



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

บทความวิจัย

- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทความวิชาการ

- ❖ “ไข้หวัดใหญ่” เรื่องใหญ่กว่าที่คิด
- ❖ ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ
- ❖ การดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยหลัก“ธรรมานามัย”
- ❖ สังคมผู้สูงอายุ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
- ❖ การดูแลสุขภาพช่องปาก
- ❖ ความเครียดกับการดำรงชีวิต
- ❖ ภาวะนอนไม่หลับ

แฉวฉวงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ



ISSN 2730-1915 (Online)



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

Journal of The Health Education Professional Association

ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

ISSN 2730-1915 (Online)

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1-15

บทความวิชาการ

“ไขหัวโตใหญ่” เรื่องใหญ่กว่าที่คิด

17-28

ฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพ

29-39

การดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยหลัก“ธรรมานามัย”

41-50

สังคมผู้สูงอายุ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

51-62

การดูแลสุขภาพช่องปาก

63-75

ความเครียดกับการดำรงชีวิต

77-88

ภาวะนอนไม่หลับ

77-89

แวดวงสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

90-96



วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

<http://hepa.or.th/journal.php>

ISSN 2730-1915 (Online)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

<http://hepa.or.th>

เลขที่ 420/1 อาคาร 3 ชั้น 7 ถนนราชวิถี เขตราชเวที กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล hepathai@gmail.com

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม - มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม รูปแบบออนไลน์



กรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล
รศ.สุพัฒน์ อีร์เวจเรณูชัย
ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ฉัตรสุมน พุฒิกัญญา

กองบรรณาธิการ

นางนลินี มกรเสน
นายสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์
นางจรรุณี ชัยชาญชีพ
รศ.ดร.สุรีย์ จันทน์โมลี
รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
ศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์
รศ.ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
รศ.ดร.สุปรียา ต้นสกุล
รศ.ดร.พาณี สัตตะกลิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย
รศ.ดร.พรพรณี บัญชรหัตถกิจ
ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
รศ.ดร.มลินี สมภาพเจริญ
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์
ผศ.ดร.ดุชนี ศุภวรรณะกุล
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
นางสาวสมบุรณ์ ขอสกุล
ดร.กันยารัตน์ กุญสุวรรณ
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น
นายปรีชา สุสันต์
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์
นางเพ็ญศรี เกิดนาค
นางจริยากร ดิษจินดา
นางวิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน
นางพรทิพย์ เรืองมี
นางธิดารัตน์ บุญทรง
นางพรทิพย์ เอกสุวีรวงษ์
นางอวาทีพย์ แว

สาส์นจากบรรณาธิการ

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ข้าพเจ้าขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้คุ้มครองสมาชิกสมาคมฯทุกท่าน อีกทั้งเพื่อนแวดวงวิชาการ ลูกศิษย์ และคนไทยให้มีสุขภาพดี แข็งแรง และเตรียมรับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจในปี 2567 ต่อไป อย่างไรก็ตาม ข้าพขอรีวิวนสถานการณ์ในช่วงต้นปี 2567 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุข ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายมุ่งมั่นที่จะปรับบทบาทเพื่อรองรับการแพทย์เพื่อสุขภาพคู่ปากท้อง 1.เป้าหมายคือ การดูแลสุขภาพทางการเงินของครัวเรือนโดยอาศัยบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ การออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์ การควบคุมมาตรฐานสถานประกอบการ และอื่นๆ ที่ทุกกรม กอง มีอยู่ออกมาส่งเสริมสนับสนุนการแก้ไขปัญหาปากท้องของ ประชาชน เพื่อพลิกฟื้นเศรษฐกิจประเทศ โดยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจะเดินหน้าควบคู่ไปกับหน้าที่หลักในการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมรักษาโรคภัย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน โดยมีแนวคิดที่ว่า “คนไทยแข็งแรง ประเทศชาติ มั่นคง เศรษฐกิจเข้มแข็ง เติบโตอย่างยั่งยืน” และนำมาซึ่งนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ที่เรียกว่า Health for Wealth หรือสุขภาพสร้างความ มั่งคั่ง โดยเริ่มต้นที่การ ค้นหาต้นแบบ เมืองสุขภาพดี หรือ Wellness Community และจัดทำโครงการ HEALTHY CITY MODELS : เมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน ซึ่งโมเดลนี้ได้กำหนดมาตรการไว้ 4 เรื่อง ดังนี้

เรื่องแรก การสร้างเมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน ค้นหาพื้นที่ที่มีคนอายุยืน และกิจกรรมที่เอื้อให้ผู้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 7 ปัจจัยที่เป็นต้นทุนสังคมที่ดีคือ กินดี อยู่ดี อารมณ์ดี สติปัญญาดี สิ่งแวดล้อมดี สังคมดี และระบบบริการสุขภาพดี ซึ่งต้องเป็นวิถีชีวิตที่ชาวบ้าน ปฏิบัติกันอยู่แล้วในชีวิตประจำวัน เช่น มีวัฒนธรรมการกินอาหารพื้นถิ่นที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเป็นประจำ ได้แก่ ผัก ปลา ไม้เน้นแปงและน้ำตาล มีการออกกำลังกาย การรวมกลุ่มทำกิจกรรมเพื่อสังคม เด็กมีสติปัญญาดี ผู้สูงอายุมีภาวะสมองตามวัย เป็นต้น เมื่อได้ชุมชนเข้าเกณฑ์ลักษณะดังกล่าวแล้ว กระทรวงสาธารณสุขโดยเข้าไปต่อยอดชุมชนสุขภาพดีให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว และเชิญชวนคนไทย คนต่างชาติไปสัมผัสชีวิตของชาวบ้าน โดยจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับประเทศได้ เช่น คนในเทศบาลเมืองน่าน ซึ่งพบว่าเป็นคนอายุยืน มีอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 30 โดยผู้สูงอายุ เหล่านี้กินอาหารปลอดภัย กินผักปลูกเองซึ่งปลอดสารพิษ มีเมนูสุขภาพ เช่น แกงแคไก่ หรือแกง ผักอะเย้าะ อะเยะเย มีการรวมกลุ่มออกกำลังกาย เข้าวัดทำบุญ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้เป็นคน สุขภาพจิตดี เมื่อเจ็บป่วยก็มีระบบบริการสุขภาพที่ดี

เรื่องที่สอง สถานประกอบการที่เอื้อต่อสุขภาพ หรือ Wellness Center ทั้งร้านอาหาร โรงแรม ที่พัก ร้านอาหารริมถนน จะมีการเชิญชวนให้ทำอาหารเมนูสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารพื้นถิ่นที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี คนบริโภคแล้วดีต่อสุขภาพดีทั้งเจ้าบ้านและนักท่องเที่ยว หรือในส่วนของโรงแรม รีสอร์ท ที่พักต่างๆ ก็ขอให้มีการนำอาหารเข้าที่เป็นเมนูสุขภาพจากอาหารพื้นถิ่น รวมทั้งจัดทำถนนสายอาหารปลอดภัย เป็น การใช้สุขภาพเป็นตัวนำ ดึงดูดนักท่องเที่ยวเมื่อมาเที่ยวที่เมืองสุขภาพดีแล้วกลับไปอย่างมีความสุขพร้อมสุขภาพที่ดี โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกัน ทั้งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมอนามัย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งเป้ารับรองศูนย์ เวลเนส 500 แห่ง โดยมีแผนต่อยอดให้เป็นศูนย์เวลเนสอัตลักษณ์ไทย เพื่อรับรองมาตรฐานสถานประกอบการที่ส่งเสริมภูมิปัญญาไทย สมุนไพรไทย อาหารไทย เจริญสุขภาพ ศิลปวัฒนธรรมไทย การนวดไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ให้เกิดการยอมรับในระดับสากล และสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับประเทศอีกทางหนึ่ง

เรื่องที่สาม การออกใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งอาหารและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ โดย อย. และกรมการแพทย์แผนไทยฯ ร่วมกันกำหนดแนวทางอำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบการในเรื่องผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ให้คำแนะนำและ เร่งออกใบอนุญาต ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการผลิต โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน ผลิตภัณฑ์โอท็อป ผลิตภัณฑ์วิสาหกิจชุมชน สมุนไพรต่างๆ เมื่อได้รับการรับรองจาก อย.แล้ว ผู้บริโภคก็จะมีเชื่อมั่นมากขึ้น

เรื่องที่สี่ การสร้างอาชีพ โดย จัดหลักสูตรการอบรมนวดแผนไทย กิจการสปา ให้ประชาชนที่สนใจเข้ารับการอบรมเพื่อให้สถานบริการที่ทำงานนั้นๆ ได้รับมาตรฐาน โดยตั้งเป้าการอบรมการนวดเพื่อความงามหรือกิจการสปา 350 แห่ง นวดไทย 5,000 คน

นอกจากการค้นหาเมืองสุขภาพดีและส่งเสริมต่อยอดด้านการท่องเที่ยว หน่วยงานต่างๆ ยังมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ อาทิ กรมการแพทย์ โดย สถาบันโรคผิวหนัง จัดตั้งศูนย์ทดสอบมาตรฐานและรับรองคุณสมบัติเวชสำอาง เพื่อยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและเวชสำอางของไทย รวมทั้งให้ผู้บริโภคได้ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและเวชสำอางของไทยที่มีคุณภาพสูงขึ้น และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันกับผลิตภัณฑ์ต่างประเทศ สถาบันทันตกรรม จัดตั้งคลินิก Premium ทันตกรรม เพื่อความสวยงามแบบครบวงจรและยกระดับคุณภาพบริการทันตกรรมของประเทศไทย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณลูกศิษย์ ที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขมาศึกษาระดับปริญญาโท ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขที่ได้ส่งบทความกันมาจำนวนมาก จนทำให้วารสารฉบับนี้ออกทันเวลาพอดี

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ
บรรณาธิการ

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ไพโรจน์ กวินเลิศวัฒนา*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดในจังหวัดนครนายก 2. นำผลที่ได้ไปกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3. นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model : TTM) ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบ มีส่วนร่วม (เทคนิค เอ ไอ ซี) ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 98 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงกันยายน กรณีศึกษาจังหวัดนครนายก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ป่วยวัณโรคปอด ญาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานมาก 2. กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือการยึดมั่นด้วยการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด : Action for Success TB 3. ทดลองใช้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่การคัดเลือกพี่เลี้ยงอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทำข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านและการติดตามผล 4.การประเมินผลพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลและกำกับกินยาครบทุกวัน อัตราความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ ซึ่งผลจากการวิจัยสามารถนำไปกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ; วัณโรคปอด; การมีส่วนร่วม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

The Development of Caring Pattern for Tuberculosis Pattern through Participation of Health Volunteers

Phairote Kawinleartwattana*

Abstract

This participatory action research the objective is to: 1. analyze the situation of patient care; Pulmonary tuberculosis in Nakhon Nayok province 2. Use the results to define the model of care for pulmonary tuberculosis patients with the participation of village health volunteers. 3. Experiment the model in the care of pulmonary tuberculosis patients 4. Evaluate the use of the model of care for patients with pulmonary disease Using the Transtheoretical Model (TTM) and the Participatory Planning Process (AIC) 98 co-authors collected data between April and September 2022. (Case study in Nakhon Nayok province) Quantitative data was analyzed using descriptive statistics. The qualitative data section uses content analysis.

The results of the research were as follows: 1. It was found that patients with pulmonary tuberculosis Relatives and village health volunteers There is insufficient knowledge in caring for patients with pulmonary tuberculosis. Health workers have a huge workload. 2. Formulate a model of care for pulmonary tuberculosis patients with the participation of village health volunteers. Action for Success TB 3. Experiment with models of care for patients with pulmonary tuberculosis, including the selection of mentors. Training using group processes, agreements on patient care. 4. The evaluation showed that village health volunteers had increased knowledge of caring for pulmonary tuberculosis patients. The patient is supervised and takes all medications every day. Treatment success rates increased, and patients were satisfied with the care they received.

Keywords: develop a pattern; pulmonary tuberculosis; participation; Village Health Volunteer

* Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Nakhon Nayok Provincial Health Office.

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 (2015) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค(The End TB Strategy) เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานวัณโรคให้กับประเทศสมาชิก ที่มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของวัณโรคของโลกให้ น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578 (2035) (World Health Organization ,2021) ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 (ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2560) ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคฉบับแรก ใช้ในการดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค ของประเทศ ที่จะนำประเทศไทยเข้าสู่การยุติปัญหาวัณโรคของประเทศ (อุบัติการณ์ของวัณโรค น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2578) แต่เวลาสิ้นสุดในของแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ไม่สอดคล้องกับช่วงเวลาการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ที่จะทบทวนทุก 5 ปี ดังนั้นในการประชุมคณะอนุกรรมการเร่งรัดยุติวัณโรค ครั้งที่ 1/2563 มีมติให้มีการขยายแผนปฏิบัติการ ระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 ไปถึงปี พ.ศ. 2565 และจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท และแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง(กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดนครนายก เป็นหนึ่งในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีปัญหาผู้ป่วยวัณโรคที่อัตราความสำเร็จในการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อัตราตายสูง ซึ่งจำเป็นต้องหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาพของจังหวัด สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดนครนายกปี 2561-2564 พบว่า อัตราป่วย 168 161 160 และ 187 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น อีกทั้งมีอัตราตาย 6,349 11,255 8,435 และ 7,450 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีอัตราตายที่สูง อัตราความสำเร็จในการรักษา(success rate) ในปี 2565 ร้อยละ 80.9 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด(ร้อยละ 88) รักษาล้มเหลว ร้อยละ 0.34 เสียชีวิต ร้อยละ 12.5 ขาดยา ร้อยละ 4.9 (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2565)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทำให้ทราบปัญหาการติดเชื้อโรควัณโรคในพื้นที่ ที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีอัตราตายมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีอัตราตายที่สูง อัตราความสำเร็จของการรักษา ต่ำกว่าเป้าหมาย มีอัตราการขาดยาเกินเป้าหมาย และพบผู้ป่วย MDR-TB และจากเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค และสัมภาษณ์ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำมา

วิเคราะห์เพื่อศึกษาสภาพของปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยยังกินยาไม่ต่อเนื่องและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยังไม่เหมาะสม จังหวัดนครนายก ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์วัณโรค คือการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยเน้นกลุ่มผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยงเป็นสำคัญ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค กำหนดเป้าหมายอัตราความสำเร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 การลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งคือทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาและดูแลที่ถูกต้องลดการขาดยาลดการเสียชีวิต แต่จากการประชุมผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของจังหวัด ทุก 3 เดือน ที่ผ่านมาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภารกิจมาก ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต และฐานะไม่ดี ไม่มีคนดูแล จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครนายกขึ้น เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามกำหนดการรักษาที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง และส่งผลต่อผลสำเร็จของการรักษาอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดนครนายก
2. นำผลที่ได้ไปกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรอบแนวคิดโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model : TTM) ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค เอ ไอ ซี)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจ



กลุ่มตัวอย่างหลัก ได้แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าร่วมโครงการที่เริ่มการรักษาในเดือนเมษายน 2566 สมัครใจร่วมโครงการ จำนวน 30 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้ป่วยเลือก 30 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ได้แก่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 4 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.ที่มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 4 คน ,ญาติผู้ป่วยวัณโรค 30 คน ดำเนินการในพื้นที่ 4 อำเภอของจังหวัดนครนายก ศึกษาวิจัยระหว่าง 1 เมษายน – 30 กันยายน 2566 ตาราง แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวน พยาบาลใน โรงพยาบาล	จำนวน ผู้ป่วย วัณโรค ปอด	จำนวน ญาติ ผู้ป่วย	จำนวน จนท.สาธารณสุข ในรพ.สต.	อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	รวม
เมือง	1	14	14	1	14	44
บ้านนา	1	10	10	1	10	32
ปากพลี	1	2	2	1	2	8
องครักษ์	1	14	4	1	4	14
รวม	4	30	30	4	30	98

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Question) โดยมีคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์และป้องกันไม่ให้ผู้วิจัยหลุดจากกรอบวัตถุประสงค์จำนวน 3 ชุดคำถามแยกตามกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์โดยมีประเด็นคำถามที่สอดคล้องกับปัญหาสาเหตุของปัญหาแนวทางการแก้ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้ในขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบ พฤติกรรมที่สังเกต ได้แก่การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการของ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ป่วย ทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายและบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. แบบสัมภาษณ์รายกลุ่ม ใช้ในขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบ เป็นการสัมภาษณ์ รายกลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยวัณโรคในประเด็น เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ปัญหาและอุปสรรคการแก้ปัญหาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

4.แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. แบบสอบถามความรู้ การรับรู้เรื่องวัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มเสี่ยง ก่อน และหลังการอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 ข้อ

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจ จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.แบบสัมภาษณ์ หากความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่การดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3 ท่าน โดยปรับแก้ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) =1 และนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาค (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)ได้ค่าเท่ากับ 0.85

2.แบบสอบถามความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาค = 0.98

3.แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาค = 0.78

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำของจังหวัดนครนายก ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคปอด เพื่อศึกษาสถานการณ์

2.หารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการประชุมกลุ่มระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยนำข้อมูลจากการระดมสมองของผู้ร่วมวิจัย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด และสัมภาษณ์ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการयरกร่างรูปแบบ โดยใช้แนวคิดโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Transtheoretical model (TTM) โดยเกิดจากความร่วมมือของตัวผู้ป่วยและพี่เลี้ยงที่ดูแล ซึ่งใน

รูปแบบนี้ ผู้ป่วยเป็นคนเลือกพี่เลี้ยง ผู้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีชื่อรูปแบบว่า Action for Success TB ประกอบด้วยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข การจัดทำข้อตกลงร่วมกันการเยี่ยมบ้านและการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

3. ทดลองการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครนายกโดย

3.1 คัดเลือกผู้ป่วยวัณโรคปอดเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ จำนวน 30 คนและให้ผู้ป่วยเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นพี่เลี้ยงในการดูแล จำนวน 30 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คนดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 1 คน

3.2 จัดอบรมใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยโดยวิทยากรที่มีความรู้ความชำนาญ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรเป็นอย่างดี ทั้งนี้ การเรียนการสอนกิจกรรมใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิค เอ ไอ ซี ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นอยากเข้าร่วมกิจกรรมตลอดเวลาโดยผู้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้ป่วยวัณโรคแต่ละคนเลือกเป็นผู้กำกับการกินยา จำนวน 30 คน การอบรมได้ดำเนินการระยะเวลา 2 วัน

4. จัดทำข้อตกลงร่วมกันของเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /ผู้ป่วย/ญาติ สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

5. การเยี่ยมบ้านโดยกำหนดให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านทุกวัน และบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะการกำกับการกินยابันทักในสมุดคู่มือทุกวันโดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่

5.1 ด้านการดูแลรักษา เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการกินยา การสังเกตอาการ การดูแลอาหาร ออกกำลังกาย และการตรวจตามนัด

5.2 ด้านการป้องกันและค้นหากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ มีการป้องกันการแพร่กระจายโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงร่วมบ้าน

5.3 ด้านการให้ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและปรับทัศนคติในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ

6. การติดตามผลการดูแลรักษา/การเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรพ.สต. จะร่วมในการเยี่ยมผู้ป่วย ในระยะเข้มข้น 2 สัปดาห์แรกเยี่ยม 3 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 6 ครั้งเพื่อดูอาการ

ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ในช่วง 3 สัปดาห์-2 เดือน เยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง
ระยะต่อเนื่องเดือนที่ 3-6 เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
และครอบคลุม สำหรับพยาบาลในโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน(T-test)ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content
analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2022-023

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดของจังหวัดนครนายก

จากการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค
ปอด การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพในขณะที่เจ็บป่วยไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการกินยา ไม่มีความรู้ใน
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการดูแลสุขภาพตนเอง พี่เลี้ยงส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วยมีความรู้
ไม่เพียงพอ และไม่เข้าใจบทบาทของพี่เลี้ยง โดยเฉพาะในเรื่องการกำกับกับการกินยา ทำให้กินยาไม่
ต่อเนื่องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมีภาระงานมาก ไม่มีแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ในชุมชน

2. การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้ป่วยวัณโรคแต่ละคนเลือก
เป็นผู้กำกับกับการกินยา จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 51.5 ปี มีระดับ
การศึกษาชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
6,673 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7 โดยมีข้อค้นพบจากการอบรมนี้
แบ่งเป็น 3 ช่วงของกระบวนการกลุ่ม ได้แก่ การคืนข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักวิเคราะห์
สถานการณ์ความเสี่ยง การสร้างภาพฝันและการสร้างข้อตกลงเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครนายก

3.1 การประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกินยาวัณโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าอบรมก่อนและหลังการอบรม

(n=98)

ตัวแปร	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t- Test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความรู้วัณโรค	0.83	0.21	0.98	0.31	-2.50	.016*
2.การรับรู้เกี่ยวกับโรค	2.60	0.23	2.71	0.26	-1.47	.248
3.ความรู้การดูแลผู้ป่วย	0.62	0.22	0.91	0.14	-5.70	.000*

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องเกี่ยวกับวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนการอบรมและหลังการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรค ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3.2 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผลจากการนำรูปแบบไปใช้ประเมินโดยการประชุมระดมสมอง การสังเกต และการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพ การตรวจตามนัด การกำกับกินยาครบทุกวันตามเวลาที่กำหนด และมีการป้องกันการแพร่ระบาด มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ขาดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ทั้งหมด 30 คน ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2566 พบว่า รักษาหาย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ยังรักษาไม่ครบ 2 คน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลับซ้ำ (จึงยังไม่สามารถสรุปผลการรักษาได้ แต่จากผลตรวจเสมหะ ในช่วง 3 เดือนในระยะเข้มข้น เป็น negative)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรค

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก	25	83.3
มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง	5	16.7
มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย	0	0.0

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 83.3 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7

อภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคผู้ป่วยยังกินยาไม่ต่อเนื่องและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยังไม่เหมาะสมเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้ ไม่รู้ถึงผลกระทบของการกินยาไม่ต่อเนื่อง บางคนมีอาการแพ้ยา ซึ่งเกิดได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐานัญญา แสนศรีเรื่องสาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดลพบุรีพบว่า ผู้ป่วยขาดยาตามนิยาม (Miss) ส่วนใหญ่ขาดยาในการรักษาระยะเข้มข้น ร้อยละ 50 มีอาการแพ้ยา เพราะถ้าผู้ป่วยวัณโรคกินยาไม่สม่ำเสมอ จะมีระยะเวลาในการแพร่เชื้อวัณโรคในบ้านและชุมชนมากยิ่งขึ้น ตามข้อมูลในแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคผู้ใหญ่ พ.ศ.2555 (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการประชุมกลุ่มระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดนครนายก จากกระเบียนรายงาน สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด การสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการร่างรูปแบบ โดยใช้แนวคิดโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Transtheoretical model (TTM) การเสริมสร้างแรงจูงใจและ ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ตนเอง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของตัวผู้ป่วยและพี่เลี้ยงผู้ดูแล ซึ่งในรูปแบบนี้ ผู้ป่วยเป็นคนเลือกพี่เลี้ยงผู้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีชื่อรูปแบบว่า Action for Success TB : การยึดมั่นด้วยการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งต้องทำงานเป็นทีม มีความจริงใจในการแก้ปัญหาและเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการทำข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย ตามศักยภาพของแต่ละคน มีการเยี่ยมบ้านเป็นการ ให้ข้อมูลย้อนกลับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมี ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ได้ การให้คำชื่นชมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมโดยการควบคุมสิ่งเร้า การยกย่องให้เป็นแบบอย่าง ประเมินผลและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความเป็นไปได้ของการนำไปใช้สอดคล้องกับการศึกษาของ John .W. et al.(2004) ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งสามารถช่วยในการแก้ไขปัญหา ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ โดยการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคติดต่อ การออกแบบระบบบริการให้เอื้อต่อการส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาโรค มี การเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการเชื่อมโยงสู่ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว โดยเน้นความคุ้มค่าและประโยชน์ที่จะได้รับ คือทำให้ผู้ป่วยรักษาหายขาดจากโรคติดต่อ การลดการแพร่กระจายเชื้อโรคในชุมชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและครอบครัว การทำให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน และลดภาระงานเจ้าหน้าที่ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อความไม่ต่อเนื่องของการรักษาโรค การเกิดโรคที่ดื้อยา ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการรักษาเพิ่มเป็น 10 เท่าของการรักษาโรคที่ไม่ดื้อยา

การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อด้วยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครนายก ประกอบด้วย การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง จัดอบรมใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมให้เรียนรู้เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิค เอ ไอ ซี (คิงเดซ เชื่อมวราศาสตร์และคณะ,2556)ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น อยากเข้าร่วมกิจกรรมตลอดเวลา สามารถช่วยกระตุ้นแรงจูงใจให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในบทเรียน อีกทั้งยังได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ความคิดเห็น ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันภายในกลุ่ม และยังได้วิเคราะห์แสดงความคิดเห็นจนก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆได้ จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรค และความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การกินยาโรคติดต่อที่ถูกต้องและชัดเจนมากยิ่งขึ้น(เนตรชนก จุละวรรณโณ, 2559) จะเห็นได้จากผลการจากการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเกี่ยวกับ โรค และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกินยาโรคติดต่อ ก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกคนร่วมกันสร้างภาพฝันโดยต้องการเห็นผู้ป่วยโรคติดต่อ มีวิถีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี มีการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่าทางโภชนาการ ได้กินยาอย่างต่อเนื่อง และมีการการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง นอกจากนั้นยังมีการจัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยวัณโรคปอดและญาติ ส่งผลดีต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการควบคุมวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี(อัญชลี มงกุฎทอง และคณะ,2565)

การประเมินผลการใช้รูปแบบจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกวันร่วมกับการเยี่ยมติดตามของ รพ.สต.และพยาบาลในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมี พี่เลี้ยงในการกำกับการกินยา การดูแลสุขภาพ การป้องกันการแพร่ระบาด มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ขาดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (อวันันท์ บัวประทุมและวันเพ็ญ ปันราช,2559) พบว่าการติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้กิจกรรมการดูแลให้ความรู้และติดตามเยี่ยมบ้าน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่คลินิกวัณโรคจนถึงชุมชน ซึ่งมีความเหมาะสมตามบริบทของครอบครัว โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะหายขาดจากการเป็นวัณโรค ถือเป็นบริการเชิงรุก สร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ บรรลุเป้าหมาย คำนึงให้พบจบด้วยหาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องตระหนักถึงความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน ของทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อประเมินการดูแลรักษา การกำกับการกินยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติประเมินสภาพแวดล้อม/การปฏิบัติตัว เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการควบคุมโรคที่เหมาะสม กระบวนการรักษา รวมทั้งการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม
- 2.การนำความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สู่การปฏิบัติจริง ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถนำไปเป็นนโยบายของจังหวัดนครนายก และประยุกต์การใช้ในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ได้
- 3.การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ควรให้หน่วยงานอื่นๆเช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลเป็นเรื่องสำคัญเป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษา ดังนั้นในภาพรวมของจังหวัด ต้องพัฒนาระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยี ระบบการส่งต่อข้อมูล ความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องตระหนักและให้ความสำคัญของอัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอด

เอกสารอ้างอิง

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค (2564). แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564(เพิ่มเติม พ.ศ. 2565). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกเอนด์ ดีไซน์.

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ : อักษร กราฟฟิกเอนด์ดีไซน์.

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก(2565). สรุปผลการดำเนินงาน ควบคุมป้องกันวัณโรคจังหวัดนครนายก ปี 2565. นครนายก: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก.

คณิงเดช เชื้อมวาราศาสตร์ (2556), พรราวพิราษ ควรดำรงธรรม, ปุณยณูช พิมพ์ใจใส, จิตรเดช มุลรัตน์. การพัฒนาแผนการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ AIC สำหรับการจัดทำ แผนพัฒนาชุมชนด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสาร มหาวิทยาลัยคริสเตียน ,19:199-210.

ฐานัญญา แสนศรี (2558). สาเหตุการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดลพบุรี. ลพบุรี:สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

เนตรชนก จุละวรรณโณ. (2559). ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณโรค.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559,

บุญชม ศรีสะอาด(2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:สุวีริยาสาส์น.

รำพึง นุ่มสารพัดนึก. (2564). ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ อาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดนครนายก. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 37(2). 95-107.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคผู้ใหญ่
พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.

อวินันท์ บัวประทุม, วันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมใน
ชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2559;34:54-60.

อัญชลี มงกุฎทอง,เชิดพงษ์ ทองสุข และแดนสรวย วรรณางษ์สอน(2565).การพัฒนารูปแบบการ
ควบคุมวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.รายงาน
แผนะวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์กองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค, 53

Evers KE, Prochaska JO, Johnson JL,Mauriello LM, Padula JA, & Prochaska JM.(2006) **A
randomized clinical trial of a population And transtheoretical model-
based stress-management intervention.** Health Psychol ; 25, 521-529.

John Wright, John Walley, Aby Philip, Suresh Pushpananthan, Elijah Dlamini,James
Newell &Sweetness Dlamini. (2004). **Direct observation of treatment for
tuberculosis: a randomized controlled trial of community health workers
versus family members** .Tropical Medicine and International Health volume
9 no 5 , pp 559–565 may 2004.

World Health Organization(2021). Global Tuberculosis Report 2021. Geneva
Switzerland, WHO.

“ไข้หวัดใหญ่” เรื่องใหญ่กว่าที่คิด

(“Influenza” is bigger than you think)

ศุภัสสร วงศ์ตะวัน (Supussorn Wongtawan)¹

บทนำ

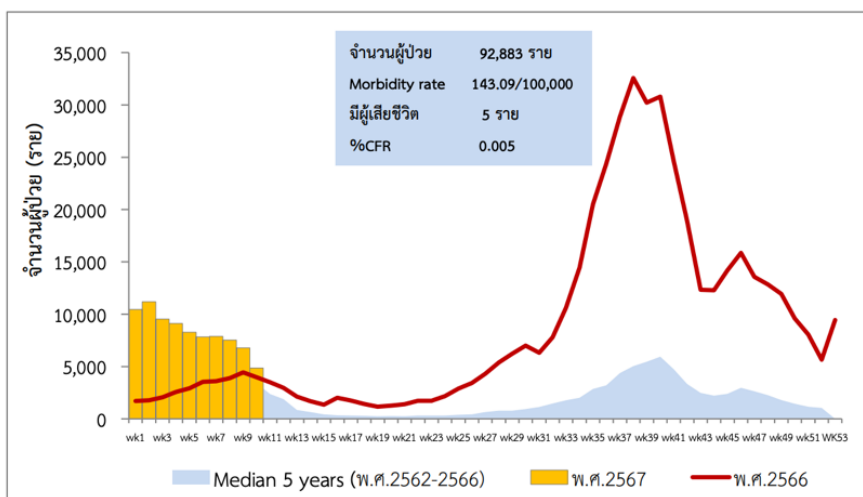
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, flu)⁽¹⁾ เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส influenza ซึ่งมีการแพร่กระจายอยู่ทั่วโลก ติดต่อกับการหายใจเอาละอองฝอยในอากาศที่มีอนุภาคของไวรัสเข้าสู่ทางเดินหายใจจากจมูกและถึงปอดในที่สุด ทำให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่เล็ก ๆ น้อย ๆ หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งในบางรายจะถึงแก่ชีวิตได้ Influenza มี 4 ชนิด ได้แก่ A, B, C และ D ประกอบกับการคิดค้นวัคซีนป้องกัน และยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่ ทำให้สามารถต่อสู้กับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแต่อย่างไรก็ตามไวรัสที่เป็นสาเหตุมีการปรับเปลี่ยนลักษณะทางพันธุกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การระบาดของโรคนี้อาจเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทุกปี

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบบ่อยในฤดูฝน (มิถุนายน-ตุลาคม) และฤดูหนาว (มกราคม-มีนาคม) ของทุกปี อาการของโรคจะมีตั้งแต่อาการเล็กน้อยไปจนถึงอาการที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2567⁽²⁾ ประจำสัปดาห์ที่ 10 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 - 16 มีนาคม 2567 จากกลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคมีรายงานผู้ป่วย 92,883 ราย อัตราป่วย 143.09 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 5 ราย ในจังหวัดนครราชสีมา 3 ราย ชัยภูมิ และสุราษฎร์ธานี จังหวัดละ 1 ราย อัตราป่วยตาย 0.005 โดยมีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (4 ราย) และชนิด B (1 ราย) สัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่พบในกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 491.69 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 5-14 ปี (467.01) และอายุ 15-24 ปี (129.37) ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ เท่ากับ 197.11 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น ภาคเหนือ (166.19) ภาค

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระแซง อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

กลาง (123.88) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (117.36) ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต อัตราป่วย 442.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ พะเยา (418.02)



สิงห์บุรี (377.32) พิจิตร (329.94) พิษณุโลก (265.95) นครศรีธรรมราช (258.28) สงขลา (249.38) สุราษฎร์ธานี (244.21) พัทลุง (241.25) และชลบุรี (240.43) ตามลำดับ

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตไข้หวัดใหญ่ รายสัปดาห์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566, 2567 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ที่มา : ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽²⁾

ประชาชนควรร่วมมือร่วมใจกันเฝ้าระวังการแพร่ระบาด รณรงค์การป้องกันด้วยการฉีดวัคซีนเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ต้องสัมผัสกับโรค และรักษาสุขอนามัยที่ดีของตนเอง เพื่อช่วยลดการแพร่ระบาดของโรค และลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ความแตกต่างของไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่⁽³⁾

เกิดจากเชื้อไวรัสต่างชนิดกัน และมีความรุนแรงแตกต่างกัน โดยไข้หวัดใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) ส่วนไข้หวัดธรรมดาเกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นๆ เช่น rhinovirus, adenovirus เป็นต้น โดยไข้หวัดใหญ่มักจะมีอาการรุนแรงกว่าไข้หวัดธรรมดา และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ ไข้หวัดใหญ่ในคนมีทั้งหมด 3 สายพันธุ์ คือ A, B และ C แต่มีเพียงสายพันธุ์ A และ B ที่มีการระบาดโดยทั่วไป โดยไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ A แบ่งออกเป็นหลายซับไทป์

ซับไทป์ที่มีการระบาดเป็นประจำคือ H1N1 และ H3N2 ส่วนไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ B แบ่งออกเป็น 2 lineages คือ Victoria และ Yamagata โดยอาการมักไม่รุนแรงเท่าสายพันธุ์ A

สาเหตุของโรคไข้หวัดใหญ่⁽⁴⁾

โรคไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งมี 3 ชนิด (type) คือ A, B และ C ไวรัสชนิด A เป็นชนิดที่ทำให้เกิดการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลก ไวรัสชนิด B ทำให้เกิดการระบาดในพื้นที่ระดับภูมิภาค ส่วนชนิด C มักเป็นการติดเชื้อที่แสดงอาการอย่างอ่อนหรือไม่แสดงอาการ และไม่ทำให้เกิดการระบาด โดยเชื้อไวรัสชนิด A แบ่งเป็นชนิดย่อย (subtype) ตามความแตกต่างของโปรตีนของไวรัสที่เรียกว่า hemagglutinin (H) และ neuraminidase (N) ชนิดย่อยของไวรัส A ที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในคนที่พบในปัจจุบันได้แก่ A(H1N1), A(H1N2), A(H3N2), A(H5N1) และ A(H9N2) ส่วนไวรัสชนิด B ไม่มีแบ่งเป็นชนิดย่อย

เนื่องจากไวรัสไข้หวัดใหญ่มีจีโนมเป็น RNA แยกเป็น 7-8 ชิ้น ทำให้อิโนมมีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมได้ค่อนข้างบ่อย เรียกว่า genetic variation การเปลี่ยนแปลงจีโนมทำให้แอนติเจนซึ่งเป็นผลผลิตของยีนส์เปลี่ยนแปลงไปด้วย คือมี antigenic variation ซึ่งมี 2 แบบคือ

1) Antigenic drift เป็นการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนเพียงเล็กน้อย เนื่องจากเกิด RNA point mutation ทำให้ amino acid เพียงหนึ่งหรือมากกว่านั้นเปลี่ยนไป แต่ไม่มากพอที่จะทำให้ H หรือ N เปลี่ยนไป antigenic drift ทำให้เกิดการระบาดในวงไม่กว้างนัก

2) Antigenic shift เกิดขึ้นจากขบวนการ gene reassortant คือการที่ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด A 2 สายพันธุ์เกิดการติดเชื้อในเซลล์หนึ่งเซลล์ มีการนำจีโนมจากไวรัสสายพันธุ์หนึ่งไปใส่ในอนุภาคของไวรัสอีกสายพันธุ์หนึ่งในเซลล์เดียวกัน ทำให้เกิดอนุภาคของไวรัสชนิดใหม่ ซึ่งแอนติเจนเปลี่ยนไปจนทำให้ H หรือ N เปลี่ยนไปจนเกิดชนิดย่อย (subtype) ใหม่ทำให้เกิดการระบาดใหญ่ (pandemic) มาแล้วในอดีต

ปัจจุบันสามารถพบ hemagglutinin (H) ที่แตกต่างกันถึง 15 ชนิด และ neuraminidase (N) 9 ชนิดของไวรัสชนิด A แต่มีเพียง H1N1 และ H3N2 ที่พบติดเชื้อในคนบ่อย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของแอนติเจนที่เกิดขึ้นบ่อยทำให้มีเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ๆเกิดขึ้นต่างสถานที่และต่างระยะเวลา ดังนั้นจึงต้องมีระบบการเรียกชื่อเพื่อป้องกันความสับสน คณะผู้เชี่ยวชาญได้กำหนดให้เรียกชื่อเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามหลักสากลทั่วโลกดังนี้ ชนิดไวรัส/ชื่อเมืองหรือประเทศที่พบเชื้อ/ลำดับสายพันธุ์ที่พบในปีนั้น/ปี ค.ศ.ที่แยกเชื้อได้/ชนิดย่อยของ H และ N เช่น A/Sydney/5/97(H3N2), A/Victoria/3/75(H3N2)

การศึกษาด้านนิเวศวิทยาบ่งชี้ว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมีกำเนิดมาจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ของสัตว์ตระกูลนก (avian influenza virus) สัตว์น้ำ (aquatic bird) เป็นแหล่งรังโรค (reservoir) เชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวได้ในลำไส้ของสัตว์ประเภทเป็ดป่า (wild duck) โดยไม่ทำให้สัตว์เกิดอาการ สัตว์เหล่านี้ขับถ่ายเชื้อไวรัสจำนวนมากออกมาพร้อมอุจจาระ ในแต่ละปีจะมีลูกนกเป็ดน้ำจำนวนมากเกิดขึ้นทั่วโลกลูกนกเหล่านี้ได้รับเชื้อไวรัสที่อยู่ในน้ำ เมื่อลูกนกเป็ดน้ำโตขึ้นก็จะย้ายถิ่นและแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปอย่างกว้างขวาง

การระบาดของ Avian influenza บนเกาะฮ่องกงในปี พ.ศ.2540 ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส H5N1 บ่งชี้ว่าเชื้อแพร่กระจายจากนกที่อยู่ตามชายฝั่ง (shorebird) ไปสู่เป็ดโดยการปนเปื้อนของอุจจาระ จากนั้นแพร่ไปสู่ไก่และปีกหลักอยู่ในตลาดขังสัตว์ปีกมีชีวิต (live bird market) นกที่อยู่ตามชายฝั่งและเป็ดไม่เป็นโรคเพราะเป็นแหล่งเก็บเชื้อโดยธรรมชาติ ส่วนไก่เป็นโรคติดเชื้อรุนแรงและตายมาก คนติดเชื้อมาจากไก่ทางอุจจาระที่ปนเปื้อน (fecal oral) เชื้อไวรัสที่ผ่านสัตว์มาหลายเผ่าพันธุ์จะมีฤทธิ์ก่อโรคได้สูงในไก่และคน การผสมกัน (reassortment) ระหว่างไวรัสต่างเผ่าพันธุ์ (species) เกิดขึ้นได้ง่ายอาจทำให้เพิ่มชนิดย่อยใหม่ที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในคนได้ มีการศึกษาว่าการใช้อุจจาระเป็ดไปเลี้ยงปลาจะนำไปสู่การแพร่เชื้อไวรัส avian influenza ไปสู่หมู เชื้ออาจแพร่ไปในอาหารและซากนกที่นำไปเลี้ยงหมู

การติดต่อของโรค

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ติดต่อทางการหายใจ โดยจะได้รับเชื้อที่ออกมาปนเปื้อนอยู่ในอากาศเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด ในพื้นที่ที่มีคนอยู่รวมกันหนาแน่น เช่น โรงเรียน โรงงาน การแพร่เชื้อจะเกิดได้มาก นอกจากนี้การแพร่เชื้ออาจเกิดโดยการสัมผัสฝอยละอองน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย (droplet transmission) จากมือที่สัมผัสกับพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ แล้วใช้มือสัมผัสที่จมูกและปาก โดยผู้ป่วยจะมีอาการหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 1 - 4 วัน

อาการและอาการแสดง

อาการจะเริ่มหลังได้รับเชื้อ 1 - 4 วัน ผู้ป่วยจะมีไข้แบบทันทีทันใด (38 องศาเซลเซียสในผู้ใหญ่ ส่วนในเด็กมักจะสูงกว่านี้) ปวดศีรษะ หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก และอาจพบอาการคัดจมูก เจ็บคอ ถ้าป่วยเป็นระยะเวลานานอาจมีอาการไอจากหลอดลมอักเสบ (post viral bronchitis) อาการจะรุนแรงและยาวนานกว่าไข้หวัดธรรมดา (common cold) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติภายใน 1 - 2 สัปดาห์ แต่มีบางรายที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดบวม อาจทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต ได้แก่

1. ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป
2. เด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หืด หัวใจ ไตวาย หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ธาลัสซีเมีย มะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพรินเป็นเวลานาน
5. หญิงตั้งครรภ์ระยะที่ 2 หรือ 3 ในฤดูกาลที่มีไข้หวัดใหญ่สูง
6. ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ระยะพักตัว

ประมาณ 1-3 วัน

ระยะติดต่อ

ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ตั้งแต่ 1 วันก่อนมีอาการและจะแพร่เชื้อต่อไปอีก 3-5 วันหลังมีอาการในผู้ใหญ่ ส่วนในเด็กอาจแพร่เชื้อได้นานกว่า 7 วัน ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่แต่ไม่มีอาการก็สามารถแพร่เชื้อในช่วงเวลานั้นได้เช่นกัน

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคไข้หวัดใหญ่จากเชื้ออื่นโดยอาศัยลักษณะทางคลินิกอย่างเดียวทำได้ยาก เชื้ออื่นๆที่ทำให้เกิดอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ *Mycoplasma pneumoniae*, adenovirus, respiratory syncytial virus (RSV), rhinovirus, parainfluenza virus, และ *Legionella* spp.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

1. ตรวจพบเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในเสมหะที่ป้ายหรือดูดจากจมูกหรือลำคอ หรือ
2. ตรวจพบแอนติเจนของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ใน epithelial cell จาก nasopharyngeal secretion โดยวิธี fluorescent antibody หรือ
3. ตรวจพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในซีรัมอย่างน้อย 4 เท่าในระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น โดยวิธี haemagglutination inhibition (HI) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน หรือ complement fixation (CF) หรือ Enzyme - linked immunosorbent assay (ELISA)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ ไชนัสอักเสบ หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนมักเกิดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ และสมองอักเสบ

วิธีป้องกัน

1. ไม่ควรคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้หวัด หรือถ้าจำเป็นควรปิดปาก จมูกด้วยหน้ากากอนามัย
2. ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด และอากาศถ่ายเทไม่ดีเป็นเวลานานโดยไม่จำเป็น
3. หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือ
4. ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อนอาหาร ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น
5. ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ปีละครั้ง โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การรักษา

การให้ยาต้านไวรัส amantadine hydrochloride หรือยา rimantidine hydrochloride ภายใน 48 ชั่วโมง นาน 3-5 วัน จะช่วยลดอาการและจำนวนเชื้อไวรัสชนิด A ในสารคัดหลั่งที่ทางเดินหายใจได้ ขนาดยาที่ใช้ในเด็กอายุ 1-9 ปี ให้ขนาด 5 มก./กก./วัน แบ่งให้ 2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยอายุ 9 ปีขึ้นไปให้ขนาด 100 มก. วันละ 2 ครั้ง (แต่ถ้าผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่า 45 กก. ให้ใช้ขนาดเดียวกับเด็กอายุ 1-9 ปี) นาน 2-5 วัน สำหรับผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่การทำงานของตับและไตผิดปกติ ต้องลดขนาดยาลง

ในช่วงหลังๆ ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อาจพบการดื้อยาตามด้วยการแพร่โรคไปยังคนอื่นได้ กรณีนี้อาจต้องให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้เสี่ยงโรคสูงที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ถ้ามีอาการแทรกซ้อนจากเชื้อแบคทีเรียต้องให้ยาปฏิชีวนะด้วย และควรหลีกเลี่ยงยาลดไข้พวก salicylates เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค Reye's syndrome

การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่⁽⁵⁾

วัคซีนไข้วัดใหญ่ ใช้สำหรับป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้วัดใหญ่ชนิดสายพันธุ์ A และ B ที่มีแนวโน้มทำให้เกิดการระบาดในช่วงหน้าฝน โดยวัคซีนป้องกันไข้วัดใหญ่จะไปกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีต่อเชื้อไวรัสไข้วัดใหญ่

ความแตกต่างของวัคซีนไข้วัดใหญ่ชนิด 3 สายพันธุ์และ 4 สายพันธุ์

- วัคซีนไข้วัดใหญ่ชนิด 3 สายพันธุ์ ประกอบด้วย เชื้อไวรัสชนิดสายพันธุ์ A 2 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ B 1 สายพันธุ์
- วัคซีนไข้วัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ ประกอบด้วย เชื้อไวรัสชนิดสายพันธุ์ A 2 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ B 2 สายพันธุ์

วัคซีนไข้วัดใหญ่ในประเทศไทยมีเฉพาะชนิดเชื้อตาย เป็นวัคซีนที่ผลิตขึ้นโดยใช้เชื้อโรคทั้งตัวที่ตายแล้ว หรือใช้เฉพาะส่วนประกอบบางส่วนของเชื้อโรค หรือโปรตีนส่วนประกอบของเชื้อที่ผลิตขึ้นมาใหม่ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งไม่สามารถก่อให้เกิดโรคได้ จึงมีความปลอดภัยสูง มีประสิทธิภาพป้องกันโรคไข้วัดใหญ่สายพันธุ์เดียวกันหรือใกล้เคียงกับวัคซีนได้ 70% - 90% ผู้ที่ฉีดวัคซีนแล้วอาจยังมีโอกาสเป็นไข้วัดใหญ่ได้ แต่ความรุนแรงของโรคจะน้อยลง

ในประเทศไทยการระบาดของหลักของโรคไข้วัดใหญ่มักเกิดในช่วงหน้าฝน จึงแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันก่อนเข้าฤดูฝน ประมาณเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่สามารถฉีดได้ตลอดทั้งปี และควรได้รับการฉีดวัคซีนปีละครั้ง เพราะวัคซีนมีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของสายพันธุ์ไวรัสที่บรรจุในวัคซีนทุกปี โดยเป็นสายพันธุ์ที่คาดว่าจะเกิดการระบาดในปีนั้นๆ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย⁽⁶⁾

คณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใต้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน) ได้แก่

- 1) แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาลทั้งที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงนักศึกษาฝึกงานในแต่ละวิชาชีพ
- 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการสอบสวนควบคุมโรค
- 3) เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทำลายซากสัตว์ปีกและสัตว์อื่นที่สงสัยติดเชื้อไข้วัดนก

- 4) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่
- 5) เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ ได้แก่ ผู้คุม และเจ้าหน้าที่ที่ต้องเข้าไปดูแลผู้ต้องขัง

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน) ได้แก่

- 1) หญิงตั้งครรภ์ ทุกการตั้งครรภ์อายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป (ให้บริการฉีดตลอดทั้งปี)
- 2) เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปีทุกคน (หมายถึง กลุ่มเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนเต็มจนถึงอายุ 2 ปี 11 เดือน 29 วัน)
- 3) ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน
- 4) บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป
- 5) โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)
- 6) โรคอ้วน (น้ำหนัก>100 กิโลกรัมหรือ BMI >35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
- 7) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

(อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2560)

3. ผู้ต้องขังในเรือนจำคือผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติเป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน)

ข้อห้ามในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่

- 1) มีประวัติแพ้ไข่ไก่อย่างรุนแรง**
- 2) เคยแพ้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่รุนแรงหรือแพ้สารประกอบอื่น ๆ ในวัคซีนอย่างรุนแรง**
- 3) กำลังมีไข้หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- 4) เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมาไม่เกิน 7 วัน
- 5) เพิ่งมานอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน
- 6) ยังมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่มีอาการกำเริบ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย หรือยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้
- 7) ขณะตั้งครรภ์นี้มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เช่น มีภาวะ Toxic goiter, Pre - eclampsia, Eclampsia หรือเคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์

****อาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจไม่สะดวก เสียงแหบหรือหายใจเสียงดัง ลมพิษ ชีตขาว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วหรือเวียนศีรษะ**

วิธีการฉีดวัคซีน

- 1) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular route: IM) ในผู้ใหญ่ฉีดที่บริเวณต้นแขน และในเด็กเล็กฉีดที่ หน้าขา
- 2) การฉีดวัคซีนให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุกประการ

การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (ต้องทดสอบก่อนฉีดวัคซีนเข้าไป (Aspiration))		
อายุเด็ก	บริเวณที่ฉีด	ขนาดและความยาวของเข็ม
 การแรกเกิด (0- 28 วัน)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis อยู่บริเวณหน้าขา (Anterolateral thigh)	เข็มเบอร์ 25 ยาว 5/8 นิ้ว
 การก (1 เดือน-1 ปี) วัยเตาะแตะ (1-3 ปี)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว
วัยก่อนเรียน (3-6 ปี)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis หรือ กล้ามเนื้อแขน Deltoid	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว หรือ 1 นิ้วครึ่ง ให้พิจารณาจากความอ้วนผอมของเด็ก และ ให้พิจารณาฉีดในบริเวณที่มีการดูดซึมที่ดีที่สุด เนื่องจาก ในเด็กการใช้กล้ามเนื้อขา จะมากกว่าแขน วัคซีนมีโอกาสดูดซึมได้ดีกว่า
วัยเรียน และวัยรุ่น	กล้ามเนื้อแขน Deltoid	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว

รูปที่ 2 การนำวัคซีนเข้าสู่ร่างกายโดยการฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

ที่มา : คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์⁽⁷⁾

ขนาดวัคซีน

- 1) ผู้ใหญ่และเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ฉีดขนาดโดสละ 0.5 ซีซี
- 2) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ฉีดขนาดโดสละ 0.25 ซีซี

จำนวนเข็มที่ฉีด

- 1) เด็กตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ฉีดจำนวน 1 เข็ม

- 2) เด็กต่ำกว่า 9 ปีที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก่อน ในปีแรกต้องฉีดจำนวน 2 เข็ม (ห่างกัน 4 สัปดาห์) และในปีต่อไป ให้ฉีดปีละ 1 เข็ม (หากในปีแรกได้ฉีดไปเพียง 1 เข็ม ในปีถัดมาให้ฉีด 2 เข็ม จากนั้น จึงฉีดต่อปีละ 1 เข็มตามปกติ)

การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)

นियามการเฝ้าระวัง “เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค” (Adverse Events Following Immunization: AEFI) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาจเป็นอาการไม่สบายหรือมีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดปกติโดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ภายหลังจากการได้รับวัคซีน

คำแนะนำในการเฝ้าระวัง “เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค” ให้ผู้รับวัคซีนพักสังเกตอาการ 30 นาที ภายหลังฉีดวัคซีนในบริเวณที่จัดเตรียมไว้ให้บริการ เพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ การเกิดผลข้างเคียงที่เป็นเพราะอาการแพ้ที่รุนแรง (Anaphylaxis) มักเกิดขึ้นเร็วภายใน 30 นาทีหลังฉีดวัคซีน หากพบอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนให้นำเข้าสู่การรักษา และพิจารณาส่งต่อหากเกินศักยภาพของสถานพยาบาล

อาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่ไม่รุนแรง หรือผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบประมาณร้อยละ 1 – 10 ได้แก่ อาการเฉพาะที่ เช่น ปวด บวม แดง เจ็บบริเวณที่ฉีด อาการทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ มีไข้ต่ำ ๆ คลื่นไส้ ส่วนใหญ่ออาการเหล่านี้ มักหาย ได้เองภายใน 1 – 3 วัน และสามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการประคบเย็นบริเวณที่ฉีด หรือรับประทานยา แก้ปวด ลดไข้ (เช่น พาราเซตามอล) เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดไข้ได้

อาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่รุนแรง หรือผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นอาการที่พบได้ยากและพบได้น้อยมาก ได้แก่

- 1) อาการแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylaxis) มักจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาทีถึง 2 – 3 ชั่วโมงหลังจากได้รับวัคซีน อาการที่สังเกต ได้แก่ มีผื่นลมพิษขึ้นตามตัว คันที่ผิวหนัง บวมรอบดวงตา หรือริมฝีปากหรือตามหน้าและลำคอ หายใจลำบากหรือหายใจไม่ออก วิงเวียน ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เป็นลม เหงื่อออกมาก ชีพจรเบา ช็อก เป็นต้น

2) อาการทางระบบประสาทและสมอง มีรายงานแต่เกิดได้น้อยมาก ประมาณ 1 ในล้าน ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Guillain - Barré syndrome: GBS) ปากเบี้ยวหน้าเบี้ยว (Bell's palsy) อาการตัวอ่อน (Hypotonic hyporesponsive episode: HHE) เป็นต้น หากเกิดอาการดังต่อไปนี้ควรพบแพทย์หรือผู้ให้บริการทราบ เพื่อประเมินอาการทันที

การแจ้งให้ผู้รับวัคซีนทราบสถานที่และวิธีติดต่อสถานบริการ

ผู้ให้บริการควรแจ้งสถานที่และวิธีการติดต่อสถานบริการในกรณี que ผู้รับบริการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนใน 30 วัน และในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการรายงานผ่านระบบ AEFI System DDC (<https://eventbased-doe.moph.go.th/aeafi/>) และสอบสวนเหตุการณ์ตามแนวทางที่กองระบาดวิทยากำหนด รวมถึงการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นตามสมควรและทันที่

การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนโควิด 19

การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนโควิด 19 คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้มีคำแนะนำให้สามารถให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่พร้อมกับวัคซีนโควิด 19 ได้ (ที่แขนคนละข้าง) กรมควบคุมโรค จึงกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนโควิด 19 พร้อมกันปีละ 1 ครั้ง โดยขอให้หน่วยบริการพิจารณาให้บริการวัคซีนทั้ง 2 ชนิดในช่วงเวลาเดียวกัน)

คำแนะนำ

- 1) ให้ผู้รับบริการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามผู้มารับบริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลให้ครบถ้วน และให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบซ้ำแล้วเก็บไว้ที่สถานบริการ
- 2) หากผู้รับบริการมีไข้ มีอาการเจ็บป่วยที่อาการไม่แน่นอน เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง/เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการฉีดวัคซีน
- 3) ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยอื่นๆ ให้ปรึกษาแพทย์ก่อนการฉีดวัคซีนทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. วิรัตน์ ทองรอด. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza). [เข้าถึงวันที่ 10/4/2567] เข้าถึงได้จาก https://www.pat.or.th/attachment/academic-article/article_007.pdf
2. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2567 ประจำปีสัปดาห์ที่ 10 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 - 16 มีนาคม 2567. [เข้าถึงวันที่ 10/4/2567] เข้าถึงได้จาก

https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_flu_10.2567.pdf

3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รู้จัก ไข้หวัดใหญ่ !! วายร้ายที่มาภัยกับสายฝน. [เข้าถึงวันที่ 10/4/2567] เข้าถึงได้จาก

<https://www.thaihealth.or.th/influenza-virus/>

4. กรมควบคุมโรค. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza, Flu). [เข้าถึงวันที่ 15/4/2567] เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13

5. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ป้องกันได้จริงหรือ. [เข้าถึงวันที่ 10/4/2567] เข้าถึงได้จาก <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/influenza-vaccine>

6. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2566. [เข้าถึงวันที่ 15/4/2567] เข้าถึงได้จาก

https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=14052

7. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(ศูนย์รังสิต). การนำวัคซีนเข้าสู่ร่างกายโดยการฉีดเข้าฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ. [เข้าถึงวันที่ 15/4/2567] เข้าถึงได้จาก

<http://guruvaccine.com/elearn/6-15-4->

ฝุ่น PM_{2.5} และพฤติกรรมการป้องกันเพื่อสุขภาพ (PM_{2.5} dust and preventive behavior for health)

มัชนิมา สอนลาย (Machima Sornla)¹

บทคัดย่อ

PM_{2.5} เป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจที่อาจนำไปสู่โรคเรื้อรังได้ ซึ่งรัฐบาลได้ดำเนินการกำหนดมาตรการในการรับมือกับ PM_{2.5} โดยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ การป้องกันและลดการเกิดมลพิษที่ต้นทาง รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมลพิษ อย่างไรก็ตามการส่งเสริมความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชนถือเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐบาลควรให้ความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง ลดผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดจากปัญหา PM_{2.5} การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชนจากการทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ทัศนคติ และการรับรู้ความเสี่ยงของ PM_{2.5} ในระดับสูง แต่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพเมื่อต้องอยู่ในพื้นที่เสี่ยง PM_{2.5} อยู่ในระดับปานกลาง และประชาชนมีพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นเฉพาะในระดับต่ำ รวมถึงมีพฤติกรรมทางดักกิจกรรมการออกกำลังกายกลางแจ้งต่ำ นอกจากนี้การเปิดรับข่าวสารในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} อยู่ในระดับต่ำ และยังพบว่ากลุ่มเยาวชนยังขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองจาก PM_{2.5} ดังนั้นควรเพิ่มมาตรการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจาก PM_{2.5} และศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างการรับรู้และการตัดสินใจเกี่ยวกับฝุ่น PM_{2.5} ของประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย และในแต่ละพื้นที่เสี่ยงของประเทศไทย เพื่อนำไปพัฒนาการสร้างความรู้ด้านการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Abstract

PM_{2.5} is fine particles which can affect both short-term and long-term health, especially the respiratory system which can lead to chronic diseases. The government has taken measures to deal with PM_{2.5} by increasing efficiency in spatial management, preventing and reducing pollution at the source, increasing the efficiency of pollution management. However, promoting knowledge, attitudes, perceptions, and behavior to protect people's health from particulate matter smaller than 2.5 micron (PM_{2.5}) is a necessity that the government should focus on to support people can be self-reliant and reduce health impacts caused by PM_{2.5} problems. This study aims to study people's knowledge, attitudes, perceptions, and health prevention behaviors from particulate matter smaller than 2.5 micron (PM_{2.5}) from a literature review. This study found that most people have a high level of knowledge, attitude and perception of the risk of PM_{2.5} but have a moderate level of health protection behavior among living in PM_{2.5} risk areas. and people have a low level of behavior in using specific masks to protect against dust, including having a low habit of refraining from outdoor exercise activities. In addition, exposure to news on PM_{2.5} dust prevention is low. Moreover, it was found that the youth group still lacks awareness of protecting themselves from PM_{2.5}, so health risk communication measures should be increased to increase knowledge about prevention of health effects from PM_{2.5} and study other factors that are related to creating awareness and decision-making about PM_{2.5} among people in each age group and in each risk area of Thailand to develop and create knowledge about PM_{2.5} preventions that is appropriate for the target group. Including promoting and supporting local government organizations to be leaders in changing people's health behavior and health literacy.

บทนำ

PM_{2.5} (Particulate matter with diameter of less than 2.5 micron) เป็นฝุ่นละอองที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน สามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจไปยังชั้นในสุดของปอดได้ ซึมผ่านกระแสเลือด และรบกวนการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดย PM_{2.5} เป็นตัวกลางนำพาสารอื่น ๆ เช่น สารก่อมะเร็ง สารโลหะหนัก เป็นต้น เข้าสู่ร่างกายด้วยการเกาะบนพื้นผิวของ PM_{2.5} ทั้งนี้อันตรายจากฝุ่น PM_{2.5} จะไม่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่เกิดจากการสะสมเป็นเวลานาน^{1,2} และในระหว่างที่เกิดปัญหาวิกฤตของฝุ่น ประชาชนต่างต้องหาวิธีรับมือกับปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภัยร้ายจากการสูดดมฝุ่นพิษเข้าไป ส่งผลให้หน้ากาก N95 เกิดการขาดตลาดอย่างรุนแรง ซึ่งการแก้ปัญหาด้วยการแจกหน้ากาก หรือการนำรถน้ำมาฉีดบริเวณที่มีการจราจรหนาแน่น ถือเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เนื่องจากน้ำสามารถจับได้เพียงฝุ่นละอองขนาดใหญ่เท่านั้น ไม่สามารถลดค่าฝุ่น PM_{2.5} ในอากาศได้ และยังทำให้เกิดการสัญจรที่ไม่สะดวกในหลายๆ ทาง เช่น รถจักรยานยนต์ที่ใช้ถนนในระหว่างมีการฉีดน้ำอาจเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากทัศนวิสัยทางการมองเห็นไม่ดี และถนนลื่น หรือเกิดน้ำขังตามทางเดิน เป็นต้น เช่นเดียวกันกับกิจกรรมในครัวเรือนอาจเป็นสาเหตุของการเกิดฝุ่นหรือมลพิษทางอากาศได้ เช่น การสูบบุหรี่ การจุดธูปเทียน การหุงต้มด้วยถ่านไม้หรือฟืน และกิจกรรมต่างๆ ในสำนักงาน เช่น การใช้เครื่องถ่ายเอกสาร ดังนั้นการป้องกันตัวเองแบบทันท่วงทีในช่วงที่เกิดภาวะฝุ่น คือ การสวมหน้ากาก N95 โดยเฉพาะเมื่อเดินทางไปข้างนอกหรือต้องทำกิจกรรมกลางแจ้ง เนื่องจากหน้ากาก N95 นี้ เป็นหน้ากากที่สามารถกรองฝุ่นขนาดจิ๋วได้อย่างปลอดภัยต่อสุขภาพ¹ อีกทั้งการเสริมสร้างความรู้ การสร้างรูปแบบการดูแลป้องกันตนเองและครอบครัวของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น³

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจาก PM_{2.5} 5

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเมื่อร่างกายได้รับสัมผัส PM_{2.5} เข้าสู่ร่างกายอาจเกิดปัญหาต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ โดยในระยะเวลสั้น ๆ สามารถเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น แสบจมูก จาม และไอ เป็นต้น ซึ่งประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรง จะมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว และไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรมีการป้องกัน และดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยแบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มเด็กเล็ก มักใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมอยู่นอกบ้าน เช่น สนามเด็กเล่น สนามกีฬา ลานกิจกรรม และมีกิจกรรมที่เคลื่อนไหวมากกว่าผู้ใหญ่ เช่น การวิ่งเล่น การกระโดด ปีนป่าย เป็นต้น ทำให้เด็กมีอัตราการหายใจเร็ว หายใจเอาปริมาณอากาศเข้าสู่ร่างกาย (ปริมาตรอากาศต่อน้ำหนักตัว) สูงกว่าผู้ใหญ่มลพิษที่เกิดขึ้นจากฝุ่นหรืออนุภาคมี ความสัมพันธ์กับอาการทางระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และส่งผลทำให้ประสิทธิภาพของปอดลดลง โดยมีอาการ เช่น ไอและหายใจลำบาก เป็นต้น นอกจากนี้ปอดของเด็กกำลังพัฒนา ทำให้มีความเสี่ยงต่อมลพิษทางอากาศมากกว่าในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์⁴

(2) ผู้สูงอายุ ระบบหายใจเสื่อมตามวัย² มักมีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของปอดและปัญหาโรคหัวใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสกับฝุ่นมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของระบบป้องกันของ ปอดจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น⁴

(3) หญิงตั้งครรภ์ ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพกับการสัมผัสกับหมอกควันใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีน้อยมาก แต่มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสควันบุหรี่ซ้ำ ๆ ทั้งการรับ โดยตรงและโดยอ้อม นอกจากนี้พบข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศในเมืองใหญ่มีผลต่อน้ำหนักตัวของทารกในครรภ์ และมักมีการคลอดก่อนกำหนด⁴ รวมถึงอวัยวะต่าง ๆ ของทารกในครรภ์กำลังพัฒนาอาจได้รับผลกระทบจากมลพิษที่มารดาได้รับผ่านทางสายรก²

(4) ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด หอบหืด และภูมิแพ้ เป็นต้น โดยการสัมผัสกับฝุ่น PM_{2.5} อาจทำให้อาการกำเริบ

- ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าระดับฝุ่นในชนบทเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ อาการใจสั่น และผลกระทบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีปัญหาเป็นโรคปอดหรือหัวใจเรื้อรังมักเคยมีการเกิดอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการขึ้นไป ได้แก่ การหายใจได้ในช่วงสั้น ๆ อาการแน่นอก เจ็บหน้าอก คอ ไหล่ หรือแขน หัวใจเต้นไม่คงที่หรือเกิดอาการปวดศีรษะหรือเหนื่อยง่ายผิดปกติ⁴

- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบาก และมีเสมหะมากร่วมด้วย ซึ่งโรคนี้จะมีการแสดงคล้ายกับโรคระบบทางเดินหายใจหลายโรค เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง และโรคหอบหืด⁴

- ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ (Asthma) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น หลอดลมจะเกิดอาการอักเสบของเยื่อ หลอดลม และเกิดอาการบวมทำให้หลอดลมตีบแคบลง นอกจากนี้หลอดลมที่อักเสบจะมี

การหลังเมื่อออกมามาก ทำให้ท่อทางเดินหายใจตีบแคบและกล้ามเนื้อท่อทางเดินหายใจเกิดการหดตัว ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ไอ หายใจมีเสียงหวีด หายใจถี่ และรู้สึกแน่นหน้าอก ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจพบริมฝีปากและเล็บมีสีเขียวคล้ำ⁴

(5) คนทำงานกลางแจ้ง ได้แก่ ตำรวจจราจร พนักงานกวาดถนน พ่อค้าแม่ค้าริมถนน วินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนทำงานอยู่นอกอาคาร ที่ได้รับการสัมผัส PM_{2.5} เป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว²

การป้องกันฝุ่น PM_{2.5} ระยะยาวที่ประชาชนสามารถทำได้เอง

1. การปรับปรุงคุณภาพอากาศภายในที่พักอาศัย ให้มีการระบายอากาศและการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ¹ ทำความสะอาดบ้านและอุปกรณ์ภายในบ้าน โดยเฉพาะจุดที่สะสมฝุ่น เช่น แอร์ พัดลม มุ้งลวด เครื่องนอน และเน้นการทำความสะอาดด้วยการใช้ผ้าชุบน้ำ⁵

2. ติดตั้งอุปกรณ์ลดฝุ่นละอองภายในบ้าน โดยทำความเข้าใจหลักการของอุปกรณ์นั้น ๆ เพื่อการป้องกันที่เหมาะสม รวมทั้งการบำรุงรักษาอุปกรณ์นั้นอย่างถูกต้อง เช่น การล้างแผ่นกรองตามความถี่การใช้อุปกรณ์¹

3. ปลุกต้นไม้ช่วยลดมลพิษ

- ไม้ยืนต้นที่ช่วยดูดซับฝุ่นละออง ได้แก่ กระจับปี่, มะขาม, บุนนาค, ขนุน, ขาสีทอง, มะม่วง, มะกอกน้ำ

- ไม้ยืนต้นที่ช่วยดูดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ได้แก่ ราชพฤกษ์, ชงโค, มะเกลือ, เสม็ดแดง, ข่อย, หูกวาง, ขนุน, เสลา, แคลฝรั่ง, มะเดื่อ, ฝรั่ง, พญาสัตบรรณ

- ไม้ประดับที่สามารถดูดสารพิษทางอากาศได้ดี ได้แก่ หมากเหลือง, จั๋ง, พลูด่าง, ไทรใบเล็ก, หนวดปลาหมึก, เศรษฐีเรือนใน, วาสนาอธิษฐาน¹

4. ลดการปิ้งย่างที่ใช้เตาถ่าน งดจุดธูปเทียนทั้งภายในและภายนอกอาคาร งดการเผาในที่โล่ง ลดการใช้รถดีเซลที่ปล่อยควันดำ⁶

5. ติดตามสถานการณ์คุณภาพอากาศอย่างใกล้ชิดก่อนออกจากบ้าน ผ่านทางแอปพลิเคชัน ได้ที่เว็บไซต์ air4thai.pcd.go.th หรือ “Air4Thai” ของกรมควบคุมมลพิษ และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด¹¹ เลี่ยงทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง ในพื้นที่ที่มีค่าฝุ่น PM_{2.5} สูงเกินมาตรฐาน⁵

6. สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น เช่น หน้ากากอนามัย หรือหน้ากาก N95⁶ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็นต้องออกจากบ้าน หรือสวมหน้ากาก N95 เมื่อต้องอยู่ในพื้นที่เสี่ยงเป็นเวลานาน⁵

7. สังเกตตนเองและบุคคลในครอบครัว หากพบอาการผิดปกติ เช่น ไอบ่อย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือวิงเวียนศีรษะ ให้รีบไปพบแพทย์⁶

8. ผู้ที่มีโรคประจำตัว ควรเลี่ยงการออกนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงในการได้รับมลพิษจากฝุ่น PM_{2.5} สำรองยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อม และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด หากมีอาการผิดปกติทางเดินหายใจควรพบแพทย์ทันที⁵

ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะองค์กรหลักในการอภิบาลระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ได้ดำเนินการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนและชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความตระหนัก เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและจัดการสุขภาพตนเองจากมลพิษทางอากาศได้ กรณีวิกฤตของฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สู่เป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยมีมาตรการสำคัญในการเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งการสื่อสารความเสี่ยงเป็นวิธีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และได้คำนึงถึงช่องทางที่เหมาะสมทั้งวิธีการสื่อสารโดยตรงถึงประชาชน ผ่านทางครอบครัว ชุมชน หรือผ่านสื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์ เป็นต้น โดยกรมอนามัยได้จัดทำค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM₁₀) ในบรรยากาศโดยทั่วไป เฉลี่ยในเวลา 24 ชั่วโมงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารไปยังประชาชนให้เกิดความตระหนักและป้องกันตนเองตามปริมาณ PM_{2.5} และ PM₁₀ ในระดับต่าง ๆ โดยจัดทำคำแนะนำในการปฏิบัติตนให้กับประชาชนทั่วไปและเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีโรคประจำตัว³ ดังรายละเอียดภาพที่ 1-3

ระดับ PM _{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ระดับ PM ₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ผลกระทบต่อสุขภาพ	คำแนะนำในการปฏิบัติตน	
			ประชาชนทั่วไป	กลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก ¹ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ²)
0 - 25	0 - 50	ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยมาก	- ทำกิจกรรมการออกกำลังกายได้ตามปกติ - ทำกิจกรรมที่ออกกำลังกายกลางแจ้งได้³	- ทำกิจกรรมนอกบ้านหรือออกกำลังกายกลางแจ้งได้³ - ควรสังเกตอาการหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
26 - 37	51 - 80	มีผลกระทบต่อสุขภาพเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง	- ทำกิจกรรมการออกกำลังกายได้ตามปกติ - ทำกิจกรรมที่ออกกำลังกายกลางแจ้งได้³ - สังเกตอาการผิดปกติ	- ลดระยะเวลาทำกิจกรรมนอกบ้านหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง³ - เมื่อต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} - หากมีอาการ ไอบ่อย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อยล้าผิดปกติหรือเวียนศีรษะ ให้รีบไปพบแพทย์ - ผู้ที่มีโรคประจำตัว เตรียมยาประจำตัวและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมอย่างน้อย 5 วันและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ภาพที่ 1 คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM_{2.5} และ PM₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง 0-25 (มคก./ลบ.ม.) และ 26-37 (มคก./ลบ.ม.) (ที่มา: กรมอนามัย 2563)³

ระดับ PM _{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ระดับ PM ₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ผลกระทบต่อสุขภาพ	คำแนะนำในการปฏิบัติตน	
			ประชาชนทั่วไป	กลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก ¹ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ²)
38 - 50	81 - 120	มีผลกระทบต่อสุขภาพปานกลางโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง	- ทำกิจกรรมกลางแจ้งและท่องเที่ยวได้ตามปกติ - ลดระยะเวลาทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้งที่ใช้แรงมาก³ - สังเกตอาการผิดปกติ	- ลดระยะเวลาทำกิจกรรมนอกบ้านหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง³ - เมื่อต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} และไม่ควรรอยู่นอกบ้านเป็นเวลานาน - หากมีอาการ ไอบ่อย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อยล้าผิดปกติหรือเวียนศีรษะ ให้รีบไปพบแพทย์ - ผู้ที่มีโรคประจำตัว เตรียมยาประจำตัวและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อม อย่างน้อย 5 วันและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
51-90	121 - 180	มีผลกระทบต่อสุขภาพค่อนข้างมาก	- ลดระยะเวลาทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้งที่ใช้แรงมาก³ - เมื่อต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} และไม่ควรอยู่นอกบ้านเป็นเวลานาน	- จำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้าน - งดการออกกำลังกายกลางแจ้ง เปลี่ยนมาออกกำลังกายในบ้านแทน - ถ้าจำเป็นต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} และไม่ควรอยู่นอกบ้านเป็นเวลานาน -

ภาพที่ 2 คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM_{2.5} และ PM₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง 38-50 (มคก./ลบ.ม.) และ 51-90 (มคก./ลบ.ม.) (ที่มา: กรมอนามัย 2563)³

ระดับ PM _{2.5} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ระดับ PM ₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง (มคก./ลบ.ม.)	ผลกระทบต่อสุขภาพ	คำแนะนำในการปฏิบัติตน	
			ประชาชนทั่วไป	กลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก ¹ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ²)
			- หากมีอาการ ไอบอย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ หน้าอกร้าว เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์ - หากมีอาการ ไอบอย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์	- หากมีอาการ ไอบอย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์ - หากมีอาการ ไอบอย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์
91 ขึ้นไป	181 ขึ้นไป	มีผลกระทบต่อสุขภาพมาก	- จำกัดการทำกิจกรรมที่ใช้แรงมากและงดออกกำลังกายกลางแจ้ง³ เปลี่ยนมาออกกำลังกายในบ้านแทน - ถ้าจำเป็นต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} และไม่ควรอยู่นอกบ้านเป็นเวลานาน - ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิด PM_{2.5}⁴	- งดการออกนอกบ้าน/อาคาร ควรอยู่ในอาคารโดยเฉพาะห้องสะอาด⁵ - ถ้าจำเป็นต้องออกนอกบ้านควรสวมหน้ากากที่ป้องกัน PM_{2.5} และไม่ควรรออยู่นอกบ้านเป็นเวลานาน - ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิด PM_{2.5}⁴ - หากมีอาการ ไอบอย หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจสั่น คลื่นไส้ เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์

ภาพที่ 3 คำแนะนำในการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM_{2.5} และ PM₁₀ เฉลี่ย 24 ชั่วโมง 51-90 (มคก./ลบ.ม.) และ 91 ขึ้นไป (มคก./ลบ.ม.) (ที่มา: กรมอนามัย 2563)³

จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ ทักษะ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน สุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยการใช้แบบสอบถามประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1,983 ตัวอย่าง ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับระดับความรู้ระดับทัศนคติ ระดับการรับรู้ความเสี่ยง และระดับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM_{2.5} ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ระดับทัศนคติและระดับการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพเมื่อต้องอยู่ในพื้นที่เสี่ยง PM_{2.5} อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งระดับพฤติกรรมต่ำที่พบมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากป้องกันฝุ่นละอองแบบเฉพาะ³ คำถามพบบ่อย (FAQ) ในช่วงสถานการณ์ PM_{2.5} โดยกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่าประชาชนขาดความเข้าใจในการเลือกและการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นอย่างเหมาะสม⁷ รวมถึงการจัดหาหน้ากากป้องกันฝุ่นเฉพาะไม่เพียงพอ รวมทั้งหน้ากากป้องกันฝุ่นเฉพาะนั้นมีความแพง จึงอาจส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นเฉพาะในระดับต่ำ พบระดับพฤติกรรมต่ำรองลงมาคือ การงดกิจกรรมที่ต้องใช้แรงอย่างหนักหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง เช่น วิ่ง ปั่นจักรยาน³

เปรมวดี คฤหเดชและคณะ ได้ทำการศึกษาการรับรู้พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนที่มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะกรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครให้ความสนใจทางด้านสุขภาพมากขึ้นและออกกำลังกายในสวนสาธารณะ โดยประเภทกีฬาที่พบมากที่สุดคือ การวิ่ง เนื่องจากเป็นกีฬาที่ลงทุนน้อยแต่ให้ประโยชน์มาก จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายกลางแจ้งในระดับต่ำ⁸

ในขณะที่การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปีที่อาศัยหรือทำงานในเขตของกรุงเทพมหานครที่มีค่าฝุ่น PM_{2.5} ที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 16 เขต จำนวน 480 คน ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} ทางบวกในระดับต่ำ ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปิดรับข่าวสารในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} อยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ในระดับปานกลาง ด้านทัศนคติอยู่ในระดับดีและด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการสร้างสื่อเกี่ยวกับการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} และทำการประชาสัมพันธ์ไปยังช่องทางต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5}⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวิชัย สิทธิยศ ที่ศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการป้องกัน PM_{2.5} ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผ่าในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การทำความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูล PM_{2.5} ของเยาวชนมีความแตกต่างกันขึ้นกับตัวบุคคล และเยาวชนขาดการรับรู้ถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงขาดความตระหนัก ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองนั้นอยู่ในระดับที่ต่ำและได้เสนอให้มีการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพให้กับเยาวชนในพื้นที่สูง ในการป้องกัน PM_{2.5} โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และฝึกการปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป⁹

จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชน สามารถสรุปได้ว่าประชาชนยังมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ที่ต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มากยิ่งขึ้นกว่าในปัจจุบัน และต้องได้รับการฝึกปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ การสื่อสารความเสี่ยงไปยังประชาชนเพื่อเพิ่มความตระหนักถึงสถานการณ์ฝุ่น PM_{2.5} ต่อผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะเพื่อการสื่อสารความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันฝุ่น PM_{2.5}

มาตรการสำคัญของการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จะช่วยลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 (PM_{2.5}) ดังกล่าว คือ การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนรับรู้สถานการณ์ และป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดได้ทันทั่วทั้ง³ จึงควรมีมาตรการที่สำคัญดังนี้

1. ควรเพิ่มมาตรการสื่อสารความเสี่ยง โดยเน้นความรู้และทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ถูกต้อง ผ่านช่องทางที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มวัย³ รวมถึงพัฒนาสื่อสารด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงง่าย และเป็นข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ มีความทันสมัยเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

2. ศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างการรับรู้ การตัดสินใจ ในแต่ละกลุ่มวัย และในแต่ละพื้นที่เสี่ยงของประเทศไทย เพื่อนำไปพัฒนาการสร้างความรู้ด้านการป้องกันฝุ่น PM_{2.5} ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันความเสี่ยงจากฝุ่น PM_{2.5}

3. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชน ผ่านทางหน่วยงานในสังกัดโดยเฉพาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) ที่ได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความใกล้ชิดและเข้าถึงง่ายต่อประชาชนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มเฝ้าระวังฝุ่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). *เรียนรู้อยู่กับฝุ่น PM_{2.5}*. สืบค้นจาก <https://www.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/10/chula-pm25-booklet-1.pdf>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือฉบับประชาชน การเฝ้าระวัง PM_{2.5} อย่างไรให้ปลอดภัย*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. สืบค้นจาก

<https://hia.anamai.moph.go.th/th/research/download/?did=205839&id=100490&reload=>

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. สืบค้นจาก <https://hia.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=205869&id=77140&reload=>
5. สสส. (2564). แนวการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=233754>
6. กรมอนามัย. (2564). กรมอนามัย แนะนำ 10 วิธี รับมือฝุ่นจิ๋ว เตือนกลุ่มเสี่ยงป้องกัน ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/091264-2/>
7. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย. คำถามที่พบบ่อย. สืบค้นจาก <https://hia.anamai.moph.go.th/th/faq?page=3&perPage=10>
8. เปรมวดี คฤหเดช, สาหรี แดงทองดี, จันทนา แจงเจนเวทย์, นภพรพัชร มั่งถึก, และจิราพร รักการ. (2562). การรับรู้พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนที่มาออกกำลังกายในสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยสวนสุนันทา.
9. สรวิชญ์ สิทธิยศ, ปวิพัทธ์ วงศ์เรือง, และประจวบ แหลมหลัก. (2566). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกัน $PM_{2.5}$ ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเฝ้าในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1).

การดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยหลัก“ธรรมานามัย” (Health care according to Thai traditional medicine with the principles of “Dhammanamai”)

นภัสสร คำภีระ (Napatsorn Kampeera)¹

บทนำ

“การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม” เป็นมติร่วมกันจากการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2520 โดยที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลของทุกประเทศเป็นผู้รับผิดชอบและจัดหาวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 หรือ Health for all by the year 2000¹ และต่อมา ได้มีการประกาศกฎบัตรอตตาวา ในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ เมืองอตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 นับเป็นจุดเริ่มต้นของการประกาศเจตนารมณ์ ร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ให้สำเร็จภายในปี ค.ศ. 2000 สารสำคัญในประกาศ คือ “สุขภาพอนามัยที่ดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ชนทุกคน รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพตนเอง การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน” โดยประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพ (Charter for Health) กับองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 เพื่อยืนยันว่าประเทศไทยจะยึดถือสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ² โดยการส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริม การแพทย์แผนไทยจึงนับเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

¹ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กองการแพทย์ เทศบาลนครนนทบุรี นนทบุรี

ประวัติการแพทย์แผนไทย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นำมาใช้ในแง่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปความหมายและประวัติของการแพทย์แผนไทยไว้³ ดังนี้

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) คือ วิธีการดูแลสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบของอาหาร และยา ใช้ในการอบ การประคบ การนวด การแพทย์แผนไทยมีการวินิจฉัยโรคเป็นแบบความเชื่อแบบไทย มีองค์ความรู้เป็นทฤษฎี โดยพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสมกลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอนและการถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมายาวนานหลายพันปี นับเป็นภูมิปัญญาไทยที่มีความสำคัญ มีประวัติที่มาโดยสรุปได้ดังนี้

1. การแพทย์แผนไทยสมัยสุโขทัย

ภัยไข้เจ็บในสมัยสุโขทัยตามหลักฐานที่ปรากฏในไตรภูมิภูมิกถา ซึ่งเป็นพระราชนิพนธ์พระมหาธรรมราชาที่ 1 (ลิไท) ได้กล่าวถึงโรคที่นักกลัวในสมัยนั้นว่า “ฝูงคนกินเข้านั้น และจะรู้ว่าเป็นหิด แล เรื้อน เกลื้อน แลกลาก หูด และเปา เป็นอมเป็นเต้า เป็นง่อย เป็นเพลี้ย ตาพู หูหนวก เป็นกระจอกงอกเลื้อยเปื่อย เมื่อยเนื้อเมื่อยตน ท้องขึ้น ท้องพอง ต้องไส้ ปวดหัว มัวตา ไข้เจ็บ เหน็บเหนียว วิจารณ์นี้”⁸ การรักษาและตัวยา ไม่ปรากฏหลักฐาน แต่อันุมานได้น่าจะรักษาแบบแพทย์แผนไทยสมัยสุโขทัย คือการใช้สมุนไพร การนวดเพ้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาโดยใช้ไสยศาสตร์ พิธีกรรมต่างๆ ซึ่งปรากฏหลักฐานการค้นพบตุ๊กตาเสียบาลเป็นจำนวนมากที่สร้างขึ้นในการบนบานศาลกล่าวยามเจ็บไข้ได้ป่วย

2. การแพทย์แผนไทยสมัยอยุธยา

ตำนานกล่าวถึงสาเหตุการอพยพสร้างเมืองใหม่ของพระเจ้าอู่ทองว่า เมืองเดิมเกิดภัยพิบัติ แม่น้ำเปลี่ยนทางเดิน เกิดโรคห่าระบาด ทำให้เกิดการอพยพผู้คนออกจากเมืองเดิมเพื่อแสวงหาทำเลที่ตั้งเมืองใหม่ที่บริเวณหนองโสนเป็นสภาพที่ลุ่ม มีแม่น้ำ 3 สายไหลผ่านคือ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำป่าสัก และแม่น้ำลพบุรี และภายหลังสถาปนาเป็นเมืองหลวงชื่อพระนครกรุงศรีอยุธยา

สมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (อู่ทอง)(พ.ศ.1893-1912) ทรงสร้างกรุงศรีอยุธยาขึ้นเมื่อปี พ.ศ.1893 มีหลักฐานถึงการขุดศพเจ้านาย 2 พระองค์ที่เป็นโรคห่าในครั้งนั้นขึ้นมาเผาตาม

โบราณราชประเพณี เกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยอื่นๆไม่ปรากฏหลักฐานเลย ตั้งแต่ในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (อู่ทอง) จากปี พ.ศ.1893 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ.1997 รัชสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ (พ.ศ.1991-2031) หลังจากพระองค์ขึ้นครองราชย์สมบัติได้ 6 ปี พระราชพงศาวดารกรุงศรีอยุธยา กล่าวว่า “...ศักราช 817 (พ.ศ.1997) ครั้งนั้น คนทั้งปวงเกิดทรพิษตายมากนัก...” แม้ว่าผู้คนตายมากมายเพราะโรคไข้ทรพิษระบาด แต่มีการดูแลรักษาจนโรคร้ายหมดสิ้นไป โดยไม่มีการทิ้งเมืองให้ร้างเช่นแต่ก่อน แสดงให้เห็นถึงความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์สมัยอยุธยาในระดับหนึ่ง

3. อโรคยาศาลา

หลักฐานเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยการดูแลรักษาในสมัยก่อนพุทธศตวรรษที่ 18 ณ ดินแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจรดอีสานใต้ มีหลักฐานที่พอแสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยสมัยนั้นมีการจัดตั้งสถานที่ดูแลผู้ป่วย มีการทำงานแบ่งหน้าที่กันชัดเจนแล้ว เช่น มีผู้ทำหน้าที่หมอพยาบาล เภสัชกร มีการส่งคนส่งเคราะห์จัดโดยกษัตริย์ กษัตริย์กัมพูชา คือ พระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ได้สร้าง อโรคยาศาลาหลายหลัง แสดงให้เห็นถึงว่าคนไทยมีการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองมาถึงขั้นรวมตัวทำงานคล้ายโรงพยาบาลมาแล้ว พระเจ้าชัยวรมันที่ 7 (พ.ศ.1724-1761) มหาราชองค์สุดท้ายของอาณาจักรกัมพูชา นอกจากจะเป็นผู้สร้างเมืองพระนครและปราสาทอันยิ่งใหญ่ และสร้างโบราณสถานอื่นๆอีกมากมาย ยังได้สร้างสิ่งที่ในจารึกเรียกว่า “อโรคยาศาลา” จำนวน 102 แห่งอีกด้วย

4. พระมหากรุณาธิคุณ

เมื่อปี พ.ศ. 2494 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร (รัชกาลที่ 9) เสด็จพระราชดำเนินวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ในครั้งนั้น ได้ทรงปรารภว่า วัดพระเชตุพนฯเป็นแหล่งรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้วทำไมไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยในวิชาเวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวชกรรม และเภสัชกรรม เพื่อเป็นวิทยาทานให้แก่ผู้สนใจต้องการศึกษา ทำให้คณะกรรมการวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม พร้อมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ได้รับสนองพระราชปรารภและจัดทำหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนโบราณขึ้นในนาม “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย” และเปิดสอนเป็นแห่งแรกที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม โดยแบ่งออกเป็น 3 หลักสูตร คือ เวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย และหัตถเวชกรรมแผนไทย ทำให้บทบาทการแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนทั้งยังได้รับการฟื้นฟูอย่างจริงจังอีกครั้งหนึ่ง

และตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา การแพทย์แผนไทยได้มีการขยายตัวอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณยิ่งต่อการแพทย์แผนไทย

จากประวัติของการแพทย์แผนไทยที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น ผู้เขียนจึงได้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอองค์ความรู้และบทเรียนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการนำหลักธรรมมานำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบัน

หลักธรรมานามัย

ธรรมานามัย ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “ธรรมะ” หมายถึง ธรรมชาติ และ “อานามัย” หมายถึง การมีสุขภาพที่ดี เมื่อนำมารวมกัน จึงมีความหมายว่า การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยวิถีทางธรรมชาติ (Healthy by natural method) ซึ่งจะให้ความสำคัญแก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ช่วยให้มีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจสงบ ตระหนักรู้คิด สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ โดยเป็นแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ซึ่งเป็นหนึ่งบุคคลที่ช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทย

แนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยทางการแพทย์แผนไทยมองสุขภาพแบบองค์รวม มองชีวิตคนเป็นนามรูป โดยรวมกายและใจเป็นเอกพจน์ ซึ่งเกี่ยวเนื่องรวมกันเป็นหนึ่งไม่แยกออกจากกัน เพราะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้องอิงอาศัยกัน มี 3 ส่วน คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย⁴

ความหมายของสุขภาพในการแพทย์แผนไทย คือ สุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับธรรมชาติตามหลักพุทธธรรม ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น จิตที่ฝึกดีแล้วย่อมนำความสุขมาให้ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทย

เบื้องต้นให้มองโรคทั้งหมดเป็นชีวิต มองชีวิตว่าเป็นโรคที่ต้องเยียวยา แต่ว่า “โรค” นั้นเยียวยาได้ ซึ่งหมายถึง ร่างกายนี้เป็นรังของโรคแต่โรคนั้นแก้ไขได้ จุดหมายคือการแก้ไขความไม่สบายหรือโรคของชีวิตนั่นเอง



(ที่มา : แนวทางการพัฒนาจิตใจ LIFEStudies.net)⁵

1. กายานามัย

กายานามัย หรือ Healthy body เป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดิน เป็นต้น แต่ต้องเหมาะสมแก่วัยและสภาพร่างกายของบุคคล เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและมีการเสี่ยงอันตรายน้อยที่สุด นอกจากนั้นการรับประทานอาหารที่ดีและการพักผ่อนอย่างเพียงพอจัดอยู่ในการส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วย สำหรับแพทย์แผนไทยมีวิธีส่งเสริมสุขภาพโดยกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน ก้าวตา-ก้าวเต็น การนวดไทย และการรับประทานอาหารตามธาตุฯลฯ

กายานามัย เป็นหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันก่อนที่จะเจ็บป่วย โดยศาสตราจารย์นายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ในทางการแพทย์แผนไทยเรียกว่า “ปัจฉิมวัย” ตาม คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย ธาตุทั้ง 4 (ดิน น้ำ ลม ไฟ) จะเริ่มทำงานเสื่อมลง เมื่อธาตุทั้ง 4 ทำงานไม่สมดุลกัน จะก่อให้เกิดโรคขึ้นได้ เพราะฉะนั้นจึงต้องดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท คือ การดูแลร่างกายในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

หลักการบริโภคอาหารตามหลักกายานามัย คือ เน้นการบริโภคอาหารให้ถูกกับธาตุและโรค มีการปรับธาตุด้วยรสชาติดังกล่าวที่มีในตามธรรมชาติ เช่น การรับประทานอาหารรสร้อนในผู้ที่ มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ เป็นต้น

หลักการออกกำลังกายตามหลักกายานามัย เริ่มจากการปรับท่วงท่าหรืออิริยาบถของร่างกายในขณะที่หยุดนิ่งและเคลื่อนไหวให้เหมาะสม เพื่อบุคลิกภาพภายนอกที่ดีและไม่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา แล้วจึงออกกำลังกายโดยวิธีต่างๆ ให้เหมาะสมและสม่ำเสมอในแต่ละบุคคล เช่น ผู้ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมจะไม่เหมาะกับการออกกำลังกายที่มีการกระแทกหรือการนั่งยอง เป็นต้น

2. จิตตานามัย

จิตตานามัย หรือ Healthy mind เป็นการส่งเสริมสุขภาพทางใจด้วยการปฏิบัติสมาธิ และวิปัสสนาตามหลักพุทธธรรม หรือตามหลักศาสนาที่นับถืออยู่ เพื่อสร้างพื้นฐานจิตให้มั่นคง ไม่กวัดแกว่งไปตามกิเลส ไม่เครียด กล่าวง่ายๆ คือ การพูดดี คิดดี ทำดี ตระหนักรู้และมีสติในทุกการกระทำ การปฏิบัติเพื่อฝึกจิตให้มั่นคง สามารถทำได้หลายวิธีไม่ว่าจะเป็น การเดินจงกรม การนั่งสมาธิตามหลักศาสนาพุทธ การนั่งสมาธิแบบคริสต์ตามแบบ WCCM (World community for Christian Meditation) ตามหลักศาสนาคริสต์ การละหมาดตามหลักศาสนาอิสลาม เป็นต้น

สำหรับทางการแพทย์แผนไทย “ธาตุเจ้าเรือน” มีส่วนในการกำหนดคุณลักษณะและอารมณ์ไม่มากนักน้อย เช่น คนที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือน มักจะเป็นคนรุ่มร้อน ใจร้อน กล้าหาญ หรือคนที่มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน มักจะเป็นคนใจโลเล โกรธง่ายหายเร็ว เป็นต้น หากเราเข้าใจรู้จักจิตใจตัวเองดี จะทำให้เราสามารถควบคุมความคิดและความรู้สึกขณะรับกระทบอารมณ์ได้ดีด้วย และเมื่อควบคุมอารมณ์และความคิดได้ดีก็จะสามารถควบคุมพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เหมาะสม (กายานามัย) รวมถึงการควบคุมพฤติกรรมการดำรงชีวิตอื่นๆ (ชีวิตานามัย) ได้ดีเช่นกัน

3. ชีวิตานามัย

ชีวิตานามัย หรือ Healthy behavior เป็นการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักอนามัย มีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัว ควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเสียคุณภาพของชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีประโยชน์ การจัดที่พักอาศัยให้สะอาด การละเว้นสิ่งเสพติดทั้งหลาย การดำเนินชีวิตอย่างใกล้ชิดกับธรรมชาติให้มาก หลีกเลี่ยงมลภาวะ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตตามหลักชีวิตานามัย เป็นต้น

การดำเนินชีวิตอย่างใกล้ชิดกับธรรมชาติ เป็นการปรับธาตุ 4 ภายนอก ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น การปลูกต้นไม้ ไม้ดอก ไม้ผล หรือผักที่รับประทานได้ เพื่อนำมาประกอบ

อาหาร หรือควรปลูกต้นไม้เพื่อสร้างบรรยากาศ ความชุ่มชื้น ร่มเย็น รวมถึงการดูแลความสะอาด
ของบ้านเรือน และเครื่องแต่งกายที่สะอาดด้วย



(ที่มา : คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์บูรณาการ
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล)⁴

การดูแลสุขภาพในช่วงสถานการณ์โรคระบาดด้วยหลักธรรมานามัย

ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยในที่
นี้จะกล่าวถึงการผสมผสานศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับหลักธรรมานามัยในการดูแลสุขภาพ
ช่วงโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ที่ผ่านมาและสามารถนำไปประยุกต์ปรับใช้ในการดูแล
สุขภาพในช่วงสถานการณ์โรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้

“หลักธรรมานามัย” ตามที่ได้กล่าวไป คือ การมีสุขภาพดีด้วยวิถีธรรมชาติ โดยหลักธรรมานามัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย สำหรับการใช้ชีวิตในช่วงโรค COVID – 19 ที่ผ่านมานั้น ส่งผลให้หลายๆคนน่าจะเริ่มมีอาการปวดเมื่อย เนื่องจากบางคนอาจมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน มีการ work from home หรือทำงานที่บ้านแล้วไม่ได้ขยับเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไม่ได้ไปออกกำลังกายตามสถานที่ออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการนวดรักษาเพื่อเป็นการคลายกล้ามเนื้อ ดังนั้นวิธีการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายๆ ที่บ้าน ได้แก่ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การทำท่าบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง (ก้าวตา-ก้าวเดิน) ก้าวม้า ก้าวสูง โดยเลือกให้เหมาะสมกับสมรรถภาพร่างกายตนเองในขณะนั้น ๆ

นอกจากนี้การดูแลสุขภาพจิตให้สมบูรณ์ ให้เกิดความสุข สงบ โดยจิตที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 3 ภาวะ คือ

- 1) คุณภาพ คือ การมีคุณธรรม เอื้อเฟื้อ เมตตากรุณา ซื่อสัตย์
 - 2) สมรรถภาพ คือ ความเข้มแข็งมั่นคง มีสติและสมาธิ ตัวอย่างที่ชัดเจน คือการรับข่าวสารอย่างมีสติ
 - 3) สุขภาพ คือ ความสุข ปิติอิ่มเอมใจ เช่น การคิดบวก ไม่เครียด หรือวิตกกังวลเกินไป
- ดังนั้นเราทุกคนควรหากิจกรรมผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่สร้างเสริมสติ สมาธิตามวิถีการที่เหมาะสมกับ lifestyle ของตน เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้

อย่างสุดท้าย คือ การดำรงชีวิตประจำวันที่ดี ด้วยการดูแลสุขภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท ในช่วง COVID – 19 หรือสถานการณ์ของโรคระบาด เราไม่ควรออกไปสังสรรค์ หรืออยู่ในแหล่งชุมชนที่มีคนหนาแน่น หากมีความจำเป็นต้องออกไปข้างนอก ควรเว้นระยะห่างจากบุคคลรอบข้างประมาณ 2 เมตร สวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลางหรือช้อนส่วนตัว หมั่นล้างมือบ่อยๆด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์

นอกจากปฏิบัติตามหลักธรรมานามัยเพื่อให้มีสุขภาพดีแล้ว ศาสตร์การแพทย์แผนไทยยังมีวิธีดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ด้วย เมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ สามารถใช้กลุ่มยาที่ช่วยบรรเทาอาการไข้ เช่น ยาแก้ไข้หำราก หรือหากมีอาการเจ็บคอ สามารถบรรเทาได้ด้วยยาฟ้าทะลายโจร ยาขิงตรีผลา นอกจากนี้การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมระหว่างมีไข้ ได้แก่ ควรหลีกเลี่ยงการนวด ประคบ การอบไอน้ำ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้อาการไข้เป็น

มากขึ้น ในช่วงหายใจ (พื้นไข้) สามารถดูแลตนเองด้วยการเลือกรับประทานผัก ผลไม้รสขม หรือ รสเปรี้ยว เช่น มะระขี้นก มะขามป้อม รวมถึงการดื่มน้ำและการพักผ่อนให้เพียงพอ⁶

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช
 Siriraj Applied Thai Traditional Medicine

การดูแลสุขภาพช่วง COVID - 19
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

	การป้องกันตนเอง (Prevention)	การรับารรักษา (Supportive treatment)	การฟื้นฟู และสร้างเสริมสุขภาพ (Rehabilitation & Health Promotion)
กายภาพ	ดูแลร่างกายให้แข็งแรง โดยแนะนำให้เลือก วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่ากายบริหาร ทุยัดตน ก้าวตา - ก้าวตื้น ก้าวตา - ก้าวสูง		
จิตตภาพ	จิตที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย ๓ ประการ ๑. คุณภาพ มีคุณธรรม เชื่อฟัง เมตตา กรุณา และซื่อสัตย์ การดูแลสุขภาพจิตให้สมบูรณ์ มีความสุข สงบ ๒. สมรรถภาพ เข้มแข็งมั่นคง มุ่งมั่น เพียรพยายาม มีสติและสมาธิ ๓. สุขภาพ มีความสุข ปราศจาก โรคภัยไข้เจ็บ มีความคิด เชิงบวก ไม่เครียด หรือ วิตกกังวลเกินไป		
ชีวิตภาพ	อยู่บ้าน เว้นระยะห่าง ทางสังคม ใส่หน้ากาก อนามัย อาหารปรุงใหม่ ใช้ช้อนส่วนตัว ล้างมือบ่อย ๆ การรักษาด้วย ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เมื่อมี อาการไข้ ไอ เจ็บคอ ยาสมุนไพร ยาประคบ ยาประคบ ยาประคบ บรรเทาอาการ เจ็บคอ ยาสมุนไพร ช่วงฟื้นฟู รับประทานผัก/ผลไม้ รสขม, เปรี้ยว ดื่มน้ำมากๆ พักผ่อน ให้เพียงพอ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ		

ช่องทางการให้บริการแพทย์แผนไทย COVID - 19
 คลินิกอายุรเวช แพทย์แผนไทยประยุกต์
 ชั้น ๙ อาคารเรียนตึกวิทยุ
 ปรับรูปแบบการให้บริการเป็น **Telemedicine**
 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ - อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๘.๐๐ น.
 โดยท่านสามารถโทรปรึกษาอาการกับแพทย์แผนไทยประยุกต์
 ได้ที่ ๐ ๒๕๖๔ ๑๑๐๐ ถึง ๑ จนกว่าสถานการณ์จะมีการเปลี่ยนแปลง

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช
Siriraj Applied Thai Traditional Medicine

Thaimed.Siriraj

Thaimed.Siriraj

๒๕๖๓.๐๕

(ที่มา : การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช)⁶

บทสรุปสังท้าย

การแพทย์แผนไทย ถือได้ว่าเป็นภูมิปัญญาและเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของประเทศไทย สืบทอดกันมาตั้งแต่โบราณควบคู่มาทั้งสังคมไทยหลายสมัย เป็นองค์ความรู้ ความสามารถ และ ทักษะของคนไทยอันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านการเรียนรู้ พัฒนาและถ่ายทอดสืบทอด กันมาในวิถีชีวิตของคนไทยอย่างสมดุลจนถึงยุคสมัยปัจจุบัน การนำหลักธรรมนามัยตามศาสตร์ การแพทย์แผนไทยมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพ ถือเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการบูร ณาการร่วมกับการดำเนินชีวิตว่าด้วยหลักธรรมชาติของกายและจิตตามการปฏิบัติตนของแต่ละ บุคคล โดยองค์ประกอบของหลักธรรมนามัยทั้ง 3 ประการนั้น ย่อมมีผลต่อกันไม่ว่าทางใดทาง

หนึ่ง หากผู้ที่ปฏิบัติมีการปฏิบัติดีก็จะส่งผลให้สุขภาพกาย ใจ และสิ่งแวดล้อมดีไปด้วย หากปฏิบัติชั่วก็จะส่งผลไปในทางด้านตรงข้ามเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) (พ.ศ. 2559-2560) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2.pdf>
2. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023; 2013
3. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ประวัติการแพทย์แผนไทย. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/2017-04-10-01-45-31/33-2017-05-01-07-31-28>
4. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การดำรงชีวิตด้วยหลักธรรมานามัย. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/health-nature/>
5. LIFEStudies.net. แนวทางการพัฒนาจิตใจ. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.lifestudies.net/Article_202_12_20.html
6. การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช. การดูแลสุขภาพช่วง COVID – 19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.facebook.com/SirirajAppliedThaiTraditionalMedicine/photos/a.498230046909240/3112405322158353/?type=3>

สังคมผู้สูงอายุ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

(Ageing society and health promotion)

ศ.ดร.ฉัตรสุมน พฤตปิฎก (Prof.Dr.Chardsumon Prutipipok)

บทนำ

ทุกประเทศในโลกกำลังเผชิญกับการเติบโตทั้งขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุในประชากร ภายในปี 2030 จำนวนประชากรโลก หนึ่งในหก จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเวลานี้ส่วนแบ่งของ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นสองเท่า (2.1 พันล้านคน) คาดว่าจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นสามเท่าระหว่างปี 2563 ถึง 2593 เป็น 426 ล้านคน แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงในการกระจายตัวของประชากรในประเทศไปสู่กลุ่มวัยสูงอายุหรือที่เรียกว่าการสูงวัยของประชากรนั้น เริ่มต้นในประเทศที่มีรายได้สูง (เช่น ในญี่ปุ่น 30% ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปีแล้ว) แต่ ปัจจุบันกลับกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประเทศรายได้ต่ำที่กำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่สุด ภายในปี 2593 สองในสามของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2022)

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยสมบูรณ์นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรวัย ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กว่า 20% ของประชากรในประเทศ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ (สศช.) พบว่า ในปี 2583 ในการประมาณผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลสำมะโน ประชากรและเคหะ พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐาน ประเทศไทยจะมีสูงถึง 20.5 ล้าน คน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด (Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2563)

ลักษณะอาการทั่วไปในวัยสูงอายุที่เหมือนกันของผู้สูงอายุ คือ ได้แก่ สูญเสียการได้ยิน ต้อ กระจก และความผิดปกติของการหักเหของแสง อาการปวดหลังและคอ และโรคข้อเข่าเสื่อม โรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน อาการซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม เมื่อคนเราอายุมากขึ้น พวกเขามีแนวโน้ม ที่จะประสบกับสภาวะหลายอย่างในเวลาเดียวกัน อายุที่มากขึ้นยังมีลักษณะพิเศษคือภาวะสุขภาพที่ ซับซ้อนหลายอย่างที่เรียกกันทั่วไปว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุ มักเป็นผลมาจากปัจจัยพื้นฐานหลาย ประการ เช่น ความอ่อนแอ กล้ามเนื้อสลายตัว การหกล้ม อาการแพ้ และแผลกดทับ เป็นต้น (World Health Organization, 2022)

แม้ว่าการมีชีวิตยืนยาวจะหมายถึงสัญญาณของการมีสุขภาพที่ดี แต่อายุที่เพิ่มขึ้นก็ทำให้เกิดความกังวลต่อรูปลักษณะภายนอกที่เปลี่ยนไป ความกลัวที่จะสูญเสียความสามารถในการดูแลตัวเอง หรือกลัวต้องเจ็บป่วยรุนแรงเมื่อเข้าสู่วัย สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพียง 35.18 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 ที่มีประชากรวัยแรงงานจำนวน 42.74 ล้านคน หรือลดลง 7.6 ล้านคน และคาดว่าในปีพ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28 จะเห็นว่าความเร็วของการเปลี่ยนจากสังคมสูงวัย (Aged Society) เข้าสู่ สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ของประเทศไทยจะใช้เวลาด้านสั้นกว่ามาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและมีความต้องการ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชน แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย-จิตแข็งแรงดี ก็จะสามารถช่วยเหลือสังคมได้อย่างมีคุณค่า ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยใช้คำว่า “Active Ageing” หรือผู้สูงอายุที่มีพลัง โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่

- 1) มีสุขภาพที่ดี (Healthy)
- 2) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security)
- 3) มีส่วนร่วม (Participation)

WHO ได้กำหนดลำดับความสำคัญหลัก เช่น การสนับสนุนการวางแผนและการดำเนินการของประเทศ การรวบรวมข้อมูลระดับโลกที่ดีขึ้น และการส่งเสริมการวิจัยเกี่ยวกับการสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี การจัดระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ การวางรากฐาน และการรับรองทรัพยากรมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลแบบบูรณาการในระยะยาว ดำเนินการณรงค์ระดับโลกเพื่อต่อสู้กับการเหยียดวัย และเสริมสร้างเครือข่ายระดับโลกสำหรับเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรต่อวัย มีรายงานหลายฉบับเกี่ยวกับการริเริ่มด้านสุขภาพเชิงป้องกันและสุขภาพสังคมในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Maturitas, 2020)

ความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุและการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี

WHO นิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีว่าเป็น “กระบวนการในการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำงานที่ช่วยให้มีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ” ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่คือ

การมีความสามารถที่ช่วยให้ทุกคนสามารถเป็นและทำในสิ่งที่พวกเขามีเหตุผลที่เห็นคุณค่า ซึ่งรวมถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้าน:

- 1) การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน
- 2) การเรียนรู้ เติบโต และตัดสินใจ
- 3) ความสามารถเคลื่อนไหวได้
- 4) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ และ
- 5) การมีส่วนร่วมช่วยเหลือสังคม

ความสามารถในการปฏิบัติงานประกอบด้วยความสามารถภายในของแต่ละบุคคล คุณลักษณะด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ความสามารถภายในประกอบด้วยความสามารถทางจิตและกายทั้งหมดที่บุคคลสามารถดึงมาใช้ได้ และรวมถึงความสามารถในการเดิน คิด มองเห็น ได้ยิน และจดจำ ระดับความสามารถที่แท้จริงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ เช่น การมีอยู่ของโรค การบาดเจ็บ และการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุ (World Health Organization, 2020)

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO's Active Ageing framework) Active Ageing เป็นกระบวนการ ที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและได้รับความปลอดภัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการวางแผนนโยบาย บริหารจัดการการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างเมืองของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงคือ

- 1) ความหลากหลายของความสามารถและการเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ
- 2) ความยืดหยุ่นในการตอบสนองและคาดการณ์ความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุ
- 3) ความสำคัญของการตัดสินใจและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4) การคุ้มครองป้องกันกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ
- 5) การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ ในสังคม

สภาพแวดล้อมรวมถึงบ้าน ชุมชน และสังคมในวงกว้าง และปัจจัยทั้งหมดภายในสิ่งเหล่านั้น เช่น สภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้น ผู้คนและความสัมพันธ์ ทศนคติและค่านิยม นโยบายด้านสุขภาพและสังคม ระบบที่สนับสนุนและบริการที่พวกเขานำไปใช้ ความสามารถในการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนและรักษาความสามารถที่แท้จริงและความสามารถในการทำงานเป็นกุญแจสำคัญในการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี

ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ แต่บริบทของชุมชนก็มีผลต่อการดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแลด้วย กล่าวคือ ชุมชนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกชุมชนน้อย และมีเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง ย่อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ โดยลูกหลานในครัวเรือน การมีประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็งก็ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ เอื้อต่อการรวมกลุ่มและดำรงสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน แต่มลักษณะดังกล่าวนี้ พบเห็นได้ในพื้นที่จำกัด การมีผู้นำชุมชนทั้งภาคทางการและไม่ทางการ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานด้านสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาของ สำหรับการดูแลสุขภาวะที่มีการจัดการในชุมชนมีอยู่ทุกพื้นที่ เพียงแต่มีความครอบคลุมและเข้มข้นในการดำเนินการต่างกัน กิจกรรมดูแลด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วย (1) การส่งเสริมอาชีพ (2) การบริการสังคม สงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในลักษณะของการบริจาคสิ่งของ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ช่อมแซมบ้านพักที่ทรุดโทรมของคนยากจน เกือบทุกพื้นที่ที่มีการเพิ่มจำนวนคนได้รับเบี้ยยังชีพ และบางแห่งมีการเพิ่มวงเงิน มีเพียงหนึ่งพื้นที่ที่จัดให้ตามจำนวนที่ได้รับจากส่วนกลาง ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถด้านการเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และศักยภาพด้านข้อมูล สำหรับพื้นที่ที่ อปท. มีศักยภาพด้านการเงินดี การเกื้อหนุนผู้สูงอายุจะสูง (3) การจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชน ในรูปแบบกองทุนสวัสดิการ หรือ อปท. อุดหนุนเงินให้กรณีต้องไปเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาตัวนอกจังหวัด (4) การเยี่ยมผู้สูงอายุ (5) การจัดกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม (6) การจัดกิจกรรมสันทนาการ และ (7) กองทุนฌาปนกิจศพ เป็นต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2552)

ปัจจุบันสถานพยาบาลในชุมชนและ อปท. มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบกับมีรายได้ทั้งจากงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและรายได้จากการจัดเก็บในชุมชน โดยบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและผู้มีโรคเรื้อรังค่อนข้างครอบคลุมในประเภทกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่อาจยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ แต่บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร นอกจากนั้นการจัดบริการมีลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการของบริการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาวะผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มนี้ให้มีความครอบคลุมและเชื่อมโยงแลบูรณาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2553)

แหล่งเงินสำหรับจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันมาจากหลายแหล่ง แนวนโยบายรัฐทั้งในเรื่องการกระจายอำนาจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีทรัพยากรลงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาอุปสรรคด้านนี้จึงลดลง ศักยภาพของ อปท. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการระดม ส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นหุ้นส่วนและบริหารจัดการโครงการ เพื่อให้บริการที่จัดตอบสนองต่อความ คาดหวังของคนในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งต่อไป

สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพฤฒิพลัง (Active Ageing) เริ่มจากผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความ เจ็บป่วยที่มีตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มใน สังคมโดยอาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุเหล่านี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) หลาย คนอาจจะเคยได้ยินคำว่า “Aging Gracefully” หรือ “Pro Aging Movement” ผ่านหุมาบ้าง ซึ่งเป็น กระแสที่เกี่ยวข้องกับความสวยความงาม สื่อความหมายถึงคนที่แม้จะดูมีอายุแต่ก็ยังดูดี ดูแข็งแรง งดงามตามวัย หรือมีสัญญาณแห่งวัยปรากฏให้เห็นแต่ก็ยังมีความสุขกับการใช้ชีวิต โดยมีบุคคลที่มี ชื่อเสียง เช่น ดารานักแสดงหลายคนที่ประกาศตัวว่าพึงพอใจกับรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนไปตามวัย และยืนยันที่จะไม่ทำศัลยกรรมหรือปกปิดริ้วรอยแห่งวัยเพื่อให้ตัวเองดูหนุ่มสาวลง “Aging Gracefully” สามารถมองได้ในหลายมิติ ทั้งการให้คุณค่ากับเรื่องรูปลักษณ์ภายนอก รวมทั้งการใช้ ชีวิตอย่างดีที่สุด มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วยการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม ด้วย (ชาติสยาม หม่อมแก้ว, 2566)

ในต่างประเทศ มีการพัฒนาการดูแลระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นระบบ ในหลายรูปแบบตั้งแต่บริการในสถาบัน (Institutional care) เช่น สถานะบริบาล (Nursing home) สถานดูแลระยะสุดท้าย (End of life care) จนถึงบริการแบบชุมชน (Community care) ที่มีตั้งแต่ ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (Day care) บริการพยาบาลชุมชน (Community nursing) บริการดูแลที่บ้าน (Home care) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (Home help) สถานดูแลชั่วคราว (Respite care) ทั้งนี้ บทเรียนสำคัญที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนสำหรับผู้ สูงอายุในประเทศต่างๆ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) ชี้ให้เห็นถึงประเด็นร่วมกันในเรื่อง (1) การขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลชุมชนในคุณค่าที่แท้จริง ที่มีข้อดีมากกว่าเป็นแค่เพียงการ ช่วยลดการเข้าสู่บริการแบบสถาบันเท่านั้น (2) การขาดการบูรณาการของบริการ และ (3) ความไม่ เพียงพอของทรัพยากร สำหรับประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของ ครอบครัว บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวนโยบายที่เป็น

รูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาวะของผู้สูงอายุ เริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาวกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน โดยให้ความสำคัญกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลายครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ การรวมกลุ่มและการนันทนาการ การจัดที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนั้น รัฐยังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษีรายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา

การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

สิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุก็คือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบ้านปลายอย่างมีความสุข และปลอดภัยจากสภาพอันตรายที่อาจเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บทุพพลภาพและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การหกล้ม ตกเตียง ตกบันได น้ำร้อนลวก ซึ่งอุบัติเหตุเหล่านี้เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย วางสิ่งของกีดขวางทางเดิน ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเรือน ควรคำนึงพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงทางกายภาพด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุเป็นหลัก เช่น

- ด้านการมองเห็น ผู้สูงอายุสายตาจะเสื่อมสมรรถภาพ ในการปรับระยะภาพ ทำให้สายตาวายสายตาฝ้าฟาง การดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ ต้องช่วยในการมองเห็น

- ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุอาจสูญเสียการได้ยิน เช่น หูตึง หรือได้ยินไม่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ กำจัดเสียงรบกวนต่างๆ ให้ลดลงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

- ด้านการทรงตัว ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อจะเสื่อมสมรรถภาพ กระดูกและข้อต่อต่างๆ จะเปราะและหักง่าย

- ด้านการทรงตัว ไม่ดีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมคือ ที่พักควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง เตียงนอนควรเตี้ยพื้นห้องนอน พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่นให้ลื่น ห้องน้ำมีราวข้างฝา สำหรับเกาะ เครื่องใช้ต่างๆ จัดเก็บ ให้เป็นที่เพื่อไม่ให้สะดุด หกล้ม เป็นต้น

- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

สำหรับผู้สูงอายุ เพราะถ้าสภาพแวดล้อมเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดแต่ละคน ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุก็จะลดปัญหาต่างๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจใน

การเคลื่อนไหว ลดความพิการอันเป็นผลจากการขาดการเคลื่อนไหวหรืออุบัติเหตุและลดภาระของผู้ดูแลอีกด้วย

การปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุควรปรับปรุงตามบริบทและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ควรเริ่มตั้งแต่ที่บ้านซึ่งถือว่าเป็นศูนย์รวมที่สำคัญของทุกคนในครอบครัวและผู้สูงอายุใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ทั้งนี้การปรับปรุงบ้านนั้นไม่จำเป็นต้องทำการปรับเปลี่ยนทั้งหมด เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะใช้พื้นที่ซ้ำๆ เช่น ห้องนอน ห้องครัว ภายนอกบ้าน เป็นต้น

ดังนั้นอาจปรับเปลี่ยนเฉพาะพื้นที่บริเวณดังกล่าวให้ง่ายและสะดวกต่อผู้สูงอายุ ที่สำคัญควรปรับปรุงพื้นที่ที่มักเกิดอุบัติเหตุลื่นหกล้มของผู้สูงอายุเป็นประจำ คือ ห้องน้ำและบันได การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไม่เพียงจะแสดงถึงความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุในบ้านแล้ว ยังสามารถนำแนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยไปปรับปรุงในพื้นที่สาธารณะซึ่งมีผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์เป็นจำนวนมาก อาทิ วัด สวนสาธารณะ อาคารเอนกประสงค์ ศูนย์การเรียนรู้ ตลาด สถานีราชการ ฯลฯ

หลักการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และบริเวณรอบบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวก และปลอดภัย มีดังนี้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563)

1. เนื่องจากผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของสายตา ทำให้ต้องการแสงสว่างเพิ่มขึ้น ภายในบ้านจึงควรมีแสงสว่างที่เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณบันได ห้องน้ำ ประตู และทางเดิน แต่ไม่ควรเป็นแสงที่จ้าเกินไปหรือแสงที่ทำให้เกิดเงาสะทอน ควรหลีกเลี่ยงวัตถุที่มีความมันวาว เพราะจะทำให้ตาพร่ามัว และควรมีสวิตช์ ปิด - เปิดไฟ อยู่ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถเปิดได้สะดวก

2. พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบและไม่ควรเป็นพื้นขัดมัน เพราะจะส่งผลให้ผู้สูงอายุลื่นหกล้มได้ง่ายและบริเวณรอบบ้านต้องเรียบไม่มีพื้นผิวขรุขระเนื่องจากผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีอาจจะสะดุดหกล้มได้

3. ห้องน้ำ ควรเป็นพื้นที่เรียบเสมอกัน ไม่มันเงา ส้วมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุควรเป็นโถส้วมชนิดนั่งราบ และควรมีราวจับบริเวณใกล้เคียงไว้สำหรับพยุงตัวเวลาลุกนั่ง ภายในห้องน้ำควรมีอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวก นอกจากนี้อาจมีสัญญาณฉุกเฉินสำหรับเรียกขอความช่วยเหลือ

4. บันไดทั้งสองด้านควรติดตั้งราวจับเพื่อให้สะดวกในการเดินขึ้นลง บันไดในแต่ละขั้นควรมีขนาดความสูงเสมอกัน และไม่ชันมากจนเกินไป ควรเลือกพื้นบันไดที่สีไม่ฉูดฉาดดูคล้ายตา เพื่อช่วยให้อ่านเห็นได้ง่าย บริเวณบันไดไม่ควรมีพรมปู เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุลื่นได้ ควรมีแสงสว่างเพียงพอตลอดแนวบันไดและไม่ควรวาง หรือมีสิ่งของกีดขวางทางเดิน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ จะมีการ

เปลี่ยนแปลงลักษณะท่าทางโดยท่าเดินของผู้สูงอายุจะก้าวสั้นๆและช้า เท้ากางออกจากกัน หลังงอตัวเอนไปข้างหน้า แขนกางออกและแกว่งน้อย ขณะหมุนตัว ลำตัวจะแข็ง มีการบิดของเอวน้อย จึงควรเพิ่มความกว้างของช่องทางเดิน และขยายความกว้างของขั้น บันได

5. ห้องนอน ควรจัดให้อยู่ในพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเท ได้สะดวก ไม่ร้อนอบอ้าวจนเกินไป รวมทั้งมีแสงสว่างเพียงพอ ข้างเตียงควรมีราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้มจากเตียงโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้าที่สำคัญควรจัดห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุต้องขึ้นลงบันได

6. มุมพักผ่อน หากบริเวณบ้านพอมีพื้นที่ว่าง

ควรจัดให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มุมสวนเล็กๆ มีศาลา สนามหญ้า หรือเฉลียงหน้าบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกภายในครอบครัว เดินออกกำลังกาย รดน้ำต้นไม้ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือนั่งเล่น

7. การเลือกใช้สีในการตกแต่งบ้าน เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา เนื่องจากผู้สูงอายุมีการมองเห็นและสามารถแยกความแตกต่างของสีที่คล้ายกันได้ลดลง เช่น แยกสีฟ้า ม่วง เขียว ไม่ออก ดังนั้นการเลือกใช้สีที่สดใสจะช่วยให้มองเห็น และช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นการใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถกะระยะการเดินและการก้าวเท้าได้ดีขึ้น

บทสรุป

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท โรคจอประสาทตา เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ดังนั้น จุดประสงค์หลักของ การดูแลผู้สูงอายุ ก็คือการทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีอิสระ และมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัวอยู่ก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง), เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf. วันที่ 6 มกราคม 2563)
2. ชาดิสยาม หม่อมแก้ว. Aging Gracefully นักจิตวิทยาจุฬาฯ แนะนำ Mindset เผชิญความชราอย่างสง่างาม ก้าวสู่วัยชราอย่างไรให้สง่างาม. 24 เมษายน 2566
<https://www.chula.ac.th/highlight/113931/>
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2552) รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว หน้า 29
4. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563) คู่มือแนวทาง การส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan)
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/download/?did=204975&id=73943&reload=>
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, (2558) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. 30 พฤศจิกายน 2559
https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2-3/
6. Maturitas, (2020) The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Sep; 139: 6–11. Published online 2020 May 26. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018
7. World Health Organization, (2020) Healthy ageing and functional ability and What is healthy ageing?: Q&A 26 October 2020. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

8. World Health Organization, (2022) Ageing and health. 1 October 2022
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>)

การดูแลสุขภาพช่องปาก

(Oral Health Care)

ณัฐพงศ์ การดำรง (Nattapong Kandumri)¹

1. เกริ่นนำ

การดูแลสุขภาพช่องปากนั้น เปรียบเสมือนวิธีการทำความสะอาด ช่องทางที่เป็นส่วนในการลำเลียงอาหารที่รับประทานเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งช่องปากนั้นมีอวัยวะส่วนหนึ่งที่ใช้ในการบดเคี้ยวอาหารนั่นก็คือ ฟัน เป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย มีหน้าที่หลักในการบดเคี้ยวอาหารที่คนเรานั้นรับประทานเข้าไป และยังช่วยในการออกเสียง หรือเพื่อความสวยงาม เป็นต้นแรกๆที่อาหารนั้น จะผ่านเข้าสู่ร่างกาย ถ้าฟันถูกทำลายย่อมจะทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะอื่นๆ ในร่างกายด้วย ดังนั้นคนเราจึงควรระมัดระวัง และดูแลรักษาฟันทุกซี่ รวมไปถึงจนถึงบริเวณช่องปากทั้งหมด ซึ่งการไปดูแลสุขภาพช่องปาก อาจจะนำมาสู่โรคต่างๆ

โรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้สุขภาพช่องปากนั้นแย่ลง ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ(เหงือกอักเสบ) เป็นต้น อันมีสาเหตุมาจากการไม่ดูแลสุขภาพช่องปาก มีการสะสมจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคราบแป้ง สีเหลืองเกาะติดผิวฟัน โดยแผ่นคราบจุลินทรีย์นี้เกิดขึ้นได้ทุกวันและไม่สามารถบ้วนน้ำให้หลุดออกได้ ซึ่งการสะสมเป็นจำนวนมากและไม่ได้รับการดูแลทำความสะอาด ก็จะทำให้เกิดโรคในช่องปากตามมา

ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีขึ้นเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะช่วยทำให้สภาวะช่องปากนั้นสะอาด ไม่มีคราบสกปรก ไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค ซึ่งการทำความสะอาดนั้นมีหลากหลายวิธี และควรดูแลอย่างต่อเนื่อง ถูกวิธี และสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดี และการปราศจากโรคที่ไม่พึงประสงค์ในช่องปาก

2. สุขภาพช่องปาก คืออะไร

สุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะของฟัน เหงือก และเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆ ภายในช่องปากที่มีความแข็งแรง สะอาด ปราศจากโรคต่างๆ เช่น ฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ^[3]

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขอม อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสาคร

สุขภาพช่องปาก หมายถึง การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ช่วยให้การดำเนินชีวิตดีขึ้น เช่น การพูด การสัมผัส การบดเคี้ยวเคี้ยว และการกลืนอาหาร ให้สามารถรับประทานอาหารอร่อยขึ้นและได้รับคุณค่าทางโภชนาการได้ครบถ้วน และช่วยให้สามารถแสดงความรู้สึกผ่านการแสดงออกของใบหน้า เช่น การยิ้ม ได้ หากมีการปกป้องสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟัน ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเก็บรักษาฟันไว้ได้ตลอดชีวิต [6]

สภาวะสุขภาพช่องปาก หมายถึง ลักษณะทางช่องปากที่ปกติและผิดปกติ ซึ่งผิดปกติคือการมีอาการที่ผิดปกติ การเกิดโรครภายในช่องปาก [3]

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า “สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม และไม่ใช่เฉพาะการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น” สุขภาพช่องปาก จะหมายถึง “การมีสภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ซึ่งประกอบไปด้วย มีฟันครบ 32 ซี่ ที่ไม่ผุ เรียงตรงตามแนวและไม่มี ความผิดปกติหรือรอยโรคใด ๆ ของเนื้อเยื่อปริทันต์และเนื้อเยื่อช่องปากซึ่งทำให้เกิดความปกติ สุขทาง กายภาพ จิตใจ และสังคม” [1]

3. ช่องปากและโรคในช่องปาก

ช่องปาก (oral cavity) คือ ส่วนที่อยู่ถัดจากริมฝีปากเข้าไปจนถึงลิ้นไก่ ช่องปากเป็นพื้นที่ส่วนแรกสุดที่รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย และเป็นจุดเริ่มต้นของระบบย่อยอาหารในร่างกายมนุษย์ โดยมีฟันเป็นอวัยวะสำคัญและแข็งแรงที่สุด ทำหน้าที่ตัด ขบ และบดเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ หลังจากนั้นอาหารจะถูกส่งต่อไปยังส่วนต่างๆ ในกระบวนการย่อยอาหารที่สมบูรณ์ต่อไป ดังนั้นการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของตนเองให้ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรปฏิบัติ ซึ่งสุขภาพช่องปากประกอบไปด้วย

1) “ฟัน” ซึ่งจัดเป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกาย โดยมีความแข็งแรงมากกว่ากระดูกเป็นอวัยวะเดียวที่ไม่มีการเติบโต เพิ่มขนาด หรือเปลี่ยนรูปร่าง หลังจากขึ้นมาในช่องปากแล้ว แต่ฟันนั้นยังเป็นอวัยวะที่รับความรู้สึก และรับการตอบสนองได้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างเช่นการสึกกร่อนหรือถูกทำลายของตัวฟัน เนื้อฟัน โดยธรรมชาติมนุษย์นั้นมีฟันอยู่ 2 ชุด ชุดแรก คือฟันน้ำนม มี 20 ซี่ ฟันชุดที่สอง เรียกว่า ฟันแท้ หรือฟันถาวร มี 32 ซี่ [8]

ฟันนั้นมีหน้าที่ เป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างมากของร่างกาย ใช้ในการกัด ตัด ฉีก และเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กลง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของระบบย่อยอาหาร ทั้งนี้ฟันยังทำหน้าที่ช่องปากป้องกันอวัยวะในช่องปาก ไม่ให้ได้รับอันตราย ช่วยในการสื่อสาร การพูด การออกเสียงให้ชัดเจน และยังช่วยให้เกิดความสวยงามของใบหน้าของคนเราได้อีกด้วย โดยฟันมีลักษณะของโครงสร้าง

ฟัน คือ โครงสร้างภายนอกและโครงสร้างภายใน แบ่งได้ดังนี้ โครงสร้างภายนอกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ตัวฟัน (Crown) และรากฟัน (Root) โดยมีแนวคอฟันเป็นเกณฑ์ในการแบ่งแยกกับโครงสร้างภายใน ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ เคลือบฟัน (Enamel) เป็นส่วนที่แข็งที่สุดของฟัน คลุมอยู่รอบนอกสุดของตัวฟันโดยตลอด มีความหนามากที่สุด และจะบางลงในบริเวณใกล้คอฟัน ซึ่งทำหน้าที่หุ้มฟันเพื่อช่วยปกป้องอันตรายแก่ตัวฟัน ให้แก่ส่วนเนื้อฟันและเยื่อโพรงประสาทฟัน เคลือบฟันจะมีลักษณะมันวาว ต่อมาเนื้อฟัน (Dentine) คือ ส่วนที่อยู่ถัดจากชั้นเคลือบฟัน มีสีเหลือง มีความแข็งแรงเป็นอันดับ 2 รองจากเคลือบฟัน เคลือบรากฟัน (Cementum) เป็นส่วนที่คลุมภายนอกของรากฟันโดยตลอด มีสีเหลืองอ่อนและทึบแสง เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน (Dental Pulp) เป็นเนื้อเยื่ออ่อน (Soft Tissue) ซึ่งจะประกอบไปด้วยหลอดเลือด หลอดน้ำเหลืองและเส้นประสาท ซึ่งผ่านเข้าโพรงประสาททางรูปิดที่ปลายรากฟัน อวัยวะเหล่านี้จะอยู่ในช่องว่างใจกลางรากฟัน ซึ่งเรียกว่า โพรงประสาทฟัน (Pulp Cavity) ทำหน้าที่หล่อเลี้ยงฟันและรับความรู้สึกจากฟันไปสู่สมอง^[10]

2) อวัยวะปริทันต์ จัดเป็นส่วนประกอบหน้าที่ช่วยในการหุ้มตัวฟันและยึดตัวฟันเอาไว้ประกอบไปด้วย เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน เปรียบเสมือนที่รองรับตัวฟันไม่ให้เคลื่อนไหว มีหน้าที่ดังนี้

- เหงือก เป็นเนื้อเยื่อที่คลุมบางส่วนของฟันและกระดูกขากรรไกร ปกติมีสีชมพูหรือคล้ำตามสีผิว เนื้อแน่น ขอบบาง แนบไปกับคอฟันพอดี เหงือกที่อยู่ระหว่างซอกฟันจะเต็มไปด้วยรูปลามเหลี่ยมยอดแหลม ขอบเหงือกกับตัวฟันจะมีร่องโดยรอบ และมีความลึกประมาณ 1-2 มิลลิเมตร
- เนื้อเยื่อปริทันต์ เป็นเนื้อเยื่อรอบรากฟันที่ยึดหยุ่นได้เล็กน้อย ทำหน้าที่ยึดรากฟันให้ติดกับกระดูกเบ้าฟันและช่วยกระจายแรงบดเคี้ยวไปยังกระดูกขากรรไกร
- กระดูกเบ้าฟัน เป็นส่วนของกระดูกขากรรไกรที่รากฟันฝังตัวอยู่ มีรูปร่างเว้าไปตามลักษณะรากฟันแต่ละซี่^[8]

3) อวัยวะอื่นๆ ภายในช่องปาก ได้แก่ ลิ้น จะมีเส้นเลือด เส้นประสาทเป็นจำนวนมากไวต่อการสัมผัส มีตุ่มเล็ก ๆ ใช้สำหรับรับรส ช่วยกวาดรวมอาหารต่างๆ ให้ฟันบดเคี้ยวได้สะดวก และยังช่วยในการพูดออกเสียง ต่อมน้ำลาย ต่อมขนาดใหญ่อยู่บริเวณใต้ลิ้น หน้าโหนก และใต้ขากรรไกร และมีต่อมเล็ก ๆ กระจายทั่วไปในช่องปาก ต่อมน้ำลายจะถูกกระตุ้นให้หลั่งน้ำลายเฉลี่ยประมาณวันละ 1-2 ลิตร เพื่อช่วยรักษาความชุ่มชื้นแก่อวัยวะในช่องปากและยังมีส่วนช่วยผสมผสานอาหารให้พร้อมสำหรับการกลืน สุดท้ายจะเป็นเยื่อช่องปาก ได้แก่ เนื้อเยื่อ

บริเวณผนังของกระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก ด้านใน ช่วยให้งานของอวัยวะอื่นในขณะบดเคี้ยวให้มีประสิทธิภาพ^{[10],[11]}

4. วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก

สุขภาพอนามัยช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือโรคต่าง ๆ การดูแลสุขภาพช่องปาก ควรส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

4.1 การแปรงฟัน

การทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันที่ถูกวิธี ช่วยทำให้ปากสะอาดเป็น การกำจัดเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ตามซี่ฟันซอกฟัน ลิ้น ไม่ให้หมักหมม บูดเน่า เหม็น และเป็นการ ขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หากไม่แปรงฟันจะ ส่งผลทำให้เกิด กลิ่นปาก คือ ลมหายใจที่ผ่านช่องปากมีกลิ่นเหม็นเป็นครั้งคราวหรือมีกลิ่น ตลอดเวลาก็ได้ คนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตัวเองมีกลิ่นปาก อาจทดสอบด้วยตัวเองโดยการใช้มือบัง บริเวณปาก และจมูก แล้วหายใจออกทางปาก ตามด้วยการหายใจเข้าทางจมูกก็จะได้กลิ่นปาก และยังส่งผลให้เกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบซึ่งเกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัย ก่อให้เกิดความ เจ็บปวดทรมาน บั่นทอนสุขภาพร่างกายและจิตใจ หากเกิดในเด็กจะส่งผลถึงภาวะทุพ-โภชนาการการเจริญเติบโต^[3]

4.1.1 การเลือกแปรงสีฟัน

การเลือกแปรงสีฟันควรเลือกให้เหมาะสมตามอายุ มีขนาดความยาวพอเหมาะ ด้ามจับถนัดมือ แปรงมีขนนุ่ม หน้าที่ดัดเรียบตรง และควรเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงบาน หรือ ควรเปลี่ยนทุกๆ 3 เดือน

แปรงสีฟันเป็นอุปกรณ์สำคัญในการทำความสะอาดช่องปาก การใช้แปรงสีฟันที่ ด้อยคุณภาพ นอกจากไม่มีประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่องปากแล้ว ยังมีผลกระทบต่อ สุขภาพช่องปากด้วย ได้แก่ ขนแปรงสีฟันที่แข็งเกินไปจะทำให้ฟันสึก และเกิดการระคายเคืองต่อ ขอบเหงือก อาจทำให้เกิดแผลในช่องปาก แร้งยัดขนแปรงกับหัวแปรงต่ำกว่ามาตรฐาน อาจทำให้ ขนแปรงหลุดจากหัวแปรงในขณะที่ใช้งานตามปกติ หรือการใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่กว่าช่อง ปากมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดซี่ฟันด้านในได้ ดังนั้นจึงควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่ ถูกสุขลักษณะ^[5] ดังนี้

- หัวแปรงสีฟันขนาดพอเหมาะกับช่องปากของตน ความกว้างหัวแปรงสีฟันผู้ใหญ่ไม่ควรเกิน 1.5 เซนติเมตร การใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่กว่าช่องปากมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดซี่ฟันด้านในได้

- ขนแปรงชนิดปานกลาง (medium) นุ่ม (soft) หรือนุ่มพิเศษ (extra soft) เพื่อลดการทำอันตรายต่อผิวฟัน และขอบเหงือก

- ด้ามจับแปรงสีฟันยาวพอเหมาะ จับได้ถนัดมือ

- ปลายขนแปรงแบบมนกลมหรือเรียวแหลม

- ลักษณะปลายขนแปรงเรียบเสมอกัน ไม่ซิกแซก เพื่อให้แปรงสีฟันแนบกับผิวฟันบริเวณคอฟันมากที่สุด เนื่องจากบริเวณคอฟัน เป็นตำแหน่งที่พบคราบอาหารมากที่สุดบนผิวฟัน

4.1.2 การเลือกยาสีฟัน

โดยทั่วไปยาสีฟันมีหลากหลายชนิด และมีส่วนประกอบมากมาย เช่น ยาสีฟันส่วนผสมฟลูออไรด์ จะช่วยป้องกันฟันผุและฟันแข็งแรง หรือยาสีฟันบางชนิดช่วยลดปัญหาการอักเสบของเหงือก แต่การเลือกยาสีฟันที่ไม่มีประสิทธิภาพในการทำความสะอาด เช่น ยาสีฟันที่ผงขัดน้อยหรือหยาบเกินไป อาจทำให้การขัดทำความสะอาดบริเวณตัวฟันนั้นไม่ดีพอ อาจเกิดคราบสิ่งสกปรกทำความสะอาดไม่ออกและไม่สะอาด หรือการใช้ผงขัดที่หยาบเกินไปทำให้ผิวฟันบางลง เกิดปัญหาการสึกกร่อนของผิวฟัน และเป็นสาเหตุของโรคเกิดโรคต่างๆในช่องปากตามมา ดังนั้นจะมีวิธีการเลือกยาสีฟันที่เหมาะสมกับผู้ใช้งาน^[12] ดังนี้

- ยาสีฟันสำหรับผู้ที่มีรอยแผลหรือรอยโรคในช่องปากบ่อยๆ ควรเลือกใช้ยาสีฟันชนิดที่ปราศจากสารโซเดียมลอริลซัลเฟต (Sodium lauryl sulphate) เพราะอาจจะส่งผลต่อรอยแผลหรือโรคในช่องปากให้มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยการเลือกยาสีฟันนั้นมักจะระบุที่ข้างหลอดหรือกล่องบรรจุว่า ปลอดภัยร่อยแผลหรือรอยโรคในช่องปาก

- ยาสีฟันสำหรับฟันที่ขาวสะอาด ควรเลือกยาสีฟันที่มีคุณสมบัติสารขัดคราบที่ติดฝังแน่นบริเวณผิวฟัน เช่น คราบบุหรี่ยา กาแฟ ซึ่งคราบเหล่านี้จะทำให้ผิวฟันนั้นสีเหลือง ซึ่งการเลือกยาสีฟันชนิดนี้จะช่วยให้ฟันสะอาดและมีความขาวของเนื้อฟันปรากฏชัดขึ้น แต่ไม่ได้มีผลในการฟอกสีฟันให้ขาว

- ยาสีฟันสำหรับลดอาการเสียวฟัน ควรเลือกใช้ยาสีฟันชนิดที่ป้องกันการเสียวฟัน ซึ่งเนื้อยาสีฟันนั้นจะประกอบไปด้วยสารโปรตัสเซียมไนเตรทที่ออกฤทธิ์กับอาการเสียวฟันลดปริมาณผงขัดฟัน และสารฟลูออไรด์สูง โดยส่วนประกอบเหล่านี้จะไปเสริมรูพรุนของเนื้อฟัน ป้องกันปลายเส้นประสาทไม่ให้สัมผัสกับความร้อนความเย็นจากอาหาร

- ยาสีฟันสำหรับผู้ที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ ควรเลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของสารโซลิทอล ซึ่งเป็นสารสกัดจากธรรมชาติ ช่วยให้เกิดความสมดุลของความเป็นกรดและด่างในช่องปาก และด้วยสถานะที่ไม่มีความเป็นกรดนั้นจะต้านการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในช่องปาก ช่วยลดอาการเหงือกอักเสบได้ดี ดังนั้นควรผู้ที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับเหงือกอักเสบควรเลือกยาสีฟันที่มีส่วนผสมของโซลิทอลสูงๆ จะช่วยให้อาการของเหงือกอักเสบลดลง

- ยาสีฟันสำหรับขจัดคราบหินปูน ซึ่งการสะสมของหินปูนจะส่งผลให้เกิดโรคเหงือกอักเสบตามมา ยาสีฟันที่มีผงขัดแบบหยาบจะช่วยเอาคราบหินปูนออกได้ แต่ก็ไม่ได้มีประสิทธิภาพ แถมเมื่อใช้เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ยังส่งผลให้ผิวฟันบางลง ดังนั้นการกำจัดหินปูน ควรจะไปให้ทันตบุคลากรช่วยกำจัดออก ด้วยการขูดหินปูน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และหมั่นทำความสะอาด แปรงฟันอยู่เป็นประจำ รวมทั้งควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ จะช่วยป้องกันฟันผุและทำให้สุขภาพช่องปากและฟันนั้นดีขึ้นอีกด้วย

- ยาสีฟันสำหรับเด็ก วิธีการเลือกเช่นเดียวกับกับผู้ใหญ่ ยาสีฟันที่ดีสำหรับเด็ก ควรจะมีองค์ประกอบที่ปราศจากน้ำตาล เพื่อป้องกันฟันผุและต้องผสมสารฟลูออไรด์ รวมทั้งสารขัดฟันที่เนื้อละเอียด เนื่องจากเด็กเล็กมีโอกาที่จะกลืนยาสีฟันเข้าไประหว่างการสีฟัน ทางสมาคมทันตแพทยศาสตร์^[7] จึงแนะนำให้ผู้ปกครองหลีกเลี่ยงการใช้ยาสีฟันในทารกและเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน และแนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ในปริมาณน้อย สำหรับเด็กอายุระหว่าง 18 เดือน ถึง 6 ปี เพื่อป้องกันการสะสมของสารฟลูออไรด์ที่มากเกินไปในเนื้อฟัน เสี่ยงเกิดโรคฟันตกกระ (fluorosis) ซึ่งโรคฟันตกกระนี้มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับปริมาณฟลูออไรด์มากกว่าปกติในช่วงฟันเริ่มพัฒนา ทำให้เกิดความผิดปกติ ในการสะสมแร่ธาตุในตัวฟัน และแสดงลักษณะทางคลินิก คือมีแถบหรือจุดสีขาว สีเหลืองเข้ม หรือสีน้ำตาลเข้ม ดังนั้นจึงควรเลือกใช้ยาสีฟันในปริมาณที่เหมาะสม^[4] ดังนี้

- ช่วงอายุ ฟันขึ้นแรกขึ้น - อายุต่ำกว่า 3 ปี ควรใช้ปริมาณยาสีฟัน ขนาด 0.1 กรัม หรือแค่แตะขนแปรงพอเปียก/เท่าเมล็ดข้าวสาร มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,000 ppm ซึ่งถ้ารับเกินกว่านั้น ตั้งแต่ 0.1 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ ขึ้นไป หรือในปริมาณ 1,400 –1,500 ppm อาจเสี่ยงเกิดโรคฟันผุได้สูงมาก ดังนั้นการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในช่วงอายุนี้นี้ จึงควรมีผู้ปกครองคอยผู้แปรงให้และเช็ดฟองออก

- ช่วงอายุ 3 ปี - อายุต่ำกว่า 6 ปี ควรได้รับปริมาณยาสีฟัน ขนาด 0.25 กรัม หรือเท่ากับความกว้างของแปรง/เท่าเมล็ดข้าวโพด มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,000 ppm ซึ่งถ้ารับเกินกว่านั้น ตั้งแต่ 0.25 มิลลิกรัมฟลูออไรด์ ขึ้นไป หรือในปริมาณ 1,400 –1,500

ppm อาจเสี่ยงเกิดโรคฟันผุได้สูงหรือสูงมาก ดังนั้นการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในช่วงอายุนี้นี้ จึงควรมีผู้ปกครองคอยป้อนยาสีฟันให้ ช่วยแปรงฟันหรือสังเกตการณ์แปรงฟันอย่างใกล้ชิด อาจไม่ต้องบ้วนน้ำหรือบ้วนน้ำ 1 ครั้ง ประมาณ 1 ฝ่ามือ

- ช่วงอายุ 6 ปี ขึ้นไป ควรได้รับปริมาณยาสีฟัน ขนาด 1 กรัม เท่ากับความยาของแปรงสีฟัน มีความเข้มข้นของฟลูออไรด์ 1,400 – 1,500 ppm ดังนั้นการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในช่วงอายุนี้นี้ หลังแปรงฟัน ให้บ้วนยาสีฟันและฟองออกทั้งหมด โดยไม่ต้องบ้วนน้ำตามหรือบ้วนน้ำตาม 1 ครั้ง ประมาณ 1 ฝ่ามือ [2],[12]

4.1.3 การแปรงฟันที่ถูกรวิธี

การแปรงฟันเป็นการกำจัดคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันออก เพื่อให้ฟันสะอาดและมีสุขภาพช่องปากที่ดี วิธีการแปรงฟันมีหลายวิธีเช่น วิธีบาส (Bass technique) คือ ขยี้แปรงไปมา เบาๆ ในช่วงสั้นๆ วิธีหมุน (Roll technique) วิธีสครับ (Scrub technique) ส่วนมากใช้ในเด็กที่ยัง ไม่มีความพร้อมในการใช้มือโดยวางแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันขยี้ถูไปถูมาสั้นๆ และวิธีการแปรงฟัน ขยี้ปัด (Modified bass technique) ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ โดยไม่ทำอันตรายต่อเหงือก ทำได้โดยวางแปรงให้ทำมุม 45 องศากับตัวฟัน วางแปรงอยู่บริเวณคอฟันและขอบเหงือกออกแรงกดเล็กน้อยเพื่อให้ขนแปรงเข้าไปอยู่ในร่องเหงือกและซอกฟันให้มากที่สุด จากนั้นขยี้แปรงไปมาเบาๆ ในช่วงสั้นๆ 10-15 ครั้ง พยายามให้ปลายขนแปรงอยู่ในร่องเหงือก ซอกฟันและคอฟันอยู่ตลอดเวลา การออกแรงกดไม่ควรกดแรงเกินไปเพราะอาจทำอันตรายเหงือกและฟันได้ การขยี้บ้วนนั้นควรขยี้เบาๆ และเป็นช่วงสั้น ๆ เพราะถ้าขยี้ลากไปมาจะทำให้คอฟันสึกและเหงือกกร่นได้ จากนั้นบิดข้อมือปิดลงในฟันบนและบิดขึ้นในฟันล่างแล้วเคลื่อนไป บริเวณนั้นสะอาดแล้วส่วนด้านบดเคี้ยวถูไปถูมา ส่วนการแปรงฟันด้านหน้าที่ติดกับลิ้นหรือเพดานให้ วางแปรงในแนวตั้ง การแปรงควรแปรงให้เป็นระบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการหลงลืม[8]

การแปรงฟันทุกวิธีเมื่อแปรงเสร็จแล้วควรแปรงลิ้นด้วยเพื่อกำจัดจุลินทรีย์คราบอาหารและเศษอาหารต่างๆ ออกจากลิ้น การบ้วนปากแรง ๆ จะช่วยกำจัดเศษอาหารขึ้นที่ค่อนข้างโต ได้บ้าง ในการบ้วนปากให้ม้วนน้ำไว้ในปากด้วยปริมาณที่พอเหมาะ ปิดริมฝีปากให้แน่น เป่าลมเข้าออกจากลำคอ 3-4 ครั้งด้วยแรงพอเหมาะที่กลัมน้ำจะทนแรงตึงได้แล้วจึงบ้วนทิ้ง การแปรงฟันควร แปรงตามสูตร 222 คือ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานครั้งละ 2 นาที วันละ 2 ครั้ง หลัง แปรงฟันควรดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม 2 ชั่วโมง[3]

4.2 การใช้ไหมขัดฟัน (Dental floss)

ไหมขัดฟันเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยทำความสะอาดผิวฟันทั้งส่วนที่อยู่เหนือเหงือกและใต้ เหงือกด้านซอกฟัน ไหมขัดฟันที่จำหน่ายโดยทั่วไปจะมี 2 แบบคือ แบบเคลือบขี้ผึ้ง เหมาะสำหรับผู้เริ่มใช้งานครั้งแรก ผู้ที่มีฟันชิดติดกันแน่น และแบบไม่เคลือบขี้ผึ้ง เหมาะกับฟันที่สัมผัสกันไม่แน่นมากนัก การใช้ไหมขัดฟันทำได้ ดังนี้ คือ ดึงไหมขัดฟัน ยาวประมาณ 15-18 นิ้ว พันด้านปลายที่ นิ้วกลางทั้ง 2 ข้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของแต่ละข้างเป็นตัวบังคับลากไหมขัดฟัน วางไหมขัดฟันระหว่างด้านข้างของฟัน 2 ซี่ ที่อยู่ชิดกันออกแรงถูไปมาเล็กน้อย เส้นใยจะแทรกตัวผ่านบริเวณที่ฟันสัมผัสกัน ใช้นิ้วมือบังคับให้เส้นใยโอบรอบซี่ฟัน เส้นใยจะแผ่เป็นแถบกว้างและทำความสะอาดได้ รอบซี่ฟัน ควรใช้เป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้งหลังการแปรงฟันหรือก่อนนอน ^[9]

4.3 การใช้ไม้จิ้มฟัน

การใช้ไม้จิ้มฟันเพื่อกำจัดเศษอาหารหลังรับประทานอาหาร ไม่ควรใช้ไม้จิ้มฟันดันหรือแคะเศษอาหารอย่างรุนแรง หรือเสียบไม้จิ้มฟันทะลุซอกฟันจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่งแล้วหมุนหรือจัด เพราะจะทำให้เกิดปัญหาซอกฟันโหว่เป็นโพรงฟันห่าง เหงือกกรัน คอฟันหรือผิวยางฟัน สึกได้ หากมีวัสดุอุดฟันอยู่ก็อาจทำให้ชำรุดและเกิดปัญหาเสียวฟัน ฟันผุ การใช้ไม้จิ้มฟันแนะนำให้ใช้ไม้ครูดฟัน ซึ่งมีลักษณะปลายใช้งานแบนเหมือนใบพายปลายเรียวแหลมรูปสามเหลี่ยม เพื่อให้แนบตามซอกฟันและเหงือกได้ดี โดยนำไม้จิ้มฟันตัดปลายแหลมออก แล้วทุบปลายไม้ให้แตกเป็นฝอยฟูให้เส้นใยไม้ไผ่เรียงกันคล้ายกับฟูกันอันเล็กๆ ใช้สำหรับครูดตามความยาวของฟัน เพื่อเช็ดหรือปิดเศษ อาหารออกจากฟัน ^[9]

4.4 การใช้แปรงซอกฟัน (Interdental Brush)

แปรงซอกฟัน เป็นแปรงทำความสะอาดซอกฟันได้ดี เฉพาะซอกที่ช่องว่างขนาดใหญ่ หรือใช้ทำความสะอาดบริเวณช่องระหว่างรากฟันของฟันที่มีรากฟันโผล่จากการที่เหงือกกรัน ลักษณะแปรงซอกฟันจะมีรูปร่างคล้ายแปรงล้างขวดอันเล็กๆมี 2 แบบคือ แบบต้นสน (Taper) และแบบ ทรงกระบอก (Cylinder) มีหลายขนาดให้เลือกตามขนาดช่องว่างของซอกฟัน โดยสอดแปรงเข้าไปในซอกระหว่างซี่ฟัน ให้แนบกับซี่ฟันด้านใดด้านหนึ่งก่อนถูเข้าถูออก 4-5 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนไปแนบกับฟันอีกซี่หนึ่งในลักษณะเดียวกัน ไม่ควรใช้แปรงซอกฟันในบริเวณที่เหงือกปกติและมีเหงือกอยู่เต็มซอกฟัน ^[9]

4.5 การตรวจฟันด้วยตนเอง

การตรวจฟันด้วยตนเองนั้นเป็นวิธีการที่ควรทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยง่าย ช่วยให้เราได้รับรู้ปัญหาการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เพื่อที่จะเริ่มการ

ดูแลและระวัง ร่วมถึงรักษาป้องกันไม่ให้โรคในช่องปาก หรือรีบไปรับการรักษากับทันตบุคลากร การตรวจฟันด้วยตนเองควรทำหลังจากแปรงฟันเสร็จแล้วโดยอาศัยกระจกเงาในห้องน้ำหรืออาจใช้กระจกเงาบานเล็กๆ ช่วยสะท้อนในปากตรงบางมุมที่ยาก การตรวจนี้จะทำให้เห็นว่าเราแปรงฟันได้สะอาดจริงหรือไม่ มีฟันที่เริ่มมีลักษณะผิปกติ คือมีรอยดำ มีฟันผุบ้างแล้วหรือไม่ หรือเหงือกบริเวณไหนมีการบวมแดงอักเสบเกิดขึ้น ซึ่งหากพบปัญหาจะได้รับแก้ไข ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง ซึ่งวิธีการตรวจฟันด้วยตนเองสามารถทำได้ ดังนี้

- ตรวจฟันหน้าบนและฟันล่าง โดยการยิ้มยังฟันกับกระจกให้เห็นฟันหน้าทั้งหมด และตรวจทั้งตัวฟันและเหงือก

- ตรวจฟันกรามด้านติดแก้มทั้ง 2 ข้าง โดยยิ้มให้ปากกว้างไปถึงฟันกราม หรืออาจใช้นิ้วมือช่วยดึงบริเวณมุมปากเพื่อให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น

- ตรวจฟันกรามล่างด้านใน โดยก้มหน้าอ้าปากกว้าง กระดกลิ้นขึ้น เพื่อตรวจดูฟันด้านที่อยู่ติดกับลิ้น และตรวจฟันกรามด้านบน ในส่วนบนเคี้ยวโดยอ้าปากดูด้านบนเคี้ยวของฟันล่าง

- ตรวจฟันบนด้านเพดานและด้านบนเคี้ยว โดยให้เงยหน้าอ้าปากดูในกระจก ส่วนฟันหน้าด้านเพดานอาจใช้กระจกบานเล็กช่วยสะท้อนให้เห็นในกระจกส่องหน้านอกจากการตรวจดู ความสะอาดของฟันและเหงือกแล้ว ควรจะดูความสะอาดของลิ้นด้วยเพราะลิ้นมีลักษณะผิวที่ไม่เรียบ บางคนมีลิ้นที่เป็นร่องลึก อาจมีเศษอาหารตกค้าง และเป็นที่สะสมของเชื้อโรคได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลทำความสะอาด โดยการแปรงลิ้นทุกครั้งภายหลังการแปรงฟัน^[9]

4.6 การมารับบริการทันตกรรม

ควรไปพบทันตบุคลากรทุกๆ 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้ทันตบุคลากรได้ตรวจ สุขภาพช่องปากและทำการรักษาโรคในช่องปาก แม้ไม่มีอาการแสดงของโรค เพราะโรคในช่องปากมีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่แสดงอาการในระยะเริ่มแรก ในผู้ป่วยโรคเบาหวานควรรีบไปพบทันตบุคลากร เมื่อเกิดรอยแผล^[9] และควรปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง^[8]

4.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นเป็นส่วนหนึ่ง ที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ตามมา การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายทุกระบบสวนอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก คือ อาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั่วไปด้วยการบริโภคแป้ง และน้ำตาลจำนวนมากเป็น

ปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วน โรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ น้ำตาลเป็นสารที่เชื้อจุลินทรีย์ ในช่องปากใช้สร้างกรดและสร้างสารที่ช่วยให้เชื้อจุลินทรีย์ยึดติดกับผิวฟัน น้ำตาลที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากที่สุด คือ น้ำตาลซูโครสหรือน้ำตาลทราย ส่วนน้ำตาลกลูโคส มอลโตส ฟรุคโตส อาจทำให้เกิดฟันผุรองลงมา และน้ำตาลแลคโตส ทำให้เกิดฟันผุน้อยที่สุด สำหรับอาหารจำพวกแป้งจะถูก เอนไซม์อะไมเลส (Enzyme amylase) ในน้ำลายย่อยสลายให้เป็นน้ำตาลซึ่งเชื้อจุลินทรีย์นำมาสร้างกรดได้ ในด้านความถี่ของการบริโภคอาหารและระยะเวลาที่อาหารตกค้างหรือสัมผัสช่องปากเป็นระยะเวลานาน มีส่วนทำให้เกิดโรคฟันผุ โดยอาหารบางส่วนจะถูกย่อยสลายโดยจุลินทรีย์ บางส่วน ถูกดูดซึมผ่านเยื่อช่องปาก บางส่วนถูกย่อยสลายโดยเอนไซม์ในน้ำลาย และคลุกเคลาไปกับน้ำลาย ถูกกลืนลงไปในกระเพาะอาหารในรูปแบบของแข็งหรือของเหลวเหนียวข้น แต่ก็ยังคงอยู่ในช่องปากนานกว่าอาหารที่อยู่ในรูปแบบของเหลวเป็นน้ำ การรับประทานจุบจิบ รับประทานอาหารเหนียวติดฟัน เช่น แดงเม ทอฟฟี่ ผลไม้กวน มะขามหวาน รวมทั้งขนมถุง อาหารเหล่านี้จะอยู่ในช่องปากเป็นเวลานาน จุลินทรีย์จึงสร้างกรดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผิวฟันสูญเสียแร่ธาตุไปมาก ซึ่งเกิดการสึกกร่อน ในอาหารจำพวกแป้ง เช่น เบเกอรี่ต่าง ๆ ที่รวมตัวกับน้ำลายเป็นก้อนและ ๆ จะขจัดออกได้ยาก และเป็นสาเหตุให้เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าน้ำตาล เพราะตกค้างในปากได้นานกว่า ดังนั้นขนมที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ที่มีรสหวานจะทำให้เกิดฟันผุได้มากยิ่งขึ้น^{[3],[8],[9]}

5. บทสรุป

สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการผลิตเพลินในชีวิตอย่างเต็มที่ เพราะมันช่วยให้เราสามารถพูดได้อย่างชัดเจน สนุกกับอาหารที่อร่อยและโภชนาการ และแสดงออกถึงความรู้สึกผ่านการยิ้มและท่าทางของใบหน้าได้ โดยการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างดี เช่น การแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างสม่ำเสมอ เราสามารถเพิ่มโอกาสในการเก็บฟันไว้ตลอดชีวิตได้ด้วย สุขภาพช่องปากยังหมายถึงการมีสภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ ที่ไม่มีความผิดปกติใด ๆ ของเนื้อเยื่อปริทันต์และเนื้อเยื่อช่องปาก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพทั้งกายภาพ จิตใจ และสังคม การดูแลสุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก ต้องการมีสภาวะช่องปากที่ดีเพื่อความสุขที่แท้จริงในทุกๆ ด้านของชีวิต

ช่องปากเป็นส่วนที่สำคัญของร่างกายที่รับอาหารเข้าสู่ร่างกายและเริ่มกระบวนการย่อยอาหาร ฟันเป็นอวัยวะสำคัญที่ช่วยในการตัด ขบ และบดเคี้ยวอาหารให้เป็นชิ้นเล็กๆ ฟันมีโครงสร้างภายนอกและภายในที่มีหน้าที่ต่าง ๆ เช่น เคลือบฟันที่หุ้มและปกป้องฟัน

และเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันที่มีหน้าที่เลี้ยงฟันและส่งความรู้สึกไปยังสมอง นอกจากนี้ยังมีอวัยวะอื่น ๆ เช่น เหงือก ลิ้น และต่อมน้ำลายที่มีบทบาทในการช่วยย่อยอาหารและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากให้เป็นอย่างดี การรักษาสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสำคัญเนื่องจากมีผลต่อสุขภาพร่างกายและความสวยงามของใบหน้าด้วย

ดังนั้นสุขภาพช่องปากจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ แผลเหงือก และอาการหรือโรคที่อาจเกิดขึ้นภายในช่องปาก การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากและการรักษาความสะอาดช่องปากอย่างถูกวิธีจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง รวมถึงวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง จะช่วยกำจัดเศษอาหารและเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุและแผลเหงือก ช่วยลดการเกิดหินปูนซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาทางช่องปาก กลิ่นปาก ซึ่งมีผลต่อความไม่สบายของกายและจิตใจ การละเว้นการดูแลสุขภาพช่องปากนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำซึ่งจะไม่ใช่แค่การส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากอย่างเดียวเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายอีกด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น แปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน และตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือทันตบุคลากรประจำ ส่งผลให้ลดความเสี่ยงของโรคและการบาดเจ็บในช่องปากได้

6. เอกสารอ้างอิง

- 1) National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2023). Oral Hygiene. Retrieved from <https://www.nidcr.nih.gov/health-info/oral-hygiene>.
- 2) ศิริรักษ์ นครชัย และคณะ. (2566). แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในทางทันตกรรม. วารสารทันตแพทยศาสตร์ 73(2), 92-103.
- 3) อรรถพร ฝาเจริญ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (50-59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 4) ไชยธิดา บุญมี. (2565). การจัดกิจกรรมทันตสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 3 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- 5) สำนักทันตสาธารณสุข. (2562). วิธีการเลือกแปรงสีฟัน. ทันตสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/how-to-select-a-toothbrush/>.
- 6) Schmidt, K., Orcutt, R., Kraft, L. (2020). Oral Hygiene and Dental Care. (Rev. Ed.) Minot, ND: North Dakota Center for Persons with Disabilities a University Affiliated Program at Minot State University.
- 7) ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). แนวทางการใช้ฟลูออไรด์. สืบค้นจาก <https://www.thaidental.or.th/main/download/upload/upload-20190213213340.pdf>
- 8) วิชุดา คงเหมือนเพชร. (2559). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- 9) ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 10) คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2548). พันดี ชีวมีสุข ขอนแก่น. โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซต.
- 11) ดาวเรือง แก้วขันตี. (2546). ความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 30. 182-92.
- 12) พิมลพรรณ พิทยานุกุล. การดูแลสุขภาพช่องปาก และความรู้เรื่องยาสีฟัน. ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ความเครียดกับการดำรงชีวิต (Stress and Lifestyle)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นิตชน์ ศิริโชคิรัตน์ (Prof. Dr.Nithat Sirichotiratana) *

บทนำ

ในขณะที่ความเครียดจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร อุปนิสัยในการรับประทานอาหารก็มีส่วนที่จะทำให้เกิดมีความเครียดมากขึ้นหรือน้อยลงได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะก็มีความสำคัญต่อการคลายเครียด เพราะความเครียดจะเกิดขึ้นได้ง่าย หากขาดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีอยู่สองทางด้วยกันที่อาหารจะทำให้เกิดความเครียดได้ โดยง่าย

ทางแรกก็คือการรับประทานน้ำตาลมากเกินไป ซึ่งจะทำให้ร่างกายขาดวิตามิน และแร่ธาตุ โดยโดยง่าย วิตามินและแร่ธาตุต่างๆ มีความสำคัญต่อระบบประสาทของร่างกายจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นถ้าทานหวานเข้าไปเป็นจำนวนมาก ก็จะทำให้ร่างกายขาดวิตามินต่างๆ รวมทั้งวิตามินบี (เช่น ไทอามีน ไนอาซิน และ บี12 เป็นต้น) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความเครียดได้ โดยง่าย

ทางที่สองที่จะทำให้เกิดความเครียดได้โดยง่ายคือ สิ่งที่จะทำให้ระบบประสาทสัมผัสมีความไวมากกว่าปกติ เช่น การดื่มกาแฟ ช็อกโกแลต และน้ำอัดลมที่มีสารคาเฟอีน ถ้าทานดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีนเพียง 250 มิลลิกรัม ก็จะทำให้ร่างกายได้รับสารคาเฟอีนถึง 100-150 มิลลิกรัม สารคาเฟอีนเป็นสารที่จะไปกระตุ้นระบบประสาทและจะทำให้เกิดความตึงเครียดได้โดยง่าย

อาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกายที่จะช่วยต่อต้านความเครียดคือ อาหารประเภทผักและผลไม้ เพราะมีวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ จากพืชพันธุ์ธัญญาหาร จะทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาหารที่ดีที่สุดสำหรับการเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับความเครียดคืออาหารมังสะวิรัติเพื่อสุขภาพ การวิจัยในประเทศเยอรมันพบว่า ภูมิคุ้มกันของผู้ที่เป็นมังสะวิรัติจะมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่ทานอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าผู้ที่ทานอาหารมังสะวิรัติ จะมีอัตราการเป็นมะเร็งน้อยกว่าผู้ที่ทานอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.จอห์น พอตเตอร์ จากมหาวิทยาลัยมินเนโซตา รวบรวมสถิติ

* สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

จากการวิจัยทั่วโลกพบว่าผู้ที่ทานอาหารมังสะวิรัติเป็นมะเร็งบ่อยกว่าผู้ที่ทานอาหารจากเนื้อสัตว์ 2-5 เท่า

ความเครียดกับสุขภาพของท่าน

ในเวลา 30 ปีที่ผ่านมา แพทย์และผู้ทำงานทางด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดต่อสุขภาพของประชาชน ตามรายงานของสมาคมแพทย์ประจำครอบครัวแห่งสหรัฐอเมริกา สองในสามของคนไข้ที่ไปพบแพทย์ก็เนื่องมาจากอาการต่างๆ ที่เกิดจากความเครียด ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับอาการต่างๆ ที่มีสาเหตุจากความเครียดของประชากรอเมริกัน หรือจากการหยุดงาน หรือจากความสูญเสียทางด้านผลผลิต มีการประเมินเป็นมูลค่ามหาศาลสูงถึง 5 หมื่นล้านถึง 7 หมื่น 5 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี หรือมากกว่า 750 เหรียญสหรัฐต่อผู้ทำงานชาวสหรัฐ 1 คน

นักวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า ความเครียดเป็นตัวการสำคัญของโรคหัวใจ โรคกระเพาะ อัมพาต และอหิวาตกโรค (การฆ่าตัวตาย) โรคที่กล่าวมานี้เป็นสาเหตุในการตายของประชากรในอเมริกา จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลยว่ายาที่ขายได้ดีที่สุด 3 ชนิด คือยาแก้โรคแผลในกระเพาะอาหาร ยาแก้ความดันโลหิตสูง และยาคลายเครียด นายแพทย์โจแอล ผู้อำนวยการแผนกพฤติกรรมบำบัดของมหาวิทยาลัยหลุยส์วิง ได้กล่าวว่าวิถีการดำรงชีวิตเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยในปัจจุบัน นายแพทย์วอเตอร์ แคนนอน ซึ่งเป็นนักสรีรวิทยาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และนายแพทย์ ฮานส์ เซลเย ซึ่งเป็นบิดาแห่งการค้นคว้าทางความเครียดได้พิสูจน์ให้เห็นว่าความผิดปกติทางด้านจิตใจ หรือความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ดังนั้นจึงทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสรีรในร่างกาย เมื่อร่างกายมีภาวะทางความเครียดอยู่เป็นเวลานานจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดโรคเส้นเลือดตีบตัน ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง และทำให้เกิดอาการอีกหลายๆ อย่าง แต่สิ่งที่สำคัญกว่าความเครียดนั้นคือการที่ท่านจะปรับตัวกับความเครียดอย่างไร นักจิตวิทยาได้ชี้ให้เห็นว่า อุปนิสัยใจคอเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งในการปรับตัวให้คลายเครียดลง เช่นความรู้สึกที่ท่านมีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆ การมีเครือข่ายของญาติมิตร และความหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้จะช่วยคลายเครียดในชีวิตประจำวัน

ต่อมหมวกไตช่วยคลายเครียด

ดูเหมือนจะเป็นเรื่องเป็นไปไม่ได้ที่จะมีชีวิตอยู่ในโลกทุกวันนี้โดยปราศจากความเครียด การมีชีวิตของคนกลุ่มหนึ่งหมายถึงการมีชื่อเสียงและได้รับการยกย่อง แต่สำหรับคนอีกกลุ่มหนึ่งมุ่ง

แสวงหาความร่ำรวย เพราะนั่นเป็นความหวังในชีวิต และในขณะเดียวกันมีคนอีกเป็นจำนวนมากที่ชีวิตของเขาคือการดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด จึงเห็นได้ว่าไม่ว่าสาเหตุจูงใจเพื่อการดำรงชีวิตนั้นคืออะไรก็ตามการมีชีวิตอยู่ในโลกปัจจุบันทำให้ทุกคนตกอยู่ในภาวะเครียดมากน้อยต่างกันไป ร่างกายมนุษย์เผชิญปัญหาความเครียดในรูปแบบต่างๆ อย่างไรบ้าง ซึ่งหมายถึงความเครียดทางกาย ใจ อารมณ์ และจิต

ร่างกายของเรามีต่อมหมวกไตอยู่ 2 ต่อม แต่ละต่อมจะอยู่ที่ส่วนบนของไตแต่ละข้าง แต่ละต่อมมีน้ำหนักประมาณ 5 กรัม ต่อมเล็กๆ นี้จะผลิตฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ เกิดความแข็งแรงของร่างกายและความรู้สึกสบายของบุคคลนั้น เนื้อเยื่อของต่อมหมวกไตแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนนอกของต่อมเรียกว่า ส่วนคอร์เทกซ์ และส่วนในเรียกว่าส่วนเมดัลลา ส่วนคอร์เทกซ์ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน 3 ชนิดด้วยกันคือ เอปิเนฟริน นอร์เอปิเนฟริน และคอร์ติซอล

ในเวลากลางคืน สมอส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะอื่นๆ จะส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูเอตรีรี่ ซึ่งอยู่ในสมองเพื่อให้ต่อมพิทูเอตรีรี่ไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเข้าสู่กระแสโลหิตให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการทำงานในวันใหม่ต่อไป ในตอนเช้าจะเป็นระยะเวลาที่ระดับฮอร์โมน คอร์ติซอลในกระแสโลหิตสูงที่สุด เมื่อร่างกายทำงานไปคอร์ติซอลก็จะถูกใช้ไปเรื่อยๆ พอถึงเวลาเย็นระดับคอร์ติซอลในกระแสโลหิตก็จะลดลงในระดับต่ำสุด

ต่อมหมวกไตจะทำงานในการผลิตฮอร์โมนภายใต้การควบคุมของระบบงานอื่นในร่างกายอีก 3 ระบบคือ ระบบประสาท ระบบนาฬิกาชีวภาพในสมอง และสภาพทางเคมีจะเป็นสัญญาณบอกผ่านบางกระแสโลหิตไปยังศูนย์ควบคุมการทำงานของร่างกาย ซึ่งในที่สุดจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้ทำงานในการผลิตฮอร์โมน

ดร. ฮานส์ เซลเย่ แห่งเมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา ผู้ซึ่งบุกเบิกความรู้เรื่องความเครียดได้ทำให้เรารู้ว่าความเครียด สามารถทำให้ต่อมหมวกไตเสื่อมความสามารถในการทำงานได้ หากท่านเป็นคนหนึ่งที่มุ่งการทำงานมากเกินไป ไม่มีเวลาหยุดหย่อน เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่งท่านอาจจะรู้สึกหมดแรง ทั้งนี้เพราะต่อมหมวกไตเองก็เหน็ดเหนื่อยต่อการผลิตฮอร์โมนเช่นเดียวกัน และเมื่อเป็นเช่นนี้ การซ่อมแซมและการส่งเสริมเกิดการเสื่อมสมรรถภาพ การทำงานของต่อมหมวกไตให้กลับดีดังเดิมก็ต้องใช้เวลาอีกนานทีเดียว

วิตามินซีจะถูกขับออกจากต่อมหมวกไตในขณะเดียวกันกับที่ฮอร์โมนคอร์ติซอล จะถูกขับออกมา วิตามินซีจะไปช่วยให้คอร์ติซอลถูกทำลายล้าง เป็นการช่วยรักษาระดับของคอร์ติซอลในกระแสโลหิตให้คงอยู่นานขึ้น ร่างกายจะได้วิตามินซีจากการรับประทานผลไม้สด ผลไม้รสเปรี้ยว ผักสีเขียว และจากผักชนิดอื่นๆ

อีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ต่อมหมวกไตมีสมรรถภาพดี ก็คือมีการออกกำลังกายที่ถูกสุขลักษณะและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายจะช่วยลดการหลั่งสารคอร์ติซอล และเพิ่มการหลั่งสารเบต้าเอ็นโดฟิน ซึ่งจะช่วยให้มีกำลังใจ และความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการคลายเครียดที่ดีวิธีหนึ่ง

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม ความเครียดเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ในสภาวะการณ์อย่างเดียวกัน คนหนึ่งอาจจะเกิดความเครียด ในขณะที่อีกคนหนึ่งไม่มีความเครียด หรือเครียดน้อยกว่าคนแรก ร่างกายจะแสดงออกเวลามีความเครียดโดยมีความดันโลหิตที่สูงขึ้นกว่าปกติ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น การหายใจถี่ขึ้น หัวใจจะทำงานมากขึ้น และกล้ามเนื้อจะเกร็ง ปฏิกิริยาเหล่านี้เรียกโดยรวมว่าเป็นปฏิกิริยาของ “การสู้ หรือจะถอยหนี”

ความเครียดอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ห้าสาเหตุนี้ทำให้ประชากรอเมริกันเสียชีวิตมากที่สุดคือโรคหัวใจ โรคมะเร็ง เส้นโลหิตในสมองแตก อุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย (อัตวินิบาตกรรม) ทั้ง 5 สาเหตุนี้ ความเครียดมีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก

ความเครียดอาจจะเกิดจากความวิตกกังวล ความหวาดกลัว หรือความระแวงสงสัยผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้ โดยผลของฮอร์โมนเอปิเนฟริน ถ้าหากความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ เป็นสัปดาห์เป็นเดือนหรือเป็นปี ก็จะมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจวายหรือเส้นโลหิตในสมองแตกได้ วิธีการคลายเครียดก็มีหลายวิธี วิธีหนึ่งก็คือการมองโลกในแง่ดี ดร.จิ้น แอคเตอร์เบิร์ก-ลอร์ลิส และสามีของเธอ ดร. แฟรงค์ ลอร์ลิส ได้ผลจากการทำการวิจัยที่มหาวิทยาลัยแห่งแท็กซัสว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกนานหรือไม่นานนั้น ขึ้นอยู่กับเท่าที่ ความนึกคิดของผู้ป่วยเอง

การคิดในแง่บวก เช่น ความสุข ความสมหวัง ความสำเร็จ จะมีผลในทางบวก เช่น ความกระตือรือร้น ความสงบสุขในจิตใจ ความรักและความสบายใจ

การคิดในแง่ลบ เช่น ความโกรธแค้น ความหวาดกลัว ความไม่ไว้วางใจ จะมีผลในทางลบ เช่น มีอาการตึงเครียด อาการวิตกกังวล และอ่อนเพลีย อ่อนใจ

ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตจะดีขึ้นเมื่อคุณคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แทนที่จะคิดถึงสิ่งที่แย่ที่สุดด้วยเหตุผลที่ว่า เมื่อคุณไม่มีความกังวลใจ คุณก็จะสามารถทุ่มเทกำลังและกำลังกายในการทำงานให้ประสบความสำเร็จสมดังที่หวังไว้ การคาดหวังในสิ่งที่ดีที่สุดหมายถึงการทุ่มเทพลังกายและพลังใจในการทำงาน คนส่วนมากที่พ่ายแพ้ในชีวิตไม่ใช่เพราะขาดความสามารถ แต่เป็นเพราะขาดการทุ่มเทพลังกายและพลังใจในการทำงาน

อีกวิธีหนึ่งของการคลายเครียดก็คือการมีอารมณ์ขัน ที่โรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยโลมาลินดา ดร. ลี เบิร์ก กับคณะวิจัย ได้ทำการทดสอบว่าการหัวเราะและการมีอารมณ์ขันจะสามารถผ่อนคลายความเครียดและช่วยให้มีสุขภาพที่ดีได้ ดร.เบิร์กนำนักศึกษาแพทย์กลุ่มหนึ่งมาทดลองโดยการให้นักศึกษาแพทย์ดูรายการตลกทางวิดีโอเทป แล้วเจาะเลือดนักศึกษาเหล่านั้นมาวัดระดับของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย ปรากฏว่า ในขณะที่นักศึกษาแพทย์หัวเราะนั้น จำนวนฮอร์โมนเอปิเนฟรินและคอร์ติซอลต่ำมาก ในขณะที่ฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินสูงและจำนวนเม็ดเลือดขาวก็สูงเช่นกัน

นอร์แมน คะซิน (Norman Cousins) ผู้ซึ่งรักษาตัวโดยการใช้อารมณ์ขันเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดจากโรคร้ายที่หายากชนิดหนึ่ง เขียนหนังสือเรื่อง “กายวิภาคของการเจ็บป่วย” (Anatomy of an Illness) และย้ำว่า การหัวเราะเป็นยารักษาโรคที่ดีที่สุด โจเอล กู๊ดแมน ได้ทำการวิจัยในโครงการอารมณ์ขัน ซึ่งมีผู้มาเข้าร่วมในการวิจัยหลายพันคน เขากล่าวว่าถ้าคนเราหัวเราะ 15 ครั้งต่อวัน จะเสียค่ารักษาพยาบาลน้อยลงไปถนัดใจทีเดียว

การทำจิตใจให้สงบ หรือนึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เรานับถือ จะช่วยในการคลายเครียดได้อีกวิธีหนึ่ง เมื่อปี 1993 มีทีมวิจัยที่เมืองแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษได้พบว่าการทำจิตใจให้สงบ หรือนั่งสมาธิทำให้สมองส่วนหน้ามีการทำงานมากกว่าส่วนอื่นๆ สมองส่วนหน้าเป็นส่วนที่หลั่งสารเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งมีผลที่จะช่วยให้ระงับความเจ็บปวดต่างๆ และในขณะเดียวกันก็ช่วยทำให้จิตใจมีความรู้สึกที่ดี และช่วยในการคลายเครียด

เอ็นดอร์ฟินมีผลเหมือนกับมอร์ฟิน คือช่วยระงับความเจ็บปวดและทำให้จิตใจสบายขึ้น เอ็นดอร์ฟินคือสารมอร์ฟินที่ร่างกายสร้างขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งนอกจากจะช่วยระงับความเจ็บปวดแล้ว ก็ช่วยในการคลายเครียดอีกด้วย

การมีเครือข่ายของเพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง ก็จะช่วยคลายเครียดอีกวิธีหนึ่งเพราะเมื่อเรามีปัญหาทุกข์ใจ เราก็สามารถไปปรึกษาหารือ หรือขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากเพื่อนฝูงและญาติพี่น้องได้

การมองโลกในแง่ดีกับการคลายเครียด

โซเครตีส เคยกล่าวไว้ว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นจากภาวะของจิตใจ ดร. จิน แอ็คเทอร์เบิร์ก ลอร์ลิส กับสามีได้ทำการวิจัยที่มหาวิทยาลัยแห่งแท็กซัส เมื่อปี 1980 และพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกนานหรือไม่นานขึ้นอยู่กับการมองโลก หรือท่าทีของแต่ละบุคคล เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีวารสารทางการแพทย์หลายฉบับที่พิมพ์รายงานเกี่ยวกับอำนาจของจิตใจที่จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดีได้ ในรายงานการวิจัยฉบับหนึ่ง ผู้ที่เศร้าโศกเสียใจเพราะสามี หรือภรรยาเสียชีวิต นักวิจัยพบว่าเขา

เหล่านั้นมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำและจะทำให้เป็นโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย

ทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยแห่งนิวยอร์ก ที่สโตนี บรูค พบว่าผู้ที่มีอารมณ์ดี หรือมองโลกในแง่ดี จะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ดี ทีมวิจัยที่มหาวิทยาลัยโอไฮโอ ค้นพบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่หย่าร้างจะมีอาการซึมเศร้า และภูมิคุ้มกันของร่างกายก็ต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้หญิงที่อยู่กับสามีอย่างมีความสุข การมองโลกในแง่ดี หรือการที่มีแนวคิดในทางบวก เช่น ความรู้สึกสมหวัง ความสุข ความสำเร็จ จะมีผลในทางบวก เช่น ความกระตือรือร้น ความสงบสุขในจิตใจ ความรัก และความสบายใจ

การคิดในแง่ลบ เช่น ความโกรธแค้น ความหวาดกลัว ความไม่ไว้วางใจ จะมีผลในทางลบ เช่น มีอาการตึงเครียด อาการวิตกกังวล และอ่อนเพลีย อ่อนใจ ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตจะดีขึ้นเมื่อคุณคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดีที่สุด แทนที่จะคิดถึงสิ่งที่แย่ที่สุด ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อคุณไม่มีความกังวลใจ คุณก็จะสามารถทุ่มเทกำลังใจ กำลังกาย ในการทำงานให้ได้ความสำเร็จสมดังที่หวังไว้ การคาดหวังในสิ่งที่ดีที่สุด หมายถึง การทุ่มเทพลังงานและพลังใจในการทำงาน คนส่วนมากที่พ่ายแพ้ในชีวิต ไม่ใช่เพราะขาดความสามารถ แต่เป็นเพราะขาดการทุ่มเทพลังงาน และพลังใจในการทำงาน

ตลอด 5 ปีที่ผ่านมาทีมวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์จากที่ต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งชี้แนะว่าการมองโลกในแง่ดีหรือในทางบวก สามารถที่จะทำให้มีสุขภาพดีได้ ที่ประเทศอังกฤษมีการวิจัยในกลุ่มผู้หญิง 69 คน ซึ่งเป็นมะเร็งที่เต้านม ในกลุ่มผู้ที่ “หมดกำลังใจ” และไม่สนใจที่จะสู้กับโรคร้ายนั้นต่อไป

ดร.แอร์ลด์ โวลฟ์ กับทีมวิจัย ได้ศึกษาคนไข้ 500 คน ในโรงพยาบาลรัฐบาลหลายแห่งและพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยเหล่านี้ มีความคิดในทางลบ ซึ่งทำให้การหายป่วยล่าช้ากว่าปกติ คำถามมีอยู่ว่า เป็นไปได้หรือไม่ที่ผู้คิดในแง่ร้ายหรือในทางลบ จะเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดี คำตอบก็คือว่าเป็นไปได้ ถ้าเขาจะเลือกคิดในทางบวก ดังนั้นการเลือกคิดในสิ่งที่ดี การเลือกมองโลกในแง่ดี จะส่งผลทำให้ความเครียดในชีวิตประจำวันลดลงไปได้

อารมณ์ขึ้นกับความเครียด

วิธีหนึ่งซึ่งจะช่วยในการคลายเครียดได้เป็นอย่างดี ก็คือการหัวเราะอย่างเบิกบานใจ ถ้าท่านสามารถที่จะหัวเราะ หรือมองเห็นสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัวท่าน เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้นได้ สุขภาพจิตและสุขภาพกายของท่านก็จะดีขึ้น ท่านอาจจะยังไม่เชื่อว่าอารมณ์ขันจะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีขึ้น แต่การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ได้ค้นพบว่าเป็นความจริง

ที่มหาวิทยาลัยโลมาลินดา มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ดร. ลีเบิร์ก กับคณะวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสารฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการหัวเราะ นักศึกษาแพทย์กลุ่มหนึ่งถูกนำมาทดลองโดยการให้ดูรายการตลกทางวีดีโอเทป ในขณะที่นักศึกษาแพทย์กำลังหัวเราะอยู่นั้นก็มีการเจาะเลือดเอาไปวิจัยและค้นพบว่าฮอร์โมนเอปิเนฟริน และคอร์ติโซลนั้นต่ำ ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองนี้จะมีจำนวนสูงในระหว่างที่มีความเครียดเกิดขึ้น

ดร. ลี เบิร์ก และคณะได้พิมพ์รายงานการวิจัยนี้ ในวารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ของอเมริกา เมื่อเดือนธันวาคมปี 1989 และระบุว่านอกจากการหัวเราะจะทำให้ฮอร์โมนแห่งความเครียด (เอปิเนฟริน และคอร์ติโซล) ต่ำลงแล้ว ยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น เพราะจำนวนเม็ดโลหิตขาวสูงขึ้น และเบต้า เอนโดर्फิน (ซึ่งเป็นฮอร์โมนชนิดหนึ่งที่ทำให้ร่างกายสามารถทนต่อความเจ็บปวด และมีความรู้สึกที่ดี) สูงขึ้น

อารมณ์ขันเตือนใจเราให้ระลึกว่า ปัญหาในชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับทุกๆ คน ไม่ได้เกิดกับท่านเพียงคนเดียวงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งสรุปว่า การหัวเราะสามารถคลายเครียดได้ดีเท่าๆ กับการฝึกโยโย่ฟิต แบ็ค ดร.นอร์แมน คะซิน ผู้เขียนหนังสือขายดีที่สุดอีกเล่มหนึ่ง ได้เล่าถึงประสบการณ์ของท่านเองว่า ท่านทำให้ตัวเองเจ็บป่วย และนอนไม่หลับด้วยการวิตกกังวล ความเคร่งเครียด เมื่อท่านสามารถทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี และสามารถหัวเราะทำให้จิตใจเบิกบานได้ ท่านก็สามารถนอนหลับได้ และหายเป็นปกติ

มีการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับผู้ที่มีอายุถึง 100 ปีว่า อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาเหล่านั้น มีชีวิตยืนยาวได้ ทีมวิจัยค้นพบคำตอบว่า ผู้ที่อายุยืนเหล่านั้นมีความพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ และมีอารมณ์ขันเสมอ ซึ่งเป็นเคล็ดลับในการที่จะทำให้มีอายุยืนนาน เพราะอารมณ์ขันจะทำให้ร่างกายหลั่งสารฮอร์โมน เอนโดर्फินออกมา ซึ่งสารฮอร์โมนนี้จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บได้ดีขึ้น

ดังนั้น ท่านควรจะอนุรักษ์อารมณ์ขันเอาไว้เพื่อต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผู้เข้าร่วมโครงการอารมณ์ขันหลายพันคนตั้งแต่ปี 1978 ซึ่ง ดร. โจเอล กู๊ดแมน กล่าวว่า ถ้าคนเราสามารถหัวเราะได้วันละ 15 ครั้ง เราก็จะเป็นโรคร้ายไข้เจ็บน้อยลง อารมณ์ขันจะช่วยให้เรามีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

ความเครียดกับหน้าที่การงาน

ความเครียดในหน้าที่การงาน เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้องค์กรต่างๆ สูญเสียเงินรายได้เป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีรัฐบาลสหรัฐได้รวบรวมสถิติว่า โดยเฉลี่ยแล้วในแต่ละปีคนงานเสียชีวิตปีละ 100,000 คน เพราะโรคภัยไข้เจ็บอันเกี่ยวเนื่องมาจากหน้าที่การงาน และอีกประมาณปีละ 400,000 คน ที่เจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นจากหน้าที่การงาน บริษัทและองค์กรต่างๆ สูญเสียเงินปีละประมาณ 3 หมื่น 2 พันล้านเหรียญสหรัฐ อันเนื่องมาจากผลผลิตตกต่ำลงเพราะความเครียด นักวิเคราะห์ทางด้านธุรกิจผู้หนึ่งชื่อว่า เจมส์ กรีนวูด คำนวนว่า ในแต่ละปีความเครียดของผู้บริหารมีผลทำให้องค์กรสูญเสียปีละหนึ่งหมื่นเก้าพันล้านเหรียญสหรัฐ

ความขัดแย้งกันระหว่างผู้บริหาร ความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้บริหารและพนักงาน แนวความคิดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดในที่ทำงาน ดังนั้นองค์กรที่ต้องการที่จะให้ได้รับผลผลิตได้อย่างเต็มที่ก็ต้องหาวิธีที่จะผ่อนคลายความเครียดในสถานที่ทำงาน เพื่อให้เกิดความเครียดน้อยที่สุดในการทำงาน เพราะว่าความเครียดในสถานที่ทำงานจะส่งผลกระทบต่อผลกำไรที่องค์กรจะได้รับ ถ้ามีความเครียดมากในสถานที่ทำงาน ก็เกิดความระส่ำระสายในการปฏิบัติงาน ทำให้ผลผลิตตกต่ำลง และผลกำไรก็จะตกลงด้วย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยเฉพาะผู้ที่นั่งทำงานอยู่กับโต๊ะเป็นเวลานานๆ การออกกำลังกายถูกมองข้ามไปว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดในชีวิตหนึ่งในการเปลี่ยนอิริยาบถ และจะช่วยผ่อนคลายอารมณ์ และทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เพราะเป็นวิธีหนึ่งในการผ่อนคลายความกดดันออกไป แทนที่จะเก็บกดเอาไว้ ซึ่งจะเป็นผลร้ายต่อร่างกายของตนเอง และส่งผลกระทบต่อองค์กรอีกด้วย

เจอร์ เยทส์ ได้บอกถึงกฎ 8 ประการในการผ่อนคลายความเครียดในหน้าที่การงาน ดังต่อไปนี้

1. จะต้องรักษาสุขภาพกายให้สมบูรณ์
2. จะต้องรู้จักยอมรับตนเองว่ามีทั้งข้อดี และข้อเสีย มีทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว คละเคล้ากันไป การยอมรับตนเองจะช่วยลดช่องว่างระหว่างความคาดหวังกับความสมหวัง และความเครียดก็จะลดน้อยลงไป
3. การมีเพื่อนสนิทสักคนหนึ่งซึ่งสามารถที่จะปรับทุกข์ หรือพูดในทุกสิ่งทุกอย่างได้ บุคคลผู้นี้จะเป็นผู้ให้กำลังใจ และอาจจะแนะนำทางออกหรือแก้ไขปัญหาก็ได้อีกด้วย
4. เริ่มต้นแก้ไขปัญหาคือความเครียดในทางที่ถูกต้อง ถ้าท่านเริ่มหาทางแก้ไขปัญหาคือความเครียดของท่าน ท่านก็จะมีประสบการณ์และความสามารถในการหาทางออก แต่ถ้าท่านไม่เริ่มหาวิธีแก้ไขปัญหาคือความเครียด ท่านก็จะรู้สึกหงุดหงิดและมีความกดดันซึ่งจะทำให้เริ่มเบื่อหน่ายในการทำงานของท่าน

5. มีสังคมของเพื่อนฝูงนอกเหนือจากกลุ่มผู้ร่วมงาน เพื่อที่จะไม่ต้องนำเอาเรื่องการทำงานมาคุยตลอดเวลา

6. รู้จักหากิจกรรมที่จะช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น งานอดิเรก (การสะสมแสตมป์ การทำสวน การเล่นดนตรี ฯลฯ)

7. การหางานทำที่มีความหมาย ถ้าท่านทำงานที่ถนัดและมีความสุขกับการทำงาน ความเครียดก็จะน้อยลงไป

8. มองดูปัญหาความเครียดของท่านอย่างพินิจพิเคราะห์ เพื่อที่จะหาทางป้องกันแก้ไขให้ถูกต้อง

ผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาความเครียดในหน้าที่การงานได้สำเร็จ คือผู้ที่ปรับประยุกต์ให้เข้ากับสถานการณ์ และรู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และมีท่าทีต่อความเครียดในการงานแบบเชื่อว่าเมื่อมีปัญหาก็ต้องมีคำตอบ ผู้ที่มีความเครียดน้อยคือผู้ที่ไม่วิตกกังวลกับหน้าที่การงานจนถึงเวลาอันสมควร เขาสามารถจะมีเวลาร่างสำหรับพักผ่อนอารมณ์และเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน เพื่อช่วยในเวลาที่มีอารมณ์หงุดหงิด

ดร. ซูซาน โคบาซา จากมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก พบว่าผู้ที่ประสบความเครียดน้อยในหน้าที่การงาน คือ ผู้ที่มี 3 สิ่งดังต่อไปนี้

1. มีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในสิ่งที่ตนกำลังทำอยู่
2. มีความรู้สึกว่าคุณควบคุมสถานการณ์ได้แทนที่จะรู้สึกว่าถูกควบคุมโดยสถานการณ์
3. มีท่าทีความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นสิ่งท้าทาย ที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ

ดร. โคบาซา ค้นพบว่าผู้ที่มี 3 สิ่งนี้ มีโรคภัยไข้เจ็บน้อยกว่าผู้ที่ขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งใน 3 สิ่งนี้ กล่าวมานี้ ดังนั้นเธอจึงสรุปว่า ทั้ง 3 สิ่งนี้ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่จะประสบความสำเร็จในการทำงาน โดยที่มีความเครียดน้อย อีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยในการผ่อนคลายความเครียดในหน้าที่การงานคือการที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ผู้ที่มีเพื่อนฝูงมากมาย มักจะเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้มีการสร้างเครือข่ายของเพื่อนฝูง ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกมีความเครียดน้อยลง เพราะเพื่อนฝูงอาจจะแนะนำทางออกให้ได้เวลาที่มีปัญหา หรือถึงแม้เพื่อนฝูงจะไม่สามารถแนะนำ หรือแก้ไขปัญหาให้ได้ อย่างน้อยท่านก็สามารถระบายความทุกข์ให้เพื่อนฝูงฟังได้ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการที่จะช่วยผ่อนคลายความเครียด

ดนตรีกับการคลายเครียด

ในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ความเครียดย่อมมีผลกระทบต่อประชาชนทั่วไป วงการวิจัยทางการแพทย์ยอมรับว่า ความเครียดที่สะสมไว้มากเกินไปก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพ เนื่องจากเวลาที่มีความเครียดเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวล ความผิดหวัง ความโกรธ ฯลฯ ร่างกายจะหลั่งสารฮอร์โมนบางชนิดออกมา ซึ่งจะมีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ฮอร์โมนเอปิเนฟรินเป็นฮอร์โมนชนิดหนึ่งซึ่งจะถูกหลั่งออกมาเวลาเกิดความเครียด ฮอร์โมนชนิดนี้จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เนื่องจากเกิดการรัดตัวของหลอดเลือด นอกจากนี้ ฮอร์โมนเอปิเนฟรินจะกระตุ้นให้ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ ซึ่งจะทำให้เกิดโรคหัวใจวายได้

ฮอร์โมนอีกชนิดหนึ่ง ซึ่งร่างกายจะหลั่งออกมาเวลาเกิดความเครียดก็คือฮอร์โมนคอร์ติซอล ฮอร์โมนชนิดนี้จะมีผลไปกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ต่ำลง ซึ่งจะทำให้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยง่ายขึ้น เพราะระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ที่สำคัญก็คือ เมื่อระบบภูมิคุ้มกันถูกกดให้ต่ำลงเป็นระยะเวลานาน เพราะมีความเครียดเกิดขึ้นบ่อยๆ โอกาสที่จะเกิดมะเร็งก็มีมากขึ้น

ดนตรีมีอิทธิพลในการผ่อนคลายความเครียดและมีอิทธิพลต่อสุขภาพของร่างกาย เมื่อหลายปีก่อนมีการทดลองว่า ดนตรีมีอิทธิพลต่อพืชและต้นไม้อย่างไร โดยการเปรียบเทียบต้นไม้ในเรือนปลูกต้นไม้ 3 หลัง ต้นไม้ในเรือนปลูกต้นไม้ทั้ง 3 หลังได้รับปุ๋ย น้ำ และแสงแดดเท่าเทียมกัน แต่ข้อแตกต่างคือ เรือนแรกไม่มีดนตรีให้ต้นไม้ฟัง เรือนที่ 2 มีดนตรีประเภทร็อกและแจ๊สฟัง โดยการนำลำโพงไปไว้ในเรือนปลูกต้นไม้หลังที่ 2 และเรือนที่ 3 มีดนตรีประเภทเย็นๆ เบาๆ เปิดให้ต้นไม้ฟัง

ต้นไม้ในเรือนปลูกต้นไม้หลังแรกเติบโตตามปกติ ในขณะที่ต้นไม้ในเรือนปลูกต้นไม้หลังที่ 2 เติบโตและแข็งแรงเกินกว่าดนตรีประเภทร็อกและแจ๊ส ต้นไม้ในเรือนปลูกต้นไม้หลังที่ 3 เจริญงอกงามมากกว่าปกติ ถึงแม้ต้นไม้จะไม่ได้รับฟังเสียงเหมือนมนุษย์ แต่ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า ดนตรีมีผลต่อต้นไม้เหล่านั้น ถ้าหากดนตรีมีอิทธิพลต่อต้นไม้ดนตรีก็น่าจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์ด้วย เมื่อปี 1993 มีรายงานการวิจัยจากมหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนีย ที่เมืองเออร์ไวน์ (Irvine) บ่งชี้ว่า นักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมีไอคิว (I.Q.) เพิ่มขึ้นถึง 9 จุด หลังจากฟังเพลงงานประพันธ์ของโมซาร์ท (Mozart) เป็นเวลา 10 นาที แต่ไอคิวที่เพิ่มขึ้นมานั้น จะหายไปหลังจากเวลาผ่านไป 15 นาที

เมื่อปี 1979 มีงานวิจัยจากฟิลาเดลเฟีย เปรียบเทียบอิทธิพลของดนตรีประเภทร็อกและแจ๊ส กับดนตรีประเภทเย็นๆ เบาๆ ต่อคนไข้ที่เตรียมจะเข้าห้องผ่าตัด ปรากฏว่าคนไข้ที่ได้ฟังเพลงเย็นๆ

เบาๆ จะมีความกระวนกระวายใจน้อยกว่าคนไข้ที่ได้ฟังเพลงประเภทร็อกและแจ๊ส ในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ มีการบันทึกถึงการใช้ดนตรีในการบำบัดไว้มากมาย เช่น โฮเมอร์ (Homer) แนะนำให้ใช้ดนตรีเพื่อหลีกเลี่ยงจากอารมณ์ที่ไม่ดีต่างๆ เช่น ความโกรธ ความเสียใจ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันโฮเมอร์แนะนำให้ใช้ดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับร่างกายและจิตวิญญาณ

ปีทาโกรัส (Pythagoras) เล่นเครื่องดนตรีโบราณชนิดหนึ่งที่คล้ายกับกีตาร์ (Lyre) เมื่อเริ่มรู้สึกว่ามีอารมณ์หงุดหงิด เมื่อถูกซักถามเขาก็ตอบว่าดนตรีจะช่วยทำให้ใจเย็นลง และหายจากอารมณ์บูดเบี้ยวหรือหงุดหงิด คนกรีกสมัยโบราณเชื่อว่าปีทาโกรัส มีอุปนิสัยและความประพฤติที่ดีงาม ก็เพราะการใช้ดนตรีในการขัดเกลาอารมณ์

ทีโอฟราสตัส (Theophrastus) แนะนำให้ใช้การเป่าขลุ่ยเพื่อรักษาโรคชัก (epilepsy) หรือโรคลมบ้าหมู เขาเชื่อว่าการเป่าขลุ่ยเหนือบริเวณที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากอาการของเส้นประสาทบางส่วน จะช่วยให้หายจากอาการเหล่านั้นได้ ขงจื๊อเชื่อว่าดนตรีมีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่มีความสุขขึ้น ชาวสปาร์ตัน (Spartans) มีธรรมเนียมโบราณที่ใช้ดนตรีจากการเป่าขลุ่ย เพื่อระงับความโกรธของทหารในกองทัพ

ชาวเปอร์เซีย และชาวฮีบรูว์ (Hebrew) หรือชนชาติยิวในสมัยโบราณ ใช้ดนตรีเป็นสิ่งที่ช่วยบำบัดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ แต่ในปัจจุบันเชื่อว่าเขาและกองทัพฝรั่งเศสแพ้ต่อกองทัพรัสเซียก็เพราะดนตรีของกองทัพรัสเซีย และความหนาวในฤดูหนาว

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่า การฟังดนตรีจะช่วยผ่อนคลายอารมณ์ และการร้องเพลงจะช่วยทำให้ร่างกายหลั่งสารฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งจะมีส่วนช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป และจะช่วยผ่อนคลายความเครียดด้วย ไม่ว่าเสียงของท่านจะเพราะหรือไม่ ถ้าท่านเปลี่ยนเสียงร้องเพลงออกมาก็จะทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายได้ ด้วยเหตุนี้ชาวญี่ปุ่นถึงคิดเครื่องคาราโอเกะเพื่อผ่อนคลายความเครียดหลังเลิกงาน ก็หวังว่าหลายๆ ท่านคงจะหันมาร้องเพลงเพื่อผ่อนคลายความเครียดกันบ้างนะครับ

การฝึกปฏิบัติทำจิตใจให้สงบเพื่อผ่อนคลายความเครียด

ในช่วงทศวรรษที่ 1960 เป็นช่วงเวลาของการชุมนุมเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง สังคม และศาสนาในสหรัฐอเมริกา ในช่วงนั้นเรียกได้ว่าเป็นช่วงเวลาของพวกฮิปปี้ การอยู่ร่วมกันแบบชุมชนที่พึ่งตนเอง (communes) การต่อต้านสงครามเวียดนาม และการทำสมาธิชนิดที่

เรียกว่า Transcendental Meditation (TM) TM อาจจะถูกมองว่าเป็นการปรับประยุกต์ของวิธีการฝึกโยคะที่เรียกว่า Mantra Yoga เพื่อให้เข้ากับวัฒนธรรมของชาวตะวันตก TM แตกต่างจากการสะกดจิตไม่ว่าจะโดยผู้อื่น หรือโดยตนเอง

หลังจากที่ TM ถูกนำเสนอในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ไม่นาน Robert Wallace และ Herbert Benson วิเคราะห์และสังเกตวิธีการของ TM อย่างละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้เครื่องมือที่จะบันทึกความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร อุณหภูมิของร่างกาย และคลื่นสมอง นอกจากนี้ยังวัดปริมาณการใช้ออกซิเจน และการกำจัดคาร์บอนไดออกไซด์ ผลจากการศึกษาวิเคราะห์สรุปว่า มีปริมาณการใช้ ออกซิเจนที่น้อยลง ปริมาณของ lactate ในกระแสโลหิตลดลง และคลื่นสมอง alpha เพิ่มขึ้น เนื่องจากสิ่งต่างๆ ที่ตรวจวัดได้นี้ เกี่ยวข้องกับความเครียดและความกระวนกระวายใจ Wallace และ Benson จึงสรุปว่า TM มีประโยชน์ในการผ่อนคลายความเครียด

ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ถึงเทคนิคต่างๆ ในการผ่อนคลาย รวมทั้งการฝึกปฏิบัติทำจิตใจให้สงบ นักวิจัยค้นพบว่าสิ่งหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นในความนึกคิดของผู้ฝึกปฏิบัติ คือการใช้มนภาพ การเรียนรู้เพื่อใช้มนภาพในการฝึกผ่อนคลาย ผู้ปฏิบัติจะต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบเงียบ เพื่อไม่ให้เกิดการรบกวน ผู้ปฏิบัติจะนึกถึงทัศนียภาพ บรรยากาศซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลาย ท่านอาจจะนึกถึงชายหาด ซึ่งท่านเคยไปสัมผัสบรรยากาศซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย หรือบนภูเขา หรือทุ่งกว้าง ชายป่า ซึ่งท่านเคยไปแล้วรู้สึกสบายใจ

สิ่งหนึ่งที่จะช่วยในการปฏิบัติทำจิตใจให้สงบเพื่อผ่อนคลายความเครียด คือการใช้ดนตรีที่จะช่วยทำให้จิตใจสบายและเกิดการผ่อนคลาย หรืออาจจะใช้เสียงธรรมชาติเช่นเสียงฝนตกปรอยๆ คลื่นกระทบฝั่ง เสียงลมพัด เสียงสนต้อลม เป็นต้น เสียงต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยทำให้เกิดความสงบในจิตใจ และเกิดการผ่อนคลายได้เร็วขึ้น

เกิดอะไรขึ้นในร่างกายเมื่อฝึกปฏิบัติทำจิตใจให้สงบ? จากการศึกษาวิจัยทางการแพทย์พบว่า ชีพจรเต้นช้าลง การหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง และคลื่นสมอง alpha ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการผ่อนคลาย เพิ่มความถี่มากขึ้น สารเคมี lactate ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับความกระวนกระวายใจ ลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาที มีงานศึกษาวิจัยหลายๆ ชิ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลง หลังจากฝึกปฏิบัติการทำจิตใจให้สงบเป็นระยะเวลา 20 นาที ทุกเช้า และทุกเย็น

นายแพทย์ Anthony Jones หัวหน้าทีมวิจัยของศูนย์ Manchester Rheumatism ที่เมือง Salford และที่โรงพยาบาล Hammersmith กรุง London ได้ค้นพบว่า ผู้ที่ฝึกปฏิบัติทำจิตใจให้สงบ จะทำให้สมองส่วนหน้าคือ Frontal lobe หลั่งสารฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งจะช่วยให้ทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าปกติ นายแพทย์ Anthony Jones ซึ่งเป็นอาจารย์อาวุโสของมหาวิทยาลัย Manchester กล่าวว่า การค้นพบนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ที่เป็นโรคไขข้ออักเสบ โรคเมะเร็ง และโรคปวดหลัง โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด ทีมวิจัยของนายแพทย์ Anthony Jones ใช้เครื่องตรวจที่เรียกว่า Positron Emission Tomography (P.E.T. Scan) ซึ่งทำให้ค้นพบว่า Frontal lobe เป็นส่วนที่หลั่งสารฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินออกมา

ในภาวะแห่งความสับสนและวุ่นวาย ถ้าหากท่านจะหาเวลาฝึกทำจิตใจให้สงบ ก็จะช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มากทีเดียว

เอกสารอ้างอิง

1. Rice PL. **Stress and Health: Principles and Practice for Coping and Wellness**, 1987. Brooks/Cole Publishing Company, a division of Wadsworth, Inc., Belmont, California 94002, U.S.A.
2. Nelson ER. **Eight Secrets of Health**, 1991. Thailand Publishing House, Bangkok 10116, Thailand.
3. Seligman MEP. **Learned Optimism**, 1991. Alfred A. Knopf, New York, U.S.A.
4. Eliot RS, Breo DL. **Is It Worth Dying For?** 1984. Bantam Books, a division of Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc., New York, 10103, U.S.A.
5. Nedley N. **Proof Positive: How to Reliably Combat Disease and Achieve Optimal Health through Nutrition and Lifestyle**, 1999. Neil Nedley Publication, OK 73401, U.S.A.
6. Berk LS, Tan SA, Fry WF, Napier BJ, Lee JW, Hubbard RW, Lewis JE, Eby WC. **Neuroendocrine and Stress Hormone Changes During Mirthful Laughter.** The American Journal of The Medical Sciences. December 1989, Vol. 296, No. 7.
7. Wallis C, Galvin RM, Thompson D. **Stress! Seeking Cures for Modern Anxieties.** Time Magazine, June 6, 1983.

8. National Dairy Council. **Nutritional Demands Imposed by Stress.** Dairy Council Digest, Vol. 51, No. 6, November-December 1980.
9. MacClelland DC. **Music in the Operating Room.** AORN Journal, February 1979, Vol. 29, No. 2.
10. Cousins N. **Anatomy of An Illness (As Perceived by the Patient).** The New England Journal of Medicine, December 23, 1976, Vol. 295, No. 26.

ภาวะนอนไม่หลับ

(Insomnia)

นายเพชร บัวบาน (Petch Buaban)*

บทคัดย่อ

โรคนอนไม่หลับหรือ insomnia เป็นภาวะที่มีความลำบากในการนอนหลับ ทั้งตั้งแต่เริ่มจะนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับ ยังรวมถึงคุณภาพของการนอนหลับ ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่าง ๆ ต่อสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวัน โรคนอนไม่หลับเกิดได้จาก 3 ปัจจัย คือ predisposing, precipitating และ perpetuating factor รวมถึงสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้มีการศึกษาและนำเสนอ model เพื่ออธิบายสาเหตุของการนอนไม่หลับทั้ง cognitive และ physiologic model ซึ่งสามารถจำแนกการนอนไม่หลับตาม The International Classification of Sleep Disorders ได้ 11 ชนิด แต่อย่างไรก็ดีเพื่อความเข้าใจง่ายเราจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ primary insomnia และ secondary insomnia ซึ่งในการรักษาจะต้องหาสาเหตุของ secondary insomnia เป็นอันดับแรก และเลือกการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่มีผลต่อการนอนไม่หลับ หากต้องใช้ยารักษาต้องวินิจฉัยและพิจารณาแนวทางการรักษาให้ดี และเลือกยาที่เหมาะสมว่าจะเป็นแบบออกฤทธิ์เร็วและมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย initiating sleep insomnia หรือแบบ longer-acting agent ซึ่งจะช่วยให้การหลับยาวนานขึ้น

บทนำ

โรคนอนไม่หลับหรือ insomnia เป็นภาวะที่เกิดเข้าไปเข้ามาของความลำบากทั้งเริ่มจะนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ หรือมีอาการหลับ ๆ ตื่น ๆ ยังรวมถึงคุณภาพของการนอนหลับ ถึงแม้ว่าระยะเวลาการนอนจะเพียงพอแต่ถ้าส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่าง ๆ เช่น ง่วงซึม การทำงานไม่มีประสิทธิภาพในเวลากลางวัน เหนื่อยเมื่อยล้า ก็จัดเป็นโรคนอนไม่หลับเช่นกัน

พยาธิสรีรวิทยา

Spielman ได้สร้างทฤษฎีต้นแบบ (รูปที่ 1) กล่าวว่าโรคนอนไม่หลับเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ predisposing, precipitating และ perpetuating factor

1. Predisposing factors เป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและระบบประสาทชีววิทยาที่ผู้ป่วยรายนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนอนไม่หลับ โดยมี precipitating factor (เช่น ยา สังคมแวดล้อม

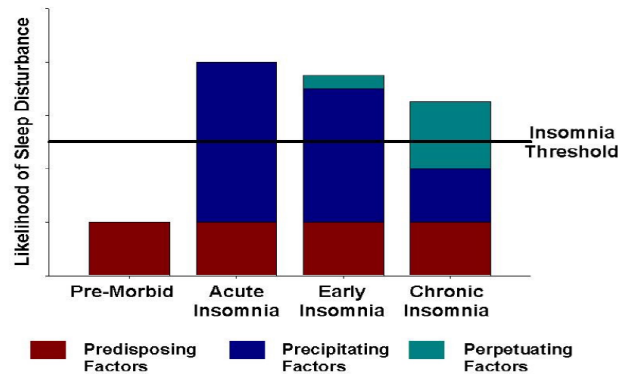
* นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลสามโคก จังหวัดปทุมธานี

หรือจิตใจ) เป็นตัวกระตุ้น ซึ่งในแต่ละคนจะมีความไวทางพันธุกรรมในการรับตัวกระตุ้นแตกต่างกันออกไป เช่น caffeine, แสง และความเครียด ตัวอย่างการศึกษาหนึ่งพบว่า adenosine 2A receptor gene (ADORA2) ที่แตกต่างกันทำให้มีความไวของ caffeine ต่อการนอนหลับที่ต่างกัน ADORA2A 1083T>C genotype เป็นตัวบ่งชี้ว่า caffeine เหนียวน้ำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระแสไฟฟ้าในสมอง (เพิ่ม beta activity) ระหว่างการนอนหลับคล้ายกับที่สังเกตพบในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ นอกจากนี้ circadian clock genes (Clock, Per2) เป็นยีนที่ควบคุมศูนย์ควบคุมการทำงานของร่างกายให้เป็นรอบ 24 ชั่วโมง (circadian rhythm) ตัวอย่างเช่น เมื่อเกิด mutation หรือ functional polymorphism ที่ clock gene (Per2) จะทำให้เกิด circadian rhythm disorders เช่น advance sleep phase syndrome (นอนหลับและตื่นขึ้นในตอนเช้าเร็วกว่าปกติ), delayed sleep phase syndrome (นอนหลับและตื่นในตอนเช้าช้ากว่าปกติ) ยังมีการศึกษาที่ศึกษาถึงความเกี่ยวข้องกันของ Clock gene polymorphisms และโรคนอนไม่หลับ พบว่าอัตราการเกิดซ้ำของโรคนอนไม่หลับทั้งในช่วงเริ่มต้น ช่วงกลาง และในช่วงท้ายของการนอนไม่หลับสูงกว่าในผู้ป่วยที่มี homozygous ของ Clock genotype

Missense mutation ยังถูกพบในผู้ป่วยมีโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia) ซึ่งพบว่ามียีนที่ถอดรหัสของ GABA-A beta 3 subunit และ polymorphisms ใน serotonin receptor transporter gene อาจควบคุมความสามารถในการรับความเครียดของแต่ละคน หรือความไวของการเกิดอาการซึมเศร้าได้ serotonin เป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญต่อกลไกของการกระตุ้น (arousal mechanism) และถ้ายับยั้ง 5-HT2 receptor จะช่วยทำให้เกิด slow wave sleep ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องทั้งภาวะมีสิ่งเร้ามากเกินไป (hyperarousal) และโรคนอนไม่หลับ

2. Precipitating factors จากการศึกษาแบบย้อนกลับ (retrospective study) ของ Morin และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับพบว่าร้อยละ 78 สามารถชี้ถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคนอนไม่หลับได้ และพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการตอบสนองต่อความเครียดเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่ โรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล ตารางเวลาการนอนที่เปลี่ยนไป ยา การงาน สุขภาพ และครอบครัว โดยเฉพาะสามปัจจัยหลังเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย

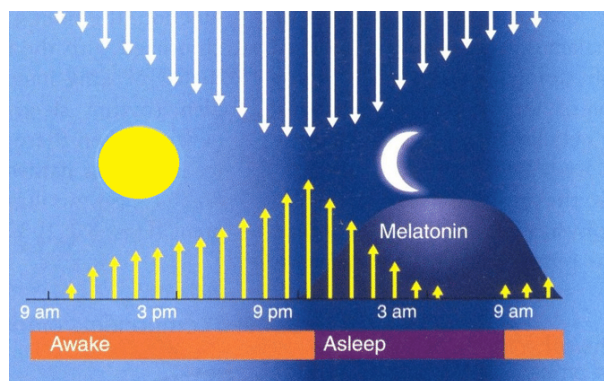
3. Perpetuating factors เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ากลไกทางพฤติกรรมและการรับรู้ทำให้เกิดโรคนอนไม่หลับได้ถาวร กลไกทางด้านการรับรู้ ได้แก่ ความคิดที่ผิดไปเกี่ยวกับการนอนที่ปกติและมีความกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับการนอน ทำให้ผู้ป่วยย่ำคิดเกี่ยวกับการนอนหรือพยายามมากเกินไปที่จะทำให้หลับ จึงสร้างเป็นพฤติกรรมที่ผิดกลายเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง (vicious cycle)



รูปที่ 1 ทฤษฎีต้นแบบของปัจจัยการเกิด acute และ chronic insomnia (ดัดแปลงจาก Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB: A behavioral perspective on insomnia treatment. Psychiatr Clin North Am. 1987 Dec; 10 (4): 541-53)

กลไกของการหลับและตื่น

การควบคุมการหลับและตื่น ประกอบด้วย 2 กระบวนการคือ homeostatic และ circadian (รูปที่ 2) โดย homeostatic process เป็นแรงขับทำให้เกิดการนอน มีอิทธิพลมาจากระยะเวลาของการตื่นนอน ขณะที่ circadian process จะส่งสัญญาณการกระตุ้นของเครือข่ายสายใยประสาท ทำให้เกิดการตื่นขึ้น



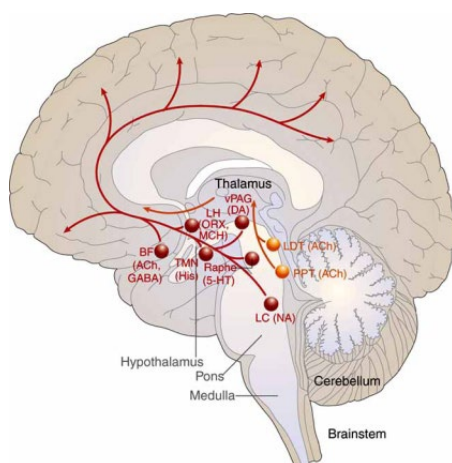
รูปที่ 2 วงจรการนอนหลับและตื่นนอน

ที่มา: How to Sleep: CBT for Insomnia : Chris Aiken, M.D. Last updated 07 Dec, 2020

Suprachiasmatic nucleus (SCN) เป็นตำแหน่งที่รับตัวกระตุ้นจากภายนอกในวงจรความมืดและสว่าง เมื่อ retinal ganglion cells รับแสงแล้วจะแปลงเป็นสัญญาณผ่าน retinohypothalamic tract ไปกระตุ้นที่ SCN และมีหลาย synaptic pathway จาก SCN ไปที่

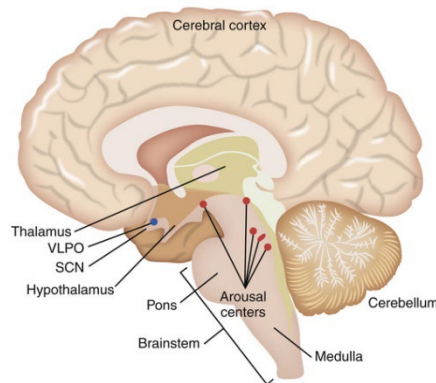
pineal gland (ที่มีการสังเคราะห์ melatonin) โดยแสงจะยับยั้งการสร้าง แต่ความมืดจะกระตุ้นการสร้าง melatonin โดยจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 20.00 – 22.00 น. แต่จะสูงที่สุดเวลา 2.00 – 4.00 น. จากนั้นค่อย ๆ ลดลง โดย melatonin จะจับอย่างจำเพาะเจาะจงกับ melatonin receptors, MT1 ซึ่งจะทำให้เกิดสัญญาณในการตื่นน้อยลง และจับกับ MT2 จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า phase shifting ที่ SCN clock สำหรับสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตื่นคือ tuberomammillary nucleus (TMN) ใน posterior hypothalamus ที่มี histamine neurons ส่งสัญญาณกระตุ้นผ่านเข้าไปในใยประสาทไปที่ brainstem arousal centers ที่ประกอบไปด้วย locus coeruleus (LC) (norepinephrine), dorsal raphe nuclei (DRN) (serotonin), ventral tegmental area (VTA) (dopamine) และ basal forebrain (acetylcholine) ซึ่งจากศูนย์กลางเหล่านี้จะส่งใยประสาทกระจายไปยัง cortical areas ที่ทำให้เกิดการตื่นขึ้น (รูปที่ 3) นอกจากนี้ TMN ยังยับยั้งในส่วนของสมองส่วนที่ทำให้เกิดการหลับ เช่น anterior hypothalamus เป็นต้น เช่นเดียวกับกับ brainstem arousal regions ก็ยับยั้งที่เดียวกัน

Adenosine เป็นสารสื่อประสาทที่สะสมอยู่ในสมองช่วงที่ตื่นนอนเป็นเวลานานและมีฤทธิ์ยับยั้งบริเวณสมองที่ทำให้ตื่นใน posterior hypothalamus และ basal forebrain ส่วน acetylcholine ใน basal forebrain จะมีใยประสาทกระจายไปที่ cortical areas และ TMN ช่วยทำให้เกิดการตื่นขึ้น



รูปที่ 3 ระบบการทำงานของ ascending arousal system (ดัดแปลงจาก Saper et al. Hypothalamic Regulation of Sleep and Circadian Rhythms. Nature 2005; 437: 1257-1263)

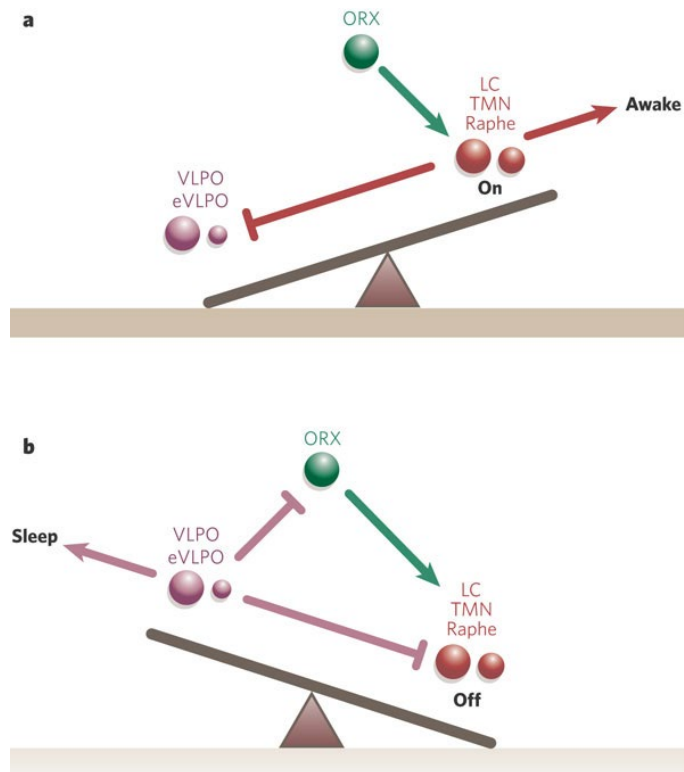
anterior hypothalamus รวมถึง ventrolateral preoptic nucleus (VLPO) (รูปที่ 4) มีสารสื่อประสาท GABA และ peptide galanin ซึ่งสารทั้งสองชนิดมีฤทธิ์ในการยับยั้งและช่วยให้เกิดการนอนหลับ จากสมองส่วนนี้จะมีใยประสาทไปที่ TMN และ brainstem arousal regions เพื่อยับยั้งการตื่นนอน



รูปที่ 4 ระบบประสาทของ ventrolateral pre-optic nucleus ที่ส่งใยประสาทแบบยับยั้งไปที่ arousal system (ดัดแปลงจาก Saper et al. Hypothalamic Regulation of Sleep and Circadian Rhythms. Nature 2005;437: 1257-1263)

Saper และคณะเสนอ flip-flop switch model ของการควบคุมการหลับและตื่น (รูปที่ 5) ประกอบไปด้วยเครือข่ายใยประสาทสองกลุ่มที่ยับยั้งซึ่งกันและกัน กลุ่มแรก คือ การนอนหลับ ประกอบด้วย VLPO และการตื่นประกอบด้วย TMN histaminergic neurons และ brainstem arousal regions (DRN serotonergic neurons, VTA dopaminergic neurons และ LC noradrenergic neurons) เช่น เมื่อมีการกระตุ้นของกลุ่มประสาทอันหนึ่งที่มากกว่าเล็กน้อย กลุ่มประสาทอีกอันหนึ่งก็จะเพิ่มฤทธิ์ยับยั้งไปยังกลุ่มประสาทอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อให้เกิดความสมดุลซึ่งเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนสถานะได้อย่างรวดเร็ว (fast transition)

Hypocretin neurons ในส่วนของ posterolateral hypothalamus จะทำงานช่วงตื่นนอนและมีใยประสาทไปยัง arousal systems โดยที่ hypocretin neurons มีปฏิสัมพันธ์กับทั้ง sleep-active และ sleep-promoting systems รวมทั้งทำหน้าที่เป็นตัวทำให้เกิดเสถียรภาพ (stabilizer) ระหว่าง wakefulness-maintaining และ sleep-promoting systems เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงสถานะที่ไม่เหมาะสมหรือรวดเร็วเกินไปของทั้งสองระบบ เช่น ผู้ป่วย narcolepsy with cataplexy มากกว่าร้อยละ 90 ที่สูญเสีย hypocretin neurons ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีภาวะหลับหรือตื่นไม่คงที่ร่วมกับ NREM/REM sleep ถูกรบกวนให้ตื่นเป็นพัก ๆ



รูปที่ 5 flip-flop switch model (ดัดแปลงจาก Saper C et al. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. Nature 2005; 437: 1257-1263.)

นอกจากนี้ยังมีการเสนอเกี่ยวกับ cognitive และ physiologic model โดย cognitive model มีผลให้มีความกังวลเกี่ยวกับความเครียดในชีวิตจนขัดขวางการนอน และจากการขัดขวางการนอนก็จะทำให้เกิดความกังวลอื่น ๆ ตามมาจนกลายเป็นวัฏจักรเกิดซ้ำไปมา เช่น ความเครียดจากการหย่าทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดการทำงานได้ไม่ดี และก็เครียดจากที่ทำงานได้ไม่ดี ก็ทำให้นอนไม่หลับด้วยอาการครุ่นคิดช่วงเวลาที่จะนอน physiologic model แนะนำว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีเมตาบอลิสมมากกว่าคนทั่วไป อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า และขณะหลับเมตาบอลิสมของกลูโคสในสมองมากกว่า จึงส่งผลให้เกิดการนอนไม่ค่อยหลับ physiologic model ยังบอกเป็นนัยว่ามีความไม่สมดุลระหว่างสารสื่อประสาทของการนอนหลับและตื่น เช่น สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการตื่น ทำงานมากกว่า

ความชุก

World Health Organization (WHO) รายงานถึงความชุกพบประมาณร้อยละ 27 ที่ complaint ว่านอนไม่หลับ ส่วนความชุกของ chronic insomnia ในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย 1.2-2.0 เท่า โดยในการศึกษาหนึ่งของ Strine และคณะพบว่าผู้หญิงที่มีปัญหาที่สัมพันธ์กับประจำเดือน เช่น ปวดประจำเดือน หงุดหงิด ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากกว่า 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว และในปัจจุบันปัจจัยด้านสังคมและประสาทชีววิทยา (neurobiologic factors) ทำให้ความชุกในผู้หญิงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ chronic insomnia ยังพบเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นจึงพบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งอาจเนื่องมาจากความเครียดทางสังคม จิตใจ การสูญเสีย และโรคประจำตัวผู้ป่วย จากข้อมูลทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่าความชุกของ chronic insomnia เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 50 จากเดิมในผู้ใหญ่ ร้อยละ 25 (Strine, T. W., et al. (2005). Prevalence and correlates of insomnia disorders in the United States: Results from the National Sleep Foundation Sleep in America Survey. Sleep, 28(10), 1037-1044.)

การจำแนกโรคนอนไม่หลับ

ตามที่ The International Classification of Sleep Disorders แบ่งออกเป็น 11 ชนิด คือ

- Adjustment insomnia (acute insomnia)
- Chronic insomnia
- Psychophysiologic insomnia (primary insomnia)
- Paradoxical insomnia
- Insomnia due to medical condition
- Insomnia due to mental disorder
- Insomnia due to drug or substance abuse
- Insomnia not due to substance or known physiological condition, unspecified
- Inadequate sleep hygiene
- Idiopathic insomnia
- Behavioral insomnia of childhood

แต่เพื่อความเข้าใจง่ายเราจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ

1. primary insomnia คือ การมีความยากลำบากในการเริ่มหรือคงสภาพการนอน (initiating or maintaining sleep) หรือมีการนอนที่รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน (nonrestorative sleep) เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน การนอนไม่หลับดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมีนัยสำคัญ (significant distress) หรือทำให้เกิดการเสียหน้าที่ในด้านสังคม ด้านอาชีพ หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ ความผิดปกติของการนอนนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงระยะที่เป็น narcolepsy, breathing-related sleep disorder, circadian rhythm Sleep disorder, parasomnias คือ กลุ่มของปรากฏการณ์ทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะหลับหรือมีการเป็นมากขึ้นในขณะหลับ ปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด (acute ไม่เป็นที่ต้องการ (undesirable) และเกิดเป็นครั้งคราว (episodic) หรือโรคทางจิตเวชใด ๆ นอกจากนี้การนอนไม่หลับดังกล่าวไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารบางอย่าง แต่จากการศึกษาวิจัยอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ได้รับสิ่งกระตุ้นมานาน หรืออาจเป็นเพราะข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อดังนี้

- มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนมากเกินไป
- มีความยากที่จะเริ่มนอนเมื่อต้องการจะนอนหรือวางแผนไว้แล้วว่าจะนอน แต่จะหลับง่ายเมื่อทำกิจกรรมที่เป็นประจำโดยที่ไม่ได้ตั้งใจจะนอนหลับ
- นอนหลับในสถานที่อื่นได้ง่ายกว่านอนที่บ้าน
- มีแรงกระตุ้นทางจิตใจบนเตียงนอน ทั้งด้านความคิดหรือการรับรู้ที่ไม่สามารถหยุดการทำงานของจิตใจต่อการนอนหลับได้ตามต้องการ
- ภาวะตึงเครียดทางด้านร่างกายสูงที่เตียงนอน ส่งผลให้รับรู้ว่าจะไม่สามารถผ่อนคลายร่างกายเพียงพอที่จะเริ่มการนอนหลับได้
- การรบกวนการนอนที่ไม่สามารถอธิบายด้วยความผิดปกติการนอนอื่น ๆ โรคประจำตัวของผู้ป่วย การใช้ยา หรือความผิดปกติจากสารที่ทำให้เกิดการเสพติด

2. Secondary insomnia อาจมีหลายสาเหตุ ได้แก่

- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene)
- โรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่ขัดขวางการหลับ เช่น อาการปวด ไอ หายใจลำบาก หรือ restless legs syndrome เป็นต้น
- ยาหรือสารเคมีอื่น ๆ เช่น caffeine, alcohol, nicotine
- ความเครียดหรือแรงกดดันทางสังคม
- โรคทางจิตเวช เช่น ความกังวล (ร้อยละ 24-36) หรือโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 14-31) โดยความกังวลเป็นโรคทางจิตเวชที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับบ่อยที่สุด

การนอนไม่หลับส่วนใหญ่เป็น secondary insomnia ที่มีสาเหตุ ซึ่งความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ความเครียดที่ทราบกันแล้วว่าทำให้เกิดการนอนไม่หลับได้แก่ ความเศร้าโศกเสียใจ การเปลี่ยนตารางการนอนหรือสภาวะแวดล้อม ความโดดเดี่ยว งานหรือครอบครัวที่มีผลทำให้เกิดความเครียด

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยประวัติการนอน การใช้ยา ประวัติทางสังคม ประวัติทางจิตเวช เช่น ช่วงเวลานอนไม่หลับ ตารางเวลาการนอน สภาพแวดล้อมในห้องนอน ก่อนนอนทำอะไรบ้าง เช่น อ่านหนังสือ หรือมีอาการโรคของความผิดปกติในการนอนร่วมด้วยหรือไม่ เช่น obstructive sleep apnea (มีอาการเช่น กรน หยุดหายใจเป็นระยะเวลานานผิดปกติ) restless legs syndrome หรือ periodic limb movement disorder (รู้สึกปวดเมื่อยขาเมื่ออนหรืออยู่เฉย แต่เมื่อเดินอาการจะดีขึ้น เวลาหลับจะเตะเป็นพักๆ) อีกทั้งอาการโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลก็ไม่ควรมองข้ามไปเช่นกัน ถ้ามีอาการนอนไม่หลับเป็นระยะเวลายาวนานหรือเกิดบางครั้งบางคราวก็อาจเป็นเพราะความเศร้าโศก เปลี่ยนงานใหม่ มีที่เรียนใหม่ เป็นต้น สำหรับยาที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ beta-blockers (propanolol, metoprolol) clonidine, theophylline, antidepressants (protriptyline, fluoxetine, bupropion, venlafaxine, duloxetine), oral corticosteroids (prednisolone, dexamethasone) decongestants (phenylpropanolamine, pseudoephedrine) และ stimulants (methylphenidate, dextroamphetamine, modafinil)

การวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับ ต้องอาศัยองค์ประกอบหลัก 3 อย่างด้วยกัน คือ

1. มีความยากที่จะเริ่มจะหลับหรือตื่นบ่อย และ/หรือเคยมีอาการที่ไม่สามารถกลับมาหลับได้เหมือนเดิม
2. มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด กัดดัน (distress) หรือเกิดความบกพร่องต่อส่วนสำคัญต่อการทำงานในชีวิต
3. มีโอกาสเพียงพอที่จะนอนหลับแต่ไม่หลับ

การรักษา

การประเมินผู้ป่วยนั้นควรหาสาเหตุของ secondary insomnia เป็นอันดับแรก เช่น โรคเมอเร็งต่อมลูกหมากทำให้ปัสสาวะไม่สุด เป็นเหตุให้ผู้ป่วยตื่นหลายครั้งต้องไปห้องน้ำ ดังนั้นต้องรักษาโรคต่อมลูกหมากโตและควรระวังการให้ยา diphenhydramine และ amitriptyline จะเพิ่มการ

คั้งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะยังทำให้อาการแย่ลงอีก5 สิ่งสำคัญอีกอย่างคือ ถ้ามถึงวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้มาก่อนเวลานอนไม่หลับ ทางเลือกของการรักษาที่ดีที่สุดอันดับแรก คือ การรักษาโดยไม่ใช้ยา และถ้าเป็นไปได้ควรใช้ยาให้เป็นแรงกระตุ้นของการรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

จุดประสงค์หลักของการไม่ใช้ยาคือให้มีสุขอนามัยของการนอนที่ดี โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่มีผลต่อการนอนไม่หลับ คือ พิจารณาพฤติกรรมใดที่ควรหลีกเลี่ยง หรือพฤติกรรมใดควรจะทำ เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และนิโคตินโดยเฉพาะเวลาใกล้นอน หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน การใช้นาฬิกาปลุกในห้องนอน หรือออกกำลังกายช่วงบ่ายๆ ของวัน หรือช่วงเย็นมากๆ (น้อยกว่า 6 ชั่วโมงก่อนนอน) Caffeine และ nicotine เป็นยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการตื่น ขณะที่แอลกอฮอล์มีรายงานว่าเคยใช้ช่วยให้หลับ จากการสำรวจของ National Sleep Foundation poll คิดเป็นร้อยละ 11 ในปี 2005 อาจเป็นเพราะแอลกอฮอล์จับกับ GABA receptors แล้วช่วยส่งเสริม sleep-onset แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงแอลกอฮอล์กระตุ้นให้ตื่นขึ้นได้ และกุดการนอนในระยะ rapid eye movement (REM) sleep ซึ่งช่วยหาระยะเวลาของการนอนเหมาะสมแต่เป็นการนอนหลับที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ถึงอย่างไรก็ตามก็ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์เพราะมีโทษมากกว่าผลดี การนอนกลางวันก็จะทำให้การเริ่มนอนเพิ่มขึ้น คือ นอนดึกขึ้นแต่ทำให้หลับลึกลดลง การใช้นาฬิกาปลุกอาจทำให้เกิดความกังวลที่ต้องมองดูเวลาเข้าไปเข้ามากังวลเรื่องเวลา ก็อาจทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับได้ ผู้ป่วยควรรักษาวงจรการหลับการตื่นให้เป็นปกติเป็นไปตามธรรมชาติ ออกกำลังกายเป็นประจำและออกกำลังกายในช่วงเช้า สร้างสภาพแวดล้อมของการนอนให้ดูสบาย เช่น เป็นห้องมืด เงียบ หรือการผ่อนคลายที่ทำก่อนนอนเป็นประจำ ไม่ดูทีวีหรืออ่านหนังสือในห้องนอน

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาต้องร่วมกับการแนะนำสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดีด้วยเสมอ เพราะในระยะยาวผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงยาอย่างเดียว จุดประสงค์ของการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้เร็วขึ้น ลดการตื่นกลางดึก หรือเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น และการทำงานในตอนกลางวันดีขึ้นโดยปราศจากผลข้างเคียง

ยานอนหลับในอุดมคติต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เหนื่อยง่ายให้เกิดการหลับได้อย่างรวดเร็ว
 2. ไม่มีผลต่อวงจรการนอนหลับ เช่น ไม่ก่อดการนอนระยะ REM sleep
 3. ทำให้ผู้ป่วยนอนได้เพียงพอโดยที่หลังจากตื่นไม่มีอาการง่วงซึม (free of residual effect) เมื่อต้องการตื่น เช่น zolpidem, zaleplon, triazolam, eszopiclone, ramelteon
 4. ไม่มีผลทำให้เกิดการติดยา หรือทนยาไม่ได้ หรือทำให้ถ่ายปัสสาวะ สำหรับแนวทางการให้ sedative-hypnotics มีดังนี้
 1. ต้องวินิจฉัยก่อนว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับหรือไม่ แล้วทำการรักษาให้เหมาะสมตามภาวะนั้น ๆ
 2. ถ้าเริ่มให้ยา ให้ในขนาดต่ำที่สุดก่อนและค่อยเพิ่มขนาดยาตามการตอบสนองในผู้ป่วยแต่ละราย
 3. ให้ยาเป็นระยะเวลาที่สั้นที่สุดและ/หรือให้แบบไม่ต่อเนื่อง เช่น ให้ก่อนนอน เว้นก่อนนอนระยะเวลาการให้ควรให้ไม่นานไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ เช่น zolpidem และ zaleplon ให้ได้นานที่สุดคือ 30-35 วัน แต่ในกรณีที่ต้องใช้ในระยะยาวต้องทำการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด และให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรักษา
 4. ระวังการเพิ่มขนาดยา หรือในผู้ป่วยที่ไม่ยอมหยุดใช้ยาหรือลดขนาดยา เพราะอาจทำให้เกิดการติดยา
 5. การหยุดให้ยานอนหลับให้ค่อยๆ หยุดยาพร้อมสังเกตอาการถอนยาและ rebound insomnia
 6. ไม่ควรให้ร่วมกับแอลกอฮอล์เพราะจะทำให้เกิดการสงบระงับมากเกินไปหรืออาจกลายเป็น parasomnias
 7. Benzodiazepines ควรระวังการใช้ใน mild sleep apnea และหลีกเลี่ยงในผู้ป่วย moderate to severe sleep apnea จะทำให้อาการแย่ลง
 8. ให้ขนาดยาต่ำๆ ในผู้สูงอายุ และระวังการใช้เป็นพิเศษโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการเดินหรือมีประวัติการหกล้มบ่อยครั้ง
 9. ไม่ใช้ในหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
- ตารางที่ 1 สรุปรวบรวม sedative และ hypnotic agents ที่ FDA ขึ้นทะเบียนให้ใช้ ที่มีข้อบ่งใช้ยานอนหลับแต่ตารางที่ 2 เป็นยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนที่มีข้อบ่งใช้ยานอนหลับ

ตารางที่ 1 ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้เป็นยานอนหลับ

FDA-Approved Sedative-Hypnotic Agents by Mechanism of Action					
Medication	Duration of action	Onset	Half-life (hr)	Dose (mg)	
				Healthy adult	Elderly
Benzodiazepines					
Estazolam	Intermediate	Slow	10-24	1-2	0.5-1
Flurazepam	Long	Slow	50-98	15-30	Do not use
Quazepam	Long	Slow	39	7.5-15	Do not use
Temazepam	Intermediate	Slow	8-15	7.5-30	7.5
Triazolam	Short	Rapid	2-5	0.125-0.25	0.125
Nonbenzodiazepines					
Eszopiclone (Lunesta)	Intermediate	Rapid	5-7	2-3	1
Zolpidem (Ambien)	Short	Rapid	2-3	5-10	5
Zolpidem ER (Ambien CR)	Short	Rapid	3-4	6.25-12.5	6.25
Zaleplon (Sonata)	Ultrashort	Rapid	1	5-10	5
Melatonin agonist					
Ramelteon (Rozerem)	Short	Rapid	1-3	8	8
Histamine, antagonists					
Diphenhydramine	Intermediate	Intermediate	6	50	Do not use in elderly
Doxylamine	Intermediate	Intermediate	10	25-50	

Adapted from references 12 and 20.

ตารางที่ 2 ยาไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้เป็นยานอนหลับ

Non-FDA-Approved Sedative-Hypnotic Agents by Mechanism of Action			
Medication	Hypnotic dose (mg)	Antidepressant or anti-anxiety dose (mg)	
	Healthy adult	Elderly	Healthy adult
Benzodiazepines			
Clonazepam	0.5-1	0.5-1	0.5-1
Lorazepam	2-4	2-4	2-4
Melatonin agonist			
OTC melatonin	0.3-5	Lower	—
Histamine, antagonists			
Trazodone	0-100	25-50	150-600
Mirtazapine	7.5-15	15	7.5-45
Tricyclic antidepressants			
Amitriptyline	25-50	NR	100-200
Doxepin	25-50	NR	150-300

NR = not recommended.

การจะเลือกใช้ยานอนหลับได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ป่วย เกสซ์วิทยา และเภสัชจลนศาสตร์ของยา เช่น ยาที่ออกฤทธิ์เร็วและมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น เช่น zaleplon, triazolam เหมาะสำหรับผู้ป่วย sleep-onset หรือ initiating sleep insomnia คือ ถ้าความเข้มข้นของยาในร่างกายสูงก็จะทำให้ผู้ป่วยหลับได้นาน แต่ถ้าความเข้มข้นของยาดำผู้ป่วยก็จะตื่นได้อย่างรวดเร็ว

สำหรับยาที่ช่วยให้หลับได้นาน ให้ใช้ยาในกลุ่ม longer-acting agent เช่น extended-release zolpidem หรือ eszopiclone และในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับร่วมกับมีโรคซึมเศร้าให้เลือกใช้ mirtazapine, trazodone หรือ amitriptyline

บทสรุป

ควรพึงระลึกเสมอว่าการรักษาโรคนอนไม่หลับนั้น อันดับแรกต้องค้นหาว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือไม่ และควรเลือกการให้ยาเป็นอันดับรองจากการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายก็มีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เราได้กล่าวมาแล้วในช่วงต้นทั้งด้าน เกสชีววิทยา เกสซจลนศาสตร์ของยา ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น สำหรับประเทศไทย สารสกัดจากธรรมชาติที่ช่วยการนอนหลับเป็นความหวังเพื่อความปลอดภัยกว่าการใช้ยาช่วยการนอน เช่น สาร melatonin ซึ่งอาจช่วยการนอนหลับได้ในบางกรณี และสาร barakol ยังต้องการการศึกษาถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ขอบเขตการใช้ และติดตามผลข้างเคียงอย่างเป็นระบบในระยะยาวต่อไป แต่จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ปัจจุบัน การค้นคว้าวิจัยและพัฒนายานอนหลับมีเป้าหมายใหม่ของการรักษาคือ H3 receptor ซึ่งกำลังศึกษาวิจัยอยู่

เอกสารอ้างอิง

1. Walsh JK. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. J Clin Psychiatry. 2004;65(suppl 8):13-19.
2. Hohagen F, Kappler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, Berger M. Sleep onset insomnia, sleep maintaining insomnia and insomnia with early morning awakening-temporal stability of subtypes in a longitudinal study on general practice attenders. Sleep. 1994;17(6):551-554.
3. Passarella S, Duong MT. Diagnosis and treatment of insomnia. Am J Health Syst Pharm. 2008;65(10):927-934.
4. McCrae CS, Lichstein KL. Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities. Sleep Med Rev. 2001;5(1):47-61.
5. Bulyalert B. Effect of barakol on the central nervous system: Quantitative analysis of EEG in the rat. เชียงใหม่เวชสาร 2536; 32:191-6.
6. Thongsaard W, Deachapunya C, Pongsakorn S, Boyd EA, Bennet GW, Marsden CA. Barakol: a potential anxiolytic extracted from Cassia siamea. Pharmacol Biochem Behav 1996; 53: 753-8.

แวดวงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ



ประธานฯ เสนอให้ที่ประชุม
ได้ร่วมกันพิจารณาหารือในการ
เตรียมการจัดการประชุมวิชาการ ดังนี้

1. เรื่องสถานที่จัดการ
ประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 21 คณะกรรมการได้เห็นชอบให้ขอ
ใช้ห้องประชุมและสถานที่แสดง
นิทรรศการ/ผลงาน ณ ห้องประชุมของ
มหาวิทยาลัยเกริก ถนนรามอินทรา

เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถานที่ห้องประชุมและระบบเทคโนโลยี มีความพร้อมและ
ทันสมัย มีสถานที่จอดรถยนต์ ใกล้สถานีรถไฟฟ้า บุคลากรมีประสบการณ์ในการจัดการประชุมระดับ
นานาชาติ หลายครั้ง โดย รศ.สุพัฒน์ อีร
เวชเจริญชัย รับจะประสานงานเรื่องการ
ขอใช้สถานที่ และการขอความ
อนุเคราะห์ยกเว้นค่าเช่าห้องประชุม

2. พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ
ร่างโครงการประชุมวิชาการฯ
กำหนดการประชุม รวมทั้งรายชื่อ
หน่วยงานที่จะร่วมเป็นเจ้าภาพจัดการ
ประชุม รายชื่อวิทยากร รายละเอียด
เอกสารนำเสนอในที่ประชุม โดยสรุปตามโครงการ ดังนี้



ประชาสัมพันธ์
(ร่าง)

1. ชื่อโครงการ โครงการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 21

“สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลยภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อดำรงชีพอย่าง
มีคุณภาพและยั่งยืน”

2. หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าในปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน ซึ่งจะทำให้สังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) ประเทศไทยซึ่งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา ต้องเร่งเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุ จะมีผลกระทบในด้านต่างๆ อาทิ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย รวมทั้งผลกระทบด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ คือการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส เช่น การสูญเสียการได้ยินและการมองเห็น และความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม จึงต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปัจจุบันมีการพัฒนาการดูแลสุขภาพผ่านกลไกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyles Medicine) ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีพที่ครอบคลุมเรื่อง การจัดการความเครียด การให้ความสำคัญในเรื่องการนอนหลับพักผ่อน การลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ การจัดการเรื่องพฤติกรรมการบริโภค การให้ความสำคัญเรื่อง สัมพันธภาพ ในสังคม พฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสำคัญของสภาพแวดล้อม

ดังนั้น การที่จะเป็น **สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลยภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อดำรงชีพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน** ประชาชนจะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องมีความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนที่จะก่อให้เกิดปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่รวมพลังให้เกิดการเปลี่ยนแปลง กระบวนการดำเนินงาน สุขศึกษาน่าจะเป็นคำตอบที่ดีที่สุด เพราะสุขศึกษาเป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ ใ้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูล คิด วิเคราะห์ ประมวลความรู้นำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

อนึ่ง ในการประชุมนี้ทางสมาคมวิชาชีพสุขภาพจะมีการมอบโล่รางวัลเกียรติยศนักสุขภาพดีเด่นประจำปี 2565-2566 รวมทั้งมอบทุนการศึกษาแก่นักศึกษาระดับปริญญาตรี โท และเอก

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการบริหารและที่ปรึกษาสมาคมวิชาชีพสุขภาพร่วมกับสภาคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย สภาการสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยเอริก คณะสาธารณสุข-

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ กองสุศึกษา
กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
และมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์ จึงจัดประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 21 เรื่อง “สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลย
ภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อการดำรงชีพออย่างมีคุณภาพและยั่งยืน”

3. วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้บุคลากรด้านสุศึกษา ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากสถาบันการศึกษา
ผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐและเอกชน ภาควิชาและนักวิชาการอิสระ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในประชาคมสุขภาพต่างๆ ได้เข้าใจและตระหนักถึงการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) เพื่อให้บุคลากรด้านสุศึกษา ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากสถาบันการศึกษา
ผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐและเอกชน ภาควิชาและนักวิชาการอิสระ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในประชาคมสุขภาพต่างๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการ
เตรียมการ และแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

3) เพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลการวิจัย นวัตกรรม และผลงานดีเด่นด้าน
การพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

4. เนื้อหาการประชุม

- 1) สถานการณ์ผู้สูงอายุ นโยบาย และแนวคิดสู่สังคมที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุไทย
- 2) ภาวะคุกคามกับการสร้างสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ
- 3) รูปแบบสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- 4) AI -powered healthy ageing app
- 5) เวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

5. รูปแบบการประชุม

- 1). การบรรยาย อภิปราย
- 2). นำเสนอผลงานวิชาการ ผลการวิจัย และนวัตกรรม
- 3). การนำเสนอกรณีตัวอย่าง

6. ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวนประมาณ 350 คน เป็นการประชุมแบบ Onsite และ Online

Onsite จำนวน 250 คน และ Online จำนวน 100 คน ประกอบด้วย

1. ผู้บริหารและบุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข
3. ผู้บริหาร อาจารย์ นักศึกษาที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ
4. ผู้ที่มีความสนใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

7. ค่าลงทะเบียน

- | | |
|--|------------|
| 1) ผู้สนใจทั่วไป | 2,000 บาท |
| 2) สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ | 1,800 บาท |
| 3) สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขภาพที่เกษียณอายุ | 1,500 บาท |
| 4) นักสุขภาพดีเด่น | 1,500 บาท |
| 5) นิสิต/นักศึกษา ระดับปริญญาโท-เอก | 1,500 บาท* |
| 6) นิสิต/นักศึกษา ระดับปริญญาตรี | 300 บาท** |

หมายเหตุ * ได้รับเฉพาะเอกสารวิชาการ อาหารกลางวันและอาหารว่าง

** ได้รับเฉพาะอาหารว่าง

8. ระยะเวลาและสถานที่ประชุม

ระหว่างวันที่ 16 -17 พฤษภาคม 2567

สถานที่ มหาวิทยาลัยเกริก กรุงเทพมหานคร

9. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

10. หน่วยงานร่วมจัดการประชุม

- 1) มหาวิทยาลัยเกริก
- 2) สภาคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย
- 3) สภาการสาธารณสุขชุมชน
- 4) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 5) ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 6) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ
- 7) กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

8) มุลินธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์

11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำแนวคิด หลักการทางวิชาการที่ทันสมัยไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับประชาชนในพื้นที่
- 2) มีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในการพัฒนาการดำเนินการด้านสุขภาพให้เกิดพลังความร่วมมือในทุกระดับ
- 3) ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ผลงานวิชาการ ผลการวิจัยนวัตกรรมและผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอันจะสามารถนำไปใช้พัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กำหนดการ

ประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21

“สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลยภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง
เพื่อการดำรงชีพออย่างมีคุณภาพและยั่งยืน”

วันที่ 16 - 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ณ มหาวิทยาลัยเกริก

วันพฤหัสบดีที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

08.00-08.45	ลงทะเบียน ต้อนรับแขกผู้มีเกียรติ
09.00-9.30 น.	พิธีเปิดการประชุมและนำเสนอวิทัศน์ เปิดการประชุม โดย นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวต้อนรับ โดย อธิการบดี มหาวิทยาลัยเกริก กล่าวรายงานโดย รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ตันสกุล อุปนายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลยภาพแห่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อการดำรงชีพออย่าง มีคุณภาพและยั่งยืน” โดย นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
09.30-09.45	มอบโล่แก่นักสุขภาพดีเด่น ปี2565และ2566 โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

	มอบทุนการศึกษา พชรเกียรติ มูลนิธิสมจิตต์สุพรรณทัศน์ โดย ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
09.45 -10.00น.	ถ่ายภาพ นักสุขภาพดีเด่น นักศึกษาที่ได้รับทุนและคณะกรรมการ
10.00-10.30 น.	บรรยาย เรื่อง “นโยบาย แนวทางพัฒนาและรูปแบบสวัสดิการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต”
	โดย นางจตุพร โรจนพานิช อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
10.45-12.00 น.	บรรยาย เรื่อง “ภาวะคุกคามกับการสร้างดุลยภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ” โดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30 น.	อภิปราย เรื่อง “รูปแบบสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ”
	(ประเด็น : บทบาทและการมีส่วนร่วมของ ภาครัฐ เอกชนและครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ)
	โดย 1) อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (วิทยากร)
	2) สำนักพัฒนาชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (วิทยากร)
	3) กลุ่มเส้นด้าย/สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ /สวทศนิเวศ (วิทยากร)
	4) รองศาสตราจารย์ ดร.พณีย์ สีตะกลิน (ผู้ดำเนินการอภิปรายและผู้อภิปราย)
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
14.45-17.00 น.	ประชุมใหญ่สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
วันศุกร์ที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ.2567	
09.00-10.30 น.	บรรยาย เรื่อง “ AI -powered healthy ageing app.”
	(ประเด็น : นิยาม ความหมาย และขอบเขต นวัตกรรมสุขภาพโดย
	1) รองศาสตราจารย์ ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์
	2) ศาสตราจารย์ ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช

	3) ดร.ธนกร ศรีสุกใส
	4) ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (ผู้ดำเนินการอภิปรายและผู้อภิปราย)
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
10.45-12.00 น.	อภิปราย เรื่อง “เวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ” (ประเด็น : Wellness ในผู้สูงอายุ กฎหมายในผู้สูงอายุ) โดย
	1) นาย กฤป โรจนเสถียร ประธานบริหาร ชีวาศรม (วิทยากร)
	2) ศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พุฒิมิถุน (วิทยากร)
	3) รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล (ผู้ดำเนินการอภิปรายและผู้อภิปราย)
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-15.30 น.	การนำเสนอผลงาน จะเป็น online/onsite
15.30-15.45 น.	รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
15.45-16.30 น.	ประกาศผลผู้ที่ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานและปิดการประชุม
หมายเหตุ : กำหนดการนี้เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม	