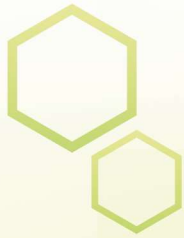




กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 • Vol.19 No.3 September - December 2023

Department of Health Service Support Journal

ISSN : 2822-1109 (Online)

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

คณะที่ปรึกษา

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.สามารถ ถิระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
-------------------------	--

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.เอมอชฌา วัฒนบูรานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
รศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พอใจ พัทธนิษฐ์ธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ศศิวรรณ ทิศนเอี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางศุภกัศญา ภาวังคะรัต	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ศ.ดร.เอมอชฌา วัฒนบูรานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์	นักวิชาการอิสระ
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ผศ.ดร.พัฒนา พรหมมณี	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ดร.วิภาดา จันทรมณฑล	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ธนบุรี
นพ. ภาสกร วันชัยจิระบุญ	โรงพยาบาลพระปกเกล้า

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566

Vol.19 No.3 September - December 2023

คณะทำงาน

นางสุรัศษา พรหมทอง
นายสุพจน์ สว่างดี
นางสาวกาญจนา ถึงปัดชา

ผู้ประสานงาน

นายสุพจน์ สว่างดี
โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง
มกราคม-เมษายน
พฤษภาคม-สิงหาคม
กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557
อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2566 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) ความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะวิตามินดีต่ำ กับการเกิดกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน 2) การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลปทุมธานี 3) ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 4) ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดตราด 5) อัตราอุบัติเหตุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 6) การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งทางบรรณาธิการมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ และกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากยิ่งขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาพัฒนาวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

ความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะวิตามินดีต่ำ กับการเกิดกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน เมธีนาถ จันทร์ทอ, จูตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย	5
การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รพีพรรณ เกิดหนู	17
ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประเด็จ อีรพงษ์พัฒนา	27
ประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดตราด ไพริน ศิริพันธ์	37
อัตราอุบัติเหตุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ชนาธิป อังคณานนท์	49
การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย อมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบูรณ์	59



ความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะวิตามินดีต่ำ กับการเกิดกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

PREVALENCE AND ASSOCIATION OF HYPOVITAMINOSIS D IN OSTEOPOROTIC HIP FRACTURE

เมธีนาถ จันทร์ทอง, ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย
โรงพยาบาลเลิดสิน

Methenat Chanthong, Thitinan Anusornwongchai
Lerdsin Hospital

บทคัดย่อ

Methenat Chanthong , Thitinan Anusornwongchai
Lerdsin Hospital

ภาวะขาดวิตามินดีมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของความแข็งแรงของกระดูก เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของภาวะขาดวิตามินดี และปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการขาดวิตามินดี เพื่อหวังผลลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดวิตามินดีและการเกิดกระดูกหักของประชากรไทยในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก โรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับวิตามินดีในเลือด (25 hydroxy vitamin D level: 25OHD) ผลการตรวจมวลกระดูกบริเวณสันหลังและสะโพก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) และ วิเคราะห์ทางสถิติ วิธี wilcoxon ranksum test, chi-square test, Fisher exact Probability Test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยในโครงการ Refracture prevention รวม 516 ราย ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2561 ถึง 30 ธันวาคม 2563 (ระยะเวลา 2 ปี 6 เดือน) พบความชุกของภาวะพร่องวิตามินดี (25OHD 20-29 ng/mL) ร้อยละ 33.9 ความชุกของภาวะขาดวิตามินดี (25OHD 10-19 ng/mL) ร้อยละ 39.1 และ ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง (25OHD < 10 ng/mL) ร้อยละ 11.4 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดี ได้แก่ เพศหญิง (2.97เท่า) โดย มากกว่าเพศชายถึง 3.8 เท่า นอกจากนี้ พบว่า ระดับความรุนแรงของการขาดวิตามินดี มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องอัลบูมินในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

ผู้ที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน มีความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 84.5 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิง และผู้ที่มีภาวะพร่องอัลบูมินในเลือด

คำสำคัญ: ภาวะพร่องวิตามินดี, ภาวะขาดวิตามินดี, กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน

Abstract

Hypovitaminosis D is associated with altered bone turnover and increase risk of falls and fractures in older adults. Ascertain the prevalence of hypovitaminosis D and the risk factors associated with vitamin D deficiency is important for management to reduce the fracture events of Thai people in the future. **Objective:** To identify the prevalence of hypovitaminosis D in osteoporotic hip fracture and its association. **Methods:** The retrospective descriptive study in the Refracture Prevention Program of Lerdsin hospital between June 1, 2019 and December 30, 2020 (duration 2 years and 6 months). The data were collected such as sex, age, weight, medical diseases, calcium, albumin, 25 hydroxy vitamin D level (25OHD), axial bone mineral density and then analyzed by using program SPSS (wilcoxon ranksum test, chi-square test, Fisher exact Probability Test). **Result:** The prevalence of hypovitaminosis D (25OHD <30 ng/mL) was 84.5 in 516 osteoporotic hip fracture. The prevalence of vitamin D insufficiency (25OHD 20-29 ng/mL), vitamin D deficiency (25OHD 10-19 ng/mL) and severe vitamin D deficiency (25OHD < 10 ng/mL) were 33.9, 39.1 and 11.4 respectively. Female sex is associated with hypovitaminosis D 2.97 times and 3.8 times compared with male sex. Hypoalbuminemia is significantly associated with severe vitamin D deficiency ($P < 0.05$). **Conclusion:** Thai patient with osteoporotic hip fracture has high prevalence in hypovitaminosis D (84.5%), especially in female sex and hypoalbuminemia.

Keywords: vitamin D deficiency, hip fracture, osteoporotic fracture



บทนำ

กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน (Osteoporotic hip fracture) หมายถึง การเกิดกระดูกสะโพกหักโดยไม่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของมวลกระดูกและคุณภาพของกระดูก ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว ภาวะทุพพลภาพ (disability) รวมถึงเพิ่มอัตราการตายและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 27- 30 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1 ปี แรกหลังกระดูกสะโพกหัก^(1,2) ความชุกของโรคกระดูกพรุนในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ในปีค.ศ. 2007-2008 เป็นร้อยละ 12.6 ในปีค.ศ. 2017-2018 และมวลกระดูกต่ำ ร้อยละ 43.9⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงประมาณ 1 ใน 2 คน และผู้ชาย 1 ใน 5 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เคยเกิดภาวะกระดูกหักในช่วงอายุที่ผ่านมา⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุนและกระดูกหัก ได้แก่ กรรมพันธุ์ สูงอายุ ภาวะหมดประจำเดือนในเพศหญิง การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย เช่น โรคแพ้ภูมิตัวเอง มะเร็งกระดูก ไข้ยากุ่มสตีรอยด์ การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมไม่เพียงพอ รวมถึง การขาดวิตามินดี ซึ่งเป็นวิตามินสำคัญในการช่วยดูดซึมแคลเซียมและฟอสเฟต

วิตามินดี (vitamin D) มีบทบาทสำคัญต่อความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมถึงป้องกันและชะลอการเกิดโรคบางชนิด เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หัวใจวาย และโรคเบาหวาน เป็นต้น ร่างกายได้รับวิตามินดีจาก 2 แหล่ง ได้แก่ สังเคราะห์ขึ้นเองโดยการได้รับแสงแดด และรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของวิตามินดี (เช่น ปลาแซลมอน เห็ด)

ภาวะวิตามินดีต่ำ (Hypovitaminosis D) หรือ ภาวะขาดวิตามินดี (vitamin D deficiency) พบทั้งในประชากรวัยทำงานและสูงอายุ จากหลายการศึกษาพบว่า การขาดวิตามินดีเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน^(5,6) และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระดูกสะโพกหัก⁽⁷⁾ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหัก 1.58 เท่า⁽⁸⁾ นอกจากนี้อีกหลายการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของระดับวิตามินดีในเลือด ช่วยลดความเสี่ยง

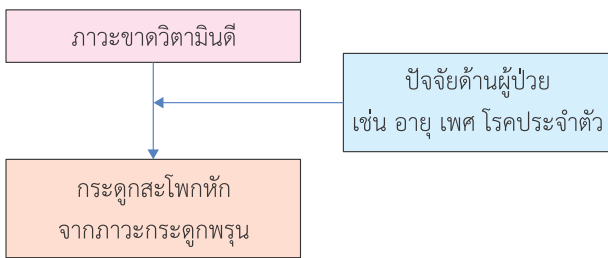
ต่อการเกิดกระดูกพรุนและกระดูกสะโพกหักโดยเฉพาะเมื่อเสริมร่วมกับ calcium ช่วยป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักได้ถึงร้อยละ 16⁽⁹⁾ อัตราความชุกของการขาดวิตามินดีสูงทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ประเทศแถบยุโรป สหรัฐอเมริกา และตะวันออกกลาง มีความชุกของการขาดวิตามินดีร้อยละ 20-90⁽¹⁰⁻¹³⁾ ประเทศในทวีปเอเชียพบความชุกของการขาดวิตามินดีร้อยละ 68⁽¹⁴⁾ ประเทศไต้หวันพบความชุกภาวะขาดวิตามินดีร้อยละ 59⁽¹⁵⁾ ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาในประชากรทั่วไป พบความชุกภาวะขาดวิตามินดีร้อยละ 45.2 โดยระดับวิตามินดี น้อยกว่า 30 ng/ml มากถึงร้อยละ 75 ระดับวิตามินดี น้อยกว่า 20 ng/ml พบว่ามากถึงร้อยละ 5.7⁽¹⁶⁾ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาวะขาดวิตามินดีเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเปรียบเทียบความชุกของแต่ละประเทศมาอ้างอิงได้ เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะประชากรในแต่ละการศึกษา รวมถึง ค่าอ้างอิงที่ใช้ประเมินภาวะขาดวิตามินดี แตกต่างกันไป

โครงการ Refracture prevention ของโรงพยาบาล เลิดสิน เป็นโครงการสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โดยไม่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง เพื่อหาสาเหตุของกระดูกหัก และเข้ารับการรักษาแบบครบวงจรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การรักษาและป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงนำผลการศึกษามาใช้เป็นแหล่งอ้างอิงของประชากรไทย ในอนาคตอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะขาดวิตามินดี ในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน รวมถึงความสัมพันธ์ของระดับแคลเซียมในเลือดและภาวะขาดวิตามินดีของผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการหาสาเหตุ วางแผนให้การรักษา ภาวะขาดวิตามินดีและป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วย รวมถึงใช้เป็นแหล่งอ้างอิงของประชากรไทยเพื่อป้องกันการกระดูกหักในผู้สูงอายุในอนาคต

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกรอบข้อสะโพกหักและเข้าโครงการ refracture prevention เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclusion criteria) ได้แก่ ภาวะกระดูกรอบข้อสะโพกหักจากอันตรายรุนแรง, มะเร็งระยะลุกลาม ไปกระดูก, metabolic bone disease และ atypical femoral fracture เป็นต้น เนื่องด้วยประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นพื้นฐานเบื้องต้น โดยใช้การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง High prevalence of vitamin D deficiency among the South Asian adults: a systematic review and meta-analysis⁽¹⁴⁾ เมื่อกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80 คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อให้ตอบคำถามงานวิจัยได้ครอบคลุม และสำรองความไม่ครบถ้วนข้อมูลอีกร้อยละ 5 จึงได้จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 272 ราย โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ LH641002

เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จากภาวะกระดูกพรุนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน ในช่วงเวลาที่กำหนด จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล โดยกำหนดการสืบค้นจากรหัส icd-10 และจากฐานข้อมูลโครงการ Refracture prevention บันทึกข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, 25(OH)D level, electrolyte, calcium, phosphate, albumin, TSH, FBS, HbA1C, iPTH, alkaline phosphatase ลงในแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติรายงานเป็นmedian หรือ range เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย wilcoxon ranksum test สำหรับ continuous variable และใช้ chi-square test หรือ Fisher exact Probability Test สำหรับ categorical variable โดยกำหนดค่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidential interval)

ความชุกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ศึกษาใช้ค่า ร้อยละของความชุก (period prevalence) คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยขาดวิตามินดี ทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

$$\text{Period prevalence} = \frac{\text{Number of existing cases of a disease during a period/interval}}{\text{Average population}}$$

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Vitamin D deficiency ใช้ logistic regression เพื่อหาค่า odds ratios (OR) ปัจจัยใดที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ จะถูกนำไป วิเคราะห์ต่อยัง multivariable logistic regression เพื่อหาค่า adjusted OR และ 95% confidence interval (CI)

นิยามตัวแปรหรือศัพท์เฉพาะ

Hypovitaminosis D หมายถึง ภาวะขาดวิตามินดี ที่ระดับวิตามินดีในเลือด (25OH)D น้อยกว่า 30 นาโนกรัม



ต่อมิลลิลิตร โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง ได้แก่ ภาวะพร่องวิตามินดี (Vitamin D insufficiency) คือระดับวิตามินดี 21-29 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร, ภาวะขาดวิตามินดี (Vitamin D deficiency) คือระดับวิตามินดีน้อยกว่า 20 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และ ภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง (Severe vitamin D deficiency) คือ ระดับวิตามินดีน้อยกว่า 10 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร⁽¹⁷⁾

Hip fracture หมายถึง การหักของกระดูกรอบข้อสะโพก ได้แก่ คอกระดูกต้นขาหัก (Fracture neck of femur), Intertrochanteric fracture และ subtrochanteric fracture⁽¹⁸⁾

Low energy trauma หมายถึง ภัยอันตรายแบบไม่รุนแรง ได้แก่ อุบัติเหตุจากการหกล้มจากทำยืนหรือตกจากที่สูงในระดับใกล้เคียงกับการล้มจากทำยืน, อุบัติเหตุโดยไม่มีแรงกระแทกภายนอก⁽¹⁹⁾

Osteoporosis หมายถึง โรคกระดูกพรุน คือโรคของกระดูกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกายเกิดจากมวลกระดูกต่ำ ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างกระดูกส่งผลให้กระดูกเปราะบางและหักง่าย⁽²⁰⁾

ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนตาม clinical practice guideline in osteoporosis 2021 คือ มีภาวะกระดูกสันหลังหักหรือกระดูกสะโพกหัก อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง, มีค่า T-score ≤ -2.5 ที่ตำแหน่ง lumbar spine, total hip, femoral neck หรือ 1/3 radius, มีค่า T-score ระหว่าง -1.0 และ -2.5 ร่วมกับมีความเสี่ยง

ต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักในช่วงเวลา 10 ปี คำนวณโดยเครื่องมือ FRAX สำหรับประเทศไทยมีค่า $\geq 3\%$, มีค่า T-score ระหว่าง -1.0 และ -2.5 ร่วมกับมีกระดูกหักในตำแหน่ง proximal humerus, pelvis หรือ forearm จากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรทั้งหมดในการศึกษานี้ มีจำนวน 516 ราย เป็นเพศหญิง 392 ราย (ร้อยละ 75.9) เพศชาย 124 ราย (ร้อยละ 24.1) อายุเฉลี่ย 78.1 ปี โดยผู้ป่วยที่อายุมากที่สุด 104 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.5 กิโลกรัม/เมตร² โรคประจำตัวร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง 358 ราย (ร้อยละ 69.3) โรคเบาหวาน 189 ราย (ร้อยละ 36.6) โรคหัวใจ 77 ราย (ร้อยละ 14.9) โรคหลอดเลือดสมอง 76 ราย (ร้อยละ 14.7) เป็นต้น ผู้ป่วยในการศึกษานี้ เคยมีปัญหกระดูกหักมาก่อน 51 ราย (ร้อยละ 9.9)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยของค่าความเข้มข้นเลือดฮีมาโตคริตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 33.7 % (ปกติ > 35 %) ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ 3.3+0.2 g/dL (ปกติ > 3.5g/dL) ค่าเฉลี่ยของฮอร์โมนพาราไทรอยด์อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ 101.1±10.3 pg/mL (ปกติ < 65 pg/mL) ส่วนระดับโซเดียม แคลเซียม ฟอสฟอรัส และฮอร์โมนไทรอยด์ไทโรโทรปี อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน
อายุ; ปี (Mean±SD)	78.1±0.4
Max, min	104, 50
Median, IQR	79, 13
50 - 60; ปี	55.6(3.0)
61 - 70; ปี	66.4(2.7)
>70; ปี	81.5(6.2)
เพศ (คน)	
ชาย	124
หญิง	392

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน
น้ำหนัก; กิโลกรัม (Mean±SD)	52.6±0.5
Max, min	85, 30
Median, IQR	51.6, 15.1
ดัชนีมวลกาย; กิโลกรัม/เมตร ² (Mean±SD)	21.6±0.2
Max, min	85, 30
Median, IQR	21.5, 5.5
<18.5	16.4(1.6)
18.5 - 23	20.7(1.3)
>23	26(2.8)
โรคประจำตัว (ร้อยละ)	
ความดันโลหิตสูง	358(69.3)
เบาหวาน	189(36.6)
โรคหัวใจ	77(14.9)
โรคหลอดเลือดสมอง	76(14.7)
โรคจิตเวช	26(5)
โรคอื่น	243(47.1)
ประวัติเคยกระดูกหัก	51(9.9)
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Mean±SD)	
Hematocrit(Hct)	33.7±1.3
Creatinine	1.2±0.2
Na	136.1±0.7
Corrected calcium	9.3±0.1
Phosphate	3.1±0.1
Albumin	3.3±0.2
Alkaline phosphatase	83.9±6.7
TSH	1.9±0.5
iPTH	101.1±10.3

ผู้ป่วยเพียง 80 ราย (ร้อยละ 15.6) มีระดับวิตามินดีในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (25OHD level \geq 30 ng/mL) ความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีทั้งหมดร้อยละ 84.5 พบผู้ป่วยมีภาวะพร่องวิตามินดี (25OHD level 20-29 ng/mL) 175 ราย (ร้อยละ 33.9; เพศชาย 40 ราย

เพศหญิง 135 ราย) และมีภาวะขาดวิตามินดี (25OHD level 10-19 ng/mL) 202 ราย (ร้อยละ 39.1; เพศชาย 41 ราย เพศหญิง 161ราย) และ ผู้ป่วย 59 ราย (ร้อยละ 11.4) มีภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง (25OHD level <10 ng/mL; เพศชาย 9 ราย เพศหญิง 50 ราย) (ตารางที่ 2)



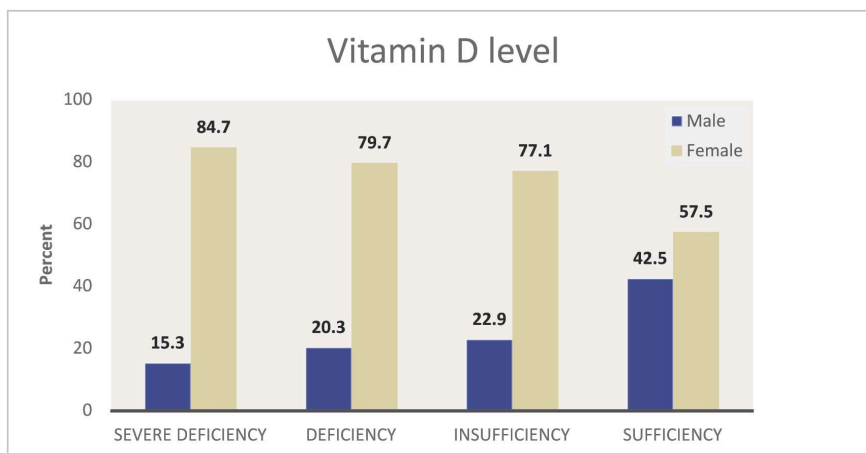
ตารางที่ 2 แสดงระดับวิตามินดีในเลือดของผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน แยกตามความรุนแรงของภาวะพร่องและขาดวิตามินดี

Characteristic	Vitamin D level (ng/mL)				P-value
	Severe deficiency 25OHD < 10 ng/mL	Deficiency 25OHD 10-19 ng/mL	Insufficiency 25OHD 20-29 ng/mL	Sufficiency 25OHD ≥30 ng/mL	
เพศ n(%)					<0.001
ชาย	9 (15.3)	41 (20.3)	40 (22.9)	34 (42.5)	
หญิง	50 (84.7)	161 (79.7)	135 (77.1)	46 (57.5)	
อายุ ปี (Mean±SD)	79.5 (9.1)	78.4 (9.4)	78 (9.1)	76(9.30)	0.19
ดัชนีมวลกาย kg/m ² (Mean±SD)					0.52
< 18.5	16 (27.1)	55 (27.2)	39 (22.3)	13 (16.3)	
18.5-22.9	23 (39)	81 (40.1)	68 (38.9)	33 (41.3)	
≥ 23	20 (33.9)	66 (32.7)	68 (38.9)	33 (41.3)	

ส่วนใหญ่ทั้งเพศชายและหญิง มีภาวะพร่องและขาดวิตามินดี โดยพบภาวะพร่องวิตามินดี เพศชาย ร้อยละ 22.9 เพศหญิงร้อยละ 77.1 และภาวะขาดวิตามินดี เพศชาย ร้อยละ 20.3 เพศหญิงร้อยละ 79.7 เมื่อเปรียบเทียบเพศชายและหญิง พบว่า เพศหญิงมีภาวะพร่องวิตามินดี ภาวะขาดวิตามินดี และภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง สูงกว่า เพศชาย 3.36 เท่า 3.9 เท่า และ 5.5 เท่า ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานและระดับวิตามินดีในเลือด พบว่า

ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระดับวิตามินดีปกติ มีแนวโน้มมีค่าความเข้มข้นเลือดฮีมาโตคริตต่ำกว่า (Hct 31.9 vs 34.8%) ค่า creatinine สูงกว่า (Cr 1.5 vs 1.2 mg/dL) อัลบูมินต่ำกว่า (albumin 3.1 vs 3.4 g/dL) อัลคาไลน์ฟอสฟาเตสสูงกว่า (ALP 93.3 vs 78.2 IU/L) ฮอร์โมนไทรอยด์ไทโรโทรปินสูงกว่า (TSH 2.7 vs 1.4 mIU/L) และฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือดสูงกว่า (iPTH 130 vs 83.9 pg/mL) โดยเกลือแร่โซเดียม แคลเซียม และฟอสฟอรัสในเลือดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 1 แสดงความชุกของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน จำแนกตามเพศ

ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ (3.1 ± 0.5 g/dL) มีความสัมพันธ์กับการขาดวิตามินดีรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มขาด/พร่องวิตามินดีและวิตามินดีปกติ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างระดับวิตามินดีในเลือดและระดับแคลเซียมในเลือดหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ (ตารางที่ 3)

เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 2.97) ปัจจัยอื่นๆที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่อง/ขาดวิตามินดี ได้แก่ โรคทางสมอง (odds ratio 1.51) ดัชนีมวลกายต่ำ ($BMI < 18.5$ kg/m²) (odds ratio 1.49) โรคจิตเวช (odds ratio 1.24) โรคเบาหวาน (odds ratio 1.2) เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกตามระดับวิตามินดีในเลือด (*) ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดีในเลือดรุนแรง ($P < 0.05$)

Characteristic	Vitamin D level			
	Severe deficiency 25OHD < 10 ng/mL	Deficiency 25OHD 10-19 ng/mL	Insufficiency 25OHD 20-29 ng/mL	Sufficiency 25OHD ≥30 ng/mL
Hematocrit (Hct)	31.9±5.9	34.3±5.1	33.7± 4.7	34.8±5.3
BUN	22.5±13.2	21.1±16.6	20.3±13.7	21.9±17.1
Creatinine	1.5±1.3	1±0.9	1±0.7	1.2±1.5
Na	135.3±4.8	136.3±4.8	135.9±4.6	136.9±3.4
Albumin	3.1±0.5*	3.4±0.5	3.4±0.4	3.4±0.4
Corrected calcium	9.3±0.7	9.3±0.5	9.4±0.6	9.3±0.5
Phosphate	3±0.7	3.1±0.7	3.1±0.6	3.2±0.8
iPTH	130.5±94.1	96.3±108	93.8±86.8	83.9±84.3
TSH	2.7±8.0	1.8±1.9	1.9±3.1	1.4±1.1
Alkaline phosphatase	93.3±50.8	80.0±43.9	84.3±48.2	78.2±27.5

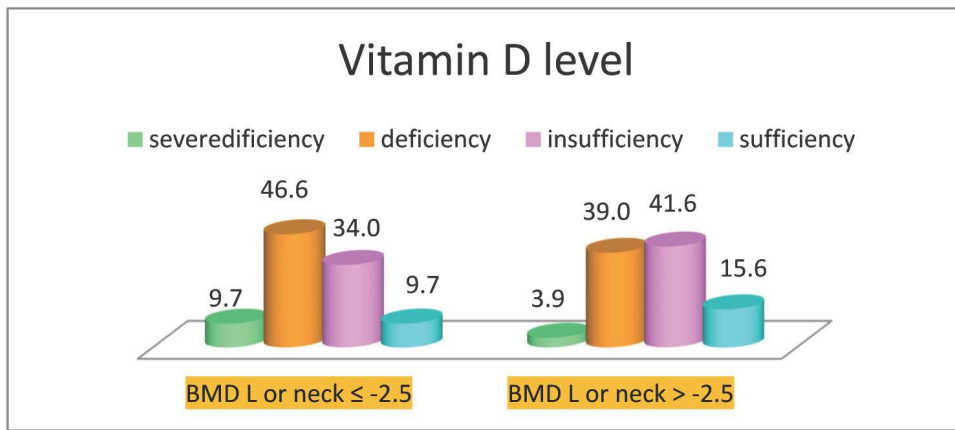
ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดีในเลือด Univariate analysis and multivariate analysis

Variable	Vitamin D deficiency (< 30 ng/ml)	OR _{crude}	OR _{adjusted}	95% CI of OR _{adjusted}	P-value
อายุ	78.43±9.26	1.03	1.02	0.99-1.04	0.190
เพศ หญิง	346	2.84	2.97	1.74-5.05	<0.001
ดัชนีมวลกาย					0.123
< 18.5	113	1.72	1.49	0.74-3.03	
≥ 23	151	0.90	0.72	0.41-1.27	
โรคเบาหวาน	143	1.21	1.20	0.68-2.12	0.524
โรคความดันโลหิตสูง	306	1.27	1.11	0.64-1.93	0.712
โรคหลอดเลือดหัวใจ	65	0.99	0.94	0.47-1.92	0.882
โรคทางสมอง	67	1.43	1.51	0.68-3.35	0.307
โรคจิตเวช	22	1.36	1.24	0.34-4.54	0.744

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ จำนวน 179 ราย ได้รับการตรวจมวลกระดูกบริเวณกระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีในเลือด และผลการตรวจมวลกระดูก จะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีค่า T score ≤ -2.5 บริเวณกระดูกสะโพก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะขาดวิตามินดีและขาดวิตามินดีรุนแรง (P 0.05) (ตารางที่ 4) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดวิตามินดีและขาดวิตามินดีรุนแรงในกลุ่มที่มีค่า BMD T score ≤ -2.5 มีจำนวนมากกว่าผู้ที่มี BMD T score > -2.5 (ร้อยละ 46.6 และ 9.7 vs ร้อยละ 39 และ 3.9 ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 2)

อภิปรายผล

การศึกษาภาวะขาดวิตามินดีในคนไทย⁽²¹⁾ พบว่า ประชากรไทยมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดวิตามินดีทั้งที่อาศัยอยู่แถบภูมิภาคเส้นศูนย์สูตร การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักจากกระดูกพรุนซึ่งควรมีระดับวิตามินดีในเลือด ≥ 30 ng/mL แต่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับวิตามินดีในเลือดต่ำกว่า 30 ng/mL ในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 84.5 โดยจำแนกความรุนแรงของการขาดวิตามินดี ดังนี้ ความชุกของภาวะพร่องวิตามินดี ขาดวิตามินดี และขาดวิตามินดีรุนแรง ร้อยละ 33.9, 39.1, 11.4 ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับวิตามินดีปกติ ภาวะพร่องวิตามินดี ขาดวิตามินดี และขาดวิตามินดีรุนแรง โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีผลการตรวจมวลกระดูกบริเวณสันหลังและสะโพก ค่า T score ≤ -2.5 และ T score > -2.5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของระดับวิตามินดีในเลือดและผลการตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูกในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

BMD (T-score)	Severe deficiency 25OHD < 10 ng/mL	Deficiency 25OHD 10-19 ng/mL	Insufficiency 25OHD 20-29 ng/mL	Sufficiency 25OHD ≥ 30 ng/mL	P-value
L-spine n (%)					0.57
> -2.5	7(53.8)	38(50.7)	40(60.6)	14(63.6)	
≤ -2.5	6(46.2)	37(49.3)	26(39.4)	8(36.4)	
Neck of femur n (%)					0.05
> -2.5	3(23.1)	35(50.7)	33(54)	13(72.2)	
≤ -2.5	10(76.9)	34(49.3)	28(46)	5(27.8)	

การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั้งสิ้น 516 ราย ซึ่งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 3:1 และยังพบว่าเพศหญิงมีภาวะพร่องและขาดวิตามินดีมากกว่าเพศชายถึง 3.8 เท่า ภาวะพร่องและขาดวิตามินดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง อาจเป็นผลจากหลายปัจจัยประกอบกัน ได้แก่ ลักษณะการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม มลภาวะ PM2.5 การรับประทานอาหารที่ไม่มีส่วนประกอบของวิตามินดี การไม่ได้ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือใช้ครีมกันแดดขณะออกนอกบ้าน เป็นต้น เมื่อมีภาวะพร่องหรือขาดวิตามินดี ส่งผลเสียต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้การทรงตัวไม่ดี หกล้มง่าย กระดูกพรุนและเกิดกระดูกหักได้

นอกเหนือจากเพศหญิง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องและขาดวิตามินดี ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะพร่อง/ขาดวิตามินดี ได้แก่ ดัชนีมวลกายต่ำ (BMI < 18.5 kg/m²) โรคทางสมอง โรคจิตเวช และโรคเบาหวาน สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น ภาวะโภชนาการ ยาที่ใช้รักษาโรคทางสมองหรือโรคทางจิตเวช อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ไม่ได้วิเคราะห์สาเหตุหรือกลไกดังกล่าว

ภาวะขาดวิตามินดี ส่งผลให้การดูดซึมแคลเซียมจากอาหารเข้าสู่กระแสเลือดลดน้อยลง เมื่อระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เพิ่มการสลายกระดูกเกิดภาวะกระดูกพรุนและกระดูกหักได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกส่วน cortical bone^(21,22) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีไม่ขึ้นกับระดับแคลเซียมหรือฟอสฟอรัสในเลือด แต่ระดับความรุนแรงของการขาดวิตามินดี มีความสัมพันธ์กับภาวะพร่องอัลบูมินในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่าภาวะโภชนาการ น่าจะมีส่วนสำคัญต่อสถานะสมดุลของวิตามินดีในร่างกาย

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะขาดวิตามินดีและผลการตรวจมวลกระดูกบริเวณกระดูกสันหลังและสะโพก พบว่ากลุ่มที่มีมวลกระดูกบริเวณสะโพก T score ≤ -2.5 มีความสัมพันธ์แปรผันกับภาวะขาดวิตามินดีอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้ ประชากร

ในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ทั้งที่น่าจะมีผลการตรวจ BMD T score < -2.5 แต่พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีผลการตรวจมวลกระดูก BMD T score > -2.5 ด้วยเช่นกัน ซึ่งภาวะขาดวิตามินดีอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดกระดูกหักโดยไม่ขึ้นกับมวลกระดูก

ข้อจำกัด การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดำรงชีวิต ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของวิตามินดี การออกกำลังกายหรือการได้รับแสงแดดของผู้ป่วยจึงอาจไม่สามารถประเมินสาเหตุของภาวะพร่องและขาดวิตามินดีในประชากรของการศึกษานี้ได้ รวมถึงไม่ได้เปรียบเทียบระดับวิตามินดีในเลือดของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเรื่องกระดูกหัก

สรุป

ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน มีความชุกของภาวะวิตามินดีต่ำร้อยละ 84.5 โดยมีความชุกของภาวะพร่องวิตามินดี (25OHD 20-29 ng/mL) ร้อยละ 33.9 ความชุกของภาวะขาดวิตามินดี (25OHD 10-19 ng/mL) ร้อยละ 39.1 และ ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีรุนแรง (25OHD < 10 ng/mL) ร้อยละ 11.4 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพร่องและขาดวิตามินดีมากถึง 2.97 เท่า โดยพบมากกว่าเพศชาย 3.8 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะพร่องอัลบูมินในเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดวิตามินดีรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในอนาคต ควรศึกษาสาเหตุของภาวะขาดวิตามินดี พฤติกรรมการบริโภคและการสัมผัสแสงแดด รวมถึงติดตามระดับวิตามินดีในเลือดหลังให้การรักษาและอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักซ้ำ หลังการรักษาด้วยยาวิตามินดี รวมทั้งแก้ไขปัจจัยอื่นๆที่แก้ไขได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะพร่อง/ขาดวิตามินดีและการเกิดกระดูกหักซ้ำในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Al-Daghri NM, Hussain SD, Ansari MGA, Khattak MNK, Aljohani N, Al-Saleh Y, et al. Decreasing prevalence of vitamin D deficiency in the central region of Saudi Arabia (2008-2017). *J Steroid Biochem Mol Biol* [Internet]. 2021;212(May):105920.
- Amrein K, Scherkl M, Hoffmann M, Neuwersch-Sommeregger S, Köstenberger M, Tmava Berisha A, et al. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2020;74(11):1498–513.
- Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. *BMC Public Health* 2011;11(1):853.
- Chen KW, Chen CW, Yuan KC, Wang IT, Hung FM, Wang AY, et al. Prevalence of Vitamin D Deficiency and Associated Factors in Critically Ill Patients: A Multicenter Observational Study. *Front Nutr*. 2021;8:1-9.
- Chitsongboon K. Factors associated on one-year mortality rate after Osteoporotic Hip Fracture patients at Phetchabun hospital. *Maharakham hospital Journal* 2018;15(2):13–22.
- Feng Y, Cheng G, Wang H, Chen B. The associations between serum 25-hydroxyvitamin D level and the risk of total fracture and hip fracture. *Osteoporos Int*. 2017;28(5):1641–52.
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:1911-30.
- Jitapunkul S, Yuktanandana P. Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*. 2000 Dec;83(12):1447-51.
- Lips P, Cashman KD, Lamberg-Allardt C, Bischoff-Ferrari HA, Obermayer-Pietsch B, Bianchi ML, et al. Current Vitamin D status in European and Middle East countries and strategies to prevent Vitamin D deficiency: A position statement of the European Calcified Tissue Society. *Eur J Endocrinol*. 2019;180(4): P23–54.
- Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: Consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev*. 2001;22(4):477–501.
- Lund CA, Møller AM, Wetterslev J, Lundstrøm LH. Organizational factors and long-term mortality after hip fracture surgery. A cohort study of 6143 consecutive patients undergoing hip fracture surgery. *PLoS One*. 2014;9(6):1–9.
- Lv QB, Gao X, Liu X, Shao ZX, Xu QH, Tang L, et al. The serum 25-hydroxyvitamin D levels and hip fracture risk: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Oncotarget*. 2017;8(24):39849–58.
- Marzban M, Kalantarhormozi M, Mahmudpour M, Ostovar A, Keshmiri S, Darabi AH, et al. Prevalence of vitamin D deficiency and its associated risk factors among rural population of the northern part of the Persian Gulf. *BMC Endocr Disord*. 2021;21(1): 1–10.

- Okazaki R, Ozono K, Fukumoto S, Inoue D, Yamauchi M, Minagawa M, et al. Assessment criteria for vitamin D deficiency/insufficiency in Japan: proposal by an expert panel supported by the Research Program of Intractable Diseases, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan, the Japanese Society for Bone and Mineral Research and the Japan Endocrine Society [Opinion]. *J Bone Miner Metab.* 2017;35(1):1-5.
- Parfitt AM, Gallagher JC, Heaney RP, Johnston CC, Neer R, Whedon GD. Vitamin D and bone health in the elderly. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 1982 Nov 1;36(5):1014-31.
- Sarafrazi N, Wambogo EA, Shepherd JA. Osteoporosis or Low Bone Mass in Older Adults: United States, 2017-2018. *NCHS Data Brief.* 2021;(405):1-8.
- Siddiquee MH, Bhattacharjee B, Siddiqi UR, MeshbahurRahman M. High prevalence of vitamin D deficiency among the South Asian adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2021 Oct 9;21(1):1823.
- Siwamogsatham O, Ongphiphadhanakul B, Tangpricha V. Vitamin D deficiency in Thailand. *J Clin Transl Endocrinol.* 2014 Oct 29;2(1):48-49.
- Supachatwong C. Fracture and dislocation of the hip and fracture femur. *Orthopedics* 2550:165-80.
- Watts NB, Manson JE. Osteoporosis and fracture risk evaluation and management: shared decision making in clinical practice. *JAMA.* 2017;317(3):253-254.
- World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for post menopausal osteoporosis. No.843 of technical reports series. Geneva, 1994.
- Yao P, Bennett D, Mafham M, Lin X, Chen Z, Armitage J, et al. Vitamin D and Calcium for the Prevention of Fracture: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw open.* 2019;2(12).
- Zhang L, Chan C, Yang Y, Liu B, Zhu Y, Chen R, et al. Vitamin D deficiency/insufficiency is associated with risk of osteoporotic thoracolumbar junction vertebral fractures. *Med Sci Monit.* 2019;25: 8260-8.



การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ SURVEILLANCE FOR ADVERSE REACTION TO FAVIPIRAVIR IN PATIENTS WITH COVID-19 IN PRANBURI HOSPITAL PRACHUAP KHIRI KHAN PROVINCE

รพีพรรณ เกิดหนู
โรงพยาบาลปราณบุรี
Rapeepun Kerdnoo
Pranburi Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์และศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ของผู้ป่วยโควิด-19 ณ โรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ครบอย่างน้อย 5 วัน และเข้ารับการดูแลในระบบ cohort ward, โรงพยาบาลสนาม, home isolation และ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแยกกักกันตนเองที่บ้าน (Outpatient with Self Isolation) ของโรงพยาบาลปราณบุรี ผู้ป่วยจะได้รับบัตรการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์, QR code: rxpranburi เพิ่มบัญชีในแอปพลิเคชัน line official Account “ห้องยาปราณบุรี” บนโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสารกับเภสัชกร และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและข้อมูลในการติดตาม จำนวน 1,393 ราย ทำการศึกษาระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1,393 ราย อายุเฉลี่ย 56.48 ± 20.53 ปี เพศหญิง 623 ราย (ร้อยละ 44.72) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 715 ราย (ร้อยละ 51.32) ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม 246 ราย (ร้อยละ 17.66) มีโรคร่วมสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอาการโควิด-19 ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น 777 ราย (ร้อยละ 55.78) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย 1,223 ราย (ร้อยละ 87.80) ระยะเวลาที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ครบ 5 วัน 1,383 ราย (ร้อยละ 99.28) ได้รับยาอื่น ๆ ได้แก่ ยา corticosteroid เพื่อรักษาโควิด-19 616 ราย (ร้อยละ 44.22) ผู้ป่วยที่ผลเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ 603 ราย (ร้อยละ 43.29) ผลตรวจค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดปกติ (มีค่ามากกว่า ร้อยละ 94) 1,372 ราย (ร้อยละ 98.49) ผู้ป่วยมีประวัติรับวัคซีนโควิด-19 ครบ 3 เข็ม 502 ราย (ร้อยละ 36.04) แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19 เลย 297 ราย (ร้อยละ 21.32) การเฝ้าระวังพบผู้ป่วยจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 3.23) มีอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์คือผู้ป่วยมีภาวะตามีฟ้า 28 ราย (ร้อยละ 2.01)

คลื่นไส้อาเจียน 12 ราย (ร้อยละ 0.86) เวียนหัว 3 ราย (ร้อยละ 0.22) ผื่นแดงคัน 2 ราย (ร้อยละ 0.14) นอกจากนี้มีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 4.45) ที่ได้รับการตรวจค่าการทำงานของตับแต่ไม่พบความผิดปกติ

จากการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลปทุมธานีพบเพียงภาวะตาสีฟ้า, คลื่นไส้อาเจียน เวียนหัว และผื่นแดงคัน ซึ่งจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการไม่รุนแรงทั้งมีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมสำคัญที่มีผลต่อการเป็นโรคที่รุนแรงรวมทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบควรได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ทันทีตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย 5 วัน

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์, การใช้ยาฟาวิพิราเวียร์, โควิด-19

Abstract

This study was a retrospective descriptive study. The objective is to study the characteristics of COVID-19 patients, who received treatment with favipiravir and studied adverse reactions from the use of favipiravir among COVID-19 patients at Pranburi Hospital. Prachuap Khiri Khan Province. The sample group were COVID-19 patients, who received favipiravir for at least 5 days and received care in the cohort ward system, field hospital, home isolation, and outpatient with self-isolation (Outpatient with Self Isolation) of Pranburi Hospital. Patients will receive a favipiravir medication card, QR code to add an account in the Line official Account application “Pranburi Medicine Room” on their mobile phones to use as a communication channel with pharmacists and collected basic information of 1,393 patients from hospital databases and follow-up data. The study was conducted between 1 April 2022 and 31 August 2022. Data were analyzed using descriptive statistics, presenting frequencies and percentages with a ready-made computer program.

Results of data collection on a sample of COVID-19 patients participating in the study were 1,393 patients with an average age of 56.48 ± 20.53 years, 623 females (44.72%), 715 patients aged 60 years and over (51.32%), 246 patients with a body weight of more than 90 kilograms (17.66%). Patients had important comorbidities that are risk factors for severe COVID-19 symptoms 777 cases (55.78%). This is a group of patients who have no symptoms or mild symptoms but there were risk factors for severe disease or significant comorbidities or patients with mild pneumonia 1,223 cases (87.80%). The duration of receiving favipiravir was 5 days 1,383 cases (99.28%) received other concomitant drugs, including corticosteroid drugs to treat COVID-19 616 cases (44.22 %), 603 patients with abnormal chest x-ray results (43.29%) , patients with normal blood oxygen concentration test results (value greater than 94%) 1,372 cases (98.49%). 502 cases (36.04%) had a history of receiving 3 doses of COVID-19 vaccine, but there were also patients who had never received a cattle vaccine Covid-19 297 cases (21.32%). Surveillance found 45 patients (3.23%) had adverse reactions to favipiravir, including blue eyes in 28 cases (2.01%) and nausea and vomiting in 12 cases (0.86%), dizziness in 3 cases (0.22%), red itchy rash in 2 cases (0.14%). In addition, there were 62 COVID-19 patients (4.45%) who had their liver function checked, but no abnormalities were found.

Surveillance of adverse reactions from favipiravir use in COVID-19 patients. Pranburi Hospital found only blue eyes, nausea, vomiting and dizziness. Therefore, COVID-19 patients those diagnosed with mild symptoms, both with risk factors and without risk factors for severe disease, including patients with pneumonia, should receive favipiravir immediately according to clinical care guidelines, Treat and prevent infection in hospitals in the case of coronavirus disease 2019 (COVID-19) Department of Medical Services Ministry of Public Health, for at least 5 days.

Keyword: Surveillance of adverse reactions, favipiravir use, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV2 วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ได้ออกประกาศเป็นทางการว่าพบกลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุหรือที่รู้จักกันในชื่อโควิด-19 ที่เกี่ยวข้องกับตลาดหัวหนาน ซึ่งเป็นตลาดค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่ที่สุดในอู่ฮั่นและภาคกลางของจีน วันที่ 31 ธันวาคม 2562 หน่วยงานด้านสาธารณสุขประเทศจีนได้รายงานเหตุการณ์ไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่นยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังกระจายไปยังมณฑลอื่นๆ และวันที่ 30 มกราคม 2563 อนามัยโลกตัดสินใจประกาศฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern, PHEIC) เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ณ ขณะนั้นทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 7,834 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในเมืองจีน และเป็นผู้เสียชีวิตในประเทศจีนทั้งหมด 170 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยได้ถูกรายงานเป็นครั้งแรกในวันที่ 21 มกราคม 2563 จากนั้นพบการระบาดอย่างต่อเนื่องและยังคงมีความรุนแรงมากขึ้นถึงแม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยงรักษาแย่งระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น พบว่ามีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 ฉบับปรับปรุงวันที่ 9 กันยายน 2564 ระบุแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบ่งตามกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยเป็น หากไม่มีอาการอื่นๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19) แนะนำให้แยกกักตัวอย่างน้อย 14 วัน ให้ดูแลรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาต้านไวรัสเนื่องจากส่วนมากหายได้เองและอาจได้รับ

ผลข้างเคียงจากยา แต่หากผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงทั้งมีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่รุนแรงหรือโรคร่วมสำคัญ ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมกขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบแนะนำให้พิจารณาให้ยาฟาวิพิราเวียร์เร็วที่สุดนาน 5-10 วันขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก ควรติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในกรณีที่มีผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมที่มี hypoxia หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจพิจารณาเปลี่ยนเป็น remdesivir (กรมการแพทย์, 2564)

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยและเครือข่ายโรงพยาบาล กลุ่มสถาบันการแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยได้ร่วมปรับปรุงและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ความคุ้มค่าและไม่ใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลืองมากเกินไปจนความจำเป็น ในสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมามีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยดังนี้ การเตรียมหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ห้องแยกโรค (Isolation room) โรงพยาบาลสนาม (field hospital) การแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) (กรมการแพทย์, 2564) และการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with Self Isolation: OPSI) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาในกรณีที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรครุนแรงและมีความพร้อมในการพักรักษาตัวที่บ้าน (กรมการแพทย์, 2565) ยาฟาวิพิราเวียร์ถูกค้นพบในปี พ.ศ. 2554 โดยบริษัท Toyama Chemical ประเทศญี่ปุ่น ยาฟาวิพิราเวียร์เป็นสารตั้งต้นของ purine nucleoside และถูกพัฒนาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ pyrazinocarboxamide



ที่ตำแหน่ง pyrazine ทำให้มีฤทธิ์ต่อการฆ่าเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (influenza virus) และถูกนำมา ใช้ครั้งแรกสำหรับรักษา โรคติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอและบี บริษัท Fujifilm Toyama Chemical และ Medivector ประเทศญี่ปุ่น เป็นผู้ผลิตและจัดจำหน่าย ยาฟาวิพิราเวียร์เริ่มถูกนำมาใช้ สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งต่อมาได้ถูกบรรจุ ให้เป็นยาหลักในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (พรณี สิลาวัฒนชัย และคณะ, 2564)

ยาเม็ดฟาวิพิราเวียร์ขนาดยา 200 มิลลิกรัมต่อเม็ด ขนาดยาปกติในผู้ใหญ่ตามคำแนะนำของกรมการแพทย์ในการรักษา COVID-19 คือ วันแรก 1,800 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง วันต่อมาคือ 800 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง โดยพิจารณาให้ยา เป็นเวลา 5 วันหรือมากกว่าขึ้นกับอาการทางคลินิกผู้ป่วย ส่วนการใช้ยาในผู้ป่วยน้ำหนักมากกว่า 90 กิโลกรัม ขนาดยา เป็น 2,400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งในวันแรกและปรับลดยาเหลือ 1,000 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งให้ยาเป็นเวลา 5 วันและผู้ป่วยเด็ก พิจารณาตามน้ำหนักตัว สำหรับในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ไม่ต้องปรับ ขนาดยา แต่ควรมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ บกพร่องในระดับปานกลางถึงรุนแรง (กรมการแพทย์, 2564)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ที่พบได้บ่อยคือ ระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น (ร้อยละ 4.79) ท้องเสีย (ร้อยละ 4.79) จำนวน neutrophil ต่ำลง (ร้อยละ 1.80) ระดับเอนไซม์ aspartate aminotransferase (AST) สูงขึ้น (ร้อยละ 1.80) และระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) สูงขึ้น (ร้อยละ 1.60) (Taisho Toyama Pharmaceutical, 2017) Kaur และคณะทำการรวบรวมข้อมูลจากรายงาน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ขององค์การอนามัยโลกพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ ระดับ เอนไซม์ของตับสูงขึ้น (ร้อยละ 3.66) คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 13.98) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 9.68) ท้องเสีย (ร้อยละ 7.52) และ QT prolongation (ร้อยละ 5.37) อย่างไรก็ตามข้อมูลของยาฟาวิพิราเวียร์ต่อการเกิด QT prolongation ยังคงมีความขัดแย้งอยู่ เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่มากจากผู้ป่วยที่มีการใช้ฟาวิพิราเวียร์ ร่วมกับยาชนิดอื่นมากกว่า การใช้ยาฟาวิพิราเวียร์เพียงชนิดเดียว (Kaur RJ, et al, 2020) นอกจากนี้พบผู้ป่วยที่มีกระจกตาเป็นสีฟ้า (blue discoloration)

ในประเทศอินเดียจนถึงปัจจุบัน (มิถุนายน พ.ศ. 2564) จำนวน 5 ราย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเม็ดสี เมลานิน (melanin pigmentation) เป็นผลจากการดูดซึมของเมตาโบไลต์ ของยาฟาวิพิราเวียร์ที่จอตา กระจกตาและเนื้อแก้วตา (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศพบข้อมูลการศึกษาที่มีอย่างจำกัด ทางผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษาการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำมาใช้เป็น ข้อมูลอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ และใช้ในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาคณะลักษณะของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์โรงพยาบาลปทุมธานี
- 2) เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลปทุมธานีภายหลังได้รับยาฟาวิพิราเวียร์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโควิด-19 และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ ระหว่าง 1 เมษายน 2565-31 สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ครบอย่างน้อย 5 วันและเข้ารับการดูแลในระบบการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานีดังนี้ (1) Cohort ward (2) โรงพยาบาลสนาม (3) Home isolation และ (4) ระบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with self Isolation: OPSI) ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2565 โดยผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์นี้ แบ่งตามกลุ่มอาการได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

(2) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อย ปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น

(3) ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมที่มี hypoxia (resting O₂ saturation ≤96%) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ ≥ 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรงหรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates

เกณฑ์คัดเข้า

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ครบอย่างน้อย 5 วัน

เกณฑ์คัดออก

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันเมื่อครบการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ดังนี้

1. แบบฟอร์มกำกับการใช้ Favipiravir 200 mg กระทรวงสาธารณสุข แบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ เพศ อายุ เลขที่บัตรประชาชนและสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ น้ำหนัก ผลการตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ ผลทางรังสีวิทยา แผนการใช้ยา favipiravir 200 mg และกลุ่มอาการของผู้ป่วยโควิด-19

2. แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการควบคู่กับแบบฟอร์มกำกับการใช้

Favipiravir 200 mg ในข้อ 1 จนครบการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

3. บัตรแสดงการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์ โรงพยาบาลปราณบุรี ประกอบกับฉลากยาเพื่อเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือในการบริหารยาฟาวิพิราเวียร์ให้ถูกต้องยิ่งขึ้น



รูปที่ 1 บัตรแสดงการรับประทานยาฟาวิพิราเวียร์

4. QR code: rxpranburi ติดตามการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปราณบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติเพิ่มในบัญชีแอปพลิเคชัน line official Account “ห้องยาปราณบุรี”



รูปที่ 2 QR code ติดตามการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมสำคัญได้แก่ อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.)



ต่ำแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น และการใช้ยาต้านไวรัส COVID-19 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลปทุมธานี และเก็บรวบรวมอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ จากการบันทึกในแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขที่บันทึกผลเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาฟาวิพิราเวียร์ครบ 5 วันหรือ 10 วัน ที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ในช่วงเวลาที่ศึกษา 1 เมษายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผลการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการศึกษามีจำนวน 1,393 ราย อายุเฉลี่ย 56.48 ± 20.53 ปี เพศหญิง 623 ราย (ร้อยละ 44.72) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 715 ราย (ร้อยละ 51.32) ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ (n=1,393)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	770	55.28
หญิง	623	44.72
อายุ (อายุเฉลี่ย 56.48 ± 20.53 ปี)		
น้อยกว่า 18 ปี	166	11.92
18-60 ปี	512	36.76
มากกว่า 60 ปี	715	51.32
น้ำหนัก		
น้อยกว่า 50 กิโลกรัม	263	18.88
50-90 กิโลกรัม	884	63.46
มากกว่า 90 กิโลกรัม	246	17.66

246 ราย (ร้อยละ 17.66) มีโรคร่วมสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดอาการโควิด-19 ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น 777 ราย (ร้อยละ 55.78) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบเล็กน้อย 1,223 ราย (ร้อยละ 87.80) ระยะเวลาที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ครบ 5 วัน 1,383 ราย (ร้อยละ 99.28) ได้รับยาอื่น ๆ ได้แก่ยา corticosteroid เพื่อรักษาโควิด-19 616 ราย (ร้อยละ 44.22) ผู้ป่วยที่ผลเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ 603 ราย (ร้อยละ 43.29) ผลตรวจค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดผิดปกติ (มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94) 21 ราย (ร้อยละ 1.51) ผู้ป่วยมีประวัติรับวัคซีนโควิด-19 ครบ 3 เข็ม 502 ราย (ร้อยละ 36.04) แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนเลย 297 ราย (ร้อยละ 21.32) ดังแสดงตารางที่ 1

2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งสิ้น 1,393 ราย ที่เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 45 ราย (ร้อยละ 3.23) มีอาการไม่พึงประสงค์ดังนี้ ภาวะตาสีฟ้า 28 ราย (ร้อยละ 2.01) คลื่นไส้อาเจียน 12 ราย (ร้อยละ 0.86) เวียนหัว 3 ราย (ร้อยละ 0.22) และผื่นแดงคัน 2 ราย (ร้อยละ 0.14) ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้มีผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจค่าการทำงานของตับ 62 ราย (ร้อยละ 4.45) แต่ไม่พบความผิดปกติของค่าการทำงานของตับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ (n=1,393) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
โรคร่วมสำคัญ/ปัจจัยเสี่ยง		
มี	777	55.78
ไม่มี	616	44.22
กลุ่มอาการของโรคโควิด-19		
ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ	155	11.13
ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อย	1,223	87.80
ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมที่มี hypoxia	15	1.07
ระยะเวลาที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์		
5 วัน	1,383	99.28
10 วัน	10	0.72
ยาร่วมอื่นๆ รักษา COVID-19		
ไม่มี	777	55.78
Corticosteroid	616	44.22
ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด		
ปกติ	646	46.37
ผิดปกติ	603	43.29
ไม่ได้เอกซเรย์ปอด	144	10.34
ผลการตรวจออกซิเจนในเลือด (SpO₂)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 94%	21	1.51
มากกว่า 94%	1,372	98.49
ประวัติการรับวัคซีนโควิด-19		
ไม่ได้รับ	297	21.32
1 เข็ม	37	2.66
2 เข็ม	446	32.02
3 เข็ม	502	36.04
4 เข็ม	107	7.67
5 เข็ม	4	0.29

ตารางที่ 2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน 45 ราย)

ชนิดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะตาสีฟ้า	28	2.01
คลื่นไส้ อาเจียน	12	0.86
เวียนหัว	3	0.22
ผื่นแดง คัน	2	0.14



อภิปรายผล

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ บุญกว้าง ที่ศึกษาผลของยาฟาวิพิราเวียร์ต่อการทำงานของตับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี (จุฑามาศ บุญกว้าง, 2564) พบว่ากลุ่มอาการของโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่รุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือมีปอดบวม (pneumonia) เล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.45

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลปราณบุรีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฟาวิพิราเวียร์ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว ผื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรารุช กิตติเกษมสุขและคณะ ในการศึกษาความร่วมมือการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงน้อยในระบบ Self-Isolation (สรารุช กิตติเกษมสุข, 2566) จำนวนผู้ป่วยที่รายงาน 354 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์คลื่นไส้ 20 ราย (ร้อยละ 5.6) อาเจียน 5 ราย (ร้อยละ 1.4) เวียนหัว 1 ราย (ร้อยละ 0.3) ผื่น 8 ราย (ร้อยละ 2.3) แต่การศึกษาครั้งนี้อาการไม่พึงประสงค์สูงสุดคือเกิดภาวะตาสีฟ้า 28 ราย (ร้อยละ 2.01) ซึ่งไม่พบรายงานการเกิดภาวะดังกล่าวในการศึกษาของ สรารุช กิตติเกษมสุขและคณะ นอกจากนี้ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์มีความผิดปกติของค่าการทำงานของตับซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kaur และคณะที่ศึกษารายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาฟาวิพิราเวียร์พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ (ร้อยละ 23.66) รองลงมาคือ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว และท้องเสีย ตามลำดับ และการวิจัยของ Hung และคณะที่ศึกษาประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด-19 พบภาวะการเพิ่มสูงขึ้นของกรดยูริกและเอนไซม์ตับในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ซึ่งผลวิจัยที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ได้รับยาในระยะสั้นและผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจค่าการทำงานของตับ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้เนื่องจากการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ครบ 5 วันหรือ 10 วัน เป็นเพียงการติดตามระยะสั้น ควรพิจารณาทำการศึกษาในระยะยาวขึ้นและข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่ได้จากการประเมินทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลทำให้ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่าเกิดจากยาฟาวิพิราเวียร์หรือสาเหตุอื่นๆ เช่น อาการที่เกิดจากโรคหรือยาอื่น

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาค่าการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ในผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่าง 1 เมษายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม 2565 จำนวน 1,393 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ร้อยละ 3.23 อาการที่พบสูงสุดเป็นภาวะตาสีฟ้า ร้อยละ 2.01 และอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่พบได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัวและผื่นแดงคัน ซึ่งจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบควรได้รับยาฟาวิพิราเวียร์ทันทีตามแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 (COVID-19) อย่างน้อย 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ด้วยมาตรการลดการสัมผัสผู้ติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคทำให้จำกัดการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น ส่งผลให้ขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย ผลการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์นี้จึงเป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในขนาดตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อเฝ้าระวังค่าการทำงานของตับและระดับยูริกในเลือดในแต่ละระยะเวลาการรักษาโควิด-19 ด้วยยาฟาวิพิราเวียร์

เอกสารอ้างอิง

- Department of Medical Services. (2021). *Guidelines for medical practice in diagnosing treating and preventing infections in hospitals, cases of infection with coronavirus 2019 (COVID-19) for doctors and public health personnel, revised edition on 11 July 2022*. Retrieved from http://dmta.dms.go.th/manualdmta/MN_Policy/cpg/CPG-43.pdf (in Thai).
- Department of Medical Services. (2021). *Guidelines for medical practice in diagnosing treating and preventing infections in hospitals, cases of infection with coronavirus 2019 (COVID-19) for doctors and public health personnel, revised edition on 9 September 2021*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25640909181401PM_CPG_COVID_v.18.2_ns_20210909%20-.pdf (in Thai).
- Ergur FO, Yildiz M, et al. (2021). *Adverse effects associated with favipiravir in patients with COVID-19 pneumonia: a retrospective study*. Retrieved from <http://www.scielo.br/j/spmj/a/4G4vpVKCjdCNWBGLGhYMLQYL/abstract/?lang=en> (in Thai).
- Hung DT, Suhaib Ghula, et al. (2022). *The efficacy and adverse effects of favipiravir on patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of published clinical trials and observational studies*. Retrieved from <http://www.pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1799910> (in Thai).
- Jutamas Boonkwang. (2021). *The effect of Favipiravir on Liver Function Tests of COVID-19 patients in Nongsaeng Hospital, Udonthani Province*. Retrieved from <http://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/10865/9895> (in Thai).
- จุฑามาศ บุญกว้าง. (2564). *ผลของยาฟาวิพิราเวียร์ต่อการทำงานของตับของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2565, <http://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/10865/9895>.
- Kaur RJ, Charan J, et al. (2020). *Favipiravir use in COVID-19: Analysis of suspected adverse drug events reported in the WHO database*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7751706> (in Thai).
- Ministry of Public Health. Division of Epidemiology and Division of Noncommunicable Diseases Department of Disease Control. (2021). *Report on the results of the review of the COVID-19 disease situation and preventive control measures at the global level and in Thailand*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14186&tid=&gid=1-015-005> (in Thai).
- Ngamjit Kasetsuwan. (2021). *COVID and eye academic knowledge about blue eyes from antiretroviral drugs. (For ophthalmologists)*. Retrieved from <http://www.rcopt.org/index.php?r=arart010/detail&id=1890> (in Thai).
- Panee Leelawatthnachai and Tananun Tanpaibule. (2022). *Favipiravir for the Treatment of Coronavirus Disease 2019*. Retrieved from <http://https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/250567> (in Thai).
- Sarawat Kittikasemsook and Supparat Chanprasert. (2023). *Drug Compliance and Adverse Reactions of Favipiravir in Patients with Mild Coronavirus Disease 2019 in Self-Isolation System*. Retrieved from <http://https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/261983> (in Thai).
- Taisho Toyama Pharmaceutical Co Ltd. (2017). *Avigan (favipiravir) tablets 200 mg*. Retrieved from <https://www.lpn.go.th/files/drug/ASHP-COVID-19-Evidence-Table.pdf> (in Thai).



ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

THE FACTORS PREDICTING BODY MASS INDEX OVER THE NORMAL RANGE OF STAFF IN BUDDHACHINARAJ PHITSANULOK HOSPITAL

ประเด็จ ธีรพงษ์พัฒนา

Pradet Threerapongphatthana

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23 จำนวน 302 คน เป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลการประเมินความสุขด้วยตนเอง ของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน มีลักษณะการขึ้นปฏิบัติงานเป็นกะ รอบ เวน ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 (BMI 30-34.9) ซึ่งปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น สถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน การรับประทานอาหารทุกเช้า การสูบบุหรี่เป็นประจำ ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการออกกำลังกาย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายลดลง โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ ได้ร้อยละ 75.7 จากผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีชีวิตที่ยืนยาว

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ, เจ้าหน้าที่, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Abstract

The purpose of this research was to study the factors predicting Body Mass Index over the normal range of staff in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. The sample group for the research was 302 staffs in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital who were Body Mass Index (BMI) as equal or more than 23. This research is retrospective study used database from the Hapinometer assessment of staff in Hospital since December, 2021 to February, 2022. The data were descriptive analyzed by using frequency, percentage and the factors predicting analyzed with Multiple Regression Analysis.

The results showed that most of sample were female, age between 41-50 years with bachelor's degree education, and had marital status and marriage life. They were shift work and had obesity class II (BMI 30-34.9). The factors predicting Body Mass Index over the normal range with statistically significant level of 0.05 were Older age, Marital status and marriage life, have breakfast every day, Regular smoking, and Life is as expected affected Body Mass Index to increase, whereas Exercise affected Body Mass Index to decrease which could predict at 75.7 percent. The results of the study will be useful to staffs in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital or hospital under the Ministry of Public Health for behavior modification to reduce the Body Mass Index over the normal range to be healthy, reduce the risk of disease and live a long life.

Keywords: Factors Predicting, Body Mass Index Over the Normal Range, Staff, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

บทนำ

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นการวัดน้ำหนักของบุคคลเทียบกับส่วนสูงของร่างกาย โดยค่าดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับปริมาณไขมันทั้งหมดในร่างกาย หากค่า BMI เพิ่มขึ้นไขมันทั้งหมดในร่างกายก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน บุคลากรทางการแพทย์ได้นำการคิด BMI มาใช้เพื่อคัดกรองบุคคลที่มีน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน โดยสามารถแปลผลค่า BMI ได้ดังนี้ ค่า BMI < 18.5 แสดงถึงอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม ค่า BMI 18.5 – 22.90 แสดงถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า BMI 23 – 24.90 แสดงถึงน้ำหนักเกิน ค่า BMI 25 – 29.90 แสดงถึงโรคอ้วนระดับที่ 1 ค่า BMI 30 ขึ้นไปแสดงถึง โรคอ้วนระดับที่ 2 อย่างไรก็ตาม ค่าดัชนีมวลกายเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่ใช้คำนวณความเสี่ยงต่อสุขภาพ ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด อายุ เพศ รอบเอว การออกกำลังกาย ช่วงวัยที่หมดประจำเดือน การสูบบุหรี่ เป็นต้น (ถิรจิต บุญแสน, 2562)

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ของวิชัย เอกพลากร (2564) พบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชาชนชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 24.2 และ 25.2 kg/m² ตามลำดับ โดยที่ร้อยละ 42.4 ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 37.8 ของผู้ชายและร้อยละ 46.4 ของผู้หญิง อยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) และภาวะ BMI ≥ 30 kg/m² ผู้ชายมีร้อยละ 10 และผู้หญิงมีร้อยละ 16.4 สำหรับภาวะอ้วนลงพุง พบว่ามีร้อยละ 27.7 ในชายไทยและร้อยละ 50.4 ในหญิงไทย ซึ่งภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง จากการวิจัยพบว่าภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับภาวะด้านอินซูลิน ภาวะเบาหวานและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จากภาวะพิการ และการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้

การศึกษาของ อาจินต์ สงทับ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559); สุชา จุลสำลี และนันทยา ทางเรือ (2561) พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกาย กับโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้วัยทำงานเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สูญเสียรายได้ และส่งผลกระทบต่อสังคมตามมา ในส่วนของกิจกรรมทางกายคนวัยทำงาน พบว่าประชากรวัยทำงานกว่าร้อยละ 26.56 มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์

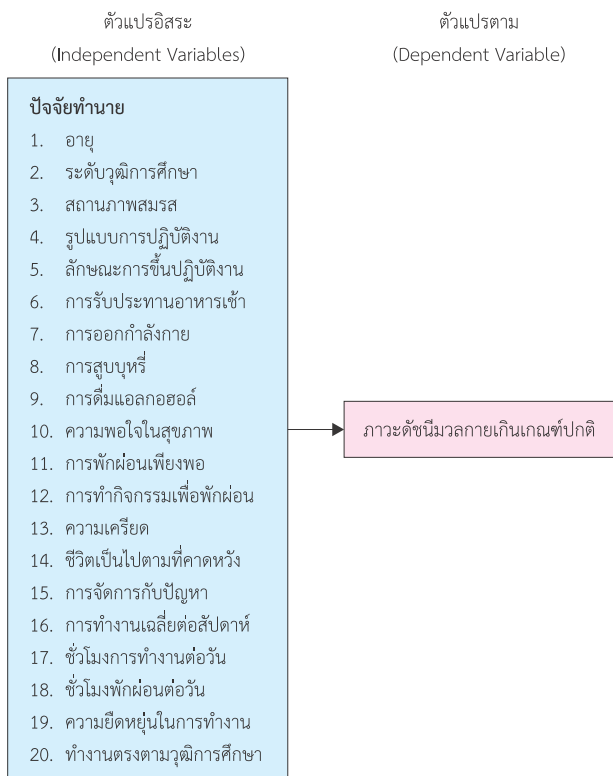
จากผลการสำรวจแบบประเมินความสุขภาพบุคลากร ปี 2562 ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1,903 คน พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (BMI ≥ 23) จำนวน 1,115 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 และจากผลการสำรวจในปี 2565 จำนวน 1,654 คน พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 23 จำนวน 1,131 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 (กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล, 2565) แสดงให้เห็นว่าภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มเกิดปัญหาทางสุขภาพต่างๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับมาประกอบการพิจารณาจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น การรณรงค์ดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารมื้อเช้า เพื่อลดภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ รวมถึงสร้างสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการโรค และมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิด

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ พลอยณณารินทร์ ราวินิจ (2558) ทำการศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำปาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และงานวิจัยของ ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์ และคณะ (2561) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐาน

ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย

การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. นำผลการศึกษาที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ลดภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Retrospective Study จากข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่เข้ารับการประเมินความสุขด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ บุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23 จากข้อมูลการประเมินความสุขด้วยตนเอง ของบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 1,131 คน (กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล, 2565)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) จากขนาดของประชากรในแต่ละรูปแบบการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีความจำเพาะของการปฏิบัติงาน เช่น งานด้านบริหาร จะเป็นกลุ่มหัวหน้างาน มีหน้าที่สั่งการ มอบงานให้กับบุคลากรอย่างเหมาะสม ส่วนงานด้านบริการ จะเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ และงานด้านสนับสนุน จะมีหน้าที่สนับสนุนการบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก (ดังตารางที่ 1)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
3. ผู้ที่เข้ารับการประเมินความสุขด้วยตนเอง
4. มีค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index ≥ 23

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- ข้อมูลการประเมินความสุขด้วยตนเองไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำผลของการประเมินความสุขด้วยตนเอง (HAPPINOMETER) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข (2565) มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีการคัดเลือกตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบการปฏิบัติงาน

รูปแบบการปฏิบัติงาน	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	
	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
งานด้านบริหาร	93	25
งานด้านการบริการ	797	213
งานด้านสนับสนุน	241	64
รวม	1,131	302

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วย 20 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่เข้ารับการประเมินความสุขด้วยตนเอง สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 และมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23 จำนวน 302 คน (กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล, 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาหาค่าสถิติพื้นฐาน คือ แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ 033/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.90 สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 44.0 ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงานเป็นกะ รอบ เวน คิดเป็นร้อยละ 61.6 โดยแบ่งดัชนีมวลกาย ได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอ้วนระดับ 2 (BMI 30-34.9) คิดเป็นร้อยละ 36.1 กลุ่มอ้วนระดับ 1 (BMI 25-29.9) คิดเป็นร้อยละ 33.8 และกลุ่มอ้วนระดับ 3 (BMI 35-39.9) คิดเป็นร้อยละ 30.1 ตามลำดับ

2. การทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เปรียบเทียบค่า Significant ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

a. Predictors: (Constant), อายุ, ระดับวุฒิการศึกษา, สถานภาพสมรส, รูปแบบการปฏิบัติงาน, ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน, การรับประทานอาหารเข้า, การออกกำลังกาย,

การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, ความพอใจในสุขภาพ, การพักผ่อนเพียงพอ, การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน, ความเครียด, ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง, การจัดการกับปัญหา, การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์, ชั่วโมงการทำงานต่อวัน, ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน, ความยืดหยุ่นในการทำงาน, ทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา

จากตารางที่ 2 เมื่อแสดงค่าสัมประสิทธิ์ตัวกำหนด (R Square) เท่ากับ 0.757 ซึ่งแปลความหมายได้ว่า ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา สามารถอธิบายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้ร้อยละ 75.7 ส่วนที่เหลือร้อยละ 24.3 เกิดจากอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

b. Predictors: (Constant), อายุ, ระดับวุฒิการศึกษา, สถานภาพสมรส, รูปแบบการปฏิบัติงาน, ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน, การรับประทานอาหารเข้า, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, ความพอใจในสุขภาพ, การพักผ่อนเพียงพอ, การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน, ความเครียด, ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง, การจัดการกับปัญหา, การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์, ชั่วโมงการทำงานต่อวัน, ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน, ความยืดหยุ่นในการทำงาน, ทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา

จากตารางที่ 3 สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดง Model Summary ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.870 ^a	0.757	0.738	2.08667



ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์สมการถดถอยของตัวแบบปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	3792.042	22	172.366	39.586	0.000 ^b
Residual	1214.821	279	4.354		
Total	5006.863	301			

H_0 : ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา ไม่เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

H_1 : ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ระดับวุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส รูปแบบการปฏิบัติงาน ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความพอใจในสุขภาพ การพักผ่อนเพียงพอ การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน ความเครียด ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง การจัดการกับปัญหา การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน ความยืดหยุ่นในการทำงาน และทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.01$ ซึ่งผลจากตาราง 3 พบว่า ค่า Sig มีค่าเท่ากับ 0.000 ซึ่งมีค่า < 0.001 ดังนั้นจึงปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า มี 6 ปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (Y) ประกอบไปด้วย อายุ (X_1) สถานภาพสมรส (X_3) การรับประทานอาหารเข้า (X_6) การออกกำลังกาย (X_7)

การสูบบุหรี่ (X_8) และชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง (X_{14}) โดยพิจารณาจากค่า Sig. ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จึงปฏิเสธ H_0 และยอมรับ H_1 ดังที่ปรากฏในตารางที่ 3 ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์มาตรฐาน

$$Z = (0.126)X_1 + (0.068)X_3 + (0.094)X_6 - (0.123)X_7 + (0.155)X_8 + (0.096)X_{14}$$

โดยสรุปจากการแสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณในตารางที่ 4 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการพยากรณ์ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้ดังนี้

$$Y = -2.240 + (0.049)X_1 + (0.202)X_3 + (0.268)X_6 - (0.464)X_7 + (1.522)X_8 + (0.452)X_{14}$$

จากค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าว ปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับประทานอาหารเข้า การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง เป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ (X_1) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น 0.126 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส (X_3) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น 0.068 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Model	Unstandardized Coefficients		Standardize Coefficients	t	Sig.	
	B	Std.Error	Beta			
1	ค่าคงที่ (Constant)	-2.240	2.441			
	อายุ (X_1)	.049	.019	.126	2.582	.010*
	ระดับวุฒิการศึกษา (X_2)	.002	.089	.001	.020	.984
	สถานภาพสมรส (X_3)	.202	.099	.068	2.045	.042*
	ลักษณะการทำงาน (X_4)	.076	.156	.017	.487	.627
	ลักษณะการขึ้นปฏิบัติงาน (X_5)	.149	.320	.018	.468	.641
	การรับประทานอาหารเข้า (X_6)	.268	.093	.094	2.897	.004*
	การออกกำลังกาย (X_7)	-.464	.132	-.123	-3.531	.000*
	การสูบบุหรี่ (X_8)	1.522	.322	.155	4.731	.000*
	การดื่มแอลกอฮอล์ (X_9)	.156	.117	.045	1.334	.183
	ความพอใจในสุขภาพ (X_{10})	-.098	.150	-.023	-.653	.514
	การพักผ่อนเพียงพอ (X_{11})	-.254	.190	-.063	-1.340	.181
	การทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน (X_{12})	-.212	.167	-.049	-1.270	.205
	ความเครียด (X_{13})	.066	.187	.013	.354	.724
	ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง (X_{14})	.452	.193	.096	2.341	.020*
	การจัดการกับปัญหา (X_{15})	-.102	.221	-.017	-.463	.644
	การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (X_{16})	.043	.184	.008	.235	.814
	ชั่วโมงการทำงานต่อวัน (X_{17})	-.014	.133	-.004	-.103	.918
	ชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน (X_{18})	.152	.112	.042	1.355	.176
	ความยืดหยุ่นในการทำงาน (X_{19})	.049	.119	.013	.411	.681
	ทำงานตรงตามวุฒิการศึกษา (X_{20})	-.030	.114	-.009	-.268	.789

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการรับประทานอาหารเข้า (X_6) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น 0.094 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่

ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย (X_7) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ลดลง 0.123 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ (X_8) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น 0.155 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่

ปัจจัยด้านชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง (X_{14}) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น 0.096 หน่วย เมื่อกำหนดให้ปัจจัยด้านอื่นๆ คงที่



สามารถสรุปผลการทดสอบสมมติฐานได้ดังนี้
ปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น
สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน การรับประทานอาหารเช้า
เป็นประจำ การสูบบุหรี่เป็นประจำและชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง
จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ส่วนการออกกำลังกาย
จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายลดลง

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ
ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบปัจจัย
ที่ส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดังนี้ อายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผล
ต่อภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษานันท์
นันทน์ภัส ธนฐากร และธนัช กนกเทศ (2561) พบว่าผู้สูงอายุ
เป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และเป็นวัยที่มี
การเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกายทั้งระบบเซลล์ เนื้อเยื่อ
และอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นสิ่งที่ตามมาจะพบว่า
มีการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ใช้พลังงานน้อยลง ระบบ
เผาผลาญทำงานได้ช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นโรคอ้วนในที่สุด

สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน จะส่งผลต่อ
ภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ
Meltzer (2013) พบว่า ในกลุ่มคู่รักที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น
เป็นกลุ่มที่มีความสุขและพึงพอใจกับชีวิตหลังแต่งงาน
ขณะกลุ่มที่ระบุไม่ค่อยมีความสุขกับการแต่งงานไปจนกระทั่ง
เริ่มคิดถึงการแยกทางมีค่าดัชนีมวลกายลดลง

การรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ จะส่งผลต่อ
ภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ
นันทพล พงศ์รัตนามาน (2562) ที่กล่าวว่า มือเช้าจะเป็น
มือที่หลายๆ คนมักจะรับประทานอาหารเช้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
เนื่องจากการรีบเร่งและความจำกัดของเวลา ไม่ว่าจะเป็
นมปังขัดสีที่เพิ่มรสชาติความอร่อยด้วยแยม น้ำตาล
คอนเฟลคที่เคลือบด้วยน้ำตาลหรือช็อกโกแลต รวมไปถึง
นมปังสำเร็จรูปที่สอดไส้ต่างๆ ซึ่งอาหารเหล่านี้ล้วนมี
คาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลสูง ที่อาจก่อให้เกิดไขมันสะสม
ในร่างกายโดยที่เราไม่รู้ตัว

การสูบบุหรี่เป็นประจำ จะส่งผลต่อภาวะดัชนี
มวลกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบทความของ POB PAD
(2565) ที่กล่าวว่า สารเคมีจากบุหรี่เป็นตัวการสำคัญ
ที่เข้าไปขัดขวางการทำงานของคอเลสเตอรอลชนิดที่ดี
ทำให้คอเลสเตอรอลชนิดส่วนเกินไม่สามารถทำลาย
ไปยังตับได้ เป็นเหตุให้หลอดเลือดตีบและกลายเป็นโรค
หลอดเลือดแดงแข็งในที่สุด และยังส่งผลทำให้น้ำหนักตัว
สูงขึ้น

ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวัง จะส่งผลต่อภาวะดัชนี
มวลกายเพิ่มขึ้น อาจกล่าวได้ว่าตามพฤติกรรมของมนุษย์
ส่วนใหญ่นั้นเมื่ออยู่ในภาวะอารมณ์แห่งความสุข ชีวิตเป็นไป
ตามคาดหวัง ประสบความสำเร็จ ร่าเริง อารมณ์ดี ส่งผลต่อ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ในปริมาณที่มากขึ้น
ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มสูงขึ้นตามมามากด้วย

ส่วนการออกกำลังกาย จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกาย
ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พลอยณญารินทร์ ราวินิจ
(2558) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง
คือ ผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะอ้วนลงพุง 4.35 เท่าของผู้ที่ออกกำลังกาย
มากกว่า 20 นาที

จากการศึกษาในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ
ที่อาจส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติได้ เช่น
โรคประจำตัว พันธุกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะได้ทำการศึกษาในครั้งต่อไป

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย
ภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
พุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิง
พหุคูณ เปรียบเทียบค่า Significant ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น สถานภาพ
สมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน การรับประทานอาหารเช้า
เป็นประจำ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ชีวิตเป็นไปตามที่คาดหวังไว้
จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านการออกกำลังกาย
จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

โดยผลการศึกษาค้นคว้านี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการพิจารณาจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่ได้ เช่น การทำกิจกรรมรณรงค์การงดสูบบุหรี่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือควบคุมอาหารของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ครบถ้วนแล้ว ดังนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรคประจำตัว และพันธุกรรม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- Bunsaen, T. (2019). *How important is Body Mass Index (BMI)?*. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (in Thai).
- Ekpalakorn, W. (2021). *Thai National Health Examination Survey (NHES VI)*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai).
- Human Resource Development Department. (2022). *Body Mass Index (BMI) of Staff*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital. (in Thai).
- Junsamlee, S. and Thangreu, N. (2018). The relationship between food consumption behavior, and blood sugar, lipid levels, and Body Mass Index among monks in Samutprakarn Province. *HCU Journal*, 21(42), 107-122. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2022). *Happinometer for Ministry of Public Health staff*. Nonthaburi: Mental Health Strategy and Planning Division. (in Thai).
- POB PAD. (2565). *High Cholesterol*. Retrieved August 19, 2022, from <https://www.pobpad.com> (in Thai).
- Pongratanaman, N. (2019). *"Abstain from food", which meal burns fat the best? Get better health*. Retrieved August 19, 2022, from www.women.trueid.net/detail/NmdaaR1Xpdw (in Thai).
- Prasittipatt, T, Rudtanusudjatun, K, Methaphat, C and Thetkathuek, A. (2018). Factors Influencing the Abdominal Obesity of Employees in Large-sized Manufactories in the Eastern Region. *Journal of Health Science*, 27(5), 792-99. (in Thai).
- Ravit, P. (2015). *Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab sub-district, Wang Noi District, Ayutthaya Province*. (Master of Public Health Thesis, Thammasat University). (in Thai).
- Songthap, A and Wongsawat, P. (2016). Prevalence risk factors and factors affecting hypertension among population in a rural Southern Thailand : A case study in Kuantani sub-district Kantang district Trang. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 10(3), 104-117. (in Thai).
- Tanathakorn, N. and Kanokthet, T. (2018). Obesity in the Elderly: Evaluation and Prevention. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(1), 16-26. (in Thai).
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Meltzer, A.L. (2013). *Marital Satisfaction Predicts Weight Gain in Early Marriage*. Retrieved August 19, 2022, from <https://scholar.google.com>



ประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดตราด

THE EFFECTIVENESS OF IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY ACCORDING TO THE LONG-TERM CARE GUIDELINES FOR THE ELDERLY TRAT PROVINCE.

ไพริน ศิริพันธ์

Pairin Siripun

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด

Trat Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดตราด เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสิทธิผลหรือผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายหลังจากที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของจังหวัดตราด ขั้นตอนการศึกษาเชิงปริมาณประกอบด้วยการศึกษาค้นคว้าเอกสาร เพื่อรวบรวม ค้นคว้าข้อมูลและเอกสารต่างๆ เพื่อนำไปใช้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 420 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขและผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 190 คน ใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถาม ที่ผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.83

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 59.52 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 47.63 รองลงมาได้แก่อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 28.57 ด้านสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.43 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว(รวม)ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 52.40 จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.40 และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตำบล/หมู่บ้านหรือพื้นที่ ที่อาศัยอยู่เข้าร่วมดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 52.40 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดตราด ภายหลังจากที่มีการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีกว่าก่อนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประสิทธิผลหรือผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายหลังจากที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดตราด

ได้ข้อสรุปว่าการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุและการส่งเสริม/สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การดูแลด้านทันตสาธารณสุข จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะเสี่ยง ลดโรค ลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ประสิทธิภาพ

Abstract

Research on the effectiveness of improving the quality of life of the elderly according to the guidelines for long term care of the elderly Trat Province. This research is a mixed research, It consist of quantitative research. To study the quality of life of the elderly and qualitative research to study the effectiveness or achievements in improving the quality of life for the elderly. After the implementation of long-term care guidelines for the elderly in areas where operation are guidelines for long-term care of the elderly of Trat Province. The quantitative study process consisted of document research to collect data, document studies on the quality of life of the elderly in a sample of 420 people, and a qualitative study by workshops to extract lessons about the success of the quantitative study. Operate according to guidelines for long-term care of the elderly in the management group public health and local government executives group with the director of the Tambon Health Promoting Hospital Staff in charge of long-term care for the elderly at the public health department and local administrative organizations, community leaders and volunteers, totaling 170 people. The results showed that the quality of life of the elderly after in the study area after the implementation of the long-term care guidelines for the elderly better than before it was implemented According to the guidelines for long-term care of the elderly of Trat Province The effectiveness or success of improving the quality of life of the elderly after the implementation of the long-term care guidelines for the elderly of Trat Province. It was concluded that the policy of caring for the elderly and the promotion/ support of the community to participate in the implementation of the elderly health promotion seriously and continuously to provide comprehensive health promotion activities promote the health of the elderly in the area seriously and continuously to provide health promotion activities to cover all areas especially health promotion knowledge such as proper exercise eating and taking care of teeth will help encourage the elderly, Able to take care of himself properly It will reduce the risk of disease, reduce the health problems of the elderly and resulting in the elderly having a good quality of life in the future.

Keywords: Quality of life, Long term care, Effectiveness

บทนำ

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population Aging) (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งภาวะสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีลักษณะการเป็นไปในทางลดความเจริญไปสู่ความเสื่อมทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญ จากรายงานการวิจัยพบว่า สิ่งที่ต้องทำสำหรับผู้สูงอายุไทย ต้องการมีอยู่ 2 อย่างคือการมีสุขภาพดี และใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมีความสุข (อรณิชรุ้ แสงทองสุข, 2563) งานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงแวดวงของการสาธารณสุขเท่านั้น ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องทำงานร่วมกันแบบองค์รวมนับเป็นมิติที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อวางระบบ ที่ดีในการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต (WHO Geneva, 1986 อ้างในพิสมัย จันทวิมล 2541) การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุม ดูแล และพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (พิสมัย จันทวิมล, 2541) ซึ่งการเพิ่มความสามารถของคนในการดูแลสุขภาพตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือระหว่างคนในชุมชนแบบมีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ริเริ่มและดำเนินกระบวนการสร้างนโยบาย (Policy Formulation) การส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ และได้กำหนดเป็นนโยบาย “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว : Long term care” เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พบว่ามีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 15.62 เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 23 ในปีพ.ศ. 2564 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2564) อัตราเพิ่มของการสูงอายุที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของจำนวน

ผู้สูงอายุในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด จึงได้นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาขับเคลื่อน (Policy implementation) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทุกอำเภอของจังหวัดตราด นำนโยบาย “การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว : Long term care” ไปดำเนินการในลักษณะตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และที่ผ่านมาได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2564) ซึ่งในการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวที่ผ่านมา มีเพียงแต่การจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี ยังไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นทางการว่า ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด ประสบผลสำเร็จ และก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเชิงประเมินผลเรื่อง ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดตราด เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

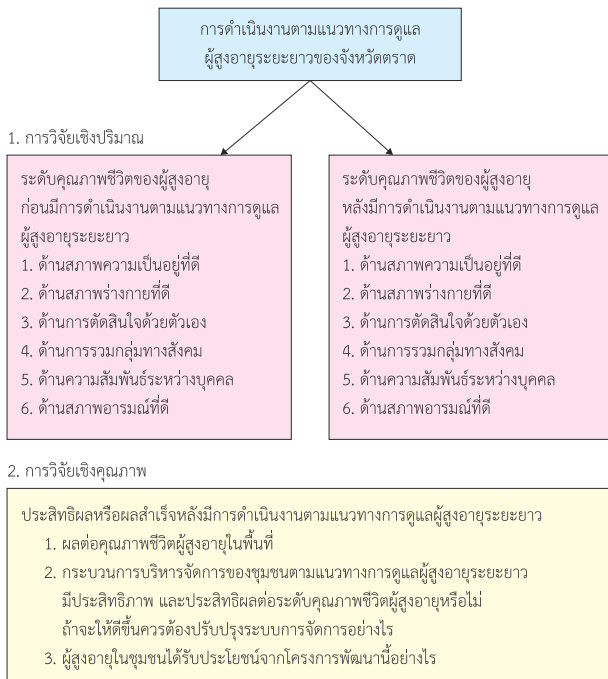
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดตราด
2. เพื่อศึกษาเชิงประเมินผลเรื่อง ประสิทธิภาพหรือผลสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายหลังที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดตราด

คำถามการวิจัย

ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด ก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะนำไปใช้ประกอบการจัดทำแผนหรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนและ ท้องถิ่นสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต
2. ชุมชนใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือพื้นที่ต่อไป

วิธีการศึกษา

1. เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

1.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน จากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ taro and yamana (บุญธรรม กิจปรีดาภิรัชต์, 2543)

1.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถอดบทเรียนเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความสำเร็จของการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 190 คน ในประเด็นเรื่องผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ก่อให้เกิดผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร กระบวนการบริหารจัดการของชุมชนตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือไม่ ถ้าจะให้ดีขึ้นควรต้องปรับปรุงระบบการจัดการอย่างไร ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับประโยชน์จากโครงการนี้หรือไม่

ผู้วิจัยได้มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้ด้วยการหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) การตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่าเท่ากับ 0.83

1.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มาประชุมเพื่อชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (เฉลิมพล ศรีหงษ์, 2543 : 9) รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 420 คน และกำหนดคุณสมบัติผู้ตอบแบบสอบถาม ต้องเป็นผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนนี้เป็นประจำ สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และสมัครใจในการให้ข้อมูล

1.3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อถอดบทเรียนในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 190 คน เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนด

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาเตรียมการ ดังนี้

1.4.1 จัดการข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมาย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี หมายถึง ผลการประเมินคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.4 ขึ้นไป)

2. คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผลการประเมินคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 (ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.8 ถึง 2.3)

3. คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย หมายถึง ผลการประเมินคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60 (ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.8 ลงมา)

1.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยค่าความถี่และค่าร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำเสนอด้วยค่าความถี่และค่าร้อยละ

3. ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Strauss, A.L. and Cabbini, J, 1990).

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 59.52 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 47.63 รองลงมาได้แก่อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 28.57 ด้านสถานภาพการสมรสส่วนมากมีคู่ ร้อยละ 71.43 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว(รวม)ต่อเดือน ระหว่าง 10,000-20,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 52.40 ส่วนมาก จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.40 และส่วนมากไม่ทราบว่ามีบ้านหรือพื้นที่ ที่อาศัยอยู่เข้าร่วมดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 52.40

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Schalock, L. R., (2004: 386) มาประยุกต์ใช้ จำนวน 63 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่าหลังมีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.2- 2.3) แต่มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดีอยู่ในระดับสูง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.4) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนมีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ทุกด้าน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน

ประเด็นคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตก่อนมีการดำเนินงาน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (คะแนนเฉลี่ย/ระดับ)	คุณภาพชีวิตหลังมีการดำเนินงาน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (คะแนนเฉลี่ย/ระดับ)
1. ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	1.2/ต่ำ	2.3/ปานกลาง
2. ด้านสภาพร่างกายที่ดี	1/ต่ำ	2.4/สูง
3. ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	1/ต่ำ	2.1/ปานกลาง
4. ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	1/ต่ำ	2.6/สูง
5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.4/ต่ำ	2.8/สูง
6. ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	1.4/ต่ำ	2.4/สูง

3. ประสิทธิผลหรือผลสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายหลังที่มีการดำเนินงานตามแนวทาง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดตราด ผลการศึกษาพบดังนี้

3.1. ผลการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างไร จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการพัฒนาตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่เน้นการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นการสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และครอบครัวในการส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นเรื่องที่ดีที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมและยั่งยืน และขั้นตอนเพื่อการพัฒนาเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ผลการดำเนินงานก่อให้เกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

(1) ด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ หน่วยงานหลายภาคส่วนต่างเห็นว่าการบูรณาการดำเนินงานจากทุกภาคส่วนเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดโรคให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จะช่วยลดปัญหาในระยะยาวได้ในอนาคตจึงอยากเห็นภาพการทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง เพราะแต่ละภาคส่วนมีความพร้อมและศักยภาพไม่เหมือนกัน

การร่วมมือกันทำงานจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

(2) แนวทางการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการ ฯลฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง เห็นพ้องกันว่า เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ควรมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันในการดูแลตัวเองหรือทำกิจกรรมร่วมกันทุกเดือน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นวิทยากรจะช่วยลดปัญหาในระยะยาวได้ ทั้งด้านการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การดูแลฟัน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

(3) แนวทางการจัดบริการด้านการติดตามดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียง ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ดูแลตนเอง อย่างจริงจังและให้ได้คุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเน้นการบริการถึงบ้าน การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มแกนนำต่างๆ ให้เพียงพอในการติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ให้ครอบครัวทุกพื้นที่ ส่งเสริมให้ชุมชน ครอบครัวและอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(4) แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ควรเน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครชุมชน แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ เพื่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการติดตามดูแลให้บริการถึงบ้าน และเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนหรือครอบครัวให้ครอบครัวบริการเกื้อกูลและดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

สรุปหากทุกภาคส่วนมีการบูรณาการ เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุและการส่งเสริม/สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในการจัดให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบครัวทุกพื้นที่ จะช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การดูแลฟัน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะเสี่ยง ลดโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3.2 กระบวนการบริหารจัดการของชุมชนตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นควรต้องปรับปรุงระบบการจัดการอย่างไร ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะว่าสิ่งที่ต้องปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอดคือท้องถิ่นควรให้ความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เหตุผลเพราะจะช่วยส่งเสริมให้ภาคประชาชนรวมตัวกันเป็นชมรมและร่วมกันจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ในการทำกิจกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ด้วยตนเองรวมถึงมีงบประมาณจัดกิจกรรมที่ต้องพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

3.3 ระบบการประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภาครัฐภายนอกชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นอย่างไร สิ่งที่ต้องปรับปรุงมีอะไรบ้าง ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะว่าควรเน้นการสร้างเครือข่ายหรือสนับสนุนให้ภาคท้องถิ่น หรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และเพิ่มศักยภาพในการดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ให้ได้คุณภาพครอบครัวทุกพื้นที่ โดยเน้นการบริการถึงบ้าน การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มแกนนำต่างๆ ให้เพียงพอในการติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการส่งเสริมให้ ชุมชน ครอบครัวและอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประสานงานและร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการติดตามดูแลให้บริการถึงบ้าน และเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชนหรือครอบครัว

3.4 ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับประโยชน์จากโครงการพัฒนาอย่างไร : ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการฯลฯ แกนนำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่ากระบวนการพัฒนาที่เน้นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ โดยการสร้างเวทีการเรียนรู้เพื่อนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทูม และความรู้ มาก่อรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สานกลไกทั้ง 3 ให้เกิด การระดมความคิดเพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา และร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนา เพื่อสร้างความรู้และความตระหนักในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการรวมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนได้แนวทางหรือแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยแผนการสร้างหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและด้านการซ่อมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ดีเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพแก่ประชาชน ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมและยั่งยืน กิจกรรมต่างๆ และขั้นตอนเพื่อการพัฒนาเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชน/ประชาชน และภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์การวางแผน การนำแผนไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

อภิปรายผล

นโยบายระบบการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) เกิดจากปัญหาประชากรผู้สูงอายุ



ที่เพิ่มขึ้น และผลการดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็น กลุ่มติดสังคมที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จำเป็นต้องสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม รัฐบาลจึงได้มุ่งเน้น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน และ กลุ่มติดเตียง เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย จนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอะไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2559 และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ทำให้ต้องพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เหตุผลเพราะจากจำนวนและสัดส่วน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ด้านระบาดวิทยาการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อ แบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบ ต่อเนื่อง ภาพผู้สูงอายุที่นอนติดบ้าน ติดเตียง ขาดคนดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือทำได้จำกัด หรือภาพผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาสมองเสื่อมถูกทอดทิ้ง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบ การดูแลดังกล่าวขึ้นเพื่อให้ความจำเป็นด้านสาธารณสุข ของผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนอง อย่างเหมาะสม ระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อตอบสนอง ความต้องการความช่วยเหลือ ของผู้ประสพภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสพอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ซราภาพไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันโดยมีรูปแบบทั้งที่เป็น ทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึง การส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสรุปคือเป็นบริการสาธารณสุข และบริการสังคม ที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดตราด จึงได้นำแนวคิดและนโยบายการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวมาใช้ขับเคลื่อนในพื้นที่ เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโรค

และภัยสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของชุมชน ที่นักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้อธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเองว่าสุขภาพ และการเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ดังนั้นการดูแลจัดการด้านการเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ ของประชาชน ครอบครัว ชุมชน บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธี แก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็น ปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย แตกต่างกันออกไป ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดแล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมเป็นผู้ระบุ และตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและ รักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน (มัลลิกา มัตติโก, อ่างในไพรวัลย์ เตชะโกศล, 2546) กระบวนการที่คนในชุมชนสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อ การมีสุขภาพดีคือการดูแลสุขภาพตนเองได้ เป็นระบบการแพทย์ ของประชาชน (Lay Medical System) ซึ่งเป็นระบบที่มีมาก่อน ที่ระบบการแพทย์วิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ตะวันตก คนในชุมชนมีการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าการจัดการในส่วนที่เป็นบทบาทของประชาชน (Popular Sector) (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2543) ประกอบกับ ในปัจจุบันปัญหาทางด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีระบบสุขภาพ ชุมชนที่เข้มแข็ง หมายถึงชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพ ได้ด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชากรทั้งหมด ในชุมชนท้องถิ่นได้ (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน (สพช.), 2555) จากผลการศึกษาประสิทธิผลหรือ ผลสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายหลังที่มี การดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของจังหวัดตราด พบว่าคุณภาพชีวิตหลังมีการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ ผู้สูงอายุมีคุณภาพใน การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ จรรย์ญา วงษ์พรหม, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, นวลฉวี ประเสริฐสุข และ นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2558) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีผลการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ มีความสุขมีความพึงพอใจ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ที่สามารถ สนองตอบต่อคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และ

ปัญญา/การเรียนรู้, ภูมิวัฒน์ พรวนสุข (2558) ศึกษาทำวิจัย เรื่อง แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดแพร่ พบว่าภาพรวมของปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านการเงินและการงานพบว่าอยู่ในระดับมาก, พิมพิสุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) ทำวิจัย เรื่องการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่ง นโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว, ชัยพล ดิษฐอึ้ง (2559) ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงของ องค์กรบริหารส่วนตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีแนวทางในการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ 1) ด้านการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ได้แก่ การประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง ข่าวสารในการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และการจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน โดยสื่อสารผ่านผู้นำชุมชนหรือโรงเรียนในชุมชน 2) การสร้างความเข้าใจให้บุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวให้เข้าใจ ธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในความดูแล การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีบทบาทและเข้าร่วม กิจกรรมในครอบครัว การจัดกลุ่มอาชีพสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ และการหาแหล่งทุนหรือแหล่งสนับสนุนในเรื่อง ปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน 3) การจัดให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้และประสบการณ์เข้ามาช่วยพัฒนาเด็กวัยรุ่น เยาวชนในชุมชน โดยการให้คำแนะนำอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสม ผลการศึกษาชี้ว่าหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ควรจะส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ให้มีความครอบคลุมทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านการวางแผนงาน การติดต่อประสานงาน การฝึกทักษะฝีมือการผลิต การหาตลาด ให้กลุ่มผู้สูงอายุ การหาแนวทางสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ มีรายได้เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัว ควรให้ความสำคัญ

ในการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้การพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงมีประสิทธิภาพดีขึ้น พรรณธิดา เอี่ยมสิริปริดา, อัจศรา ประเสริฐสิน และนริศรา พิงโพธิ์สม (2560) ศึกษาวิจัยเรื่องการสร้างเสริมพลังในผู้สูงอายุ ผ่านการทำงานของอาสาสมัคร พบว่า การสร้างเสริมพลังในผู้สูงอายุผ่านการทำงานของอาสาสมัครในประเทศที่พัฒนาแล้ว เริ่มต้นจากการกำหนดนโยบายการส่งเสริมผลิตภาพในผู้สูงอายุผ่านการทำงานอาสาสมัคร โดยมีหน่วยงานของรัฐ เป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนและบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยการนำเสนองานอาสาสมัคร หลากหลายรูปแบบให้อาสาสมัครเข้าร่วมตามความถนัด และความสนใจและให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัย เพื่อค้นหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการบริหารงานอาสาสมัคร ให้ประสบความสำเร็จ เพราะการทำงานอาสาสมัคร นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมแล้ว ยังเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการสร้างเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ โดยทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจ ในชีวิตและสามารถปรับตัวหลังการเกษียณอายุได้ดี, ศิริสุชนาคะเสณีย์ (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการสวัสดิการจากรัฐ ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และอรณิชษฐ์ แสงทองสุข (2563) ศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก



และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ ยศ วัชรคุปต์และคณะ (2561) ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการการดูแลระยะยาว กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติและภายใต้โครงการ Long term care ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการภายใต้โครงการ Long term care มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีบาร์เธลความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: Barthel ADL) เฉลี่ยดีขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโครงการ Long term care มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นและสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวลงได้ถึง 5.7 ล้านบาทด้วยต้นทุนการให้บริการ 7.2 แสนบาท ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะยาวของภาคส่วนต่างๆ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

สรุปผล

หลังมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จังหวัดตราดมีคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านการรวมกลุ่มทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.2- 2.3) แต่มีคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดีอยู่ในระดับสูง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.4) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ทุกด้าน

นอกจากนี้ การดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของชุมชนในพื้นที่จังหวัดตราด ก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในทุกด้าน เนื่องด้วยเป็นระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ/ต่อเนื่อง ให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะภาครัฐมีส่วนสำคัญอย่างมากในการทำให้กลไกการทำงานของระบบการดูแลระยะยาวเกิดขึ้น และได้รับความเชื่อมั่นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งกลไกการให้บริการและกลไกการกำกับดูแลต่างต้องการกระบวนการทางนิติบัญญัติ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการส่งเสริม/สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบางประเด็นเช่นด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการดูแลหรือพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ควรกำหนดนโยบายเพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุให้เกิดผลในระยะยาวต่อไป ส่วนข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติเห็นควรสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดรายได้และเพื่อสร้างทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม หน่วยงานต่าง ๆ ทุกภาคส่วนควรมีการจัดตั้งศูนย์หรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเครือข่าย ได้ทำกิจกรรม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พุดคุยหรือกิจกรรมที่สร้างคุณค่าทางจิตใจ เช่นจิตอาสา ฯลฯ

เอกสารอ้างอิง (References)

- Boukeaw Phimphisut and Teungfung Ratiporn. (2016) Health care and health status of Thai aging. Journal of the Association of Researchers. Vol. 21 No.2 (May – Aug). (in Thai).

- Department of Health. (2019). Manual for health care standards, surveillance, rehabilitation and long-term care for the dependent elderly in the community. Ministry of Public Health, Bangkok. (in Thai).
- Disthang Chaiyapol. (2016) Potentiality of the elderly based on concept of sufficiency economy in the area of Nong KinPhen Sub-district, Administrative Organization, Warin Chamrab Sub-district, UbonRatchathani Province. Journal of Liberal Arts Ubon Ratchathani University. Vol 11, No.1 (Jan-Jun). (in Thai).
- Jantawimon Pitsamai. (1998). Definition of health promotion terms. Institute of Public Health Systems Press. Nonthaburi. (in Thai).
- Kaewhawong Thirapong. (2000). Process of strengthening community: community & civil society. Khon Kaen. Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).
- Iamsiripreeda Panthipa, Prasertsin Ujsara, and Peungposop Narisara. (2017). Empowerment of the senior citizens through volunteer work, FEU Academic. Vol 11, No. 2 (Apr-Jun). (in Thai).
- Nakasaney Sirisuk. (2018). Self-healthcare behavior of the elderly in Bangkok, Rajabhat Rambhai Barni Research Journal, Vol. 12, No. 1 (Jan-Apr). (in Thai).
- National Health Security Office. (2016). Long-term care system for elderly dependency (LTC). National Health Security Office. (in Thai).
- Office of Community Based Health Care Research and Development. (in Thai).
- Office of Community Based Health Care Research and Development. (2012). Manual for development of community health system by the Community Health Security Fund at local or regional health area. Nonthaburi. Sahamitr Printing & Publishing Company Limited. (in Thai).
- Office of Community Based Health Care Research and Development. (2012). Public Policy: Tools to drive community health system. Nonthaburi.
- Oranit Sangtongsuk. (2020). The study of the quality of life of the elderly in Thailand: A case study of Bangkok, Pathum Thani and Nonthaburi. Proceedings in the 14th National and International Sripatum University Conference (SPUCON2019). (in Thai).
- Pruansuk Poommiwat. Guidelines for quality of life development for the elderly of Local Administrative Organizations in Phrae Province. Journal of Graduate School, Pitchayat, Ubon Ratchathani Rajabhat University. Vol. 10, No.1 (in Thai).
- Strauss, A.L.and Cabbin, J.(1990). Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.SAGE publication.
- Techakosol Praiwan. (2004). Community health management in Khon Kaen Province. Thesis, Master of Arts Program in Development Sociology, Khon Kaen University. (in Thai).
- Trat Provincial Public Health Office. (2021). Annual Report. Trat: Trat Provincial Public Health Office. (in Thai).
- Vajragupta Yos et al. (2018). An effectiveness analysis of the long-term care plans for the dependent elderly in the community in Udon Thani Province. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai).
- Wongprom Jaranya. Jongwuttiwet Kiriboon. Prasertsook Nualchavee. Jongwuttiwet Nirund. (2015). Community participation in the development of older persons' quality of life. Journal of Humanities and Social Sciences, Rambhai Barni Rajabhat University. Vol. 1 No. 2 (Jul-Aug). (in Thai).



อัตราอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช Incidence Rate And Factor Effecting To Colorectal Cancer Among Risk Group In Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

ชนาธิป อังคณานนท์
โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
Chanathip Aungkananon
Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยง และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยในการเกิดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 307 ราย เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบคัดกรองการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ และแบบบันทึกผลการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ผลการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระเป็นบวก ร้อยละ 34.8 เมื่อตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบความผิดปกติ ร้อยละ 6.1 ประกอบด้วย ตึ่งเนื้อ ร้อยละ 4.2 ก้อนที่ผนังลำไส้ ร้อยละ 0.6 ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.3 ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 0.3 และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 0.6 คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า เพศและประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($OR_{adj} = 3.9, 95\% CI; 2.3-7.6, p\text{-value}=0.00; OR_{adj} = 2.1, 95\% CI; 1.3-5.2, p\text{-value}=0.03$) ดังนั้น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและทราบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นจะนำไปสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็วและลดการสูญเสียจากโรคได้

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

Abstract

This study is cross-sectional descriptive study design. The aimed of study was to study the incidence rate among risk groups, combine with to study factors effecting to colorectal cancer in Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The 307 samples are colorectal cancer risk group. Data collection tools were used the Fecal immunochemical test (FIT) screening and colonoscopy. The descriptive statistics was used to describe the demographic data include number, percentage, standard deviation, and mean. For the analysis of factors related to the incidence of colorectal cancer by multiple logistic regression analysis

The result showed that positive FIT test in 34.8%. When confirmed by colonoscopy was found abnormalities in 6.1% of all samples. There were founded polyp 4.2%, diverticulum 0.6%, rectal mass 0.3%, hemorrhoid 0.32% and colon cancer 0.6%. The incidence rate for the at-risk group is 1.6 per 1,000 population. As the factors affecting the incidence of colorectal cancer, it was found that gender and history of intestinal polyp were statistically significant to the colorectal cancer at the 0.05. ($OR_{adj} = 3.9$, 95% CI; 2.3-7.6, p-value=0.00; $OR_{adj} = 2.1$, 95% CI; 1.3-5.2, p-value=0.03). Therefore, the screening for risk groups and early detection of abnormalities, it will lead to a quick treatment and reduce the loss of the disease.

Keywords: Colorectal cancer, Fecal immunochemical test (FIT), Colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ตามรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์โรคมะเร็งโลก ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 9.6 ล้านราย (WHO, 2018) สถิติของโรคมะเร็งที่พบทั่วโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 แต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 12,000 ราย เป็นเพศชาย 59,662 ราย และเพศหญิง 63,095 ราย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Imsamran W. et al, 2018) อีกทั้งยังมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นในทุกปีโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศไทย คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามลำดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งข้อมูลปี พ.ศ. 2561 คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี (ประชาชาติธุรกิจ, 2565) และข้อมูลปี 2562 พบว่า ประชากรไทย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี (จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการแพทย์ (2564) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปี พ.ศ. 2563 ของกลุ่มจังหวัดสำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร เท่ากับ 428, 87, 66, 99, 410, 31 และ 128 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราการตาย (Fatality rate) ด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 45, 8, 6, 11, 23, 3 และ 19 ราย

ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้น พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากที่สุดของกลุ่มจังหวัดในเขต 11 ขณะที่ปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลสิชล มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 4 ราย และกลุ่มผู้ป่วยนี้มีผู้เสียชีวิต 3 ราย (โรงพยาบาลสิชล, 2564) ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดการสูญเสียและการดูแลอย่างประคับประคองตลอดชีวิต แต่สามารถที่ทำการป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรอง จะช่วยให้ตรวจพบรอบโรคได้ตั้งแต่วัยก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งระยะแรกทำให้การรักษาโรคได้อย่างทันที่

การคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระหรือ fecal immunochemical test (FIT test) เป็นวิธีการตรวจซึ่งอาศัยการทำปฏิกิริยาระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะต่อกลูบินและแอลบูมิน (globin, albumin) หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือด โดยปกติอุจจาระจะไม่มีเลือดปน แต่ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือเนื้องอกในลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้วอาจมีเลือดออกจากรายได้ ทำให้มีเลือดแฝงในอุจจาระได้ (อัจฉริย ศรีศิริวัฒนา, 2565) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดเรื่องการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถนำ FIT test มาคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ โดยถ้า FIT test ให้ผลบวกจึงทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อไป โดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการตรวจการส่องกล้องเพื่อตรวจวินิจฉัยลำไส้ใหญ่เพื่อตรวจวินิจฉัยภายในลำไส้ใหญ่ รวมถึงประเมินอาการผิดปกติของลำไส้ใหญ่ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2565) เพื่อให้สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วต่อไป

จากความสำคัญข้างต้น การเข้าถึงการคัดกรองด้วยวิธีการ FIT test และยืนยันผลการตรวจมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักจะสามารถให้ผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอสิชลเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early Detection) นำไปสู่การรักษาได้ไวขึ้น ลดการสูญเสียจากโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักของพื้นที่ต่อไป

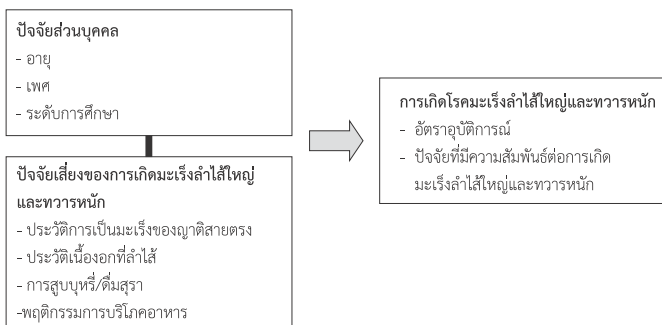
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยงของอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิด

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับการใช้ผลการตรวจคัดกรองด้วยแบบการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT test) และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งได้กรอบการทำวิจัย ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็ง และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด

โรคมะเร็ง ณ 1 มกราคม 2565 จำนวน 1,205 ราย (โรงพยาบาลสีชล, 2565)

ในการศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) โดยกำหนด ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 5 ระดับความเชื่อมั่น 95 % สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.05$) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 292 ราย เพื่อให้ได้มาซึ่งความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 307 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- อายุ 50 ปี ขึ้นไป
- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ยินยอมให้ความร่วมมือจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- ไม่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอสีชล
- ไม่สามารถเข้ารับการตรวจส่องกล้องตามเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประกอบด้วย

- 1) แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fit test) ของเครือข่ายบริการสังกัดโรงพยาบาลสีชล โดยประยุกต์ใช้จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561)
- 2) บันทึกผลการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 017/2566 โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 ราย ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

- 1) ประชุมชี้แจงถึงที่มาและความสำคัญในการศึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง



- 2) ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
- 3) กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยการลงนามยินยอมสมัครใจ
- 4) เจ้าหน้าที่สอบถามรายละเอียดตามแบบคัดกรอง
- 5) นำผลการคัดกรองด้วย FIT test มากำหนดระยะเวลาในการตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy
- 6) ทำการตรวจสอบกล้อง Colonoscopy และบันทึกผล
- 7) นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบกล้องไปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95%

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=307)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	159 (51.7)
หญิง	148 (49.3)
อายุ	
50 ปี	7 (2.3)
51-60 ปี	214 (69.7)
61 ปี ขึ้นไป	86 (28.0)
อายุเฉลี่ย 58.6 ปี (น้อยที่สุด 50 ปี มากที่สุด 71 ปี , S.D = 9.2)	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	139 (45.3)
มัธยมศึกษา	121 (39.4)
ปริญญาตรีขึ้นไป	47 (15.3)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.7 เพศหญิง ร้อยละ 49.3 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 69.7 รองลงมา ได้แก่ อายุ 50 ปี ร้อยละ 2.2 และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 39.4 และ 15.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเป็นมะเร็งของญาติสายตรง ร้อยละ 20.3 มีประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ ร้อยละ 30.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 ดื่มสุรา ร้อยละ 32.9 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 32.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=307)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการเป็นมะเร็งญาติสายตรง	
มีประวัติมะเร็ง	62 (20.3)
ไม่มีประวัติมะเร็ง	245 (79.7)
ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้	
มี	94 (30.7)
ไม่มี	213 (69.3)
การสูบบุหรี่	
สูบ	87 (28.4)
ไม่สูบ	220 (71.6)
การดื่มสุรา	
ดื่ม	101 (32.9)
ไม่ดื่ม	206 (67.1)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	
เหมาะสม	208 (67.7)
ไม่เหมาะสม	99 (32.3)

ส่วนที่ 3 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการคัดกรอง Fit test

ผลการคัดกรอง Fit test ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน พบว่า มีผลการตรวจปกติไม่มีเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 65.2 และพบเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 34.8 ดังตารางที่ 3

ผลการตรวจยืนยันด้วยกล้อง Colonoscopy

จากการตรวจยืนยันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy จำนวน 307 คน

ตารางที่ 3 ผลการคัดกรอง Fit test ของกลุ่มเสี่ยง (n=307)

การคัดกรอง Fit test	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ	200 (65.2)
ผิดปกติ (พบเลือดแฝงในอุจจาระ ≥ 100 ng/mL)	107 (34.8)

พบความผิดปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 เมื่อพิจารณาประเภทของความผิดปกติพบว่า มีติ่งเนื้อ ร้อยละ 4.2 (13 ราย) ถุงที่ผนังลำไส้ ร้อยละ 0.6 (2 ราย) ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.3 (1 ราย) ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 0.3 (1 ราย) และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 0.6 (2 ราย) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การตรวจยืนยันความผิดปกติของลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy (n=307)

ผลการตรวจ	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (Normal)	288 (93.8)
ติ่งเนื้อ (Polyp)	13 (4.2)
ถุงที่ผนังลำไส้ (Diverticulum)	2 (0.6)
ก้อนที่ลำไส้ใหญ่ (Rectal mass)	1 (0.3)
ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	1 (0.3)
มะเร็งลำไส้ (Colorectal cancer)	2 (0.6)



จากผลการตรวจยืนยันความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยกล้อง Colonoscopy พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์จากการศึกษาเท่ากับ 0.6 เมื่อคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์จากกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดของพื้นที่ 1,205 คน เท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) พบว่า เพศ และประวัติการเป็นเนื้องอกที่ลำไส้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($OR_{adj} = 3.9$, 95% CI; 2.3-7.6, p -value=0.00; $OR_{adj} = 2.1$, 95% CI; 1.3-5.2, p -value=0.03)) ดังแสดงในตารางที่ 5

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า เพศ มีอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martinelli และคณะ (2015) ที่พบว่าการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความแตกต่างกันด้วยยีนที่ส่งผลถึงการเกิดมะเร็งที่ชื่อว่า ABCB11 ซึ่งจะแสดงออกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ซึ่งส่งผลต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากนี้ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยุทธ์ (2564) ที่พบว่า ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คิดเป็น 4.6 เท่าของผู้ไม่มีประวัติความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และสอดคล้องกับ Nebbia M และคณะ (2020) พบว่าผู้ป่วยโรคลำไส้แปรปรวนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้านปัจจัยอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่สอดคล้องกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2557) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ด้านปัจจัยความเสี่ยง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจัยเสี่ยง	Odd Ratio	95% confidence interval		p-value
		Lower	upper	
เพศ	3.9	2.3	7.6	0.00*
อายุ	3.4	1.6	5.9	0.34
ระดับการศึกษา	1.2	0.2	2.4	0.18
ประวัติการเป็นมะเร็งญาติสายตรง	1.9	0.4	4.7	0.17
ประวัติเนื้องอกที่ลำไส้	2.1	1.3	5.2	0.03*
การสูบบุหรี่	1.6	0.7	3.5	0.64
การดื่มสุรา	0.7	0.3	2.8	0.32
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	2.3	1.4	4.4	0.29

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < 0.05

ประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบจากการศึกษาในไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยุทธ์ (2564) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2014) ได้อธิบายเกี่ยวกับประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็งสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาของสุทธิมาศ สุขอัมพร และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับประทานเนื้อสัตว์ และการรับประทานอาหารกากใยน้อยจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี นาทประยุทธ์ (2564) แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาของ Botteri E และคณะ (2008) และ Naing C และคณะ (2017) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปผล

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำเป็นต้องมีการคัดกรองด้วย FIT test และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง colonoscopy พบอัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 1.6 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ เพศและประวัติเนื้องอกที่ลำไส้ การทราบระดับความผิดปกติของกลุ่มเสี่ยงในระยะเริ่มต้น นำไปสู่ระบบการรักษารวดเร็วขึ้น ลดการสูญเสียจากโรคมะเร็งลำไส้ตรงและทวารหนักได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประชาสัมพันธ์และการสร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้เกิดการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การคัดกรองในกลุ่มที่มีอาการและกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดสุราเรื้อรัง โรคเรื้อรัง ให้เข้าสู่

ระยะการค้นหาโรคระยะแรกเริ่มด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ของประชาชนต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อทราบระดับความรู้ของประชาชนนำไปสู่การวางแผนดำเนินการป้องกันโรคต่อไป
2. การศึกษาถึงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และทวารหนักอำเภอสิชล เพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุ้นเตือนและตระหนักในการเฝ้าระวังมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- A. Sareesiriwatana. (2022). Efficiency of Fecal Immunochemical Test to Screen for Colorectal Cancer by Compare Applied a Cut-Off 50 ng/ml and 100 ng/ml. *Region 3 Medical and Public Health Journal* Vol. 19 No. 2 May-August 2022. pp 68-82
- Botteri, E., Iodice, S., Bagnardi, V., Raimondi, S., Lowenfels, A. B., & Maisonneuve P. (2008). Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*, 300(23), 2765–2778. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.839>
- Bumrungrad Hospital. (2022). *Colonoscopy*. Accessed on 30 October 2023 Retrieved from <https://www.bumrungrad.com/th/treatments/colonoscopy>
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2019). *National Cancer Control Programme (2561-2565 B.E.)*. Nonthaburi

- Digital Government Development Agency. (2021). *Fatality rate data set for colon and rectum cancer*. Accessed on 2 June 2023 Retrieved from <https://shorturl.at/joER0>
- Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, et al. (2018). *Cancer in Thailand*. (Vol.IX 2013-2015). National Cancer Institute, Bangkok.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3): 607 – 610
- Lee, B. R., Chang, S. Y., Hong, E. H., Kwon, B. E., Kim, H. M., Kim, Y. J., Lee, J., Cho, H. J., Cheon, J. H., & Ko, H. J. (2014). Elevated endoplasmic reticulum stress reinforced immunosuppression in the tumor microenvironment via myeloid-derived suppressor cells. *Oncotarget*, 5(23), 12331–12345. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.2589>
- Martinelli, E, Martini, G, Cardone, C, Troiani, T, Liguori, G, Vitagliano, D, Napolitano, S, Morgillo, F, Rinaldi, B, Melillo, RMarina, Liotti, F, Nappi, A, Bianco, R, Berrin, L, Ciuffreda, LPia, Ciardiello, D, Iaffaioli, V, Botti, G, Ferraiolo, F, & Ciardiello, F. (2015). AXL is an oncotarget in human colorectal cancer. *Oncotarget* Sep 15;6(27): 23281-23296
- Montri Natprayut. (2021). Factors associated with colorectal cancer in Buayai Hospital, Nakhon Rathasima Province. *Medical journal of Sisaket Surin Buriram Hospital*. Vol. 31 No.1 January –April 2021 pp. 219-226
- Naing, C., Lai, P.K. & Mak, J.W. (2017). Immediately modifiable risk factors attributable to colorectal cancer in Malaysia. *BMC Public Health*; 17, 637 <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4650-8>
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2014). *Hospital-based Cancer Registry 2014*. Accessed on 1 June 2023 Retrieved from http://nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2018). *Operational guidelines and data recording colorectal cancer screening project using the FIT Test method*. Accessed on 1 June 2023 Retrieved from https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761
- Nebbia, M., Yassin, N. A., & Spinelli, A. (2020). Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. *Clinics in colon and rectal surgery* 33(5), 305–317. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713748>
- Prachachat (2022). *Open statistics of “cancer” in Thai people, pushing the number of new patients to more than 100,000 cases per year*. Accessed on 5 November 2022 Retrieved from <https://www.prachachat.net/general/news-8695753>
- Sichon Hospital (2021). *Medical Records: Screening of colorectal cancer of the year 2021*. Nakhon Si Thammarat
- Sichon Hospital (2022). *Medical Records: Screening of colorectal cancer of the year 2022*. Nakhon Si Thammarat

Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics 2019*. Accessed on 5 5 June 2023 Retrieved from <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf>

Suthimard Sukumporn, Walainaree Pommala. (2021). Effectiveness of Program to Improve Self-Care Behaviorsto Prevent Colon and Rectal Cancerof Hospital Personne.Regional Health Promotion Center 9 JournalVol. 15No. 38September-December2021 pp.632- 644
World Health Organization. (2018). *Cancer*. Accessed on 2 June 2023. Retrieved from www.who.int/cancer/ PR GlobocanFinal.pdf



การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

AN EVALUATION OF HEALTH ECONOMIC STRATEGY MANAGEMENT AND HEALTH INSURANCE IN THAILAND

อมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Amornrat Limjitsomboon

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2566 หน่วยการวิเคราะห์ คือยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับทุติยภูมิ โดยใช้รูปแบบ CIPP model ได้แก่ การพัฒนาการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (context) และปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการพัฒนา (process) และประเมินผลงาน (product) สถิติที่ใช้โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: การบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ความสอดคล้องกับเป้าหมาย 3) ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4) ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น 5) การบริหารการคลังสุขภาพ 6) ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ 7) พัฒนากลไกกลางระบบหลักประกันสุขภาพ ผลงานบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะเวลา พ.ศ. 2563-2565 ได้แก่ 1) การบริหารงบประมาณจ่าย จำนวน 3,600 บาท/ 48.26 ล้านคน, 3,719 บาท/ 47.44 ล้านคน, 3,799 บาท/ 47.55 ล้านคน จำนวนเงิน เท่ากับ 1.40, 1.42, 1.40 ล้านบาท ตามลำดับ 2) งานบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดในปี 2565 เท่ากับ 3.53 ครั้ง/คน/ปี บริการผู้ป่วยใน มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 6.20 แสนครั้ง ข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ 1) การบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ 2) การประเมินผลระบบสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ 3) การประเมินผลกลไกอภิบาลระบบที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

สรุป การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย มีการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ คือ การบูรณาการ 3 ระบบหลักแบบมีกลไกกลาง และให้บริการแก่ประชาชน ที่เพียงพอเหมาะสม เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐาน

คำสำคัญ: การบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย

Abstract

This evaluation research aimed to evaluate the management of health economic strategies and health insurance in Thailand. Between January - August 2023. Unit of analysis was the strategy for health economy and health insurance in Thailand. Secondary data collection tools using the CIPP model include the development of health economic strategy management and health insurance in Thailand and input factors, development process and evaluation product of work. Statistics used was content analysis.

Results: Strategic management of health economy and health insurance in Thailand, 7 issues, including 1) coverage in the universal health coverage system, 2) consistency with goals, 3) coverage of rights in the universal health coverage system, 4) coverage of essential health services, 5) health fiscal management, 6) health equity, 7) develop a central mechanism for the health insurance system. Service results according to universal health coverage rights for the period 2020-2022 include: 1) managing the per capita of 3,600 baht / 48.26 million people, 3,719 baht / 47.44 million people, 3,799 baht / 47.55 million people, an amount equal to 1.40, 1.42, 1.40 million baht, respectively. 2) The most outpatient services in 2022 were 3.53 times/person/year. Inpatient services the most in 2022, 620,000 times. Proposals for decision making regarding health insurance policies in Thailand include: 1) strategic management of health economy and health insurance, 2) evaluation of appropriate benefit systems cost-effective and efficient, 3) evaluation of system governance mechanisms that involve participation from all sectors.

Conclusion: The development of health economic strategy management and health insurance in Thailand important governance of the health insurance system is the integration of 3 main health systems with a central mechanism, budget management assignment of benefit packages and provide services to the public was sufficient fairly efficient and quality standards.

Keywords: Health Economic Strategy Management, Health Insurance, Thailand

บทนำ

รายงานองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 ชี้ให้เห็นว่าแม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วโลกครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่ยังเป็นอัตราขยายตัวที่ช้าและอาจส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้คนทั้งโลกได้ภายในปี 2573 ก่อนหน้านี้ สหประชาชาติตั้งเป้าการบรรลุตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ว่าต้องมีผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น 1 พันล้านคนภายในปี 2566 และคนเหล่านี้ต้องไม่ล้มละลายด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพ แต่แนวโน้มในปัจจุบันอาจมีจำนวนคนที่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเพียง 270 ล้านคนเท่านั้น สาเหตุหนึ่งมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำประชากรบางส่วนมีแนวโน้มยากจนลงไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ประกอบกับต้นทุนด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ยิ่งเมื่อเกิดวิกฤตโควิด 19 สถานการณ์การล้มละลายเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นไปอีก ผู้มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในวังวนของการล้มละลายต่อไป (WHO, 2021) ผลการศึกษาด้านความเป็นธรรมตามสมการเศรษฐกิจ ยังมีความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามหลักความเป็นธรรมพบว่ามี 4 จังหวัดที่จัดสรรได้อย่างเหมาะสม มี 37 จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ (ศักดิ์สิทธิ์ คชกุลไพโรจน์, 2565)

การประเมินผลการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย ประเทศไทยได้มีการขยายความครอบคลุม การประเมินผลการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย เริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2518 โดยการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้มีการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ต่อมาได้แยกออกเป็น 3 ระบบ ประกอบด้วยหลักประกันสุขภาพที่ 1 ปี พ.ศ. 2523 รัฐบาลได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หลักประกันสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2533 สิทธิประกันสังคม ประกาศใช้พระราชบัญญัติ

ประกันสังคม มีผลบังคับใช้ครั้งแรก ใน พ.ศ. 2534 ให้บุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ฝ่ายละเท่าๆ กันในอัตราเพดานร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง หลักประกันสุขภาพที่ 3 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (จิรากร ยิ่งใหญ่ลย์วงศ์, 2562)

จากข้อมูลสถานการณ์และยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจะเห็นได้ว่า การบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (fund manager) กลไกกลางเป็นหัวใจสำคัญของการอภิบาลระบบประกันสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ากลไกกลางเป็นองค์กรระดับกลางที่เมื่อทำงานกับรัฐ จะทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวแทนของประชาชนในการเจรจาให้ได้รับงบประมาณตามหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เพียงพอต่อการประกันสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ครั้งนี้ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ระยะเวลาปี พ.ศ. 2563-2565
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

กรอบแนวคิด

1. การศึกษาเชิงพรรณนาปัจจัยนำเข้า (context-input) ประกอบด้วย 1) การสังเคราะห์การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและ

หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) การศึกษากระบวนการประเมินผล (process) ประกอบด้วย การประเมินผลการบริหาร ยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ในประเทศไทยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และศึกษานโยบาย และยุทธศาสตร์การประเมินผลหลักประกันสุขภาพ และทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การประเมินผลผลลัพธ์งานบริการ (product results) คือ 1) ผลลัพธ์งานบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะปี พ.ศ. 2563-2565 2) ข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยแก่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เฉพาะอย่างยิ่งการจัดงบประมาณให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เพียงพอเหมาะสม สามารถจัดบริการให้กับประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกันมากที่สุด

2. ข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย มีการบริการอย่างมีประสิทธิภาพและให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนไทยอย่างถ้วนหน้าและยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2566 การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) คือ ระดับประเทศไทย

ทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ 1) รายงานงบประมาณจ่ายรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ 2) แผนปฏิบัติการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และ 3) ข้อมูลสถิติรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สังเคราะห์การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูล คือ 1.1 การสังเคราะห์การประเมินผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (context situation) และปัจจัยนำเข้า (input) 1.2 การวิเคราะห์กระบวนการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย 7 ประเด็นได้แก่ 1) การบริหารความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ความสอดคล้องกับเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน 3) ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4) ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่จำเป็น 5) การบริหารการคลังด้านสุขภาพและการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้านสุขภาพ 6) การบริหารความเป็นธรรมด้านสุขภาพ 7) กลไกกลางเพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย 1.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ของประเทศไทย ระหว่าง 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ การวิเคราะห์หลักประกันสุขภาพของไทย ระยะปี 2563-2565

2. การประเมินผลผลลัพธ์งานบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะปี พ.ศ. 2563-2564 เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ผลลัพธ์งานบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะปี พ.ศ. 2563-2564 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย

3. การจัดทำข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย เครื่องมือการวิเคราะห์ข้อมูล



คือ การสรุปเนื้อหาผลการวิจัยเพื่อจัดทำข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิธีการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เป็นเครื่องมือบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ พิจารณาให้คะแนนเป็น +1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามวัดได้ตรงจุดประสงค์ 0 = ไม่แน่ใจ -1 = การวัดไม่ตรงเนื้อหาโดยเชิญผู้รอบรู้เฉพาะทางตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) นายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร 2) นายแพทย์ประจักษ์ สารเทพ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3) นางสาวธนวรรณ สิ้นประเสริฐ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ผลการตรวจสอบเครื่องมือทุกประเด็นมีคุณภาพค่า CVI เท่ากับ 1

วิธีการวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยนำเสนอต่อผู้รอบรู้เฉพาะทาง จำนวน 3 ท่าน

ผลการศึกษา

1. ผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้จากการวิเคราะห์ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังคงพบปัญหาบางประการที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งยังไม่ครอบคลุมและยังมีความเหลื่อมล้ำอันเกิดกับประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเท่าเทียมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ผลการประเมินกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย 7 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 การบริหารความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ คือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

อย่างครอบคลุม ของการประกันสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ 2) ความครอบคลุมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และ 3) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ

1.2 การบริหารความสอดคล้องตามเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้ร่วมรับรองวาระการประเมินผลที่ยั่งยืน โดยในปีพ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นปีที่ 7 หลังการรับรองเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน ในระดับทวีปประเทศไทยได้อันดับที่ 3 ของเอเชียรองจากประเทศญี่ปุ่น

1.3 การบริหารความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประชาชนไทยสำหรับประชาชนไทยที่มีสิทธิประกันสุขภาพหลักประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการอื่นที่รัฐจัดให้ ครอบคลุมร้อยละ 99.56

1.4 การบริหารความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่จำเป็น (Health Service coverage, Coverage of essential health services) จากเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ได้กำหนดเป้าหมายร้อยละ 80 ในปีค.ศ.2019 ประเทศไทยอยู่ที่อันดับ 1 (ร้อยละ 83) ของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

1.5 การบริหารการคลังด้านสุขภาพและการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้านสุขภาพ ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์การคลังด้านสุขภาพของประเทศเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก (สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1.6 การบริหารความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จากเป้าหมายของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการจำเป็นที่มีคุณภาพ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น เศรษฐฐานะ ภูมิศาสตร์-ความเป็นชนบท เมืองหรือการมีโรคหรือความพิการ หลักการของความเป็นธรรมคือ อาจมีการให้หรือการสนับสนุนไม่เท่ากัน แต่มองผลลัพธ์

ที่จะเกิดขึ้นว่าจะเกิดขึ้นเท่ากัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

1.7 การบริหารกลไกกลาง เพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการขยายความครอบคลุม 3 ระบบหลัก คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิ่งที่มีความเหมือนกัน คือ 1) บริการส่งเสริม ป้องกันให้การบริการส่วนบุคคลตามกลุ่มวัยสำหรับประชาชนไทยทุกคน แต่ตั้งงบประมาณและบริหารจัดการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) บริการกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤต เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายสาม กองทุนได้ทุกแห่งภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนแต่บริหารต่างกัน คือ บริการผู้ป่วยใน, กายอุปกรณ์, อุบัติเหตุฉุกเฉิน, คลอดบุตร, ทันตกรรม, ไตวายเรื้อรัง, ART (Antiretroviral Therapy คือ การเริ่มยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ และ ผู้ที่เคยทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน), โรคหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

2. เปรียบเทียบผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ระยะเวลาปี พ.ศ. 2563-2565 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดในปี 2565 เท่ากับ

3.53 ครั้ง/คน/ปี บริการผู้ป่วยใน มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 6,201,940 ครั้ง ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกโดยการเอกซเรย์ปอด มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 1,459,490 คน ผ่าตัดต่อกระจก จำนวน 122,504 ครั้ง และ ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค จำนวน 11,138 คน ตามลำดับ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ มากที่สุดในปี 2564 จำนวน 4,995,582 คน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 30,003 คน บริการรับยาสมุนไพรมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 12,121,607 ครั้ง การนวดประคบฯ ปี 2563 จำนวน 4,356,592 ครั้ง และรับยาตามบัญชี จ(2) ในปี 2565 จำนวน 60,859 คน ตามลำดับ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในปี 2565 จำนวน 297,566 คน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการบริการมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 82,463 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 4.156 ล้านคน หน่วยบริการในพื้นที่กันดารฯ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 225 แห่ง ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 10,723 คน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 201,291 คน ค่าบริการเพิ่มระดับปฐมภูมิมากที่สุดในปี 2564 จำนวน 2,928,676 ครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ระหว่างปี 2563-2565

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. บริการผู้ป่วยนอก			
- ใช้บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	162.56	163.58	167.37
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	3.42	3.47	3.53
2. บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง)	5,853,006	5,811,123	6,201,940
- อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	0.123	0.124	0.131
3. บริการกรณีเฉพาะ			
- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้ยาละลายลิ่มเลือด (คน)	4,193	3,644	3,406
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้ยาละลายลิ่มเลือด (คน)	7,010	6,808	6,871
- ผ่าตัดต่อกระจก (ครั้ง)	120,368	93,945	122,504
- ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ดวงตา)	490	517	426
- ปลุกถ่ายตับและรับยากดภูมิ (คน)	375	412	520



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ระหว่างปี 2563-2565

บริการตามสิทธิประโยชน์	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
- ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและรับยากดภูมิ (คน)	125	112	135
- ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Stem cell) (คน)	86	107	124
- ผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้เลือดและหรือยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง (คน)	13,424	12,014	11,138
- ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาด้วยยาวัณโรค (คน)	92,400	82,008	76,423
- ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกโดยการเอกซเรย์ปอด (คน)	455,657	321,477	1,459,490
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	3,308,860	4,995,582	3,936,739
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์			
- คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (คน)	28,166	24,842	30,003
6. บริการแพทย์แผนไทย			
- นวด ประคบ อบสมุนไพร (ครั้ง)	4,356,592	3,911,754	3,081,637
- แม่หลังคลอดได้รับการฟื้นฟู (คน)	67,017	60,493	41,763
- รับยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ครั้ง)	11,595,034	9,089,167	12,121,607
8. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (คน)	282,095	289,116	297,566
9. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการล้างไต ฟอกไต ปลูกถ่ายไต (คน)	64,575	69,487	82,463
10. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ตรวจคัดกรองเพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ล้านคน)	3.774	4.001	4.156
11. หน่วยบริการในพื้นที่กั้นดารพื้นที่เสี่ยงภัย และพื้นที่ชายแดนภาคใต้ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม (แห่ง)	202	207	225
12. ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับการดูแลในชุมชน รายบุคคล (คน)	10,232	10,341	10,723
13. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มติดบ้านติดเตียงทุกสิทธิทุกกลุ่มอายุได้รับการดูแลที่บ้านตามแผนรายบุคคล (คน)	165,058	186,284	201,291
14. ค่าบริการเพิ่มสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (ครั้ง)	760,314	2,928,676	1,745,633

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2566)

3. ข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับการทบทวนเอกสารวิชาการ ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

3.1 ข้อเสนอด้านการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ คือ 1) การทำงานของกลไกกลาง วัตถุประสงค์หลักของการให้มีกลไกกลางคือ

บูรณาการสร้างความเป็นเอกภาพ ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 องค์การบริหารงบประมาณหลัก (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) 2) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนกลาง 3 ระบบหลักสู่การประเมินผลระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ (ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับประชาชน (Equity) มีคุณภาพ มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ (Quality) มีประสิทธิภาพ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2559) และกระจายการใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า

(Efficiency)) 3) พัฒนาต่อเนื่องในด้านการลดความเหลื่อมล้ำ ในการบูรณาการ 3 ระบบหลัก (อุไร ศรีทุมขันธ์, 2561)

3.2 ข้อเสนอแนะด้านการประเมินผลระบบสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ สำหรับ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ 1) การปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ ให้บริการรอบด้าน ทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ ใน หัตถกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ตาย พิการ การเยียว/ชดเชย ตาม ม.41 ครอบคลุมการตรวจสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาล การดูแลระยะยาว บริการดูแลระยะท้ายในสถานพยาบาล และระยะท้ายในชุมชน 2) ผู้ให้บริการ บูรณาการสถานพยาบาลรัฐ เป็นหลัก 3) ปรับปรุงรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน แบบเหมาจ่าย รายหัวสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกและบริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันด้วยรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) กรณีผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRGs) บริการกรณีเฉพาะจ่ายตามรายการ (fee schedule) สถานพยาบาลคู่สัญญา หลักและเครือข่าย เปลี่ยน ได้ปีละ 4 ครั้ง กรณีฉุกเฉินใช้บริการที่ไหนก็ได้ แต่เบิกได้ตามเกณฑ์กำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

3.3 ข้อเสนอแนะด้านการประเมินผลกลไกอภิบาลระบบที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน สำหรับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ 1) พัฒนากลไกอภิบาลหลัก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อเนื่องระยะยาว 2) พัฒนาการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กระบวนการรับฟังความเห็นจากหลักการสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ว่า คนไทยทุกคนร่วมเป็นเจ้าของร่วมกัน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกภาคส่วน 3) พัฒนากลไกในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชน (จิรากร ยิ่งไพบูลย์วงศ์, 2562)

อภิปรายผล

1. ผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยจากกรณีวิเคราะห์

ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังคงพบปัญหาบางประการ ที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งยังไม่ครอบคลุม และยังมี ความเหลื่อมล้ำอันเกิดกับประชาชนผู้ใช้สิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับหลัก ความเสมอภาคและความเท่าเทียมตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ประกอบด้วย 7 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.1 การบริหารความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญคือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่าง ครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ในความครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ 2) ความครอบคลุมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ และ 3) ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการใช้บริการ (ศักดิ์สิทธิ์ คชกุลไพโรจน์, 2565)

1.2 การบริหารความสอดคล้องกับเป้าหมาย การประเมินผลที่ยั่งยืน ประเทศไทยในฐานะหนึ่งใน ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้ร่วมรับรอง วาระการประเมินผลที่ยั่งยืน ปีพ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นปีที่ 7 หลังการรับรองเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน เมื่อเปรียบเทียบกับระดับทวีป พบว่าประเทศไทยได้อันดับที่ 3 ของเอเชีย รองจากประเทศญี่ปุ่น (ประกาศ เรื่อง แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 - 2570)

1.3 การบริหารความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประชาชนไทยที่มีสิทธิ ประกันสุขภาพหลัก ประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐ จัดให้ ครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 99.56 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

1.4 การบริหารความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ ที่จำเป็น จากเป้าหมายการประเมินผลที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ได้กำหนดเป้าหมายร้อยละ 80



ในปีค.ศ.2019 ประเทศไทยอยู่ที่อันดับ 1 (ร้อยละ 83) ของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

1.5 การบริหารการคลังด้านสุขภาพและการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้านสุขภาพ (Financial coverage, financial health protection) ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์การคลังด้านสุขภาพของประเทศเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน 3 ระบบหลัก (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

1.6 การบริหารความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) จากเป้าหมายของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการจำเป็นที่มีคุณภาพ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เช่น เศรษฐฐานะ ภูมิศาสตร์-ความเป็นชนบท เมือง หรือการมีโรคหรือความพิการ หลักการของความเป็นธรรม คือ อาจมีการให้หรือการสนับสนุนไม่เท่ากัน แต่มองผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่าจะเกิดขึ้นเท่ากัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

1.7 การบริหารกลไกกลาง เพื่อการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการขยายความครอบคลุม 3 ระบบหลัก คือ สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิ่งที่มีความเหมือนกัน คือ 1) บริการส่งเสริมป้องกัน ให้การบริการส่วนบุคคลตามกลุ่มวัยสำหรับประชาชนไทยทุกคน แต่ตั้งงบประมาณและบริหารจัดการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) บริการกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤต เข้ารับบริการในโรงพยาบาล เอกชนนอกเครือข่ายสาม กองทุนได้ทุกแห่งภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน (Emergency Claim Online: EMCO) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2565) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนแต่บริหารต่างกัน คือ บริการผู้ป่วยใน, ภายอุปกรณ์, อุบัติเหตุฉุกเฉิน, คลอดบุตร, ทันตกรรม, ไตวายเรื้อรัง, ART (Antiretroviral Therapy คือ การเริ่มยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ และ ผู้ที่เคยทราบผล

การติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน), โรคหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นตามแนวคิดและหลักการที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ (1) ให้การประเมินเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการวางกรอบการประเมินผลไว้ตั้งแต่เริ่มพัฒนายุทธศาสตร์ (2) หากเป็นไปได้จะประเมินทั้งผลลัพธ์และผลกระทบ และ (3) กำหนดกระบวนการติดตามและประเมินผลให้เหมาะสมกับยุทธศาสตร์ (วิไลลักษณ์ แสงศรี, จอมขวัญ โยธาสุมุท, 2563) จากการศึกษาาระบบประกันสุขภาพของประเทศ เยอรมนี ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และเบลเยียม พบว่าความสำเร็จในการบูรณาการระบบประกันสุขภาพเกิดจากกลไกที่เป็นรูปธรรมโดยรัฐ มีบทบาทรวมทั้งมีการกำหนดกฎหมาย การจัดตั้งหน่วยงานดำเนินการ รวมถึงการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแล ตรวจสอบ ให้คำปรึกษาและสนับสนุน การดำเนินการที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันในทุกระดับ (จิรากร ยิ่งไพบลูย์วงศ์, 2562)

ทั้งนี้ ศักยภาพและโอกาสของเศรษฐกิจสุขภาพ (wellness economy) ของไทย โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า, 2565) ได้ศึกษาศักยภาพและโอกาสของเศรษฐกิจสุขภาพของไทย พบว่า มีโอกาสเติบโตสูงมาก จากการศึกษาทั่วโลก ใส่ใจสุขภาพและการดูแลตนเองมากขึ้น โดยสถาบันด้านสุขภาพสากล (The Global Wellness Institute- GWI) ประเมินว่าอุตสาหกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของโลก ปี 2566-2568 มีโอกาสเติบโตเฉลี่ย 7.5% ต่อปี “หากไทยส่งเสริมอุตสาหกรรม เวลเนสในสาขาที่มีแนวโน้มความต้องการสูง จะดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีการใช้จ่ายด้านนี้สูง และช่วยกระจายรายได้สู่การท่องเที่ยวเมืองรอง ควบคู่กับการตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการและการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพ เพื่อดึงดูดการลงทุน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ (2559) วิเคราะห์การประเมินผลระบบประกันสุขภาพไทยในภาพรวม ตั้งแต่เริ่มต้นหลักประกันสุขภาพ ในระยะปีพ.ศ. 2545 จนถึงปี พ.ศ. 2559 ยังคงพบว่ามี ความแตกต่างของการได้รับบริการระหว่างกองทุนสุขภาพ และระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้แต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน ในหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้, สิทธิประโยชน์, ผู้ให้บริการ, และระบบการจ่ายเงิน ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 ของกระทรวงสาธารณสุข คือเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มีจุดยืนองค์กร ในส่วนกลางคือการประเมินผลนโยบายกำกับ ติดตาม ประเมินผล ในส่วนภูมิภาค (เขตสุขภาพ) คือการบริหารจัดการหน่วยบริการ และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ด้วยวิสัยทัศน์ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี พร้อมด้วยยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (1) ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (2) บริการเป็นเลิศ (3) บุคลากรเป็นเลิศ และ (4) บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2563)

2. เปรียบเทียบผลงานบริการตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ระยะเวลาปี พ.ศ. 2563-2565 ของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย คือ 1) การบริหารจัดการงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวต่อผู้มีสิทธิ จำนวน 3,600 บาท/ 48.26 ล้านคน, 3,719 บาท/ 47.44 ล้านคน, 3,799 บาท/ 47.55 ล้านคน จำนวนเงิน (ล้านบาท) เท่ากับ 140,533.42, 142,364.81, 140,550.19 ล้านบาท ตามลำดับ 2) งานบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดในปี 2565 เท่ากับ 3.53 ครั้ง/คน/ปี บริการผู้ป่วยในมากที่สุดในปี 2565 จำนวน 6,201,940 ครั้ง ทั้งนี้จากการศึกษาแนวทางการตรวจสอบภายในการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า “ไม่มีคนไทยกลุ่มใดหรือคนใดไม่มีสิทธิด้านสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้” ดังนั้นสถานพยาบาลรัฐจึงมีระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลสอดคล้องกับระบบการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลลดขั้นตอนดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลมากขึ้น (อุไร ศรีทุมพันธ์, 2561) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า สัดส่วนของประชาชนไทย

อายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมถึงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของค่าการรักษาพยาบาล และจะส่งผลกระทบต่อวิกฤตทางด้านเงิน (วิกฤตธนารักษ์ คงแดง, 2562) และการศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาลชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไตกรณีที่คำนวณตามราคาต้นทุนต่อหน่วยทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน มีมูลค่าต่ำกว่าค่าใช้จ่าย (สุวภรณ์ ส่งเสริมล้อสกุล และคณะ, 2563)

สรุปผล

ผลการบริหารยุทธศาสตร์เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย โดยมีกรอบิบบลระบบประกันสุขภาพที่สำคัญ คือ บูรณาการ 3 ระบบสุขภาพหลักแบบมีกลไกกลาง ด้านการบริหารงบประมาณ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และพัฒนาการให้บริการแก่ประชาชนอย่างครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ด้านการบริหารจัดการงบที่ได้รับ ด้านบริหารการเงินการคลังสุขภาพที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประเทศไทยและระบบสาธารณสุขกำลังเผชิญความท้าทายที่อาจส่งผลกระทบต่อคลังด้านสุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคต เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศในขณะนี้ที่อัตราการเกิดของประชากรในประเทศมีแนวโน้มลดลง ซึ่งมีผลทำให้อัตราส่วนประชากรวัยแรงงานต่อวัยพึ่งพิงลดลงภาวะเศรษฐกิจถดถอยหรือ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสุขภาพใหม่ ๆ ที่มีราคาแพง และความต้องการด้านสุขภาพที่จำเป็นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความท้าทาย ยังรวมถึงการบริหารงบประมาณที่มีจำกัดให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มากขึ้น การกำหนดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้

เกิดการเข้าถึงบริการที่หลากหลายตามสถานการณ์และความต้องการของระบบสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม เป็นที่ยอมรับ บริการที่เกิดขึ้นมีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มความมั่นใจในการใช้สิทธิของประชาชนทุกกลุ่ม

1.2 ด้านผู้ให้บริการ โดยหน่วยบริการปรับปรุงการจัดทำบัญชีต้นทุนบริการ เพื่อสร้างรายได้เพิ่ม ทั้งจากระบบการบริหารจัดการ ระบบคุณภาพบริการ การใช้ประโยชน์ทรัพยากรให้เต็มประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะการศึกษาต่อไป

ศึกษาผลของการบริหารยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580 เปรียบเทียบแบบย้อนหลังและไปข้างหน้าเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย (1) ปฏิรูประบบ ปี 2561 - 2565 (2) สร้างความเข้มแข็ง ปี 2566 - 2570 (3) สู้ความยั่งยืน ปี 2571 - 2575 และ (4) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ปี 2576 - 2580

เอกสารอ้างอิง

Division of Health Economy and Health Security. (2022). Government operational plan. Division of Health Economy and Health Security Fiscal year 2023. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. [Accessed on 30 June 2023] Accessible from <https://dhes.moph.go.th/?p=16882>. (in Thai).

Ekkapalakorn, Wichai, Phakcharoen, Hathaichanok, Sathienoppakao, Waraporn. Ed. (2021). Report of the 6th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2019 – 2020. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai).

Announcement on the National Economic and Social Development Plan No. 13 (2023 - 2027) (2022, 24 October). Royal Gazette. Volume 139, Special Section 259 D., pp. 54–63. (in Thai).

Kochakulpirot, Saksit. (2022). Department of health Service Support Journal. 18(3): 59-68. (in Thai).

Kongdang, Wikritnarakorn. (2019). Cost Estimation of Diabetic Outpatient Treatment in Community Hospitals. Journal of Public Health and Health Sciences 2(2): 54- 61. (in Thai).

Saengsri, Wilailak, Yothasamut, Chomkwan. (2020). Review of the global health strategy development process. and mechanisms for monitoring and evaluating the performance of the global health strategic plan. Experiences from 8 countries. Journal of Health Systems Research 14(2): 105-24. (in Thai).

National Health Security Office. (2023). Report on the construction of the National Health Security System for the fiscal year 2022. Bangkok: National Health Security Office. Moonlight Printing. (in Thai).

Office of Trade Policy and Strategy. (2022). Potential and Opportunity of Thailand's Wellness Economy. Retrieved 2 July 2023. from https://www.thairath.co.th/money/economics/thailand_econ/2691609. (in Thai).

Pokpermddee, Phongsathorn. (2020). The 20-year National Strategic Plan (Public Health) 2018-2037. Journal of Public Health 29(1): 173-186. (in Thai).

Sangsri, Wilailak, Yothasamut, Jomkwan. (2020). Review of Global Health Strategic Development Process. and a mechanism for monitoring and evaluating the implementation of the Global Health Strategic Plan. Experiences from 8 countries. Journal of Health Systems Research 14(2): 105-124. (in Thai).

- Kotchakulpairoj, Saksit. (2022). A study of the pattern of allocation of the per capita medical budget for Thai people from the Welfare State Fund to health service facilities in Thailand. *Academic Journal of the Department of Health Service Support* 18(3), 59-68. (in Thai).
- Songsermsulsakul, Suwaporn, Supakul, Sakon, Permsuwan, Anchalee. (2020). Economic Burden of Community Hospitals for Chronic Kidney Disease Care. The period before renal replacement therapy. *Journal of the Department of Medical Services* 45(1): 71- 77. (in Thai).
- Srithamrongsawat, Sumrit, Auesiriwan, Bunyawee, Hempisut, Pintusorn. (2016). The disparity between health insurance systems in Thailand. Research Office for the Development of Thai Health Security Network of Health Systems Research Institute. (in Thai).
- Srithumkhan, Urai. (2018). Guidelines for examining the spending of the National Health Security Fund. According to the announcement of the Ministry of Public Health B. Mahasarakham Hospital Journal 15(3): 175- 177. (in Thai).
- World Health Organization. (2021). THE WORLD BANG. Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report. World Health Organization, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland. Retrieved 2 July 2023 from <https://www.who.int>
- Yingpaiboonwong, Jirakorn. (2019). Central mechanism for the integration of Thailand's health insurance system. Final Report of the Central Mechanism Project for the Integration of the Health Security System presented to the National Health Security Office. Thailand Development Research Institute. (in Thai).



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของงานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> หรือ <https://moph.cc/urGLQ8>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com และ <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. การประเมินบทความ (Peer Review Process) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือ การปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
5. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
8. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษาเป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
 - ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press.
(in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181.
(in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.

อ้างอิงจากปฏิญญาพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญามหาบัณฑิตหรือปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัยสถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students.* (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

จิตติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี.* ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness.* Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool.* Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง (การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ ที่ต้องจัดส่งมายังกองบรรณาธิการ)

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool.* Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint.* Retrieved from <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).

- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานู ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.
- Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).
- มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Doran, Kirk. (1996, January). *Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing*. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.
- Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness*. (Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin).



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ **ไม่เคย**ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT