคือตั้งแต่รับผู้ป่วยส่งเข้าสู่การรักษาและส่งต่อ ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .572)

สรุป: แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ควรมีการเก็บข้อมูลต่อไปเพื่อนำปัญหาอุปสรรคมาพัฒนาระบบการดูแลให้สมบูรณ์มากขึ้น

คำสำคัญ : จิตเวชฉุกเฉิน; สุขภาพจิต; การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช

*โรงพยาบาลพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ได้รับต้นฉบับ: 9 มีนาคม 2566; แก้ไขบทความ: 20 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 29 ธันวาคม 2566

บทนำ

จิตเวชฉุกเฉิน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วย มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง เช่น ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น มีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมาก ฯลฯ อาการดังกล่าว ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่ายโดยการประเมินอาการพฤติกรรมและวางแผนดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 20 จะมีโอกาสก่อความรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ จากการรวบรวมข้อมูล ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการ โดยมากที่สุดเป็นผู้ป่วยจิตเภท และมีการเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี⁽²⁾ โดยในปี 2561 มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 จำนวน 316 ต่อแสนประชากร ปี 2563 จำนวน 379 ต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ สอดคล้องกับการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารักษาด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 84 คน ในต่างประเทศผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 19.1-60 ในประเทศไทยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาตาม

การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาในเขตเมือง มีความชุกของพฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 24.68⁽²⁾ สำหรับอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่ปี 2562 ถึงปี 2564 พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ต้องเข้ารับบริการฉุกเฉิน ปีละ 10-12 ราย สาเหตุหลักมาจากการขาดยา และการใช้สารเสพติด และพบผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ที่มาด้วยอาการจิตเวชฉุกเฉินเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใช้สารเสพติดหรือดื่มสุราเรื้อรัง ในด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรีนั้น เดิมพบยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของญาติ/ผู้ดูแล กล่าวคือเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวช เกิดอาการกำเริบที่มีอาการรุนแรงญาติไม่สามารถควบคุมได้ บางรายญาติจะแจ้งผู้นำชุมชน บางรายแจ้งตำรวจ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ กรณีแจ้งผ่านแกนนำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะแจ้งตำรวจในพื้นที่ เพื่อจำกัดพฤติกรรมและช่วยนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา ในด้านตำรวจจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์โดยตรง บางรายนำส่งโรงพยาบาลพยุหะคีรีก่อนแล้วแต่ดุลยพินิจในรายที่ส่งโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์โดยตรงส่วนใหญ่แพทย์จะส่งกลับมายังโรงพยาบาลพยุหะคีรีเพื่อตรวจคัดกรองโรคทางกายก่อน ทำให้ผู้ป่วยต้องย้อนกลับไป-มา ปัญหาอีกส่วนหนึ่งของระบบเดิม คือ การขาดความรู้และทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของผู้เกี่ยวข้อง กล่าวคือ ญาติ/ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ จึงไม่ได้สังเกต/เฝ้าระวังอาการผู้ป่วย รอจนผู้ป่วย

เกิดอาการรุนแรง ญาติไม่ทราบช่องทางการติดต่อสื่อสารหรือ แหล่งช่วยเหลือ ไม่มีทักษะการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงในขั้นต้น ในปีงบประมาณ 2564 นั้น พบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 11 ราย พบอาการรุนแรง 1 ราย คือ ผู้ป่วยเผาบ้านตนเอง ซึ่งมีสาเหตุจากผู้ป่วยขาดยาและใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอีก 10 รายถูกนำส่งโดยตำรวจ และแกนนำชุมชนโดยบางรายกว่าจะจับตัวผู้ป่วยได้ ก็สร้างความวุ่นวายให้ทีมดูแลช่วยเหลือและชุมชน จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด ทำให้ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลพุทธะคีรี และเป็นประธานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพุทธะคีรี มีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนของอำเภอพุทธะคีรีขึ้น เพื่อให้มีระบบการดูแลที่ชัดเจน ทีมดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตน ทราบขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติในระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ญาติ/ผู้ดูแลและทีมให้การดูแลช่วยเหลือปลอดภัย และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี จ.นครสวรรค์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี จ.นครสวรรค์
3. เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี จ.นครสวรรค์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี ขั้นตอนที่ 3 ทดลองและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพุทธะคีรี ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 - เดือนพฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพุทธะคีรี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้ง เข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดทุกกิจกรรมจำนวน 50 คน ประกอบด้วย ญาติผู้ป่วย จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธะคีรี จำนวน 13 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 2 คน กู้ภัย จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำชุมชน จำนวน 8 คน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8 คน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพุทธะคีรี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้บริหารระดับนโยบายของระบบสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ภาควิชาเครือข่ายอำเภอพุทธะคีรี ตัวแทนฝ่ายการปกครอง

ตัวแทนองค์กรส่วนท้องถิ่นทั้งหมดจำนวน 13 คน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 และญาติผู้รับบริการในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการศึกษาปัญหา สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ผ่านมา พัฒนามาจากการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่⁽³⁾ รายละเอียดประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อมูลด้านประชากรและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ 3) ข้อมูลด้านบุคลากร 4) ข้อมูลด้านระบบบริการ 5) ปัญหาที่พบจากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอำเภอพยุหะคีรี 6) ความต้องการความใฝ่ฝันอยากให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อำเภอพยุหะคีรีเป็นอย่างไร

2. ประเด็นคำถาม การสนทนากลุ่ม (focus group) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนประกอบด้วย 1) ร่างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี ซึ่งพัฒนามาจากระบบเดิม 2) บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ/แต่ละหน่วยงาน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ตามระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการให้บริการจำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมาจากการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ และศึกษาทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องจิตเวชฉุกเฉินพัฒนาข้อคำถามตามขอบเขต วัตถุประสงค์ของการวิจัยและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำมาแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ โดย

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 50 คน

1.2 ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มาใช้บริการ ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 11 ราย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ข้อบกพร่องของการให้บริการตามระบบเดิม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี

2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวน
เวชระเบียนการสัมภาษณ์และทบทวนวรรณกรรม
ที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี ที่ใช้เดิม

2.2 นำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรีทำ focus
group ในกลุ่มผู้บริหารระดับนโยบายของระบบ
สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์และภาคีเครือข่าย
ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 13 คน

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากการทำ focus
group มาปรับแก้ไขแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลแนวทางการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี
มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี
แก่หัวหน้าหน่วยงานในอำเภอพยุหะคีรี แกนนำ
ชุมชนทุกหมู่บ้านในการประชุมประจำเดือนและ
หัวหน้าแผนกโรงพยาบาลพยุหะคีรี

3.2 จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการ
จัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การผูกมัด แก่
พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลประจำ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พนักงานเปล
พนักงานรักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่ตำรวจ
กู้ภัย และชี้แจงบทบาทหน้าที่ และแนวทางการ
ปฏิบัติในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่
พัฒนาขึ้น

3.3 พยาบาลประจำโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ให้ความรู้ญาติ
ผู้ป่วยจิตเวช อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แกนนำชุมชน ประชาชนทั่วไป เรื่องระบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี
ที่พัฒนาขึ้น และสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ
การสำรวจครัวเรือนเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง
ในชุมชน

3.4 เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
ในแต่ละพื้นที่ เริ่มปฏิบัติตามระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือน
กันยายน 2565

3.5 ช่วงปฏิบัติตามระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี
ให้หัวหน้าหน่วยงาน หรือตัวแทนที่เข้าร่วมประชุม
สนทนากลุ่มเป็นผู้สังเกต นิเทศ ติดตาม บันทึก
ปัญหาอุปสรรค จากการปฏิบัติงานนำข้อมูลมาทำ
focus group กลุ่มย่อยและทบทวนปัญหาอุปสรรค
ที่พบจากการปฏิบัติงานตามระบบใหม่ นำข้อ
สรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง
แก้ไขและจุดแข็งที่ต้องรักษาไว้ มาเป็นแนวทางใน
การปรับระบบการดูแลใหม่

3.6 ประเมินผลระบบการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี
โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และประเมินความ
พึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินที่มารับบริการหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ในส่วนข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง
แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. ข้อมูลในส่วนศึกษาปัญหาสภาพการณ์ มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
การประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หมายเลขการวิจัย NSWPHO-010/65 วันที่ได้
ในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา รับการรับรอง 1 กรกฎาคม 2565
(content analysis)

ผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้ 3 ส่วน
รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

การวิจัยครั้งนี้ นำเสนอผลการวิจัยเป็น

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน) N=50	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	18	36
หญิง	32	64
2. อายุ (ปี)		
21-30	9	18
31-40	11	22
41-50	11	22
51-60	14	28
มากกว่า 60	5	10
3. สถานภาพสมรส		
โสด	10	20
คู่	30	60
หม้าย/หย่า/แยก	10	20
4. อาชีพ		
เกษตรกร	12	24
รับจ้าง	12	24
ค้าขาย	2	4
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	19	38
ว่างงาน	5	10
5. รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	15	30

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ในส่วนข้อมูลทั่วไป

5,000-10,000 บาท/เดือน	12	24
มากกว่า 10,000บาท/เดือน	23	46

6. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน	2	4
ประถมศึกษา	15	30
มัธยมศึกษา	9	18
อนุปริญญา/ปวส.	4	8
ปริญญาตรี	18	36
ปริญญาโท	2	4

7. บทบาทหน้าที่

อสม./แกนนำ	8	16
ตำรวจ	2	4
กู้ภัย	8	16
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	8	16
แพทย์	1	2
พยาบาลห้องฉุกเฉิน	9	18
พนักงานแปล	2	4
พนักงานรักษาความปลอดภัย	1	2
ญาติผู้ป่วย	11	22

2. ข้อมูลคุณภาพ

2.1 ปัญหาที่พบจากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ระบบเดิม	ฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 11 ราย พบทุกรายมีอาการรุนแรงจึงนำเข้าสู่ระบบการรักษา
2.1.1 ด้านความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	- องค์การส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน ขาดความรู้และทักษะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การเกลี้ยกล่อม การจำกัดพฤติกรรม จากการเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.4 ไม่เคยผ่านการอบรมความรู้ด้านจิตเวชฉุกเฉิน และบางหน่วยงานไม่เคยมีกิจกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

- ดำรวจ ภัยอันตรายความรู้
เรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยนำไปส่ง
ที่โรงพยาบาลเฉพาะทางโดยไม่ผ่านการตรวจ
ร่างกายจากโรงพยาบาลชุมชนก่อน พยาบาล
ห้องฉุกเฉินรับผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาล
เฉพาะทางเพื่อตรวจเลือด หาโรคทางกายบ่ง

2.1.2 ด้านสถานที่ เดิมก่อน
พัฒนาระบบ ห้องฉุกเฉินไม่มีเตียงแยกสำหรับ
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยให้บริการรวมกับผู้ป่วย
ฉุกเฉินทางกาย

2.1.3 ด้านการส่งต่อประสาน
งาน

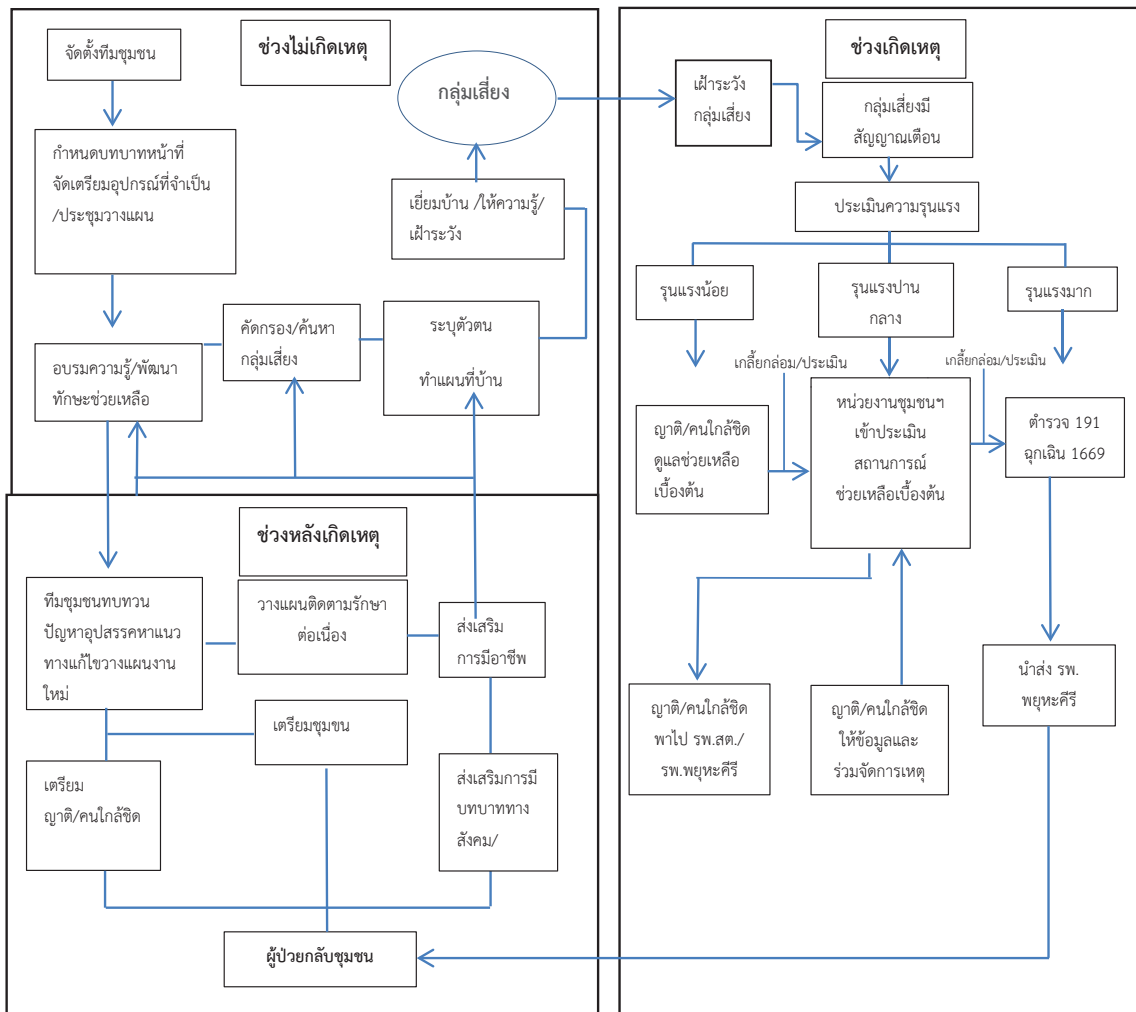
- ไม่มีหน่วยงานที่เป็น
ศูนย์กลางในการรับแจ้งเหตุ ประสานงานหน่วย
งานต่าง ๆ ให้

- ด้านการส่งต่อ ข้อมูล
จากห้องฉุกเฉินพบว่า มีปัญหากระบวนการให้
คำปรึกษา (consult) แพทย์เฉพาะทาง และ
รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉพาะทางยาก
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตำรวจและองค์กร
ส่วนท้องถิ่น ภัย พบว่า ขั้นตอนในการ
ส่งต่อยุ่งยาก ต้องใช้เวลานาน เริ่มจากรอผล
ตรวจเลือด ตรวจทางร่างกายจากโรงพยาบาลชุมชน

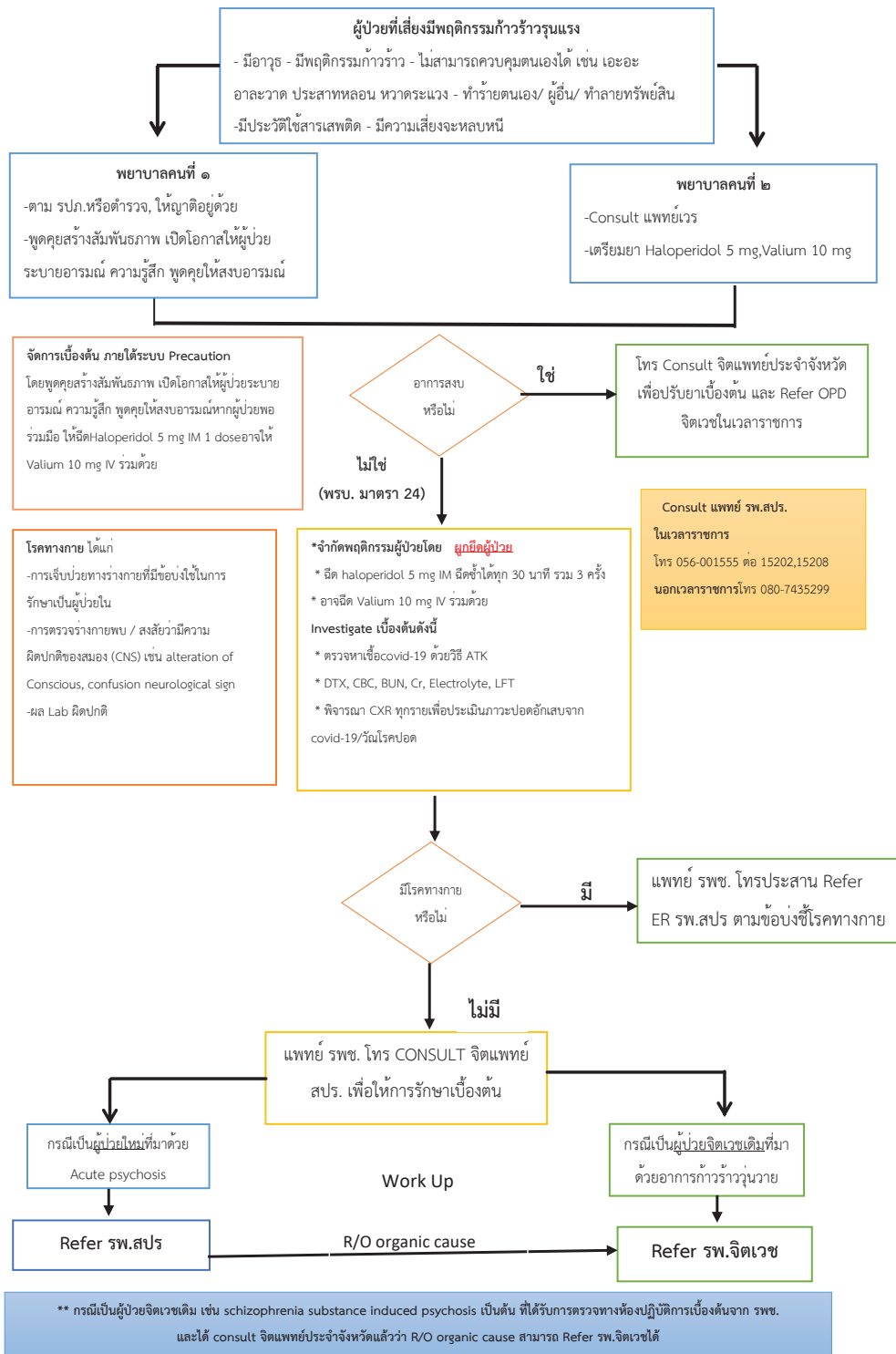
และขั้นตอนพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง

2.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรีแบ่งการดูแล
เป็น 3 ช่วง คือ 1) ช่วงไม่มีเหตุ แต่ละชุมชนต้อง
มีการเตรียมความพร้อม โดยเริ่มจากการจัดตั้งทีม
กำหนดบทบาทหน้าที่ เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น
ประชุมวางแผนต่อเนื่อง อบรมให้ความรู้ทักษะ
การช่วยเหลือแก่ทีม ค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวัง
และให้ความรู้แก่ญาติ/คนใกล้ชิด 2) ช่วงเกิดเหตุ
ญาติสังเกตสัญญาณเตือน พบมีอาการรุนแรงขึ้น
ร้องขอความช่วยเหลือจากทีมชุมชน เข้าไปประเมิน
ความรุนแรงถ้าเกลี้ยกล่อมสำเร็จ ทีมชุมชนพาผู้ป่วย
ส่งโรงพยาบาล ถ้าไม่สำเร็จประสานตำรวจ
ผ่าน 191 และการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เกลี้ยกล่อม
/เข้าชาร์จ พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลพยุหะคีรี
3) ช่วงหลังเกิดเหตุ มีการเตรียมชุมชน เตรียม
ญาติ/คนใกล้ชิด ทีมทบทวนแผนจัดการช่วย
เหลือปัญหาอุปสรรค ค้นหาแนวทางวางแผนใหม่
มีการวางแผนติดตามการรักษาต่อเนื่อง กระตุ้น
ให้ผู้ป่วยมีบทบาททางสังคมเพิ่มขึ้นตามระบบการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในโรงพยาบาลพยุหะคีรี
จังหวัดนครสวรรค์ ดังแสดงในผังไหลที่ 1 และ 2

ผังไหลที่ 1: ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์



ผังไหลที่ 2: แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลพยุหะคีรี



ผังไหลที่ 2: แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลพยุหะคีรี

3. การประเมินผลการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรี

3.1 ผลการทำ Focus Group กลุ่มย่อยหลังจากปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 7 ราย นำเข้าระบบการดูแลโดยญาติ 2 ราย กู้ภัยและประสาน 191 จำนวน 1 และ 2 ราย ตามลำดับ ปัญหาที่พบคือ การนำส่งผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามขั้นตอน มีการนำผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์โดยไม่ผ่านการคัดกรองโรคทางกายจาก

โรงพยาบาลพยุหะคีรีก่อนจำนวน 1 ราย

3.2 การประเมินผลความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ความพึงพอใจต่อภาพรวมการให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = .417) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าในเรื่องความรวดเร็วในการให้บริการหลังแจ้งเหตุมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.09$, S.D. = .576) รองลงมา คือ ด้านอภัยศัย/ท่าทีพฤติกรรมกรให้บริการ ($\bar{x} = 4.00$, S.D. = .732) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย คือ ตั้งแต่รับผู้ป่วยส่งเข้าสูการรักษาส่งต่อ ($\bar{x} = 3.68$, S.D. = .572) ดังแสดงในตาราง

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (N=57)					$\bar{x}$	S.D.	แปลความหมาย
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)			
1. ความรวดเร็วในการให้บริการหลังแจ้งเหตุ	57	66.7	12.3	-	-	4.09	.576	พึงพอใจมาก
2. อภัยศัย/ท่าที พฤติกรรมกรให้บริการ	26.3	47.4	26.3	-	-	4.00	.732	พึงพอใจมาก
3. การให้ข้อมูล/คำแนะนำแก่ญาติ	15.8	51.4	22.8	-	-	3.93	.623	พึงพอใจมาก
4. กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ญาติ ททรัพย์สิน	15.8	61.4	22.8	-	-	3.93	.623	พึงพอใจมาก
5. ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย คือตั้งแต่รับผู้ป่วยส่งเข้าสูการรักษาส่งต่อ	5.3	57.9	36.8	-	-	3.68	.572	พึงพอใจมาก
6. ความพึงพอใจต่อภาพรวมกรให้บริการ	5.3	82.5	12.3	-	-	3.93	.417	พึงพอใจมาก

วิจารณ์

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในปี 2564 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่เข้าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีจำนวน 11 คน จากการเก็บข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่รับประทานยา รวมทั้งเป็น

กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดเป็นส่วนใหญ่ และมีสัมพันธภาพในบ้านไม่ดี มีการดูว่ากล่าว มีการข่มขืนน้อยและผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สินเงิน สุขสมปอง และคณะ⁽⁴⁾

ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทโดยการทบทวนวรรณกรรมสืบค้นผ่าน pubmed, PsycINFO, ClinicalTrials.gov, google scholar พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด รวมถึงการสูบบุหรี่ ถ้าญาติมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้สม่ำเสมอ และสามารถควบคุมผู้ป่วยเรื่องการใช้สารเสพติด ตลอดจนชุมชนมีการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดได้ ผู้ป่วยจิตเวชจะลดโอกาสอาการกำเริบได้

ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ ระบบเดิม พบว่า ญาติ/ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข/แกนนำชุมชนในอำเภอพยุหะคีรี ไม่ทราบแนวทางการดูแลเมื่อเกิดเหตุ ไม่ทราบช่องทางการช่วยเหลือ ทุกชุมชนทำตามประสบการณ์เดิมของแต่ละแห่ง คือ ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยากไม่มี ศูนย์หลักรับผิดชอบ ระบบการดูแลมีขั้นตอนมาก เช่น เจาะเลือด เอกซเรย์ปอด เพื่อค้นหาโรคทางกายซึ่งใช้เวลารอผล 1-2 ชั่วโมง ปรึกษาจิตแพทย์ประจำจังหวัด ซึ่งใช้ระยะเวลานาน สถานบริการโรงพยาบาลพยุหะคีรีไม่พร้อม ไม่มีที่เฉพาะรองรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ใช้สถานที่เดียวกับผู้ป่วยฉุกเฉินฝ่ายกายซึ่งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงขึ้น โรงพยาบาลเฉพาะทางรับผู้ป่วยยากทำให้ต้องส่งผู้ป่วยไปมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิกล^(1,5-6)

ได้ศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวช กลุ่มคลังแบบบูรณาการในประเทศไทย พบว่า ปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงระบบบริการ คือ ไม่มีขั้นตอนชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ส่วนใหญ่จะแจ้งตำรวจใกล้บ้านเป็นอันดับแรก เพื่อพูดคุยเกลี้ยกล่อมพาผู้ป่วยขึ้นรถนำส่งโรงพยาบาล และพบว่า ระบบการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มคลังในจังหวัดน่าน 4 จังหวัดมีเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพและเครือข่ายอื่น ๆ ได้แก่ ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กู้ชีพ-กู้ภัย มีการจัดตั้งคณะทำงานแกนหลักจังหวัดจึงทำให้มีระบบการดูแลที่ชัดเจน เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการได้

สาเหตุที่ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนอำเภอพยุหะคีรีไม่มีระบบที่ชัดเจนนั้น เกิดจากเดิมยังไม่มียุทธศาสตร์จากผู้บริหาร ทำให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มองเรื่องของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อมีการร้องขอจากหน่วยงานของรัฐ เช่น ผู้ป่วยอาละวาด เจ้าหน้าที่จัดการไม่ได้แจ้งตำรวจมาจำกัดพฤติกรรม ยังไม่มีการประสานงานและวางแผนการดูแลร่วมกัน ทำให้แต่ละหน่วยงานทำหน้าที่แยกเป็นส่วน ๆ ตามบทบาทหน้าที่ และอีกเหตุผลหนึ่งคือ ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ตำรวจ แกนนำชุมชน พนักงานปกครอง ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับเพิ่มเติม พ.ศ.2562⁽⁷⁾ จึงไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หลังจากได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรีขึ้นใหม่นี้ สามารถนำ

มาปฏิบัติในชุมชนอำเภอพยุหะคีรีได้จริง ผู้ป่วย และญาติ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ปลอดภัย ในด้าน ความพึงพอใจ หลังจากนำระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมาใช้ พบว่าผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อภาพรวมและทุกด้านในการรับ บริการระดับมาก

ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติตามระบบการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น คือ การนำส่ง ผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามขั้นตอนทุกราย มีการนำ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชชนครินทร์ โดยไม่ผ่านการคัดกรอง โรคทางกายจากโรงพยาบาลพยุหะคีรี ทำให้ต้อง นำผู้ป่วยกลับมารับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล พยุหะคีรีก่อน สาเหตุน่าจะมาจากตัวแทนผู้เข้าร่วม ประชุมระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อ.พยุหะคีรี ไม่ได้แจ้งแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติทุกคน ผู้นำส่งจึงไม่ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นใหม่ ยังส่งตามระบบเดิม จาก การทำ Focus Group กลุ่มย่อยมีแนวทางการแก้ไข โดยให้หัวหน้าหน่วยงานทบทวนระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้ผู้ปฏิบัติงานทราบอย่างทั่วถึง นิเทศติดตามการปฏิบัติงานต่อเนื่อง มีผังขั้นตอน การให้บริการแต่ละวิชาชีพชัดเจน

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล หลังจากการนำระบบการ ดูแลไปใช้ จึงพบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมารับ บริการจำนวนไม่มากนัก ซึ่งทำให้พบปัญหาจาก การปฏิบัติงานตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นยังไม่หลากหลาย ทางทีมดูแลยังต้องเก็บข้อมูลจาก การรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินต่อไป และ นำปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการให้บริการมาพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนของ อำเภอพยุหะคีรี เพื่อให้ระบบสมบูรณ์มากขึ้นและ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย บุคลากร สังคม (3P safety) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน⁽⁸⁾ และผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติเหมือนคนทั่วไป

สรุป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรีนี้ เกิดขึ้น จากปัญหาที่พบจากระบบการดูแลเดิมในเรื่อง ความไม่ชัดเจนของการดูแลช่วยเหลือ ญาติ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจ ไม่ทราบช่องทาง ติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุ พาผู้ป่วยเข้า รับบริการตามประสบการณ์เดิมพบปัญหา ทุกขั้นตอน เมื่อพัฒนาระบบการดูแลขึ้น สามารถ นำไปใช้ในชุมชนได้จริง ผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจระดับมาก แต่ยังพบปัญหาบ้าง ในบางขั้นตอน ได้มีการนำปัญหามาหาแนวทาง แก้ไข และยังคงมีการเก็บข้อมูลการรับบริการต่อไป และนำปัญหาที่พบมาแก้ไข พัฒนาระบบต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน อำเภอพยุหะคีรี มีความสมบูรณ์ มีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- ควรมีการนำเสนอระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ให้หน่วยงานอื่น เช่น ตำรวจ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน อื่น ๆ เป็นต้น นำไปพัฒนาใช้ตามบริบทหน่วยงาน นั้น ๆ

- ควรมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นระบบ Fast tract เหมือนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ เมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีระบบการรับแจ้งส่งต่อจากชุมชนสู่โรงพยาบาล มีช่องทางด่วนในการคัดกรอง ตรวจเลือด วินิจฉัยและส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางทันที

- ควรมีศูนย์ประสานงานหลักในการรับ-ส่งข้อมูลประสานงานระหว่างหน่วยงาน คือ ปลัดอำเภอ ตำรวจ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน โดยปลัดอำเภอเป็นแกนนำหลักประสานและสั่งการ และมีเบอร์โทรศัพท์ของศูนย์ให้โทรแจ้งเมื่อเกิดเหตุได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- มีการประชาสัมพันธ์พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับเพิ่มเติม พ.ศ.2562

อย่างแพร่หลายแก่ประชาชนทั่วไปและหน่วยงานต่าง ๆ หลาย ๆ ช่องทาง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ใฝ่าระวังและส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง รัฐบาลทบทวนที่ ในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ศึกษาพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง

- ศึกษาถึงสาเหตุผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งในอำเภอพยุหะคีรี

- ศึกษาหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. พรทิพย์ ชิริติลล, อีระ ศิริสมุท, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงศ์วาร, อัญชลี เนื่องอุดม. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
2. ปัญญา ทองทัฬ, กฤตยา แสงเจริญ. พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(4):121-7.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2562.
4. สิ้นเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิงศ์, พลพัฒน์ โล่เสถียรกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559;61:331-40.
5. พรทิพย์ วชิรติลล, อีระ ศิริสมุท, อนูรัตน์ สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(2):69-83.
6. พรทิพย์ วชิรติลล. ผู้ป่วยจิตคลุ้มคลั่งกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 2565;2(1):77-89.

7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://fliphtml5.com/jyxf/emfn/basic>
8. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2561.
9. กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรหลักสูตรการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2560.
10. วรทยา ราชบัญญัติษฐ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปลาปากจังหวัดนครพนม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(3):48-56.
11. ศิริยุพา นันสุนานนท์. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาล 2563;22(2):118-26.
12. สมปอง พะมุลิลา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/Actionresearch.pdf>

Community Health Development Model to Reduce Sodium Intake in the Food of People, Chachoengsao Province

Yuphin Hongwachin, Ph.D.
Wandee Tubtimthong, M.N.S.**

Abstract

Objective: The study basic information on sodium consumption, analyze and find components, experiment, evaluate, and confirm community health development model to reduce sodium consumption.

Methods: This research was a mixed methods research. The tools was Interview and a 5-level rating scale questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Verify elements with the consistency model using the LISREL program and a focus group.

Results: Most people lacked sodium consumption knowledge. There should be efforts to educate raise awareness about sodium intake, communicate with people in the same direction, teach them how to use technology to search for information, and organize indoor and outdoor housing surroundings suitable to reducing sodium intake. Furthermore, there must be continual surveillance, monitoring, and assessment. 5 main components, 12 sub-components, and 63 indicators. The draft model was used to try it out. It was found that after the training the average was higher than before the training and all experts confirmed community health development model to reduce sodium intake in the food of people, Chachoengsao Province. It was appropriate and could been applied in real life.

Conclusion: The community health development model to reduce sodium intake in the food: should start with health care behavior. Lifestyle and dietary changes reduce sodium in the diet. It is an important factor in prevention and reduce the risk of developing chronic non-communicable diseases.

Keywords: development model; community health; sodium intake

*Chachoengsao Provincial Public Health Office

Received: September 25, 2023; Revised: November 9, 2023; Accepted: December 29, 2023

รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ยุพิน หงษ์วะสิน, ปร.ด.*

วันดี ทับทิมทอง, พย.ม*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการบริโภคโซเดียม วิเคราะห์และหาองค์ประกอบ
ทดลองใช้ ประเมินผลและยืนยันรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม

วัสดุและวิธีการ: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานเครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ยืนยัน
องค์ประกอบด้วยโมเดลความสอดคล้องด้วยโปรแกรมลิสรล และสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย: ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้การบริโภคโซเดียม ควรมีการจัดกิจกรรม ให้ความรู้
และความเข้าใจในการบริโภคโซเดียม สื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน รู้จักใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูล
จัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านเอื้อต่อการลดการบริโภคโซเดียม อีกทั้งต้องคอยเฝ้าระวัง
ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์ประกอบหลัก 5 องค์ประกอบหลัก 12 องค์
ประกอบย่อย 63 ตัวบ่งชี้แล้วนำร่างรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ พบว่า หลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อน
การอบรม และผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนได้ยืนยันรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม
ในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรามีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุป: การพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร ควรเริ่มที่พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนการบริโภคโซเดียมในอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญ
ในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา; สุขภาวะชุมชน; การบริโภคโซเดียม

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ได้รับต้นฉบับ: 25 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 9 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 29 ธันวาคม 2566

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตรวมถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหารมีผลให้คนไทยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนหวานเกิน มันเกินและเค็มเกิน⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นระดับความดันโลหิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทุกประเทศร้อยละ 63 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ก่อนอายุ 70 ปี) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 44 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 ส่วนการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าทั่วโลกคือร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - 2568 ตั้งเป้าหมายให้คนไทยลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 จากความร่วมมือเครือข่ายภาครัฐ เอกชน ภาคอุตสาหกรรม และประชาสังคม⁽³⁾ และยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท

โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดอัตราการเสียชีวิต 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งใน 5 อันดับแรกมีสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเพศชายตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดร้อยละ 11.1 ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมา คือโรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน โรคมะเร็งตับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนในเพศหญิงตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 14.6 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือโรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ไตอักเสบ ตับพิการ และโรคมะเร็งตับ⁽⁴⁾

จังหวัดฉะเชิงเทรามีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ.2564 พบว่า มีโรค 5 อันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยนอก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เนื้อเยื่อผิดปกติ การติดเชืของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน และความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงร่าง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยใน คือโรคปอดบวม การติดเชืของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้นำนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย กำหนดเป็นแผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ด้วยการติดตามและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินงานอาหารปลอดภัย พัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁵⁾ จึงร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ดำเนินการสำรวจการบริโภคเกลือและโซเดียมในอาหารเพื่อใช้เป็น

ข้อมูลในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการบริหารจัดการการบริโภคโซเดียม โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจหาปริมาณโซเดียมจากกองโรคไม่ติดต่อ⁽⁶⁾

จากความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน ครีวเรือน และต้นแบบที่ดีให้จังหวัดอื่น เป็นการส่งเสริมประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสุขภาวะชุมชน สังคมและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
- 2) เพื่อวิเคราะห์และหาองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
- 3) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
- 4) เพื่อประเมินผลและยืนยันรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

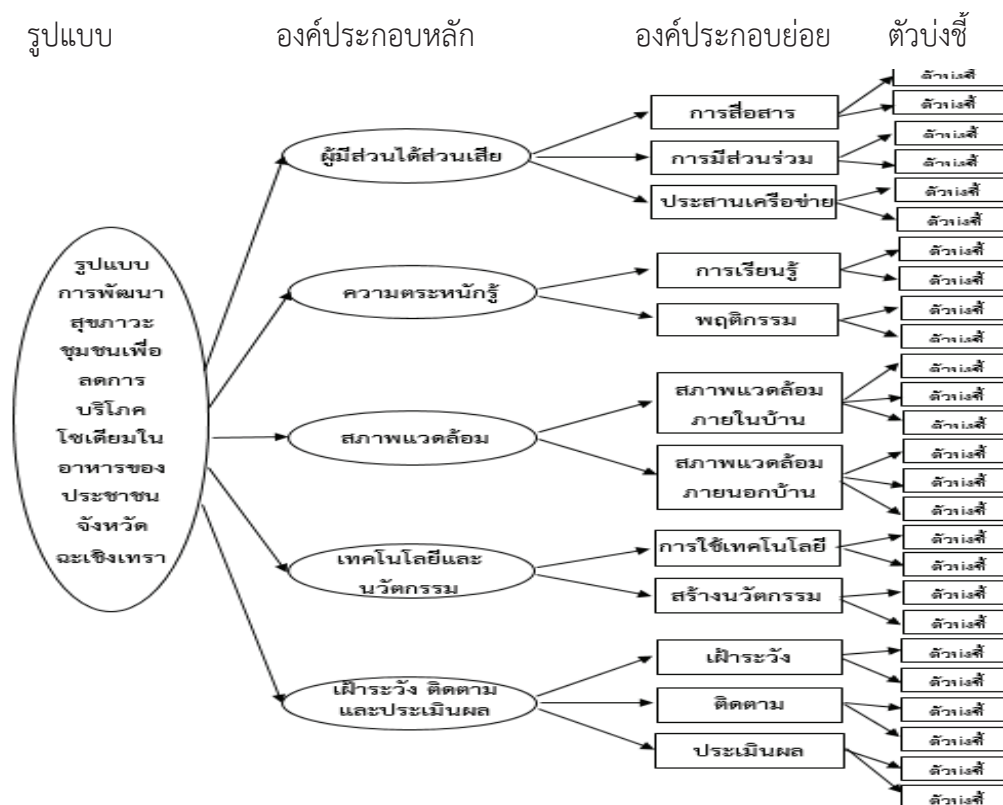
วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา (R&D) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยการสัมภาษณ์ถึงบริบท สภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานการเจ็บป่วย สาเหตุการป่วยและการตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี นำผลการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะต่าง ๆ บูรณาการกันกับข้อค้นพบ เพื่อหาองค์ประกอบแล้วจัดทำแบบสอบถามหาคุณภาพเครื่องมือ
ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สร้างรูปแบบนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 364 คน สรุปข้อมูลมาบูรณาการกับผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ สร้างร่างรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร
ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้และปรับปรุง นำร่างรูปแบบไปทดลองใช้ที่ตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นเวลา 1 เดือน และเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้
ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลการทดลองใช้ ยืนยันรูปแบบ นำผลการประเมินก่อน-หลังการทดลองใช้ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนารูปแบบตามแนวทางที่ค้นพบ นำเสนอร่างรูปแบบที่ปรับปรุงแก้ไขต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ประชุมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาที่สมบูรณ์ จากนั้นนำไปเผยแพร่ให้ผู้บริหารหน่วยงานต่าง ๆ และประชาชนรับทราบและนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดเฉพาะกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณการพัฒนา

สุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร มี 5 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย 63 ตัวบ่งชี้ ซึ่งเขียนได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

1) ประชากรได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารในจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ นายแพทย์ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 118 คน นักโภชนาการและพยาบาล 21 คน รวมทั้งหมด 151 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สสจ. 1 คน

สสอ. 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 คน นักโภชนาการและพยาบาล 11 คน รวมเป็น 34 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลักและวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด ใช้เทคนิคการบอกต่อแบบลูกโซ่

ผู้ทรงคุณวุฒิในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ นายแพทย์ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักโภชนาการ และพยาบาล 9 คน

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

1) ประชากร ได้แก่ ครูผู้รับผิดชอบโครงการอาหารกลางวันโรงเรียน 359 โรงเรียน ผู้จัดการด้านอาหารในสถานประกอบการ 5,305 แห่ง แม่ครัวศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 238 แห่ง และเจ้าของร้านอาหาร 902 แห่ง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา (ในแต่ละแห่งนับเป็น 1 คน) รวมทั้งหมด 6,804 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูผู้รับผิดชอบโครงการอาหารกลางวันโรงเรียน ผู้จัดการด้านอาหารในสถานประกอบการ แม่ครัวศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเจ้าของร้านอาหาร ในจังหวัดฉะเชิงเทรา 364 คนโดยวิธีเปิดตารางของเครจซี่และมอแกน⁽⁷⁾ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแยกประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย หรือแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน แล้วดำเนินการสุ่มอย่างง่าย

การสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้วิจัย และแบบสัมภาษณ์ (Interview Guide) และการบันทึกภาคสนามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Patton⁽⁸⁾

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ก่อนนำไปปรับปรุงและใช้จริง เพื่อเป็นแนวทางปรับคำถามให้เข้าใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
โดยสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (verbatim) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Strauss & Corbin⁽⁹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการกำหนดรหัสข้อมูลและใช้วิธีการแปลความและตีความหมายของข้อมูล (Interpret) แล้วสร้างมโนทัศน์ขึ้น โดยเทียบเคียงกับทฤษฎีและผลงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว ตามแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล
ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันจากหลายแหล่ง เช่น รายงาน สื่อออนไลน์ ข่าวท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องมีการบันทึกสะท้อนความคิด หลังการเก็บข้อมูลเพื่อบันทึกแนวคิด ความเชื่อ และความเชื่อมโยงที่พบ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้อง จากนั้นนำมาสนทนากลุ่มจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อสรุปและประเมินแนวทางการพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามมี 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร เป็นคำถามแบบมาตรฐาน ส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามวิธีของ ลิเคิร์ท⁽¹⁰⁾ แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ

การหาคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณา

ความตรงเชิงเนื้อหาโดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์ แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = 0.91 ปรับปรุงแก้ไขนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง 30 คน นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค⁽¹¹⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .984 ถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อถือ นำแบบทดสอบทำเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บข้อมูลจัดส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการติดตามเก็บแบบสอบถามกลับคืนภายหลังการจัดส่งเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ จำนวน 364 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้นด้วยโปรแกรม Lisrel

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 060/2565 13 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้การบริโภคโซเดียม ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เช่น

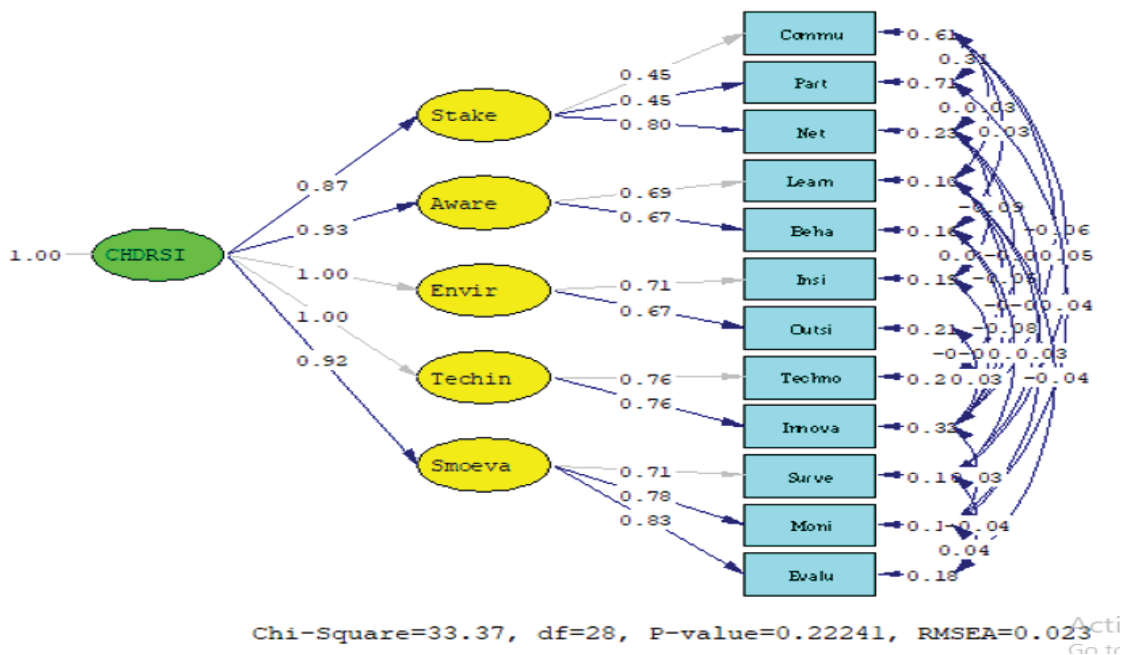
การอบรม ต้องมีการสื่อสารที่ดีมีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย แผ่นพับ ตั่งป้าย หรือการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการประชาสัมพันธ์ ให้ผู้มีส่วนได้เสีย มีความรู้ ความเข้าใจในการบริโภคโซเดียม และมีการยอมรับความน่าเชื่อถือจากการได้รับประสบการณ์ตรงในการอบรม

2. ผลการวิเคราะห์หาองค์ประกอบพบว่าจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการศึกษาแนวคิดทฤษฎี วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร บทความ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชนทั้งในและต่างประเทศ ทำให้ได้ 5 องค์ประกอบหลัก 12 องค์ประกอบย่อย และ 63 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลักที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมี 18 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยด้านการสื่อสาร 6 ตัวบ่งชี้การมีส่วนร่วม 6 ตัวบ่งชี้และประสานเครือข่าย 6 ตัวบ่งชี้องค์ประกอบหลักที่ 2 ความตระหนักรู้มี 12 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยด้านการเรียนรู้ 7 ตัวบ่งชี้และด้านพฤติกรรม 5 ตัวบ่งชี้องค์ประกอบหลักที่ 3 สภาพแวดล้อม มี 9 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4 ตัวบ่งชี้ และด้านสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน 5 ตัวบ่งชี้องค์ประกอบหลักที่ 4 เทคโนโลยีและนวัตกรรมมี 11 ตัวบ่งชี้ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยด้านการใช้เทคโนโลยี 7 ตัวบ่งชี้และด้านสร้างนวัตกรรม 4 ตัวบ่งชี้และองค์ประกอบหลักที่ 5 เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลมี 13 ตัวบ่งชี้ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยด้านเฝ้าระวัง 4 ตัวบ่งชี้ติดตาม 4 ตัวบ่งชี้ และประเมินผล 5 ตัวบ่งชี้

3. ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อสนับสนุนองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้มีดังนี้ 1) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก

มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยคือความตระหนักรู้ผู้มีส่วนได้เสียเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลสภาพแวดล้อมและเทคโนโลยีและนวัตกรรม 2) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบย่อยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ การสื่อสารการเรียนรู้พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีเฝ้าระวังประสานเครือข่าย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ติดตาม ประเมินผล สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน สร้างนวัตกรรม และการมีส่วนร่วม 3) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ของโมเดลการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา (CHDRSI) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หลังจากได้ปรับโมเดลตามคำแนะนำจากดัชนีปรับโมเดล ได้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ ไม่มีนัยสำคัญ เท่ากับ 0.22241 ($p\text{-value} > .05$) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ เท่ากับ 1.19 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่า เท่ากับ 0.99 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) มีค่า เท่ากับ 0.023 ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการพัฒนาสุขภาวะชุมชน เพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา (CHDRSI)

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งแสดงถึงความต้องการ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการบริโภคโซเดียมโดยการอบรมและการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และได้องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้บูรณาการกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณที่ว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ขององค์ประกอบต่างๆ เป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยค้นพบมีความสอดคล้องกัน จึงนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์จัดทำหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงการดูแลสุขภาพ ประโยชน์และโทษในการบริโภคโซเดียมที่มีในอาหาร ให้เกิดความตระหนักรู้ เฝ้าระวังดูแลตนเอง ติดตามข้อมูลข่าวสาร โดยมีเทคโนโลยีหรือเครื่องมืออื่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมในอาหารหลังการอบรม (8.14) มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (6.38) คิดเป็น 1.76 ผู้เข้ารับการอบรมมีปฏิสัมพันธ์ถามตอบกับวิทยากร โดยเฉพาะการสาธิตวัดระดับความเค็มด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) อาหารที่นำมาสาธิตเป็นเมนูอาหารที่คนส่วนใหญ่

ชอบรับประทานมีปริมาณโซเดียมมากเกินไปจนความจำเป็น จึงทำให้เห็นความสำคัญเกิดการตระหนักรู้ของการดูแลสุขภาพในการรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น และมีการให้ยืมเครื่องวัดความเค็ม เพื่อตรวจอาหารที่บ้านได้ ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ที่ได้ให้แก่เพื่อนบ้าน อบต./เทศบาล ให้ความรู้ผ่านช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ในการลดการบริโภคเกลือ อสม.กระจายข่าวเรื่องโรคและพิษภัยของการบริโภคเกลือเกินความจำเป็นในละแวกบ้านที่รับผิดชอบ โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก สนับสนุนให้มีเมนูสำหรับการลดการบริโภคเกลือ และพยายามผลักดันให้ร้านอาหารตามสั่งมีเมนูอาหารลดเค็ม

5. ประเมินผลและยืนยันรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทราพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 100 ยืนยัน รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์จริงได้โดยให้ปรับเปลี่ยนตามที่ได้เสนอแนะไว้แล้ว เพื่อให้ดูง่ายขึ้น ชัดเจน และมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นดังภาพ



ภาพที่ 3 รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

จากภาพที่ 3 สรุปได้ว่า การพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน จังหวัดฉะเชิงเทรา จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัย 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านผู้มีส่วนได้เสียร่วมกันทำงาน มีการสื่อสารและประสานเครือข่ายด้วยการบอกต่อให้คำปรึกษา แนะนำได้อย่างถูกต้อง 2) ด้านความตระหนัก เกิดการเรียนรู้ รอบรู้เข้าใจ และสามารถประเมินสถานการณ์หรือสิ่งที่ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในการบริโภคโซเดียม 3) ด้านสภาพแวดล้อมปรับเปลี่ยนทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อให้สามารถลดการบริโภคโซเดียมได้ หรือการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมต่ำ 4) ด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรม เรียนรู้การใช้เทคโนโลยี ค้นหา

ความรู้จากสื่อดิจิทัลในการลดการบริโภคโซเดียม และ 5) ด้านเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล เฝ้าระวังเรื่องการดูแลสุขภาพ ติดตามข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และประเมินผล สังเกตตนเอง ปฏิบัติตนในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดบริโภคโซเดียมในอาหาร ส่งผลให้ประสบความสำเร็จ ด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานการบริโภคโซเดียมในอาหารของประชาชน ก่อนลงสำรวจพื้นที่จริง เพื่หารูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบกิจกรรม ประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมในอาหาร วิเคราะห์ วางแผนร่วมคิด ร่วมทำ จัดทำโครงสร้างงานให้ชัดเจน กำหนดทีมงาน มอบหมายงานในแต่ละทีม กำหนด

ออกแบบกิจกรรมอบรม ขึ้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ จัดประชุมอบรมในโครงการการอบรม “ลดโซเดียมโดยไว ใจเป็นสุข” เพื่อให้เกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ขึ้นตอนที่ 4 ติดตาม ประเมินผล โดยการเยี่ยมบ้าน สอบถามทางโทรศัพท์ หรือขอความร่วมมือจาก อสม. จัดบันทึก เป็นระยะ ๆ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ ขึ้นตอนที่ 5 นำผลมาตรวจสอบปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงและพัฒนางานกิจกรรมต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิจารณ์

ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้ด้านผู้มีส่วนได้เสียค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ องค์ประกอบย่อยด้านประสานเครือข่าย รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารและด้านการมีส่วนร่วม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีส่วนได้เสียทั้งภาครัฐและเอกชนเห็นความสำคัญในการดำเนินงานต่าง ๆ ประสานความร่วมมือกันส่งเสริมและพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการที่เหมาะสม แสดงความคิดเห็นตัดสินใจและประเมินผลการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไข ปัญหาโน้มน้าว เชิญชวนผู้อื่นเข้าร่วมในการลดการบริโภคโซเดียมซึ่งสอดคล้องกับ สมรทิพย์ วิภาวนิช⁽¹²⁾ กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ความรู้ การศึกษา การอบรม เพื่อนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพ ด้วยการปฏิบัติตามวิถีชีวิตที่พอเพียง 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่

พอเพียง และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้ด้านความตระหนักผู้ค้ำดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากัน คือ องค์ประกอบย่อยด้านการเรียนรู้และด้านพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเห็นความสำคัญจึงร่วมกันให้ความรู้ สร้างความตระหนัก รับรู้ถึงผลดีและผลเสีย จนสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนในการลดบริโภคโซเดียมแนะนำให้ผู้อื่นรู้จักเลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำอีกทั้งแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ด้วยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ในการลดอาหารที่ปริมาณเกลือและโซเดียมซึ่งสอดคล้องกับสม นาสอาน และทิพาพร ราชไกร⁽¹³⁾ กล่าวว่า การเพิ่มการรับรู้สร้างความตระหนัก และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารข้อมูลให้มากขึ้นทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนได้

ผลการศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้ด้านสภาพแวดล้อมค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ องค์ประกอบย่อยด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รองลงมา คือ ด้านสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูป อาหารถุง ร้านอาหาร มีให้เลือกในการบริโภคมากมาย ทำให้ประชาชนนิยมซื้ออาหารถุงหรืออาหารจากร้านอาหารกลับไป

รับประทานที่บ้าน ทำให้มีความเสี่ยงกับปริมาณโซเดียมสูงซึ่งสอดคล้องกับสูตรที่ดี กันตชูเวสศิริ⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า วัฒนธรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป นิยมอาหารสำเร็จรูป บัฟเฟต์ ปิ้งย่าง หมูกระทะ เครื่องปรุงต่าง ๆ ทั้งขนมกรุบกรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กซอง-ถ้วย เมื่อบริโภคสะสมจะติดรสเค็ม โดยไม่รู้ตัว สอดคล้องกับบุษชิตา สมัยสงฆ์⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปส่งผล ทำให้เกิดการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมลักษณะของอาหารที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการศึกษาขององค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่า มีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ องค์ประกอบย่อยด้านการใช้เทคโนโลยี รองลงมา คือ ด้านสร้างนวัตกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหน่วยงานราชการได้มีการนำสื่อวิทยุทัศน์ สื่อดิจิทัล แผ่นพับ เผยแพร่ลงสื่อต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถใช้สื่อดิจิทัลในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ปฏิบัติตนในการลดการบริโภคโซเดียมโดยลดการปรุงหรือเติมเครื่องปรุงรสซึ่งสอดคล้องกับวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการลดบริโภคโซเดียมในอาหารมีการส่งเสริมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณความรู้ของบุคลากร ความพร้อมทางเทคโนโลยีและความร่วมมือในการดำเนินงานจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอแก่ผู้ประกอบการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประชาสัมพันธ์ทำให้สามารถลดปริมาณโซเดียมในอาหารได้

ผลการศึกษาขององค์ประกอบเชิงยืนยันตัวบ่งชี้ด้านเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล

ค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ทุกค่า มีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากที่สุด คือ องค์ประกอบย่อยด้านประเมินผล รองลงมา คือ ด้านการติดตามและด้านเฝ้าระวัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการติดตาม ตรวจสอบและประเมินวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมและภาวะโรค การปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารผลิตและกระจายชุดทดสอบอย่างง่ายในการวัดปริมาณโซเดียมส่งผลให้ประชาชนได้รู้จักดูแลสุขภาพตนเองสังเกตอาการ เมื่อมีอาการใด ๆ ผิดปกติต่อร่างกายไปพบแพทย์ทันที ลดพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ตัวเองต่อการเจ็บป่วยมีการออกกำลังกายเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่เชื่อถือได้ในการลดบริโภคโซเดียมซึ่งสอดคล้องกับยงยุทธ แก้วเต็มและคณะ⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า การสร้างความรอบรู้อาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะช่วยลดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้รอบรู้เรื่องลดเค็มก่อนบริโภคป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการส่งเสริมให้ความรู้ในชุมชนให้ตระหนักถึงการลดการบริโภคอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีความเค็ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรู้

สรุป

การพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร ควรเริ่มที่พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนการบริโภคลดโซเดียมในอาหารอย่างสม่ำเสมอเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) สามารถนำไปขยายผลในประเด็นต่าง ๆ เช่น ขอความร่วมมือในชุมชน เรื่องการลดการทานเค็มในงานต่าง ๆ ของชุมชน เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานทำบุญ จะเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ การลดการบริโภคเค็มในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2) ส่งเสริม อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน กระตุ้นให้ความรู้ การอ่านฉลากโภชนาการในการลดการบริโภคโซเดียมก่อนซื้อผลิตภัณฑ์ทุกครั้งทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคโซเดียมอย่างต่อเนื่อง

3) เผยแพร่ให้ชุมชนอื่นนำรูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารไปเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีส่งเสริมการศึกษาพฤติกรรมความเสี่ยงของประชาชนที่เกี่ยวข้องต่อการลดการบริโภค

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร

3) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ทราบรายละเอียดเชิงลึกมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบหรือแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากคณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง รวมทั้งเครือข่ายพื้นที่ทุกท่านที่ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การบริโภคเกินไม่ได้สัดส่วน หวานเกิน มันเกิน เค็มเกิน. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2554.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ.2559-2568. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2559.
3. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดเกลือและโซเดียม ตั้งเป้าคนไทยลดบริโภคเค็มลง 30% ภายในปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/03/16920>
4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึง เมื่อ 25 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cco.moph.go.th/cco24/status/annual2564.pdf>
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Chem Meter) ปี 2565. กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Educational and psychological measurement. New York: Minnisota University; 1970.
8. Patton QM. Qualitative evaluation and research methods. 2nded. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
9. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2nded. thousand oaks, CA: Sage; 1998.
10. Likert R. The method of constructing an attitude scale. in reading in Fishbein, M (Ed). Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
11. Cronbach LJ. Essential of psychological testing. 5thed. New York: Harper Collins; 1990.
12. สมรทิพย์ วิภาวนิช. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสุขภาวะชุมชน [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
13. สม นาอ้าน, ทิพาพร ราชไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563;27(3):99-110.
14. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. เตือน! บุฟเฟต์-หมูกระทะ-อาหารสำเร็จรูป คนไทยกินเค็ม ป่วย NCDs ทะลุ 22 ล้านคน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/02/26987>
15. นุชธิดา สมัยสงฆ์. การจัดการด้านอาหารเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563;40(4):122-30.
16. วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2564. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2565;4(3):69-80.
17. ยงยุทธ แก้วเต็ม, ณัฐฐาภรณ์ ปัญจพันธ์, วรางคณา สันเทพ, ไกรสร วงศ์ธิดา, ประดิษฐ์ นิธิศรีชัย. ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดการบริโภคเค็ม ชุมชนบ้านป่าเหียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565;8(1):28-44.

The Effectiveness of the District Health Board Development Model in Samut Sakhon Province

*Sorachai Lamsakorn, M.P.A.**

Abstract

Objective: The objectives were to 1) study the situation and problem conditions of operations to develop the quality of life at the district level of Krathum Baen District, 2) develop a model of operations to develop the quality of life at the district level of Krathum Baen District, and 3) study the effectiveness of operations to develop the quality of life at the district level of Krathum Baen District.

Methods: This research was participatory action research. The sample group was the District Quality of Life Development Committee representatives of government agencies, the private sector, and the public sector, totaling 49 people. The tools used were interviews and performance evaluation forms according to UCCARE criteria. Data was collected through focus groups and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data used content analysis.

Results: The results of the research found that 1) The problem conditions found were: The committee lacks understanding of its roles and responsibilities, budget allocation is not consistent with the problem, and data management is inefficient 2) The format developed was to appoint committees from all sectors to jointly think, plan, develop, solve problems and receive benefits. Strategy in 4 areas: waste management, care for chronic non-communicable diseases, communicable diseases, and socially vulnerable people, and 3) the results of the evaluation according to the UCCARE criteria, passing the level 5 evaluation in all areas, tend to improve, and able to solve problems effectively.

Conclusion: The DHB establishes channels to receive necessary information or issues from the community, to collectively determine appropriate strategies for improving the quality of life for the people, and to derive genuine benefits. Additionally, opportunities were provided for civil society to take the lead in problem-solving efforts and foster genuine participation.

Keywords: quality of life; District Health Board (DHB); effectiveness

*Samut Sakhon Provincial Public Health Office

Received: June 21, 2023; Revised: October 24, 2023; Accepted: December 28, 2023

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร

สรชัย หล้าสาคร, ร.ป.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบนและ 3) ศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน

วัสดุและวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ผู้แทนภาคเอกชน และผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) สภาพปัญหาที่พบคือ คณะกรรมการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ จัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับปัญหา และการบริหารจัดการข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ แต่งตั้งคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหา และร่วมรับประโยชน์ กำหนดยุทธศาสตร์ 4 ประเด็นคือ การจัดการขยะ การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ ผู้เปราะบางทางสังคม และ 3) ผลการประเมินตามเกณฑ์ UCCARE ผ่านการประเมินระดับ 5 ทุกประเด็น มีแนวโน้มที่ดีขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่เป็นของพื้นที่เพื่อนำมากำหนดแนวทางร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้อง และเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และควรเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.); ประสิทธิภาพ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ได้รับต้นฉบับ: 21 มิถุนายน 2566; แก้ไขบทความ: 24 ตุลาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 28 ธันวาคม 2566

บทนำ

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้ตราไว้ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยไว้ว่า “ประเทศไทย มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือตามคติพจน์ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”⁽¹⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม ได้แก่ โครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเคลื่อนย้ายแรงงาน การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษ สิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละ 5.2 ของ GDP และมีแนวโน้มสูงขึ้น จากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย บริบทสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมเมือง ซึ่งมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปและขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยใช้กลยุทธ์การบูรณาการงานแบบมีส่วนร่วม⁽²⁾ รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 – 2580) ข้อที่ 4 ด้านการสร้างโอกาส ความเสมอภาคทางสังคมและยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐ เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ⁽³⁾ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีอำเภอนำร่อง 73 อำเภอ ปัจจุบันมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 878 อำเภอ ประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่นำมาขับเคลื่อนร่วมกันสูงสุด ได้แก่ โรคไข้เลือดออก

ร้อยละ 88.91 รองลงมา คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 69.33 และวัณโรค ร้อยละ 64.27 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จนั้น มีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรและ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Context Base Learning: CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project: ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

จากการศึกษาผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ผ่านมา สามารถสรุปปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอดังนี้ 1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ 3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ 4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ 5) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อยเป็นต้น⁽⁵⁾ จังหวัดสมุทรสาครมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามกรอบการพัฒนา 6 องค์ประกอบ (UCCARE) ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์

ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจากผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ผ่านมาภาพรวมอยู่ในระดับ 3 จาก 5 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ อำเภอกระทุ่มแบนได้เริ่มดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกระทุ่มแบน ได้มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประชุมกำหนดแนวทางในการพัฒนา ภายใต้วิสัยทัศน์ “คนกระทุ่มแบน ไม่ทอดทิ้งใคร” โดยมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ 4 วาระงาน ได้แก่ การจัดการขยะ การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลโรคติดต่อ และการดูแลผู้เปราะบางทางสังคม⁽⁶⁾ แต่อย่างไรก็ดี ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

เนื่องจากอำเภอกระทุ่มแบนมีหน่วยงานราชการในระดับจังหวัดตั้งอยู่ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการของจังหวัดสมุทรสาคร มีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความเจริญเติบโตหลายด้าน อาจเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอกระทุ่มแบนเพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการทำงานให้ได้ผลดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองซิปปี้ (CIPP Model)⁽⁷⁾ และทฤษฎีการประเมินผลเชิงระบบ (Input-Output Model)⁽⁸⁾ ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จะส่งผลต่อรูปแบบและความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกระทุ่มแบน

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบนจำนวน 21 คน 2) ผู้แทนส่วนราชการในเขตอำเภอกระทุ่มแบนจำนวน 12 คน และ 3) ผู้แทนสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอกระทุ่มแบน จำนวน 16 แห่ง ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกระทุ่มแบนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำเข้าจำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ และส่วนที่ 5 รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกระทุ่มแบน ใช้วิธีการสัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอและคณะอนุกรรมการ

2. แบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE⁽⁵⁾ ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community Participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต

จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และความชัดเจนของคำถาม จากนั้น วิเคราะห์ค่า IOC ซึ่งได้ค่าระหว่าง 0.66-1.00 และ ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมแล้วนำมาใช้ต่อไป

วิธีดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพและสถานบริการสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอกระทุ่มแบนเพื่อให้เข้าร่วม การให้ข้อมูลในการวิจัย

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการประชุม วิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และร่วมวางแผน การแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 2 เป็นการ จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 3 การดำเนินงานตามแผนแยกตามประเด็นปัญหา และครั้งที่ 4 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผล โดยใช้แบบเก็บข้อมูลรูปแบบ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE

3. เก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสัมภาษณ์รูปแบบ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ทั้งการ สันทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบไปด้วย ข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลเป็นระดับคะแนนตาม เกณฑ์การประเมินระดับ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการ สัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและประชุมเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดหัวหินสมุทรสาคร เลขที่ 012/66 ลงวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และสภาพ ปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน

1.1 ด้านผู้ปฏิบัติงาน พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน พขอ. ขาดความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ มีการปฏิบัติงานไม่ตรงตามบทบาทหน้าที่ ที่กำหนดตามโครงสร้าง ประธาน พขอ. หรือหัวหน้า ส่วนราชการ มีการโยกย้ายบ่อย ส่งผลกระทบต่อ การบริหารงานให้ต่อเนื่อง แนวทางการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรไม่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น บุคลากรขาดทักษะการบันทึกข้อมูลแต่ไม่มี แผนเพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านนี้ให้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

1.2 ด้านงบประมาณ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง แต่มีการนำงบประมาณไปใช้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนา การจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ทำให้บางพื้นที่มีงบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ

1.3 ด้านระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ มีการนำโปรแกรมสารสนเทศมาใช้ในการจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน แต่การนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการและการดำเนินงานขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกระทุ่มแบน

2.1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่

2.1.1 นโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกระทุ่มแบนมีหน่วยงานราชการตั้งอยู่ในเขตอำเภอกระทุ่มแบนเป็นจำนวนมาก มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความเจริญเติบโตหลายด้าน อาจเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกระทุ่มแบนซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 เพื่อมุ่งไปสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยมีเป้าหมายให้ “คนกระทุ่มแบนไม่ทอดทิ้งใคร” ซึ่งองค์กรทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยยึดหลักการ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วม

รับผลประโยชน์ รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือ คนมีสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี เศรษฐกิจดี ชุมชนและสังคมดี

2.1.2 บุคลากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกระทุ่มแบนที่มาจากทุกภาคส่วนทั้งส่วนราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีผู้นำการขับเคลื่อน คือ นายอำเภอกระทุ่มแบน และมีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวน 21 คน นอกจากนี้ยังมีการตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติและเพื่อให้ดำเนินการในพื้นที่ครอบคลุมครบ 4 ประเด็นยุทธศาสตร์

2.1.3 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกระทุ่มแบนมีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานซึ่งในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ร่วมกับการจัดตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบน รับเงินบริจาคเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 500,000 บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.1.4 องค์ความรู้ สื่อและเทคโนโลยีที่ใช้ในการดำเนินงาน องค์ความรู้ที่ใช้สนับสนุนได้แก่ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจร การจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดแยกขยะ ภาวะโลกร้อน หลักการระบาดวิทยา เช่น พยาธิสภาพของโรค สถานการณ์ การป้องกันการเกิดโรค พฤติกรรม

สุขภาพของบุคคล ชุมชน และเรื่องหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยจะมีเจ้าหน้าที่จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ทางหลักวิชาการ และจะใช้สื่อและเทคโนโลยีที่หลากหลายและผสมผสาน เช่น สื่อบุคคล สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อโซเชียล มาใช้ในการสื่อสาร

2.2. กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.2.1 การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะทำงานขับเคลื่อนการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต

2) กำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 4 ประเด็น

3) กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทุกภาคส่วน

4) กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคือสำคัญตามบริบทของพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบนในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการเป็นประจำทุกเดือน

2.2.2 การพัฒนาศักยภาพของทีมงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกระทุ่มแบนมีการพัฒนาทีมและพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อสร้างทีมคุณภาพระดับอำเภอ ส่งต่อการทำงานในระดับตำบล เพื่อให้มองเห็นภาพผลการทำงานร่วมกันอย่าง

มีความสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนอำเภอกระทุ่มแบน ดังนี้

1) การสร้างทีมรับรู้และความเข้าใจผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นประจำทุกเดือน เพื่อการติดตามและนำเสนอผลการดำเนินงาน รวมทั้งรับทราบปัญหาอุปสรรค ทั้ง 4 ประเด็น

2) ติดตามการดำเนินงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และสร้างสื่อบุคคลแสดงถึงการให้ความสำคัญของการบูรณาการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วม สร้างความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

3) คืบข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านเวทีผู้นำท้องถิ่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านในทุกเดือน เพื่อสะท้อนผลสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

4) กำหนดให้มีเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อสร้างการรับรู้ผลการดำเนินงานในรอบปีต่อสื่อสาธารณะภายในอำเภอกระทุ่มแบนต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพครอบคลุมทุกมิติ

2.2.3 การจัดทำแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกระทุ่มแบนมีแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการรับฟัง

ความคิดเห็นจากคณะกรรมการ พชอ.อำเภอ กระทุ่มแบนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านที่ประชุม โดยการนำเสนอประเด็นปัญหาในพื้นที่ นำเสนอ ข้อมูลประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการลงมติ ของเวทีรับฟังความคิดเห็นและได้กำหนดประเด็น การพัฒนา จำนวน 4 ประเด็น ได้แก่ การจัดการขยะ การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลโรคติดต่อ และ การดูแลผู้เปราะบางทางสังคม

3. การประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

อำเภอกระทุ่มแบนได้ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามหลัก UCCARE ประกอบด้วย

3.1 การทำงานเป็นทีม (Unity Team) พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย ภาครัฐ 8 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาค ประชาชน 7 คน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ รวมทั้งมี คณะอนุกรรมการภาคีเครือข่ายตามประเด็นปัญหา อีก 4 คณะ โดยแบ่งหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลัก ในการดำเนินงานตามประเด็นปัญหา เพื่อร่วม รับผิดชอบประเด็นปัญหา วิเคราะห์บริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน และร่วมติดตามผล การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่ม เป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)

พบว่า มีการจัดกระบวนการเพื่อรับฟังแนวทาง ความคิดเห็นกลุ่มเป้าหมาย สร้างการรับรู้และ เข้าใจความต้องการของประชาชนผ่านทาง การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน มีป้ายประชาสัมพันธ์ มีแผนปฏิบัติงานที่ สอดคล้องตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ โดย ระบุชัดเจน มีการบูรณาการทุกภาคส่วนครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ของกิจกรรมให้เป็นที่น่าสนใจแก่ อสม.ประชาชน ทัวไปและภาคีเครือข่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุนของ ชุมชนที่มีอยู่ เพื่อหาจุดเด่น จุดพัฒนาของชุมชน มีการส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมความรู้เพื่อใช้ใ้ นการสร้างอาชีพให้กับชุมชน

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและ ภาคีเครือข่าย (Community Participation) พบว่า ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ คณะอนุกรรมการ ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนอย่างเป็นระบบ ร่วม ดำเนินการ มีการคืนข้อมูลตามประเด็นปัญหาให้ พื้นที่รับทราบ ร่วมติดตามการดำเนินงานในชุมชน มีการประชุมเพื่อติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) พบว่า มีการดูแลพัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ และความผูกพันให้กับ คณะกรรมการ จัดประชุมสรุปผลการดำเนินการ ของคณะกรรมการ พชอ. โดยมีการกล่าวขอบคุณ ชื่นชม ผลการดำเนินงาน ตามประเด็นปัญหา พร้อมเสริมพลังการดำเนินงานและการสร้าง แรงบันดาลใจให้กับคณะทำงาน มีการประกวดและ มอบรางวัลให้กับพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่น การสร้าง

คุณค่าให้หน่วยงาน องค์กรเครือข่ายและชุมชน ในการเป็นองค์กรต้นแบบ การประกวดการจัดการขยะ การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลโรคติดต่อ และการดูแลผู้เปราะบางทางสังคม และการมอบรางวัลบุคคลต้นแบบ เป็นต้น

3.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมตามประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น มีการใช้ทรัพยากรทั้ง คน เงิน และสิ่งของร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน พัฒนาชุมชน เทศบาลกระทุ่มแบน เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ริเริ่มระดมทุนก่อตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบน เป็นจำนวนเงิน 500,000 บาท จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบนเพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม โรงพยาบาลสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการให้ความรู้และการปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบนพัฒนาชุมชนและหน่วยงานราชการ สนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาต่าง ๆ อีกทั้งรัฐวิสาหกิจ เอกชน ธนาคาร และสโมสรช่วยสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ เป็นต้น

3.6 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) พบว่า มีการจัดกิจกรรมอย่าง

ต่อเนื่อง ดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในชุมชน การสร้างนวัตกรรมจากขยะให้สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ และสร้างรายได้ โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเครือข่าย อสม.ในชุมชน มีกิจกรรมรณรงค์การงดใช้ถุงพลาสติกในการจ่ายยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล งดการใช้ถุงพลาสติก และโคมบรรจุอาหาร มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในชุมชนให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด มีกิจกรรมรณรงค์ออกกำลังกาย มีกิจกรรม Big Cleaning day ประจำทุกเดือน ในหมู่บ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรม Bike for care ปั่นจักรยาน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ติดตามการดำเนินงาน Long Term Care สร้างอาชีพและรายได้ให้กับประชาชนและผู้ด้อยโอกาสผ่านโครงการส่งเสริมอาชีพฝึกอบรมทำถุงมือจากขวดน้ำเกลือให้แก่ประชาชนในตำบลคลองมะเดื่อ ผู้พิการจัดทำรถชักปรับระดับเพื่อบริหาร แขนขา เพื่อผู้สูงอายุติดเตียง

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แยกตามประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประเด็น ผ่านการประเมินระดับ 5 ทุกประเด็น เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า ทุกองค์ประกอบมีผลการประเมินขั้นสูงสุดที่ระดับ 5 (บูรณาการ) ทั้ง 4 ประเด็น ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE

ประเด็นปัญหา	ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE						ผลการประเมิน
	Unity Team	Customer Focus	Community Participation	Appreciation	Resource Shar and Humar Developer	Essential Care	
การจัดการขยะ	5	5	5	5	5	5	ผ่าน
การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	5	5	5	5	5	5	ผ่าน
การดูแลโรคติดต่อ	5	5	5	5	5	5	ผ่าน
การดูแลผู้เปราะบางทางสังคม	5	5	5	5	5	5	ผ่าน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4.1 เป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา สถานที่ตั้งของแหล่งท่องเที่ยวและสถานประกอบการของจังหวัดสมุทรสาครทำให้สามารถเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้

4.2 ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความสามารถที่หลากหลายด้าน ทำให้ช่วยกันพัฒนาได้ในหลาย ๆ ด้าน

4.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การนำของนายอำเภอ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีการประชุมทบทวนประเด็นปัญหา ร่วมกันพัฒนา และคืนข้อมูลให้พื้นที่ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

4.4 มีช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและครอบคลุม เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การประชุม สื่อวิทยุ คลิปประชาสัมพันธ์

รวมทั้งสื่อบุคคลต้นแบบ

5. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

5.1 อำเภอกระทุ่มแบนมีบริบทพื้นที่มีหลากหลายแบบ ได้แก่ สังคมเมือง สังคมกึ่งเมือง สังคมชนบท มีความแตกต่างภาษา แรงงานต่างด้าว วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความยุ่งยากและหลากหลายในการดำเนินงาน

5.2 อำเภอกระทุ่มแบนเป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด ตลาดนัด รวมทั้งมีหอพักหรือห้องเช่า ทำให้มีประชากรแฝง และมีสถานประกอบการที่หลากหลาย จึงมีความจำเป็นในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

5.3 การเกิดและการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5.4 สภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และการแข่งขันด้านสังคม พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

วิจารณ์

1. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกระทุ่มแบน พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักงานกฤษฎีกาว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีคณะอนุกรรมการตามประเด็นปัญหา และมีการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและทีมงานให้มีคุณภาพเพื่อส่งต่อการทำงานในระดับตำบล ให้มองเห็นภาพผลการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยการสร้างการรับรู้และความเข้าใจผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน เพื่อการติดตามและนำเสนอผลการดำเนินงาน และรับทราบปัญหาอุปสรรค

2) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี โดยมีเป้าหมายให้ “คนกระทุ่มแบน ไม่ทอดทิ้งใคร” ซึ่งองค์กรทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยยึดหลักการ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมรับผลประโยชน์ รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือ คนมีสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี เศรษฐกิจดี ชุมชน และสังคมดี

3) มีการวางแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการ พชอ. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผ่านที่ประชุมโดยการนำเสนอประเด็นปัญหาในพื้นที่ นำเสนอข้อมูลประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการลงมติของเวทีรับฟังความคิดเห็นและได้กำหนดประเด็นการพัฒนาจำนวน 4 ประเด็น ได้แก่ การจัดการขยะ การดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลโรคติดต่อ และการดูแลผู้เปราะบางทางสังคม

4) มีการดำเนินการร่วมกันและให้ความสำคัญของการบูรณาการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมสร้างความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

5) มีการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามตัวชี้วัด และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE มีการติดตามการดำเนินงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และเพื่อสะท้อนความสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

6) มีเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสร้างการรับรู้ผลการดำเนินงานในรอบปี และต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติ และมีคืนข้อมูลผลการดำเนินงานผ่านเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการของ พชอ.ต้องมีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนในการระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญกับการคืนข้อมูล

กลับสู่ประชาชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽⁹⁾ และได้สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่าย 3) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 4) สรุปถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์⁽¹⁰⁾ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาประกอบด้วย 6 กระบวนการ คือ 1) การแต่งตั้งกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูล 3) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมทำประชาคมระดับตำบลและหมู่บ้าน 4) การออกติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 5) การใช้ทรัพยากรร่วมกันและพัฒนาบุคลากร และ 6) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน⁽¹¹⁾

2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE ผลการประเมิน พบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 4 ประเด็น ผ่านการประเมินระดับ 5 ทุกประเด็น มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า ทุกประเด็น ปัญหาผ่านการประเมินอยู่ในระดับ 5 ในทุกองค์ประกอบ สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผล

ของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าองค์ประกอบด้าน Essential Care มีการยกระดับมากที่สุด ส่วนองค์ประกอบด้าน Appreciation มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด⁽¹²⁾

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ มีการจัดแยกขยะเกิดนวัตกรรมจากขยะ เช่น ถังมือจากขวดน้ำเกลือเพื่อผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ซึ่งสามารถสร้างรายได้ให้ชุมชนได้ อำเภอกระทุ่มแบน ริเริ่มระดมทุนก่อตั้งกองทุนพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบนเป็นจำนวนเงิน 500,000 บาท จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกระทุ่มแบนเพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้ยากไร้

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เนื่องจากอำเภอกระทุ่มแบนเป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการ ของจังหวัดสมุทรสาคร ทำให้สามารถเชื่อมต่อประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากร ด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุน ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การนำของนายอำเภอที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีการประชุมทบทวนประเด็นปัญหา ร่วมกันพัฒนา และคืนข้อมูลสู่พื้นที่และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ และประกอบกับมีประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้ความสามารถที่หลากหลายด้าน ทำให้เข้ามาช่วยกันพัฒนาได้หลายด้าน สอดคล้อง

กับผลการศึกษาดอบทเรียนการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ การติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระบบสุขภาพ อำเภอ ซึ่งมีตัวแทนจากหน่วยงานราชการ ภาค เอกชนและภาคประชาชน โดยนายอำเภอเป็น ประธานมีการใช้อำนาจ ทั้งสายบังคับบัญชา และ พลังอำนาจที่มีของตนเองและหน่วยงานในระบบ สุขภาพอำเภอ มีการกำหนดบทบาทให้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน สนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหา ที่จำเป็นของพื้นที่ชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็น อย่างเป็นทางการ กึ่งทางการ และลงพื้นที่เพื่อ

รับฟัง เสริมพลังของชุมชน ให้สามารถนำมา กำหนดแนวทางร่วมกันในการจัดการหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้องและเกิด ประโยชน์อย่างแท้จริง

2. การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ ทราบปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วย แก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

3. เปิดโอกาสให้ชุมชน หรือภาคประชา สังคม เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กับประชาชนในมุมมองของประชาชนโดยตรง เพื่อสะท้อนผลพัฒนาที่ชัดเจน

2. ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภาวะ ผู้นำ ศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ. ต้นทุนทาง สังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (30 เป้าประสงค์ที่มีความสำคัญลำดับแรก) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://sdgs.nesdb.go.th/goal>.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ.2559-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. สำนักงานกฤษฎมตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>
4. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558;7(30):105-13.

5. มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์วิถีไทย. บทเรียน พขอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดปี 2563. สมุทรสาคร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบน; 2563.
7. Stufflebeam DL, Kappa PD. Educational evaluation and decision-making. Itasca, Illinois: Peacock; 1971.
8. Katz D, Kahn RL. The social psychology of organizations. 2nd ed. New York: John Willy; 1978.
9. ฤทัย วรรณวินิจ. แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:http://www.dsdw2016.dsdw.go.th/doc_pr/ndc_2560-2561/PDF/8503s/%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1.pdf
10. ศิวภรณ์ เงินราง. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(2):108-16.
11. วัฒนา สว่างศรี. ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2560.
12. ศรีเรือน ดีพูน. ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2562; 7(2):263-81.

Mental Health and Well-being among New Generation Workers: Workplace Health Promotion

*Taechit Taechamanodom, M.D.**

*Jate Ratanachina, M.D., Ph.D.**

Abstract

There is an increase in awareness of mental health in Thailand and worldwide, particularly among new generation workers tending to be suffered from this issue. The mental health problems among new generation workers have affected not only a personal life but also a professional life in terms of work effectiveness and productivity. Promoting mental health and well-being and its preventive measures among new generation workers are important matters that require cooperation from multidisciplinary stakeholders including those at the policy level, the organizational level, and the individual level such as employers, employees, and healthcare workers.

Keywords: mental health; well-being; new generation workers; health promotion

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Received: February 16, 2023; Revised: November 13, 2023; Accepted: November 27, 2023

สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนวัยทำงานรุ่นใหม่: การสร้างเสริมสุขภาพ ในที่ทำงาน

เดชิต เดชะมนันตม, พ.บ.*

เจตน์ รัตนจีนะ, พ.บ., ปร.ด.*

บทคัดย่อ

สุขภาพจิตเป็นประเด็นที่ได้รับการตระหนักรู้กันอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนวัยทำงานรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มประสบกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตของคนวัยทำงานรุ่นใหม่ไม่เพียงส่งผลต่อชีวิตส่วนตัว แต่ยังส่งผลต่อชีวิตการทำงาน ในแง่ประสิทธิภาพและผลผลิตจากการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนวัยทำงานรุ่นใหม่ถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจทุกภาคส่วน ทั้งระดับนโยบาย ระดับองค์กรและระดับตัวบุคคลทั้งนายจ้าง พนักงาน และบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ : สุขภาพจิต; ความเป็นอยู่ที่ดี; คนวัยทำงานรุ่นใหม่; การสร้างเสริมสุขภาพ

*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับต้นฉบับ: 16 กุมภาพันธ์ 2566; แก้ไขบทความ: 13 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 27 พฤศจิกายน 2566

บทนำ

กระแสโลกาภิวัตน์และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในปัจจุบันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชากรส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบโดยเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพจิต⁽¹⁾ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลกโดยร้อยละ 15 ของผู้ใหญ่ทำงานประสบปัญหาทางจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า ปัญหาการใช้สารเสพติด รวมถึงการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้นปัญหาด้านสุขภาพจิตบางครั้งแสดงออกมายังพฤติกรรมการรับประทานที่ผิดปกติ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการพนัน ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาวได้⁽²⁾

จากข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) ทั่วโลกใน 204 ประเทศและเขตการปกครอง ค.ศ. 2019 พบว่าการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เป็น 5 ใน 6 อันดับแรกที่ทำให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสียในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้นอายุระหว่าง 10 ถึง 24 ปี สูงสุดอีกทั้งแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับ 20 ปีก่อนอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะในประเทศไทย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่า การเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสียในกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้นอายุระหว่าง 15 ถึง 30 ปี สูงสุด⁽³⁾ นอกจากนี้ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(สสส.) พบว่าแรงงานไทยลาออกกว่า 7 หมื่นกว่าราย ใน พ.ศ.2565 โดยพบว่าร้อยละ 87 มีความเครียดจากการทำงานที่ไร้ความสุข⁽⁴⁾ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อทุกด้านของชีวิต ทั้งการเรียน การทำงาน และความสัมพันธกับบุคคลรอบตัว ทำให้เกิดวันทำงานที่ต้องสูญเสียไปประมาณ 12 พันล้านวันต่อปี สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจโลกเกือบ 1 ล้านล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี⁽⁵⁾ ยิ่งไปกว่านั้นจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมา ยังพบว่าช่วงเวลาดังกล่าว มีรายงานของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ทั่วโลกอีกด้วย⁽⁶⁾

ประเทศไทยมีรายงานจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2565 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสถิติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 6 รายต่อชั่วโมง หรือประมาณ 53,000 คนต่อปี⁽⁷⁾ โดยสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีอัตราสูงขึ้นจาก 6.03 รายต่อแสนประชากร ใน พ.ศ.2560 เพิ่มขึ้นเป็น 7.37 คนต่อแสนประชากร ใน พ.ศ.2563⁽⁸⁾ และช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นเป็น 7.8 คนต่อแสนประชากร หรือกว่า 5,000 คน นอกจากนี้ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในระหว่างปี พ.ศ.2560 – 2564 ที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น คือกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นประชากรคนทำงานรุ่นใหม่ และกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต แม้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบทาง

สุขภาพจิตต่อประชากรทุกวัย แต่ด้วยเงื่อนไขและปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกัน ส่งผลให้กลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีประสบการณ์ชีวิตและความเข้มแข็งทางจิตใจน้อยกว่าประชากรวัยอื่นในการรับมือกับความเปลี่ยนแปลง เกิดผลกระทบหลายด้าน เช่น การเรียน การขาดสังคม การสูญเสียรายได้หรือธุรกิจ และถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย ทำให้คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 70 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁰⁾

ปัญหาสุขภาพจิตประกอบด้วยสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ ที่โครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนไปปัจจุบันจึงต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ความยากจน ความรุนแรง และความไม่เท่าเทียมกัน เพิ่มความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตได้⁽¹¹⁾ อีกปัจจัยที่สำคัญคือด้านการทำงาน พนักงานใช้เวลาอยู่ในสถานประกอบการหรือที่ทำงาน 1 ใน 3 ของเวลาทั้งหมดต่อวัน ความเครียด ความกดดันจากการทำงาน รวมถึงการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ บริเวณที่ทำงาน ทำให้ปัจจัยการทำงานมีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและจิตใจของพนักงานอย่างมาก⁽¹²⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่ต้องเผชิญประเด็นต่าง ๆ ในสถานที่ทำงาน ได้แก่ ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงจากวัยเรียนมาสู่วัยทำงาน ความคาดหวัง ความรับผิดชอบ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การสนับสนุนภายในสถานที่ทำงาน และการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน⁽¹³⁾ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย

และถูกสุขลักษณะไม่เพียงแต่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเท่านั้น ยังมีแนวโน้มที่จะลดความตึงเครียดและความขัดแย้ง ลดการลาออกของพนักงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการทำงานในทางกลับกัน การขาดโครงสร้างและการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลต่อความสามารถและความสุขในการทำงานของพนักงาน⁽¹⁴⁾

คนวัยทำงานรุ่นใหม่

คนวัยทำงานรุ่นใหม่ มีการกำหนดนิยามและช่วงอายุที่แตกต่างกันไป ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ให้นิยาม “คนวัยทำงานรุ่นใหม่” คือ กลุ่มคนอายุ 23 ถึง 29 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เริ่มเข้าสู่วัยทำงาน (First Jobber)⁽¹⁵⁾ กระทรวงแรงงาน ให้นิยาม “แรงงานใหม่” หมายถึงบุคคลที่เพิ่งเข้ามาในตลาดแรงงาน ทั้งผู้ที่กำลังหางานทำและผู้ที่ยังไม่ทำงานเป็นครั้งแรก⁽¹⁶⁾ บางการศึกษาที่ผ่านมาได้นิยามว่า กลุ่มคนวัยทำงานรุ่นใหม่เป็นกลุ่มคนทำงานที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ดังนั้นช่วงอายุของคนวัยทำงานรุ่นใหม่จึงอาจหมายรวมกลุ่มคนวัยวาย (Generation Y) หรือวัยมิลเลนเนียล (Millennial) ที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2540 ที่เติบโตมากับเทคโนโลยีและการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถทำงานเป็นทีมงาน ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี มีความสามารถในการทำงานที่ยืดหยุ่นและกลุ่มคนวัย ซี (Generation Z) ตอนต้น ที่เกิดหลัง พ.ศ. 2540 ที่เติบโตมาพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียบพร้อม ส่งผลให้

มีความสามารถในการใช้งานเทคโนโลยีต่าง ๆ และมีความสามารถในการเรียนรู้ได้รวดเร็ว มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสนใจในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ⁽¹⁷⁾

ปัญหาสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของ คนวัยทำงานรุ่นใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนวัยทำงานรุ่นใหม่ได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ ประเด็นเกี่ยวกับการทำงาน และประเด็นเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว

เนื่องจากคนวัยทำงานรุ่นใหม่อยู่ในช่วงเริ่มต้นอาชีพ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องปรับตัว เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และเผชิญกับความกดดันและความยากลำบากต่าง ๆ ที่เกิดจากงานใหม่ให้สำเร็จ รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในที่ทำงาน และการสั่งสมประสบการณ์การทำงาน⁽¹⁸⁾ ภาระงาน ความกดดันจากปริมาณงานในช่วงแรกที่ต้องปรับตัว อาจทำให้เกิดปัญหาความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิต (work-life balance) ที่ไม่ดี⁽¹⁹⁾ ความกดดันและการปรับตัวเหล่านี้นำไปสู่ความเครียดทางร่างกายและจิตใจ

นอกเหนือจากการทำงาน สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความกังวลในคนวัยวาย (Generation Y) หรือวัยมิลเลนเนียล (Millennial) และกลุ่มคนวัยซี (Generation Z) ตอนต้นนี้มีความคล้ายคลึงกัน นั่นคือความกังวลในเรื่องเกี่ยวกับความมั่นคงทางการเงิน โดยเฉพาะเรื่องค่าครองชีพ อนาคตทางการเงินระยะยาว และปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดเครียดและวิตกกังวล

ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม⁽²⁰⁾ นอกจากนี้คนวัยทำงานรุ่นใหม่ที่ต้องดูแลบุพการี และบุตรที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มยุคแซนด์วิช (Sandwich Generation) โดยต้องดูแลทั้งจิตใจ และร่างกาย พร้อมสนับสนุนด้านการเงิน เกิดความเหนื่อยล้า กอดตันที่เกิดจากค่าใช้จ่าย และการทุ่มเทเวลา นำไปสู่ความเครียดทางร่างกายและจิตใจและส่งผลกระทบต่อสุขภาพในท้ายที่สุด⁽²¹⁾

ปัญหาสุขภาพจิตในคนวัยทำงานรุ่นใหม่เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตโดยรวม ท่ามกลางสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ทั้งภาวะทางเศรษฐกิจหดตัว การปลดพนักงานออกปัญหาที่อยู่อาศัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยืดเยื้อ ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตของคนทำงานรุ่นใหม่แย่ลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการใช้ชีวิต และการทำงานบกพร่อง⁽²²⁾

สาเหตุของสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ของคนวัยทำงานรุ่นใหม่

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนวัยทำงานรุ่นใหม่ พบว่า เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความคาดหวังในงาน (Job demand) และอำนาจการควบคุมงาน (Job control) รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย ปัญหาด้านความสามารถในการเรียนรู้ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การขาดการสนับสนุนจากหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชา ก่อให้เกิดความเครียด

(Stress) ในที่สุด⁽¹⁷⁾ และยังผลให้เกิด ภาวะหมดไฟ (Burnout) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการในปรากฏการณ์เหตุ อาชีพ (Occupational phenomenon) หมายถึง ภาวะของการอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากความเครียดจากงานที่มากเกินไปอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ส่งผลให้สูญเสียความสนใจและแรงจูงใจในการทำงานตามมา⁽²³⁾ นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัญหาการล่องละเมิดทางเพศที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน ส่งผลลบอย่างมากกับสุขภาพจิต และอำนาจ การควบคุมงานที่ต่ำในระยะยาวของการทำงาน นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในคนทำงานที่อายุน้อยได้⁽²⁴⁾

โดยเฉพาะในกลุ่มคนทำงานรุ่นใหม่ที่ต้อง เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตจากวัยเรียน สู่วัยทำงานก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจาก ความคาดหวัง ความรับผิดชอบ และกระบวนการ ทำงานใหม่ กลุ่มคนทำงานรุ่นใหม่ มักเผชิญกับ ความคาดหวังสูงทั้งจากตนเองและนายจ้าง โดย มักต้องพิสูจน์ความสามารถของตน และต้องการ ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน เนื่องจากการ ทำงานในช่วงแรกที่ต้องปรับตัว อาจทำให้เกิด ปัญหาในการรักษาสมดุลระหว่างงานและชีวิต ส่วนตัว ซึ่งนำไปสู่ความเครียดที่เพิ่มขึ้นและความ เหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้น⁽¹³⁾ สำหรับบางคนที่ต้อง พัฒนาทักษะ และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างรวดเร็ว อาจส่งผลต่อความเครียดได้ รวมทั้งการพียง เข้าสถานที่ทำงานใหม่ มักขาดเครือข่าย การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานภายในสถานที่ ทำงาน ซึ่งเพิ่มโอกาสที่จะรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่ได้ รับความช่วยเหลือ⁽²⁵⁾

สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี (Mental Health and Well-being) ในที่ทำงาน จึงมี

ความสำคัญสำหรับคนวัยทำงานรุ่นใหม่ และ ต้องการความใส่ใจจากนายจ้าง รวมทั้งผู้กำหนด นโยบาย เช่น การจัดการสภาพแวดล้อม การเข้าถึง ทรัพยากรเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความ เป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานของพนักงาน โดยประเด็น ปัญหาจากการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ประกอบด้วย⁽¹¹⁾

1. เนื้อหางานและการออกแบบงาน ขาดความหลากหลายในการทำงาน หรือขาดทักษะ ในการทำงาน
2. ภาระงานที่หนัก แรงกดดันสูง งานที่ เร่งรีบ
3. ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน การทำงาน เป็นกะ ชั่วโมงงานที่ไม่ยืดหยุ่น
4. การควบคุมงานที่ขาดการควบคุม การออกแบบลักษณะงานหรือปริมาณงาน ขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจงานของตน
5. สภาพแวดล้อมและอุปกรณ์การทำงาน ที่ไม่ปลอดภัย
6. วัฒนธรรมองค์กร จุดมุ่งหมายของ องค์กรที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารที่ไม่ดี
7. ความสัมพันธ์ภายในทำงานต่าง ๆ เช่น การขาดการสนับสนุนจากหัวหน้างาน หรือเพื่อนร่วมงาน การจัดการสายงานที่ไม่ดี ความรุนแรง การถูกล่วงละเมิดหรือการกลั่นแกล้ง การเลือกปฏิบัติหรือการกีดกัน
8. บทบาทงานที่ไม่ชัดเจนภายในองค์กร
9. โอกาสในการพัฒนาอาชีพการ เลื่อนตำแหน่งในองค์กรต่ำหรือสูงเกินไปมีความ ไม่มั่นคงของงาน ขาดการลงทุนพัฒนาทักษะอาชีพ ขาดการจัดการด้านการลาต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม

10. การต้องทำงานที่บ้าน ความขัดแย้งของสมดุลระหว่างงานและการใช้ชีวิตที่บ้าน

ประเด็นเหล่านี้ เป็นปัจจัยทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจ รวมถึงค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการลดผลิตภาพการทำงานที่เกิดจากการขาดงาน (Absenteeism) หรือการป่วยแต่มาทำงานได้อย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ (Presenteeism) หากมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและประหยัดค่าใช้จ่ายของสถานประกอบการได้⁽²⁶⁾

แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนวัยทำงานรุ่นใหม่

ประเทศไทยที่ผ่านมามีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในระดับนโยบายเพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยงในการพัฒนางานสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับหน่วยงานและระดับพื้นที่ เช่น การกำหนดแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมีวิสัยทัศน์ คนไทยมีปัญญาอารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า⁽²⁷⁾ และแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) ของกรมสุขภาพจิต โดยหลักการสำคัญคือ ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาระบบบริการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการที่เกี่ยวข้อง⁽²⁸⁾ ตลอดจนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)⁽²⁹⁾ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ (สสส.) มีแนวคิดองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ที่มุ่งการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายคนทำงานในองค์กร ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม เพื่อสร้างความสุขในที่ทำงาน⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานในปัจจุบันยังพบว่า มีข้อจำกัด ตั้งแต่กระบวนการของงานบริการด้านสุขภาพจิตดำเนินงานไปอย่างล่าช้า และสถานการณ์ทางการเมืองของประเทศไทยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องด้านนโยบายและแผนการปฏิบัติการและแม้ว่านโยบายต่าง ๆ จะมาจากภาครัฐ แต่การนำไปใช้จริงในสถานประกอบการกลับไม่แพร่หลายนัก เนื่องจากที่ผ่านมามีแต่ละสถานประกอบการมีการดำเนินการประเด็นสุขภาพจิตภายในกันเอง ไม่มีข้อบังคับหรือกฎหมายที่ชัดเจน อีกทั้งภาวะสุขภาพอื่น ๆ มักจะได้รับความสำคัญมากกว่าสุขภาพจิต ส่งผลให้งบประมาณการดูแลด้านสุขภาพจิตได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ⁽³¹⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานสามารถส่งผลดีต่อพนักงาน นายจ้างและองค์กรได้ การศึกษาโดย Czabata C. และคณะพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงาน ช่วยลดความเครียด และช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เกิดความพึงพอใจและประสิทธิผลในการทำงานที่เพิ่มขึ้น เพิ่มสุขภาพจิตที่ดีและลดการขาดงาน⁽³²⁾ Wagner SL และคณะ รายงานว่าการสร้างเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงานช่วยลดความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลงได้⁽³³⁾ Chopra P. และคณะ

รายงานว่าปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และยังพบว่าสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่ดี สัมพันธ์กับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น⁽³⁴⁾

องค์การอนามัยโลกและองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ค.ศ. 2022 ออกคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตในการทำงาน โดยเน้น 3 แนวทาง คือ การป้องกันภาวะสุขภาพจิต (Prevent) การปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงาน (Protect and promote) และการสนับสนุน (Support) พนักงานเพื่อความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽⁵⁾

1. การป้องกันภาวะสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงานโดยจัดการความเสี่ยงด้านจิตสังคม ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมการทำงาน ปรับวัฒนธรรมและพัฒนาความสัมพันธ์ภายในองค์กร

2. การปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงาน ผ่านการฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต สร้างความตระหนักรู้ เพื่อรับรู้และตอบสนองต่อสภาวะสุขภาพจิตแต่เนิ่น ๆ รวมถึงประเมินและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความจำเป็นในการหยุดงาน การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานตามความเหมาะสม

3. การสนับสนุนพนักงานที่มีภาวะสุขภาพจิตให้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกันในการทำงาน จัดให้มีที่พักที่เหมาะสม การกลับไปทำงานที่บ้าน และสนับสนุนความคิดริเริ่มต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในที่ทำงาน และช่วยให้ผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตสามารถเติมเต็มศักยภาพของตนเองได้

องค์การอนามัยโลก ได้ออกแนวทางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในที่ทำงาน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตประสบความสำเร็จในการทำงาน โดยคำแนะนำกล่าวถึงการแทรกแซงในองค์กร (Organizational interventions) การฝึกอบรมผู้จัดการ (Training managers) การฝึกอบรมพนักงาน (Training workers) การแทรกแซงรายบุคคล (Individual interventions) การจัดโครงการกลับไปทำงานหลังจากต้องหยุดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย (Return-to-work programs) โดยเฉพาะจากปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการจัดโครงการหางานสำหรับผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต (Gaining employment programs)⁽³⁵⁾

1. การแทรกแซงในองค์กร เช่น การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม การลดภาระงาน ปรับปรุงการสื่อสารในการทำงาน การพัฒนาการทำงานเป็นทีม การจัดหาสถานที่ทำงานและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสมให้กับคนงานที่มีภาวะสุขภาพจิตให้เอื้อต่อการปรับตัว

2. การฝึกอบรมผู้จัดการหรือหัวหน้างาน เช่น การฝึกอบรมผู้จัดการให้สามารถสนับสนุนสุขภาพจิตของพนักงานโดยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และพฤติกรรมให้สามารถช่วยเหลือพนักงานได้

3. การฝึกอบรมพนักงาน เช่น การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้ความรู้ปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดความตระหนัก โดยการให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

4. การแทรกแซงรายบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การฝึกเจริญสติทำสมาธิ ที่ช่วยลดความทุกข์และปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน

5. การจัดโครงการกลับไปทำงานหลังจากต้องหยุดงาน เช่น การดูแลสุขภาพจิตร่วมไปกับการกลับมาทำงาน

6. การจัดโครงการหางานสำหรับผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมให้มีการจ้างงานที่สนับสนุนผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ตามความเหมาะสม

สหราชอาณาจักร โดย National Institute for Health and Care Excellence (NICE) มีการออกคำแนะนำเรื่องสุขภาพจิตที่ดีในการทำงาน โดยออกเป็นแนวทางปฏิบัติมีเนื้อหาหลักประกอบด้วย การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีช่วยสนับสนุนให้พนักงานมีความกระตือรือร้นในการทำงาน รวมทั้งช่วยปกป้องและพัฒนาสุขภาพจิต การพัฒนานโยบายเพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมที่ดีในที่ทำงาน ได้แก่ สนับสนุนนโยบายสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การจัดการด้านความเครียดที่เกี่ยวข้องกับงาน ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้⁽³⁶⁾

1. ความคาดหวังในงาน (Job Demand) ความกดดันจากเวลา ปัจจัยด้านความกดดันจากอารมณ์

2. อำนาจการควบคุมงาน (Job Control) การพัฒนาทักษะในงานการตัดสินใจในงาน

3. การสนับสนุน (Support) จากองค์กร ผู้จัดการสายงาน และเพื่อนร่วมงาน

4. ความสัมพันธ์ (Relationships) โดยส่งเสริมการทำงานเชิงบวกเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ

5. บทบาท (Role) พนักงานเข้าใจบทบาทของตนภายในองค์กร และไม่มีบทบาทที่ขัดแย้งกัน

6. การเปลี่ยนแปลง (Change) โดยมีวิธีการและสื่อสารการเปลี่ยนแปลงในองค์กร

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ออกคู่มือการดูแลสุขภาพใจในสถานประกอบการในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ไขปัญหาหรือวิกฤตที่เกิดขึ้นจนสามารถผ่านพ้นไปได้ โดยประกอบไปด้วย หลักการ 4 สร้าง ได้แก่ การสร้างความรู้สึกลดภัย (Safe) การสร้างความตระหนักไม่ตระหนก (Calm) การสร้างความหวัง (Hope) และการสร้างความเข้าใจ ใส่ใจและให้ออกาส (Care) เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มความเข้มแข็งให้ทั้งพนักงาน ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ⁽³⁷⁾

โดยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของคนวัยทำงานรุ่นใหม่ อาจแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การปรับปรุงพัฒนาภายในองค์กร และการปรับปรุงพัฒนาส่วนบุคคล

การปรับปรุงพัฒนาภายในองค์กรอาจเริ่มจากการปรับภาระงาน ลดความคาดหวังในงาน (Job Demand) ความกดดันจากเวลา เพิ่มอำนาจการควบคุมงาน (Job Control) การพัฒนาทักษะในงานการตัดสินใจในงาน เพื่อให้พนักงานมีเวลาเรียนรู้การทำงาน และปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ พัฒนาความสัมพันธ์ภายในองค์กร โดยปรับปรุงการสื่อสารในการทำงาน พัฒนาการทำงานเป็นทีม รวมทั้งฝึกอบรมหัวหน้างานให้สามารถสนับสนุนสุขภาพจิต เป็นที่ปรึกษาให้กับพนักงาน นอกจากนี้การปรับสถานที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับพนักงานยังช่วยเอื้อต่อการปรับตัวให้แก่พนักงานได้อีกด้วย⁽³⁶⁾

การปรับปรุงพัฒนาส่วนบุคคลอาจเริ่มจากการฝึกอบรมหัวหน้างาน เช่น การฝึกอบรมผู้จัดการให้สามารถสนับสนุนสุขภาพจิตของพนักงานโดยการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และพฤติกรรมให้สามารถช่วยเหลือพนักงานได้ การฝึกอบรมพนักงาน เช่น การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้ปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความตระหนัก โดยการให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม อาจมีโครงการที่ผ่อนคลายและกระชับความสัมพันธ์ภายในองค์กร เช่น การออกกำลังกาย การฝึกเจริญสติทำสมาธิ ที่ช่วยลดความทุกข์และปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน หรือหากพนักงานต้องหยุดงาน อาจจัดโครงการกลับไปทำงานหลังจากต้องหยุดงาน เช่น การดูแลสุขภาพจิตร่วมไปกับการกลับมาทำงาน หรือมีการจัดโครงการทำงานสำหรับผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมให้มีการจ้างงานที่สนับสนุนผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ตามความเหมาะสม⁽³⁵⁾

บทบาทของบุคลากรการแพทย์ต่อการจัดการสุขภาพจิตในที่ทำงาน

บุคลากรการแพทย์โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัย (Occupational health) สามารถมีบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบเหล่านี้ได้โดยการทำงานร่วมกับสถานประกอบการ หน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ เพื่อพัฒนาและดำเนินโครงการและนโยบายด้านสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน ตัวอย่างการดำเนินการ เช่น Wellness Recovery Action Plan (WRAP) เป็นเครื่องมือที่ช่วยเหลือเข้าถึงระดับตัวบุคคลในการช่วยฟื้นฟูสำหรับ

พนักงานที่มีประเด็นปัญหาด้านสุขภาพทางจิต รวมถึงที่ต้องเผชิญกับความเครียด หรือความไม่สบายใจต่าง ๆ โดยเริ่มจากบทสนทนาที่มีโครงสร้าง (Structure conversation) โดยมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และความต้องการต่างๆ ของพนักงาน การปรับตัวต่าง ๆ การสนับสนุนในการกลับไปทำงาน อาศัยความร่วมมือระหว่างตัวพนักงานที่ประสบปัญหาและหัวหน้างาน โดยมีหลักอยู่ 5 ประการคือ ความหวัง (Hope) ความรับผิดชอบส่วนบุคคล (Personal responsibility) การได้รับการเรียนรู้ (Education) การสื่อสารกับผู้อื่นถึงความต้องการของตนเอง (Self advocacy) และการสนับสนุนต่าง ๆ (Support)

โครงการการช่วยเหลือพนักงาน (Employee Assistance Programs: EAPs) เป็นโครงการช่วยเหลือที่นำเสนอให้สำหรับพนักงานที่มีปัญหาส่วนตัวต่าง ๆ โดยเฉพาะในการปรับตัวซึ่งส่งผลต่อศักยภาพในการทำงานและกระทบต่อผลผลิตจากการทำงาน โดยเป็นการให้การช่วยเหลือพนักงานในรูปแบบให้คำปรึกษาแก่พนักงานโดยปกปิดเป็นความลับระหว่างพนักงานที่เข้ารับบริการและผู้ให้คำปรึกษา

อีกวิธีหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถสนับสนุนสุขภาพจิตในที่ทำงาน คือ การให้ความรู้แก่พนักงานเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพจิตการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล และแนะนำการตรวจคัดกรองรักษา รวมถึงการให้บริการด้านสุขภาพโดยรวมจากนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ยังสามารถมีบทบาทสำคัญในการวิจัยด้านสาธารณสุข โดยการจัดทำคู่มือ วิธีการเพื่อช่วยในการประเมิน ปัญหาสุขภาพจิตและความเครียดในที่ทำงาน การสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่นายจ้างหรือสถานประกอบการสามารถใช้เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ในที่ทำงานและระบุพื้นที่สำหรับการปรับปรุงแก้ไข การจัดทำโครงการการฝึกอบรมเพื่อสอนผู้นำถึงวิธีการสร้างและรักษาบุคลากรที่มีสุขภาพจิตดีให้อยู่กับองค์กร⁽³⁸⁾

ดังนั้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการสุขภาพจิตในที่ทำงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี และลดผลกระทบจากความเครียดและสุขภาพจิตที่ไม่ดีต่อพนักงาน โดยการทำงานร่วมกับนายจ้าง เพื่อดำเนินโครงการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ สนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะนำ

ไปสู่การเพิ่มผลผลิตและความพึงพอใจโดยรวม ของพนักงาน

สรุป

ปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ความเครียดโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องจากงานสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล นำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ภาวะหมดไฟที่สูงขึ้น การขาดงานที่เพิ่มขึ้น การเกิดโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาว และรวมถึงผลผลิตจากงานที่ลดลงและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของสถานประกอบการ ในภาพรวมระดับประชากร ประเด็นสุขภาพจิตคนวัยทำงานรุ่นใหม่ ถือเป็นประเด็นที่สำคัญทั้งของประเทศไทยและในระดับโลกที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจทุกภาคส่วน ทั้งระดับนโยบาย ระดับองค์กร และระดับตัวบุคคลทั้งนายจ้าง พนักงาน และบุคลากรทางการแพทย์ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การสร้างเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงาน และการสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Tribe R, Melliush S. Globalization, culture and mental health. Int Rev Psychiatry 2014;26:535-7.
2. World Health Organization. Mental health Overview [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 2022.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. สร้างสุขด้วยสติในองค์กร MIO [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=318412566>.
5. International Labour Organization. Mental health at work: policy brief. Geneva: International Labour Organization; 2022.

6. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide2022>.
7. กรมสุขภาพจิต. ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก:<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459> 2565.
8. กรมสุขภาพจิต. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก: https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp2565.
9. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. สรุปรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากใบมรณบัตร ปี พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. เข้าถึงจาก: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=252564>.
10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สุขภาพคนไทย 2565. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
11. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/2562>
13. Nejad HG, Nejad FG, Farahani T. Adaptability and workplace subjective well-being: the effects of meaning and purpose on young workers in the workplace. Canadian Journal of Career Development 2021;20(2):4-16.
14. World Health Organization. Mental health at work [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work2022>.
15. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. พฤติกรรมเชิงลึกและไลฟ์สไตล์ทางการเงินของคนรุ่นใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://media.set.or.th/set/Documents/2022/Jun/012020-GenZ-SeminarReport.pdf2565>.
16. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. คำศัพท์ด้านแรงงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.labour.go.th/index.php/component/seoglossary/1-dictionary/young-workers2566>.
17. Van Veen M, Oude Hengel KM, Schelvis RMC, Bongers PM, Ket JCF, van der Beek AJ, et al. Psychosocial work factors affecting mental health of young workers: a systematic review. Int Arch Occup Environ Health 2023;96:57-75.

18. Houyu Z, Quangquang Z. Work stressors and occupational health of young employees: the moderating role of work adaptability. *Front Psychol* 2022;13.
19. เจตน์ รัตนจินะ, พรชัย สิทธิศรีณกุล. สมุดงานและชีวิตในมิติด้านสุขภาพ. *Chula Med J* 2559;60(4):365-71.
20. Deloitte. The mental health of Gen Zs and millennials in the new world of work. London: Deloitte; 2022.
21. Mental Health America. Caregiving and the Sandwich Generation [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://mhanational.org/caregiving-and-sandwich-generation2023>.
22. Newson J, Sukhoi O, Taylor J, Topalo O, Thiagarajan T. Mental health million project. Washington DC: Sapien Labs; 2021.
23. Pornchai Sithisarankul. Burnout is not a disease, but an occupational phenomenon. *Chula Med Bull* 2020;2:115-9.
24. Shields M, Dimov S, Kavanagh A, Milner A, Spittal MJ, King TL. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:1147-60.
25. Kumar A. Adaptability in life and work. *Science* 2016;353:954.
26. Trautmann S, Rehm J, Wittchen HU. The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep* 2016;17:1245-9.
27. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
28. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2563 กรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.
29. คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 2561-2580. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
30. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือมาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ. กรุงเทพฯ: กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2552.
31. ชลธิชา แก้วอนุชิต. ก้าวใหม่ด้านสาธารณสุขของสุขภาพจิตชุมชนกับปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ผลจากโลกาภิวัตน์สู่การพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในไทย. *Chula Med J* 2556;57(4):502-14.
32. Czałaba C, Charzyńska K, Mroziak B. Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promot Int* 2011;26(Suppl1):i70-84.

33. Wagner SL, Koehn C, White MI, Harder HG, Schultz IZ, Williams-Whitt K, et al. Mental health interventions in the workplace and work outcomes: a best-evidence synthesis of systematic reviews. *Int J Occup Environ Med* 2016;7:1-14.
34. Chopra P. Mental health and the workplace: issues for developing countries. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:4.
35. World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022.
36. National Institute for Health and Care Excellence. Workplace health: management practices. UK: National Institute for Health and Care Excellence; 2022.
37. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลสุขภาพใจในสถานประกอบการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Mental health in the workplace [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/workplace-health/mental-health/index.html> 2018.

Complete Denture Fabrication in a Severely Resorbed Mandibular Ridge Patient: A Case Report

*Phachara Bumrungsong, D.D.D., M.P.H.**

Abstract

In toothless elderly, the denture quality and masticatory efficiency was correlated with overall denture satisfaction and oral health-related quality of life. A severely resorbed mandibular ridge effect the denture quality by decreasing denture stability and retention. The objective of this article is to describe clinical approach for fabrication of complete denture in a severely resorbed mandible patient. A 60 year old female patient presented with chief complaint of difficulty of mastication, losing all teeth for many years. The dentist used the pressure impression technique or functional impression technique for mandibular resorbed ridge, monoplane occlusion and non-anatomical tooth. One month after treatment, patient was adaptable in using complete denture and was more socially confident.

Keywords: complete denture; severely resorbed; mandibular ridge; functional impression

*Dental Department, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

Received: September 14, 2023; Revised: November 6, 2023; Accepted: December 28, 2023

การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขากรรไกรล่างสลายตัวมาก

พัชรา บำรุงสงฆ์, ท.บ., ส.ม.*

บทคัดย่อ

ในผู้สูงอายุไร้ฟัน คุณภาพของฟันเทียม และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียม และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การมีสันเหงือกล่างที่สลายตัวมากส่งผลต่อประสิทธิภาพของฟันเทียม ทั้งด้านเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียม วัตถุประสงค์ของรายงานผู้ป่วยรายนี้เพื่อแสดงวิธีทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยอายุ 60 ปี ที่มีสันเหงือกล่างสลายตัวมาก และเป็นการใส่ฟันเทียมครั้งแรกของผู้ป่วย ทันตแพทย์เลือกใช้วิธีพิมพ์ชนิดมีแรงกดหรือขณะใช้งาน (pressure impression technique หรือ functional impression technique) ในขากรรไกรล่างที่มีการสลายตัวมาก ทำการเรียงฟันโดยรูปแบบการสบฟันเป็นชนิดการสบฟันระนาบเดียว (monoplane occlusion) โดยฟันที่ใช้เรียงเป็นฟันไร้ปุ่ม (Non-anatomical tooth) ภายหลังการรักษา 1 เดือน คนไข้สามารถปรับตัวใช้งานฟันเทียมได้เป็นอย่างดีและรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการเข้าสังคม

คำสำคัญ : ฟันเทียมทั้งปาก; สันเหงือกล่างสลายตัวมาก; วิธีการพิมพ์ปากขณะใช้งาน

*แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ได้รับต้นฉบับ: 14 กันยายน 2566; แก้ไขบทความ: 6 พฤศจิกายน 2566; รับลงตีพิมพ์: 28 ธันวาคม 2566

บทนำ

ในขณะนี้ ประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรผู้สูงวัย ผู้สูงอายุในไทย ปี 2565 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21⁽¹⁾ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่ประสบปัญหาสุขภาพหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุที่มีฟัน พบโรคในช่องปากที่ไม่ได้รับการรักษาและมีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น จากผลการสำรวจสภาวะทันตสาธารณสุข ในปี 2560 พบว่า ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซึ่ง ในช่วงอายุ 60-74 ปี มีเพียง 56.1 และร้อยละผู้สูญเสียฟันทั้งปากในช่วงอายุ 60-74 ปี สูงถึงร้อยละ 8.7⁽²⁾ และจากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุนั้นส่งผลต่อกระบวนการทำงานของสมอง (Cognitive function), การดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADLs) และภาวะโภชนาการ (Nutritional status) ทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽³⁾ และในผู้สูงอายุไร้ฟันคุณภาพของฟันเทียม และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก⁽⁴⁾

ปัจจัยหลักสามประการที่ทำให้ใช้งานฟันเทียมชนิดถอดได้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การยึดอยู่ของฟันเทียม (retention)⁽⁵⁾ เสถียรภาพของฟันเทียม (stability)⁽⁶⁾ และสิ่งพยุง (support)⁽⁷⁾ ซึ่งเสถียรภาพของฟันเทียมถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ในผู้สูงอายุที่สูญเสียฟัน กระดูกเบ้าฟันจะค่อย ๆ สลาย สันกระดูกยุบและเตี้ยลง⁽⁸⁾ สันเหงือกที่แบนลงอาจพบได้ทั้งในสันเหงือกบนและล่าง แต่โดยทั่วไปสันเหงือกล่างมักสลายตัว

มากกว่า จึงมักพบผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้งานฟันเทียมล่างมากกว่าฟันเทียมบน ฟันเทียมขาดเสถียรภาพและการยึดอยู่ที่ดี ทำให้ใช้เคี้ยวอาหารได้ไม่ดี⁽⁹⁾ ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำฟันเทียมทั้งปาก ได้แก่ การมีส่วนรองรับที่แตกต่างกัน พื้นที่ในการรับแรงบดเคี้ยว การสลายของกระดูกขากรรไกร แรงกัดและแรงบดเคี้ยว ความผิดปกติของลิ้นการปรับตัวของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการสลายของกระดูกขากรรไกรนั้น พบว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ฟันเทียมไม่มีเสถียรภาพและการยึดอยู่ และทำให้คนไข้เจ็บและรู้สึกไม่สบายอีกด้วย⁽¹⁰⁾ และเพื่อเป็นการรักษาสภาพของกระดูกขากรรไกร และลดปริมาณของแรงที่จะถ่ายทอดสู่ขากรรไกรนั้นสามารถทำได้โดย ขยายขนาดของผิวของฐานฟันปลอม⁽¹¹⁾ ลดจำนวนฟัน ลดความกว้างตามแนวแก้มและลิ้นของซี่ฟันเทียม พัฒนารูปปร่างด้านบดเคี้ยวของฟันเทียม⁽¹²⁾ ลดจำนวนระนาบเอียงของฟัน (inclined planes) ให้แรงลงศูนย์กลางด้านบดเคี้ยว บันทึกการสบฟันที่ดีเพื่อให้ได้มิติแนวโค้งที่เหมาะสม⁽¹⁰⁾

การพิมพ์ปากเป็นอีกหนึ่งขั้นตอนที่สำคัญ เพราะรอยพิมพ์ที่ดีช่วยให้ได้ฟันเทียมที่มีส่วนรองรับที่ดี สามารถต้านแรงในแนวตั้ง และป้องกันไม่ให้ฟันเทียมกดลงบนสันเหงือกมากเกินไป ทฤษฎีการพิมพ์ปากที่สำคัญมีสามทฤษฎี คือ 1) การพิมพ์ชนิดที่มีแรงกดน้อย หรือไม่มีแรงกด (low pressure technique หรือ mucostatic technique) 2) การพิมพ์ชนิดมีแรงกดหรือขณะใช้งาน (pressure impression technique หรือ functional impression technique) 3) การพิมพ์ชนิดเลือกแรงกด (selective pressure

technique) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเลือกวิธีการพิมพ์ให้เหมาะสมกับสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากซึ่งมีความยืดหยุ่นแตกต่างกันในแต่ละตำแหน่ง เพื่อให้ฟันเทียมขยับเท่า ๆ กัน ทุกตำแหน่งขณะใช้งาน และคงสภาพการสบฟันให้สม่ำเสมอ ด้วยวิธีนี้แรงจากการบดเคี้ยวจะกระจายสู่สันเหงือกอย่างทั่วถึง เป็นการป้องกันการสลายหรือชะลอให้สันเหงือกละลายช้าลง⁽¹⁰⁾

สำหรับวัตถุประสงค์การศึกษานี้ ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกวิธีในการใส่ฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขากรรไกร

ล่างสลายตัวมาก ให้สามารถมีฟันเทียมใช้งานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในหลายมิติ

รายงานผู้ป่วย

ผู้หญิงไทย อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส อาการสำคัญ คือ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ไม่เคยใส่ฟันปลอม ต้องการใส่ฟันปลอม ได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา

การตรวจสภาพภายนอกช่องปาก



ไม่พบสิ่งผิดปกติบริเวณใบหน้า รูปหน้าผู้ป่วยด้านหน้าเป็นรูปไข่ (ovoid) ตรวจแนวยิ้ม (smile line) มีระดับริมฝีปากบนที่สมมาตรกัน รูปใบหน้าด้านข้างตรง (straight profile)

ไม่พบเสียงของข้อต่อขากรรไกร ไม่มีอาการเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกรอ้าปากได้ต่ำกว่าเกทปกติเล็กน้อย สูงสุด 45 มิลลิเมตร

การตรวจสภาพภายในช่องปาก

ไม่พบสิ่งผิดปกติที่ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ลิ้น พื้นช่องปาก และคอหอยหลังช่องปาก ต่อม้ำลายปกติ ไม่มีภาวะน้ำลายน้อย ผู้ป่วย ไม่มีฟันทั้งขากรรไกรบนและล่างรูปร่างสันเหงือก (ridge form) บนเป็นลักษณะกลมมน พบ torus

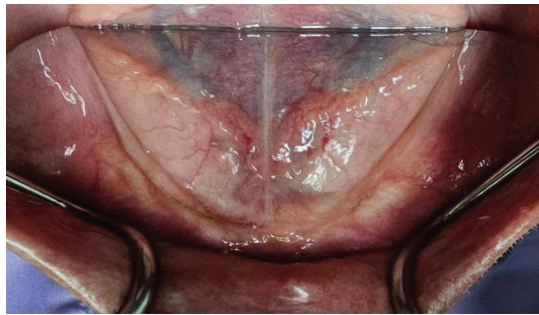
palatinus สันเหงือกกลางเป็นลักษณะตัวคว่ำลง (inverted U-shape) และมีลักษณะเรียว (tapering) สันเหงือกมีลักษณะแบนและเล็ก และมีลักษณะความสัมพันธ์ของขากรรไกรประเภทที่ 1 ดังแสดงใน

รูปที่ 1 ก และ ข และภาพถ่ายรังสี Panoramic แสดงใน รูปที่ 1 ค

ก



ข



รูปที่ 1 ก และ ข แสดงสันเหงือกขากรรไกรบนและล่าง

ค



ค ภาพถ่ายรังสี Panoramic

การวินิจฉัย

สันเหงือกกว้างขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง (upper and lower edentulous area)

การวางแผนการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยใส่ฟันเทียมมาก่อน มีสันเหงือกกว้างขากรรไกรล่างสลายตัวมาก การรักษาหลายแนวทาง ได้แก่ การเสริมกระดูก

สันเหงือก (ridge augmentation) การปลูกฝังรากเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก (implant retained overdenture) อธิบายแนวทางการรักษาและค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาที่ต้องผ่าตัด และเลือกใส่ฟันเทียมทั้งปากชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก โดยทันตแพทย์เลือกใช้วิธีพิมพ์ปากขณะใช้งานในชากรรไกรล่างที่สันเหงือกสลายตัวมาก

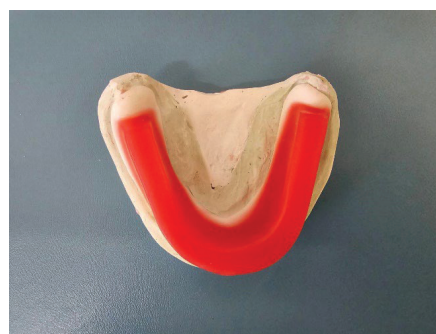
ขั้นตอนการรักษา

ครั้งที่ 1 ชักประวัติ ตรวจสภาพช่องปาก

รูปที่ 2 ก



รูปที่ 2 ข



รูปที่ 2 ก และ ข ภายพิมพ์ปากล่างพร้อมแท่นกัด (occlusal rim)

ครั้งที่ 2 ทำการพิมพ์ปากแบบเลือกแรงกด (selective pressure) ในชากรรไกรบน โดยเริ่มจากลองถอดพิมพ์ปากบนในช่องปาก ตรวจสอบเสถียรภาพของถอดพิมพ์ และกรอแต่งถอดพิมพ์จนขอบของถอดพิมพ์สั้นกว่าเวสติบูล (vestibule) ประมาณ 2 มม. หลบเว้าเนื้อยึด (frenum) และขอบด้านท้ายของถอดพิมพ์ปากบนซึ่งอยู่ที่บริเวณรอยต่อระหว่างเพดานอ่อนส่วนที่ขยับและไม่ขยับ ตรวจสอบและกรอแต่งแก้ไขบริเวณที่สัมผัสเนื้อเยื่อ

ถ่ายภาพรังสีและพิมพ์แบบขั้นต้น (preliminary impression) ด้วยวัสดุอัลจิเนต (alginate) หลังจากนั้นเอารอยพิมพ์ที่ได้ไปเทขึ้นหล่อศึกษา (study cast) และทำถอดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลขึ้นบนด้วยเรซินอะคริลิกชนิดบ่มด้วยตัวเองโดยจะมีการทำบริเวณผ่อนแรงกดด้วยแผ่นซีฟิ่งสีชมพูที่บริเวณสันเหงือกด้านหน้า และที่แนวกึ่งกลางเพดาน ส่วนข้างล่างทำถอดพิมพ์ปากล่างพร้อมแท่นกัด (occlusal rim) เพื่อไว้ใช้ในขั้นตอนต่อไป

รูปที่ 2 ก และ ข

มากเกินไปทำการปั้นแต่งขอบโดยใช้วัสดุชนิด compound ใส่ลงในบริเวณขอบของถอดพิมพ์ปากบนแล้วให้ผู้ป่วยทำการเคลื่อนไหวที่ริมฝีปากและแก้มด้วยการอ้าปาก-หุบปาก เอียงคางซ้าย-ขวา เม้มปากด้านหน้า ดูดแก้ม จากนั้นทำการทาสารยึดสำหรับโพลีซัลไฟด์ (polysulfide) ที่ถอดพิมพ์ปากบน แล้วทำการพิมพ์ปากขั้นสุดท้ายด้วยวัสดุโพลีซัลไฟด์ เมื่อได้รอยพิมพ์มาแล้ว ทำการล้อมขอบรอยพิมพ์ (boxing) แล้วเทด้วยพลาสติกเรซินเพื่อทำขึ้นหล่อหลักและแท่นกัดบนต่อไป

รูปที่ 3



รูปที่ 3 แท่นกัฒบน (occlusal rim)

ครั้งที่ 3 นำแท่นกัฒบนและล่างมาลงในปาก (รูปที่ 4) ปรับแต่งแท่นกัฒจนได้ระยะแนวโค้งที่เหมาะสมกับลักษณะใบหน้า และแท่นกัฒสบกันที่ความสัมพันธ์ในศูนย์ จากนั้นทำการพิมพ์ปากขณะใช้งาน (functional impression) ที่ขากรรไกรล่างด้วยวัสดุเสริมฐานชนิดอ่อน (soft liner) โดยให้ผู้ป่วยขยับลิ้นไปมา เมื่อได้ขอบเขตทางด้านลิ้นที่ถูกต้องแล้ว ให้ผู้ป่วยกัดแท่นกัฒบนและล่างและทำการปั้นขอบลาดพิมพ์ล่างให้รู้ปร่าง และขอบเขตของเวทียูลขณะใช้งาน โดยการให้ผู้ป่วยออกเสียงอุ-อิ สลับกันไปเรื่อยๆ เมื่อวัสดุแข็งตัวเต็มที่ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 8-10 นาที

ให้ทำการพิมพ์ปากครั้งสุดท้ายบริเวณส่วนรองรับที่หล่อด้วยวัสดุโพลีซิลไฟด์อีกครั้ง โดยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเหมือนในฟันบน แต่ให้เพิ่มการกระดกลิ้นแลบลิ้น ลิ้นไปแตะแก้มซ้าย-ขวา ซึ่งการพิมพ์ซ้ำด้วยวิธีนี้จะทำให้ได้รอยพิมพ์ที่สมบูรณ์มากขึ้น กล่าวคือได้ส่วนขอบที่ขยายไปไกลสุดโดยไม่ขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อและได้ส่วนของเนื้อเยื่อที่รองรับฟันเทียม หลังจากวัสดุพิมพ์ปากแข็งตัวจึงดึงรอยพิมพ์ออกมา รูปที่ 5 ต่อขอบ (boxing) ก่อนเทแบบจำลองโดยใช้ปูนยิบซัมที่แข็งแรงกว่าธรรมดา (improved stone, class4 dental gypsum) และสร้างแท่นกัฒบนขึ้นหล่อ



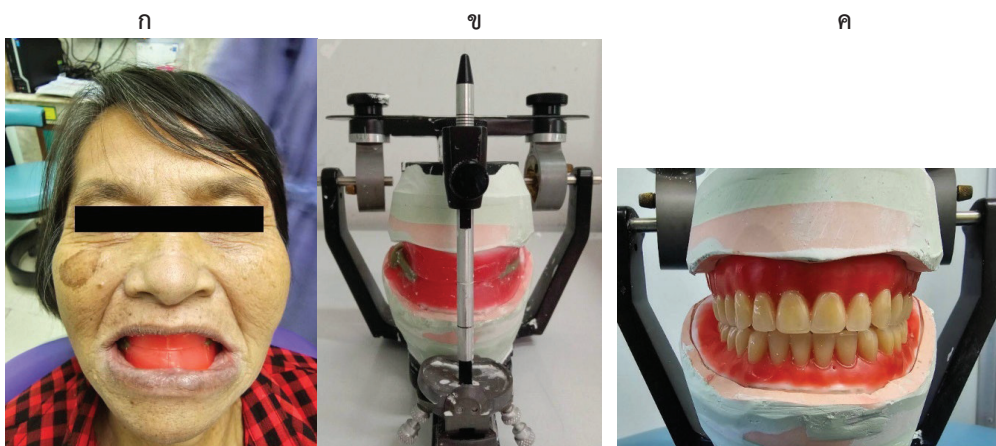
รูปที่ 4 นำแท่นกัฒบนและล่างมาลงในช่องปาก



รูปที่ 5 ภาพรอยพิมพ์ขั้นสุดท้ายของเนื้อเยื่อสันเหงือกล่าง

ครั้งที่ 4 ลองแทนกัตโดยเริ่มจากอันบน ปรับแต่งแทนกัตให้รองรับริมฝีปากบนให้เหมาะสมกับลักษณะใบหน้า โดยพิจารณาจากความอูมนูน ความสวยงาม และการออกเสียง กำหนดระดับความสูงของระนาบสบฟันที่แทนกัตบน ชีตเส้นกึ่งกลางใบหน้า (midline) แนวฟันเขี้ยว (canine line) และแนวความสูงของฟันหน้าบนเวลายิ้มกว้าง (smile line) ลองแทนกัตอันล่าง ปรับแต่งแทนกัตให้รองรับริมฝีปากล่างให้เหมาะสมกับลักษณะใบหน้า งามิตินแนวตั้งขณะสบฟันที่เหมาะสมจากความสวยงามและการออกเสียง และมีระยะปลอดภัยสบที่เพียงพอ บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนต่อคอนดอยล์ด้วยเครื่องเฟสโบว์ชนิด

กำหนดค่าได้ (arbitrary facebow) ชักซ้อมกับผู้ป่วยให้กัดฟันในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ ตัดซี่ผึ้งที่แทนกัตบนและล่างแล้วบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรด้วยอะลูมิเนียมแว็กซ์ (alu wax) โดยให้แทนกัตใกล้กันมากที่สุดโดยไม่แตะกัน (รูปที่ 6 ก และ ข) เลือกสีฟันโดยใช้แผงเทียบสีฟัน Major dent® และให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจเลือกสีฟัน โดยสีที่เลือกได้คือสี 2L ทำการยึดขึ้นหล่อหลักในกลุ่ปรกรณ์ขากรรไกรจำลองชนิดปรับได้บางส่วน (Hanau™ modular articulator) ทำการเรียงฟันโดยรูปแบบการสบฟันเป็นชนิดการสบฟันระนาบเดียว (monoplane occlusion) โดยฟันที่ใช้เรียงเป็นฟันไร้ปุ่ม (non-anatomical tooth) รูปที่ 6 ค



รูปที่ 6 ก ข และ ค บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรด้วยอะลูมิเนียมแว็กซ์ (alu wax) และเรียงฟัน

ครั้งที่ 5 ทำการลองฟันเทียมในผู้ป่วย รูปที่ 7 โดยประเมินมิติแนวตั้งขณะสบ ตรวจสอบความ

สีฟัน เมื่อลองฟันเสร็จแล้ว ส่งห้องปฏิบัติการ เพื่อขึ้นรูปเป็นฟันเทียมชนิดบ่มด้วยความร้อน (heated-curing acrylic resin) ทำการเทแบบ หล่อ (flasking) การอัดแบบ (packing) การบ่มฐาน ฟันเทียม (processing) และขัดแต่ง (finishing)



รูปที่ 7 ทำการลองฟันเทียมในผู้ป่วยโดยประเมินมิติแนวตั้ง

ครั้งที่ 6 ทำการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วย รูปที่ 8 ก โดยตรวจสอบการกดเนื้อเยื่อของ ด้านติดเนื้อเยื่อและขอบของฟันเทียม โดยใช้วัสดุ ชีบออกแรงกด (pressure indicating paste หรือ PIP) หาได้ฐานฟันเทียม ทำการกรอแต่งรอยที่ กดเกิน รวมถึงขอบฟันเทียมให้พอดี ตรวจสอบการ ยึดอยู่ เสถียรภาพ มิติแนวตั้ง ตรวจสอบการ สบฟันทั้งในศูนย์และนอกศูนย์โดยใช้กระดาษทดสอบ

รูปเกือกม้า (articulating paper) ทำการขัดมัน ขัดเงาฟันเทียม และส่งมอบให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้ง ให้คำแนะนำการใช้ฟันเทียม สอนวิธีการถอดใส่ รวมถึงวิธีการดูแลรักษาฟันเทียมให้กับผู้ป่วย จากนั้นนัดติดตามการรักษา 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 6 เดือน และทุก ๆ 6 เดือนรูปที่ 8 ก และ ข และ ค ตลอดระยะเวลา 2 ปี

รูปที่ 8 ก



รูปที่ 8 ข





รูปที่ 8 ค

วิจารณ์

รอยพิมพ์ที่ได้นั้นได้มาจาก 1) ถาดพิมพ์ที่มีขนาดพอเหมาะกับสันเหงือกและมีพื้นที่เพียงพอสำหรับวัสดุพิมพ์ 2) เลือกวัสดุพิมพ์ที่เหมาะสมกับวิธีการพิมพ์ และ 3) เลือกวิธีการพิมพ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพเนื้อเยื่อ⁽¹⁰⁾ การพิมพ์ชนิดมีแรงกดหรือขณะใช้งาน (pressure impression technique หรือ functional impression technique) ทำได้ 2 วิธี คือ พิมพ์โดยวิธีอำปากและพิมพ์โดยวิธีหุบปาก ในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้พิมพ์โดยวิธีหุบปาก ซึ่งมีข้อดีคือ เป็นการบันทึกลักษณะเนื้อเยื่อภายใต้แรงที่ผู้ป่วยสบฟัน ไม่ใช่แรงที่กดโดยทันตแพทย์ซึ่งอาจจะมากเกินไป และอาจทำให้เกิดการสลายของกระดูกสันเหงือกภายหลังได้⁽¹⁰⁾ ช่วยให้ได้รูปร่างของเวสติบูลที่ถูกต้องทั้งความลึกและความกว้าง เพราะผู้ป่วยขยับแก้มและริมฝีปากด้วยตัวเอง⁽¹³⁾ รวมทั้งการสบฟันและรอยพิมพ์สันเหงือกถูกบันทึกด้วยแรงที่เท่ากัน คือแรงจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการสบฟันผู้ป่วย จึงทำให้

เนื้อเยื่อได้รับแรงสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ฟันเทียมได้ดีขึ้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสบแทนกัดไว้ด้วยกันขณะพิมพ์สันเหงือก จะช่วยให้วัสดุพิมพ์ไหลแผ่ไปเข้า ๆ จากแรงสบแทนกัด ช่วยให้กักฟองอากาศไว้ในรอยพิมพ์ และลดอาการอยากอาเจียนขณะพิมพ์ สำหรับผู้ป่วยที่มีรีเฟลกซ์การขย้อน⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามการพิมพ์ด้วยวิธีหุบปากจะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยค่อนข้างมาก กล้ามเนื้อและระบบประสาทต้องทำงานประสานกันดี สามารถใช้กล้ามเนื้อประคองแทนกัดไว้ได้ ขณะเดียวกันต้องสามารถขยับแก้ม ริมฝีปากและลิ้นตามคำแนะนำของทันตแพทย์ ก่อนที่วัสดุพิมพ์ก่อตัวปัญหาการพิมพ์ฟันในผู้ป่วยรายนี้ คือ ด้วยอายุผู้ป่วยที่มากทำให้ใช้เวลาในการฝึกนานพอสมควร กว่าที่ผู้ป่วยจะเข้าใจและปฏิบัติตามที่ทันตแพทย์ต้องการก่อนที่จะเริ่มใส่วัสดุพิมพ์ปากเข้าไป นอกจากนี้ยังจำเป็นที่แทนกัดต้องมีฐานชั่วคราวที่เสถียร และในกรณีที่แทนกัดกลางอาจมีขนาดใหญ่ จะทำให้ผู้ป่วยขยับลิ้นไม่สะดวก

จึงมักจะได้อบเชตรอยพิมพ์ที่มักจะยาวเกินไป (overextension) ทางด้านลิ้น วิธีแก้ไข คือ ให้ผู้ป่วยขยับลิ้น ก่อนที่จะสบแท่นกัดบนและล่างไว้ด้วยกัน จะช่วยให้ได้อบเชตทางด้านลิ้นขณะใช้งานที่ถูกต้อง⁽¹³⁾

การทำฟันเทียมทั้งปาก ถ้ากำหนดระยะสบฟันให้อยู่ในตำแหน่งเดิมเช่นเดียวกับขณะมีฟันธรรมชาติ กล้ามเนื้อแก้มและลิ้นจะสามารถส่งป้อนอาหารขึ้นไปวางบนฟันเพื่อบดเคี้ยวได้เช่นเดียวกับเมื่อครั้งยังมีฟันธรรมชาติ⁽¹⁰⁾ การกำหนดระยะสบฟันมีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยม ให้ระยะสบฟันทางด้านหน้าอยู่ต่ำกว่าขอบล่างของริมฝีปากขณะอยู่ในท่าพักประมาณ 1-2 มิลลิเมตร และขนานกับเส้นสมมติที่ลากผ่านรูมาตาทั้งสองข้าง (interpupillary line) ส่วนระยะสบฟันทางด้านหลังขนานกับเส้นที่ลากจากขอบล่างของปีกจมูก (ala of the nose) ไปยังติ่งหน้าหู (tragus of the ear)⁽¹⁰⁾ หรือขอบบนของติ่งหน้าหู ซึ่งเรียกว่าแนวแคมเปอร์ (camper's line) วิธีนี้ง่ายกว่าการหาตำแหน่งอ้างอิงในช่องปากขั้นตอนต่อไปคือการหาความสัมพันธ์ของขากรรไกรในแนวตั้ง ซึ่งแบ่งคร่าว ๆ ได้ 2 วิธี วิธีเชิงกล (mechanical methods) ได้แก่ การใช้บันทึกก่อนถอนฟัน การวัดระยะจากจุดอ้างอิงต่าง ๆ บนใบหน้า เป็นต้น อีกวิธีหนึ่งคือ วิธีเชิงสรีระ (physiologic methods) ได้แก่ การใช้ท่าพักเชิงสรีระ การกลืน การออกเสียง แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ควรพิจารณาร่วมกับความสวยงามและความรู้สึกสบายของผู้ป่วย คำมิตินี้จะต้องตรวจซ้ำในขั้นตอนการลองฟันก่อนที่จะทำฟันเทียมให้สำเร็จเพื่อใส่ให้ผู้ป่วย⁽¹⁰⁾ การหาคำมิตินี้ในผู้รายนี้ได้จาก 1) ประเมิน

จากรูปร่างของใบหน้า 2) ประเมินจากการออกเสียง โดยให้ผู้ป่วยออกเสียง “ส” หรือ “เอส” 3) ประเมินจากระยะปลอดการสบ (free way space) โดยหาได้จากความแตกต่าง ระหว่างมิติแนวตั้งขณะพักและมิติแนวตั้งขณะสบ ผลจากการกำหนดมิติแนวตั้งขณะสบที่มากเกินไปจะทำให้ฟันกระทบกันเร็วและบ่อยกว่าปกติ ทำให้เจ็บเนื้อเยื่อที่รองรับฐานฟันเทียม โดยเฉพาะที่สันเหงือกกลาง ซึ่งมีพื้นที่รองรับน้อยกว่าสันเหงือกบน ดังนั้นสันเหงือกกลางจึงต้องรับแรงมากกว่า ถ้าปล่อยไว้ไม่แก้ไขจะทำให้กระดูกสันเหงือกสลายเร็วกว่าปกติ มีผลทำให้ฟันเทียมหลวมเพราะฐานฟันเทียมไม่แนบสนิทกับเนื้อ อีกทั้งยังทำให้ด้านบดเคี้ยวของฐานฟันเทียมอยู่ห่างจากสันเหงือกมากขึ้นทำให้ฟันเทียมโคลงเคลง โดยเฉพาะฟันเทียมล่าง ลิ้นไม่สามารถประคองฟันเทียมไว้ให้นิ่งฟันเทียมจึงขยับและหลุดง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเจ็บหรือเมื่อยบริเวณกล้ามเนื้อแมสซิเตอร์และเมื่อยขากรรไกรอีกด้วย ในขณะเดียวกัน หากกำหนดมิติแนวตั้งในขณะสบฟันน้อยเกินไปจะทำให้ใบหน้าดูแก่ ริมฝีปากดูบางลง ไม่ชุ่มเต็ม รอบ ๆ ริมฝีปากสูญเสียความตึงตัว เกิดร่องลึกมุมปากน้ำลายไหลเข้าไปกักที่มุมปากเสมอ ทำให้มุมปากเปื่อย หากเกิดการติดเชื้อจะทำให้อักเสบเป็นแผลเรื้อรัง เรียกว่า angular cheilitis หรือภาวะปากนกกระจอก⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ หากกำหนดมิติแนวตั้งน้อยเกินไป ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวจะลดลงเพราะแรงกดลดลง กล้ามเนื้อแก้มและริมฝีปากจะสูญเสียความตึงตัว ทำให้กระพุ้งแก้มมีโอกาสเข้าไปอยู่ระหว่างฟันบนและฟันล่างผู้ป่วยจึงกัดแก้มบ่อย ๆ การเรียงฟันในผู้ป่วยรายนี้ทำการเรียงฟันโดยรูปแบบการสบฟัน

เป็นชนิดการสบฟันระนาบเดียว (monoplane occlusion) โดยฟันที่ใช้เรียงเป็นฟันไร้ปุ่ม (non-anatomical tooth) เพื่อให้ฟันเทียมมีความเสถียรดีควรเลือกฟันหลังที่มีปุ่มฟันเตี้ยหรือไร้ปุ่ม ยิ่งสันเหงือกแบนมาก ฟันหลังก็ควรมีปุ่มฟันแบนมากตามไปด้วย ทั้งนี้เพื่อลดการสับสะดุดและการเกิดแรงในแนวราบ และฟันหลังควรมีพื้นที่ด้านบดเคี้ยวแคบในแนวด้านแก้ม-ด้านลิ้น เพื่อไม่ให้เกิดความคอคอดทางด้านลิ้นของปีกฟันเทียม ขณะเดียวกัน ด้านบดเคี้ยวที่แคบลงยังช่วยลดแรงที่จะกระทำบนสันเหงือกได้ นอกจากนี้ฟันไร้ปุ่มจะช่วยให้แรงในแนวตั้งลงสันกระดูกคงที่ได้มากกว่า และลดการเกิดแรงในระนาบนอนซึ่งเป็นแรงที่ทำให้เกิดการสลายของกระดูกค่อนข้างมาก⁽¹⁰⁾

หลังจากใส่ฟันเทียมและผู้ป่วยใช้ฟันเทียมได้ดีแล้ว ทันตแพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกลับมาตรวจอีกเป็นระยะ ดังนั้นถ้าสามารถทำได้ควรนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจครั้งแรกใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้การแก้ไขฟันเทียมทำได้ตั้งแต่เริ่มมีปัญหาเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจแก้ไขได้ใน 24 ชั่วโมงและต้องเว้นระยะไปหลายวัน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยถอดฟันเทียมออกถ้ารู้สึกเจ็บมากและให้ใส่ฟันเทียมพร้อมทั้งใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารอีกครั้งก่อนถึงวันนัด 1 วันเพื่อให้ผู้ป่วยแจ้งปัญหาได้ถูกต้อง และอาจปรากฏรอยกดบนเนื้อเยื่อให้เห็นและวินิจฉัยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น และต้องติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง การนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจแต่ละครั้ง

ทันตแพทย์ควรถามความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากใช้ฟันเทียมชุดใหม่ เช่น ใช้เคี้ยวอาหารได้หรือไม่ รับประทานอาหารประเภทใดบ้าง อาหารประเภทใดที่เคี้ยวไม่ได้ และมีเจ็บที่ใดบ้าง เพื่อชักนำให้ผู้ป่วยบอกเล่าปัญหา ขณะเดียวกันทันตแพทย์ควรรับฟังด้วยความตั้งใจ พร้อมให้คำแนะนำ อธิบายสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหามอบให้ผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

สรุป

การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกขากรรไกรล่างสลายตัวมาก ทันตแพทย์ควรทำการรักษาอย่างพิถีพิถันในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การทำรอยพิมพ์ การลองແທນกັດ การกำหนดมิติฟันเทียมในแนวตั้ง การบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกร การลองฟันและการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งแต่ละขั้นตอนส่งผลต่อประสิทธิภาพในการใช้งานฟันเทียมของผู้ป่วย ฟันเทียมทั้งปากเป็นสิ่งประดิษฐ์ทดแทนฟันธรรมชาติ ทันตแพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความแตกต่างของฟันเทียมและฟันธรรมชาติ และเข้าใจข้อจำกัดในการใช้ฟันเทียม ที่สำคัญทันตแพทย์ควรแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความตั้งใจและเต็มใจในการรักษา เข้าใจในความลำบากและความทุกข์ของผู้ป่วย เมื่อทันตแพทย์เข้าใจสภาวะจิตใจของผู้ป่วยย่อมช่วยให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จและผู้ป่วยปรับตัวใช้ฟันเทียมได้เร็วยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต] 2566. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/2/1747>.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2561.
3. Jung YS, Park T, Kim EK, Jeong SH, Lee YE, Cho MJ, et al. Influence of chewing ability on elderly adults' cognitive functioning: the mediating effects of the ability to perform daily life activities and nutritional status. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3):1236.
4. Pimwipa Setthaworaphan, Songchai Thitasomakul, Paitoon Daosodsai. Oral health-related quality of life among elderly complete denture wearers and its associations with denture quality and masticatory efficiency assessed by the Thai version of OHIP-EDENT. *J Dent Assoc* 2014;64(1):1.
5. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability and support. Part I: retention. *J Prosthet Dent* 1983;49(1):5-15.
6. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability and support. Part II: Stability. *J Prosthet Dent* 1983;49(2):65-72.
7. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability and support. Part III: support. *J Prosthet Dent* 1983;49(3):306-13.
8. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed- longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972;27(2):120-32.
9. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.
10. พจมาน ศรีนวลรัตน์. ฟันเทียมทั้งปาก. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2556.
11. Rachmiel A, Leiser Y. The molecular and cellular events that take place during craniofacial distraction osteogenesis. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2014;2(1):e98.

12. Manish K, Vinod K, Ravi G, Deepak M. Residual ridge resorption: a review. *Journal of Science and Technology* 2015;1(4):124-8.
13. Jayaraman S, Singh BP, Ramanathan B, Pillai MP, MacDonald L, Kirubakaran R. Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4(4):CD012256.

คำชี้แจงในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย (ISSN 2229-0737 ฉบับพิมพ์ ISSN 2730-3586 ออนไลน์) เป็นวารสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานการวิจัย การค้นคว้าทางวิชาการทางด้านเวชศาสตร์ป้องกันในสาขาต่างๆ เช่น ด้านอาชีวเวชศาสตร์ สุขภาพจิตชุมชน ระบาดวิทยา ระบาดวิทยาคลินิกและงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกำหนดออกราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับประจำเดือน มกราคม-เมษายน / พฤษภาคม-สิงหาคม / กันยายน-ธันวาคม)

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไปผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบบทความของตนเอง และต้องเป็นบทความที่ยังไม่ได้รับการตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อนหรือถ้าตีพิมพ์ในวารสารสมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยแล้วแล้วไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ที่อื่นได้อีก

การเตรียมต้นฉบับ

เขียนต้นฉบับด้วยภาษาไทย ยกเว้นคำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วได้ใจความไม่ชัดเจน พิมพ์บนกระดาษ A4 โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ตัวอักษร TH SarabunPSK 16 แบบคอลัมน์เดียวปกติ ไม่กั้นหน้าและหลัง ในกรณีที่มิภาพประกอบ ให้ส่งไฟล์ภาพด้วยเขียนด้วยความยาวทั้งหมดประมาณ 8-15 หน้า

กำหนดการส่งต้นฉบับ ส่งได้ไม่เกินวันที่ 15 เดือนแรกของวารสารฉบับที่กำลังจะตีพิมพ์ เช่นวารสารฉบับ มกราคม-เมษายน ส่งต้นฉบับไม่เกินวันที่ 15 มกราคม โดยระบุชื่อ ตำแหน่ง หน่วยงานสังกัด หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์และอีเมลที่ติดต่อได้สะดวก

ชื่อเรื่อง (Title) : ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องให้เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Author) : ชื่อผู้เขียนปริญญาหรือคุณวุฒิสถสุด(ตัวย่อ) และหน่วยงานที่สังกัด เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ (Abstract) : ให้เขียนเนื้อหาสำคัญ ระบุตัวเลขทางสถิติที่จำเป็น ใช้ภาษาสั้นได้ใจความ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด มีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง เอกสารอยู่ในบทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยเขียนบทคัดย่อตามแบบมาตรฐาน Structured abstract

คำสำคัญ (Keyword) : ให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำสำคัญ

บทนำ (Introduction) : อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย

วัตถุประสงค์ (Objective) : ต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา

วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) : อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย : งานวิจัยต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยใส่ข้อความก่อนหัวข้อผลการศึกษา หรือผลการวิจัย ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล...../สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ผลการศึกษา (Results) : อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์สรุป เปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ (Discussion) : อภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (Conclusions) : สรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) : เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้วิจัยร่วมและผู้ร่วมทำการวิจัยทุกคน และขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนการวิจัยทั้งด้านวิชาการและด้านทุนวิจัย ส่วนนี้จะมีหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง(References): ให้เขียนเอกสารอ้างอิงแบบVancouver Style ให้เรียงตามลำดับหมายเลขที่นำมาอ้างอิงก่อน-หลัง ซึ่งเป็นตัวยกอยู่ในวงเล็บ ถ้ามีการอ้างอิงอีก สามารถใช้หมายเลขเดิมได้และเอกสารที่นำมาอ้างอิงไม่ควรไม่เกิน 10 ปี

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ข้อมูลที่น่ามาอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาไทย และถ้าข้อมูลที่น่ามาอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S.National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ฉบับล่าสุด หรือในเว็บไซต์ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ.ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

- วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อต้นและชื่อกลางถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma,) แล้วตามด้วย et al.

- ชื่อบทความภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกนั้นให้ใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด เมื่อจบชื่อบทความให้ใส่เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop.)

- ชื่อวารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อตามแบบของindex Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

เอกสารจากวารสารวิชาการผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ 6 คนแรกตามด้วย et al.และคณะ (ในภาษาไทย)

1. ชนิตา พลอยเลื่อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ช่อผกา วนาทรัพย์ดำรง, วรณพร วรณทิพย์. ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชน ที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสวนปรง 2560;33(1):14-30.
2. Zou C, Chen S, Shen J, Zheng X, Wang L, Guan l, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. Clin Interv Aging 2018;13:1755-62.

2. หนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่) :สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์
 1. ฌนทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินนิง ไชยลังการณ,รัตน นิวัฒนนนท์และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2559.
 - 2 World Health Organization. Conquering depression: You can get out of the blues. Coodinating Authoe: SudhirKhandelwal.New Delhi: WHO Regional office for South-East Asia; 2001:18-37.
- หนังสือมีบรรณาธิการ
 1. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
 2. Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, editors. Rosen’s emergency medicine: concepts and clinical practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. p. 520-3.
- บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน:ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก - หน้าสุดท้าย).

 1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน:มนตรี ตูจันดา, วินัย สุวตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ขวลิตอํารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์;2540. หน้า424-7.
 2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In:Laragh JK, Brenner BM, editors. Hypertension:pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York:Raven Press;1995.p.465-78.

3. รายงานการประชุม สัมมนา

- ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์:ปีที่พิมพ์.
1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป้เบ้ทาวเวอร์.กรุงเทพฯ:ดีไซร์;2541.
 2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th InternationalCongress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amaterdam: Elsevier;1996.

4. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง[ประเภทปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

1. เกสรวิ ละเอียดสกุล. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
2. KaplanSJ. Post-hospital home health care: the elderly's access utilization (dissertation). St. Louis (MO):WashingtonUniv; 1995.

5. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ข้อมูลที่นำมาอ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์หรือผู้รับผิดชอบ. ชื่อบทความหรือชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่].เข้าถึงได้จาก/Available from: <https://.....>

1. จิราภรณ์ แผลงประพันธ์, สมชัย จิตสุชน. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครัวเรือนที่มีเด็กเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย.2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2020/08/covid19-impact-early-child/>.
2. Global Initiative for Asthma. NHLBI/WHO workshop report: global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2019. [cited 2020 Dec 12]. Available from: <http://www.ginasthma.com>.



สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

ขอขอบพระคุณ

ผู้มอบการคุณในการสนับสนุนการจัดทำ

วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย



องค์การเภสัชกรรม

สถาบันบำราศนราดูร

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วารสารสมาคมวิทยาศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย