

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ในกลุ่มวัยทำงานภายใต้สิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา 2561

จุฑารัตน์ มากคงแก้ว*, เอนก มุ่งอ้อมกลาง**, อัญชลี พรวนกระโทก***

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017 และวิเคราะห์การเข้าถึง บริการทางการแพทย์โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณถูกเลือก แบบเฉพาะเจาะจง จากสถานประกอบการ 4 แห่ง ภายใต้สิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา มีพนักงานจำนวน 6,657 คน เก็บข้อมูลได้ 6,033 คน (ร้อยละ 90.6) ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแทนพนักงานที่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่รักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 10 คน ตัวแทนพนักงานที่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่รับยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 10 คน ตัวแทนผู้จัดการฝ่ายบุคคลและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงานแห่งละ 2 คน รวม 8 คน และกลุ่มตัวแทนผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านการจัดระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาล แห่งละ 2 คน รวม 4 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มวัยทำงานที่มีสิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา พบว่าตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ (130/80 mmHg) มีความชุกร้อยละ 49.3 และตามเกณฑ์ การวินิจฉัยเดิม (140/90 mmHg) มีความชุกร้อยละ 11.6 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุกของประเทศ (ร้อยละ 24.7) สัดส่วนในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศ สำหรับการเข้าถึง ระบบบริการและรับยารักษาโรคต่อเนื่องตามนิยามโรคความดันโลหิตสูงเดิม พบเพียงร้อยละ 3.7 ดังนั้นการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงให้เร็วขึ้นเพื่อนำมาสู่กระบวนการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคอาจจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

** นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

Corresponding author: จุฑารัตน์ มากคงแก้ว Email: poo1965@hotmail.com

ทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานของสถานประกอบการ และช่วงเวลาทำงานของบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้การใช้กลไกทางการเงินกระตุ้นให้กับหน่วยบริการทางการแพทย์จัดหน่วยบริการเชิงรุก ในสถานที่ทำงาน รวมถึงการปรับปรุงกฎหมายและระเบียบสวัสดิการเพื่อให้พนักงานสามารถลาป่วยได้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือนโดยไม่ถือเป็นวันลา และควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานมีความตระหนักรู้ ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง, การเข้าถึงระบบบริการ, กลุ่มวัยทำงาน, สิทธิประกันสังคม

Prevalence of Hypertension and Medical Services Access among Working Age Groups under Social Security Insurance in Nakhon Ratchasima Province 2018

Jutharat Makkonggaew^{*}, Anake Mungaomklang^{**}, Unchulee Pruankratoke^{***}

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to investigate prevalence of hypertension by American Heart Association 2017's new diagnostic criteria and analyzed of medical services access by qualitative research. The samples in the quantitative study were selected by purposive sampling with 6,657 employees and collected 6,033 employees (90.6%) from 4 factory under social security insurance in Nakhon Ratchasima Province, Thailand, between May 1 and July 31, 2018. The descriptive statistics were used in data analyze. The samples in the qualitative study were divided into 4 groups, including representatives of the employees who had been diagnosed with hypertension but not treated continuously for 10 people, The employees who had been diagnosed with hypertension but not continuation in medication of 10 people, The personnel manager and safety officer in each the factory 2 people including 8 people, The manager and staff responsible for the health management in each the hospital 2 people including 4 people were conducted by In-depth interview and analyze data by content analysis. The Results of prevalence of hypertension in working age group under social security insurance in Nakhon Ratchasima Province, found that the new diagnostic criteria (130/80 mmHg) had been a prevalence of 49.3 %, and the traditional criteria (140/90 mmHg) founded the prevalence was 11.6 %, there are lower than the national prevalence (24.7%). The proportion in males is higher than females, there are corresponding

^{*} Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level; Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health

^{**} Medical Physician, Expert Level; Debaratana Hospital, Nakhon Ratchasima

^{***} Registered Nurse, Professional Level; Debaratana Hospital, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Jutharat Makkonggaew Email: poo1965@hotmail.com

to the national data. For medical services access and take medication continuous according to definition of hypertension, there are only 3.7 %. Therefore, Adjustment the diagnosis criteria of hypertension is faster, lead to process of treatment and reduce the complications of hypertension, may not be based on such objectives. It is necessary to develop medical services in accordance with the context of the establishment and the working time of health personnel. In addition, the use of financial mechanisms encourages medical services units to provide proactive services in the workplace, include improved the law and welfare regulations to allow employees to take sick leave in chronic disease at least once a month by not counted as leave days and should enhance communication channels for the laborers to be aware and to focus on continuous medical treatment.

Keywords: Prevalence of hypertension, Access to medical services, Working Age Groups, Social Security Insurance.

บทนำ

สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น (คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน) เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกก่อนวัยอันควรถึงเกือบ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบ ร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจ และองค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน และ 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ ซึ่งเดิมสมาคมหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ได้กำหนดเกณฑ์ในการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามค่าความดันโลหิตที่วัดได้ ซึ่งค่าความดันโลหิตปกติจะสามารถวัดได้น้อยกว่า 120/80 mmHg แต่หากวัดได้สูงตั้งแต่ 140/90 mmHg ขึ้นไป แสดงว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 ยังคงยึดตามแนวทางของ JNC7 หรือแนวทางสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (European Society of Hypertension)⁽³⁾ ให้การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (HT) ที่ความดันเลือดสูงสุด (Systolic blood pressure) มากกว่า 140 mmHg และค่าความดันต่ำสุด (Diastolic blood pressure) มากกว่า 90 mmHg แต่เนื่องมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคใหม่ในปี พ.ศ. 2661 ตามเกณฑ์ Hypertension Clinical Practice Guidelines

ของสมาคม American College of Cardiology/ American Heart Association guideline 2017 (ACC/AHA)⁽⁴⁾ ซึ่งมีหลักฐานเชื่อว่าหากรักษาตามเกณฑ์ใหม่จะช่วยลดการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ชัดเจน 1.5-2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันน้อยกว่า 120/80 mmHg⁽⁵⁻⁹⁾ และในการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยครั้งนี้เพื่อให้บุคคลที่เข้าข่ายดังกล่าวมีการดูแลสุขภาพและรักษาโรคภัยต่าง ๆ ก่อนที่อาการจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อลดความดันหากอยู่ในเกณฑ์ 130/80 mmHg แต่สามารถลดความดันลงได้จากการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และภาวะเครียด ซึ่งการปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้นับว่าเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และทำให้ชาวอเมริกันเข้าข่ายเป็นผู้ป่วยถึงร้อยละ 46 หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดจากเดิมที่มีอยู่ประมาณ 1 ใน 3 เมื่อเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ 140/90 mmHg

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ผู้ชายร้อยละ 21.5 และผู้หญิง ร้อยละ 21.3) เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิง ร้อยละ 23.9)⁽¹⁰⁾ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานใดทำการประเมินผลกระทบจากการเปลี่ยนเกณฑ์

การวินิจฉัยดังกล่าว ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจาก ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบที่เพียงพอ สำหรับการคาดการณ์ผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้น ทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายสาธารณสุขของ ประเทศจนถึงระดับปฏิบัติงาน รวมถึงรูปแบบ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ แนวทางการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณที่จะใช้สำหรับ ดำเนินการในทุกระดับ และจากข้อมูลประมาณ การความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัย ทำงานอายุ 15-60 ปี ของประเทศ พบร้อยละ 2.9-29.5 ตามช่วงอายุ⁽¹⁰⁾ ซึ่งในประเทศไทย มีประชากรวัยแรงงานทั้งระบบ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนทั้งสิ้น 39.05 ล้านคน⁽¹¹⁾ ดังนั้น ในระดับ พื้นที่จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความชุก ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเตรียม ความพร้อมในการจัดระบบบริการผู้ป่วยที่เพิ่ม มากขึ้น เนื่องจากกลุ่มวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญ ในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ในทุกด้านตั้งแต่ด้านสังคม เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การคมนาคม การศึกษา และวัฒนธรรมประเพณี ซึ่งหากสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชากรกลุ่มนี้ หรือ ในกลุ่มที่ป่วยให้สามารถเข้าถึงระบบบริการ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงได้ และในพื้นที่จังหวัด นครราชสีมา มีแรงงานในระบบที่ใช้สิทธิประกัน สังคมจำนวน 361,794 คน (ร้อยละ 0.93 ของ ทั้งประเทศ)⁽¹¹⁾ และคาดว่าจะมีพนักงานที่ป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากตามเกณฑ์ การวินิจฉัยใหม่ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการ ให้ผู้ป่วย ประกอบกับยังไม่เคยมีการสำรวจ

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มดังกล่าว มาก่อน ทำให้มีความยุ่งยากในการออกแบบระบบ บริการและการจัดบริการ ที่เหมาะสม ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของโรคความดัน โลหิตสูงในระดับพื้นที่ และประเมินการเข้าถึงระบบ บริการทางการแพทย์ในกลุ่มวัยทำงานภายใต้ สิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา เพื่อออกแบบ ระบบบริการให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงาน ในกลุ่มวัยทำงาน รวมถึงการวางแผนงบประมาณ ที่จะใช้สำหรับดำเนินการใน ทุกระดับให้เหมาะสม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของโรคความดัน โลหิตสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽⁴⁾ และประเมินการเข้าถึง ระบบบริการทางการแพทย์ในกลุ่มวัยทำงาน ที่เป็นพนักงานภายใต้สิทธิประกันสังคมในสถาน ประกอบการ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Study) เพื่อศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และประเมินการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ในกลุ่มวัยทำงาน ที่เป็นพนักงานภายใต้สิทธิประกัน สังคมจากสถานประกอบการ จำนวน 4 แห่ง ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มวัยทำงานที่เป็นพนักงานภายใต้สิทธิประกันสังคม จำนวน 6,657 คน เก็บข้อมูลได้ 6,033 คน (ร้อยละ 90.6) จากสถานประกอบการ จำนวน 4 แห่งในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ตัวแทนพนักงานที่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่รักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 10 คน
- 2) ตัวแทนพนักงานที่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่รับยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 10 คน
- 3) ตัวแทนผู้จัดการฝ่ายบุคคลและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงานแห่งละ 2 คน รวม 8 คน
- 4) กลุ่มตัวแทนผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านการจัดระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลแห่งละ 2 คน รวม 4 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยได้บอกกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงการปกป้องความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของพนักงานและผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูล คนที่จะเข้าถึงข้อมูล การไม่ระบุชื่อ และข้อบ่งชี้บุคคลที่เชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ตลอดจนการวิเคราะห์ผลที่แสดงในภาพรวม ไม่สะท้อนให้เห็นข้อมูลเป็นรายบุคคล รวมทั้งการทำลายแบบสอบถามหรือลบข้อมูลออกจากเทปสัมภาษณ์หลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางใหม่⁽³⁻⁴⁾ และออกแบบการเก็บข้อมูลที่สามารถจัดการได้

ที่ห้องพยาบาลประจำโรงงานของแต่ละบริษัท โดยเก็บข้อมูล อายุ เพศน้ำหนัก ส่วนสูง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล

2. เลือกพื้นที่โรงงานที่มีพยาบาลประจำโรงงาน ภายใต้บริษัทเดอะพรีเมียมเฮลท์แคร์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทที่ดำเนินการจัดหาพยาบาลให้กับสถานประกอบการและมีลักษณะของธุรกิจเพื่อสังคม⁽¹²⁻¹³⁾ ซึ่งสามารถติดตามการวัดความดันโลหิตซ้ำให้กับพนักงานทุกคนที่ตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงในโรงงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดนิยามที่ค่าความดันเลือดสูงสุด (Systolic Blood Pressure) สูงกว่า 130 mmHg และค่าความดันต่ำสุด (Diastolic Blood Pressure) สูงกว่า 80 mmHg

3. ประชุมทีมพยาบาลเพื่อฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนการวัดความดันที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสมาคม โรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558⁽³⁾ จากสถานประกอบการ 4 แห่ง จำนวน 15 คน

4. รวบรวมข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานของสถานประกอบการ เพื่อค้นหาผู้ที่เข้าข่ายโรคความดันโลหิตสูงตามนิยามข้างต้น และประวัติการตรวจรักษาที่มีการบันทึกความดันโลหิตในห้องพยาบาล ของโรงงาน

5. นัดพนักงานตามนิยามข้างต้นเข้ามาตรวจวัดความดันตามมาตรฐานตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย 2558

6. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ระบบเบื้องต้นสำหรับจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้ตอบสนองต่อลักษณะการทำงานกับหน่วยบริการทางการแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพประจำปี
ข้อมูลความดันโลหิต และแบบบันทึกการตรวจ
รักษาในโรงพยาบาลของสถานประกอบการ

2. แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์
รายบุคคลในลักษณะคำถามแบบปลายเปิด
ในกลุ่มพนักงานที่เคยถูกวินิจฉัยจากหน่วยบริการ
ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้จัดการฝ่ายบุคคล
และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำโรงงาน และ
ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านการจัดระบบสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึก
ข้อมูลทั่วไปของพนักงาน ความชุกของโรคความดัน
โลหิตสูงในกลุ่มผู้ประกันตนจำแนกตามเกณฑ์การ
วินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽⁴⁾
โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณภาพ ใช้ข้อมูลที่ได้จากแบบ
สัมภาษณ์เชิงลึกการเข้าถึงระบบบริการของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในระบบ
ประกันสังคม โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
(Content analysis) ปัญหาและอุปสรรคของการ
เข้าถึงการรักษาพยาบาล พิจารณาการออกแบบ
ระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทการทำงาน และ
กลไกทางการเงินของหน่วยบริการของรัฐ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มพนักงาน ทั้งหมดจาก 4 โรงงาน

กลุ่มพนักงานผู้ประกันตนจำนวน 6,657 คน
จากโรงงาน 4 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา สํารวจ
ข้อมูลได้ จำนวน 6,033 คน (ร้อยละ 90.6)
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,829 คน (ร้อยละ
63.5) อายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี จำนวน 2,967 คน
(ร้อยละ 49.2) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี
โดยมีอายุเฉลี่ย 31.6 ปี (SD= 7.5) ค่า BMI อยู่ใน
เกณฑ์ปกติ จำนวน 2,516 คน (ร้อยละ 41.7)
ดื่มสุราเป็นประจำ จำนวน 352 คน (ร้อยละ 5.8)
และสูบบุหรี่ จำนวน 434 คน (ร้อยละ 7.2) โดย
พบว่า มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ จำนวน 2,975 คน
(ร้อยละ 49.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน
1,379 คน (ร้อยละ 62.6) อายุอยู่ในช่วง 45-60 ปี
จำนวน 253 คน (ร้อยละ 68.9) พบในพนักงาน
ที่มีภาวะอ้วนมาก ค่า BMI มากกว่า 30 จำนวน
403 คน (ร้อยละ 73.8) ดื่มสุราเป็นประจำ จำนวน
173 คน (ร้อยละ 49.1) ซึ่งไม่แตกต่างจากผู้ที่
ไม่ดื่มสุรา สำหรับผู้สูบบุหรี่พบ จำนวน 329 คน
(ร้อยละ 75.8) จะสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มพนักงานจากการสำรวจทั้งหมด 6,033 คน จาก 4 โรงงาน

ตัวแปร	จำนวน n=6,033	ร้อยละ	วินิจฉัยเป็น HT		ไม่เป็น HT	
			ตามเกณฑ์ใหม่ n=2,975(49.3%)	ร้อยละ	n =2,975 (50.7%)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2,204	36.5	1,379	62.6	825	37.4
หญิง	3,829	63.5	1,596	41.7	2,233	58.3

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มพนักงานจากการสำรวจทั้งหมด 6,033 คน จาก 4 โรงงาน (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน n=6,033	ร้อยละ	วินิจฉัยเป็น HT ตามเกณฑ์ใหม่ n=2,975(49.3%)	ร้อยละ	ไม่เป็น HT n =2,975 (50.7%)	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
<24	1,078	17.9	381	35.3	697	64.7
25-34	2,967	49.2	1,411	47.6	1,556	52.4
35-44	1,621	26.9	930	57.4	691	42.6
45 ปีขึ้นไป	367	6.0	253	68.9	114	31.1
BMI						
< 18.5ต่ำกว่าเกณฑ์	478	7.9	159	33.3	319	66.7
18.5-22.9 ปกติ	2,515	41.7	978	38.9	1,537	61.1
23.0-24.9 น้ำหนักเกิน	1,033	17.1	528	51.1	505	48.9
25.0-29.9 อ้วน	1,460	24.2	906	62.1	554	37.9
> 30 อ้วนมาก	546	9.1	403	73.8	143	26.2
การดื่มสุรา						
ไม่ดื่ม	5,681	94.2	2,802	49.32	2,879	50.67
ดื่มประจำ	352	5.8	173	49.15	179	50.85
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	5,599	92.8	2,646	47.3	2,953	52.7
สูบบุหรี่	434	7.2	329	75.8	105	24.2

ระดับความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽⁴⁾

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยเดิม (140/90 mmHg ขึ้นไป) พบว่า มีผู้ที่ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 130-139/80-89 mmHg) จำนวน 5,333 คน (ร้อยละ 88.4) และมีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 700 คน (ร้อยละ 11.6) โดยพบในเพศชายและหญิง ร้อยละ 21.0 และ 6.2 ตามลำดับ และเมื่อเปลี่ยน

เกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽²⁾ (130/80 mmHg ขึ้นไป) พบว่า มีผู้ที่ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 120-129/<80mmHg) จำนวน 3,058 คน (ร้อยละ 50.69) โดยพบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นจากจำนวน 700 คน เป็น 2,975 คน (ร้อยละ 49.31) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 1,379 คน (ร้อยละ 62.57) อยู่ในกลุ่มความดันสูงระดับ 1 : 130-139/80-89 mmHg จำนวน 916 คน ร้อยละ 41.56 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำแนกความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽²⁾ ในกลุ่มผู้ประกันตน 6,033 คน (ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม 2561)

เกณฑ์การวินิจฉัย โรคความดัน	จำนวนผู้ประกันตน					
	ชาย n=2,204	ร้อยละ	หญิง n=3,829	ร้อยละ	รวม n=6,033	ร้อยละ
Normal (ปกติ) 120/<80	429	19.46	1,477	38.57	1,906	31.59
Elevate Blood pressure (เริ่มสูง) 120-129/<80	396	17.96	756	19.74	1,152	19.09
Hypertension stage 1 (ความดันสูงระดับ1) : 130-139/80-89	916	41.56	1,359	35.49	2,275	37.71
Hypertension stage 2 ความดันสูงระดับ 2: >140/>90	457	20.74	253	6.14	692	11.47
Hypertension stage 3 ความดันสูงฉุกเฉิน:>180/120	6	0.27	2	0.05	8	0.13

การเปรียบเทียบภาวะความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ และเพศ ในกลุ่มผู้ประกันตนระหว่างเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽⁴⁾ และเกณฑ์การวินิจฉัยเดิมของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (European Society of Hypertension)⁽³⁾

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ (130/80 mmHg) ในกลุ่มผู้ประกันตน พบว่าเพศชายจะมีความชุกของโรคสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในเพศชายในช่วงอายุ 45-60 ปี มีความชุกร้อยละ 81.9 ค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 62.5 เช่นเดียวกับกับเกณฑ์การวินิจฉัยเดิม (140/90 mmHg) ส่วนใหญ่จะพบในเพศชายในช่วงอายุ 45-60 ปี มีความชุกร้อยละ 42.8 ค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 21

แต่ในเพศหญิงพบค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 6.2 ซึ่งต่ำกว่าค่าความชุกเฉลี่ยในระดับประเทศมาก (ร้อยละ 23.9) และเมื่อเปรียบเทียบความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นภายหลังเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยในเพศชายยังคงมีความชุกของโรคเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในช่วงอายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 42.6) ค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 41.5 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกในระดับประเทศ ในเพศชายมีความชุกของโรคสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุเช่นเดียวกัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-60 ปี (ร้อยละ 33.4) ค่าความชุกเฉลี่ยร้อยละ 25.6 และต่ำกว่าค่าความชุกเฉลี่ยตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ (ร้อยละ 62.5) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำแนกภาวะความดันโลหิตสูงตามช่วงอายุ และเพศ ในกลุ่มผู้ประกันตน ระหว่างเกณฑ์ วินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017⁽⁴⁾ และเกณฑ์การวินิจฉัยเดิม

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ที่วินิจฉัย เป็น HT130/80 (%) (เกณฑ์ใหม่)		จำนวนผู้ที่วินิจฉัย เป็น HT140/90 (%) (เกณฑ์เดิม)		ความชุกของ HT หลังเปลี่ยนเกณฑ์ การวินิจฉัย(%)		ความชุกโรค HT ในประเทศ(%) HT140/90	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
20-29	517/974 (53.1)	594/1,763 (33.7)	117/974 (12.0)	49/1,763 (2.8)	+41.1	+30.9	5.9%	2.0%
30-44	703/1,036 (67.9)	908/1,893 (47.9)	263/1,036 (25.3)	153/1,893 (8.1)	+42.6	+39.9	22.0%	11.7%
45-60	159/194 (81.9)	94/173 (54.3)	83/194 (42.8)	35/173 (20.2)	+39.2	+34.1	33.4%	32.1%
ความชุกเฉลี่ย	62.5%	40.5%	21.0%	6.2%	+41.5	+33.9	25.6%	23.9%

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้รับ ยารักษาอย่างต่อเนื่อง

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart Association 2017(4) (130/80 mmHg ขึ้นไป) ในกลุ่มพนักงานผู้ประกันตน จำนวน

6,033 คน พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,975 คน (ร้อยละ 49.31) และตามเกณฑ์ การวินิจฉัยเดิม (140/90 mmHg ขึ้นไป) พบ ความชุกของโรค จำนวน 700 คน (ร้อยละ 11.6) และในจำนวนนี้ พบว่ามีเพียง 26 คน (ร้อยละ 3.7) ที่ได้รับยาความดันสูงอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่อง



การวิเคราะห์ประเด็นการเข้าถึงระบบบริการ และรูปแบบของระบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในระบบประกันสังคม ที่ตอบสนองต่อลักษณะการทำงานกับหน่วยบริการทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์รายบุคคล ของกลุ่มพนักงานผู้ประกันตนที่เคยมารับบริการ และรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ต่อเนื่อง จำนวน

10 คน สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีคลินิกโรคความดันนอกเวลาและแพทย์หมุนเวียนทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่อง ถูกตำหนิเนื่องจากไม่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันร้อยละ 80 ไม่มีอาการของโรคความดันร้อยละ 90 และไม่สามารถลงงานมาเข้าร่วมคลินิกโรคความดันได้ ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลกลุ่มที่เคยมารับบริการ/ด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่รักษาต่อเนื่อง จำนวน 10 คน

กลุ่มที่เคยมารับรักษาโรคความดันแต่ไม่รักษาต่อเนื่อง	n=10	ร้อยละ
1. ไม่มีคลินิกโรคความดันนอกเวลาและแพทย์หมุนเวียนทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่อง	10/10	100
2. ถูกตำหนิเนื่องจากไม่ได้เข้าคลินิกโรคความดัน	8/10	80
3. ไม่มีอาการของโรคความดัน	9/10	90
4. ลงงานมาเข้าร่วมคลินิกความดันไม่ได้ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง	8/10	80

จากการสัมภาษณ์รายบุคคล ของกลุ่มพนักงานที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 2 ปี และยังไม่เคยเข้ารับรักษา จำนวน 10 คน พบสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากมีความยุ่งยาก

ในการลงงานเพื่อเข้ารับการรักษา เกี่ยวข้องกับการสูญเสียรายรับ มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และยังไม่รู้สึกตัวเองมีความเจ็บป่วย จึงไม่มีความจำเป็นต้องรักษา ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคล กลุ่มพนักงานที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 2 ปี และยังไม่เคยเข้ารับรักษา จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับบริการและตรวจพบโรคเรื้อรัง	n=10	ร้อยละ
1. ลาเพื่อมารับการรักษาลำบากเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง (เสียค่าใช้จ่ายในการลา เช่น เบี้ยขยัน ค่าเดินทาง)	10/10	100
2. ยังไม่มีความจำเป็นที่ต้องรักษา เพราะยังไม่รู้สึกป่วย	9/10	90

การอภิปรายผล

ความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานภายใต้สิทธิประกันสังคมในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2561 จำนวน 6,033 คน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่⁽²⁾ พบว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.3 แต่หากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดิมพบความชุกของโรคเพียงร้อยละ 11.6 ซึ่งต่ำกว่าค่าความชุกเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 24.7) และเมื่อแยกตามเพศจะพบสัดส่วนในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงมีความชุกเฉลี่ยเพียงร้อยละ 6.2 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลของประเทศ (ร้อยละ 23.9) ก่อนข้างชัดเจนในเกือบทุกช่วงอายุ⁽¹⁰⁾ ส่วนอัตราความชุกในเพศชายใกล้เคียงกับข้อมูลของประเทศ โดยส่วนหนึ่งของวัยทำงานมักจะเป็นพนักงานผู้หญิง นิยมเข้ามาทำงานในสถานประกอบการ ทำให้ข้อมูลการสำรวจของประเทศที่มีการสำรวจในชุมชน จึงมักเป็นกลุ่มที่สูงอายุมากกว่า และการศึกษาในนี้ยังไม่สามารถอธิบายความแตกต่างดังกล่าวได้ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

จากข้อมูลของการศึกษารั้งนี้ ในกลุ่มผู้ประกันตนในจังหวัดนครราชสีมา สามารถเข้าถึงระบบบริการและรับยารักษาโรคต่อเนื่องตามนิยามโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ เพียงร้อยละ 3.7 ซึ่งแตกต่างอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยทั้งประเทศ โดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีการเข้าถึงระบบบริการอยู่ที่ร้อยละ 50⁽¹¹⁾ โดยอาจเป็นไปได้ว่าการสำรวจภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศยังเข้าไม่ถึงในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในระบบประกันสังคม เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่มักจะอยู่ใน

ที่ทำงานหรือในโรงงาน อย่างไรก็ตามจากการศึกษารั้งนี้ ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศจำเป็นต้องมีการพัฒนาและออกแบบให้คนกลุ่มนี้ได้เข้าถึงระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและลดค่าใช้จ่ายภาครัฐในระยะยาวด้านสุขภาพจากโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

สำหรับในกลุ่มลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ ถึงแม้ว่าจะมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. 2547 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์บังคับให้ส่งผลการตรวจสุขภาพไปให้หน่วยบริการของภาครัฐ โดยจะเก็บข้อมูลไว้ในสถานประกอบการเพื่อใช้ในการ audit ลูกจ้าง⁽¹⁴⁾ ซึ่งหากมีการนำผลการตรวจสุขภาพ มาใช้ในการคัดกรองกลุ่มที่สงสัยภาวะโรคความดันโลหิตสูง ก็จะสามารถนำผลการตรวจดังกล่าวมาตรวจยืนยันอีกครั้งตามวิธีการตรวจวัดแบบมาตรฐาน หรืออาจจะใช้การตรวจยืนยันโดยพยาบาลวิชาชีพในสถานประกอบการที่มีแรงงานหรือลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป โดยกฎหมายกำหนดต้องจัดให้มีห้องพยาบาล และมีพยาบาลเทคนิคขึ้นไปอยู่ปฏิบัติงานประจำ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548⁽¹⁵⁾ หรืออาจจะใช้รูปแบบเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลที่อยู่ในสถานประกอบการ ภายใต้บริษัทที่ทำงานแบบ Social enterprise⁽¹²⁾ ดำเนินการแทนภาครัฐ โดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติม

การสื่อสารในระดับผู้บริหารของภาครัฐ สำนักงานหลักประกันสังคม โรงพยาบาลแม่ข่ายหลักประกันสังคมในพื้นที่ ผู้บริหารของสถาน

ประกอบการ นับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญ สำหรับการเพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยมีหลักฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริหารในสถานประกอบการ มีความต้องการผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ มาร่วมออกแบบระบบบริการทางการแพทย์ แต่ในทางกลับกันผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ให้สัมภาษณ์ว่ามีความยุ่งยากในการจัดให้บริการในสถานประกอบการ ไม่สามารถเข้าถึงสถานประกอบการได้

การจัดระบบบริการแบบครบวงจร เช่น คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ได้ออกแบบการให้บริการในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานเป็นกะ และการลางานของพนักงาน จะมีความยุ่งยากในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต่อเนื่องของลูกจ้างในระบบประกันสังคมในสถานประกอบการ ถึงแม้ว่าสามารถลางานได้และได้รับค่าจ้าง แต่มีระยะเวลาที่จำกัดต่อปีจึงไม่สอดคล้องกับรูปแบบการรักษาที่จะต้องมีการติดตามต่อเนื่องตลอดทั้งปี ประกอบกับมีผลกระทบต่อการรายได้ร่วมด้วย จึงทำให้การเข้าถึงการรักษา กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องต่ำมากและน้อยกว่าการสำรวจของประเทศ ดังนั้น การปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงให้เร็วขึ้นเพื่อนำมาสู่กระบวนการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค แต่อาจจะไม่ได้เพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่อยู่ในระบบหลักประกันสังคมของประเทศไทย

กรณีการจัดให้บริการสำหรับคลินิกเฉพาะโรคนั้น หน่วยบริการไม่สามารถจัดให้บริการเฉพาะคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หรือกลุ่ม NCD นอกเวลาได้ เนื่องจากต้องมีการลงทุนเพิ่มเติมของจำนวนบุคลากรทั้งระบบ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบ

ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือหากเลือกรูปแบบการออกหน่วยไปให้บริการในโรงงานอาจจะเกิดความยุ่งยากในการจัดให้บริการ และโรงงานแต่ละแห่งสามารถเลือกเป็นโรงพยาบาลหลักได้หลายโรงงาน เนื่องจากผู้ใช้แรงงานแต่ละคนสามารถเลือกโรงพยาบาลเครือข่ายหลักประกันสังคมได้ตามต้องการทำให้ยุ่งยากในการจัดให้บริการ ดังนั้นการใช้เครื่องมือทางการเงินหรือการจัดระบบการเบิกจ่ายกลางหรือกองทุนเฉพาะโรคหรือสิ่งที่ให้หน่วยบริการสามารถเบิกตรงได้ที่สำนักงานหลักประกันสังคม เช่นเดียวกับการออกแบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีกองทุนย่อยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ⁽¹⁶⁾

นอกจากนี้ ความตระหนักรู้และการให้ความสำคัญกับการรักษา ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ยังมีความจำเป็นมากและจะต้องเร่งสื่อสารให้ถึงกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แรงงาน จึงจะทำให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะไม่มีอาการของโรค ดังนั้น การเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางใหม่ เป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณพบว่าการเข้าถึงระบบการคัดกรองภาวะโรคความดันโลหิตสูง แม้จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเดิมหรือใหม่ แต่ระบบการคัดกรองยังเข้าถึงกลุ่มนี้ได้น้อย และหากรูปแบบการจัดให้บริการของภาครัฐยังอิงกับการทำงานในรูปแบบเดิมโดยอาศัยกลไกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการ จะไม่สามารถเข้าถึงในสถานประกอบการได้ นอกจากนี้การคัดกรองในชุมชนมีโอกาสน้อยที่จะครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เนื่องจากผู้ใช้แรงงานมีลักษณะ

การทำงานเป็นกะ และในช่วงเวลากลางวันเป็นเวลา
ที่ระบบราชการทำงาน ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ใช้แรงงาน
ในสถานประกอบการจะเป็นเวลาพักผ่อนในเวลา
กลางวันเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำงาน
กะกลางคืน จึงไม่ได้รับความร่วมมือในการเข้ารับ
การคัดกรองดังกล่าว และการเข้าถึงระบบการคัดกรอง
เพื่อนำมาสู่การรักษาที่ต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็น
ที่จะต้องออกแบบระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบท
การทำงาน โดยการใช้กลไกทางการเงินให้กับหน่วย
บริการ ทางแพทย์ การปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ
ให้เอื้อต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความ
ครอบคลุมในการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ควรจัดสรรงบประมาณการส่งเสริมป้องกันโรค
ให้กับสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งของโรงงานโดยตรง
ทดแทนการจัดตามที่อยู่อาศัยของพนักงาน และ
ควรมีมาตรการติดตามงบประมาณที่จัดสรรให้กับ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในส่วนของการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่มีสถานประกอบการ
ให้สถานประกอบการหรือกลุ่มผู้ใช้แรงงานสามารถ
เข้าถึงแหล่งงบประมาณในส่วนนี้ร่วมด้วย

2. กลไกทางการเงิน โดยการจัดตั้ง
กองทุนกลางสำหรับโรคเรื้อรัง ในระดับจังหวัดหรือ
ประเทศขึ้นเพื่อให้กับหน่วยบริการทั้งโรงพยาบาล
แม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่ายของประกัน
สังคม สามารถจัดบริการโดยไม่ต้องคำนึงถึง
การขึ้นทะเบียนเลือกโรงพยาบาลหลักประกันสังคม
เพื่อเอื้อให้เกิดการจัดให้บริการหน่วยบริการเชิงรุก
ไปยังสถานประกอบการ

3. กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มช่องทาง
การสื่อสารให้กับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ให้มีความตระหนักรู้
และให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง
โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ให้เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

4. กระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวง
แรงงาน ควรออกประกาศกฎกระทรวงเพื่อให้
ผู้ประกันตนหรือผู้ใช้แรงงานที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ให้สามารถมาเข้ารับรักษา
ได้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน โดยไม่ถือเป็นวันลา
จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้น
และลดภาระด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพ
ของประเทศในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมา
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบความชุกของการ
ควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ American Heart
Association 2017 ของผู้รับบริการทุกสิทธิการรักษา

2. ศึกษารูปแบบการจัดระบบบริการ
และช่องทางการสื่อสารระหว่างสถานประกอบการ
กับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะขอขอบพระคุณประธาน
บริษัทเดอะพรีเมียมเฮลท์แคร์ จำกัด ที่ให้ความ
อนุเคราะห์พยาบาลในเครือและดูแลในการคัด
กรองโรคความดันโลหิตสูง ผู้บริหารและพนักงาน
ของสถานประกอบการทั้ง 4 แห่ง และสุดท้ายนี้
ขอขอบพระคุณนายแพทย์จิรศักดิ์ วิจักขณาลัญณ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
ที่สนับสนุนงบประมาณและบุคลากร ในการ
ดำเนินการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Regional Office for South East Asia. Hypertension fact sheet; 2018 (cited 2018 June 10) Available from :URL: http://www.searo.who.int/linkfiles/non_communicable_diseases_hypertension-fs.pdf.
2. Matthew R Alexander. Hypertension Guidelines; 2018 (cited 2018 June 10) Available from :URL: <https://emedicine.medscape.com/article/241381-guidelines>.
3. พิระ บุรณะกิจเจริญ, ประเสริฐ อัสสันตชัย, วิไล พัววิไล, สุรพันธ์ สิทธิสุข, อนุตตร จิตตินันท์, ยงชัย นิละนนท์ และ วีรณัฐ รอบสันติสุข. แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2558 สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 61] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
4. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Fleisher LA, Jneid H, Mack MJ, McLeod CJ, O’Gara PT, Rigolin VH, Sundt TM 3rd, Thompson A. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135:e1159–e1195. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000503. (cited 2018 June 10).
5. Guo X, Zhang X, Guo L, Li Z, Zheng L, Yu S, et al. Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. CurrHypertens Rep. 2013 Dec; 15(6): 703-16.
6. Huang Y, Wang S, Cai X, Mai W, Hu Y, Tang H, et al. Prehypertension and incidence of cardiovascular disease: a meta-analysis. BMC Med. 2013 Aug 2;11:177.
7. Huang Y, Cai X, Li Y, Su L, Mai W, Wang S, et al. Prehypertension and the risk of stroke: a meta-analysis. Neurology. 2014 Apr 1;82(13):1153-61.
8. Huang Y, Su L, Cai X, Mai W, Wang S, Hu Y, et al. Association of all-cause and cardiovascular mortality with prehypertension: a meta-analysis. Am Heart J. 2014 Feb;167(2):160-168.e1.
9. Lee M, Saver JL, Chang B, Chang KH, Hao Q, Ovbiagele B. Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: a meta-analysis. Neurology. 2011 Oct 4;77(14):1330.

10. วิชัย เอกพลากร; วรณิ นิธิยานันท์; บัณฑิต ศรไพศาล; ปานเทพ คณานุรักษ์. แนวโน้ม ผลสัมฤทธิ์หลักประกันสุขภาพจากการสำรวจ สุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์, 2559. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 61]. เข้าถึงได้จาก : <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4604>.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สรุปผลการสำรวจภาวะ การทำงานของประชากร เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ. [สืบค้น เมื่อ 10 มิ.ย.61]. เข้าถึงได้จาก : URL: www.nso.go.th.
12. Kuttiyawithayakoon S, Pruankratoke U, Mungaomklang A. Strengthening of occupational health surveillance and prevention system using social enterprise concept. Journal of Health Science. 2014(23):719-29.Thai (Cited 2018 June 18) Available from: URL <http://thailand.digitaljournals.org/tj/index.php/JHS/article/view/738>.
13. Nithiapinyasakul A, Mungaomklang A, Pruankratoke U, Na-Lampang P, North CE, Puthavathana P. Non-pharmaceutical control measures in response to a large cluster of influenza A(H3N2) in a workplace, northeastern Thailand, August-September 2015. OSIR. 2018 Jun;11(2):1-9.(Cited 2018 June 18) Available from :URL <http://www.osirjournal.net/index.php/osir/article/view/118>.
14. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างและส่งผลการ ตรวจแก้พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. 2547 [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค.61]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.mol.go.th/sites/default/files/laws/th/00151640.pdf>.
15. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถาน ประกอบกิจการ พ.ศ. 2548 [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค.61]. เข้าถึงได้จาก: https://www.labour.go.th/th/doc/law/desc_welfare_2548.pdf.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือ บริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์ การพิมพ์ ; 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 61]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/005/N007.pdf>.