

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน – กันยายน 2566 (Volume 29 Number 3 June – September 2023)

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564
- สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
- การศึกษาผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564-2565
- ความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพลอไรในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา
- การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาตามอาการกับการฉีดยาไดอะซีแพม เข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
- การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ, มกราคม 2565
- การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรค ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2562-2565

TCI ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai-Journal Citation Index Centre

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044 – 212900 ต่อ 312
โทรสาร 044 – 218018
E-mail : Journaldpc9@gmail.com
Website http://odpc9.ddc.moph.go.th/

ที่ปรึกษา

นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

บรรณาธิการ

นพ.ทวีชัย วิษณุโยธิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศิริรัตน์ สีขุนทด
2. นางสาวฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน
3. นางสาวธัญญรัตน์ ปิ่นทอง

กำหนดออกเผยแพร่

3 ฉบับ
ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม
ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม
ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

เผยแพร่

1. เวปไซต์ ThaiJo https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index
2. เวปไซต์ สคร.9 นครราชสีมา http://odpc9.ddc.moph.go.th/

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. รศ.ดร.โยธิน แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.ดร.จรณิต แก้วกังวาล	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.ดร.ไกรชาติ ตันตระการอาภา	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.ดร.สารนาถ ล้อพูลศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชุกูล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. ผศ.ดร.หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. รศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
12. ผศ.ดร.ชัยยา นรเศชานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
13. ผศ.ดร.ฐารวี ขันสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
14. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. ผศ.ดร.อักขรา ทองประชุม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. อ.ดร.ศิวาพร มหาทำนุโชค	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
17. ผศ.ดร.อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
18. ดร.รชานนท์ ง่วนใจรัก	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ผศ.ดร.วัลลภ ดิษสุวรรณ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
20. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
21. รศ.อรุณ จิรวัฒน์กุล	นักวิชาการอิสระ
22. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร	นักวิชาการอิสระ
23. นพ.สุรชัย ศิลาวรรณ	นักวิชาการอิสระ
24. นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร	นักวิชาการอิสระ
25. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์	นักวิชาการอิสระ
26. นางอัญชนา ประศาสน์วิทย์	นักวิชาการอิสระ
27. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	นักวิชาการอิสระ
28. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์	นักวิชาการอิสระ
29. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี	นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. ดร.ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
2. ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
3. ดร.สมร นุ่มผ่อง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. พญ.คนึงนิจ เยื่อใย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
5. นางญาดา โตอุตชนม์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทุกฉบับทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำและบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา http://odpc9.ddc.moph.go.th/

สารบัญ / Content
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน – กันยายน 2565

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564
   Health Literacy in Disease Prevention and Control among Health Personnel in Nakhon Ratchasima Province in 2021
   พรรณรัตน์ เป็นสุข*, นิรันตา ไชยพาน, จันทกานต์ วลัยเสถียร 5
2. สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
   Working Conditions, Health Risks and Quality of Life Among Informal Older Workers in Nong Ngu-Leam Sub-district, Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province
   วิทชย เพชรเลียบ*, สุดา หันกลาง, พจนีย์ พุฒนา, กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, พานิช แก่นกาญจน์ 19
3. การศึกษาผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564-2565
   A study of Performance According to Occupational Health and Environmental Medicine Service Standard in the hospital, Health Region 9, 2021-2022
   สุพาพร แสนศรี*, กรองกาญจน์ ผ่ายภูเขียว, สุรพงษ์ ญาติสมบูรณ์, พรพิมล เอี่ยมสะอาด, ภณิฎา เจริญยุทธ 35
4. ความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพลอไรในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา
   The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among patients in a community hospital, Nakhon Ratchasima province
   อนุชิต หมกประโคน, ศศิธร ชาววัลจันทึก, กัมปนาท ฉายชูวงษ์* 50
5. การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาตามอาการกับการฉีดยาไดอะซิแพมเข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
   Comparison of the Effectiveness between Symptom-Triggered Regimen and Intravenous Loading Diazepam Regimen for Alcohol Withdrawal In-Patients in a Community Hospital, Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province
   สมบัติ นนท์ขุนทด*, ศศิธร ชาววัลจันทึก, กิตติยาภรณ์ คมพิทยากุล, กัมปนาท ฉายชูวงษ์* 64
6. การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ, มกราคม 2565
   An investigation of the COVID-19 cluster in restaurants, Mueang District, Chaiyaphum Province, January, 2022
   ฉัตรธิดา ศรีภู่*, กรรณิการ์ หมอนพังเทียม, ณัฐพล จำปาสาร, จรัญ มาลาศรี, จินตนา อุ่นแสง 80
7. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา
   Participatory Action Research for Improving the Quality of Life of Homeless Individuals and Disease Prevention and Control in Urban Areas, Nakhon Ratchasima Province
   ธันวดี รู้รอบ*, นิยม ไกรปุย 94
8. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2562-2565
   Incidence and risk factors of post-anesthetic hypotension among one-day surgery patients, Bangbuathong hospital, Nonthaburi, 2019-2022
   ศิรภัสร์ ศิริไสยาสน์* 107

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเผยแพร่เข้าสู่ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (เดือนมิถุนายน – กันยายน) ปี พ.ศ. 2566 ยังคงมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่านโดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงรายงานการสอบสวนโรค เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยฉบับนี้กองบรรณาธิการคัดสรรบทความที่มีคุณภาพและน่าสนใจเพื่อนำเสนอแก่ผู้อ่าน เพื่อให้วารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ ตัวอย่างบทความเช่น สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา, ความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพลอไรในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา, การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ, มกราคม 2565 เป็นต้น

กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่โดยการ Submissions Online ผ่านทางเว็ปไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index ยิ่งไปกว่านั้นกองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจ และเลือกอ่านบทความวิชาการในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มิได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์ทวีชัย วิษณุโยธิน
บรรณาธิการ

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [5-18]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564

Health Literacy in Disease Prevention and Control among Health Personnel in Nakhon Ratchasima Province in 2021

พรรณรัตน์ เป็นสุข[1*], นิรันตา ไชยพาน[2], จันทกานต์ วลัยเสถียร[1]
Pannarat Pensuk[1*], Niranta Chaiyapan[2], Jantakant Valaisathien[1]

[1*]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
[1*]The Office of Disease Prevention and Control, Region 9 Nakhonratchasima
[2]สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
[2]Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development
*Corresponding author: kuenchai@hotmail.com
(Received: Oct 17, 2022 / Revised: Mar 22, 2023 / Accepted: May 8, 2023)

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2564 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบอย่างง่าย จำนวน 250 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และการรับรู้บรรยากาศองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Chi-Square เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 42.5 มิติความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 62.6, 60.7 ตามลำดับ ด้านทักษะการไต่ถาม ตัดสินใจ และการนำไปใช้อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 48.0, 53.4, 60.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 10 มิติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 41.24, S.D. = 5.48) ด้านผู้นำมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.37 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า อายุ การศึกษา ระดับการติดต่อกับผู้รับบริการ และอายุงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลเกิดความสนใจ แรงจูงใจ และความต้องการที่แตกต่างกัน จึงควรพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญกับการออกแบบหลักสูตรพัฒนาบุคลากรให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมและครอบคลุมการพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณ รวมไปถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานให้ความสำคัญกับการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรค, บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

Health literacy of disease prevention and control among health personnel in Nakhon Ratchasima province in 2021 was a cross-sectional study in which data were collected from 250 residents. The participants were selected using simple random sampling, and questionnaires were utilized to gather information. The questionnaires comprised general information, health literacy in disease prevention and control, and awareness of the organizational climate. Descriptive statistics were calculated as percentages (%), mean ($\bar{x}$), standard deviation (S.D.), and Chi-Square were used to analyze the factors associated with health literacy. The results showed that 42.5% of the participants had a low level of health literacy in disease prevention and control. The overall health literacy in the two topics, accessing skill and understanding skill, was moderate (62.6% and 60.7% respectively). However, questioning skills, making decision skills, and applying skills were found to be at a low level, with percentages of 48.0%, 53.4%, and 60.7% respectively. The participants displayed high mean scores in the 10 dimensions of health literacy organization atmosphere ($\bar{x}$= 41.24, S.D. = 5.48), with the leader aspect obtaining the highest average score of 4.37. The study indicated that age, educational level, level of contact with service recipients, and working period were significantly associated with health literacy ($p < 0.05$). These personal characteristics resulted in different interests, motivations, and requirements. To address these findings, public health programs should be developed and implemented to improve officers' health knowledge. These programs should cater to all age groups and contribute to three levels of development: functional health literacy, interactive health literacy, and critical health literacy. Encouraging agencies to have a profound knowledge of health can also play a crucial role in enhancing health literacy among health personnel.

Keywords: Health Literacy, Disease Prevention and Control, Health Personnel

บทนำ

ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ โดยการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[1] ตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ[2]

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานในระดับกรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และมีหน้าที่ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคม และประชาชนจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[3] จากที่กล่าวมาสะท้อนได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้ประชาชนไทยสามารถมีสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ประชาชน เกิด “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนได้[4] ที่ผ่านมาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยออกแบบกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยมีภารกิจในการพัฒนาประเด็นความรอบรู้หลักด้านการป้องกันควบคุมโรค และพัฒนากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อเผยแพร่สนับสนุนการดำเนินงานของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด[2]

จากการทบทวนข้อมูลงานวิจัยหลายชิ้น พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น[5] การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากทั่วประเทศ พบว่ามีคนไทยร้อยละ 19.09 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การอ่านออกเขียนได้มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล[6] นอกจากนั้นยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพราะบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถเป็นต้นแบบในด้านการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน จากการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น[7] พบว่าบุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ใน 2 องค์ประกอบ คือ การบอกต่อ และการ

โต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน แสดงให้เห็นว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความสามารถในขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารญาณ ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนนั้นจะต้องทำควบคู่ไปกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุข

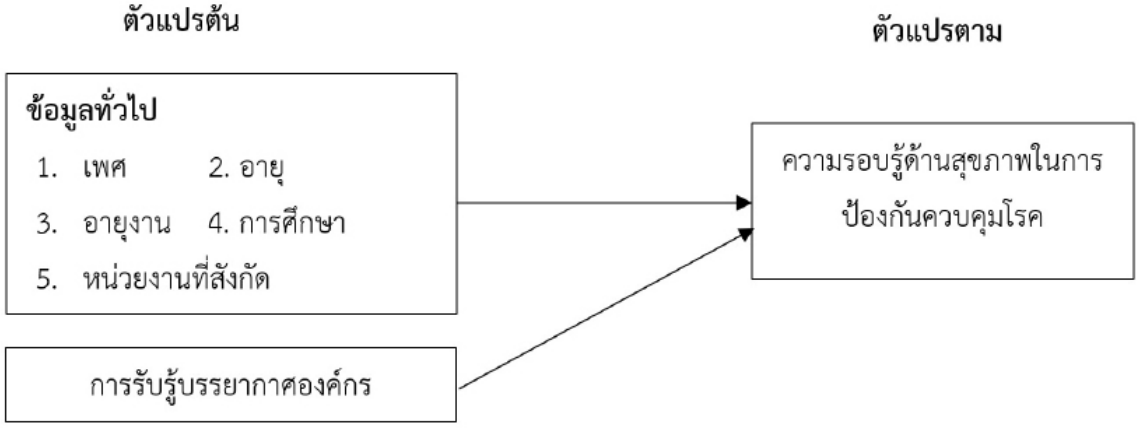
ตามบทบาทภารกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทำหน้าที่รับผิดชอบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ มีพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ โดยมีกระบวนการส่งมอบผลผลิตการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามพันธกิจของหน่วยงาน ขับเคลื่อนโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชน อีกส่วนหนึ่งขับเคลื่อนผ่านกลุ่มเครือข่ายที่ทำงานด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางนโยบายและการพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ K-Shape[8]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ สังกัดหน่วยงานภาครัฐ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 จากฐานข้อมูล กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7,178 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง G*power จำนวน

235 ราย และเพิ่มค่าประมาณการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง 250 คน ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอเมืองของจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยและเชิญชวนให้อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งมอบเอกสารคำแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร กรณีอาสาสมัครไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัครในเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น ผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการจะแสดงความสมัครใจโดยการลงนามในเอกสารยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประยุกต์ใช้แบบสอบถาม การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนชาวไทย ปี 2564 ของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ[5] กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร (6 ข้อ)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (20 ข้อ) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.8 แปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค โดยใช้เกณฑ์ของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค[9] ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับไม่พอเพียง (Inadequate HL) ช่วงคะแนนร้อยละ 0 – 60.9

ระดับมีปัญหา (Problematic HL) ช่วงคะแนนร้อยละ 61 – 74.9

ระดับพอเพียง (Sufficient HL) ช่วงคะแนนร้อยละ 75 – 89.9

ระดับดีเยี่ยม (Excellent HL) ช่วงคะแนนร้อยละ 90 – 100

ส่วนที่ 3 การรับรู้บรรยากาศองค์กร (10 ข้อ) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.8 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ บุญชุม ศรีสะอาด[11] แปลผลระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้สูตรการคำนวนอัตราภาคชั้น (Best, John W. 1993)[12] ใช้สูตรดังนี้

ความกว้างของอัตราภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนอัตราภาคชั้น

ระดับน้อยที่สุด	น้อยกว่าร้อยละ 21
ระดับน้อย	ร้อยละ 21– 40
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 41- 60
ระดับมาก	ร้อยละ 61– 80
ระดับมากที่สุด	ร้อยละ 81– 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์การกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Simple Test พบการกระจายของข้อมูลปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผ่านการรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-64-003 ณ วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 46 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.6 (อายุเฉลี่ยที่ 44.8 ปี) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52 สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 53 และสังกัดหน่วยงานในระดับจังหวัด ร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.4 มี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุงานระหว่าง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.6 โดยมีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่ 16.1 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านต่างๆ

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 42.5 รองลงมาอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 33.3 ระดับดีเยี่ยมร้อยละ 13.7 และอยู่ในระดับไม่พอเพียงร้อยละ 10.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมิติความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่พอเพียง	23	10.5
มีปัญหา	93	42.5
พอเพียง	73	33.3
ดีเยี่ยม	30	13.7
($\bar{x}$= 59.5, S.D. = 11.6, ระดับ = มีปัญหา)		

เมื่อจำแนกตามมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 62.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับพอเพียง ด้านทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 60.7 ด้านทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 48 ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 53.4 และด้านทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 60.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามมิติความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรค

มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง		
ไม่พอเพียง	16	7.3
มีปัญหา	25	11.4
พอเพียง	137	62.6
ดีเยี่ยม	41	18.7
($\bar{x}$= 12.4, S.D. = 2.5, ระดับ = พอเพียง)		
ทักษะการเข้าใจ		
ไม่พอเพียง	24	11.0
มีปัญหา	23	10.5
พอเพียง	133	60.7
ดีเยี่ยม	39	17.8
($\bar{x}$= 12.2, S.D. = 2.5, ระดับ = พอเพียง)		
ทักษะการไต่ถาม		
ไม่พอเพียง	42	19.2
มีปัญหา	105	48.0
พอเพียง	43	19.6
ดีเยี่ยม	29	13.2
($\bar{x}$= 11.3, S.D. = 2.9, ระดับ = มีปัญหา)		

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทักษะการตัดสินใจ		
ไม่พอเพียง	40	18.3
มีปัญหา	117	53.4
พอเพียง	32	14.6
ดีเยี่ยม	30	13.7
($\bar{X}$ = 11.5, S.D. = 2.6, ระดับ = มีปัญหา)		
ทักษะการนำไปใช้		
ไม่พอเพียง	27	12.3
มีปัญหา	133	60.7
พอเพียง	29	13.3
ดีเยี่ยม	30	13.7
($\bar{X}$ = 11.9, S.D. = 2.3, ระดับ = มีปัญหา)		

การรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.0 ให้คะแนนการรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 41.2, S.D. = 5.4) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยที่สุด	1	0.5
น้อย	1	0.5
ปานกลาง	22	10
มาก	116	53
มากที่สุด	79	36
($\bar{X}$= 41.2, S.D. = 5.4, ระดับ = มาก)		

องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 10 มิติ อยู่ในระดับมาก โดยด้านผู้นำมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 รองลงมาเป็นด้านการใช้สื่อที่หลากหลาย มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6 ด้านมาตรฐานการสื่อสารและด้านการให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6, 0.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ

มิติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ผู้นำ	4.3	0.6	มาก
2. การบูรณาการเข้ากับงาน	4.1	0.6	มาก
3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	3.9	0.7	มาก
4. การคำนึงถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน	4.0	0.6	มาก
5. มาตรฐานการสื่อสาร	4.1	0.6	มาก
6. การเข้าถึงข้อมูล	4.1	0.6	มาก
7. การใช้สื่อที่หลายหลาก	"4.1	0.6	มาก
8. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง	4.1	0.7	มาก
9. ต้นทุน	4.1	0.6	มาก
10. การพัฒนากำลังคน	3.9	0.7	มาก

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อายุ การศึกษาและอายุงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศและหน่วยงานที่สังกัด ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ					P- value
	ไม่พอเพียง	มีปัญหา	พอเพียง	ดีเยี่ยม	χ^2	
เพศ						
ชาย	24 (10.9)	71 (32.5)	99 (45.2)	25 (11.4)	5.810	0.121
หญิง	17 (7.7)	83 (37.8)	87 (39.7)	32 (14.8)		
อายุ (ปี)						
18-25 ปี	18 (8.2)	67 (30.6)	114 (52.0)	20 (9.2)		
26-45 ปี	15 (7.3)	77 (35.3)	98 (45.2)	29 (13.2)	28.203	.000
46 ปีขึ้นไป	23 (10.5)	77 (35.2)	95 (43.4)	24 (10.9)		
การศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33 (15.0)	74 (33.8)	98 (44.8)	14 (6.4)		
ปริญญาตรี	19 (8.7)	81 (37.0)	101 (46.1)	18 (8.2)	30.689	.000
ปริญญาโทหรือเทียบเท่า	17 (7.7)	73 (33.3)	99 (45.3)	30 (13.7)		
สูงกว่าปริญญาโท	16 (7.3)	44 (20.1)	95 (43.4)	64 (29.2)		
อายุงาน						
น้อยกว่าเท่ากับ 5 ปี	18 (8.2)	67 (30.6)	114 (52.0)	20 (9.2)		
6-10 ปี	23 (10.6)	76 (34.7)	98 (44.7)	22 (10.0)		
11-20 ปี	17 (7.8)	80 (36.5)	94 (43.0)	28 (12.70)	41.147	.000
20-30 ปี	19 (8.7)	82 (37.4)	101 (46.2)	17 (7.7)		
31 ปีขึ้นไป	26 (11.9)	78 (35.6)	95 (43.4)	20 (9.1)		
หน่วยงานที่สังกัด						
ระดับจังหวัด	19 (8.6)	49 (22.4)	99 (45.3)	52 (23.7)	5.610	0.124
ระดับ สคร.	17 (7.7)	48 (21.7)	101 (46.3)	53 (24.3)		

*p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 42.5 ค่าเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงและการเข้าใจอยู่ในระดับพอเพียง ส่วนทักษะด้านการไต่ถาม ตัดสินใจ และการนำไปใช้อยู่ในระดับมีปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทินี ศรีประจันทร[7] เรื่อง การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่พบว่าบุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ใน 2 องค์ประกอบ คือ การบอกต่อ และการโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน ร้อยละ 40.5 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทกานต์ วลัยเสถียร[8] เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่พบว่า ทักษะความในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 74.7 และทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในรดับดีมาก ร้อยละ 32.1 ทักษะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 31.3 ส่วนทักษะด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ร้อยละ 42.2 อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความสามารถในขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารญาณ ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา สอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง[9] ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกได้เป็น 3 ระดับ คือ ความสามารถขั้นพื้นฐาน ความสามารถขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความสามารถขั้นวิจารณญาณ บุคคลต้องอาศัยศักยภาพที่จำเป็นพื้นฐานเรียกว่าการรู้หนังสือ (Literacy) เพื่อพัฒนาความสามารถทุกระดับให้สูงขึ้น เพราะความสามารถและทักษะขั้นปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะสำหรับการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า อายุ การศึกษา และอายุงาน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย[13] ที่พบว่า ระดับการศึกษา และอายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคล การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อธิบายได้ว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลเกิดความสนใจ แรงจูงใจ และความต้องการที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุส่วนบุคคล ที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลเกิดความสนใจ แรงจูงใจ และความต้องการที่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่ากลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล โรมา และคณะ[6] ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มากกว่าโดยกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ และอายุงานที่แตกต่างกันมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุงานน้อยกว่า 5 ปี มีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง มากกว่ากลุ่มอื่น

ขณะที่กลุ่มอายุงานระหว่าง 11-20 ปี มีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปในที่สุด

การรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 10 มิติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 41.24, S.D. =5.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านผู้นำ เป็นด้านที่บุคลากรให้ความสำคัญมากที่สุด อาจเป็นเพราะภาวะผู้นำขององค์กรมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้นำต้องส่งเสริม (Leadership promotes) มีการนำองค์กรด้วยแนวคิดและหลักการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการไว้ในพันธกิจ โครงสร้างของหน่วยงานและการปฏิบัติงาน มีการผลักดันนโยบายอย่างชัดเจน รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรขององค์กรอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรและปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อให้องค์กรก้าวไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

โดยสรุปผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงกว่าจะมีความสามารถ มีทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากกว่าทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากกว่า ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีข้อมูลข่าวสารและมีความรู้เกี่ยวโรคและภัยสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีความสามารถในการพิจารณาไตร่ตรองและเลือกตัดสินใจ ตลอดจนมีความสามารถที่จะนำเอาข้อมูลข่าวสารที่ตนได้มาใช้ได้มากกว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มที่จะมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมากกว่า ประกอบกับการสร้างองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งเป้าหมายขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น มุ่งเน้นให้บุคลากรและผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและความรู้ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หลายหลายมากยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรม เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร ซึ่งความรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การวางนโยบายทางด้านสาธารณสุขที่ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

2. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำให้เข้าใจถึงปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปต่อยอดโดยการทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีความอ่อนไหว เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไก และรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบหลักสูตรพัฒนาบุคลากรที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีการฝึกฝน เลือกใช้ข้อมูลและปรับปรุงข้อมูลให้เข้ากับชีวิตประจำวัน มากกว่าหลักสูตรที่ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

2. ควรให้ความสำคัญการพัฒนาทักษะกับกลุ่มที่มีลักษณะอ่อนไหว เช่น กลุ่มพนักงานที่มีอายุมาก กลุ่มระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นลำดับแรกในการวางแผน พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

3. ควรวางนโยบายและออกแบบรูปแบบการทำงานที่สนับสนุนให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าว ได้ฝึกฝนและพัฒนาทักษะการไต่ถาม การวิเคราะห์ตัดสินใจและการนำไปใช้ จะเกิดเป็นความสามารถในระดับทักษะขั้นอื่นต่อไป

4. ควรสนับสนุนให้หน่วยงานให้ความสำคัญกับการเป็นองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization) เน้นความสำคัญ และมีการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการทำงานประจำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ที่ช่วยชี้แนะให้ความคิดเห็นจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในแต่และพื้นที่ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูป ประเทศ. รายงานคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เรื่อง “การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ”, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament parcy ewt_dl link.php?nid=38939
2. นิรันตา ไชยพาน. นโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ, เนตรชนก ไชยพาน, บรรณาธิการ. คู่มือ กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อาร์ เอ็น พี ที วอเทอร์ จำกัด; 2564: 1-2.
3. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. กรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา) ; 2559.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67 (12):2072-8.
5. ประเวช ชุ่มเกษรกูลกิจ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค. ใน: ประเวช ชุ่มเกษรกูลกิจ, จักรกฤษณ์ พลราชม, นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, บรรณาธิการ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2563, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เอส ออฟเซ็ท กราฟฟิค ดีไซน; 2563: 1-2.
6. วิมล โรมา. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี่ พับลิชิ่ง จำกัด; 2563.
7. สุนันทินี ศรีประจันทร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ

2564 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.14 8/hpc7data/ Res/ResDetail.aspx?resCode=25620009.
8. จันทกานต์ วลัยเสถียร, เมยุรี ประสงค์, มาลัย นาคประกอบ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของบุคลากร ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564:27(1):46-55.
9. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.
10. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, จำเนียร โลหชุณโสภาค. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารร่มพฤกษ์มหาวิทยาลัยเกริก. 2564;32(2):1-15.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น; พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวีริยาสาสน์; 2545.
12. Best John W. Research in Education. Boston MA: Allyn and Bacon; 1993: 247.
13. เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต้อารักษ์, สายันห์ ปัญญาทรง, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(1):45-55.

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [19-34]

สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Working Conditions, Health Risks and Quality of Life Among Informal Older Workers in Nong Ngu-Leam Sub-district, Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province

วิทชย เพชรเลียบ[1*], สุดา หันกลาง[2], พจนีย์ พุฒนา[1], กัญนิกา อยู่สำราญ[1], ศรีสกุล ชนะพันธ์[1] และพานิช แก่นกาญจน์[1]
Witchaya Phetliap[1*], Suda Hanklang[2], Potjanee Putna[1], Kannika Yoosamran[1], Srisakul Chanaphant[1], Panich Keankarn[1]

[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
[1]Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
[2]Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

*Corresponding author: witchaya_phe@vu.ac.th
(Received: Dec 14, 2022 / Revised: Mar 23, 2023 / Accepted: May 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ จำนวน 120 คน ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.8 ลักษณะการทำงานที่พบมากที่สุด ได้แก่ งานด้านการเกษตร ร้อยละ 36.7 กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน ร้อยละ 51.7 ส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ร้อยละ 94.2 ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดจากการทำงานได้แก่ การสัมผัสความร้อนจากการทำงาน ร้อยละ 42.5 มีการทำงานด้วยท่าทางซ้ำ ๆ ตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 39.2 และมีรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 32.5 การเจ็บป่วยจากการทำงาน พบว่า มีการประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 48.3 มีอาการปวดต้นคอและปวดไหล่ ร้อยละ 41.7 ด้านระดับคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิต เท่ากับ 3.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.7) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2

จากผลการศึกษานี้แสดงถึงสภาพการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบที่ยังมีประเด็นต้องการพัฒนา ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมการทำงาน และคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบวัยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้แรงงานกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: สภาพแวดล้อมการทำงาน, ความเสี่ยงทางสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, แรงงานสูงอายุนอกระบบ

Abstract

The objective of this descriptive study was to assess the working environment, health risks, and quality of life among 120 informal older workers in Nong Ngu-Leam Sub-district, Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province. The participants were selected through multi-stage random sampling, and data were collected using a validated questionnaire. Descriptive statistics were employed for data analysis. The results revealed that the majority of participants were female (70.8%), and 60.8% had completed primary school education. The primary occupation for most workers was agriculture, accounting for 36.7% of the sample. Daily wages were received by more than half of the workers (51.7%), and approximately 94.2% reported using personal protective equipment. During work, 42.5% of participants experienced accidents, 39.2% reported working with repetitive or frequent gestures, and 32.5% faced uncertainty regarding income or compensation. Regarding work-related illnesses, 48.3% of participants had experienced accidents at work, and 41.7% reported neck and shoulder pain. In terms of quality of life, the mean score was 3.3 (standard deviation of 0.7), with 54.2% of workers having a moderate quality of life. The findings suggest that there are several areas in the working conditions and quality of life of informal older workers that require improvement. Health workers involved in the care of this population should pay special attention to their working conditions, environment, and overall well-being to promote a better quality of life for them.

Keywords: Working Environment, Health Risks, Quality of Life, Informal Older Workers

บทนำ

แรงงานนอกระบบ หมายถึง บุคคลที่ทำงานโดยไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันจากการทำงาน[1] มีรูปแบบการทำงานด้วยกิจการขนาดเล็ก หรือเป็นลักษณะของธุรกิจในครัวเรือน หรือเป็นแรงงานอิสระที่ทำกิจกรรมเพื่อความอยู่รอด[2] จากการสำรวจข้อมูลแรงงานนอกระบบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีแรงงานกลุ่มนี้อยู่ถึง 19.6 ล้านคน หรือร้อยละ 52.0 จากผู้มีงานทำทั้งหมด 37.7 ล้านคน พบแรงงานสูงอายุที่ทำงาน จำนวน 4.9 ล้านคน และเป็นแรงงานสูงอายุที่ทำงานนอกระบบจำนวน 4.3 ล้านคน (กว่าร้อยละ 85)[3] ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ กำหนดไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[4] ด้วยเหตุนี้ แรงงานสูงอายุจึงมีมากขึ้นตามไปด้วย แรงงานสูงอายุโดยทั่วไปกำหนดไว้ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป[5] นิยามขององค์การอนามัยโลก แรงงานอายุ 45 ปีขึ้นไป คือ วัยแรงงานสูงอายุ[6] ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปคนเราจะมีสมรรถนะร่างกายสูงสุดที่ประมาณ 25 ปี และจะคงตัวอยู่ช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนกระทั่งเสื่อมถอยลงที่อายุประมาณ 40 – 50 ปี ดังนั้น หากจะยึดตามความเสื่อมของสภาพร่างกายแล้วก็จะประมาณการได้ว่าคนเราจะเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อประมาณ 45 ปีขึ้นไป[7] ช่วงอายุนี้เป็นช่วงวัยกลางคนและเปลี่ยนเข้าสู่วัยชรา

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานสูงอายุทำงานอยู่มากเป็นอันดับหนึ่ง และจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นอันดับสองของประเทศ แรงงานนอกระบบในชุมชนมีอยู่จำนวนมากและประสบปัญหาความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานนอกระบบสูงอายุไม่ต่างจากแรงงานนอกระบบประเภทอื่นๆ[8] โดยพื้นที่ตำบลหนองงูเหลือมเป็นชุมชนชนบท ตั้งอยู่ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงอันตรายจากการทำงานได้ แรงงานนอกระบบมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่จะเกิดโรคหรือการบาดเจ็บจากการทำงานสูง เนื่องมาจากลักษณะงานที่ต้องสัมผัสสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น ทางด้านเคมี (สารเคมีทางการเกษตร) ทางด้านชีวภาพ (เชื้อโรคต่าง ๆ) ทางด้านกายภาพ (แสง ความร้อนต่าง ๆ) และด้านจิตวิทยาสังคม (ความเครียดต่าง ๆ) เป็นต้น[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยซึ่งเป็นปัญหาหลักของแรงงานนอกระบบ พบว่า มีความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานในระดับสูง เช่น ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน พบถึงร้อยละ 57.0 มีสภาพการทำงานมีปัญหาต่อสุขภาพ เช่น การยกของหนัก หรือทำงานในท่าทางที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย บริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง เป็นต้น[10] และแรงงานส่วนใหญ่มีอายุ 45-60 ปี มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงานที่พบมากที่สุดคือ การทำงานในสภาพอากาศที่ร้อน (ร้อยละ 71.5) และการบาดเจ็บจากของมีคม (ร้อยละ 92.3)[11] แรงงานนอกระบบมีทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.0)[12] สำหรับด้านคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ มีการศึกษาพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.9 และมีการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านของแรงงานนอกระบบ พบว่า แรงงานมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ดี เพียงร้อยละ 37.7 รองลงมาด้านสิ่งแวดล้อม และสัมพันธภาพทางสังคม[13] ทั้งนี้ ปัจจุบันยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบค่อนข้างจำกัด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ ตลอดจนคุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน โดยมุ่งประเด็นเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานสูงอายุนอกระบบ ซึ่งเป็นแรงงานสำคัญของประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แรงงานสูงอายุนอกระบบ ต.หนองงูเหลือม อ.เฉลิมพระเกียรติ จ.นครราชสีมา ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป อาศัยและประกอบอาชีพในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 170 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan[14] ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 118 ราย เพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อทดแทนในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ร้อยละ 3 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 120 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stages random sampling) ดังนี้ เลือกหมู่บ้านทั้งหมดในชุมชน ต.หนองงูเหลือม ที่จะเข้าเก็บข้อมูลวิจัย จำนวน 15 หมู่บ้าน แบ่งสัดส่วนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้หมู่บ้านละเท่า ๆ กัน จำนวนหมู่บ้านละ 8-9 คน หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกคุ้มที่จะเข้าเก็บข้อมูล จำนวนหมู่บ้านละ 3 คุ้ม สุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบคุ้มละ 3 คน หากในคุ้มนั้น ๆ ไม่พบแรงงานนอกระบบสูงอายุ ให้สุ่มคุ้มใหม่แทน และสุดท้ายสุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบอย่างง่ายในแต่ละคุ้มให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ ซึ่งการสุ่มทุกขั้นตอนรวมกันจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 โดยนำเอาแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ในส่วนของแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 แบบสอบถามความเสี่ยงทางสุขภาพ/อาการเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ซึ่งแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับค่าจ้างของการทำงาน ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการ

ทำงานต่อวัน ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ (Check list) และแบบปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนการประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ มีการทำงานที่สัมผัสความเสี่ยงนั้น 1) ตลอดเวลา/บ่อยครั้ง 2) นาน ๆ ครั้ง และ 3) ไม่เคย ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ เคมี การยศาสตร์ ชีวภาพ จิตสังคม และด้านสภาพการทำงาน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเสี่ยงทางสุขภาพ/การเจ็บป่วยจากการทำงาน ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ (Check list) ว่ามีประวัติ/ประสบการณ์เจ็บป่วยนั้น ๆ หรือไม่ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ 1) มี 2) ไม่มี ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน 2) การเจ็บป่วยจากปัจจัยอันตรายด้านกายภาพ 3) การเจ็บป่วยจากปัจจัยอันตรายด้านเคมี 4) การเจ็บป่วยจากปัจจัยอันตรายด้านการยศาสตร์ 5) การเจ็บป่วยจากปัจจัยอันตรายด้านชีวภาพ 6) การเจ็บป่วยจากปัจจัยอันตรายด้านจิตสังคม จำนวน 29 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงาน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยใช้กรอบแนวคิดการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน ประกอบด้วย 8 ด้าน ทั้งนี้แบบสอบถามปรับปรุงจากศิริพร เสนามนตรี[15] และมาตรฐาน MS-QWL หรือ Management System of Quality of Work Life ของสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย[16] องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงาน 8 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน 4) ด้านโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง 5) ด้านการทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6) ด้านสิทธิส่วนบุคคล 7) ด้านจังหวะชีวิต 8) ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1- 5 คะแนน สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

4.21 – 5.00 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุด

3.41 – 4.20 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก

2.61 – 3.40 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

1.81 – 2.60 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับน้อย

1.00 – 1.80 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าพิสัย (Range) เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเสี่ยงทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในการทำงาน

ของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง KHE 2021-035

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือช่วงอายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 53.6 ปี มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.3 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 60.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.7 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 2,500 – 5,000 บาท ร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 70.8 และมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 58.3 ด้านการทำงาน พบว่า แรงงานสูงอายุนอกระบบทำงานด้านการเกษตร มากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.3 ด้านการค้าขาย ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ ระยะเวลาในการทำงานโดยเฉลี่ย 12.9 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน ร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นการได้รับค่าจ้างตามชิ้นงาน ร้อยละ 27.5 มีระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์อยู่ระหว่าง 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันไม่เกิน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 80 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 7.5 ชั่วโมงต่อวัน (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	29.2
หญิง	85	70.8
อายุ (ปี)		
45 – 54	72	60.0
55 – 64	46	38.3
65 -74	2	1.7
ค่าเฉลี่ย = 53.6 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.6		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	16	13.3
คู่อยู่ด้วยกัน	82	68.3
คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (เนื่องจากทำงาน)	3	2.5
หม้าย	11	9.2
หย่า/แยกทางกัน	8	6.7
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	60.8
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	47	39.2
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	70	58.3
มีโรคประจำตัว	50	41.7
ความดันโลหิตสูง	28	23.3
เบาหวาน	16	13.3
ภูมิแพ้/หอบหืด	11	9.2
โรคหัวใจ	2	1.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 2,500 - 5,000	66	55.0
5,001 – 10,000	37	30.8
>10,000	17	14.2
ค่าฐานนิยม = 3,000 บาท		
ลักษณะงานของอาชีพหลัก		
เกษตรกร	44	36.7
รับจ้างทั่วไป	34	28.3
ค้าขาย	25	20.8
อื่น ๆ	17	14.2

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์		
1-3 วัน/สัปดาห์	51	42.5
4-6 วัน/สัปดาห์	37	30.8
ทุกวัน	32	26.7
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
1-8 ชั่วโมง	96	80.0
>8 ชั่วโมง	24	20.0
ค่าเฉลี่ย = 7.5 ชั่วโมง, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.6		

2. สภาพแวดล้อมการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ได้แก่ การทำงานที่สัมผัสความร้อน ร้อยละ 42.5 สภาพแวดล้อมการทำงานด้านเคมี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานที่ต้องสัมผัสสารเคมีตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 7.5 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานด้านการยศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานด้วยท่าทางซ้ำ ๆ ตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 39.2 มีการก้มโค้งตัวไปด้านหน้าตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 26.7 และมีการบิดเอี้ยวตัวตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 23.3 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานด้านชีวภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานในที่ชื้นแฉะมีน้ำขัง ร้อยละ 3.3 และการถูกสัตว์ร้ายหรือแมลงกัดต่อยในที่ทำงานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 20.8 ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอนตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 32.5 ด้านสภาพการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานกับอุปกรณ์/เครื่องมือที่มีคมตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 25.8 รองลงมา คือ การจัดเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบตลอดเวลา/บ่อยครั้ง ร้อยละ 8.3 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 สภาพแวดล้อมการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (n = 120)

สภาพแวดล้อมการทำงาน	การสัมผัส จำนวน(ร้อยละ)		
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ตลอดเวลา/ บ่อยครั้ง
ด้านกายภาพ			
การทำงานที่สัมผัสแสงสว่างที่จ้ามาก หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ	44 (36.7)	53 (44.2)	23 (19.2)
การทำงานที่สัมผัสเสียงดังมาก	67 (55.8)	46 (38.3)	7 (5.8)
การทำงานที่สัมผัสฝุ่นละออง	35 (29.2)	65 (54.2)	20 (16.7)
การทำงานที่สัมผัสความร้อนจากการทำงาน	55 (45.8)	14 (11.7)	51 (42.5)
ด้านเคมี			
การทำงานที่ต้องสัมผัสสารเคมี	74 (61.7)	37 (30.8)	9 (7.5)
ด้านการยศาสตร์			
การก้มตัว/เอี้ยวตัว/ยื้อหยิบสิ่งของเนื่องจากสถานีทำงานไม่เหมาะสม	47 (39.2)	47 (39.2)	26 (21.7)
การทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ	34 (28.3)	39 (32.5)	47 (39.2)
การก้มโค้งตัวไปด้านหน้า	34 (28.3)	54 (45.0)	32 (26.7)
การบิดเอี้ยวตัว	32 (26.7)	60 (50.0)	28 (23.3)
การยกเคลื่อนย้ายของหนัก	27 (22.5)	77 (64.2)	16 (13.3)
ด้านชีวภาพ			
การทำงานในที่ชื้นแฉะมีน้ำขัง	68 (56.7)	48 (40.0)	4 (3.3)
การถูกสัตว์ร้ายหรือแมลงกัดต่อยในที่ทำงาน	95 (79.2)	25 (20.8)	0 (0.0)
ด้านจิตสังคม			
ความเร่งรีบของงาน	38 (31.7)	69 (57.5)	13 (10.8)
ภาระงานที่หนัก	43 (35.8)	67 (55.8)	10 (8.3)
รายได้ หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน	34 (28.3)	47 (39.2)	39 (32.5)

สภาพแวดล้อมการทำงาน	การสัมผัส จำนวน(ร้อยละ)		
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ตลอดเวลา/บ่อยครั้ง
มีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน	98 (81.7)	22 (18.3)	0 (0.0)
มีปัญหาขัดแย้งกับนายจ้าง	108 (90.0)	12 (10.0)	0 (0.0)
ด้านสภาพการทำงาน			
การทำงานกับอุปกรณ์/เครื่องมือที่มีคม	36 (30.0)	53 (44.2)	31 (25.8)
มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน	61 (50.8)	52 (43.3)	7 (5.8)
การจัดเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เป็นระเบียบ	62 (51.7)	48 (40.0)	10 (8.3)

3. ความเสี่ยงทางสุขภาพ/การเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ความเสี่ยงทางสุขภาพ/การเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 48.3 โดยแบ่งเป็นอุบัติเหตุเล็กน้อยไม่ต้องหยุดงานจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุถึงขั้นต้องหยุดงาน ร้อยละ 14.2 และมีอุบัติเหตุรุนแรงถึงพิการ ร้อยละ 0.8 กลุ่มตัวอย่างมีอาการได้ยินเสียงพูดคุยไม่ชัดเจน พบร้อยละ 16.7 หูอื้อ พบร้อยละ 19.2 วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 25.8 มีอาการมองเห็นไม่ชัด ตาพร่ามัว ร้อยละ 33.3 ระคายเคือง แสบตา ร้อยละ 28.3 แสบจมูก ร้อยละ 15.0 มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เสียเหงื่อ ร้อยละ 34.2 ผื่นคันตามผิวหนัง ร้อยละ 15.8 เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 13.3 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง มีอาการปวดหลังส่วนล่าง/เอว ร้อยละ 43.3 มีอาการปวดเข่า ร้อยละ 42.5 มีอาการปวดต้นคอและปวดไหล่ ร้อยละ 41.7 ปวดหลังส่วนบน ร้อยละ 27.5 ปวดข้อมือ/ มือ ร้อยละ 25.8 ปวดสะโพก/ต้นขา ร้อยละ 20.0 และปวดข้อเท้า/เท้า ร้อยละ 15.0 กลุ่มตัวอย่างถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย ร้อยละ 13.3 มีความเครียดจากรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 33.3 มีความเครียดจากภาระงานที่หนัก ร้อยละ 26.7 และความเครียดจากงานที่เร่งรีบ ร้อยละ 25.8

4. คุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบโดยรวมและรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิต เท่ากับ 3.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.7) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 ระดับมาก ร้อยละ 30.8 จนถึงระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.8 (ตาราง 3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ ระดับน้อย ร้อยละ 22.5 ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 21.7 ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 20.8 ด้านโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถ

ของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.5 ด้านการทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 36.7 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 34.2 ด้านสิทธิส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 38.3 ด้านจังหวะชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 31.7 ด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับมาก ร้อยละ 38.3 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 37.5

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (n = 120)

คุณภาพชีวิตโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	7	5.8
มาก	37	30.8
ปานกลาง	65	54.2
น้อย	9	7.5
น้อยที่สุด	2	1.7
ค่าเฉลี่ย = 3.3, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.7		

สรุปและอภิปรายผล

แรงงานสูงอายุนอกระบบในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้ไม่แน่นอนหรือรายได้น้อย รวมทั้งมีปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพภายใต้สภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือโรคจากการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแรงงานส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 สอดคล้องกับหลายงานงานวิจัยที่ผ่านมาในจังหวัดปัตตานี ลำพูน สุโขทัย และชลบุรี[10-11, 13, 17] ที่พบว่าแรงงานนอกระบบมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด โดยงานที่ทำสามารถก่อให้เกิดความเครียด เช่น งานหนัก ก็จะทำให้มีความดันโลหิตสูง จึงควรมีความระมัดระวัง โดยเฉพาะในคนที่อายุมากกว่า 45 ปี ควรมีการวัดความดันโลหิตเป็นระยะ รักษาสุขภาพ หลีกเลี่ยงความเครียด หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น เหล้าหรือบุหรี่ เป็นต้น[18] ดังนั้นการดูแลความปลอดภัยในการทำงาน จึงจำเป็นต้องพิจารณาในมิติของพฤติกรรมทางสุขภาพของแรงงาน การปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อโรคประจำตัว ซึ่งอาจเป็นปัญหาต่อการทำงานได้ จากผลการศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงที่พบมากที่สุดจากการทำงาน ได้แก่ การทำงานที่สัมผัสความร้อน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการทำงานของแรงงาน ภาคการเกษตรที่ต้องมีการทำงานกลางแจ้งในบรรยากาศที่ร้อนอบอ้าว และจากผลการศึกษาดังกล่าว

ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ต้องทำงานในที่โล่งที่มีสภาพอากาศร้อนอบอ้าว[11, 17, 19-21] รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มแรงงานสูงอายุ 45 ปีขึ้นไป ที่พบสภาพปัญหาเกี่ยวกับการสัมผัสความร้อนในการทำงานเช่นเดียวกัน[22] ส่วนอีกประเด็นปัญหาด้านการยศาสตร์ที่ถือเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพที่สำคัญในการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทำงานด้วยท่าทางซ้ำ ๆ มีการก้มโค้งตัวไปด้านหน้า และมีการบิดเอี้ยวลำตัว ซึ่งประเด็นปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น เกษตรกรปลูกหอมแดงและข้าวโพด ที่พบปัญหาด้านการยศาสตร์ในด้านท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวเช่นเดียวกัน[20, 23] รวมถึงการศึกษาแรงงานนอกระบบในจังหวัดสุโขทัย[11] ที่พบแรงงานส่วนใหญ่มีการยกของหนักหรือทำงานในท่าทางที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และจากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มแรงงานสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ด้านปัญหาสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องอิริยาบถในการทำงาน คือ ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทาง/อิริยาบถในการทำงาน[24] ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานด้านจิตสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอน ร้อยละ 32.8 ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลรายได้ของแรงงานในการศึกษานี้พบว่าอยู่ในช่วงประมาณ 2,500 – 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งถือเป็นรายได้ที่ไม่สูงมากนัก และยังพบว่าแรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 58.3 จากผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรที่พบปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้หรือค่าตอบแทนที่ไม่แน่นอนเช่นเดียวกัน[19] นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานสูงอายุนอกระบบมีความเสี่ยงจากสารเคมีในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพที่พบอันตรายจากสารพิษ/สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่น่าเป็นห่วง เช่น กลุ่มทำแหอวน กลุ่มทอผ้า ในบางรายได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการทำงาน[25] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการทำงานนอกระบบนั้นไม่ได้รับการดูแลควบคุมและกำกับปริมาณสารพิษต่าง ๆ ที่แรงงานและครอบครัวจะได้รับอย่างจริงจัง แรงงานจึงทำงานไปโดยไม่ได้คำนึงถึงการมีอันตรายหรือภาวะความปลอดภัยในด้านนี้ที่อยู่ในระดับต่ำ และพบว่าแรงงานสูงอายุนอกระบบมีความเสี่ยงจากปัจจัยทางชีวภาพร่วมด้วย โดยลักษณะงานเกษตรกรรม พบกับความเสี่ยงในด้านนี้อย่างมาก เช่น การติดเชื้อราที่เล็บ มือเปื่อย เป็นต้น[26]

แรงงานนอกระบบมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานและไม่แน่นอน มักได้รายได้ตามจำนวนชิ้นงานที่ผลิตได้ บางครั้งอาจต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ทำให้ต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อเพิ่มผลผลิต และในช่วงเร่งด่วนอาจต้องทำถึง 13 – 15 ชั่วโมงต่อวัน ขณะเดียวกันในสภาพการทำงานจริง พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 7.48 ชั่วโมง จากการทำงานที่ไม่มีการกำหนดเวลาที่ชัดเจนทำให้ระยะเวลาในการทำงานยาวนานเกินไป ทำให้ต้องนั่งอยู่ในอิริยาบถเดียวเป็นเวลานาน หรือท่าทางที่ผิดไปจากการเคลื่อนไหวในมุมปกติ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหารจากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา โรคระบบทางเดินปัสสาวะ สภาวะร่างกายโดยรวม อารมณ์ตลอดไปจนถึงความสัมพันธ์และความอบอุ่นของครอบครัว[27] โดยเฉพาะในการศึกษานี้พบความเสี่ยงจากงานที่อาจมีผลต่อโรคระบบกล้ามเนื้อและข้อเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มแรงงานนอกระบบในอินโดนีเซียของ Nuraini[28] ที่พบสภาพปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อในการทำงาน รวมถึงการศึกษาของ Hanklang[22] ที่พบปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อในการทำงานของกลุ่มแรงงาน

สูงอายุ 45 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมการทำงาน มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ประเด็นคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบโดยรวมและรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ มีดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบการค้าแผงลอยในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ประกอบการค้าแผงลอยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.9[29] และเช่นเดียวกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบในจังหวัดลำพูน พบว่า ร้อยละ 68.4 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง[13] ตลอดจนการศึกษาคุณภาพชีวิตในแรงงานสูงอายุจังหวัดชลบุรี ที่พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.0[17] เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน ด้านโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง ด้านสิทธิส่วนบุคคล และด้านจังหวะชีวิต มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับมาก คล้ายคลึงกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก (ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแรงงานนอกระบบ) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี[30]

จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตแรงงานสูงอายุนอกระบบทั้งภาพรวมและรายด้านจะดีได้ ต้องมีพื้นฐานสำคัญมาจากการมีสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีในทุกด้าน ตลอดจนการมีความสัมพันธ์และบรรยากาศในการทำงานที่ดี มีการจัดสรรเวลาในการทำงานและการใช้เวลากับครอบครัวให้เหมาะสม ประกอบกับการมีความพร้อมทางเศรษฐกิจคือรายได้ที่เพียงพอเหมาะสม คุณภาพชีวิตโดยรวมก็จะดีขึ้น ผลการศึกษานี้ยังช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางในการประเมินปัญหาความเสี่ยง ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานสูงอายุนอกระบบได้มากขึ้น เนื่องจากอนาคตจะมีแรงงานสูงอายุเป็นกำลังหลักของสังคม บุคลากรด้านสุขภาพจึงมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพของแรงงาน ค้นหาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ร่วมจัดการกับปัญหาสุขภาพแรงงานภายใต้บริบทและทรัพยากรของชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

ควรส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานแก่กลุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบ โดยบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายแรงงานสูงอายุนอกระบบระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ภาวะสุขภาพของแรงงานสูงอายุนอกระบบ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

2. ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อประเมินความเสี่ยงการรับสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงาน และประเมินทางการยศาสตร์โดยเฉพาะ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและ

ข้อจำนวนมาก เพื่อให้การกำหนดแนวทางแก้ไขดูแลอย่างเป็นระบบ นับตั้งแต่การออกแบบสถานีทำงาน เครื่องมือที่ใช้ วิธีการทำงาน และท่าทางการทำงาน ได้ดีขึ้น เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง โดยงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 26]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน / Informal_work_force /2563/fullreport_63.pdf.
2. อรวรรณ เกษร. แรงงานนอกระบบกับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2612.
3. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 4]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน / Informal_work_force /2564/fullreport_64.pdf.
4. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 20]. เข้าถึงได้จาก: http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html.
5. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Aging Workers [Internet]. 2015 [cited 2021 June 15]. Available from: https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/aging_workers.htm l.
6. World Health Organization (WHO). Aging and work capacity: Report of a WHO study group [Internet]. 1993 [cited 2021 September 3]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/36979.
7. วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. แรงงานสูงอายุ (Elderly Worker) [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 กุมภาพันธ์ 10]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaioccmed.org.
8. จรัญญา วงษ์พรหม, ธนะจักร เย็นบำรุง, คีรีบูน จงวุฒิเวทย์, สนธยา มณีรัตน์. รายงานฉบับสมบูรณ์ กลไกการส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2562 กุมภาพันธ์ 15]. เข้าถึงได้จาก: https://thaitgri.org/?p=36982.
9. ประภา ชูชื่น, บรรณาธิการ. ความเสี่ยงด้านสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15; 2557 มีนาคม 28; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย; 2557.
10. อุสมาน แวหะยี และพัทธนันท์ คงทอง. ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบในชุมชนมุสลิม: กรณีศึกษาเทศบาล ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วารสารมหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ. 2554;3(5): 59-68.
11. อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, ดุสิต สุจิรารัตน์. ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบ. พุทธชินราชวารสาร. 2558;32(3):162-170.
12. ปัจฉิมา บัวยอม, หทัยทิพย์ จุทอง, สุวิช ธรรมปาโล, ลิเลียน วิวัฒน์, วันเพ็ญ แก้วปาน. การประเมินสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของแรงงานสูงอายุในภาคใต้. วารสารควบคุมโรค. 2553;36(3): 81-89.
13. ธวัชชัย กันทะวันนนา. คุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
14. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-610.
15. ศิริพร เสนามนตรี. คุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2556.
16. สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. อนุกรมระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน: Management System of Quality of Work Life Series (MSQWL) [อินเตอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 21]. เข้าถึงได้จาก: https://www.siamhrm.com/?name=news&file=readnews&max=3185.
17. ฉันทนา จันทวงศ์, นันทพร ภัทรพุทธ, วรรณภา ลือกิตินันท์, กัญจนวลัย นนทแก้ว แฟร์รี่. อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพ คุณภาพชีวิต และข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงานสูงอายุนอกระบบ: กรณีศึกษาในชายทะเลฝั่งตะวันออกของประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ. 2559;32(1):1-14.
18. สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย. โรคเรื้อรังกับคนทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 24]. เข้าถึงได้จาก: https://www.aoed.org/articles/2020/october/ncd/.
19. วีระพร ศุทธากรณ์, ธานี แก้วธรรมานุกูล, กัลยาณี ตันตรานนท์. สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มผู้ปลูกลำไย. พยาบาลสาร. 2561;45(2):135-147.
20. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล, ธานี แก้วธรรมานุกูล, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วิไลพรรณ ใจวิไล. สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด. พยาบาลสาร. 2562;46(1):5-17.
21. Tiguman, G.M.B., Roa, M.C., Silva, M.T., & Galvao, T.F. Occupational exposures and health-related quality of life in the Manaus Metropolitan Region, Amazonas State, Brazil: a cross-sectional study. CSP reports in Public Health. 2020;36(12):1-9.
22. Hanklang, S., Ratanasiripong, P., Naksranoi, S., Sathiranant, S., & Patanasri, K. Quality of life and mental health among Thai older workers in community enterprises. Journal of Health Research 2018;32(3):237-250.

23. จิว เชาว์ถาวร, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ, วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง. พยาบาลสาร. 2557;41(2):35-47.
24. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 16]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/Documents/info/info60/2562_ Old man-Working.pdf.
25. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ: กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน [อินเตอร์เน็ต]. 2544 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 11]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1796?locale-attribute=th.
26. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธานี แก้วธรรมานุกูล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพการเจ็บป่วย และบาดเจ็บที่เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน พฤติกรรมการทำงานของแรงงานนอกระบบ: กรณีศึกษากลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดอ่อน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2553;5(2):40-50.
27. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ [อินเตอร์เน็ต]. 2543 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กรกฎาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2083?locale-attribute=th.
28. Nuraini, S., Mutiara, E., Santoso, H., & Hasan, W. Analysis of Determinants of Musculoskeletal Disorders and Life Quality of Informal Workers. Advances in Health Sciences Research. 2019;24(2):90-95.
29. สุภัทรา ฝอฝน, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ศุภชัย ปิติกุลตัง, พิทยา จารุพูนผล, วิริณธิ์ กิตติพิชัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบการค้าแผงลอยในกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2557; 12(2):69-83.
30. แพรวพราว สุวรรณกิจ, ภานุวัตร หลวงหล้า, ศิริลักษณ์ ร่มเย็น, วรางคณา เมธาภัทร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร. พุทธชินราชวารสาร. 2556;30(2):171-180.

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [35-49]

การศึกษาผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564-2565

A study of Performance According to Occupational Health and Environmental Medicine Service Standard in the hospital, Health Region 9, 2021-2022

สุพาพร แสนศรี[1*], กรองกาญจน์ ผ่ายภูเขียว[2], สุรพงษ์ ญาติสมบูรณ์[3], พรพิมล เอี่ยมสะอาด[4], ภณิฎา เจริญยุทธ[5]

Supapon Saensri[1*], Krongkarn Phaiphukhiao[2], Surapong Yatsomboon[3], Phornpimon Iamsaard[4], Panida Charernyuth[5]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, [2]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, [3]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, [4]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, [5]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

[1]The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima, [2]Buriram Health Provincial Office, [3]Chaiyaphum Health Provincial Office, [4]Surin Health Provincial Office, [5]Nakhon Ratchasima Health Provincial Office

*Corresponding author: kunpang4647@gmail.com

(Received: Nov 24, 2022 / Revised: Mar 28, 2023 / Accepted: May 09, 2023)

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 กำหนดให้สถานบริการสุขภาพต้องสามารถจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบอาชีพ และประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานจัดบริการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564–2565 และแนวทางการพัฒนางานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือโรงพยาบาลที่รับการประเมินตามมาตรฐานฯ ปี 2564–2565 ทุกแห่ง จำนวน 40 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินตามมาตรฐานฯ ของกรมควบคุมโรค รายองค์ประกอบและสอบทวนตามเอกสาร สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ผู้นำเสนอผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหาตามแบบประเมินฯ รายองค์ประกอบ ผลการศึกษา พบว่า พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 89 แห่ง รับประเมินฯ 40 แห่ง (45%) ผลการประเมินฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา 30 แห่ง (ร้อยละ 75.0) รองลงมา ระดับดีเด่น

6 แห่ง (ร้อยละ 15) โดยผลการประเมินระดับดีเด่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 66.7 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 87.9 อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา แนวทางการพัฒนางานตามมาตรฐานฯ ในเชิงนโยบาย โรงพยาบาลควรได้รับการสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานจากหน่วยงานระดับจังหวัด การนิเทศ การติดตามประเมินผล เชิงวิชาการ เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงาน การส่งเสริมการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เกิดการเรียนรู้การดำเนินงานอย่างยั่งยืนในรูปแบบเครือข่าย และการนำเสนอผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรงพยาบาล, มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม, ระดับ

Abstract

Occupational and Environmental Diseases Control Act B.E. 2562 requires health units to be able to provide appropriate occupational health and environmental medicine services to workers and people in the area. A cross-sectional descriptive study was designed to assess the standards of occupational health services provided by hospitals in health region 9 during 2021–2022. Purposive sampling selection was utilized, and a total of 40 hospitals evaluated in 2021–2022 were assessed. Data for each item were collected using the assessment form of the Department of Disease Control, and responsible personnel were interviewed for additional information. Data were analyzed using descriptive statistics, and content analysis was conducted for each item and element. The results indicated that 40 out of 89 hospitals in health region 9 were assessed (45%). Approximately 30 hospitals (75%) were at the beginning level of development, while 6 hospitals (15%) achieved an excellent level. Among the Center/General hospitals, 66.7% achieved an excellent level, while 87.9% of community hospitals were at the beginning level. To improve the standard of occupational health services, hospitals should receive operational policy support from provincial agencies and undergo supervision, monitoring, and academic evaluation. The focus should be on developing the potential of personnel responsible for occupational health and environmental medicine. Additionally, promoting knowledge and understanding in the operation of occupational medicine and environmental medicine is crucial for the hospitals to function sustainably in a network format and continuously present performance results.

Keywords: Hospital, Occupational health and environmental medicine services standard, Level

บทนำ

พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562[1] มีเจตนารมณ์ให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ ทันการณ์ ด้วยมาตรฐานการให้บริการอย่างเดียวกัน ในบทเฉพาะกาล กฎกระทรวง มาตรา 24 กำหนดมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการอาชีวเวชกรรม กำหนดมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และสถานบริการสุขภาพต้องสามารถจัดบริการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการทำงาน ปลอดภัยจากการประกอบอาชีพและปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม มีสุขภาพจิตดี และสอดคล้องตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554[2] ของกระทรวงแรงงาน กำหนดในมาตรา 3 วรรค 2 ให้ส่วนราชการจัดให้มีมาตรฐานในการบริหารและจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงานโดยไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน โรงพยาบาลถือเป็นหน่วยบริการหลักในการให้บริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้ดำเนินการดูแลสุขภาพคนทำงานในสถานบริการสุขภาพตามแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2550 อย่างต่อเนื่อง และในปัจจุบันใช้การประเมินผลการจัดบริการตามมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาล 5 องค์ประกอบ งานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้ดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานตามแนวทางการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการสุขภาพ ประสานแผนการดำเนินงาน ประชุมพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยง จัดทำหนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สนับสนุนวิชาการ สนับสนุนชุดความรู้ จัดสรรสิ่งสนับสนุน อบรมการใช้เครื่องมือทางอาชีวเวชศาสตร์ อาชีวสุขศาสตร์ สนับสนุนให้มีการตรวจประเมินสิ่งแวดล้อม ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของลักษณะงาน และตรวจประเมินรับรองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายอดสะสม 2 ปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีผลการดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับเริ่มต้นพัฒนา จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯในโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อพัฒนาและยกระดับการดำเนินงานให้โรงพยาบาลสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ที่สูงขึ้นจนถึงระดับดีเด่น เพื่อให้สถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและสอดคล้องตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โรงพยาบาล[3] หมายถึง สถานที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย คือทั้งการตรวจรักษา และป้องกันโรคให้แก่ประชาชน และมีเตียงสำหรับรับคนไข้เข้าพักรักษาตัว

การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (การจัดบริการอาชีวอนามัยฯ)[4] หมายถึง การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จังหวัดสมุทรปราการ

มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาล 5 องค์ประกอบ[4] หมายถึงองค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอกในพื้นที่รับผิดชอบ องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับในหน่วยบริการ การประเมิน การวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรคอุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชนที่อาจได้รับหรือได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (ตาราง 1)

วิธีดำเนินการศึกษา[5]

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive studies) ในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโรงพยาบาลที่มีผลการประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ปี 2564-65 ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาถึงระดับดีเด่น ทั้งหมดจำนวน 40 แห่ง และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคลากรที่นำเสนอผลการดำเนินงาน ตามรายองค์ประกอบที่ 1–5

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

คือ แบบประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย ฯ แบ่งเป็น 3 ส่วน

1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ประเภทโรงพยาบาล บุคลากร จำนวน วุฒิการศึกษาของผู้รับผิดชอบงาน การอบรม

2) แบบเก็บข้อมูลผลคะแนนจากการประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ รายองค์ประกอบ

3) สัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯรายองค์ประกอบ

ตาราง 1 แสดงจำนวนข้อและคะแนนรายองค์ประกอบตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาล 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	รพศ./รพท.		รพช.	
	ข้อ	คะแนน	ข้อ	คะแนน
1. การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	9	27	8	24
2. การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล	10	30	10	30
3. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกผู้ประกอบอาชีพภายนอก	9	27	9	27
4. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	12	36	10	30
5. การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชน	8	24	5	15
รวม	**48**	**150**	**42**	**126**

การพิจารณาสรุประดับตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแต่ละข้อคะแนนเต็ม 3 ต้องมีคะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับไม่ให้ข้ามลำดับ โดยการพิจารณาค่าคะแนนแต่ละข้อ รายองค์ประกอบ คะแนน 0 คือ ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์ คะแนน 1 คือ เริ่มต้นดำเนินการโดยมีแผนหรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง แต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมด คะแนน 2 คือ มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ คะแนน 3 คือ มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในแต่ละระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ระดับเริ่มต้นพัฒนา ต้องผ่าน องค์ประกอบที่ 1 และ 2 ด้วยคะแนนร้อยละ 80

ระดับดี ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3 คะแนนร้อยละ 80 และองค์ประกอบที่ 4 ร้อยละ 60

ระดับดีมาก ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3 คะแนนร้อยละ 80 และองค์ประกอบที่ 4 ร้อยละ 70

ระดับดีเด่น ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5 คะแนนร้อยละ 80 ทุกองค์ประกอบ

โรงพยาบาลชุมชน

ระดับเริ่มต้นพัฒนา ต้องผ่าน องค์ประกอบที่ 1 และ 2 ด้วยคะแนนร้อยละ 70

ระดับดี ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3 คะแนนร้อยละ 70 และองค์ประกอบที่ 4 ร้อยละ 50

ระดับดีมาก ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3 คะแนนร้อยละ 70 และองค์ประกอบที่ 4 ร้อยละ 60

ระดับดีเด่น ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5 คะแนนร้อยละ 70 ทุกองค์ประกอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ให้โรงพยาบาล จัดเตรียมแฟ้มเอกสารการดำเนินงานเป็นรายข้อในลักษณะเชิงกระบวนการจากคะแนน 1,2 และ 3 ในแต่ละข้อ และแยกเป็นองค์ประกอบ จัดเตรียมแฟ้มตามระดับที่ต้องการรับประเมิน

2) นำเสนอผลการดำเนินงานด้วยวาจาแสดงโดยสไลด์นำเสนอ เรียงเป็นข้อ เรียงตามคะแนน

3) หลังจากนำเสนอ ผู้ประเมิน สอบทวนเอกสารตามแฟ้มงานรายข้อ ตามองค์ประกอบ

4) ผู้ประเมินซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นแลกเปลี่ยน จุดเด่น ประเด็นที่ไม่สามารถดำเนินการ

5) รวบรวมผลคะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยการค้นหาประเด็นหลักตามบริบทของเกณฑ์ฯ มาสรุปวิเคราะห์เชื่อมโยง

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

โรงพยาบาลในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 89 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 11 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 78 แห่ง รับการประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ปี 2564-2565 จำนวน 40 แห่ง (ร้อยละ 45) จำแนกตามผลการประเมินฯ รายจังหวัด พบว่า บุรีรัมย์ เข้ารับการประเมินมากที่สุด ร้อยละ 56.5 รองลงมา สุรินทร์ ร้อยละ 47.1 ชัยภูมิ ร้อยละ 43.8 นครราชสีมา ร้อยละ 36.4 ผลการประเมินของทุกจังหวัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินฯ จำแนกตามผลการประเมินฯ รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนรพ. (แห่ง)	รับประเมิน (แห่ง)	ระดับการประเมินที่ได้ (n = 40)			
			เริ่มต้นฯ (%)	ดี (%)	ดีมาก (%)	ดีเด่น (%)
นครราชสีมา	33	12(36.4)	11 (91.7)	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)
ชัยภูมิ	16	7(43.8)	3 (42.8)	2 (28.6)	1 (14.3)	1 (14.3)
บุรีรัมย์	23	13(56.5)	12 (92.3)	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)
สุรินทร์	17	8(47.1)	4 (50.0)	1 (12.5)	0 (0)	3 (37.5)
เขตสุขภาพที่ 9	89	40(45.0)	30 (75.0)	3 (7.5)	1 (2.5)	6 (15.0)

เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนประเภทโรงพยาบาลกับผลการประเมิน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผ่านในระดับดีเด่น 4 ใน 7 แห่ง (ร้อยละ 57.1) โรงพยาบาลชุมชนผ่านในระดับเริ่มต้นพัฒนา 29 ใน 33 แห่ง (ร้อยละ 87.8) (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล และผลการประเมินฯ

การประเมิน	หน่วยบริการ (n = 40)				รวม	
	รพศ/รพท (n = 7)		รพช (n = 33)			
	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
เริ่มต้นพัฒนา	1	14.3	29	87.8	30	75.0
ดี	1	14.3	2	6.1	3	7.5
ดีมาก	1	14.3	0	0	1	2.5
ดีเด่น	4	57.1	2	6.1	6	15
รวม	7	100	33	100	40	100

พิจารณาข้อมูลทั่วไป โรงพยาบาลรับการประเมินตามมาตรฐานฯ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 7 แห่ง (ร้อยละ 17.5) พบข้อมูลทั่วไป มีบุคลากร 6-10 คน 4 แห่ง (ร้อยละ 57.1) แพทย์ 1-2 คน 6 แห่ง (ร้อยละ 85.7) แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 1-2 คน 6 แห่ง (ร้อยละ 85.7) นักวิชาการสาธารณสุข 1-3 คน 4 แห่ง (ร้อยละ 57.1) นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม 1-2 คน 5 แห่ง (ร้อยละ 71.4) นักวิชาการสาธารณสุขได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม 7 แห่ง (ร้อยละ 100) พยาบาล 4-7 คน 4 แห่ง (ร้อยละ 57.1) พยาบาลอาชีวอนามัย 3 คน 4 แห่ง (ร้อยละ 57.1) พยาบาลได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย 5 แห่ง (ร้อยละ 71.4) (ตาราง 4)

โรงพยาบาลชุมชนเข้ารับการประเมิน 33 แห่ง (ร้อยละ 82.4) พบข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ มีบุคลากร 1-5 คน 29 แห่ง (ร้อยละ 87.9) ไม่มีแพทย์ 27 แห่ง (ร้อยละ 81.8) ไม่มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 32 แห่ง (ร้อยละ 97) มีนักวิชาการสาธารณสุข 1-3 คน 27 แห่ง (ร้อยละ 81.8) ไม่มีนักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม 21 แห่ง (ร้อยละ 63.6) นักวิชาการสาธารณสุขไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม 17 แห่ง (ร้อยละ 51.5) ไม่มีพยาบาล 20 แห่ง (ร้อยละ 60.6) ไม่มีพยาบาลอาชีวอนามัยและ พยาบาลไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย 27 แห่ง (ร้อยละ 81.8) (ตาราง 4)

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน(ร้อยละ)	โรงพยาบาลชุมชน จำนวน(ร้อยละ)
ประเภทโรงพยาบาล	7 (17.5)	33 (82.5)
บุคลากรที่ปฏิบัติงาน		
1-5 คน	1 (14.3)	29 (87.9)
6-10 คน	4 (57.1)	4 (12.1)
มากกว่า 10 คน	2 (28.6)	0 (0)
	Mean (S.D.) = 9 (3.02)	Mean (S.D.) = 2.79 (2.06)
	min-max = 4-14 คน	min-max = 1-10 คน
แพทย์		
0 คน	0 (0)	27 (81.8)
1-2 คน	6 (85.7)	6 (18.2)
3 คน	1 (14.3)	0 (0)
	Mean (S.D.) = 1.86 (0.69)	Mean (S.D.) = 0.18 (0.39)
	min-max = 1-3 คน	min-max = 0-1 คน
แพทย์อาชีวเวชศาสตร์		
0 คน	0 (0)	32 (97.0)
1-2 คน	6 (85.7)	1 (3.0)
3 คน	1 (14.3)	0 (0)
	Mean (S.D.) = 1.71 (0.76)	Mean (S.D.) = 0.03 (0.17)
	min-max = 1-3 คน	min-max = 0-1 คน
นักวิชาการสาธารณสุข		
0 คน	0 (0)	1 (3.0)
1-2 คน	4 (57.1)	27 (81.8)
4-6 คน	3 (42.9)	5 (15.2)
	Mean (S.D.) = 3.29 (1.49) min-max = 1-5 คน	Mean (S.D.) = 1.97 (1.59) min-max = 0-6 คน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน(ร้อยละ)	โรงพยาบาลชุมชน จำนวน(ร้อยละ)
นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม		
0 คน	0 (0)	21 (63.6)
1-2	5 (71.4)	12 (36.4)
3-4 คน	2 (28.6)	0 (0)
	Mean (S.D.) = 2.14 (1.07) min-max = 1-4 คน	Mean (S.D.) = 0.42 (0.61) min-max = 0-2 คน
นักวิชาการสาธารณสุขได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม		
ได้รับการอบรม	7 (100)	16 (48.4)
ไม่ได้รับการอบรม	0 (0)	17 (51.5)
	Mean (S.D.) = 1.86 (1.07) min-max = 1-3 คน	Mean (S.D.) = 0.79 (1.11) min-max = 0-5 คน
พยาบาล		
0 คน	0 (0)	20 (60.6)
1-3 คน	3 (42.9)	12 (36.4)
4-7 คน	4 (57.1)	1 (3.0)
	Mean (S.D.) = 3.71 (2.21) min-max = 1-7 คน	Mean (S.D.) = 0.61 (0.99) min-max = 0-4 คน
พยาบาลอาชีวอนามัย		
0 คน	0 (0)	27 (81.8)
1 คน	3 (42.9)	6 (18.2)
3 คน	4 (57.1)	0 (0)
	Mean (S.D.) = 2.14 (1.07) min-max = 1-3 คน	Mean (S.D.) = 0.18 (0.39) min-max = 0-1 คน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน(ร้อยละ)	โรงพยาบาลชุมชน จำนวน(ร้อยละ)
พยาบาลได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย		
ได้รับการอบรม	5 (71.4)	6 (18.2)
ไม่ได้รับการอบรม	2 (28.6)	27 (81.8)
	Mean (S.D.) = 1.86 (1.57) min-max = 0-4 คน	Mean (S.D.) = 0.18 (0.46) min- max = 0-2 คน

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การดำเนินงานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบที่ 1) การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 2) การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล 3) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอกในพื้นที่รับผิดชอบ 4) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับในหน่วยบริการ การประเมิน การวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรค อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ 5) การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชนที่อาจได้รับหรือได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลศูนย์ สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมในทุกประเด็น มีความพร้อมด้านบุคลากรและทรัพยากร โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีข้อจำกัดในหลายประเด็น โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนบางพื้นที่ที่ปรับมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ต้องใช้เกณฑ์การประเมินเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทำให้ในบางหัวข้อยังไม่สามารถดำเนินการได้ ประเด็นหลักๆได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 และ 4 ประเด็นโครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยไม่เป็นไปตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมยังไม่เพียงพอในการดำเนินงานการจัดบริการ องค์ประกอบที่ 4 ความไม่พร้อมเรื่องเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์และอาชีวสุขศาสตร์ ความไม่พร้อมด้านบุคลากรในการดำเนินงาน การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงานจากโรคหรืออุบัติเหตุ การดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน และในระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ผลการประเมินอยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา เนื่องด้วยปัจจัยหลายด้าน องค์ประกอบที่ 1 ส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบายเฉพาะด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล แผนปฏิบัติการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพอื่นๆหรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมมีน้อย โครงสร้างอัตรากำลังอยู่ในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งรับผิดชอบงานหลายด้าน ผู้รับผิดชอบหลักส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมค่อนข้างน้อย การทำงานส่วนใหญ่ทำโดยผู้รับผิดชอบงาน องค์ประกอบที่ 2 การดูแลบุคลากรในหน่วยงานมีการดำเนินการค่อนข้างครบถ้วนสมบูรณ์ องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกไม่สามารถเข้าถึงสถานประกอบการขนาดใหญ่ส่วนใหญ่จัดบริการในกลุ่มเกษตรกรและในสถานที่

ทำงานขนาดเล็ก การจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงานครบวงจร ยังไม่เข้าใจประเด็นในการดำเนินงานเนื่องจากต้องเริ่มตั้งแต่ การเดินสำรวจ ประเมิน จัดระดับความเสี่ยง สื่อสารและการบริหารจัดการความเสี่ยง จัดทำรายการตรวจสุขภาพ จัดโปรแกรมโดยบูรณาการให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและความเสี่ยง สนับสนุนให้สถานประกอบการมีการคัดกรอง ส่งต่อผู้สงสัยโรคจากการทำงาน บริหารจัดการผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน ซึ่งองค์ประกอบนี้ต้องใช้ความรู้และความสามารถในการเข้าถึงสถานประกอบการมาก องค์ประกอบที่ 4 ความไม่พร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ ประเมิน วินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ส่งต่อ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งกรอบการดำเนินงานต้องมีบุคลากรที่มีความพร้อมในการจัดบริการ การจัดบริการเชิงรุก (องค์ประกอบที่ 3) และเชิงรับ (องค์ประกอบที่ 4) ไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์หรือมีการดำเนินการอยู่บ้างแต่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากขาดองค์ความรู้ ทักษะ บุคลากร เครื่องมือ ไม่เพียงพอในการจัดบริการ องค์ประกอบที่ 5 การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สามารถดำเนินงานได้ คือ มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ประเด็นการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่มีการดำเนินงานน้อย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564-2565 เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2564-2565 และเพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนางานอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในระดับโรงพยาบาล ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนประเภทโรงพยาบาลของการเข้ารับการประเมินฯ ร้อยละ 66.7 ผ่านในระดับดีเด่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ซึ่งต้องผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 5 องค์ประกอบ ร้อยละ 80 ทุกองค์ประกอบ เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พบปัจจัยด้านหน่วยงาน ขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ปัจจัยด้านบุคลากรโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีการจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข[6] มีความพร้อมในด้านของอัตรากำลัง ซึ่งส่วนใหญ่มีบุคลากร 6-10 คน มากสุด 14 คน สามารถจัดบุคลากรรับผิดชอบตามกล่องภารกิจได้ครบถ้วน ครอบคลุม ปัจจัยด้านวิชาการ มีบุคลากรตามสายงานที่เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนางานตามกรอบการดำเนินงานอาชีวเวชกรรม มีแพทย์ 1-2 คน ร้อยละ 87.7 แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ร้อยละ 85.7 นักวิชาการสาธารณสุข 1-3 คน ร้อยละ 57.1 นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม 1-2 คน ร้อยละ 71.4 นักวิชาการสาธารณสุขได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100 พยาบาล 4-7 คน ร้อยละ 57.1 พยาบาลอาชีวอนามัย 3 คน ร้อยละ 57.1 พยาบาลได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย ร้อยละ 71.4 สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. 2547[7] พบปัจจัยด้านหน่วยงาน ขนาดของโรงพยาบาล

ความพร้อมด้านบุคลากรและปัจจัยด้านความรู้ การได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลฯ ส่วนโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 87.8 ผ่านในระดับเริ่มต้นพัฒนา ซึ่งต้องผ่านตามเกณฑ์ฯ องค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ร้อยละ 70 จากผลการศึกษา มีบุคลากร 1-5 คน ร้อยละ 87.9 ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 81.8 ไม่มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ร้อยละ 97 มีนักวิชาการสาธารณสุข 1-3 คน ร้อยละ 81.8 นักวิชาการสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 63.6 ไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 51.5 ไม่มีพยาบาลร้อยละ 60.6 ไม่มีพยาบาลอาชีวอนามัยและพยาบาลไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย ร้อยละ 81.8 ทำให้โรงพยาบาลชุมชนเมื่อต้องมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จะดำเนินงานในองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 ซึ่งการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนามาตั้งแต่ปี 2550 แต่ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนส่วนมากไม่ถูกพัฒนาให้สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยในด้านอื่นตามรายองค์ประกอบได้ ส่วนใหญ่แผนปฏิบัติการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพอื่น หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา[8] พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการให้การสนับสนุนงานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลแต่มีอุปสรรคในเรื่องความไม่ชัดเจนในการกำหนดแผนงานด้านนี้ ทั้งนี้การพัฒนาให้ถึงระดับดีเด่น บุคลากรต้องมีความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา[9] พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบไปด้วยการบริหารจัดการ การดำเนินงาน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ปัญหา ทีมงานเครือข่าย และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการรพ.สต. จังหวัดหนองคาย[10] พบว่าปัจจัยการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ การจูงใจด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยผู้บริหารให้การสนับสนุนรวมทั้งลักษณะงานจะสามารถช่วยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลได้ และการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานีอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ[11] พบว่าหลังการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่าย เรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน พบว่าสถานีอนามัยสามารถยกระดับการผ่านเกณฑ์ประเมินจากระดับดีเป็นระดับดีและดีมาก การศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน[12] มีข้อเสนอแนะเรื่องการจัดบริการอาชีวอนามัยควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงนโยบาย การนิเทศติดตาม การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ด้านการรับรู้ในงานอาชีวอนามัย และการศึกษาแนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา[8] พบระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมและความรู้ความเข้าใจด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากร ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

ในสังกัดกรุงเทพมหานคร[13] กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในระดับปานกลาง การดำเนินงาน อาชีวอนามัยในองค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก ไม่สามารถเข้าถึงสถานประกอบการขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่จัดบริการในกลุ่มเกษตรกรและในสถานที่ทำงานขนาดเล็ก บุคลากรผู้รับผิดชอบงานควรมีทักษะในการสื่อสารแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ประกอบอาชีพ การเข้าถึงสถานประกอบการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยที่ดี ได้แก่ มีประวัติอบรมด้านอาชีวอนามัย มีการสนับสนุนที่ดีจากหน่วยงาน ในการดำเนินงานตามองค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ ประเมิน วินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ส่งต่อ ฟื้นฟูสมรรถภาพ จากข้อมูลผลการศึกษาโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 81.8 ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 97.0 ไม่มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ ไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัยหรือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 51.5 ไม่มีพยาบาล ร้อยละ 60.6 ไม่มีพยาบาลอาชีวอนามัย และพยาบาลไม่ได้รับการอบรมด้านอาชีวอนามัย ร้อยละ 81.8 จากข้อมูลข้างต้น ทำให้การดำเนินงานในกิจกรรมเชิงรับ ประเมิน วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ส่งต่อ และฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กรณีศึกษากลุ่มผู้ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย[14] หลังการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยแบบมีส่วนร่วมพบว่ามาตรฐานการจัดบริการดีขึ้นทุกองค์ประกอบและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการ และองค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่มีการดำเนินงานน้อย บางพื้นที่มีประเด็นด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถจับประเด็นด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้การประเมินระดับดี ดีมาก ดีเด่น ของโรงพยาบาลชุมชนมีน้อย เป็นความท้าทายของงานด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของรพ.สต. พื้นที่ สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี[15] พบ รพ.สต. ร้อยละ 56.6 ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 5 การมองงานประเด็นด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมอาจเริ่มดำเนินงานจากการเฝ้าระวังแหล่งมลพิษในพื้นที่จากอาชีพของชุมชน เช่น ฝุ่น ควันจากการเผาไร่อ้อย มลพิษจากบ่อขยะ การปนเปื้อนของสารเคมีทางการเกษตรในแหล่งน้ำชุมชน เป็นต้น งานวิจัยการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืน ในโรงงานอุตสาหกรรมต้นแบบ กรณีศึกษาโรงงานบีสไพพ์ ฟิตติ้ง อินดัสตรี จำกัด จังหวัดสมุทรสาคร[16] พบกลไกความสำเร็จการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืน ต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติตามแผน และการนำเสนอการดำเนินงานให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

แนวทางการพัฒนางานตามมาตรฐานฯ ในเชิงนโยบาย โรงพยาบาลควรได้รับการสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานจากหน่วยงานระดับจังหวัด การนิเทศ การติดตามประเมินผล เชิงวิชาการ เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงาน การส่งเสริมการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

เกิดการเรียนรู้การดำเนินงานอย่างยั่งยืนในรูปแบบเครือข่าย และการนำเสนอผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกในเรื่องปัจจัยความสัมพันธ์ของระดับการประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและเครือข่ายทุกท่านที่มุ่งมั่นการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดี ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ช่วยพัฒนาการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 67 ก (ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2562). หน้า 215-235.
2. กระทรวงแรงงาน. พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128, ตอนที่ 4 ก (ลงวันที่ 17 มกราคม 2554). หน้า 5-25.
3. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 [อินเตอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤศจิกายน 22]. เข้าถึงได้จาก: https://dictionary.orst.go.th/
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2562. นนทบุรี: 2561.
5. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์ และทวีสิน ตันประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2550.
6. โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤศจิกายน 22]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/adminis/struck.pdf
7. วรรณา จงจิตรไพศาล, อดุลย์ บัณฑุกุล, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล. การดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย พ.ศ. 2547. วารสารการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2549;13(3):234-247.
8. มานพ กาเลี่ยง. แนวทางการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม ของ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สาขามนุษศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2558 ;2(2):72-84.
9. นภัค ด้วงจุมพล, ยุวดี วิทยพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556;27(3):83-93.
10. เพชรสมร ไพรพะยอม, ประจักร บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;10(3):11-22.
11. บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์, โสภาพรรณ จิรนิรัติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานีอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารควบคุมโรค. 2554;37(1):1-8.
12. ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):56-69.
13. วีรนุช เชาวกิจเจริญ, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, สรันยา เฮงพระพรหม. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร. เชียงใหม่เวชสาร. 2564;60(4):599-613.
14. รณรงค์ ศรีพล. การจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย: กรณีศึกษากลุ่มผู้ขายสลากกินแบ่งรัฐบาล อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2562. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2563;5(1):107-127.
15. วงศกร อังคะคำมูล. การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562;2(3):156-165.
16. เบ็ญจา เตากล่ำ, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ. การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรมต้นแบบ กรณีศึกษาโรงงานบีสไพพ์ ฟิตติ้ง อินดัสตรี จำกัด จังหวัดสมุทรสาคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต:กรุงเทพฯ. 2554.

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [50-63]

ความชุกของการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพลอไรในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among patients in a community hospital, Nakhon Ratchasima province

อนุชิต หมกประโคน[1], ศศิธร ชาววัลจันทึก[1], กัมปนาท ฉายชูวงษ์[2*]
Anuchit Mokprakhon[1], Sasithorn Chaowanjantuek[1], Kampanart Chaychoowong[2*]

[1]โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา,
[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province,
[2]Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Corresponding author: kampanart@scphc.ac.th

(Received: Mar 27, 2023 / Revised: May 08, 2023 / Accepted: May 16, 2023)

บทคัดย่อ

Helicobacter pylori (H. pylori) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบได้ในกระเพาะอาหารของมนุษย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง และสามารถนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็ง การศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน และวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* โดยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (Rapid urease test: CLO) ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นการศึกษาพรรณนาแบบภาคตัดขวางย้อนหลังนี้ จึงต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน โดยทำการเก็บรวมรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 53 ค่ามัธยฐานอายุ 61 ปี (17 – 95 ปี) ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง (Esophagogastroduodenoscopy, EGD) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคแผลที่เยื่อบุลำไส้เล็ก คิดเป็นร้อยละ 23.25 และ 11 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ *H. pylori* จากผลตรวจ CLO test จำนวน 85 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CLO test ทั้งหมดจำนวน 363 ราย ความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.42 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ *H. pylori* คือ ผู้ที่ใช้ยาลูกกลอน หรือยาน้ำแผนโบราณ (OR 3.22, p = 0.015) และโรคแผลที่เยื่อบุลำไส้เล็ก (OR 2.15, p = 0.043) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ด้วยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น และผู้ป่วยที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ ควรได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ *H.pylori* ที่รวดเร็วและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งได้มากยิ่งขึ้นเช่นกัน

คำสำคัญ: การติดเชื้อ *H. pylori*, การส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน, การทดสอบการผลิตเอนไซม์

Abstract

Helicobacter pylori (H. pylori) is a gram-negative bacterium found in the human stomach, which can cause chronic gastritis and may even lead to cancer. Studies on the prevalence of *H. pylori* infection using upper gastrointestinal endoscopy and the rapid urease (CLO) test in community hospitals in Thailand are limited. Therefore, this retrospective cross-sectional descriptive study aimed to investigate the prevalence and risk factors of *H. pylori* infection among 400 cases undergoing upper gastrointestinal endoscopy at a community hospital in Nakhon Ratchasima Province. The data were collected from January 1, 2019, to December 31, 2021. The results among the 400 participants showed that there were 212 males (53.00%), with a median age of 61 years (ranging from 17 to 95 years). Diagnosis using esophagogastroduodenoscopy indicated that most of them had gastritis (58.00%), followed by gastric ulcer (23.25%), and duodenal ulcer (11.00%). Moreover, 85 out of 363 were detected with *H. pylori* through the rapid urease test (CLO). Consequently, the prevalence of *H. pylori* infection in the hospital was 23.42%. The identified risk factors were those who used bolus or liquid Thai traditional medicine (OR = 3.22, p = 0.015) and those who had duodenal ulcers (OR = 2.15, p = 0.043). Thus, the study recommends early diagnosis, particularly for people who had duodenal ulcers and used bolus or liquid Thai traditional medicine. This approach may help minimize the severity of the infection and reduce the risk of important complications, such as cancer.

Keywords: *H. pylori* infection, Esophagogastroduodenoscopy, Rapid urease (CLO) test

บทนำ

Helicobacter pylori เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่พบได้ในกระเพาะอาหารของมนุษย์ ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง และสามารถนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งได้ โดยพบการติดเชื้อ *H. pylori* ประมาณร้อยละ 50 ในประชากรทั่วโลก และพบอัตราความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว[1] ทั้งนี้การศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากการวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* สามารถทำได้โดยการส่องกล้อง (esophagogastroduodenoscopy: EGD) ซึ่งเป็นระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาดใหญ่บางแห่ง

วิธีในการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ *H. pylori* มีหลายวิธี อาทิ การตรวจทางภูมิคุ้มกัน (serology) ด้วยการตรวจหาแอนติบอดี้ (anti-*H. pylori* IgG antibody) การตรวจทางลมหายใจ (urea breath test) หรือการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (endoscope) เพื่อตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารแล้วนำมาทดสอบหาเชื้อ *H. pylori* ด้วยวิธีจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ (histology) การส่งตรวจเพาะเชื้อ (culture) และการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (rapid urease test)[2] ปัจจุบันมีการศึกษายีนส์เพื่อใช้ในการทำนายการติดเชื้อ *H. pylori* เพื่อหายีนส์ที่แสดงสายพันธ์ที่ก่อโรครุนแรงและนำไปสู่การเป็นมะเร็ง เช่น การตรวจหา Vacuolating cytotoxin A (VacA) gene, cytotoxin-associated gene A (CagA) gene[3,4] และ anti-East type CagA-specific antibody (**α** -EAS Ab) พบว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบมีความชุกของการติดเชื้อ H. pylori ร้อยละ 45.9 และมีอัตราการติดเชื้อสูงในภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคเหนือ ส่วนอัตราการตรวจพบ **α**-EAS Ab ประมาณร้อยละ 10 แสดงถึงโอกาสที่ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบที่รุนแรงหรือมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 10 ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยลดโอกาสในการเป็นมะเร็งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[5]

การศึกษาในประเทศไทยพบการศึกษาเพื่อหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และความถูกต้อง (accuracy) เพื่อหาวิธีการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6-8] โดยจากการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยให้หยุดการใช้ยาก่อนเข้ารับการตรวจ[9] รวมถึงมีวิธีการตรวจให้ผลการตรวจที่แตกต่างกัน โดยการตรวจที่เป็น gold standard ในการตรวจหาเชื้อ *H. pylori* ในประเทศไทย คือ การตรวจด้วยวิธีการส่งตรวจเพาะเชื้อ วิธีจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ และวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน อาทิ การตรวจด้วยวิธีการส่งตรวจเพาะเชื้อมีข้อดี คือ มีความจำเพาะและความถูกต้องสูง แต่มีข้อเสียคือ มีความไวต่ำ จึงจำเป็นต้องใช้การตรวจด้วยห้องจุลชีววิทยา ซึ่งมีอย่างจำกัดในโรงพยาบาลชุมชน จำเป็นต้องส่งตัวอย่างไปตรวจที่โรงพยาบาลแม่ข่ายขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัด ส่วนการตรวจทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ มีข้อดีคือ มีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องสูง แต่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการอ่านผลตรวจ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน และการตรวจด้วยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์มีข้อดีคือ มีความจำเพาะและความถูกต้องสูง แต่ความไวมีความหลากหลายในแต่ละการศึกษา แต่สามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลชุมชน[2]

การศึกษานี้จึงสนใจทำการศึกษาหาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินอาหารหรือการตัดชิ้นเนื้อ

เยื่อบุกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยวิธีการทดสอบการผลิตเอนไซม์ (CLO test) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดติดเชื้อ *H. pylori* เพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับตรวจและเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Biopsies) แล้วทดสอบการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยเทคนิค CLO test ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร (Biopsies) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณค่าสัดส่วนแบบที่ไม่ทราบขนาดประชากร[10] กำหนดค่าสถิติความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 และใช้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เท่ากับ 0.508[1] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 ตัวอย่าง และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติมอีกร้อยละ 4[11] ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 400 ตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างด้วยเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา และได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารและตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหาร 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และ 3) มีประวัติการบันทึกข้อมูลที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีส่องกล้องทางเดินอาหารหรือการตัดชิ้นเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารในเวชระเบียนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว 2) ข้อมูลรายงานภายในของห้องผ่าตัด ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน วันที่ได้รับการส่องกล้อง รหัสโรค และค่าใช้จ่ายรวม 3) ข้อมูลทะเบียนการส่องกล้องของห้องผ่าตัด ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ระยะเวลาของอาการ ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว สัญญาณชีพ ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจ CLO test และผลการส่องกล้อง 4) ข้อมูลการส่องกล้องในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ระดับความรุนแรง คะแนนประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะได้รับการหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้อง ปัจจัยเสี่ยงและประวัติการส่องกล้องที่ผ่านมา และ 5) ข้อมูล

การส่องกล้องที่ผ่านมา ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ระดับความรุนแรง คะแนนประเมินผู้ป่วยเลือดออกทางเดินอาหารมีโอกาสที่จะได้รับการหยุดเลือดระหว่างการส่องกล้อง ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการส่องกล้องที่ผ่านมา และข้อมูลการใช้ยา

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ NRPH016 รับรองเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน 2) ค้นหาเวชระเบียนจากการนำเข้าข้อมูลการบันทึกการส่องกล้อง (EGD) ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนการทำหัตถการของห้องผ่าตัด 3) แปลงรหัสข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเป็นรหัสสำหรับคณะผู้วิจัย เพื่อไม่ให้ผู้อื่นสามารถสืบค้นหรือเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย และจะเก็บเป็นความลับสำหรับคณะผู้วิจัยเท่านั้น 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้น และ 5) นำผลการเก็บข้อมูลมาพิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนา ที่ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยว เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) และวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio และค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน จำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.00 อายุเฉลี่ย 59.77 ± 14.02 ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.25 โดย 3 อันดับแรกของโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการส่องกล้อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 57.98, 29.57 และ 23.74 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องคือ โรคกระเพาะอาหาร และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.75 และ 40.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	212 (53)
หญิง	188 (47)
อายุ (ปี)	
≤ 30	12 (3)
31 – 50	91 (22.75)
91 (22.75)	200 (50)
51 – 70	97 (24.25)
≥ 71	97 (24.25)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	61 (17 – 95)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	143 (35.75)
มี*	257 (64.25)
- ความดันเลือดสูง	149 (57.98)
- ไขมันในเลือดสูง	76 (29.57)
- โลหิตจาง	61 (23.74)
- เบาหวาน	56 (21.79)
- หลอดเลือดสมองอุดตัน	21 (8.17)
- หัวใจ	21 (8.17)
- ตับแข็ง	18 (7)
- เก๊าท์	18 (7)
- ไตวายเรื้อรัง	15 (5.83)
- ทางเดินหายใจอุดกั้น/หืดหอบ	13 (5.06)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน	
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	175 (43.75)
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	160 (40)
กลืนลำบาก	24 (6)
โลหิตจาง	23 (5.75)
ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ	14 (3.50)
น้ำหนักลดผิดปกติ	2 (0.50)
ไส้เลื่อนกระบังลม (hiatal hernia)	1 (0.25)
อาเจียนเรื้อรัง	1 (0.25)

*กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.25 และ 11 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อ *H. pylori* จากผลการตรวจ CLO test จำนวน 85 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจจำนวน 363 ราย คิดเป็นความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ร้อยละ 23.42 ทั้งนี้พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากการส่องกล้องว่าพบความผิดปกติที่อาจเป็นมะเร็งจากการส่องกล้อง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.50 จึงได้ส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค ซึ่งผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 2.50) โดยมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งหลอดอาหาร จำนวน 5 ราย (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ผลการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง (EGD) ในกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ผลการวินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
โรคที่ถูกวินิจฉัย (n = 400)	
กระเพาะอาหารอักเสบ	232 (58)
แผลในกระเพาะอาหาร	93 (23.25)
แผลที่ลำไส้เล็ก	44 (11)
สงสัยเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	14 (3.50)
เส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร	4 (1)
หลอดอาหารเกิดการฉีกขาด	3 (0.75)
ลำไส้เล็กส่วนต้นอักเสบ	3 (0.75)
ติ่งเนื้อที่กระเพาะอาหาร	2 (0.50)
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	2 (0.50)
อัมพาตสายเสียง	1 (0.25)
หลอดอาหารอักเสบ	1 (0.25)
ปกติ	1 (0.25)
ผล rapid urease test (CLO test) (n = 363)	
ติดเชื้อ *H. pylori*	85 (23.42)
ไม่ติดเชื้อ *H. pylori*	278 (76.58)
ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค	
ไม่พบความผิดปกติร้ายแรง	8 (2)
มะเร็งหลอดอาหาร	5 (1.25)
มะเร็งกล่องเสียง	1 (0.25)
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1 (0.25)
มะเร็งคอหอย	1 (0.25)
เนื้องอกที่กล่องเสียง (Larynx neoplasm)	1 (0.25)
เนื้องอกที่กระเพาะอาหาร (Stomach neoplasm)	1 (0.25)
ก้อนเนื้อคล้ายดอกกะหล่ำที่มีภาวะเลือดออก	1 (0.25)

ผลการวินิจฉัย	จำนวน (ร้อยละ)
หลอดอาหารเกิดการอุดตันและฉีกขาด	1 (0.25)
ติ่งเนื้อที่กระเพาะอาหาร	1 (0.25)

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ตำแหน่งที่พบแผล และการใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ โดยพบว่าเพศชายจะมีการติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าเพศหญิง (p = 0.009) การพบแผลที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนต้นจากการส่องกล้องจะมีการติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าการพบแผลที่ตำแหน่งกระเพาะอาหารและกระเพาะอาหารอักเสบ (p = 0.018) และผู้ที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณจะมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าผู้ไม่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ (p = 0.019) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การพบแผลที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนต้น (OR = 2.148, p = 0.043) และยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ (OR = 3.224, p = 0.015) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับการติดเชื้อ *H. pylori* (n = 363)

ผลการวินิจฉัย	ผู้ป่วย		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	135 (71.05)	55 (28.95)	0.009[*a]
หญิง	143 (82.66)	30 (17.34)	
อายุ (ปี)			
≤30	9 (81.81)	2 (18.19)	0.811[a]
31 - 50	62 (95.38)	23 (4.62)	
51 – 70	137 (77.84)	39 (22.16)	
≥71	70 (76.92)	21 (23.08)	

ผลการวินิจฉัย	ผู้ป่วย		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	
โรคประจำตัว			
มี	180 (75.95)	57 (24.05)	0.696[a]
ไม่มี	98 (77.78)	28 (22.22)	
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน			
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	136 (80)	34 (20)	0.233[a]
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	109 (75.17)	36 (24.83)	
ภาวะอื่นๆ	33 (68.75)	15 (31.25)	
โรคที่ถูกวินิจฉัย (N=348)			
กระเพาะอาหารอักเสบ	171 (78.08)	48 (21.92)	0.018[*a]
แผลในกระเพาะอาหาร	67 (77.91)	19 (22.09)	
แผลที่ลำไส้เล็ก	25 (58.14)	18 (41.86)	
ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค (N=14)			
เป็นเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	4 (80)	1 (20)	1.000[b]
ไม่เป็นเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง	8 (88.89)	1 (11.11)	
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	68 (24.5)	21 (24.7)	0.963[a]
ประวัติใช้ยาชุดแก้ปวด	52 (18.7)	14 (16.5)	0.640[a]
ประวัติใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์	47 (16.9)	13 (15.3)	0.726[a]
ประวัติใช้ยาต้านเกล็ดเลือด	22 (7.9)	5 (5.9)	0.532[a]
ประวัติใช้ยาลูกกลอน/ยาน้ำแผนโบราณ	13 (4.7)	10 (11.8)	0.019[a*]
ประวัติใช้ยาสเตียรอยด์	14 (5.0)	5 (5.9)	0.759[a]

[a]Pearson Chi-Square Test, bFisher's Exact Test, *p < 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ *H. pylori* โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ปัจจัย	ผู้ป่วย		Adjust OR	95%CI		p-value
	ไม่ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)	ติดเชื้อ จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper	
เพศ						
ชาย	135 (71.05)	55 (28.95)	1.680	0.974	2.899	0.062
หญิง	143 (82.66)	30 (17.34)	1			
ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน						
อาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia)	136 (80)	34 (20)	0.550	0.259	1.169	0.120
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น	109 (75.17)	36 (24.83)	0.552	0.255	1.195	0.131
ภาวะอื่นๆ	33 (68.75)	15 (31.25)	1			
โรคที่ถูกวินิจฉัย						
แผลที่ลำไส้เล็ก	171 (78.08)	48 (21.92)	**2.148**	1.023	4.511	**0.043***
แผลในกระเพาะอาหาร	67 (77.91)	19 (22.09)	0.826	0.425	1.606	0.574
กระเพาะอาหารอักเสบ	25 (58.14)	18 (41.86)	1			
ประวัติใช้ยาลูกกลอน/ยาน้ำแผนโบราณ						
ใช้	13 (56.52)	10 (43.48)	**3.224**	1.261	8.242	**0.015***
ไม่ใช้	265 (77.94)	75 (22.06)	1			

*$p < 0.05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 23.42 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยวิธี rapid urease test ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดแน่นท้อง (Dyspepsia) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจในประเทศไทย[12] และการศึกษาในโรงพยาบาลพะเยา[13] ที่ทำการศึกษาโดยการตรวจด้วยวิธี rapid urease test (Pro test) ซึ่งพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 19.63 และ 27.84 ตามลำดับ แต่ความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* จากการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการในระบบทางเดินอาหารในจังหวัดชลบุรี[7] ซึ่งพบการติดเชื้อ *H. pylori* ร้อยละ 58.04 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการตรวจการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วยเทคนิคอื่น ๆ อาทิ การตรวจด้วยเทคนิค histochemical และ anti-East type CagA-specific antibody (**α**-EAS Ab) ในกลุ่มตัวอย่างจาก 17 จังหวัดในประเทศไทยทั้ง 4 ภาค[5] ก็พบความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* สูงถึงร้อยละ 45.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวิธีการตรวจด้วยเทคนิคดังกล่าวนี้ สามารถตรวจจับการติดเชื้อ *H. pylori* ได้ดีกว่าการตรวจด้วยวิธี rapid urease test แต่อย่างไรก็ตามวิธีการตรวจดังกล่าวไม่ได้มีการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางในการตรวจจุลกายวิภาคศาสตร์ของเซลล์และเนื้อเยื่อ (histology) และอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติทางภูมิคุ้มกัน (serology)

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้พบว่าโรคที่ถูกวินิจฉัยจากการส่องกล้องสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ รองลงมาได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น โดยพบอัตราส่วนของการติดเชื้อ *H. pylori* ในภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 21.92 (48 รายจากผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ 219 ราย) แผลในกระเพาะอาหาร ร้อยละ 22.10 (19 รายจากผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร 86 ราย) และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 41.86 (18 รายจากผู้ป่วยที่มีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น 43 ราย) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลพะเยา[13] ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 79.93) รองลงมาคือแผลในกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 15.42) และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น (ร้อยละ 4.23) และพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 30.34 และแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 36.14

ในส่วนของผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาคพบว่า ผลการตรวจยืนยันผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาใน 17 จังหวัดทั่วประเทศไทย[5] ที่พบภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร (gastric intestinal metaplasia) สูงถึงร้อยละ 10.44 แต่เป็นการพยากรณ์โรคว่ามีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งโดยใช้ Operative Link on Gastritis Assessment (OLGA)(14) ในการพิจารณา atrophy score

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ *H. pylori* พบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบว่ามีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นจะมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* เป็น 2.15 เท่าของการเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางเดินอาหารในจังหวัดชลบุรี[7] ที่พบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยที่มีแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ร้อยละ 78.6 และพบการติดเชื้อ *H. pylori* ในผู้ป่วยกระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 44.1 ($p<0.05$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* ในการ

ศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณมีโอกาสติดเชื้อ *H. pylori* เป็น 3.22 เท่าของผู้ที่ไม่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วยในประเทศไนจีเรีย[15] คือ ผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลทุติยภูมิ โดยร้อยละ 38.00 เป็นการสกัดสมุนไพรจากแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[16] ที่พบว่า ร้อยละ 12.97 มีการใช้ยาสมุนไพรแผนโบราณ และร้อยละ 1.62 ใช้ผลิตภัณฑ์ยาลูกกลอน ยาผงสมุนไพรไทย และยาต้มสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังการติดเชื้อ *H.pylori* ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาลูกกลอนหรือยาน้ำแผนโบราณ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อ *H.pylori* สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ *H.pylori* ที่รวดเร็วและเหมาะสมมากยิ่งขึ้นก็จะสามารถช่วยลดความรุนแรง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งได้มากยิ่งขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *H. pylori* และการเกิดมะเร็ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลด่านขุนทดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Zamani M, Ebrahimtabar F, Zamani V, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of Helicobacter pylori infection. Aliment Pharmacol Ther. 2018;47(7):868–876.
2. Prakitpunthu T. Helicobacter pylori: basic and surgical practice. Thai J Surgery. 1997;18(2):73-87.
3. Vivatvakin B, Theamboonlers A, Semakachorn N, Wongsawadi L. Prevalence of CagA and VacA genotype of Helicobacter pylori in Thai children. J Med Assoc Thai. 2004;87 (11):1327-1331.
4. Kishk RM, Soliman NM, Anani MM, et al. Genotyping of Helicobacter pylori virulence genes CagA and VacA: regional and national study. Int J Microbiol. 2021;2021:1-7.
5. Uchida T, Miftahussurur M, Pittayanon R, et al. Helicobacter pylori infection in Thailand: a nationwide study of the CagA phenotype. PLoS ONE. 2015;10(9):e0136775.
6. Kuntaraksa N. Diagnostic Test for Helicobacter Pylori infection by histology and rapid urease (CLO) test at Surin Hospital. Med J Sisaket Surin Buriram Hosp. 2009;24(3):45-54.

7. Mitipat N, Siripermpool P,Jadwattanakul T, Chaunthongkum S.The prevalence of Helicobacter pylori infection in patients with gastrointestinal symptoms in Chon Buri, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005 ;36(2):341-346.
8. Kullavanijaya P, Thong-Ngam D, Hanvivatvong O, Nunthapisud P, Tangkijvanich P, Suwanagool P. Analysis of eight different methods for the detection of Helicobacter pylori infection in patients with dyspepsia. J Gastroenterol Hepatol. 2004;19 (12):1392-1396.
9. Willems P, de Repentigny J, Hassan GM, Sidani S, Soucy G, Bouin M. The Prevalence of Helicobacter pylori infection in a quaternary hospital in Canada. J Clin Med Res. 2020;12(11) :687-692.
10. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences, 7th edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 1999.
11. World Health Organization. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance/noncommunicable diseases and mental health. Gevena: World Health Organization; 2017.
12. Changthom S, Wirachpongsanon A, Jitpratoom P, Anuwong A. Correlation between Helicobacter Pylori gastritis and gastric mucosal pattern by narrow band imaging endoscopy in police general hospital. Mahasarakham Hosp J. 2019;13(3):78-83.
13. Supina S. The Prevalence of Helicobacter Pylori infection in patients with peptic ulcer disease in Phayao hospital, Phayao, Thailand. Phichit Hosp J. 2015;4:39-46.
14. Rugge M, Meggio A, Pennelli G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. Gut. 2007;56(5) :631–636.
15. Fakeye TO, Tijani A, Adebisi O. A survey of the use of herbs among patients attending secondary-level health care facilities in southwestern Nigeria. J Herb Pharmacother. 2007;7 (3-4):213-227.
16. Asipong S. Health product use behavior with no medical indications among patients with chronic diseases at Rasi Salai, Sisaket Province. Thai J Pharm Pract. 2015;7(2):105-113.

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [64-79]

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาตามอาการกับการฉีดยาไดอะซิแพม เข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

Comparison of the Effectiveness between Symptom-Triggered Regimen and Intravenous Loading Diazepam Regimen for Alcohol Withdrawal In-Patients in a Community Hospital, Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province

สมบัติ นนท์ขุนทด[1], ศศิธร ชาววัลจันทึก[1], กิตติยาภรณ์ คมพิทยากุล[1], กัมปนาท ฉายชูวงษ์[2*]
Sombat Nonkhunthod[1], Sasithorn Chaowanjantuek[1], Kittiyaporn Kompityakul[1], Kampanart Chaychoowong[2*]

[1]โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province
[2]Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Corresponding author: kampanart@scphc.ac.th
(Received: Mar 27, 2023 / Revised: May 29, 2023 / Accepted: Jun 6, 2023)

บทคัดย่อ

ภาวะถอนพิษสุรา ที่มีอาการรุนแรงอาจนำไปสู่การรักษาแบบนอนโรงพยาบาล หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ติดสุราขณะนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เช่น มีอาการเพ้อ หรือโรคจิตชนิดเฉียบพลัน ซึ่งแผนการรักษาทั่วไป คือ การทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังนั้น การศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมากด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนในรูปแบบการให้ยาตามอาการกับรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสมาตรฐาน ICD 10: F1030/F1031 และคะแนน AWS ≥15 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบให้ยาตามอาการ และกลุ่มที่ 2 คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 136 ราย พบกลุ่มตัวอย่างได้รับรักษาแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) จำนวน 66 ราย และแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2)

จำนวน 70 ราย ค่ามัธยฐานจำนวนชั่วโมงที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน AWS ≥ 15 ในกลุ่มที่ 1 และ 2 เท่ากับ 40 และ 28 ชั่วโมง ตามลำดับ (p=0.002) ค่าเฉลี่ยคะแนน AWS ขณะนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 13.5 ± 2.68 และ 12.5 ± 2.34 ตามลำดับ (p=0.029) ค่าคะแนน AWS ตามอาการ ได้แก่ เหงื่อ วิตกกังวล และกระสับกระส่าย พบว่า กลุ่มที่ 2 มีคะแนน AWS หลังการรักษาต่ำกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มอาการโรคจิตชนิดเฉียบพลันพบเฉพาะในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 7.6 (p=0.025) ในขณะที่ไม่พบภาวะหยุดหายใจขณะหลับในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ ขนาดยากลุ่มเบนโซ-ไดอะซีพีนที่ใช้ในการรักษา พบว่า ขนาดยาที่ให้ฤทธิ์ใกล้เคียงกับไดอะซีแพม ในกลุ่มที่ 1 ใช้ยาขนาด 287.5 มิลลิกรัม และกลุ่มที่ 2 ใช้ยาขนาด 400 มิลลิกรัม (p<0.001) ดังนั้น การรักษาภาวะถอนพิษสุราโดยการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ สามารถลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรารุนแรงได้เร็วกว่าการให้ยาตามอาการ ลดอาการเหงื่อ วิตกกังวล และกระสับกระส่ายได้ และไม่พบอุบัติการณ์ของภาวะหยุดหายใจขณะหลับซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

คำสำคัญ: ภาวะถอนพิษสุรา, การรักษาแบบให้ยาตามอาการ, การรักษาแบบฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ

Abstract

Alcohol withdrawal with severe symptoms can lead to hospitalization. It also presents complications among patients with alcohol dependence while hospitalized with other diseases, such as delirium or psychosis. The regular treatment plan aims to promptly alleviate patients' symptoms without complications. Therefore, this retrospective observational study aimed to compare the effectiveness of treating severe alcohol withdrawal symptoms with Benzodiazepine between a symptom-triggered regimen and an intravenous loading Diazepam regimen among 136 patients with alcohol dependence (ICD 10: F1030/F1031). The AWS (Alcohol Withdrawal Scale) score ≥ 15 was used to diagnose in-patients admitted to the male ward at Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province, between October 1, 2017, and December 31, 2021. The participants were divided into two groups: the first group received the symptom-triggered regimen, while the second group received the intravenous loading Diazepam regimen. A total of 136 participants were diagnosed with alcohol withdrawal, with 66 participants receiving the symptom-triggered regimen (group 1) and 70 participants receiving the intravenous loading Diazepam regimen (group 2). The median length of time (hours) for participants with AWS score ≥ 15 in both groups was 40 and 28 hours, respectively (p=0.002). The mean AWS score during hospitalization was 13.5 ± 2.68 for group 1 and 12.5 ± 2.34 for group 2, respectively (p=0.029). The AWS scores for symptoms such as perspiration, anxiety, and agitation revealed that the AWS score of group 2 after receiving the treatment was significantly lower than that of group 1 (p < 0.05).

Regarding complications, psychosis occurred only in group 1, affecting approximately 7.6% of patients (p=0.025), while sleep apnea did not emerge in either group. Moreover, the dose of Benzodiazepine used to treat the symptoms showed that the dose equivalent effect to Diazepam in group 1 and group 2 was 287.5 mg and 400 mg, respectively ($p < 0.001$). In conclusion, the treatment of alcohol withdrawal using the intravenous loading Diazepam regimen reduced the severity of alcohol withdrawal with severe symptoms more rapidly than the symptom-triggered regimen. Additionally, it decreased perspiration, anxiety, and agitation. Furthermore, there were no instances of sleep apnea as a treatment-related complication.

Keywords: alcohol withdrawal, symptom – triggered regimen, intravenous loading Diazepam regimen

บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงได้ อาทิ ชัก (rum fits) ประสาทหลอน (hallucination) หรืออาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน (delirium tremens) อาทิ เพ้อ (delirium) กระสับกระส่าย (agitation) หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) และเหงื่อออกมาก (diaphoresis)[1] เป็นต้น ซึ่งอาการถอนพิษสุราสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงหลังหยุดแอลกอฮอล์ และสามารถเกิดอาการเพ้อคลั่ง ซึ่งจัดเป็นอาการรุนแรงที่สามารถเกิดขึ้นได้ใน 48 - 72 ชั่วโมงแรกหลังหยุดแอลกอฮอล์[2] โดยความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาเกิน 24 ชั่วโมง ดังนั้น ความจำเป็นในการประเมินและรักษาอาการถอนพิษสุราอย่างเหมาะสมใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[3]

การประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน Alcoho Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ซึ่งไม่ต้องประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราเกิน 5 วัน 2) ระดับเล็กน้อย (AWS 1-4 หรือ CIWA-Ar 1-7 คะแนน) 3) ระดับปานกลาง (AWS 5-9 หรือ CIWA-Ar 8-14 คะแนน) 4) ระดับรุนแรง (AWS 10-14 หรือ CIWA-Ar 15-19 คะแนน) และ 5) ระดับรุนแรงมาก (AWS ≥ 15 หรือ CIWR-Ar ≥ 20 คะแนน)[4] โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาคือ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีแพม (Benzodiazepine) ซึ่งทำหน้าที่ออกฤทธิ์กระตุ้น GABA-A receptor ที่ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันอาการชักและกลุ่มอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน[5] โดยการรักษาจะเลือกใช้ยา อาทิ ไดอะซีแพม (Diazepam), ลอราซีแพม (Lorazepam), และคลอร์ไดอาซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) เป็นยาหลักในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องกินยาบ่อย และเกิดความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อป้องกันการถอนยาจากการหยุดยาเองกะทันหันของผู้ป่วย (rebound symptoms) ทั้งนี้ต้องเฝ้าระวังขนาดยาสะสมที่จะนำไปสู่ภาวะซึม ปลุกตื่นยาก และกดการหายใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีโรคร่วมที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และผู้ป่วยโรคตับ[6] โดยรูปแบบในการให้ยาโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ 1) การให้ยาแบบคงที่ (Fixed tapering dose regimen) เหมาะสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2) การให้ยาตามอาการ (Symptom triggered regimen) เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการที่ประเมินจาก CIWA-Ar score หรือ AWS และ 3) การให้ยาขนาดสูง (Loading dose regimen) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง อาทิ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะเกิดอาการชัก หรือเสี่ยงต่ออาการหลง แต่วิธีการให้ยาแบบนี้ต้องมีการดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสามารถพิจารณาโดยการให้ยาไดอะซีแพม 10 มิลลิกรัม บริหารยาทางหลอดเลือดช้า ๆ ใน 1 นาที ซ้ำทุก 15 - 30 นาที จนกว่าผู้ป่วยมีอาการสงบหรือหลับแบบปลุกตื่นได้[7]

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาอาการถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างกลุ่มที่คะแนน CIWA-Ar ≥ 8 โดยการให้ยาลอราซีแพมทางหลอดเลือดดำทุก 10 นาทีตามอาการ ไม่จำกัดขนาดยาสูงสุดต่อชั่วโมง กับกลุ่มที่คะแนน CIWA-Ar ≥ 11 โดยการให้ลอราซีแพม ทางหลอดเลือดดำทุก 10 นาทีตามอาการ ขนาดยาสูงสุด 10 มิลลิกรัม/ชั่วโมง พบว่าการให้ยาแบบแรกนั้นจะมีระยะเวลาในการรักษาภาวะถอนพิษสุราสั้นกว่าการให้ยาแบบหลัง และขนาดยาสะสมจากการให้ยาแบบแรกนั้นก็ต่ำ

กว่าแบบหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] ทั้งนี้ยาลอราซีแพม รูปแบบยาฉีดของประเทศไทยจัดอยู่ในบัญชีรายการยากำพร้า คือเป็นยาที่มีอัตราการใช้ต่ำโดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้และมีปัญหาการขาดแคลน เนื่องจากมีการใช้น้อย กระบวนการผลิตและการเก็บรักษาดำเนินการยาไม่คุ้มต่อการลงทุนและไม่มีผู้สนใจขึ้นทะเบียน[9] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้ยาไดอะซีแพมทางปากกับทางหลอดเลือดในแผนกผู้ป่วยในจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย พบว่าระยะเวลาในการรักษาโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำสั้นกว่าให้ยาทางปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาการข้างเคียงจากยาและขนาดยาสะสมไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม[10]

การศึกษาประสิทธิผลในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางหรือหอผู้ป่วยในจิตเวช และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในด้วยการให้ยากินตามอาการ (Symptom-triggered regimen) กับการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (Intravenous loading Diazepam regimen) ในพื้นที่ที่ศึกษา ดังนั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาตามแนวทางการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราลดลงเร็วและปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยา ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงมาก อาการข้างเคียงของการรักษา และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในด้วยการให้ยากินตามอาการ กับการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

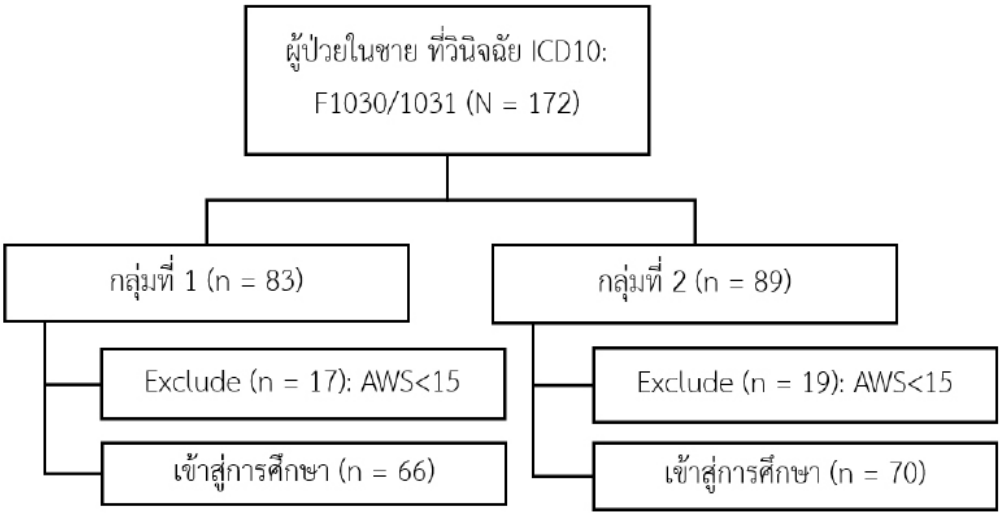
เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการ และรูปแบบการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาอาการถอนพิษสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย ที่โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ขนาด 125 เตียง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยในชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาอาการถอนพิษสุราที่มีระดับความรุนแรงมาก โดยวัดระดับความรุนแรงจากการประเมินคะแนน AWS จำนวน 172 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการขาดสุราด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการขาดสุราด้วยรูปแบบการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสมาตรฐาน (ICD 10) F1030/1031 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาล และเกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน AWS 2) ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน AWS < 15 คะแนน และ 3) ผู้ป่วยที่เวชระเบียนมีการบันทึกข้อมูลที่ได้รับการประเมิน ด้วยแบบประเมิน AWS และบันทึกการรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนไม่สมบูรณ์ คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS ≥ 15) หลังได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยากินตามอาการและการให้ยาเข้าเส้นเลือดดำ[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 ราย และดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ซึ่งทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 66 ราย และกลุ่มที่ 2 จำนวน 70 ราย (รายละเอียดดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าสู่การรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ 2) ข้อมูลการรักษา ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับโพแทสเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส และน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ และจำนวนเกล็ดเลือด และภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา ประกอบด้วย ปอดอักเสบ ชัก เกล็ดเลือดต่ำ การติดเชื้อแบคทีเรีย โรคจิตชนิดเฉียบพลัน เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ตับอักเสบ เลือดเป็นกรด และกล้ามเนื้อสลาย 3) แบบประเมินอาการขาดสุรา (AWS) และ 4) ปริมาณยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ NRPH 009 รับรองเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565

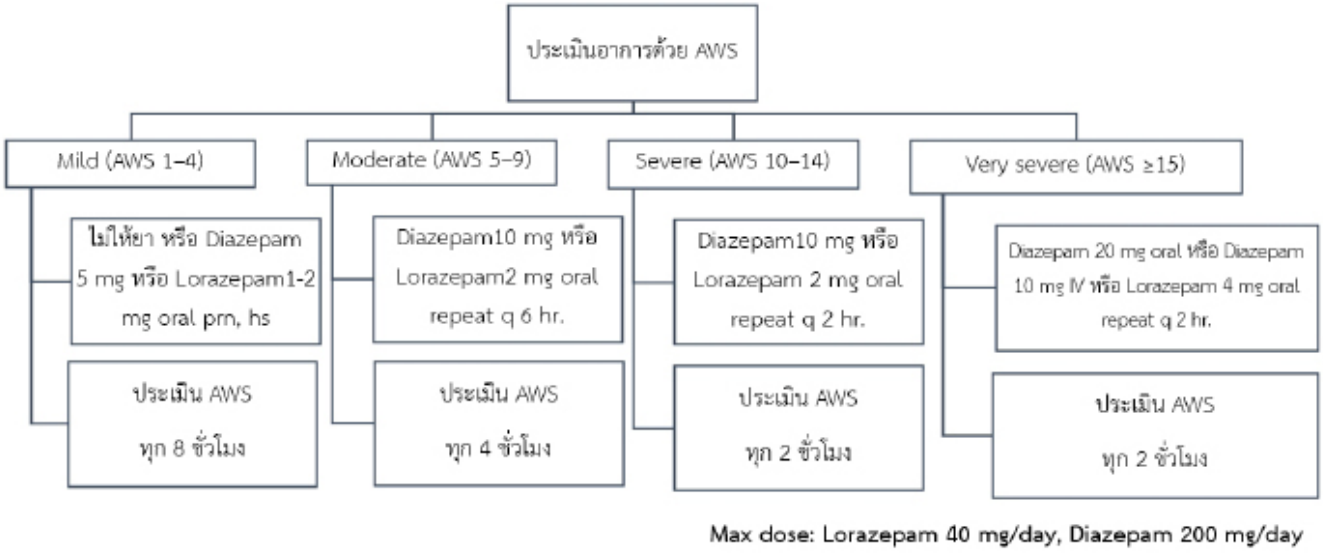
การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเนื่องจากเป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง 2) ค้นหาเวชระเบียนจากรหัสมาตรฐาน (ICD 10) F1030/1031 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาล 3) เก็บ

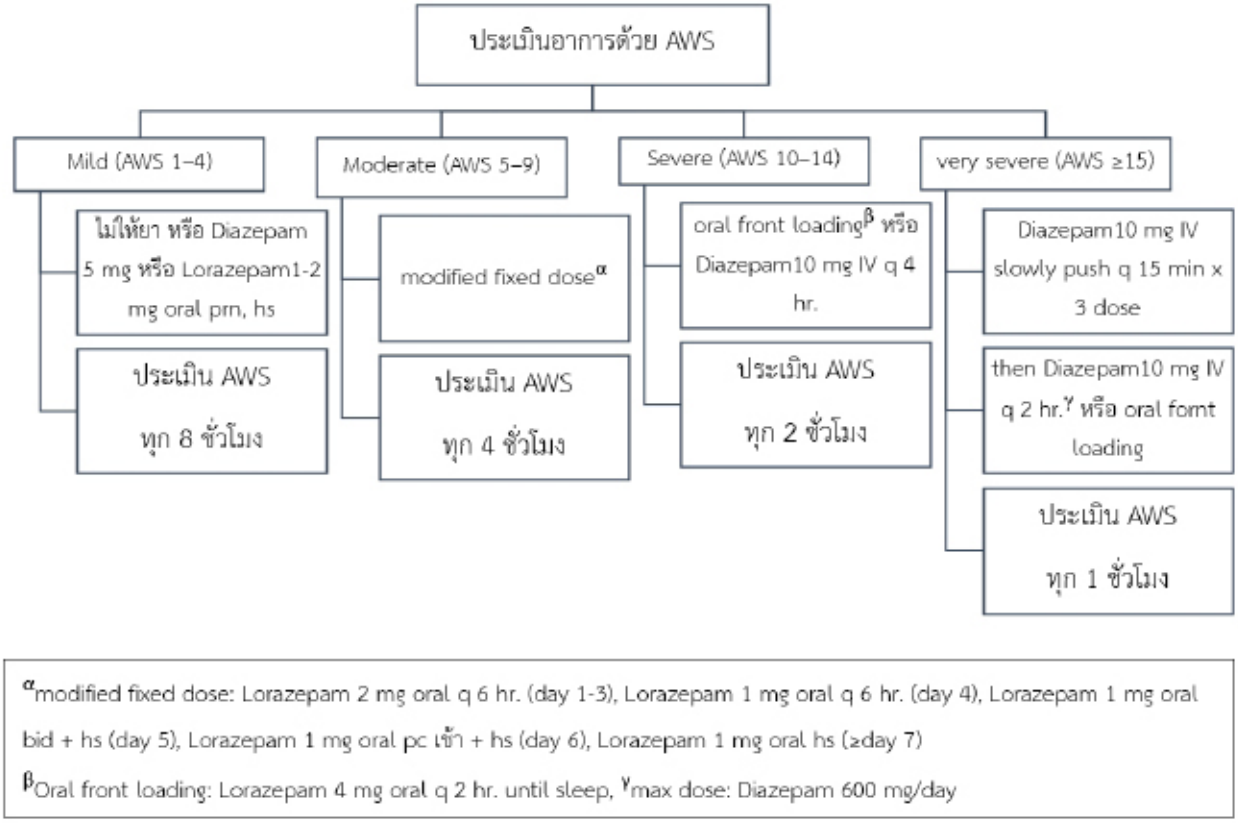
ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ส่วนกลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลหลังจากมีการปรับแนวทางการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาแบบการให้กินยาตามอาการ ซึ่งเป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการโดยใช้คะแนน AWS (รายละเอียดดังภาพที่ 2) ส่วนกลุ่มที่ 2 ให้การรักษาที่แตกต่างคือ เมื่อ AWS ≥ 15 คะแนน จะให้การรักษาโดยการให้ยา ไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ขนาด 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 15 นาที ซ้ำได้ 3 ครั้ง (ถ้าจำเป็น) จนหลับ พร้อมกับประเมิน AWS โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกครึ่งชั่วโมง (รายละเอียดดังภาพที่ 3) 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และใช้สถิติ Independent Samples T-Test, Mann-Whitney U test, Pearson Chi-square Test และ Fisher's Exact Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างการให้กินยาตามอาการและการให้ยาไดอะซิแพม เข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยรักษาอาการถอนพิษสุรา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบแบบสองทางเท่ากับ 0.05 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$



ภาพที่ 2 แนวทางการรักษาวิธี Symptom-triggered regimen (กลุ่มที่ 1)



ภาพที่ 3 แนวทางการรักษาวิธี Intravenous loading Diazepam regimen (กลุ่มที่ 2)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในชาย ทั้งหมด 136 ราย กลุ่มที่ 1 รักษาแบบให้กินยาตามอาการ จำนวน 66 ราย และกลุ่มที่ 2 รักษาแบบให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ จำนวน 70 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.9 ปี และ 46.0 ปี, p = 0.016) ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008 และ p = 0.027 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ไม่มีโรคประจำตัว และสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Symptom-triggered regimen n (%)	Intravenous loading Diazepam regimen n (%)	p-value
อายุ			
21 – 30 ปี	9 (13.6)	2 (2.9)	0.016*
31 – 40 ปี	15 (22.7)	15 (21.4)	
41 – 50 ปี	26 (39.4)	29 (41.4)	
51 ปีขึ้นไป	16 (24.3)	24 (34.3)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	42.9 (1.1)	46.0 (0.9)	
สถานภาพสมรส			
โสด	29 (43.9)	27 (38.6)	0.525
คู่	32 (48.5)	40 (57.1)	0.312
หย่า หรือ หม้าย	5 (7.6)	3 (4.3)	0.484
อาชีพ			
เกษตรกรรม	9 (13.6)	23 (32.9)	0.008**
รับจ้าง	52 (78.8)	43 (61.4)	0.027**
ข้าราชการ	5 (7.6)	4 (5.7)	0.739
โรคประจำตัว			
ไม่มี	53 (80.3)	54 (77.1)	0.653
ความดันโลหิตสูง	8 (12.1)	9 (12.9)	0.897
เบาหวาน	1 (1.5)	0 (0)	0.485
โรคทางจิตเวช	4 (6.1)	5 (7.1)	1.000
โรคลมชัก	0 (0)	2 (2.9)	0.497
สูบบุหรี่	53 (80.3)	57 (81.4)	0.868

*Independence Samples T-Test, $p < 0.05$, **Pearson Chi-Square Test, $p < 0.05$

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของระดับโพแทสเซียมและฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่าปกติ (3.3 ± 0.54 vs 3.3 ± 0.55 และ 3.1 ± 1.07 vs 2.8 ± 1.19) ค่ามัธยฐานของระดับแมกนีเซียมต่ำกว่าค่าปกติ (1.3 [1.1-1.6] vs 1.3 [1.0 - 1.5]) ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดปกติ (147.2 ± 44.10 vs 140.8 ± 37.60) ค่ามัธยฐานของระดับเอนไซม์ตับของผู้ป่วยสูงกว่าค่าปกติทั้งค่า AST และค่า ALT (175 [115 – 256] vs 172 [124 – 245] และ 64.5 [47 – 90] vs 61 [44 – 91]) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ 24.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่าง (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ระดับโพแทสเซียมในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.3±0.54	3.3±0.55	0.991
ระดับแมกนีเซียมในเลือด*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	1.3 (1.1 - 1.6)	1.3 (1.0 - 1.5)	0.578
ระดับฟอสฟอรัสในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.1±1.07	2.8±1.19	0.117
ระดับน้ำตาลในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	147.2±44.10	140.8±37.60	0.453
ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ (AST)*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	175 (115 - 256)	172 (124 - 245)	0.99
ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ (ALT)*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	64.5 (47 - 90)	61 (44 - 91)	0.645
จำนวนเกล็ดเลือด (cell/mm2)**			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	113,500 (86,000-162,000)	111,000 (83,000-149,000)	0.677
จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มตัวอย่างที่มีเกล็ดเลือด < 100,000 cell/mm2**	29 (21.3)	33 (24.3)	0.708

*Mann-Whitney U Test, **Independent Samples T-Test, ***Pearson Chi-Square Test, Aspartate aminotransferase (AST), Alanine aminotransferase (ALT)

ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ 1 การให้ยากินตามอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะตับอักเสบสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 22.7รองลงมาคือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และอาการทางจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ 7.6 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ 2 การให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะตับอักเสบสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำและภาวะปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ 10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ภาวะแทรกซ้อน	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ปอดอักเสบ	3 (4.5)	7 (10.0)	0.327
อาการชัก	3 (4.5)	0 (0)	0.112
ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ	6 (9.1)	11 (15.7)	0.243
การติดเชื้อแบคทีเรีย	4 (6.1)	6 (8.6)	0.746
โรคจิตชนิดเฉียบพลัน	5 (7.6)	0 (0)	0.025*
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	0 (0)	2 (2.9)	0.497
ภาวะตับอักเสบ	15 (22.7)	18 (25.7)	0.685
ภาวะเลือดเป็นกรด	3 (4.5)	4 (5.7)	1.000
ภาวะกล้ามเนื้อสลาย	0 (0)	6 (8.6)	0.028*

*Fisher's Exact Test, $p < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างกลุ่มที่ 1 การให้ยากินตามอาการ และกลุ่มที่ 2 การให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนชั่วโมงที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก (คะแนน AWS ≥ 15) ในกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (40 [28 – 50] vs 28 [16 – 40], p=0.002) และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS ของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.5 ± 2.68 vs 12.5 ± 2.34, p = 0.029) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของการประเมิน AWS จะพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS ของกลุ่มที่ 1 สูงกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เหงื่อ (2.2 ± 0.52 vs 1.8 ± 0.56, p=0.001), วิตกกังวล (2.1 ± 0.52 vs 1.8 ± 0.52 คะแนน, p<0.001) และกระสับกระส่าย (2.0 ± 0.55 vs 1.7 ± 0.64 คะแนน, p=0.002) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงภาวะถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซิแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
AWS≥15 ขณะนอนโรงพยาบาล (ชั่วโมง)			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	40 (28 - 50)	28 (16 - 40)	**0.002***
ค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS	13.5 ± 2.68	12.5 ± 2.34	**0.029****
เหงื่อ (Perspiration)	2.2 ± 0.52	1.8 ± 0.56	**0.001****
สั่น (Tremor)	2.0 ± 0.36	1.9 ± 0.37	0.051
วิตกกังวล (Anxiety)	2.1 ± 0.52	1.8 ± 0.52	**<0.001****
กระสับกระส่าย (Agitation)	2.0 ± 0.55	1.7 ± 0.64	**0.002****
อุณหภูมิรักแร้ (Axilla Temperature)	0.7 (0.4 - 0.8)	0.6 (0.2 - 0.9)	0.326
ประสาทหลอน (Hallucination)	2.1 ± 0.51	2.0 ± 0.53	0.216
การรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ (Orientation)	2.2 (1.8, 2.5)	2.2 (1.8, 2.5)	0.807

*Mann-Whitney U Test, p < 0.05, **Independent Samples T-Test, p < 0.05

ผลการเปรียบเทียบขนาดการใช้ยาของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่ามัธยฐานของขนาดการใช้ยา (มิลลิกรัม) ได้แก่ ยาลอราซีแพม รูปแบบรับประทาน (40 [27 - 51.5] vs 53.5 [30.5 – 69.0], p=0.004) และยาไดอะซีแพม ทั้งรูปแบบการรับประทานและให้ทางหลอดเลือดดำ (100 [50 – 130] vs 120 [70 – 180], p=0.007) ซึ่งพบว่ามีการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ต่ำกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อคำนวณขนาดยาที่ให้ฤทธิ์ใกล้เคียงกับไดอะซีแพม (dose effect equivalent to Diazepam) พบว่า ค่ามัธยฐานของขนาดยา (มิลลิกรัม) ที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ได้รับ คือ 287.5 (230 - 370) และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ได้รับ คือ 400 (250 - 530) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซิพีน ระหว่างการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซิแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ปริมาณยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่ได้รับ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ลอราซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	40 (27.0 - 51.5)	53.5 (30.5 – 69.0)	0.004*
ไดอะซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	100 (50.0 – 130.0)	120 (70.0 – 180.0)	0.007*
เปรียบเทียบขนาดยาไดอะซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	287.5 (230.0 – 370.0)	400 (250.0 – 530.0)	<0.001*

*Mann-Whitney U Test, $p < 0.05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและอาการข้างเคียงของการรักษาภาวะถอนสุราระหว่างการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) กับรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2) ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่มีหรือไม่มีภาวะสมองสับสนร่วมในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี[12] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะถอนพิษสุราประมาณร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในหอผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทย[10] และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของภาวะอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายไม่สมดุล ได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสเฟตในเลือดที่มีค่าต่ำกว่าค่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศโปแลนด์ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาภาวะถอนพิษสุราที่มีกลุ่มอาการเพ้อร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 31 ในขณะที่พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงเพียงร้อยละ 1[13] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าการทำงานของเอนไซม์ตับสูงทั้งค่า AST (SGOT) และ ALT (SGPT) ซึ่งไม่พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยเอนไซม์ AST สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ[10,14] ในขณะที่ค่าเอนไซม์ ALT มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาทั้งสองก่อนหน้า[10,14]

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาภาวะถอนพิษสุราพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีภาวะที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ตับอักเสบ และเกล็ดเลือดต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 พบภาวะจิตเภทสูงเป็นอันดับ 3 แต่ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ไม่พบภาวะจิตเภท ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 นั้น จะพบภาวะปอดอักเสบสูงเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ก็พบภาวะปอดอักเสบ เพียงร้อยละ 4.5

แม้ว่าภาวะปอดอักเสบของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อทำการทบทวนเวชระเบียนก็พบว่า อัตราส่วนของการเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล (hospital acquired pneumonia: HAP) ต่อการไม่เป็นผู้ป่วย HAP ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1 ต่อ 2 แต่ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 มีอัตราส่วนเท่ากับ 1.33 ต่อ 1 ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ที่ใช้ยาไดอะซีแพมและ ลอราซีแพม จะเพิ่มโอกาสการเกิดปอดอักเสบเมื่อเทียบกับผู้ไม่ใช้ยา[15] และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาขนาดต่ำกว่า[16]

ประสิทธิผลในการรักษาอาการถอนพิษสุราเพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็วนั้น พบว่า รูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2) จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบได้เร็วกว่ารูปแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากลดลงและค่าคะแนนการประเมิน AWS ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหอผู้ป่วยในจิตเวชที่พบว่าการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ สามารถลดระยะเวลาของการได้รับยา[10] นอกจากนี้ การให้ยาด้วยรูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำสามารถช่วยลดอาการเหงื่อออก วิตกกังวล และกระสับกระส่ายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการนั้นจะมีการให้ยาในขนาดที่สูงกว่ารูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ โดยการให้ยาตามอาการจะให้ยาไดอะซีแพม และยาลอราซีแพม (Dose equivalent to Diazepam) เท่ากับ 400 (250 - 530) มิลลิกรัม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยระยะวิกฤต (Critically ill patients) ที่มีการให้ยาขนาด 450 มิลลิกรัม[8]

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ จึงอาจส่งผลต่อผลการวิจัยได้ และการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยในชาย ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการวิจัยที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถใช้ได้อย่างกว้างขวางในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีแผนกการรักษาเฉพาะทางได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

แพทย์ เภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน ควรปรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด ถึงแม้ว่าประสิทธิผลของการให้ยาไดอะซีแพมด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ จะสามารถช่วยลดระยะเวลาในการเกิดภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมากของผู้ป่วยลงได้ และช่วยลดค่า AWS ได้มากกว่าการให้ยาแบบตามอาการ แต่ก็พบว่ามีการให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนในขนาดที่สูงกว่า จึงจำเป็นต้องระวังภาวะปอดอักเสบขณะเข้ารับการรักษา แม้ว่าจะไม่พบภาวะหยุดหายใจขณะหลับหรือ ภาวะความดันเลือดต่ำก็ตาม

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากยาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาใช้ในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้มีประสิทธิผลและปลอดภัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Elliott DY. Caring for hospitalized patients with alcohol withdrawal syndrome. Nurs Crit Care. 2019;14(5) :18-30.
2. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside JJr. Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician. 2004; 69(6):1443-1450.
3. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. QJM. 1997;90(4):253-261.
4. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2561.
5. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol Withdrawal syndrome: benzodiazepines and beyond. J Clin Diagn Res. 2015;9(9):VE01-VE07.
6. The American Society of Addiction Medicine. Clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. J Addict Med. 2020;14(3Suppl1):1-72.
7. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: a systematic review. Ind Psychiatry J. 2013;22(2):100-108.
8. Sen S, Grgurich P, Tulolo A, et al. A symptom-triggered benzodiazepine protocol utilizing SAS and CIWA-Ar scoring for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in the critically ill. Ann Pharmacother. 2017;51(2):101-110.
9. Tantrakarnsakul K, Yoongthong W. Development of mechanism to solve the shortage of essential controlled medicines. Thai Food and Drug J. 2019;26(3):41-53.
10. Sangsirilak A. Comparison of oral and intravenous Diazepam for alcohol withdrawal treatment. Med J Srisaket Surin Burirum Hosp. 2020;35(3):643-650.
11. Daeppen JB, Gache P, Landry U, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med. 2002;162(10):1117-1121.
12. Gold JA, Rimal B, Nolan A, Nelson LS. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanical ventilation in delirium tremens. Crit Care Med. 2007;35(3) :724-730.

13. Wasilewski D, Matsumoto H, Kur E, et al. Assessment of Diazepam loading dose therapy of delirium tremens. Alcohol Alcohol. 1996;31(3):273-278.
14. Levine AR, Thanikonda V, Mueller J, Naut ER. Front-loaded Diazepam versus Lorazepam for treatment of alcohol withdrawal agitated delirium. Am J Emerg Med. 2021;44(Jun):415-418.
15. Obiora E, Hubbard R, Sanders RD, Myles PR. The impact of benzodiazepines on occurrence of pneumonia and mortality from pneumonia: a nested case-control and survival analysis in a population-based cohort. Thorax. 2013;68(2):163-170.
16. Cheng SY, Chen WY, Liu HC, et al. Benzodiazepines and risk of pneumonia in schizophrenia: a nationwide case-control study. Psychopharmacology (Berl). 2018;235(11):3329-3338.

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [80-93]

การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ, มกราคม 2565

An investigation of the COVID-19 cluster in restaurants, Mueang District, Chaiyaphum Province, January, 2022

ฉัตรธิดา ศรีภู[1*], กรรณิการ์ หมอนพังเทียม[2], ณัฐพล จำปาสาร[1], จรัญ มาลาศรี[1], จินตนา อุ่นแสง[1]

Chattida Sripu[1*], Kannika Monpangtiem[2], Nattapon Jumpasan[1], Jarun Malasri[1], Chintana Unsaeng[1]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

[1]The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

[2]กองนวัตกรรมและวิจัย

[2]Division Innovation and Research

*Corresponding author: Chattida_bee@hotmail.com

(Received: Dec 29, 2022 / Revised: May 31, 2023 / Accepted: Jun 9, 2023)

บทคัดย่อ

วันที่ 14 มกราคม 2565 ทีมสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้รับรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 จำนวน 19 ราย ซึ่งอยู่ในร้านอาหารกึ่งผับบาร์หลายแห่งที่ตั้งอยู่บนถนนนนทนาคร อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ทีมสอบสวนจึงได้ลงพื้นที่ระหว่างวันที่ 17 - 20 มกราคม 2565 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของพนักงานและลูกค้าที่มาใช้บริการในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และวางแผนมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มพนักงานและลูกค้าที่ใช้บริการในร้านอาหารที่ตั้งอยู่บนถนนนนทนาคร จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 ถึง 8 มกราคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 31 คน และศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมของร้านอาหาร ผลการสอบสวน พบผู้ติดเชื้อ (case) ในวงที่ 1 จำนวน 24 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย 1: 1.7 อายุเฉลี่ย 23.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นลูกค้าที่ใช้บริการ (50%) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ (95.8%) มีอาการแสดง (79.2%) ได้รับวัคซีน (91.7%) และพบสายพันธุ์ Omicron จากตัวอย่างที่สุ่มตรวจ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดระบาดพบ ดังนี้ สัมผัสใกล้ชิดระหว่างพนักงานกับลูกค้า มีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ จาม ไม่ใช้ช้อนกลางรับประทานอาหาร ดื่มเครื่องดื่มแก้วเดียวกัน และเปลี่ยนร้านนั่งมากกว่า 1 แห่งต่อคืน ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงข้างต้นบ่งบอกว่ามีโอกาสเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อครั้งนี้ ดังนั้นในช่วงที่มีการผ่อนปรนมาตรการการปรับพฤติกรรมเสี่ยง

ที่มีผลต่อการระบาดของโรคทางเดินหายใจจึงยังเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภูมิไวต่อการรับเชื้อ และไม่มีการป้องกันตนเองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ร้านอาหารกึ่งผับบาร์, ชัยภูมิ

Abstract

On January 14th, 2022, the investigating team of the Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima, received a report from the Chaiyaphum Provincial Public Health Office confirming an outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) as clusters. The outbreak occurred in restaurants located on Nanthanakhon Road, Chaiyaphum Province. A total of 19 people were diagnosed and confirmed as cases, with ongoing spread. Consequently, the team conducted an investigation of the outbreak between January 17th and January 20th, 2022, with the objectives of confirming the outbreak and finding appropriate solutions to control the disease's spread. The study employed a descriptive epidemiological approach, collecting data during the COVID-19 outbreak investigation among restaurant employees and customers who received services from the restaurants between December 25th, 2021, and January 8th, 2022. In total, thirty-one confirmed cases were investigated, and an assessment of the restaurant environments was conducted. The results showed that 24 confirmed cases were in circle 1, with a female-to-male ratio of 1:1.7 and an average age of 23.5 years. Most of the cases were customers who had used the restaurants' services (50%), did not have underlying diseases (95.8%), experienced symptoms (79.2%), and were vaccinated (91.7%). Additionally, the Omicron strain was identified in random samples. Risk behaviors that likely contributed to the outbreak included close contact between employees and customers who had symptoms such as coughing and sneezing, not using middle spoon when eating, sharing the same glass of drink, and changing seats multiple times during the same night. These risk factors appeared to increase the likelihood of infection. Therefore, during the relaxation of measures, it is crucial to enforce strict protocols to address risky behaviors that could affect the outbreak of respiratory diseases. This approach may help reduce the severity of the disease, especially in vulnerable groups susceptible to infection and less likely to protect themselves effectively.

Keywords: Corona virus disease 2019, Pub-Bar restaurant, Chaiyaphum

ความเป็นมา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เนื่องจากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส (Contact) กับสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ หรือแพร่กระจายเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูก น้ำลาย (Droplet) จากผู้ป่วยที่มีเชื้อโดยการไอ หรือจาม มีระยะฟักตัว 2-14 วัน เมื่อติดเชื้อจะทำให้มีอาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต จากการติดตามสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 7 มกราคม 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ราย ประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพิ่มขึ้น สถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 5 มกราคม 2565 พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 2,245,250 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 21,780 ราย[1] ซึ่งจำนวนของผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสถานการณ์ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2565 ที่พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 96,125 ราย ผู้เสียชีวิต 597 ราย โดยการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อภายในชุมชน และมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในพื้นที่ ได้แก่ การระบาดของโรงงาน โรงเรียน ชุมชน และร้านอาหาร เป็นต้น สถานการณ์ในจังหวัดชัยภูมิพบว่า มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 13,055 ราย[2] และในช่วงระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม -30 มิถุนายน 2564 พบการรายงานผู้เสียชีวิตในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 4 ราย ซึ่งเป็นผู้เสียชีวิตที่มาจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อนขนาดใหญ่ โดยผู้เสียชีวิตมีปัจจัยเสี่ยงคืออายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว และไม่ได้รับวัคซีน โดยเป็นการติดเชื้อจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว[3] ซึ่งในวันที่ 14 มกราคม 2565 ทีมสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้รับรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนผู้ติดเชื้อ 19 ราย ซึ่งอยู่ในร้านอาหารหลายแห่ง ถนนนนทนาคร อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ[4] จึงได้ดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ระหว่างวันที่ 17 - 20 มกราคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของพนักงานและลูกค้าที่มาใช้บริการในร้านอาหารกึ่งผับบาร์
2. เพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
3. เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1. รวบรวมและทบทวนข้อมูลผู้ติดเชื้อจากทะเบียนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ และสัมภาษณ์เหตุการณ์การระบาดจากเจ้าหน้าที่ที่ได้ลงพื้นที่สอบสวนในวันที่พบผู้ป่วยรายแรก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เทศบาลเมืองชัยภูมิ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

2. ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด จากทะเบียนประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากการระบาดครั้งนี้ที่มารับ

ตรวจคัดกรองด้วย ATK โดยเทศบาลเมืองชัยภูมิเป็นผู้คัดกรอง[5]

เครื่องมือที่ใช้ ใช้แบบสอบสวนที่พัฒนาขึ้นมาใหม่จากแบบสอบสวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novelcorona 2) [6] ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ในกลุ่มผู้ที่กำลังรักษาในโรงพยาบาลสนามของจังหวัดชัยภูมิ และกำลังรักษาที่บ้านแบบ Home Isolation

นิยาม ร้านอาหารกึ่งผับบาร์ หมายถึง ร้านที่เปิดย่าน ถ. นนทนาคร ให้บริการอาหารและเครื่องดื่ม มีดนตรี มีพนักงานต้อนรับ (PR) และพนักงานเสิร์ฟดูแลลูกค้า มีการเปิดดนตรี ลักษณะของร้านมีทั้งส่วนที่เป็นห้องปิด (indoor) และส่วนที่เปิดโล่ง (outdoor)

ผู้สัมผัสใกล้ชิด หมายถึง ผู้ที่มีกิจกรรมร่วมกับผู้ติดเชื้อ อาจเป็นผู้สัมผัสที่ไปรับบริการร้านอาหารกึ่งผับบาร์ ย่าน ถ.นนทนาคร หรือผู้สัมผัสที่อาจรับเชื้อจากผู้ติดเชื้อนับแต่วันเริ่มป่วย หรือก่อนมีอาการประมาณ 1-2 วัน

ผู้ติดเชื้อ (Case) หมายถึง พนักงานและลูกค้าที่ใช้บริการร้านอาหารกึ่งผับบาร์ ย่าน ถ.นนทนาคร อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 8 มกราคม 2565 มีผลตรวจด้วยวิธี Antigen Test Kit ให้ผลบวก และยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-PCR พบเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

สุ่มเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากวิธี Naso-pharyngeal swab ของผู้ติดเชื้อที่กำลังรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3 ตัวอย่าง เพื่อหาสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสด้วยวิธี Real time RT-PCR ณ ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา

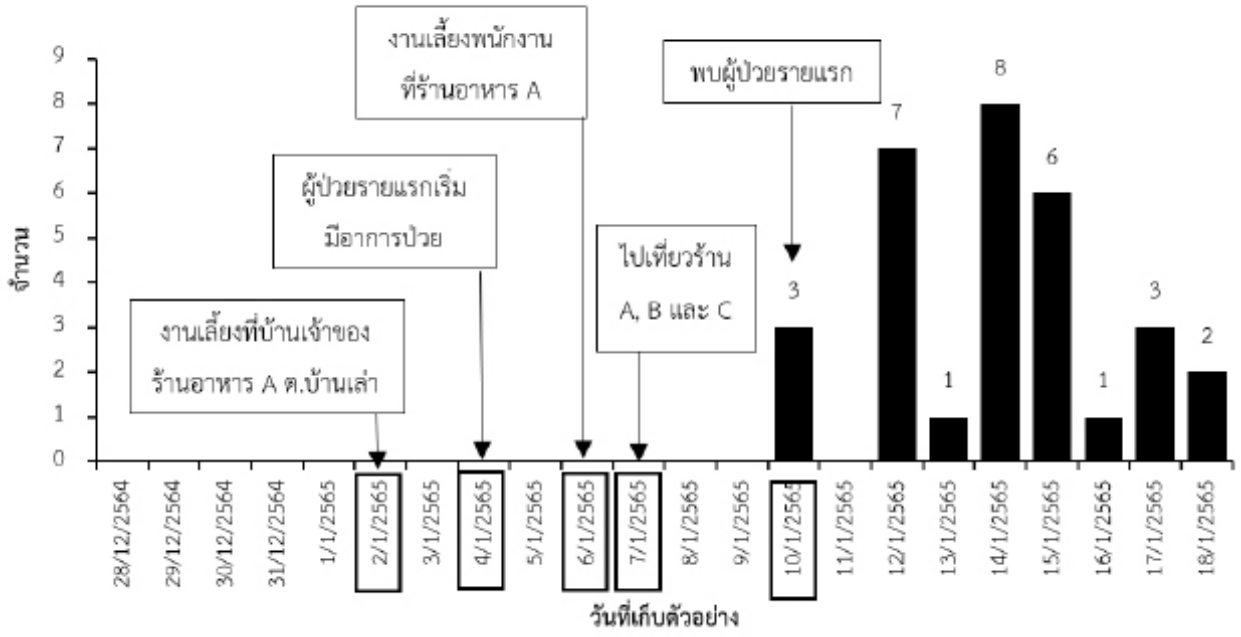
3. การศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อม

ลงพื้นที่สำรวจลักษณะทางกายภาพภายในร้านอาหารที่พบผู้ติดเชื้อ เก็บข้อมูลทั่วไปของสถานที่ สัมภาษณ์ผู้จัดการ และผู้ประกอบการ เรื่องลักษณะการให้บริการลูกค้า กิจกรรมระหว่างพนักงานและลูกค้า และกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างพนักงานหลังเลิกงาน โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการ Thai Stop Covid 2 Plus (COVID Free Setting) สำหรับสถานประกอบกิจการประเภทร้านอาหารและกิจกรรมเกี่ยวเนื่องของกระทรวงสาธารณสุข[7]

สถิติที่ใช้ในการศึกษา สถิติเชิงพรรณนา อธิบายด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราส่วน

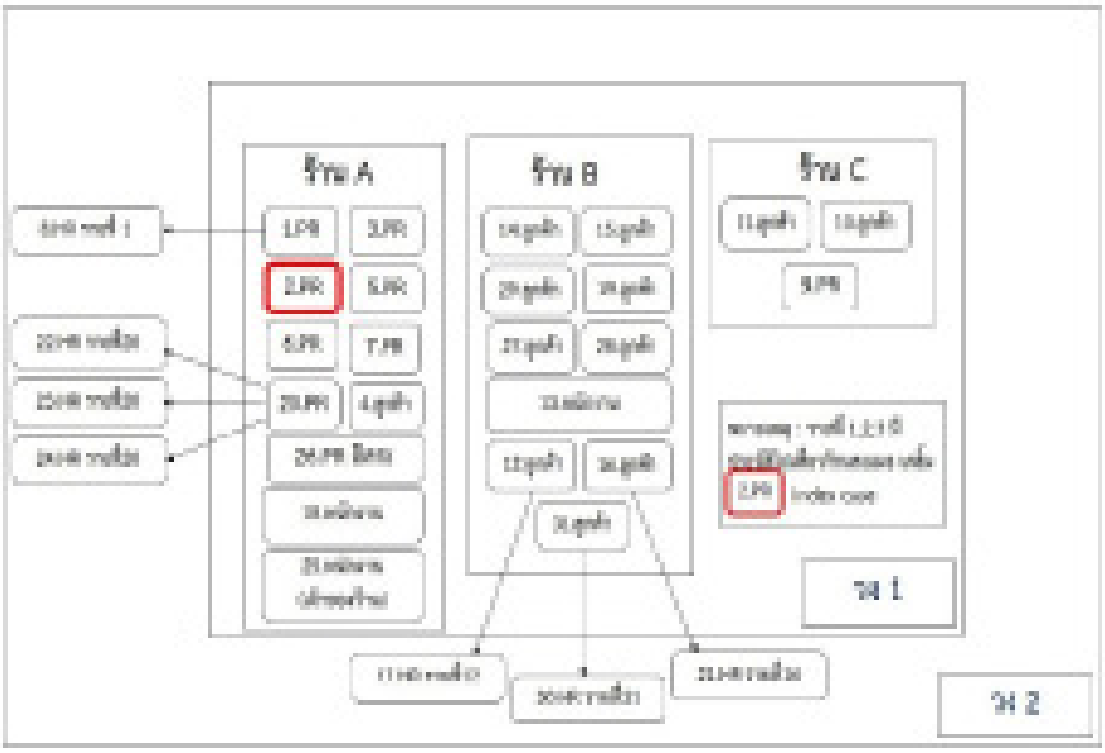
ผลการศึกษา

เหตุการณ์ระบาดครั้งนี้เกิดจากผู้ติดเชื้อรายแรก (Index case) เพศหญิง อายุ 26 ปี อาชีพพนักงานดูแลลูกค้า (PR) ลักษณะงาน คือ ให้บริการชงเครื่องดื่ม พูดคุย และนั่งดื่มเป็นเพื่อนลูกค้าที่มารับบริการ รับงานแบบไม่ประจำร้าน มีประวัติทำงานอยู่ที่ร้าน A และรับงานนอกสถานที่ มีประวัติเสี่ยงดังนี้ วันที่ 2 มกราคม 2565 ไปร่วมงานเลี้ยงเจ้าของร้านอาหาร A จัดงานเลี้ยงที่บ้านเจ้าของร้าน ต่อมาวันที่ 4 มกราคม 2565 ผู้ติดเชื้อรายแรกเริ่มมีอาการป่วย อ่อนเพลีย ไอ แต่ไม่ได้หยุดทำงานเนื่องจากไม่ได้มีอาการป่วยรุนแรง วันที่ 6 มกราคม 2565 ร่วมงานเลี้ยงพนักงานที่ร้าน A มีพนักงานร่วมงานเลี้ยงจำนวน 25 ราย วันที่ 7 มกราคม 2564 ไปเที่ยวร้านอาหารกึ่งผับบาร์ กับเพื่อนอีก 4 คน ซึ่งมีการเปลี่ยนร้านนั่งจำนวน 5 แห่ง ในคืนเดียวกัน ต่อมาวันที่ 9 มกราคม 2565 มีอาการอ่อนเพลีย และมีไข้ จึงไปโรงพยาบาลชัยภูมิ ตรวจด้วยวิธี ATK Test ผล Positive วันที่ 10 มกราคม ส่งผลตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR ผลพบเชื้อไวรัส SAR-CoV2 โดยมีรายละเอียดเหตุการณ์ (ดังรูปที่ 1)



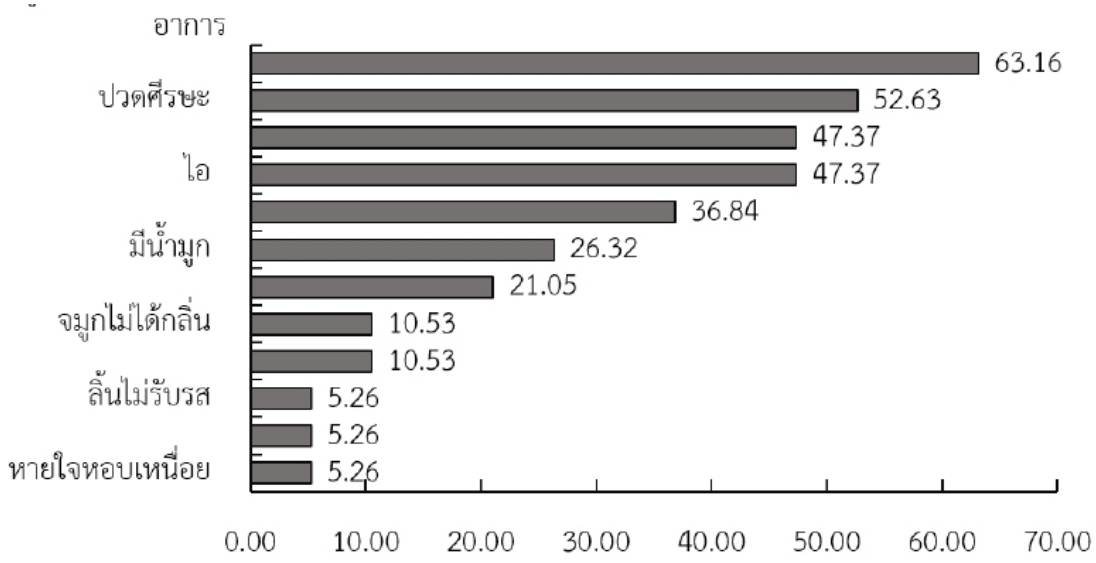
รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงเหตุการณ์จำลองและจำนวนผู้ติดเชื้อมีผลตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม 2564 -18 มกราคม 2565 จำแนกตามวันเก็บตัวอย่าง มกราคม 2565 (n = 31)

ดำเนินการสอบสวนโรคและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วยวิธี ATK จำนวน 209 คน พบผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.83 อัตราส่วนเพศชายต่อหญิง 1: 1.58 มีวงการระบาดที่ 1 จำนวน 24 ราย กระจายในร้านอาหาร 3 ร้าน ได้แก่ ร้านอาหาร A 11 ราย (ร้อยละ 35.48) ร้านอาหาร B 10 ราย (ร้อยละ 32.26) และร้านอาหาร C 3 ราย (ร้อยละ 9.68) ต่อมามีการระบาดวงที่ 2 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 22.58) มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในวงการระบาดที่ 1 โดยอาศัยร่วมบ้าน รับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน และบุคคลในครอบครัว จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อรายแรก ที่เป็นพนักงานดูแลลูกค้า (PR) พบว่า มีการเปลี่ยนร้านมากกว่า 1 ร้านต่อคืน นอกจากนี้ยังมีการรับงานนอกสถานที่ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ช่วงเทศกาลปีใหม่ เป็นต้น (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แผนผังแสดงความเชื่อมโยงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในร้านอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มกราคม 2565

จากการศึกษาอาการแสดงของผู้ติดเชื้อพบผู้มีอาการจำนวน 19 ราย จากวงการระบาดที่ 1 24 ราย ร้อยละ 79.17 ส่วนใหญ่มีไข้ ร้อยละ 63.16 ปวดศีรษะ ร้อยละ 52.63 เจ็บคอและไอ จำนวน 47.37 ราย ตามลำดับ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แผนภูมิแสดงร้อยละอาการแสดงของกลุ่มผู้ติดเชื้อวงที่ 1 ที่มีอาการ (n = 19 คน)

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการ จากการส่งตรวจหาสายพันธุ์จำนวน3ตัวอย่างด้วยวิธีRT-PCRผลตรวจพบเป็นสายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) ทั้งหมด จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ติดเชื้อวงการระบาดที่ 1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับร้านอาหารกึ่งผับบาร์หลายแห่งที่ตั้งอยู่บนถนนนนทนาคร จำนวน 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นลูกค้า (ร้อยละ 50) พนักงาน (ร้อยละ 37.50) และเป็นทั้งพนักงานและลูกค้า (ร้อยละ 12.50) อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย 1: 1.67 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 79.17) รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 10-19 ปี (ร้อยละ 16.67) และกลุ่มอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 4.16) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.83) รับวัคซีน (ร้อยละ 91.67) แบ่งเป็นรับวัคซีน 2 เข็ม (ร้อยละ 81.82) และรับวัคซีน 3 เข็ม (ร้อยละ 18.18) มีอาการแสดง (ร้อยละ 79.17) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	Case (n = 24)	
	จำนวน	**ร้อยละ**
ประเภทผู้ป่วย		
พนักงาน	9	37.50
ลูกค้า	12	50.00
พนักงานและลูกค้า	3	12.50
เพศ		
ชาย	9	37.50
หญิง	15	62.50
อายุ		
10-19 ปี	4	16.67
20-29 ปี	19	79.17
40-49 ปี	1	4.16
อายุเฉลี่ย Case=23.54 (พิสัยกลุ่ม Case =27)		
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว; ไมเกรน	1	4.17
ไม่มีโรคประจำตัว	23	95.83

ข้อมูลทั่วไป	Case (n = 24)	
	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 23 Kg/m^2	18	75.00
มากกว่า 23 Kg/m^2	8	33.33
ประวัติรับวัคซีน		
รับวัคซีน	22	91.67
ไม่ได้รับวัคซีน	8	8.33
รับวัคซีน		
1 เข็ม	-	-
2 เข็ม	18	81.82
3 เข็ม	4	18.18

ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้ช้อนกลางรับประทานอาหาร (ร้อยละ 62.50) สัมผัสใกล้ชิดระหว่างพนักงานกับลูกค้า (ร้อยละ 54.17) การสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ จาม (ร้อยละ 41.67) ดื่มเครื่องดื่มแก้วเดียวกัน (ร้อยละ 33.33)ไม่ล้างมือหลังออกจากห้องน้ำทุกครั้ง, เปลี่ยนร้านนั่งมากกว่า 1 แห่งต่อคืน (ร้อยละ 29.17) สูบบุหรี่มวนเดียวกัน (ร้อยละ 8.33) และไม่มีผู้เดินทางมาจากนอกพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ (ร้อยละ 100) (ดังตารางที่ 2)

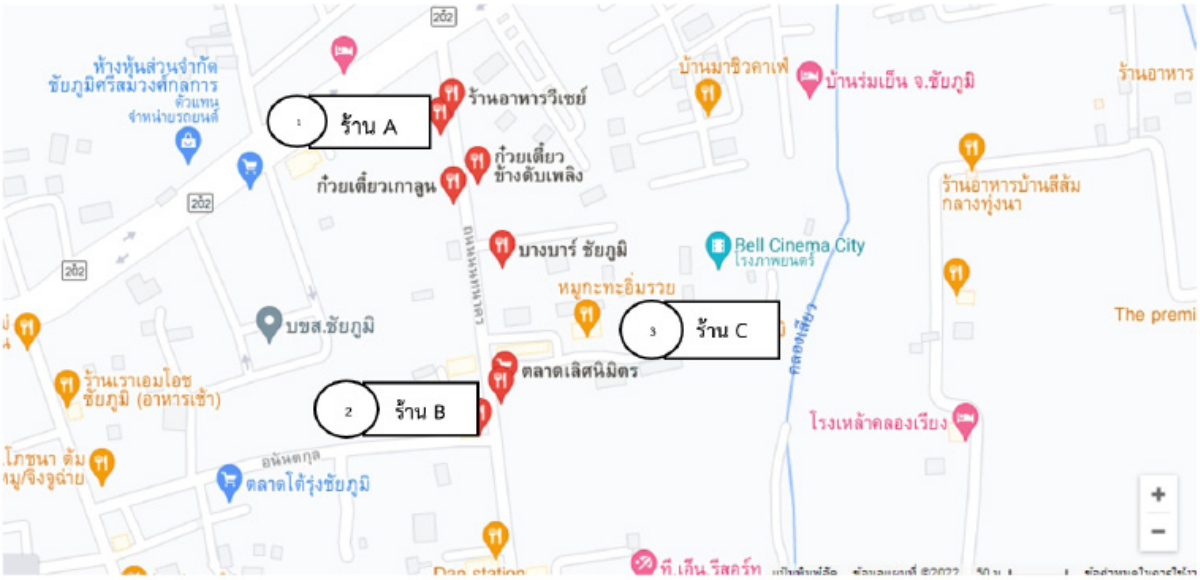
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการสัมผัสและไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงของผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 24)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	สัมผัสปัจจัยเสี่ยง	ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง
ไม่ใช้ช้อนกลางรับประทานอาหาร	15 (62.50)	9 (37.50)
สัมผัสใกล้ชิดระหว่างพนักงานกับลูกค้า	13 (54.17)	11 (48.83)
มีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ จาม	10 (41.67)	14 (58.33)
ดื่มเครื่องดื่มแก้วเดียวกัน	8 (33.33)	16 (66.67)
ไม่ล้างมือหลังออกจากห้องน้ำทุกครั้ง	7 (29.17)	17 (70.83)
เปลี่ยนร้านนั่งมากกว่า 1 แห่งต่อคืน	7 (29.17)	17 (70.83)
สูบบุหรี่มวนเดียวกัน	2 (8.33)	22 (91.67)
เดินทางมาจากนอกพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ	-	24 (100)

การปฏิบัติตามมาตรการของผู้ติดเชื้อวงที่ 1 จำนวน 24 ราย แบ่งเป็น กลุ่มพนักงาน 12 ราย ได้คัดกรองอุณหภูมิร่างกายหรืออาการก่อนทำงาน (ร้อยละ 91.67) และเมื่อมีอาการป่วยได้รับการตรวจคัดกรองด้วย ATK หรือให้หยุดงาน (ร้อยละ 91.67) และกลุ่มลูกค้า 12 ราย ได้คัดกรองอุณหภูมิร่างกายหรืออาการก่อนเข้าร้าน (ร้อยละ 100) เว้นระยะห่างในร้าน (ร้อยละ 75) มีจุดล้างมือให้ท่านได้ใช้บริการ (ร้อยละ 100)

จากการศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อจำนวน 24 ราย พบว่ามีความรู้ว่าการฉีดวัคซีนช่วยลดความรุนแรงของโรคแต่ยังมีโอกาสติดเชื้อได้ (ร้อยละ 100) เห็นด้วยกับมาตรการ Distancing, Mask wearing, Hand Temperature, Testing, Application (DMHTTA) สามารถป้องกันการติดต่อของโรคได้ (ร้อยละ 75) และส่วนใหญ่หลังจากการฉีดวัคซีนยังปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด (ร้อยละ 58.33)

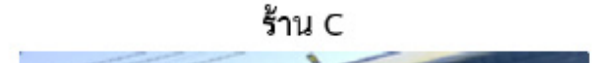
จากการสำรวจสิ่งแวดล้อมของร้านอาหารโดยมีร้านที่พบผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งสิ้น 3 ร้าน ได้แก่ ร้าน A จำนวน 10 ราย ผู้สัมผัสใกล้ชิด 4 ราย ร้าน B จำนวน 10 ราย ผู้สัมผัสใกล้ชิด 3 ราย ร้าน C 3 ราย และอีก 1 ราย มีประวัติไปทุกร้าน ร้านอาหารได้ปิดตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2565 จากการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมของร้านอาหาร ถนนนนทนาคร จำนวน 3 ร้าน ได้แก่ร้าน A ร้าน B และร้าน C (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพแผนที่ร้านอาหารกึ่งผับบาร์ ย่าน ถ.นนทนาคร อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ที่พบผู้ติดเชื้อ









ร้านอาหารส่วนใหญ่มีการระบายอากาศไม่เพียงพอในส่วนของภายในร้าน และบางส่วนของภายนอกร้าน มีการจัดโต๊ะให้บริการลูกค้าอย่างหนาแน่น ทำให้การเว้นระยะห่างปฏิบัติได้ยาก และมีจุดสัมผัสร่วมกันของพนักงาน ได้แก่ ถังน้ำแข็ง จุดชำระเงิน ห้องน้ำ และตู้กดน้ำ เป็นต้น ในส่วนของการให้บริการของพนักงานบริการและลูกค้ามีการสัมผัสใกล้ชิดกัน เช่น การดื่มน้ำแก้วเดียว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกัน เป็นต้น โดยพบว่าทุกร้านมีมาตรการในการวัดอุณหภูมิและตรวจคัดกรองอาการของพนักงาน มีจุดให้บริการ เจลแอลกอฮอล์ จุดล้างมือด้วยสบู่และน้ำ มีการประเมินตนเองในระบบ SHA Plus ก่อนเปิดร้านในช่วงเทศกาลปีใหม่

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของพนักงาน และลูกค้าที่มาใช้บริการในร้านอาหารกึ่งผับบาร์ที่ตั้งอยู่บน ถ.นนทนาคร ระหว่างวันที่ 25 ธันวาคม 2564 ถึง วันที่ 8 มกราคม 2565 พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเป็นการระบาดในกลุ่มของพนักงานต้อนรับ (PR) โดยมีลักษณะงาน คือ ให้ความบันเทิงด้วยการชงเครื่องดื่ม นั่งดื่มกับลูกค้า มีการรับงานประจำของร้านอาหารนั้นๆ และไม่ประจำร้าน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี สอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์เชิงพรรณนาสถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบันเทิงของไทย ที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และพบในช่วงอายุ 20-30 ปี[8] ส่วนใหญ่มีประวัติรับวัคซีนครบ 2 เข็ม เนื่องจากช่วงที่มีการระบาดเป็นช่วงที่จังหวัด มีมาตรการการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมในพื้นที่ และส่วนใหญ่มีอาการแสดง ได้แก่ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ และเจ็บคอ จากการสุ่มตรวจหาสายพันธุ์ในกลุ่มการระบาดครั้งนี้ พบเป็นสายพันธุ์โอไมครอน (Omicron)[9]จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าเชื้อโควิดสายพันธุ์ใหม่นี้มีความสามารถในการแพร่เชื้อได้ดีกว่าเชื้อสายพันธุ์เดลต้า 2-5 เท่า และส่วนใหญ่จะมีอาการ ไอ เจ็บคอ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก ตามลำดับ[10] เมื่อศึกษามาตรการของร้านอาหาร พบว่า พนักงานมีการคัดกรองอุณหภูมิร่างกาย หรืออาการก่อนทำงาน และเมื่อมีอาการป่วยได้รับการตรวจคัดกรองด้วย ATK และให้หยุดงาน แต่จากการสอบถาม พบว่า บางคน มีการตรวจ ATK ผลลบแต่มีอาการ ไม่ได้รับการตรวจยืนยันผลทำให้เกิดการตรวจจับโรคได้ช้า เช่นเดียวกับลูกค้าได้มีการคัดกรองอุณหภูมิร่างกายหรืออาการก่อนเข้า มีเว้นระยะห่างในร้าน มีจุดล้างมือให้ใช้บริการ จึงได้ศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมร้านอาหาร พบว่า มีการระบายอากาศไม่เพียงพอในส่วนของ In door และบางส่วนของ Out door มีการจัดโต๊ะให้บริการลูกค้าอย่างหนาแน่น ทำให้การเว้นระยะห่างปฏิบัติได้ยาก และมีจุดสัมผัสร่วมกันของพนักงาน ได้แก่ ถังน้ำแข็ง จุดชำระเงิน ห้องน้ำ และตู้กดน้ำ เป็นต้น ในส่วนของการให้บริการของพนักงานบริการและลูกค้ามีการสัมผัสใกล้ชิดกัน เช่น การดื่มน้ำแก้วเดียว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกัน เป็นต้น และเมื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ พบว่า สัมผัสใกล้ชิดระหว่างพนักงานกับลูกค้า มีการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ จาม ไม่ใช้ช้อนกลางรับประทานอาหาร ดื่มเครื่องดื่มแก้วเดียวกัน และเปลี่ยนร้านนั่งมากกว่า 1 แห่งต่อคืน เป็นปัจจัยที่มีโอกาสในการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการสอบสวนการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มพนักงานสถานบันเทิงแห่งหนึ่งย่านสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร เดือนเมษายน–พฤษภาคม 2563 ที่พบว่าผู้ใช้บริการจำนวนมาก แออัด และมีจุดสัมผัสร่วมกันของพนักงาน เช่น ถังน้ำ เป็นต้น และพบว่าการใช้แก้วน้ำร่วมกันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11]

ซึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีความรู้ว่าการฉีดวัคซีนช่วยลดความรุนแรงของโรคได้แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อได้ และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการ DMHTTA สามารถป้องกันการติดต่อของโรคได้ และส่วนใหญ่หลังจากการฉีดวัคซีนยังปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด แต่จากการสัมภาษณ์พนักงานและลูกค้าบางรายไม่ได้ป้องกันตัวเองอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่เชื่อมโยงกับร้านอาหารช่วงการแพร่ระบาด SARS-CoV-2 ในประเทศไทย[12] ที่พบว่าพนักงานร้านอาหารและลูกค้าไม่ปฏิบัติตามวิธีการป้องกันที่สำคัญ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม และการใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากเป็นการศึกษาและการสอบสวนโรคย้อนหลัง ทำให้เกิดความล่าช้าในการสอบสวนโรคอาจทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

2. เนื่องจากช่วงที่ลงสอบสวนโรคเป็นช่วงที่มีมาตรการปิดร้านอาหารทำให้บางร้านที่ลงสำรวจสิ่งแวดล้อมไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

สรุปผลการสอบสวน

สถานการณ์ระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถนนนนทนาคร ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบการระบาดในช่วงต้นปี 2565 ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่ และมีการเปิดร้านอาหารได้ปกติ โดยพบการระบาดของลูกค้า และพนักงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 Kg/m^2 มีประวัติรับวัคซีนครบ 2 เข็ม มีอาการแสดง โดยการสุ่มตรวจหาสายพันธุ์ในกลุ่มการระบาดครั้งนี้ พบเป็นสายพันธุ์ Omicron

ทีมสอบสวนได้ประเมินมาตรการของร้านอาหาร มีการคัดกรองอุณหภูมิร่างกาย หรืออาการก่อนทำงาน เมื่อมีอาการป่วยได้รับการตรวจคัดกรองด้วย ATK และให้หยุดงาน เว้นระยะห่างในร้าน มีจุดล้างมือให้ใช้บริการ ด้านสิ่งแวดล้อมร้านอาหาร พบว่า มีการระบายอากาศไม่เพียงพอ มีการจัดโต๊ะให้บริการลูกค้าอย่างหนาแน่น ทำให้การเว้นระยะห่างปฏิบัติได้ยาก และมีจุดสัมผัสร่วมกันของพนักงาน ซึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีความรู้ว่าการฉีดวัคซีนช่วยลดความรุนแรงของโรคแต่ยังมีโอกาสติดเชื้อได้ และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับมาตรการ DMHTTA สามารถป้องกันการติดต่อของโรคได้ และส่วนใหญ่หลังจากการฉีดวัคซีนยังปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด แต่จากการสัมภาษณ์พนักงานและลูกค้าบางรายไม่ได้ป้องกันตัวเองอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้ พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในครั้งนี้ คือ การเปลี่ยนร้านนั่งมากกว่า 1 แห่งต่อคืน การสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ จาม และการดื่มเครื่องดื่มแก้วเดียวกัน เป็นปัจจัยที่มีโอกาสในการติดเชื้อ ทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างในกลุ่มพนักงานและลูกค้า ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงข้างต้นบ่งบอกว่ามีโอกาสเสี่ยงที่ส่งผลต่อการติดเชื้อครั้งนี้ ดังนั้นในช่วงที่มีการผ่อนปรนมาตรการ การปรับพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการระบาดของโรคทางเดินหายใจจึงยังเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภูมิไวต่อการรับเชื้อและไม่มีการป้องกันตนเองที่เหมาะสม

มาตรการที่ได้ดำเนินการ

1 พื้นที่ดำเนินมาตรการควบคุมโรค ดังนี้

1.1 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดชัยภูมิ สั่งปิดร้านอาหารตามมาตรการของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศคบ.) ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2565

1.2 ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจ และรักษาในโรงพยาบาลชัยภูมิ 2 รายโรงพยาบาลสนาม 23 ราย Home Isolation (HI) 6 ราย

1.3 เฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่และผู้สัมผัสเพิ่มเติม จนกว่าจะไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เป็นเวลา 28 วัน (จนถึงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

2. ทีมสอบสวนโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา แจ้งผลการสอบสวนเบื้องต้นให้แก่พื้นที่ติดตามการระบาดในกลุ่มก้อนอื่นที่มีความเชื่อมโยงกับการระบาดครั้งนี้ เพื่อป้องกันการระบาดไปต่างอำเภอ ได้แก่ อำเภอหนองบัวแดง อำเภอจัตุรัส และงานสังสรรค์อื่นในอำเภอเมือง

ข้อเสนอแนะ

ให้ดำเนินการมาตรการด้านการป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

ด้านตัวบุคคล

1. เพิ่มมาตรการคัดกรองอาการของพนักงานและลูกค้าก่อนเข้าปฏิบัติงานและใช้บริการร้านอาหารอย่างเคร่งครัด และมาตรการการเปิดร้านอาหารให้เป็นตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ควรตรวจสอบการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการร้านอาหารและพนักงานควรให้ได้รับวัคซีนก่อนเปิดกิจการ

3. เพิ่มการตรวจคัดกรองในกลุ่มผู้ที่มีอาการและมีประวัติเสี่ยง ถึงแม้มีจะผลตรวจ ATK เป็น Negative ให้ได้รับการตรวจด้วยวิธี RT-PCR เพิ่มเติม

ด้านสิ่งแวดล้อม

1. จัดการสิ่งแวดล้อมในร้านอาหาร ให้มีการระบายอากาศที่เพียงพอ ลดความแออัด มีการเว้นระยะของโต๊ะ ไม่ให้หนาแน่นจนเกินไป

2. ทำความสะอาดจุดสัมผัสร่วม ทุก 1 – 2 ชั่วโมง โดยเน้นบริเวณจุดเสี่ยง เช่น ถังน้ำแข็ง จุดชำระเงิน ห้องน้ำ ตู้กดน้ำ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลสนามจังหวัดชัยภูมิ เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองชัยภูมิ ที่ให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูลและสนับสนุนบุคลากรในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสอบสวนโรคในพื้นที่ ทำให้การสอบสวนโรคและการศึกษาทางระบาดวิทยาของเหตุการณ์ครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณดร.สมรนุ่มผ่อง แพทย์หญิงชุติมณฑน์ สิงห์เขียว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะการดำเนินการสอบสวนโรคเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 14]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no731-070165.pdf
2. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. Dashboard COVID-19 ODPC9 รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตสุขภาพที่ 9 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 14]. เข้าถึงได้จาก: https://datastudio.google.com/reporting/14912e8e-0345-47a8-af69-1b8a35236af5/page/akTZC
3. ปราณ สุกุมลนันทน์, วีระพล ความหมั่น, จิตรวรรณ กลางเอก, บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล, เมทินี โคธนู. การสอบสวนการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีการระบาด ในชุมชนแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2564. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2023;29(1):15-26.
4. สาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ. ข้อมูล Cluster ร้านอาหาร ถนนนนทนาคร. การประชุมนำเสนอข้อมูล Cluster ร้านอาหาร ถนนนนทนาคร อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ; 17 มกราคม 2656; ห้องประชุมสาธารณสุข อำเภอเมืองชัยภูมิ.

5. เทศบาลเมืองชัยภูมิ. ข้อมูลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง. การประชุมนำเสนอข้อมูล Cluster ร้านอาหาร ถนนนนทนาคร อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ; 17 มกราคม 2565; ห้องประชุมสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ.
6. กรมควบคุมโรค. แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_form.php
7. กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินตนเองสำหรับสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2PLUS (COVID Free Setting) สำหรับสถานประกอบกิจการประเภทร้านอาหารและกิจกรรมเกี่ยวเนื่อง [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://stopcovid.anamai.moph.go.th/attach/w774/f20220117101854_BzipF4ejur.pdf
8. หนึ่งฤทัย ศรีสง. การศึกษาการวิเคราะห์เชิงพรรณนาสถานการณ์การระบาด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบันเทิงของไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 20]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10263/9055
9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. Report COVID-19 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มกราคม 22]. เข้าถึงได้จาก: https://service.dmsc.moph.go.th/reportcovid19/ha/login/
9. กฤติญา ชัยโชติจินดา.โอมิครอน (Omicron) โควิดสายพันธุ์ใหม่ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://thainakarin.co.th/omicron-coronavirus-tnh/
11. ธนวดี จันทร์เทียน. สอบสวนการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มพนักงานสถานบันเทิงแห่งหนึ่ง ย่านสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร เดือนเมษายน–พฤษภาคม 2563 [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 กุมภาพันธ์ 28]. เข้าถึงได้จาก: https://wesr.doe.moph.go.th/wesr_new/
12. ณัฐปรางค์ นิตยสูตร. การศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ที่เชื่อมโยงกับร้านอาหาร ช่วงการแพร่ระบาด SARS-CoV-2 ในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/191

E-ISSN 2673-0669

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [94-106]

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา

Participatory Action Research for Improving the Quality of Life of Homeless Individuals and Disease Prevention and Control in Urban Areas, Nakhon Ratchasima Province

ธันวดี รู้รอบ[1*], นิยม ไกรปุย[2]
Tanwadee Rurob[1*], Niyom Kraipui[2]

[1]สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
[1]The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhonratchasima
[2]สถาบันบำราศนราดูร
[2]Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

*Corresponding author: pinkkyauu88@gmail.com
(Received: Mar 3, 2023 / Revised: Jun 9, 2023 / Accepted: Jun 16, 2023)

บทคัดย่อ

กลุ่มคนเร่ร่อนเป็นกลุ่มคนที่สะท้อนปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมได้ชัดเจนที่สุด เสียภาพลักษณ์ของความเป็นเมือง สามารถแพร่กระจายโรคให้กับผู้อื่น ทำให้มีโอกาสเกิดโรคระบาดขึ้นได้ จึงได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของคนเร่ร่อนในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา และสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเมืองนครราชสีมา และคนเร่ร่อนเขตเมือง นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ามีคนเร่ร่อน 222 ราย อยู่คนเดียว 182 ราย มีอายุ 40-59 ปี 97 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป 76 ราย ไม่มีบัตรประชาชน 13 ราย เคยมีบัตรแต่บัตรหาย 82 ราย มีปัญหาสุขภาพ คือ วัณโรค 9 ราย, โรคเรื้อนระยะแพร่เชื้อ 1 ราย, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง 9 ราย ติดเชื้อ HIV 3 ราย มีปัญหาสุขภาพจิต 30 ราย ไม่มีงานทำ / ถูกไล่ออกจากงาน จำนวน 134 ราย เกิดทีม ดูแลคนเมืองสร้างระบบเฝ้าระวัง ระบบการตรวจสอบ ระบบการคัดกรองประเมินสุขภาพ และระบบการช่วยเหลือ คนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา สามารถนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนเพื่อป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่เขตเมืองที่มีบริบทคล้ายกัน

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต, คนเร่ร่อน, เขตเมือง

Abstract

Homelessness is a group that starkly reflects the problem of inequality in society. It can tarnish the image of urbanization, propagate diseases to others, and amplify the risk of epidemics. Therefore, this study focuses on understanding the circumstances, issues, and requirements of homeless individuals in the urban areas of Nakhon Ratchasima Province. The study aimed to develop a system for enhancing the well-being of homeless individuals to prevent and control diseases in the urban areas of Nakhon Ratchasima Province. This research employed a participatory action research approach, utilizing the PAOR (Participatory Action-Oriented Research) process. The participants included a working group and homeless individuals from the region. The findings revealed a total of 222 homeless individuals, out of which 182 were unaccompanied. Among these, 97 individuals fell within the age range of 40-59 years, while 76 were over 60 years old. Furthermore, 13 individuals lacked identification cards, and 82 had lost their cards after obtaining them. Health conditions were varied, with nine individuals diagnosed with tuberculosis, one with infectious leprosy, nine with diabetes and hypertension, and three with HIV infection. Mental health issues were reported in 30 individuals, and 134 individuals were either unemployed or had lost their jobs. To address these challenges, an urban care team established a comprehensive set of systems. These systems encompassed surveillance, monitoring, health assessment screening, and urban homelessness assistance within the urban areas of Nakhon Ratchasima Province. These measures work together to enhance the quality of life for homeless individuals and mitigate the spread of diseases. The guidelines formulated by the team could be applicable in other urban areas facing similar circumstances.

Keywords: Improving quality of life, Homeless individuals, Urban areas

บทนำ

ปัญหาคนเร่ร่อน ไร้บ้าน เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งปัญหาครอบครัว ดังนั้นการกลายเป็นคนเร่ร่อนไร้บ้าน หรือการที่สังคมมีคนไร้บ้านเพิ่มขึ้นเพียงหนึ่งคน เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทาง เศรษฐกิจและสังคมขั้นรุนแรงถึงขั้นที่ทำให้คนคนหนึ่งต้องออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ปราศจากที่พำนักอาศัย จึงทำให้สามารถมองได้ว่า คนเร่ร่อน ไร้บ้าน คือ หนึ่งในดัชนีชี้วัดทางเศรษฐกิจ เพราะหากประเทศหนึ่งมีจำนวนคนไร้บ้านเพิ่มขึ้น ย่อมเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าประเทศนั้นกำลังประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในขั้นที่ ส่งผลกระทบให้คนในสังคมต้องอยู่ในสภาพไร้ที่อยู่อาศัย[1]

จากการสำรวจแจงนับคนเร่ร่อน ไร้บ้านทั้งประเทศ ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย สำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 โดยเก็บข้อมูลในเขตเทศบาลขนาดเล็กและขนาดกลางในแต่ละจังหวัด รวมทั้งหมด 124 อำเภอ 77 จังหวัด พบคนเร่ร่อน ไร้บ้านทั้งในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักคนไร้บ้านแบบเปิดของทั้งภาคประชาสังคมและภาครัฐ จำนวนทั้งสิ้น 2,719 คน[2] การกระจายตัวของคนเร่ร่อน ไร้บ้านในแต่ละจังหวัด พบว่าส่วนใหญ่จะอาศัยใช้ชีวิตอยู่ในเมืองใหญ่ในระดับประเทศและระดับภูมิภาค ซึ่งกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีคนไร้บ้านมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 38) รองลงมา คือ นครราชสีมา (ร้อยละ 5) เชียงใหม่ (ร้อยละ 4) สงขลา (ร้อยละ 4) ชลบุรี (ร้อยละ 3) และขอนแก่น (ร้อยละ 3)[3] และในปี พ.ศ. 2564 จากการสำรวจข้อมูลคนเร่ร่อน ไร้บ้าน โดยศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมาและกลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน ซึ่งเป็นกลุ่มจิตอาสาที่รวมตัวกันจากบุคคลหลากหลายอาชีพที่ดูแลช่วยเหลือคนเร่ร่อนไร้บ้านในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีข้อมูลคนเร่ร่อนจำนวน 222 คน และมีแนวโน้มว่า จำนวนจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการภาครัฐ ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ไม่มีระบบและกลไกความช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในเขตเมือง อีกทั้งยังมีปัญหาด้านสุขภาพจำนวน 76 คน แบ่งเป็น 1) ป่วยเป็นโรคติดต่อจำนวน 13 คน ได้แก่ วัณโรค จำนวน 9 คน โรคเรื้อนระยะแพร่เชื้อจำนวน 1 คน และติดเชื้อ HIV จำนวน 3 คน และ 2) ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อจำนวน 9 คน ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 3) มีปัญหาทางจิต จำนวน 30 คน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าคนเร่ร่อนมีพฤติกรรมเร่ร่อนไปในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นแหล่งชุมชน เช่น สถานที่ราชการ ร้านค้า ตลาด สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง สวนสาธารณะ แหล่งท่องเที่ยว และหากคนเร่ร่อนป่วยเป็นโรคติดต่อ เช่น วัณโรค (ติดต่อโดยการแพร่กระจายเชื้อไปในอากาศ) โรคเรื้อน (ติดต่อโดยการสัมผัส หากไม่รีบรักษาจะทำให้เกิดความพิการ) สามารถแพร่กระจายเชื้อโรคให้กับบุคคลอื่นได้ ทำให้ประชาชนในพื้นที่นั้น เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือหากมีปัญหาทางจิต จะส่งผลต่อชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล และจากภาพลักษณ์ที่พิการ ไม่สะอาด ไม่มีคนดูแล ไม่มีงานทำ เป็นขอทาน เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ส่งผลให้ประชาชนเกิดความรังเกียจ และมีผลต่อภาพลักษณ์ของความเป็นเมือง ทำให้ผู้เดินทางและผู้ที่มาท่องเที่ยว รู้สึกไม่ปลอดภัย

จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีกลไกในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับคนเร่ร่อนที่เป็นระบบ หากประชาชนพบเห็นหรือต้องการแจ้งเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับคนเร่ร่อน จะโทรแจ้งหน่วยงานที่รู้จัก เช่น ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

จังหวัดนครราชสีมา เทศบาลนครนครราชสีมา หากพบคนเร่ร่อนที่ป่วยจะแจ้งไปที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังต่างดำเนินการตามภารกิจหลักของตนเอง ยังขาดแนวทางในการดำเนินการร่วมกัน ไม่มีระบบที่จะใช้ในการให้ความช่วยเหลือคนเร่ร่อน ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา จึงได้ทำการศึกษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมาขึ้น

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของคนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2) เพื่อสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

นิยามศัพท์

- คนเร่ร่อน หมายถึง คนไร้บ้าน คนที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง และเข้าไม่ถึงระบบบริการภาครัฐ

- เขตเมือง นครราชสีมา หมายถึง พื้นที่ในเขตอำเภอเมือง นครราชสีมา

- การพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง การพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Stephen Kemmis and McTaggart, 1990) 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)[4]

กลุ่มเป้าหมาย

1) คนเร่ร่อน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 222 คน และนำกรณีที่มีปัญหาและความซ้ำซ้อนมาศึกษาแบบรายกรณี (Case Study) 1 ราย

2) คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเมืองนครราชสีมา

ขั้นตอนการศึกษา

ระยะเวลาที่ศึกษา ปี 2563-2564 แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2563

1. วางแผน (Plan) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของคนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2. ปฏิบัติ (Action) สำรวจข้อมูลคนเร่ร่อนในเขตเมือง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กรณีศึกษาที่มีปัญหาและมีความความซับซ้อน มาวิเคราะห์ปัญหา วางแผนและให้ความช่วยเหลือ โดยการสร้างระบบ มีการประสานความร่วมมือกันแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการติดตามและส่งต่อข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. สังเกต (Observation) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของคนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา และสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคการดำเนินงาน ตามแผนที่วางไว้ โดยมีแบบบันทึกการปฏิบัติงาน บันทึกสรุปกิจกรรมที่ดำเนินงาน จนได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรคปลอดภัย หรือ “ทีมดูแลคนเมือง” ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาคนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

4. สะท้อนผล (Reflection) ใช้กลไกคณะทำงานคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรคปลอดภัย หรือ “ทีมดูแลคนเมือง” ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือคนเร่ร่อน โดยมีการประชุมร่วมกัน เพื่อทบทวนสถานการณ์คนเร่ร่อนในเขตเมือง หาการกระจายตัว (ตามที่อยู่ แบ่งเป็น สีเขียว-ช่วยเหลือตัวเองได้ สีเหลือง-ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย สีแดง-ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) และหารือแกนหลักในการประสานงาน ส่งต่อและการคัดกรอง ให้การช่วยเหลือต่อหลังจากเจอคนเร่ร่อน รวมถึงทบทวนการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายหน่วยงานต่างๆที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น รพ.มหาราชนครราชสีมา, รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ , ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา ในการคัดกรอง ตรวจ รักษา และส่งต่อให้ความช่วยเหลือจนเกิดแนวทางในการทำงานร่วมกัน

ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2564

1. วางแผน (Plan) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ทบทวนข้อมูล สถานการณ์คนเร่ร่อน ไร้บ้านในเขตเมือง นครราชสีมา
- ทบทวนบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และบูรณาการแผนการดำเนินงานร่วมกัน
- ทบทวนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของคนเร่ร่อน ไร้บ้าน จังหวัดนครราชสีมา

2. ปฏิบัติ (Action) สำรวจข้อมูลคนเร่ร่อน ในเขตเมือง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสำรวจคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครนครราชสีมาและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง ปีงบประมาณ2564 และใช้การศึกษาแบบรายกรณี (Case Study) 1 ราย สร้างระบบการช่วยเหลือ การประสานความร่วมมือกันแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการติดตามและส่งต่อข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. สังเกต (Observation) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของคนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา และสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคการดำเนินงาน ตามแผนที่วางไว้ โดยมีแบบบันทึกการปฏิบัติงาน บันทึกสรุปกิจกรรมที่ดำเนินงาน แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเมืองนครราชสีมา ภายใต้คณะอนุกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมาและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและแผนผังในการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีมติจากคณะกรรมการแต่งตั้งและลงนามในคำสั่งโดย ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

4. สะท้อนผล (Reflection) ทบทวนผังในการดำเนินงาน (Flow Chart) ให้เหมาะสมกับคณะทำงานที่ตั้งขึ้นใหม่ที่ได้ ซึ่งจะประเมินผลจากการปฏิบัติงานที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันและนำมาปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสำรวจคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครนครราชสีมาและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง ประยุกต์ใช้ จากแบบสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง

2. แนวคำถามแบบสนทนากลุ่ม ที่ใช้สอบถามในช่วงที่มีการสำรวจคนเร่ร่อน ประยุกต์ใช้ของกลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ใช้สำหรับถามคนเร่ร่อน ประยุกต์ใช้ของกลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน

4. แบบบันทึกสรุปกิจกรรม

5. เครื่องอัดเทปและเครื่องถ่ายภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) รวบรวบจากแบบสำรวจคนไร้บ้านฯ แบบบันทึกสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพปรากฏการณ์ที่ค้นพบเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษา สำหรับการตอบวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อ

ผลการศึกษา

ระยะ 1 ปี 2563

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรคปลอดภัย หรือ “ทีมดูแลคนเมือง” ประกอบด้วย (1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (2) เทศบาลนครนครราชสีมา (กองเทศกิจ/กองสวัสดิการสังคม/กอง สาธารณสุข) (3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (4) ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต. ที่คนเร่ร่อนอยู่ (5) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (6) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา (7) ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา (8) โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จากการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ(MOU) พัฒนากลไกการจัดการระบบ การป้องกันควบคุมโรค

ทางเดินหายใจและวัณโรคในเขตเมือง ตั้งแต่ปี 2562

2. ประชุมเพื่อหาแนวทางการจัดระเบียบคนขอทาน คนเร่ร่อนและไร้ที่พึ่ง เพื่อซักซ้อมแนวทางการจัดระเบียบของคนขอทานและคนไร้ที่พึ่งและวางแผนการดำเนินงานและมาตรการจนได้แนวทางการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาระบบกลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรคปลอดภัย หรือ “ทีมดูแลคนเมือง”

3. ลงพื้นที่เพื่อออกสำรวจ จัดระเบียบ และช่วยเหลือคนเร่ร่อน ไร้บ้าน คนขอทานในภาวะวิกฤติ COVID-19 ร่วมกันกับ “ทีมดูแลคนเมือง” พบคนเร่ร่อน 18 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้ 8 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 9 ราย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 1 ราย

4. ประชุมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสำหรับกลุ่มเร่ร่อนเพื่อวางแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและช่วยเหลือทางสังคมพื้นที่เขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา เกิดการสร้างระบบดังนี้

1.1 ระบบการเฝ้าระวัง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน และทีมดูแลคนเมือง ดำเนินการรับเรื่องร้องเรียน หรือแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับคนเร่ร่อน เพื่อประสานส่งต่อ ให้ได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 ระบบการตรวจสอบ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ เทศบาลนครนครราชสีมา (กองเทศกิจ กองสวัสดิการสังคม), ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา, โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต., ตำรวจ, กู้ภัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ลงพื้นที่สอบถามข้อมูล ตรวจสอบตามที่ได้รับแจ้ง พิสูจน์ตัวตน ตรวจสอบสิทธิต่าง ๆ การให้มีบัตรประชาชน สิทธิการรักษาพยาบาล และจัดทำฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและติดตามเพื่อออกแบบและวางแผนการดำเนินการให้เหมาะสม มีการส่งต่อไปยังหน่วยงานรองรับเบื้องต้น ได้แก่ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดนครราชสีมา, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา, ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตาจังหวัดนครราชสีมา โดยมีกลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน สำรวจและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

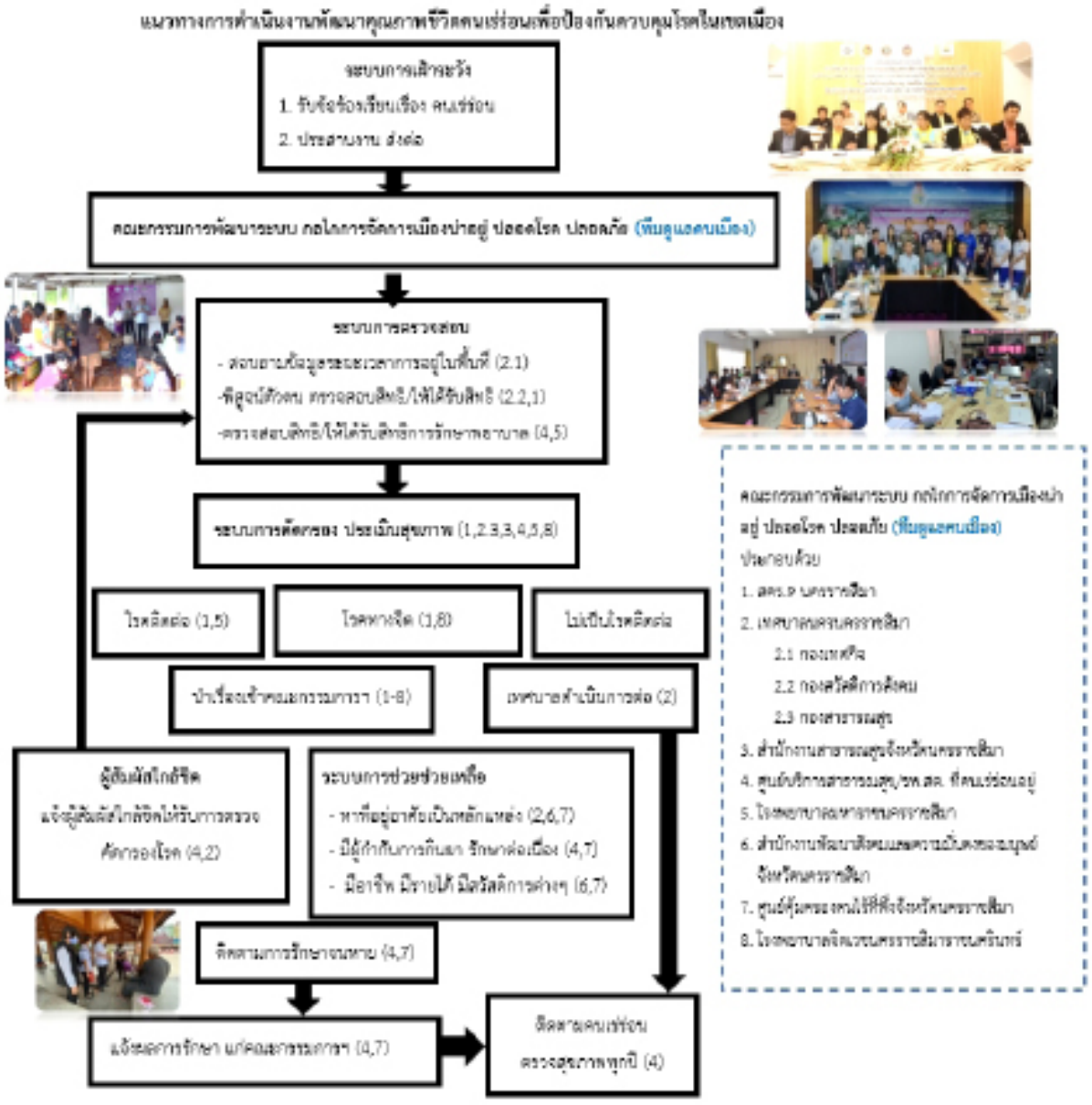
1.3 สร้างระบบการคัดกรอง

ประเมินสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ โดยหน่วยงานรักษาพยาบาล ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, เทศบาลนครนครราชสีมา (กองสาธารณสุข), โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, โรงพยาบาลเดอะโกลเดนเกท (รพ.เอกชน) และสถานีกาชาดที่ 4 นครราชสีมา จัดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ไม่เป็นโรคติดต่อ 2) เป็นโรคติดต่อ 3) เป็นโรคทางจิต ตรวจสุขภาพและรักษาโรคทางกาย ตรวจรักษาอาการทางจิต, ติดตามการรักษาและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิด ช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้น รับยาจากโรงพยาบาลเพื่อฉีดยาให้ผู้ป่วย รวมถึงประสานการดูแลรักษาและส่งต่อกองสวัสดิการสังคม เพื่อช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อไป

1.4 สร้างระบบการช่วยเหลือรับการสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต., ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มจิตอาสาซานตาครอสข้างถนน กำกับดูแลการกินยาติดตามการรักษา พัฒนาศักยภาพให้คนเร่ร่อน

สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ (Self-Care) และป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน ฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ค้นหาความสามารถในการประกอบอาชีพ ให้มีงานทำมีรายได้ หาที่พักอาศัยให้เป็นหลักแหล่ง ไม่เร่ร่อน ช่วยเหลือให้ได้รับสิทธิบริการสาธารณสุข สิทธิสงเคราะห์ผู้ป่วยและสวัสดิการของรัฐ ผลการดำเนินงาน จากการสร้างระบบเฝ้าระวัง ระบบการตรวจสอบ ระบบการคัดกรองประเมินสุขภาพ และระบบการช่วยเหลือ คนเร่ร่อน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทำให้เกิดแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองดังนี้



รูปที่ 1 แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง

จากรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่ากลไกคณะกรรมการพัฒนาระบบ กลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรค ปลอดภัย (ทีมดูแลคนเมือง) ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานขึ้น เพื่อทำให้คณะทำงานดังกล่าวมีระบบการทำงานที่ชัดเจนขึ้น สามารถส่งต่อการทำงานระหว่างหน่วยงานตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี และส่งผลให้เกิดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการป้องกันควบคุมโรค ในกลุ่มคนเร่ร่อน เขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการคัดกรองจำนวน 18 คน ได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจทั้ง 18 คน

ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2564

1. ประชุมประสานกลไกการทำงาน ในกลุ่มเร่ร่อนและผู้ด้อยโอกาส พื้นที่เขตเมืองนครราชสีมา ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนข้อมูล สถานการณ์คนเร่ร่อน ไร้บ้านในเขตเมืองนครราชสีมา

- ทบทวนบทบาทภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และวางแผนบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิต่างๆของคนเร่ร่อน ไร้บ้าน จังหวัดนครราชสีมา
- วางแผนการสำรวจคนเร่ร่อนไร้บ้านในพื้นที่เขตเมือง นครราชสีมา
- และหารือการแต่งตั้งคณะทำงานดูแลคนเมืองฯ

2. สำรวจข้อมูลคนเร่ร่อนไร้บ้าน ใช้แบบสำรวจคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครนครราชสีมาและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง โดยกลุ่มซานตาครอสข้างถนนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย จำนวน 222 ราย

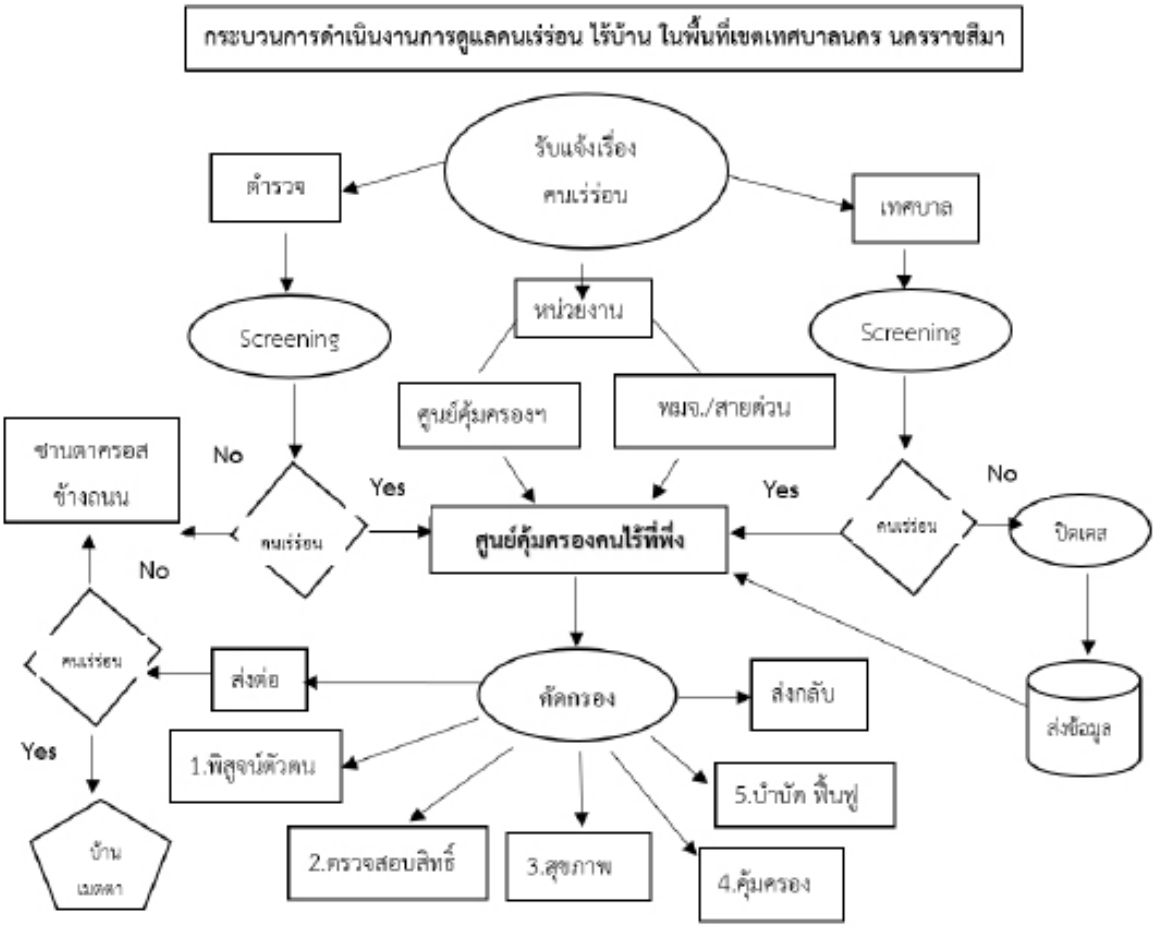
3. วิเคราะห์ข้อมูลคนเร่ร่อนในเขตเมืองนครราชสีมา พบว่ามีคนเร่ร่อน 222 ราย เป็นเพศชายจำนวน 170 ราย เพศหญิง จำนวน 52 ราย อาศัยอยู่คนเดียว 182 ราย วัยกลางคนที่อายุ 40-59 ปี จำนวน 97 ราย วัยสูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 76 ราย ไม่มีบัตรประชาชน 13 ราย เคยมีบัตรแต่บัตรหาย 82 ราย ป่วยเป็นวัณโรค 9 ราย (รักษาหายแล้ว 3 ราย /รักษาอยู่ 4 ราย /ไม่รักษา 2 ราย), ป่วยเป็นโรคเรื้อนระยะแพร่เชื้อ 1 ราย (รักษาอยู่), ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 9 ราย (รักษาอยู่ 6 ราย /ไม่รักษา 3 ราย), ติดเชื้อ HIV 3 ราย (รักษาอยู่ 2 ราย/ ไม่รักษา 1 ราย) มีปัญหาสุขภาพจิต 30 ราย (รักษาหายแล้ว 3 ราย/ รักษาอยู่ 18 ราย/ ไม่รักษา 9 ราย) ไม่มีงานทำ / ตกงาน / ถูกไล่ออกจากที่ทำงาน จำนวน 134 ราย

4. นำเสนอข้อมูลการสำรวจคนเร่ร่อน ไร้บ้าน เขตเมือง นครราชสีมา ตามแนวทางที่ได้จัดทำไว้ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวัง ระบบการตรวจสอบ ระบบการคัดกรองประเมินสุขภาพ และระบบการช่วยเหลือ พบว่า “ทีมดูแลคนเมือง” เป็นการจัดตั้งที่ไม่มีคำสั่งที่ชัดเจนรองรับ ส่งผลให้การประสานงานและระบบการส่งต่อ ยังมีปัญหา จึงได้เสนอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบ กลไกการจัดการเมืองน่าอยู่ปลอดโรค ปลอดภัย (ทีมดูแลคนเมือง) ที่มีอยู่เดิม ปรับให้เข้ากับภารกิจของคณะคณะกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมาที่มีอยู่แล้ว โดยจัดตั้งเป็น “คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา” ภายใต้คณะอนุกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมาและกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ

5. ประชุมคณะอนุกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา เพื่อติดตามผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และได้ร่างคำสั่งการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเมืองนครราชสีมา เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯโดยมีมติเห็นชอบให้จัดทำคำสั่งดังกล่าว โดยมีมติจากคณะกรรมการให้มีการแต่งตั้งและลงนามในคำสั่ง

โดยผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นประธานอนุกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดนครราชสีมา สั่ง ณ วันที่ 17 กันยายน 2564

6. ประชุมประสานกลไกการทำงาน ในกลุ่มเร่ร่อนและผู้ด้อยโอกาส พื้นที่เขตเมืองนครราชสีมา ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำบทบาทและหน้าที่ที่มีใน“คณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้ที่พึ่งในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา”มาจัดทำผังการดูแลคนเร่ร่อนในพื้นที่เขตเมือง นครราชสีมา ให้มีความชัดเจนและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 กระบวนการดำเนินงานการดูแลคนเร่ร่อนไร้บ้านในพื้นที่เขตเทศบาลนคร นครราชสีมา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผลที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนและป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา อภิปรายผล ดังนี้

1) จากการศึกษา พบคนเร่ร่อน จำนวน 222 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 170 ราย เพศหญิง จำนวน 52 ราย อาศัยอยู่คนเดียว 182 ราย มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 97 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 76 ราย ไม่มีบัตรประชาชน 13 ราย เคยมีบัตรแต่บัตรหาย 82 ราย ป่วยเป็นวัณโรค 9 ราย (รักษาหายแล้ว 3 ราย/ รักษาอยู่ 4 ราย ไม่รักษา 2 ราย), ป่วยเป็นโรคเรื้อนระยะแพร่เชื้อ 1 ราย (รักษาอยู่), ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 9 ราย (รักษาอยู่ 6 ราย/ ไม่รักษา 3 ราย), ติดเชื้อ HIV 3 ราย (รักษาอยู่ 2 ราย /ไม่รักษา 1 ราย) มีปัญหาสุขภาพจิต 30 ราย (รักษาหายแล้ว 3 ราย /รักษาอยู่ 18 ราย /ไม่รักษา 9 ราย) ไม่มีงานทำ / ตกงาน / ถูกไล่ออกจากที่ทำงาน จำนวน 134 ราย สะท้อนให้เห็นปัญหาการเข้าไม่ถึงสวัสดิการและความช่วยเหลือของรัฐในด้านต่างๆที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ ธนกฤต ยอดคีรี และคณะ[5] เพราะการไม่มีบัตรประชาชนก็ไม่สามารถยืนยันในการเข้ารับการช่วยเหลือต่างๆได้ เช่น การมีบัตรทองในการรักษาตามโรงพยาบาล การขอรับเงินช่วยเหลือหรือสวัสดิการตามโครงการต่างๆ และเนื่องจากคนเร่ร่อนบางคนไม่ได้ไปแจ้งเกิด ทำให้ไม่มีสิทธิทางทะเบียนหรือการทำบัตรประชาชนและเอกสารทางทะเบียนหาย จนเป็นบุคคลที่ไม่มีตัวตน ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิที่พึงมี และความช่วยเหลือต่างๆได้ จึงจำเป็นต้องมีการการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของคนเร่ร่อน เพื่อหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือให้คนเร่ร่อนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานจากรัฐได้อย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

2) การมีระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนในเขตเมือง นครราชสีมา เพื่อสร้างความร่วมมือและสนับสนุนให้หน่วยงานเครือข่ายภาครัฐ เอกชนและประชาชน มีแนวทางการดำเนินงานที่ใช้ร่วมกันในการดูแลคนเร่ร่อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทิยา สัตยวาที[6] ศึกษาบทบาทของหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายในการดูแลคนไร้บ้าน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายในการดูแลคนไร้บ้านในจังหวัดนครสวรรค์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไร้บ้านและประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การทำงานที่เป็นระบบจะช่วยลดระยะเวลาในการประสานงานและดำเนินการทำให้คนเร่ร่อนเข้าถึงและได้รับบริการได้รวดเร็วมากขึ้น หน่วยงานเครือข่าย ได้รับผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน มีการบูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น มีวิธีการแก้ไขปัญหาเชิงลึกรอบด้าน มีช่องทางการประสานงานและการทำงานเป็นเครือข่ายในทุก ๆ ด้าน เพราะที่ผ่านมาด้วยภารกิจที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการบูรณาการ การเชื่อมโยงการทำงานเป็นไปได้ยาก เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่น ทำเฉพาะภารกิจของตนเอง มองว่าเป็นบทบาทของหน่วยงานอื่น คนเร่ร่อนเป็นประชาชนกลุ่มน้อยที่ได้รับปัญหา ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แสดงให้เห็นว่ามีการสื่อสารปรับแนวความคิดให้เห็นความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงทั้งระบบ กรณีตัวอย่างมาเป็นจุดเชื่อมการทำงาน ทำเป็น Model วางแนวทาง และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน กระตุ้นให้มองภาพรวมและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยเรียนรู้จากบทเรียนความสำเร็จ ขยายผลนำไปใช้ในงานอื่น และขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบ คณะทำงาน

/คณะกรรมการ เพื่อให้ทุกหน่วยงานเห็นประโยชน์และความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกัน ตามกรอบแนวคิด PAOR

3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนเพื่อป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนเขตเมืองในพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุข ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย พัฒนาระบบการทำงานภาครัฐ โดยใช้แนวทางของระบบราชการ 4.0 เชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วนและพัฒนาบริการด้านการป้องกันควบคุมโรค[7] สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในทุกช่วงอายุ ในการพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อลดการแพร่ระบาดของวัณโรคและโรคติดต่ออื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับระบบที่สร้างขึ้น หากคนเร่ร่อน สามารถเข้าถึงและได้รับบริการภาครัฐ ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่ายกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ ได้รับการรักษา ลดการป่วย ลดความพิการ ลดการแพร่กระจายของโรคไปสู่บุคคลอื่น และไม่แพร่เชื้อโรคให้กับประชาชน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ รู้สึกปลอดภัยในชุมชน และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี อีกทั้งยังส่งผลต่อการลดความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากคนเร่ร่อน และยังเสริมสร้างภาพลักษณ์เขตเมืองนครราชสีมา สู่เมืองน่าอยู่ปลอดโรคปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนเร่ร่อนเพื่อป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไปยังพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 อีก 3 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทความเป็นเมืองแต่ละพื้นที่ ขยายการดูแลระบบบริการสุขภาพและความช่วยเหลือทางสังคมไปยังกลุ่มเปราะบางทางสังคมอื่น ๆ เช่น ชุมชนแออัด ผู้ด้อยโอกาส คนไร้สัญชาติ ผู้สูงอายุ/ผู้พิการที่ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

2. ควรเพิ่มช่องทางหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือคนเร่ร่อน และจัดทำทำเนียบของหน่วยงาน เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการประสานงาน

เอกสารอ้างอิง

1. พีระ ตั้งธรรมรักษ์.การพัฒนาตัวชี้วัดความเปราะบางในการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน. วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ. 2565; 1(9):16-35.
2. อนรรฆ พิทักษ์ธานิน. รายงานวิจัย “การสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่องภายใต้โครงการการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 22]. เข้าถึงได้จาก: https://penguinhomeless.com/wp-content/uploads/2018/11/รายงานฉบับสมบูรณ์-สำรวจสถานการณ์คนไร้บ้าน.pdf

3. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. ผลสำรวจคนไร้บ้าน [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มีนาคม 2]. เข้าถึงได้จาก: https://web.codi.or.th/20200124-10190/.
4. นันท์นภัส สุขใจ, รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.2565;28(1):38-49.
5. ธนกฤต ยอดคีรี, ศิริศักดิ์ เหล่าจันขาม. การช่วยเหลือคุ้มครองคนเร่ร่อนในเขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสังคมภิวัฒน์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2562;10(3):23
6. นันทิยา สัตยวาที, รตา อนุตตรังกูร, ธีรพงศ์ พรหมวิชัย. บทบาทของหน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายในการดูแลคนไร้บ้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2564;16(56):1-2
7. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579) [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มีนาคม 19].เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//ยุทธศาสตร์%2020%20ปี%20กรม%20คร.%20(FULL)%20.pdf

กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [107-120]

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบในผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2562-2565

Incidence and risk factors of post-anesthetic hypotension among one-day surgery patients, Bangbuathong hospital, Nonthaburi, 2019-2022

ศิรภัสร์ ศิริไสยาสน์
Sirapas Sirisaiyard

โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
Bangbuathong hospital, Nonthaburi

Corresponding author: melladazaa@gmail.com
(Received: Apr 6, 2023 / Revised: Jun 19, 2023 / Accepted: Jun 28, 2023)

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตต่ำหลังรับยาสลบในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการศึกษาในวงจำกัด การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าวในโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565 พรรณนาลักษณะผู้ป่วย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยในการศึกษา ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดความดันโลหิตต่ำ โดย Chi square และ Fisher exact test (ข้อมูลแจงนับ) และ Student t-test, Rank Sum และ Kruskal-Wallis test (ข้อมูลต่อเนื่อง) หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะดังกล่าวโดยวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก จากการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังรับยาสลบ ร้อยละ 21.10 เพศ การรักษา วิธีระงับความรู้สึก ค่าเฉลี่ยชีพจรก่อนการผ่าตัด อายุ และเวลาผ่าตัด แตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดความดันโลหิตต่ำ (p-value < 0.05) อายุมาก เวลาผ่าตัดนาน เพศชาย ชีพจรก่อนการผ่าตัดน้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที และการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation เป็นปัจจัยเสี่ยง เมื่อวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศชาย และ ชีพจรก่อนการผ่าตัดน้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที โดยสรุปอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำหลังรับยาสลบ ร้อยละ 21.10 ส่วนปัจจัยเสี่ยงคือ เพศชาย อายุมาก เวลาการผ่าตัดนาน ชีพจรก่อนการผ่าตัดช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาที และการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation ดังนั้นบุคลากรทางวิสัญญี ควรเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้า (น้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที) ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเป็นเวลานาน รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

คำสำคัญ: ความดันโลหิตต่ำ, ดมยาสลบ, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

Abstract

Post-anesthetic hypotension following one-day surgery was investigated within the scope of this study. The primary objective was to examine the incidence and risk factors associated with post-anesthetic hypotension among patients undergoing one-day surgery at Bangbuathong Hospital. Data collection spanned from October 2019 to June 2022. The study also aimed to outline patient characteristics and ascertain correlation coefficients among the factors under investigation. Furthermore, the Chi-square and Fisher exact tests were utilized to assess differences between patient groups that experienced post-anesthetic hypotension and those that did not, focusing on nominal data. Continuous data underwent analysis through the Student T, Rank Sum, and Kruskal Wallis tests. Logistic regression was performed to identify factors influencing post-anesthetic hypotension. The results revealed a post-anesthetic ypotension incidence of 21.10%. Notably, the type of treatment and sex exhibited a strong correlation (correlation coefficient > 0.70) with the incidence rate. Additionally, significant differences were observed in gender, treatment type, sedation method, age, mean preoperative pulse rate, and operation duration between the patient groups (p-value < 0.05). Identified risk factors encompassed advanced age, prolonged operation duration, male gender with a preoperative pulse rate below 70 beats per minute, and deep sedation. Subsequently, after accounting for other variables, male gender and preoperative pulse rate below 70 beats per minute retained their significance as risk factors. In summary, the incidence of post-anesthetic hypotension was determined to be 21.10%, with significant risk factors being male gender, older age, lengthier operation duration, preoperative pulse rate below 70 beats per minute, and deep sedation. Anesthesiologists should exercise heightened vigilance when monitoring hypotension in elderly male patients, particularly those with a low preoperative pulse rate (below 70 beats per minute). This emphasis is especially crucial for patients undergoing extended surgical procedures, receiving deep sedation, and undergoing one-day surgery treatment.

Keywords: Hypotension, Anesthesia, One-day surgery

บทนำ

ปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่มักพบในระหว่างการผ่าตัด คือการที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ป่วย เนื่องจากภาวะดังกล่าวนำไปสู่การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญต่างๆไม่เพียงพออันจะนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นไปคือการเกิดภาวะขาดเลือดของสมอง หัวใจ และไต เป็นผลให้การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นหรือแม้แต่อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยส่วนใหญ่ภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างผ่าตัดนั้นเป็นผลมาจากการใช้ยาสลบเพื่อระงับความรู้สึกของผู้ป่วย[1-2] ผลเสียของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างผ่าตัดจะยิ่งเห็นชัดเจนมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายในหนึ่งปีหลังการผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้น[3] นอกจากนี้หากเกิดภาวะความดันโลหิตผิดปกติระหว่างผ่าตัดจะพบว่าภาระงานและระยะเวลาปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาสลบผู้ป่วยมักจะมากขึ้นตามไปด้วย[4] ซึ่งการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างผ่าตัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบเพื่อระงับความรู้สึกนั้นพบได้บ่อยทั้งในไทย[5-6] และต่างประเทศ[2, 7-8]

ปัจจุบันการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ [One Day surgery: ODS] เป็นนโยบายที่กรมการแพทย์ให้การสนับสนุนและปรับปรุงระบบเพื่อให้มีการบริการรูปแบบนี้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการรวมถึงลดความแออัดในโรงพยาบาลได้[9] และโรงพยาบาลบางบัวทองได้เริ่มให้บริการดังกล่าวในช่วงปี พ.ศ. 2561 แม้ว่าจะมีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างผ่าตัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบเพื่อระงับความรู้สึกกันอย่างแพร่หลาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในการผ่าตัดใหญ่ที่ผู้ป่วยมักต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล[1] การศึกษาการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในระหว่างผ่าตัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาสลบเพื่อระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กหรือเป็นการได้รับยาสลบเพื่อการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องมีการนอนโรงพยาบาล อย่างเช่นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนั้นมีการศึกษาในวงจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดใหญ่ อีกทั้งแนวโน้มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในอนาคตก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการที่จะศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบ เพื่อระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับรวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบเพื่อการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบเพื่อการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบ เพื่อการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับใน

โรงพยาบาลบางบัวทองโดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565 (วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565)

ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565) ทั้งหมด 175 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลบางบัวทองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565 ใช้เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการระงับความรู้สึกและถูกบันทึกข้อมูลในระบบการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทองที่ดูแลโดยวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล

2. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการรับเข้ารักษา

3. ได้รับการรักษาผ่าตัดระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2565 ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อายุต่ำกว่า 15 ปี

2. สตรีมีครรภ์ (เนื่องจากการดูแลความดันโลหิตของเด็กและสตรีมีครรภ์มีความแตกต่างจากกลุ่มประชากรอื่นๆ)

นิยามที่ใช้ในการศึกษา

- ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หมายถึง ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง (น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัม/(ส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร)^2 ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายไม่เกินเกณฑ์ปกติ[10] (ไม่เกิน 23 กิโลกรัม/เมตร^2) และกลุ่มที่ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ (ตั้งแต่23 กิโลกรัม/เมตร^2 ขึ้นไป)

- **ประวัติโรคประจำตัว** หมายถึง โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งครอบคลุมถึงโรคประจำตัวที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคที่ทำให้ต้องเพิ่มความระวังในการดูแลทางเดินหายใจขณะที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไทรอยด์ และโรคหอบหืด โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวดังกล่าว และกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวดังกล่าว

- อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร (Pulse rate: PR) หมายถึง จำนวนครั้งของการเต้นของหัวใจใน 1 นาที โดยเป็นค่าที่วัดก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีชีพจรก่อนการผ่าตัดน้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที และกลุ่มที่มีชีพจรก่อนการผ่าตัดตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป ข้อมูลไม่สามารถแบ่งตามนิยามของชีพจรเต้นช้า (bradycardia) คือเต้นน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที[11] ได้เนื่องจากตัวอย่างที่มีชีพจรตามเกณฑ์ดังกล่าวมีจำนวนน้อยมาก

- ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Mean Arterial Pressure: MAP) หมายถึง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจาก ค่าเฉลี่ยของผลรวมค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) และสองเท่าของค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) หรือ

DBP+1/3(SBP-DBP)[12] ในการศึกษานี้แบ่งเป็น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการผ่าตัดและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ณ เวลาเริ่มการผ่าตัด

- **กลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการได้ยาสลบเพื่อระงับความรู้สึก** คือ ผู้ป่วยที่มีค่า MAP หลังได้รับยาสลบลดลงกว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ณ เวลาเริ่มผ่าตัด ตั้งแต่ร้อยละ 30 ขึ้นไป หรือได้รับยา Ephedrine (ยาตีบหลอดเลือด) เนื่องจากความดันโลหิตต่ำระหว่างได้รับยาสลบ

- **กลุ่มที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการได้ยาสลบเพื่อระงับความรู้สึก** คือ ผู้ป่วยที่มีค่า MAP หลังได้รับยาสลบลดลงกว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ณ เวลาเริ่มผ่าตัดไม่เกินร้อยละ 30 และไม่ได้รับยา Ephedrine

- **วิธีการระงับความรู้สึก** หมายถึง วิธีการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับ ในการศึกษานี้แบ่งตามระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เป็น กลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางเส้นเลือด ซึ่งจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild-moderate sedation) จะไม่พบการหยุดหายใจ (apnea) จึงไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และกลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการดมยาที่จะทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก (deep sedation) และอาจพบการหยุดหายใจจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

- **ปริมาณยาสลบที่ใช้** หมายถึง ปริมาณยาสลบทั้งหมดตลอดการรักษาหรือผ่าตัดที่ใช้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยยาสลบที่ใช้มีอยู่สองชนิด คือ propofol และ fentanyl หน่วยเป็นมิลลิกรัม

- **ปริมาณเลือดที่เสียจากการรักษาหรือผ่าตัด (Estimated Blood Loss: EBL)** หมายถึง ปริมาณเลือดที่เสียจากการรักษาหรือผ่าตัดของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการเสียเลือดเป็น กลุ่มที่เสียเลือดไม่เกิน 5 มิลลิลิตร และกลุ่มที่เสียเลือดมากกว่า 5 มิลลิลิตร

- **ความเสี่ยงในการผ่าตัด** หมายถึง ความเสี่ยงในการเสียชีวิตในการรักษาหรือผ่าตัดของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินตาม American Society of Anesthesiologists (ASA classification)[13] ซึ่งแบ่งความเสี่ยงออกเป็นทั้งหมด 4 ระดับ แต่ในการศึกษานี้พบเพียง 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่สุขภาพแข็งแรงดี และระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมโรคได้ ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบหรืออวัยวะในร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว โดยเก็บข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติโรคประจำตัว การตรวจร่างกาย ค่าสัญญาณชีพก่อนผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลขณะผ่าตัด ประกอบด้วย ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ชนิดและปริมาณของยาสลบที่ผู้ป่วยได้รับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเฝ้าระวังขณะผ่าตัด ประกอบด้วย ค่าสัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในระหว่างการผ่าตัด

ส่วนที่ 5 ข้อมูลหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย การเสียเลือด การวินิจฉัยสุดท้าย

โดยข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล

หรือรหัสที่สามารถบ่งบอกตัวตนของผู้ป่วยได้ แต่จะใช้ลำดับที่จัดทำขึ้นใหม่โดยไม่สามารถย้อนกลับไปหาข้อมูลของผู้ป่วยได้แทน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ รวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลที่ต้องการ ลงในแบบบันทึกข้อมูลโดย กำหนดลำดับที่ขึ้นมาใหม่โดยไม่ให้สามารถย้อนกลับไปหาข้อมูลของผู้ป่วยได้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลมา วิเคราะห์ แปรผล และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่สำหรับข้อมูลแจงนับเป็นร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย คู่กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐานคู่กับค่าควอไทล์ที่ 1 และ ค่าควอไทล์ที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆในการศึกษานำเสนอในรูปแบบขอค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (correlation coefficient) สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความแตกต่างลักษณะระหว่างกลุ่มที่พบว่าเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำกับกลุ่มที่ไม่พบภาวะความดันโลหิตต่ำ ข้อมูลแจงนับ ใช้ Chi square test หรือ Fisher exact test กรณีที่ข้อมูลมีจำนวนน้อยกว่า 5 ในแต่ละกลุ่มย่อย สำหรับค่าเฉลี่ยใช้ student T test ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้ Rank Sum test สำหรับค่ามัธยฐานของข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ทั้งแบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) และแบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) โดยเลือกปัจจัยที่จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร โดย วิธี Step backward selection ใช้ค่า p value น้อยกว่า 0.05 เนื่องจากจำนวนผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการระงับความรู้สึกมีไม่มากนัก นำเสนอผลในรูปของ Odds Ratios (ORs), Adjusted Odds Ratios (AOR) และ 95% confidence interval (CI) โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value น้อยกว่า 0.05

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้อมูลของโครงการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ รวมทั้งผลการวิจัยนั้นจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมหรือตีพิมพ์เฉพาะในงานทางวิชาการเท่านั้นและการทำวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ถนนรัตนาธิเบศร์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 12/2565 รับรองวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทองในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 มิถุนายน 2565 ทั้งหมด 175 ราย พบว่า 57 ราย ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่โดยศัลยแพทย์เองโดยตรง มี 8 รายอายุต่ำกว่า 15 ปี และอีก 1 รายเป็นสตรีมีครรภ์ จึงมีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 109 ราย ค่ามัธยธฐานอายุ 50 ปี (พิสัย 44-58 ปี) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.06) มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน

คือ BMI ตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 (ร้อยละ 69.72) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.06) เข้ารับการรักษาด้วยการขูดมดลูก เนื่องจากมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด (ร้อยละ 61.47) ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านทางเส้นเลือดโดยไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 73.39) เสียเลือดจากการรักษาผ่าตัดไม่เกิน 5 มิลลิลิตร (ร้อยละ 70.64) และมีความเสี่ยงในการผ่าตัด (ASA class) อยู่ในระดับที่ 2 (ร้อยละ 72.00) ผู้ป่วยทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยชีพจรก่อนการผ่าตัดเท่ากับ 81.21 ครั้งต่อนาที ค่าเฉลี่ย MAP ก่อนการผ่าตัดและ ณ เวลาเริ่มการผ่าตัด เท่ากับ 92.84 และ 103.72 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ค่ามัธยฐานปริมาณการใช้ยา fentanyl เท่ากับ 75.00 มิลลิกรัม (พิสัย 50.00-100.00 มิลลิกรัม) และยา Propofol เท่ากับ 110.00 มิลลิกรัม (พิสัย 80.00-170.00 มิลลิกรัม) และค่ามัธยฐานระยะเวลาการรักษาผ่าตัดเท่ากับ 18 นาที (พิสัย 10-55 นาที) ดังตารางที่ 1

พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีและมีภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับการระงับความรู้สึกคือสัดส่วนของเพศ ค่ามัธยฐานอายุ ค่าเฉลี่ยชีพจรก่อนการผ่าตัด การรักษา วิธีการระงับความรู้สึก ความเสี่ยงในการผ่าตัด (ASA class) และค่ามัธยฐานระยะเวลาในการรักษาผ่าตัดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) ดังตารางที่ 1

พบเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำน้อยกว่าเพศชาย (OR 0.08, 95%CI 0.03-0.26) อายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 ปี ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวมากขึ้น (OR 1.05, 95%CI 1.01-1.09) การมีชีพจรก่อนการผ่าตัดตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าการมีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาที (OR 0.29, 95%CI 0.10-0.83) การผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (OR 14.77, 95%CI 4.31-50.61) การตัดติ่งเนื้อและการตัดริดสีดวงทวาร (OR 9.00, 95%CI 1.83-44.17) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว สูงกว่าการขูดมดลูก ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ mild-moderate sedation (OR 5.69, 95%CI 2.12-15.26) และทุกๆ1นาทีของเวลาการรักษาผ่าตัดที่นานขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวมากขึ้น (OR 1.04, 95%CI 1.02-1.06) ดังตารางที่ 3

ค่ามัธยฐานของการรักษาแต่ละโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) โดยค่ามัธยฐานเวลาการรักษาด้วยการขูดมดลูก คือ 10 นาที (พิสัย 10-15 นาที) การรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบคือ 61 นาที (พิสัย 57-68 นาที) และการตัดติ่งเนื้อและการตัดริดสีดวงทวารคือ 30 นาที (พิสัย 18-65 นาที) เช่นเดียวกับค่ามัธยฐานระยะเวลาในการรักษาผ่าตัดตามวิธีการระงับความรู้สึกที่พบว่าค่ามัธยฐานเวลาในการรักษาผู้ป่วยที่ระงับความรู้สึกแบบ mild-moderate sedation คือ13.52 นาที (พิสัย 10.00-42.54 นาที) ส่วนผู้ป่วยที่ระงับความรู้สึกแบบ deep sedation คือ 60.00 นาที (พิสัย 43.00-67.00 นาที) (p value <0.001)

เมื่อทำการคัดเลือกตัวแปรเพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าวมากที่สุด ได้แก่ เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าเพศชาย (AOR 0.08, 95%CI 0.02-0.26) และ การมีชีพจรก่อนการผ่าตัดตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าการมีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาที (OR 0.22, 95%CI 0.07-0.88) ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามผลลัพธ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการระงับความรู้สึก และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีและมีภาวะความดันโลหิตต่ำ

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มมีความดันโลหิตต่ำ (n=23)	กลุ่มไม่มีความดันโลหิตต่ำ (n=86)	
เพศ (n=109)			
ชาย	18 (78.26)	19 (22.09)	<0.001
หญิง	5 (21.74)	67 (77.91)	
มัธยฐานอายุ[d] (พิสัย): ปี (n=109)	55.00 (51.00-62.00)	48.00 (43.00-56.00)	0.015
ดัชนีมวลกาย (n=109)			
ดัชนีมวลกายปกติ (BMI <23 kg/m^2)	8 (34.78)	25 (29.07)	0.596
น้ำหนักเกิน (BMI ≥23 kg/m^2)	15 (65.22)	61 (70.93)	
ชีพจรก่อนการผ่าตัด (n=106)[b]			
ค่าเฉลี่ยชีพจรc (sd): ครั้งต่อนาที	75.48 (11.25)	82.83 (11.94)	0.009
ชีพจรน้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที	8 (34.78)	11 (13.25)	0.017
ชีพจรตั้งแต่ 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป	15 (65.22)	72 (86.75)	
ค่าเฉลี่ย MAPc (sd): มิลลิเมตรปรอท (n=106) b			
MAP ก่อนการผ่าตัด	93.19 (11.96)	92.73 (9.61)	0.850
MAP ณ จุดเริ่มต้นการผ่าตัด	104.73 (11.65)	103.40 (11.16)	0.616
การรักษา (n=109)			
ขูดมดลูก	4 (17.39)	63 (73.26)	<0.001a
ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ	15 (65.22)	16 (18.6)	
ตัดติดเนื้อหรือตัดริดสีดวงทวาร	4 (17.39)	7 (8.14)	
วิธีการระงับความรู้สึก (n=109)			
Mild-moderate sedation	10 (43.48)	70 (81.4)	<0.001
Deep sedation	13 (56.52)	16 (18.6)	

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มมีความดันโลหิตต่ำ (n=23)	กลุ่มไม่มีความดันโลหิตต่ำ (n=86)	
มัธยฐานปริมาณยาสลบที่ใช้[d] (พิสัย): มิลลิกรัม			
Fentanyl (n=95)	75.00 (50.00-100.00)	75.00 (70.00-100.00)	0.853
Propofol (n=94)	150.00 (80.00-200.00)	100.00 (80.00-150.00)	0.210
ปริมาณเลือดที่เสียจากการผ่าตัด (n=109)			
ไม่เกิน 5 มิลลิลิตร	14 (60.87)	63 (73.26)	0.247
ตั้งแต่ 5 มิลลิลิตรขึ้นไป	9 (39.13)	23 (26.74)	
ASA classification (n=100)[b]			
Class 1	4 (18.18)	24 (30.77)	0.293a
Class 2	18 (81.82)	54 (69.23)	
มัธยฐานเวลาการรักษาผ่าตัด[d] (พิสัย): นาที (n=109)	59.00 (30.00-65.00)	15.00 (10.00-50.00)	<0.001

a: p-value from Fisher exact test b: มี missing ทำให้ n ไม่ครบ 109 c: p-value from Student T-test
d: p-value from Rank Sum test

ตารางที่ 2 ค่า correlation coefficient ระหว่างปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาและผลลัพธ์การเกิดความดันโลหิตต่ำ

ปัจจัยที่ใช้	ความดันโลหิตต่ำ	เพศ	อายุ	ชีพจรก่อนผ่าตัด	การรักษา	วิธีการระงับความรู้สึก	ระยะเวลาผ่าตัด
ความดันโลหิตต่ำ	1.00						
อายุ	0.18	-0.13	1.00				
ชีพจรก่อนการผ่าตัด	-0.25	0.15	-0.17	1.00			
การรักษา	0.39	-0.72**	0.09	-0.14	1.00		
วิธีการระงับความรู้สึก	0.34	-0.57*	0.09	-0.05	0.48	1.00	
ระยะเวลาผ่าตัด	0.40	-0.74**	0.07	-0.18	0.55*	0.52*	1.00

*: สัมพันธ์กันปานกลาง (correlation coefficient 0.50-0.70) **: สัมพันธ์กันอย่างมาก (correlation coefficient 0.70-0.90)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการเกิดความดันโลหิตต่ำหลังระงับความรู้สึก

ปัจจัยที่ศึกษา	Odds ratio (95% CI)	Adjusted Odds ratio (95% CI)[a]
เพศหญิง (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.08 (0.03-0.26)*	0.08 (0.02-0.26)*
อายุ (ปี)	1.05 (1.01-1.09)*	
น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายปกติเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.77 (0.29-2.04)	
มีโรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.82 (0.30-2.20)	
ชีพจรก่อนการผ่าตัด≥ 70 ครั้งต่อนาที (< 70 ครั้งต่อนาทีเป็นกลุ่มอ้างอิง)	0.29 (0.10-0.83)*	0.22 (0.07-0.88)*
MAP ก่อนการผ่าตัด (มิลลิเมตรปรอท)	1.00 (0.96-1.05)	
MAP ณ เวลาเริ่มการผ่าตัด (มิลลิเมตรปรอท)	1.01 (0.97-1.05)	
การผ่าตัดไส้เลื่อน (การขูดมดลูกเป็นกลุ่มอ้างอิง)	14.77 (4.31-50.61)*	
การตัดติ่งเนื้อและริดสีดวงทวาร (การขูดมดลูกเป็นกลุ่มอ้างอิง)	9.00 (1.83-44.17)*	
ระงับความรู้สึก deep sedation (mild-moderate sedation เป็นกลุ่มอ้างอิง)	5.69 (2.12-15.26)*	
ปริมาณยา Fentanyl (มิลลิกรัม)	1.01 (0.99-1.02)	
ปริมาณยา Propofol (มิลลิกรัม)	1.00 (0.99-1.01)	
เสียเลือด > 5 มิลลิลิตร (เสียเลือด≤ 5 มิลลิลิตรเป็นกลุ่มอ้างอิง)	1.76 (0.67-4.62)	
ASA class 2 (class 1 เป็นกลุ่มอ้างอิง)	2.00 (0.61-6.54)	
ระยะเวลาการรักษาผ่าตัด (นาที)	1.04 (1.02-1.06)*	

a: เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำมีเพียง 23 ราย จำนวนตัวแปรที่สามารถนำมาปรับค่าในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้มากที่สุดมีเพียง 2 ตัวเท่านั้น ซึ่งเลือกจากการใช้ step backward selection

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับการระงับความรู้สึกร้อยละ 21.10 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ดังกล่าว ต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน (ASA class I-II) แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ได้แก่ผ่าตัดคลอดเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 52.60[6] และการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 56.80[8] เนื่องจากการผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้เป็นการผ่าตัดที่ง่ายและเล็กกว่า ไม่ต้องเฝ้าระวังอาการต่อหลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เลย แต่การผ่าตัดในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมักเป็นการผ่าตัดที่ใหญ่กว่า จึงจำเป็นต้องติดตามอาการต่อในโรงพยาบาล ซึ่งการผ่าตัดที่ซับซ้อนกว่าย่อมใช้เวลานานกว่า และระยะเวลาการผ่าตัดที่นานขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าว จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าคือ การเป็นเพศชาย[14] อายุที่เพิ่มขึ้น[8, 14-15] และเวลาการผ่าตัดที่นานขึ้น[16] ในส่วนของวิธีการรักษาเมื่อเทียบกับการขูดมดลูกแล้วพบว่าการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบ และการตัดติ่งเนื้อและการตัดริดสีดวงทวาร มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวสูงกว่า เนื่องจากเวลาในการรักษาผ่าตัดของการรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการตัดติ่งเนื้อหรือริดสีดวงทวารนั้นใช้เวลามากกว่าการขูดมดลูกสอดคล้องกับผลการศึกษานี้และการศึกษาก่อนหน้าที่ว่าเวลาการรักษาผ่าตัดที่นานขึ้นเป็นความเสี่ยงให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การมีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาทีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบเพื่อการระงับความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การมีภาวะชีพจรเต้นช้าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะดังกล่าว[17] แต่ในขณะเดียวกันก็มีการศึกษาที่พบผลลัพธ์ในลักษณะตรงกันข้ามคือชีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาทีเป็นปัจจัยเสี่ยง หากแต่เป็นการศึกษาในสตรีมีครรภ์และระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง[18] ทั้งนี้เนื่องจากในคนปกติการมีอัตราการเต้นของชีพจรที่ช้าจะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงได้ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะความดันโลหิตที่ลดลง[19] แต่ในสตรีมีครรภ์นั้นครรภ์จะกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ในช่องท้องทำให้เลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดลง ดังนั้นในสตรีมีครรภ์ที่มีอัตราการเต้นของชีพจรเร็วก็จะทำให้เลือดถูกบีบออกจากหัวใจมากขึ้นแต่กลับเข้ามาได้น้อยลงจนอาจมีผลต่อความดันโลหิตได้[20] แม้ว่าในการศึกษานี้จะใช้ชีพจรช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาทีซึ่งสูงกว่าเกณฑ์โดยทั่วไป (ช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที) แต่ก็ยังพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะชีพจรเต้นช้าจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว

ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ mild-moderate sedation เนื่องจากในการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation นั้นใช้ปริมาณยาสลบมากกว่า การระงับความรู้สึกแบบ mild-moderate sedation ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ยาสลบที่ใช้ในการระงับความรู้สึกคือ Propofol และ Fentanyl ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่าการใช้ยาสลบทั้งสองชนิดในปริมาณที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ[22-23] อีกทั้งในการศึกษานี้ผู้ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรักษาผ่าตัดที่นานกว่า ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำที่มากขึ้นอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับการรักษาและระยะเวลาในการผ่าตัดอย่างมาก จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าการรักษาผ่าตัดที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด คือการขูดมดลูกซึ่งเป็นการรักษาส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ และผู้ที่จะได้รับการรักษาดังกล่าวมีเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น ดังนั้นอาจมีตัวแปรกวน (confounder) ในการศึกษาครั้งนี้ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรที่อาจเป็นตัวแปรกวนเข้าไปปรับค่าในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้อย่างครบถ้วน

สรุปผลการวิจัย

อุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาสลบเพื่อการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลบางบัวทอง ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 21.10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวคือ เพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการผ่าตัดที่นานขึ้น การมีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้ากว่า 70 ครั้งต่อนาที และการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำค่อนข้างน้อยทำให้ไม่สามารถนำตัวแปรที่อาจเป็นตัวแปรกวนเข้าไปปรับค่าในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรได้อย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้หลายส่วนยังคงสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มีชีพจรอยู่ในเกณฑ์ชีพจรเต้นช้า (น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที) มีจำนวนน้อยมาก ทำให้ในการศึกษานี้ไม่สามารถใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามนิยามทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. จากปัจจัยเสี่ยงที่พบในการศึกษาครั้งนี้ในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ บุคลากรทางวิสัญญีที่ติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย ควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีชีพจรก่อนการผ่าตัดช้า (น้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที) ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเป็นเวลานาน รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ deep sedation

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ที่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่ค่อนข้างน้อย ในอนาคตควรมีการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าวอีกครั้งเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้สามารถปรับค่าตัวแปรกวนได้ดีขึ้นและกำหนดนิยามของตัวแปรในการศึกษาตามเกณฑ์ทั่วไปได้

2. แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี เพียง 8 ราย แต่ในอนาคตการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีแนวโน้มที่จะได้รับความนิยมมากขึ้นและผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย การศึกษาในอนาคตอาจเพิ่มการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย เนื่องจากการดูแลความดันโลหิตในกลุ่มนี้แตกต่างจากประชากรอื่น การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของประชากรกลุ่มนี้ในอนาคตจะทำให้สามารถเตรียมการป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในกลุ่มผู้รับบริการที่ครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลบางบัวทองที่เป็นสถานที่วิจัยและอนุญาตให้ใช้ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยจนผลงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Wesselink EM, Kappen TH, Torn HM, Slooter AJ, Van Klei WA. Intraoperative hypotension and the risk of postoperative adverse outcomes: a systematic review. Br. J. Anaesth. 2018;121(4):706-21.
2. Reich DL, Hossain S, Krol M, Baez B, Patel P, Bernstein A, Bodian CA. Predictors of hypotension after induction of general anesthesia. Anesthesia & Analgesia. 2005;101(3) :622-8.
3. Bijker JB, Van Klei WA, Vergouwe Y, Eleveld DJ, Van Wolfswinkel L, Moons KG, et al. Intraoperative hypotension and 1-year mortality after noncardiac surgery. ASA. 2009;111(6):1217-26.
4. Loeb RG. A measure of intraoperative attention to monitor displays. Anesthesia & Analgesia. 1993;76(2): 337-8.
5. สุนีย์ ศรีสว่าง, จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ศักดิ์ระพี ชัยอินทรีอาจ. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2557-2559.วารสารกรมการแพทย์. 2018;43(1):106-11.
6. Somboonviboon W, Kyokong O, Charuluxananan S, Narasethakamol A. Incidence and risk factors of hypotension and bradycardia after spinal anesthesia for cesarean section. J Med Assoc Thai. 2008;91 (2):181-7.
7. Hartmann B, Junger A, Klasen J, Benson M, Jost A, Banzhaf A, et al. The incidence and risk factors for hypotension after spinal anesthesia induction: an analysis with automated data collection. Anesth Analg. 2002 ;94(6):1521-9.
8. Kang AR, Lee J, Jung W, Lee M, Park SY, Woo J, et al. Development of a prediction model for hypotension after induction of anesthesia using machine learning. PLoS One. 2020; 15(4):e0231172.
9. ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, ทวี รัตนชูเอก, กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, วิบูลย์ ภัณฑบดีกรณ์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ปี 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2564.
10. Weir CB, Jan A. BMI Classification Percentile And Cut Off Points [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://europepmc.org/article/nbk/nbk541070#_article-35288_s5_.
11. The American Heart Association. Bradycardia, Slow Heart Rate [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/arrhythmia/about-arrhythmia/bradycardia--slow-heart-rate.

12. DeMers D, Wachs D. Mean arterial pressure [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538226/.
13. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system.
14. Südfeld S, Brechnitz S, Wagner JY, Reese PC, Pinnschmidt HO, Reuter DA, et al. Post-induction hypotension and early intraoperative hypotension associated with general anaesthesia. Br J Anaesth. 2017;119(1):57-64.
15. Jor O, Maca J, Koutna J, Gemrotova M, Vymazal T, Litschmannova M, et al. Hypotension after induction of general anesthesia: occurrence, risk factors, and therapy. A prospective multicentre observational study. J Anesth. 2018;32(5):673-80.
16. Kouz K, Hoppe P, Briesenick L, Saugel B. Intraoperative hypotension: Pathophysiology, clinical relevance, and therapeutic approaches. Indian J Anaesth. 2020;64(2):90-6.
17. Cheung CC, Martyn A, Campbell N, Frost S, Gilbert K, Michota F, et al. Predictors of intraoperative hypotension and bradycardia. Am J Med. 2015;128(5):532-8.
18. Bishop DG, Cairns C, Grobbelaar M, Rodseth RN. Obstetric spinal hypotension: Preoperative risk factors and the development of a preliminary risk score - the PRAM score. S Afr Med J. 2017;107(12):1127-31.
19. Hafeez Y, Grossman SA. Sinus bradycardia [Internet]. 2021 [cited 2023 May 27]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493201/
20. Lee JE, George RB, Habib AS. Spinal-induced hypotension: Incidence, mechanisms, prophylaxis, and management: Summarizing 20 years of research. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2017;31(1):57-68.
21. Chen B, Pang QY, An R, Liu HL. A systematic review of risk factors for postinduction hypotension in surgical patients undergoing general anesthesia. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(22):7044-50.
22. Liu X, Rabin PL, Yuan Y, Kumar A, Vasallo P, Wong J, et al. Effects of anesthetic and sedative agents on sympathetic nerve activity. Heart Rhythm. 2019;16(12):1875-82.
23. Sneyd JR, Absalom AR, Barends CRM, Jones JB. Hypotension during propofol sedation for colonoscopy: a retrospective exploratory analysis and meta-analysis. Br J Anaesth. 2022;128(4):610-22.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรค ต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1.บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์กระดาษ A4

รายงานผู้ป่วย ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลวิจารณ์ ผลสรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความฟื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตราการควบคุมและป้องกัน วิจารณ์ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) ระบุสถานที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็น ระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบ ดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ เนื้อหา ในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษา

ภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 350 คำ ระบุคำสำคัญ 3–5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัย ต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้า ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบ และแนวทางแก้ไข ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

สรุปและอภิปรายผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้ บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร. ปี ค.ศ.;ปีที่พิมพ์ (Volume):หน้า.

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS. JAMA. 1987;25:640-644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาพ (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วเติมคำว่า “และคณะ”

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูต, อารดา โอวาทตระกูล, ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน. โรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์และโรคสะเก็ดเงิน. การศึกษาเปรียบเทียบด้านคลินิกและจุลพยาธิวิทยา. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2561;12(2):101-102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์: หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หลูอารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หิรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกูล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงจากเว็บไซต์

- การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก: http://...

ตัวอย่าง

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 12]. เข้าถึงได้จาก: http://oaezone.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH.

3.5 หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, บรรณาธิการ. New frontier in surgery. การประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22; 2551 มกราคม 8; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาศัลยศาสตร์; 2551.

3.6 เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เช่น จุลสาร เอกสารอัดสำเนา)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [จุลสาร]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเอกสาร [เอกสารอัดสำเนา]. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์

ตัวอย่าง

หน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนะนำโรคเอดส์ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; [ม.ป.ป.]

กองควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเอดส์: ป้องกันไว้ก่อนดีกว่าไม่มีทางแก้ [จุลสาร]. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคติดต่อ; [ม.ป.ป.]

Lynn A. Living after AIDS threat of dying imposes stress [unpublished]. Chicago: University of Illinois; 1994.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ดีดหน้าเดียวลงบนกระดาษสั้น ขนาด A4 (21*29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กั้นหน้า (ซ้าย) กั้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลงไม่ได้หรือแปลงแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่าย ควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

4.5 การส่งบทความประเภทไฟล์ Word เพื่อตีพิมพ์ผ่านระบบออนไลน์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน
2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน
4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึง

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรืออาจจะไม่รับพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่



วารสารวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
เว็บไซต์ http://odpc9.ddc.moph.go.th/
https://ddc.moph.go.th/odpc9/