



# วารสาร พยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ Journal of Nurse and Public Health Chaiyaphum ; JNPCPRU

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 ISSN-000-000 Vol. 1 No. 1 May-August 2022





# วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Journal of Nurse and Public Health, Chaiyaphum

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 Vol. 1 No. 1 May - August 2022

## เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

## ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วันชัย วัฒนศัพท์  
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต  
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปิทีปการ  
อาจารย์ เกสัชกร ดร.พยงค์ เทพอักษร

นายแพทย์วชิระ บลพิบูลย์  
นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ บำรุงถิ่น  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อชิตพล ศศิธรานวัฒน์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประมุข ศรีชัยวงศ์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สีพาย  
อาจารย์ ดร.ปาริชาติ ญาตินิยม

อาจารย์ ดร.จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์  
อาจารย์อมรรัตน์ ฝาละศรี

นายกสภามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก  
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร  
จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ  
รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนานักศึกษา  
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

## บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

## กองบรรณาธิการภายใน

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง  | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย   | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้อยทิพย์ ประกอบชัย | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรภัทรา แสนเหลา     | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์อณัญญา ลาลูน        | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| อาจารย์ ดร.เขมิกา ณภัทรเดชานนท์       | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| อาจารย์ ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์      | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
| อาจารย์ลนาไพร ขวาทไทย                 | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |

## กองบรรณาธิการภายนอก

|                                                |                                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิตร แดนสีแก้ว             | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                          |
| รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ           | วิทยาลัยเซ็นหลุยส์                            |
| รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล             | มหาวิทยาลัยมหิดล                              |
| รองศาสตราจารย์ ดร.วราทิพย์ แก่นการ             | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี                  |
| พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี | สำนักงานปฏิบัติการกิจรักษา                    |
|                                                | ความมั่นคงภายในกองทัพบก                       |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา       | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                          |
| รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์            | มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง              |
| รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย           | มหาวิทยาลัยมหิดล                              |
| รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม             | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี                  |
| รองศาสตราจารย์ ดร.อริศรา เล็กสรรเสรีญ          | มหาวิทยาลัยมหิดล                              |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิยม จันทร์นวล           | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี                        |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์       | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี                        |
| อาจารย์ ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสุ                    | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี |

## ฝ่ายจัดการวารสาร

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| นายเมธี ทะนุสุข | มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ |
|-----------------|--------------------------|

## Copyright Notice

บทความหรือข้อคิดเห็นใดใดที่ปรากฏในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน ซึ่งบรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

The ideas and opinions expressed in the Journal of Nurse and Public health are those of the authors and not necessarily those of the editor or Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University Association.



**วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ**  
**Journal of Nurse and Public Health, Chaiphum ; JNPCPRU**  
**ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2565 Vol. 1 No. 1 May - August 2022**  
**<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JNPCPRU/>**

วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นวารสารวิชาการ ทางพยาบาลและสาธารณสุข การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวน 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

**วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ วัตถุประสงค์ (Aims) :**

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและสาธารณสุข การศึกษาทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล และสาธารณสุข ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
3. เพื่อส่งเสริมสร้างสรรค์ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยน กระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

**ขอบเขต (Scope) :**

**สาระในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ**

ในประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ได้แก่ บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหา ดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

**กำหนดออกวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ**

ราย 4 เดือน กำหนดการออกวารสารปีละ 3 ฉบับ (ฉบับละ 5 เรื่อง) ดังนี้  
ฉบับที่ 1 มกราคม ถึง เมษายน  
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม ถึง สิงหาคม  
ฉบับที่ 3 กันยายน ถึง ธันวาคม

**สำนักงาน** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่167 ม.2 ต.นาฝาย อ.เมือง จ.ชัยภูมิ 36000  
โทร 044-815111 ต่อ 5100 ,5102 website <https://nu.cpru.ac.th>

**พิมพ์ที่** บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 71/18 หมู่ 1 ตำบลบางขุน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130  
โทร. 0 2423 3291-3 โทรสาร 0 2423 3294  
E-mail : [sale@thaiphumpublishing.com](mailto:sale@thaiphumpublishing.com), <http://www.thaiphumpublishing.com>

## บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านสมาชิกและผู้อ่านวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิทุกท่าน วารสารปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2565 (Vol.1 No. 1) ซึ่งกำลังเตรียมพัฒนาคุณภาพวารสาร เพื่อเข้าสู่การรับรองคุณภาพจาก TCI ในปี 2567 บทความวิชาการและบทความวิจัยมีเนื้อหาที่สมบูรณ์ มีความหลากหลาย และได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง สำหรับบทความในฉบับ ประกอบด้วย บทความวิชาการ ได้แก่ การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมือง ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ ที่ช่วยพัฒนาผลงานที่มีคุณภาพ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยพิจารณากลั่นกรองบทความ ในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ และวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล สาธารณสุข การศึกษา การสร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และบุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยน กระบวนการทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา เพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืนต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน  
บรรณาธิการวารสารพยาบาลและสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการแถลง

การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ในสถานการณ์  
การแพร่ระบาดของโรค Covid-19

สายสมร เฉลยกิตติ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : บทบาทพยาบาลโรงพยาบาล  
ตติยภูมิ

อรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว ลำไพ สุวรรณสาร

การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่  
และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19

กิตติพงษ์ พลทิพย์ จีรวรรณ ชาประดิษฐ์

วนิภา ชั่งศิริทรัพย์ ชุมศรี ต้นเกต

สุพัตรา เชาวไวย วิวาพร สืบสุนทร

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง  
ตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมือง

สายสมร เฉลยกิตติ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ

ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ

ลำไพ สุวรรณสาร อรุณรัตน์ สุ่มหนองบัว

Chief Editorial

- 1 Nursing care for the elderly with osteoarthritis  
in the situation of the Covid-19 epidemic  
Saisamorn Chaleoykitti Nuntikran Krinchet
- 8 Caring Diabetes Mellitus : The Role of Nurses in  
Tertiary Care Hospital  
Arunrat Sunongbua Lumpai Suvannasan
- 15 The teaching and learning management of adult and  
elderly nursing practice courses in the situation of  
the COVID 19 epidemic  
Kittiphong Phontip Chirawan Chapradit  
Vanipa Suengsirisub Choomsri Thonkate  
Supatra Chaowai1 Wiraporn Suebsoontorn
- 21 Palliative Care with the Buddhism traditions in  
Semi-Urban Context  
Saisamorn Chaleoykitti Nuntikran Krinchet
- 28 Healthy Elderly : Point of View 5 Dimensions of  
Happiness  
Lumpai Suvannasan Arunrat Sunongbua





# การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค Covid-19

Nursing care for the elderly with osteoarthritis  
in the situation of the Covid-19 epidemic

สายสมร เฉลยภิตติ\* นันทิกานต์ กลิ่นเขต

Saisamorn Chaleoykitti\* Nuntikran Krinchet

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400

## บทคัดย่อ

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากกว่า 6 ล้านคน ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปพบได้ถึงร้อยละ 50 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำหนักตัวที่มากเกินไป อาจใช้นานกว่าปกติ หรือผิดท่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมากๆ จะมีอาการเจ็บหรือปวดข้อเข่าผิดรูป ข้อฝืด หรือข้อติด เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติภารกิจประจำวันต่างๆ ทำได้ไม่สะดวก ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บทความวิชาการมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้เกิดความรู้ ความเข้าใจถึงภาวะและการดำเนินของโรค การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดภาวะนี้ช้าลง และแนวปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะของโรคนี้แล้ว ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ข้อเข่าเสื่อม, สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19

## Abstract

Osteoarthritis is a common condition in the elderly and tends to increase steadily due to the enormous increase in the aging population nowadays. Thailand found more than 6 million patients. Elderly people aged 65 and over found up to 50 percent. Most of the reasons are due to heavy body weight using a lot of knees which may be used longer than usual or in the wrong position. People with severe knee osteoarthritis will have pain or pain in deformed knee joint, stiffness or stuck joint, and unable to walk normally. Performing several inconvenient tasks in daily resulted in both physical and mental suffering. Academic articles have objectives as a guideline for knowledge understanding of the condition and progression of the disease. Self-care for the elderly to slow the progression of this condition and guidelines when the condition of this disease occurs in the situation of the Covid-19 epidemic.

**Keyword:** Nursing care, Elderly, Osteoarthritis, Situation of the Covid-19 Epidemic

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปเรื่อยๆ อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ก็ทำได้ไม่สะดวก จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ทั่วโลกมีความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อม<sup>1</sup> หากประชาชนหรือผู้ที่เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อมมีความรู้ สามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อม หรือบรรเทาอาการของข้อเข่าเสื่อม ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว โรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึงโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อและกระดูกบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ รวมไปถึงมีปัญหการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาทางด้านรายได้ในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>2,3</sup> ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างไร้สมรรถภาพในการประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตประจำวัน<sup>4</sup>

**โรค Covid-19** เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลกและของประเทศไทย ปัจจุบันสถานการณ์โรคระบาดของไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ได้ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศและประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 หรือ โรคติดเชื้อโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นโรคติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นเชื้อไวรัสที่สามารถ ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจ หลังติดเชื้ออาจมีอาการ หรืออาจมีอาการตั้งแต่ไม่รุนแรงคือ คล้ายกับไข้หวัดธรรมดา หรืออาจก่อให้เกิดอาการรุนแรง เป็นปอดอักเสบและเสียชีวิตได้<sup>5</sup>

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไป ทั่วโลก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ

ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานสาธารณสุขที่ให้บริการตรวจรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้ดำเนินการตามหลักการป้องกันการแพร่ระบาด ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด โดยมีผู้ป่วยบางส่วนเท่านั้นที่เข้ารับการรักษาดูแลต่อเนื่องตามปกติ และบางส่วนได้รับยาโดยหน่วยบริการบรรจุส่งทางไปรษณีย์ หรือบางแห่งมีการนำส่ง ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม มีความสะดวกในการรับยาและลดภาระการเดินทางอีกด้วย

## อาการ และอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม <sup>4,7,8</sup>

**1. ปวด** อาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีลักษณะปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไปบริเวณข้อ ระบุตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน มักเป็นเรื้อรังและปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานในท่าอเข่า การขึ้นลงบันไดหรือลงน้ำหนักบนข้อนั้นๆ และทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน หากการดำเนินของโรครุนแรงขึ้นอาจปวดตลอดเวลา แม้เวลากลางคืนหรือขณะพัก บางรายมีอาการปวดตึงบริเวณพับเข่าด้วย

**2. ข้อฝืดตึง (stiffness)** พบได้บ่อยในช่วงเช้า (morning stiffness) แต่มักไม่นานเกินกว่า 30 นาที อาการฝืดตึงอาจเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงแรกของการเคลื่อนไหวหลังจากพักเป็นเวลานาน ที่เรียกว่า ปรากฏการณ์ข้อเหนียว (gelling phenomenon) เช่น ข้อเข่าฝืดหลังจากนั่งนานแล้วลุกขึ้น ทำให้ต้องหยุดพักขยับข้อระยะหนึ่ง จึงจะเคลื่อนไหวได้สะดวก

**3. ข้อใหญ่ผิดรูป (bony enlargement)** พบมีข้อบวมใหญ่ซึ่งเกิดจากกระดูกที่งอกไปนบริเวณข้อ และเมื่อโรครุนแรงมากขึ้นอาจพบขาโก่ง (bow leg) ซึ่งพบได้บ่อยกว่าเข่าฉีก (knock knee) อาจมีการบวมจากน้ำซึมผ่านในข้อ (effusion) อันเป็นผลจากการอักเสบในข้อเข่า แต่การบวมไม่ใช่อาการจำเพาะของข้อเข่าเสื่อม

**4. มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus)** ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

**5. ทุพพลภาพในการเคลื่อนไหวและการทำงาน (reduced function)** มีความลำบากในการนั่ง ลุก เดิน หรือขึ้นลงบันได และหากเป็นมากอาจรบกวนการทำงานในหน้าที่ประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง

## 6. ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้จำกัด (restricted movement)

การเหยียดตรงได้ลำบาก (flexion contracture) และเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ข้อเข่าได้ลดลงด้วย **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม วิทยาลัยแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่มสหรัฐอเมริกา<sup>4,9</sup>**

ปวดข้อเข่าและภาพรังสีพบปุ่มกระดูกงอก (osteophytes) ประกอบกับมีปัจจัยอย่างน้อย 1 ใน 3 ประการดังต่อไปนี้:

1. อายุมากกว่า 50 ปี
  2. ระยะเวลาที่ข้อฝืดตึงช่วงเช้า (morning stiffness) < 30 นาที
  3. มีเสียงกรอบแกรบ (crepitus) เมื่อเคลื่อนไหวปวดข้อเข่าและภาพรังสีพบปุ่มกระดูกงอก หรือ
  4. ปวดข้อเข่าในบุคคลอายุ > 40 ปี และมีระยะเวลาที่ข้อฝืดตึงช่วงเช้า < 30 นาที
- ประกอบกับมีเสียงกรอบแกรบเมื่อเคลื่อนไหว

## เป้าหมายการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม<sup>4,8</sup>

1. ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรค แนวทางการปฏิบัติตัว การรักษาโรค และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. รักษาและบรรเทาอาการปวด
3. แก้ไข คงสภาพ หรือฟื้นฟูสภาพการทำงานของข้อให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด
4. ชะลอการดำเนินของโรค
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรค และการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
6. ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
7. ฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย

## การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

### 1. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic modalities)<sup>4,10</sup>

- #### 1.1 การให้ความรู้
- ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้ดูแลในประเด็นต่อไปนี้
- ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ ความอ้วน อาชีพ อุบัติเหตุ การใช้งานของข้อผิดวิธี ประวัติโรคข้อเสื่อมในครอบครัว

- ผู้ป่วยแต่ละรายมีการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน บางรายอาจไม่มีอาการ บางรายมีอาการชั่วคราวแต่ส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ซึ่งบางรายการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่ลงอย่างรวดเร็ว

- จัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการให้คำปรึกษาในประเด็นต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การประกอบกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพ

### 1.2 การลดน้ำหนัก

ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกิน 23 ควรลดน้ำหนักลงให้อยู่ในระดับใกล้เคียงมาตรฐาน หรืออย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักขณะที่มีอาการปวดข้อ

### 1.3 กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด

- ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การหิ้วของ การเดินทางโดยพาหนะ
- ให้คำแนะนำการบริโภคลำกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ

- จัดหาอุปกรณ์เสริม และเครื่องช่วยเดิน
- ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพแวดล้อม

### 1.4 การบริหาร (Therapeutic exercise)

รูปแบบและวิธีการบริหารต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ขึ้นกับความรุนแรง ระยะของโรค โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อ
- เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวและป้องกันการติดของข้อ

## 2. การบำบัดด้วยยา

- ### 2.1 ยาแก้ปวด
- แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาบรรเทาปวด (pain relievers เช่น acetaminophen, non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อ
- ### 2.2 แนะนำให้ใช้ยาต้านการอักเสบในผู้ป่วยโรคทางเดินอาหารหรือโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างระมัดระวัง
- ### 2.3 ยาทาเจลพริก หรือยาต้านการอักเสบชนิดทาภายนอก
- ### 2.4 ยานอนหลับฝิ่น (opioid หรือ narcotic analgesic)

## 2.5 การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อ

2.6 การฉีดยากรดไฮยาลูโรนิกเข้าข้อ  
(Intraarticular hyaluronic acid)

## 3. การบำบัดโดยการผ่าตัด (Surgical treatment)

หมายถึง การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมการดูแลตนเองเพื่อถนอมข้อ เมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม<sup>10</sup>

1. การปรับเปลี่ยนอิริยาบถและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน เพื่อมิให้ข้อเสื่อมมากขึ้นและยืดอายุการใช้งานของข้อให้ยาวนานที่สุด

1.1 การนั่ง ควรนั่งบนเก้าอี้ ควรมีที่รองแขนเพื่อช่วยในการพยุงตัวลุกขึ้นยืนได้สะดวก ไม่ควรนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยองๆ หรือนั่งราบบนพื้น เพราะทำนองดังกล่าวจะทำให้ผิวข้อเข่าเสียดสีกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสื่อมเร็วขึ้น หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนิ่งๆ นานๆ เพราะการที่ข้อเข่าอยู่ในท่าเดียวนานๆ จะทำให้กระดูกอ่อนซึ่งโดยปกติจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อยมากอยู่แล้ว จะยิ่งขาดสารอาหารและออกซิเจนมากขึ้น จึงควรเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น ลุกขึ้นเดินไปมาอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง หรือนั่งเหยียดขา เตะขาเบาๆ บริหารกล้ามเนื้อต้นขาพร้อมด้วยเป็นพักๆ เป็นต้น

หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เลี้ยงเด็ก เตรียมอาหาร ทำการฝีมือ ทำงานบ้านต่างๆ เช่น

- การซักผ้า หลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ ซัก ควรซักที่ละไม่มากขึ้น นั่งซักบนม้านั่งเตี้ยๆ และเหยียดเข่า 2 ข้าง หรือนั่งเก้าอี้ หรือยืน หรือใช้เครื่องซักผ้า

- การรีดผ้า หลีกเลี่ยงการนั่งพื้นรีดผ้า ควรใช้การนั่งเก้าอี้ หรือยืนรีด และมีม้านั่งเตี้ยๆ มารองพักขาข้างหนึ่งไว้เพื่อช่วยพักกล้ามเนื้อขาและหลัง

- หลีกเลี่ยงการนั่งก้มถูพื้นบ้าน ทำความสะอาดห้องน้ำ ควรใช้ไม้ มีอบถูพื้นแทน

- ไปวัด ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ สวดมนต์ที่บ้าน อาจหลีกเลี่ยงโดยนั่งเก้าอี้ หรือขอบบันไดแทน เพราะระหว่างล้มตัวลงนอนหรือลุกขึ้นยืนจะต้องใช้แรงจากข้อเข่าเพื่อช่วยในการเปลี่ยนท่าทางอย่างมาก ควรพักอาศัยอยู่ชั้นล่าง และขึ้นลงบันไดให้น้อยที่สุด จับราวบันไดเมื่อขึ้นลง เนื่องจาก ขณะก้าวขึ้นหรือลงบันได ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักถึง 3-4 เท่า ขณะขึ้นบันไดใช้เท้าข้างที่ไม่ปวดเข่าก้าวนำ และขณะลงบันไดใช้เท้าข้างที่ปวดเข่าก้าวนำ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงที่ลาดชันซึ่งจะมีแรงกดที่ข้อเข่ามากกว่าการขึ้นลงบันได

1.2 การยืน ควรยืนตรงให้น้ำหนักตัวลงขาทั้งสองข้างเท่าๆกัน

1.3 การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ ควรใส่รองเท้าแบบมีสันเดียวหรือไม่มีสัน พื้นนุ่ม กระชับพอเหมาะ จะช่วยลดแรงกระแทกข้อได้ และถ้าไม่แน่ใจในการทรงตัวควรใช้ไม้เท้า หลีกเลี่ยงการยกหรือถือของหนักๆ ควรช่วยกันถือ หรือใช้เครื่องทุ่นแรงช่วย เช่น กระเป๋ามีล้อลาก รถเข็น

1.4 การใช้ห้องน้ำ ควรใช้ชักโครก หรือถ้าเป็นห้องส้วมซึมหรือส้วมนั่งยอง ควรใช้เก้าอี้นั่งมีรูตรงกลาง หรืออุปกรณ์ 3 ขา มาวางคร่อมบนส้วมซึมแทน บริเวณด้านข้างที่นั่งชักโครกควรทำราวจับเพื่อพยุงตัวขึ้นยืนได้สะดวก ในผู้ที่มีปัญหาเข่าอ่อน เข่าทรุด ควรมีราวเกาะในห้องน้ำ และในบ้าน ป้องกันการหกล้ม

2. การควบคุมน้ำหนักตัว ควรอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ควรลดน้ำหนักหรือควบคุมไม่ให้เพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวที่มาก จะเพิ่มแรงกดหรือกระแทกบนข้อต่อในทุกอริยาบถที่เคลื่อนไหว กล่าวคือ ขณะยืน หรือเดิน ข้อเข่าจะต้องรับน้ำหนัก 2-3 เท่าของน้ำหนักตัวผู้นั้น การลดน้ำหนักไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยกำลังใจ วินัยในการควบคุมตัวเอง ความเข้าใจในเรื่องโภชนาการ และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง หากลดน้ำหนักได้แม้เพียงเล็กน้อย ก็ช่วยลดอาการปวดข้อได้ มีผู้ทำการศึกษาในผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวเกินซึ่งมีอาการปวดเข่า เมื่อลดน้ำหนักลง 5 กิโลกรัม ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเสื่อมได้ถึงร้อยละ 50

ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกายและข้อ<sup>10</sup>

รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายให้พออิ่มทุกมื้อ รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานอาหารพืชผักให้มาก และผลไม้เป็นประจำรับประทานปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ เต้าหู้ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 8 แก้วต่อวัน กระดูกอ่อนตามข้อต่างๆ มีน้ำเป็นส่วนประกอบมากถึงร้อยละ 70 และมีหน้าที่สำคัญในการหล่อลื่น และรับแรงกระแทกให้กับข้อที่แข็งแรง

### 3. การบริหารกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ<sup>8</sup>

การบริหารกล้ามเนื้อต้นขามีความสำคัญมาก หากกล้ามเนื้อต้นขาซึ่งเป็นกล้ามเนื้อใหญ่มีความแข็งแรง ก็จะมีส่วนเสริมสร้างความมั่นคงให้กับข้อเข่าจะช่วยลดข้อเข่าเสื่อมได้โดยป้องกันแรงกดดันที่ข้อในขณะที่ใช้ข้อเข่าในการลุกขึ้น และยังป้องกันแรงกระแทกที่กระทำต่อข้อเข่าในขณะเดิน วัตถุประสงค์ของการบริหาร มีดังนี้

**3.1 เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ :** ขยับข้อเข่าให้สุดพิสัยในทุกทิศทางที่ข้อสามารถทำได้

**เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อให้แข็งแรง :** เกร็งกล้ามเนื้อนานประมาณ 6 วินาที จึงคลาย พัก และทำซ้ำด้วยความถี่ 20-30 ครั้ง/รอบ วันละ 2-3 รอบ หรือ 50-100 ครั้ง/วัน โดยเริ่มทำจาก น้อยๆ ตามความสามารถก่อน ค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหมเมื่อกำลังกล้ามเนื้อมีการปรับตัว จึงเพิ่มความถี่ให้มากขึ้นจนถึง 100 ครั้ง/วัน เมื่อบริหารได้ดี จะช่วย **เพิ่มความทนทาน**ในการใช้งานให้แก่มuscle นั้นๆ ด้วยท่าดังต่อไปนี้

**ท่าที่ 1** นอนหงาย ใช้หมอนใบย่อมขนาดหมอนข้างเด็กเสียด้านศอกประมาณ 4-5 นิ้ว หนุนใต้เข่าได้เข้า ให้เข่างอประมาณ 15 องศา กดเข่าลง พร้อมกระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งไว้ นับ 1-10 (ประมาณ 6 วินาที) หรือเท่าที่ทำได้ ทำ 10-20 ครั้ง สลับข้างซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ

**ท่าที่ 2** นอนหงาย ชันเข่าข้างหนึ่งขึ้น ขาอีกข้างหนึ่งเหยียดตรง ค่อยๆ ยกขาข้างที่เหยียดให้สูงประมาณ 1 ฟุต เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆ วางขาลง ทำ 10-20 ครั้ง สลับข้างซ้าย ขวา วันละ 2-3 รอบ

**ท่าที่ 3** นั่งบนเก้าอี้โดยนั่งให้เต็มก้น งอเข่าทั้ง 2 ข้างเท้าวางราบกับพื้น ค่อยๆ ยกขาข้างหนึ่งขึ้นจนเข่าเหยียดตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้ววางขาข้างหนึ่งเช่นเดิม สลับขาซ้าย ขวา ทำ 10-20 ครั้ง วันละ 2-3 รอบ (กรณีบริหารแล้วปวดเข่ามากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มิใช่เข่าอักเสบหรือเสื่อมมาก ให้งดทหานี้ไว้ก่อนและนำบริหารท่าที่ 4. แทน)

ส่วนผู้ที่บริหารทหานี้ได้ดี เมื่อกำลังกล้ามเนื้อแข็งแรงดีขึ้นบ้าง อาจบริหารให้กล้ามเนื้อแข็งแรงมากยิ่งขึ้นโดยไม่ต้องใช้เวลาบริหารนาน ด้วยการ**เพิ่มการถ่วงน้ำหนักที่ข้อเท้า** เช่น ถุงทรายเริ่มจากน้ำหนัก 0.5 กิโลกรัม เมื่อ ข้อเข่าแบกรับน้ำหนักได้แล้ว อาจค่อยๆ เพิ่มน้ำหนักถ่วงได้ถึง 2 กิโลกรัม ตามความเหมาะสม ยก 10 ครั้ง วันละ 2-3 รอบ

**ท่าที่ 4** นั่งเก้าอี้ พาดขาบนเก้าอี้อีกตัวทางด้านหน้าพยายามเหยียดเข่าให้ตรง หรือเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาข้างไว้นับ 1-10 คลาย ทำ 10-20 ครั้ง ทำทีละขา ทั้ง 2 ข้าง วันละ 2-3 รอบ

**ท่าที่ 5** นั่ง งอเข่าทั้ง 2 ข้าง เท้าวางราบกับพื้น ใช้ขาข้างตรงข้ามไขว้กดลงบนขาอีกข้างหนึ่ง ในขณะที่ยกขาข้างล่างให้เหยียดขึ้นเกร็งไว้ นับ 1-10 ทำสลับข้างกัน 10-20 ครั้ง

### 3.2 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพข้อเข่า<sup>10,11</sup>

โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายของแต่ละท่าน รวมถึงความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา จึงจะได้ประโยชน์ และไม่เกิดผลเสียจากการออกกำลังกาย

- ผู้ที่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หรือ การออกกำลังกายเพื่อฝึกความทนทาน หรือแอโรบิค ด้วยความแรงระดับเบาถึงปานกลาง จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ถ้าร่างกายมีการปรับตัว และฝึกฝนได้ดี ก็สามารถเคลื่อนไหวออกกำลังกายด้วยความแรงที่หนักขึ้น เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้

- ควรเลือกชนิดการออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น

- ผู้ที่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายได้ หรือเคยมีอาการเจ็บปวดขณะออกกำลังกาย ควรเริ่มบริหารร่างกายจากท่าต่างๆ จากน้อยไปหามาก บริหารท่าที่ไม่ทำให้เกิดอาการปวด ถ้าไม่สามารถออกกำลังกายวิธีใดๆ ได้ให้ใช้วิธีเดิน และถือว่าการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง งานที่สามารถทำเองได้ก็ควรทำเอง เป็นต้น

- การเดินเร็วในรายที่กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงพอ แต่หากกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ควรเดินช้าๆ หรือเดินเท่าที่จำเป็น และเมื่อออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงขึ้นถึงระดับที่สามารถกระโดดเข้าได้ดีแล้ว จึงค่อยๆ เริ่มเดินให้เร็วขึ้นได้

- การปั่นจักรยาน ที่มีความสูงของอานนั่งให้สูงกว่าปกติเล็กน้อยหรือให้พอเหมาะ เพื่อลดการงอเข่าที่มากเกินไป **หลีกเลี่ยง การถีบจักรยานที่ตั้งความผิด ระดับความสูงไม่เหมาะสม จะเพิ่มความบาดเจ็บให้กับข้อเข่าได้ เพราะมีการเสียดสีกันของข้อเข่า**

- การออกกำลังกายในน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม น้ำมีแรงพยุงตัวทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนักน้อยลง จึงเหมาะกับผู้ที่มีการปวดเข่าและมีน้ำหนักตัวมาก แรงหนืดของน้ำ ทำให้ต้องออกแรงมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ดี ส่วนอุณหภูมิของน้ำ



ที่พอเหมาะประมาณ 25 องศาเซลเซียสจะให้ความสดชื่นแก่ร่างกาย ส่วนอุณหภูมิที่ใกล้เคียงกับร่างกาย เช่น 35 องศาเซลเซียส จะช่วยลดปวด กล้ามเนื้อคลายตัวได้ดีในผู้ที่มีข้อตึงยึด

- **ควรออกกำลังกาย** หรือออกกำลังกายเป็นประจำ พอประมาณ รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งไม่เกิน 30 นาทีต่อครั้ง ควรหยุดพักเป็นระยะหรือเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกาย เพื่อมิให้ข้อต่ออยู่ในท่าทางซ้ำๆ กันนานเกินไป ในผู้ที่มีปัญหาข้อเข่า ควรหลีกเลี่ยงกีฬาที่ต้องใช้การหมุนหรือการลงน้ำหนักในทิศทางต่างๆ มากๆ เช่น การวิ่งจ็อกกิ้ง เทนนิส แบดมินตัน เวลาที่วิ่งตัวลอย น้ำหนักจะกระแทกลงที่ข้อเข่า ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเสียดสีกันรุนแรง ส่งผลให้ผิวกระดูกอ่อนเสียหาย สึกบางลงได้

- **กระโดดเชือก** หรือเดินแอโรบิคบางท่าที่มีการกระโดดหรือบิดงอหัวเข่ามาก เพราะจะมีแรงกระทำต่อข้อเข่าสูงมากถึง 7-9 เท่าของน้ำหนักตัว ออกกำลังกายแบบโยคะ พบว่าทำให้ข้อเข่าหลวม กระดูกสันหลังหลวมจากการแอ่นออกกระดูกขบกันได้

**3.3 การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย และวิธีอื่นๆ** ในรายที่ปวดมาก **ควรพักข้อ** ไม่เดินหรือเคลื่อนไหวข้อมากนัก

- **การใช้อุปกรณ์พยุงข้อ หรือสนับเข่า** อาจเลือกใช้ ในผู้ที่มีปัญหาข้อเสื่อมที่เป็นมากแล้ว ซึ่งความมั่นคงของข้อลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อรอบข้อลีบลง รวมถึงเอ็นรอบข้อก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วย อย่างไรก็ตาม สนับเข่าอาจใส่พยุงข้อในระยะที่มีการเคลื่อนไหวหรือเดิน แต่หากใช้ต่อเนื่องยาวนาน กล้ามเนื้อโดยรอบข้อจะยิ่งลีบลงได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้ออย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องร่วมด้วย

- **ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน** หากเดินได้ไม่สะดวก เช่น ไม่เท้าหรือร่มที่มีความแข็งแรงโดยมีจุดยกอุ้งส่วนปลายร่วมเพื่อกันลื่น จะช่วยในการพยุงตัวได้ดี ที่สำคัญช่วยลดแรงกดที่ข้อเข่าได้ถึงร้อยละ 25 โดยถือไม้เท้าด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด หากปวดเข่าทั้ง 2 ข้างให้ถือข้างที่ถนัด

- **ประคบความเย็น หรือความร้อน** เพื่อลดความปวด อักเสบ บวม ถ้าเข่าอักเสบ ร้อน แดง ข้ำ หรือ บวมใน 24 ชั่วโมงแรก ควรใช้ความเย็นประคบ อาจใช้แผ่นเจลเย็น หรือน้ำแข็งใส่ถุงพลาสติก ห่อผ้าบางๆ ประคบบริเวณนั้นนาน 15-20 นาที ทำซ้ำ วันละ 2-3 ครั้ง ควรระวังหากรู้สึกแสบผิว หรือปวดมาก ให้หยุดประคบทันที ถ้าปวดเข่า เมื่อย่ำ ดึงยึด หลังใช้งานข้อเข่า หรือเข่าบวมเกิน 24 ชั่วโมง ให้ประคบด้วยความร้อน เช่น ลูกประคบ กระเป๋าน้ำร้อนขวดใส่น้ำร้อนซึ่งเป็นความร้อนขึ้นจะให้ผลในการคลายกล้ามเนื้อ

## ข้อสรุป

การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม มีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) โดยมีสาเหตุของโรคจากพฤติกรรมและความเสื่อมของร่างกาย พบได้ถึงร้อยละ 50 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากน้ำหนักตัวที่มาก ใช้เข่ามากหรือผิดท่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จะมีอาการเจ็บหรือปวดข้อเข่าผิดรูป ข้อฝืด หรือข้อติด เดินได้ไม่ปกติ มีเสียงดังในเข่า เวลาเดิน ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ทำงานหนัก ทำงานกินกำลัง และใช้การเดินหรือการยืนเป็นเวลานานในการประกอบอาชีพและพบว่าผู้ป่วยในปัจจุบันมีใช้ยาแก้ปวด และซื้อยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการเพิ่มมากขึ้น การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการรับยาตามนัดโดยผ่านช่องทางที่เปลี่ยนไป รับยาผ่านระบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ควรมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากข้อเข่า หรือบรรเทาอาการของข้อเข่าเสื่อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไปได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มเติมในการติดตามประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง และคำแนะนำในด้านความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนและการจัดการตนเอง รวมไปถึงส่งเสริมการจัดการที่เหมาะสม
2. ควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมในการป้องกันตนเองจากการบาดเจ็บของเข่าที่ถูกต้อง
3. ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ควรมีนโยบายการเพิ่มประสิทธิภาพเฉพาะด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันการบาดเจ็บให้กับข้อเข่า ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมได้อย่างครอบคลุม

## References

1. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. E Clinical Medicine. 2020 Dec; 29-30: 100587.
2. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. Clin Exp Rheumatol 2019; 37: 3-6.
3. Sharma, L. Osteoarthritis of the Knee. New Engl J Med 2021; 384(1): 51-9.
4. Royal College of Orthopedic Medicine of Thailand. Osteoarthritis Public Health Service Practice Guideline. Bangkok: Royal College of Orthopedic Medicine of Thailand; 2011. (in Thai).
5. Office of the Health Promotion Fund Ministry of Public Health. fight ! Covid-19 go together Self-care manual for people: Office of the Health Promotion Fund; 2020. (in Thai).
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus Disease 2019 Prevention and Control Guide for People. Bangkok: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House; 2020. (in Thai).
7. Sroisong, S Rueankon, A Fuongtong, P Srathong, P. Nursing Care for Elderly People with Knee Osteoarthritis. Reg 11 Med. 2019; 33 (2): 197-210. (in Thai).
8. Dąngkong, S. Physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. Siriraj Medical Bulletin .2017; 10(2): 115-121. (in Thai).
9. Nimit-arnun, N. The Epidemiological Situation and Risk Assessment of Knee Osteoarthritis among Thai People. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 185-194. (in Thai).
10. Inkaew, I. Effectiveness of the program to reduce knee pain in osteoarthritis elderly patients in Chang-sai health promotion hospital. Reg 11 Med. 2019; 33(2): 293-301. (in Thai).

# การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ

## Caring Diabetes Mellitus : The Role of Nurses in Tertiary Care Hospital

อรุณรัตน์ สุ่มองบัว\* ลำไผ่ สุวรรณสาร

Arunrat Sunongbua\* Lumpai Suvannasan

โรงพยาบาลชัยภูมิ, ชัยภูมิ, ประเทศไทย 36000

Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum, Thailand 36000

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ ได้มีการดำเนินงานเพื่อให้การดูแลในโรงพยาบาล สามารถดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเหมาะสมตามบริบทและภาวะของโรค เพื่อให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในการพัฒนาบุคลากรและสถานพยาบาลให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ทันสมัยตามบริบทของสถานพยาบาลเพื่อบูรณาการการดูแลให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องด้วยความราบรื่น ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานควรต้องบูรณาการกับเงื่อนไขดังกล่าว รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้หลักการของแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายหรือการให้คำแนะนำ โดยบุคคลอื่นจะทำให้เกิดกระบวนการสะท้อนกลับทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองได้

**คำสำคัญ:** โรคเบาหวาน, การดูแล, บทบาทพยาบาล, โรงพยาบาลตติยภูมิ

### Abstract

Caring for diabetics is a major nursing issue. Operations have been carried out to provide care in the hospital, able to implement appropriate diabetes care based on the context and condition of the disease so that people with diabetes can receive proper care. With the guidelines for personnel and hospitals development, they should be proficiency in diabetics care in the modern context of hospital to operate continuously and smoothly. Therefore, the directions of diabetes care should be integrated with the principles of self-care management concepts that can be explained or given advice by other people They will motivate the reflection process enabling diabetics to carry out activities on their own.

**Keyword:** Diabetes Mellitus, Caring, The Role of Nurses, Tertiary Care Hospital

Corresponding Author : \* E-mail: arunrat.smd@gmail.com

วันที่รับ (received) 19 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ส.ค. 2565



## บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี ค.ศ. 2014 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 422 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2035 จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน โดยในปี ค.ศ. 2014 ประเทศในทวีป เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุก ร้อยละ 8.6 (96 ล้านคน) ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา<sup>1</sup> โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน<sup>2</sup> ระบุว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความซับซ้อนที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง การลดความเสี่ยง ของการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันได้ หากได้รับการดูแลรักษาไม่ทันอาจถึงขั้น เสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องได้รับการดูแล เมื่อป่วยเป็นโรคและการป้องกัน ตนเองจากภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ จะมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อาการ และหากมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด จะเป็นเกิดความเสียหายที่เป็น สาเหตุของการป่วย และเสียชีวิต<sup>3</sup>

ทั้งนี้ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การป้องกัน ภาวะอ้วน การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะต้องสามารถที่จะจัดการสุขภาพของตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม<sup>4</sup>

บทความวิชาการนี้จึงมีการนำแนวทางการจัดการตนเอง<sup>5</sup> มาใช้ในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จะจัดการ พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยการสนับสนุนของทีมสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและคงไว้ซึ่งทักษะและพฤติกรรม ในการจัดการตนเอง<sup>6</sup>

## พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึมของร่างกาย ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ การมี ระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าปกติเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างรวมกันทำให้มี

กลูโคสในเลือดสูง<sup>7</sup> ตับอ่อนมีเนื้อเยื่อหลักๆ อยู่ 2 ชนิด คือ อะซิไน (Acini) และอิสเลทออฟแลนเกอร์แฮน (Islet of Langerhan) โดยอะซิไน (Acini) จะสร้างน้ำย่อยส่งเข้าไป ในลำไส้ส่วนอิสเลทออฟแลนเกอร์แฮน จะ สร้างฮอร์โมน ส่งเข้าไปในเลือด ซึ่งอิสเลทออฟแลนเกอร์แฮน ประกอบด้วย เบต้าเซลล์ ที่ทำหน้าที่ สร้างอินซูลิน เมื่อระดับน้ำตาลใน เลือดสูง เบต้าเซลล์จะถูกกระตุ้นให้หลั่งอินซูลินเข้าสู่เซลล์ และมีการเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจนมากขึ้น ยับยั้ง การเปลี่ยนไกลโคเจนกลับเป็นกลูโคสและยับยั้ง

การกลูโคสจากโปรตีน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง การหลั่ง อินซูลินก็น้อย ลงด้วย เมื่อใดที่ร่างกายมีอินซูลินอยู่ไม่เพียงพอสำหรับ ใช้ในกระบวนการเผาผลาญ สารอาหาร จะทำให้กลูโคสจาก ไกลโคเจนที่ตับ และมีการดูดซึมอาหารที่รับประทานเข้าไป จึงเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ระดับกลูโคส ที่สูงขึ้นนี้ถ้าเกินกว่าที่ความสามารถของไตจะ ดูดซึมกลับ (Renal threshold) ก็จะถูกขับออกพร้อมกับน้ำปัสสาวะ จึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Glucosuria) น้ำตาลที่เข้มข้น สูงจะพาเอาน้ำออกเป็นจำนวนมาก ปัจจุบัน โรคเบาหวาน จำแนกออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุการเกิดโรคดังนี้<sup>7</sup>

## ชนิดของโรคเบาหวาน

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus) ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า 30 ปี รูปร่างไม่อ้วน เกิดจากร่างกายสร้างแอนติบอดีทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้ไม่สามารถ สร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ ส่งผลทำให้ขาด อินซูลินโดยสิ้นเชิง การรักษาต้องฉีดอินซูลินทุกวันเข้าไป ทดแทน มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึง ชีวิตได้โดยเฉพาะภาวะเลือดเป็นกรด โดยอาจตรวจพบสารคี โตนในเลือด (Diabetic Ketoacidosis: DKA) หรือสารคีโตน ในปัสสาวะ (Ketonuria) (การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามสมาคม โรคเบาหวานอเมริกัน<sup>2</sup>)

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) เป็นชนิดที่พบบากที่สุดประมาณ ร้อยละ 95 ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด มักพบในคนอายุ 30 ปี ขึ้นไป รูปร่างอ้วน หรือผู้ที่มี ประวัติบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะญาติ สายตรงเป็นเบาหวาน เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่อ อินซูลิน ที่หลั่ง และเบต้าเซลล์ของตับอ่อนมีการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ไม่เพียงพอ

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific type of diabetes mellitus) เป็น โรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมเดียวจาก โรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา สารเคมี การติดเชื้อจากระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นโรคที่ตรวจ พบครั้งแรก ในหญิงตั้งครรภ์ โดยในขณะที่ตั้งครรภ์ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสผิดปกติ

### อาการ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1. อาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวาน เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า ระดับปกติและมีอาการแสดงที่สำคัญ 4 ประการ<sup>๑</sup> ได้แก่

1.1 ปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จนเกิดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกจากปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติกในปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตจึงไม่สามารถดึงน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยเบาหวานจึงปัสสาวะบ่อยและปริมาณมาก

1.2 คอแห้ง กระหายน้ำและ ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำจากการปัสสาวะปริมาณมาก ทำให้ร่างกายเกิดอาการขาดน้ำ และมีอาการกระหายน้ำ

1.3 อ่อนเพลีย น้ำหนักลด (Weight Loss) เนื่องจากภาวะขาดอินซูลิน ร่างกาย ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจะสลายไขมันและโปรตีนที่สะสมไว้มาใช้เป็น พลังงาน จึงเกิดการเสียน้ำเยื่อร่วมกับการขาดน้ำจากการปัสสาวะบ่อย ทำให้ร่างกายเพลียและ น้ำหนักตัวลดลง

1.4 หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายมีการสลาย เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยเบาหวานจึงมีอาการหิวบ่อย และรับประทานอาหารจุ

2. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท<sup>๑</sup> ได้แก่

2.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Acute complication)

1) ภาวะเป็นกรดในเลือดเนื่องจากสาร

ดีโตนัส (Diabetic Ketoacidosis: DKA) เนื่องจากร่างกายใช้พลังงานจากน้ำตาลไม่ได้จึงจำเป็นต้องใช้พลังงานจากไขมันทำให้เกิดสารคีโตนัสขึ้นในกระแสเลือดซึ่งประกอบไปด้วย  $\beta$ -hydroxybutyric acid acetoacetic acid และ acetone สารเหล่านี้ เมื่อคั่งในร่างกายปริมาณมาก จะทำให้เกิดภาวะกรดที่เรียกว่า “ketoacidosis” ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อย คือ ความเครียดจากการติดเชื้อหรือการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการ ปัสสาวะบ่อย หายใจหอบ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหมดสติ

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิด จากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมักเกิดในภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร เกิดในผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทาน อาหารไม่เป็นเวลา ออกกำลังกายหรือทำงานหนัก เกินไป โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนและกินยาเกินขนาด หรือในปริมาณที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะ บ่อยผิดปกติในเวลากลางคืน กระหายน้ำ ปากแห้ง อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการชักร่วมด้วย

3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เกิดจากการที่ร่างกายของ ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (มากกว่า 600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ระดับกลูโคสที่สูงมากในเลือดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่นอกเซลล์ จะทำให้เกิด ภาวะการคั่งน้ำออกจากเซลล์ เป็นผลให้เซลล์ ขาดน้ำอย่างรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว หน้ามืด ตาลาย ปวดศีรษะ มึนงง ซึ่งอาการของผู้ป่วยแต่ละคน จะแตกต่างกันออกไป กรณีรุนแรงมากผู้ป่วยอาจมีอาการชักหรือหมดสติ

2.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic complications)

1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลกระทบต่อ หลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication)

1.1) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของไต (Diabetic nephropathy) เนื่องจาก ไตเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกรองสารต่างๆ ในเลือดโดยตรงจึงเป็นอวัยวะหลักของ ร่างกายผู้ป่วย เบาหวานที่ได้รับผลกระทบจากระดับน้ำตาล ที่สูงในเลือด จากการที่เส้นเลือดฝอยในโกลเมอรูลัสมีการขยายตัวทำให้ไตมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง และมีการเพิ่มแรงดันในผนัง ของโกลเมอรูลัส ส่งผลให้ไตสูญเสียหน้าที่ อัตราการกรองของไตจึงเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ทำให้มี การซึมผ่านโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ และอัตราการกรองของไตจะค่อยๆลดลง และเกิดการคั่งของ

ของเสีย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการบวม และเกิดภาวะไตวายตามมา

1.2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่จอตา (Diabetic retinopathy) ความผิดปกติที่ตรวจพบได้ในช่วงแรก คือ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดทำให้เลือดที่ตาสูญเสียหน้าที่โดยจะ พบว่า มีการคั่งของสาร fluorescein ที่เรตินาและลูกตา ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติของเซลล์สร้างเม็ดสี ที่มีหน้าที่ในการกำจัดสารพิษ ไม่ให้เข้าไปยังส่วนของลูกตา โดยความผิดปกติของเซลล์เหล่านี้ เกิดจาก การสะสมของสาร sorbitol และ/หรือ AGE ที่ถูกเปลี่ยนมาจากกลูโคส ในระยะต่อมาจะเริ่มมีการตรวจพบการรั่วของสาร fluorescein และโปรตีนในพลาสมา ออกจากหลอดเลือดฝอยที่อยู่ บริเวณเรตินาพร้อมกับมีการหนาขึ้นที่ผนังหลอดเลือดซึ่งจะทำให้ผนังหลอดเลือดสูญเสียหน้าที่

1.3) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบประสาท ( Diabetic neuropathy) เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตลอดเวลาเซลล์ต่างๆ ของระบบประสาท เช่น axons, Schwann cells, perineural และ endoneural จะเกิดพยาธิสภาพที่ผิดปกติของเซลล์เหล่านี้ เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเซลล์ประสาท ทำให้เซลล์สื่อสารประสาทสูญเสียการรับรู้ จึงทำให้ มีอาการปวดแสบปวดร้อน และขาบริเวณปลายมือและปลายเท้า และอาจทำให้เกิดการอักเสบและเป็นแผลได้ง่าย

2) โรคแทรกซ้อน ที่เกิดจากผลกระทบต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macro vascular complication) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิด atherosclerosis คือ ภาวะที่หลอดเลือดแดงแข็งเนื่องจากมีคราบไขมันสะสม เป็นผลให้หลอดเลือด ตีบ อวัยวะสำคัญต่างๆของร่างกายมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานทำได้โดย 4 วิธี ดังต่อไปนี้<sup>10</sup>

1) ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนัก ตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเวลาใดก็ได้โดยไม่ต้องงดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม

ต่อเดซิลิตร ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

2) การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้า หลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยมีอาการ

3) การตรวจความทนต่อกลูโคสโดยตรวจระดับพลาสมากลูโคส ภายหลังจากการดื่ม สารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม เป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง พบค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อ เดซิลิตร ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

4) การตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ถ้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5 เปอร์เซ็นต์ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นวิธีที่นิยมกันมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐาน

### แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน

1) ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ชั่งน้ำหนักคำนวณ BMI วัดรอบ เอว

2) ประเมินการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา/ฉีดยา และ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

3) ส่งตรวจ ไขมันในเลือด, ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี, serum creatinine, albumin, ส่งตรวจปัสสาวะ microalbuminuria, รวมถึงตรวจตาและเท้า อย่างละเอียดอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

4) ประเมินภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งพบแพทย์

4.1) ตา: สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสายตา เช่นตามัวลง มองเห็น ภาพซ้อน (อาการเหล่านี้ เกิดจากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) เบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการตรวจตา ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.2) ไต: สังเกตอาการบวม โดยเฉพาะเท้า และตรวจเพื่อดูโปรตีนในปัสสาวะ

4.3) เท้า: ตรวจอย่างละเอียดบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้ารอบเล็บเท้า เพื่อดูรอยขีดแผลหรืออาการอักเสบ

5) ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอด เลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

ควรควบคุมความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และควรควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้ต่ำกว่า 7

7) ประเมินเพิ่มเติมในส่วนของสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ในบ้านที่สนับสนุน การจัดการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

8) ให้คำปรึกษาในส่วนขาด หาสาเหตุ และวางแผน แก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

9) ย้ำอาการสำคัญที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น ชาตามปลายมือปลายเท้า ใจสั่น บวมตาม ปลายมือ ปลายเท้า ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีภาวะ Hypoglycemia/ Hyperglycemia

10) บันทึกเพื่อติดตามผลการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย

การติดตามและการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย<sup>๑</sup>

ระยะที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ติดตามทุก 1-4 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และติดตาม ระดับน้ำตาลใน เลือด จนสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ตาม เป้าหมายภายใน 3-6 เดือน และควรมีการติดตาม เยี่ยม บ้านและร่วมประเมินสภาพแวดล้อม

ระยะที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ติดตาม ทุก 1-3 เดือน เพื่อประเมิน การควบคุมน้ำตาลและการปฏิบัติ ตัวตามแผนการรักษา การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา ปัญหา อุปสรรค และสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และสภาพจิตใจ

### การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน : บทบาทโรงพยาบาลตติยภูมิ

มีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ ในบทบาทผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ติดตาม ทบทวนตรวจสอบความรู้และ ทักษะที่มีว่าเป็นไปตาม วัตถุประสงค์หรือไม่ สามารถกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ จนทำให้เกิดความร่วมมือ ในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา และค้นหาการเบี่ยงเบนความรู้และ ทักษะที่อาจเกิดขึ้น และทำหน้าที่แนะนำการดูแลและ จัดการตนเองกับโรคเบาหวานเพื่อให้มี พฤติกรรมเชิงบวก ในการดูแลตนเอง

และเป็นบทบาทของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีภาวะเรื้อรัง ในคลินิกประเภทหน่วยบริการ โรคเบาหวาน การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานภาวะ

เรื้อรังโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในการ รักษาโรคเรื้อรังภาวะเฉียบพลันและภาวะที่อาการคงที่ เป็นการให้ความสำคัญในการ ดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพ การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม<sup>12</sup>

การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้จำ เป็นต้องอาศัยทีม สุขภาพที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพ ประกอบ ด้วยบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการทํางานร่วมกันทั้งระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการ สุขภาพทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งให้ การสนับสนุน ให้คำ ปรึกษา และ ร่วมดำเนินการดูแล ผู้ป่วยร่วมกันซึ่งการรับรู้บทบาทหลักบทบาทรองของกันและกัน ตลอด จนข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้สถาน บริการสุขภาพทุกระดับ สามารถ ทํางานร่วมกันเป็นทีมได้

### แนวทางการดูแลและการรักษาโรคเบาหวาน

1. ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล ในเลือด ชั่งน้ำหนักคำนวณ BMI วัดรอบ เอว

2. ประเมินการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา/ฉีดยา และการให้คำแนะนำในการดูแล ตนเอง

3. ส่งตรวจ ไขมันในเลือด, ระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี, serum creatinine, albumin, ส่งตรวจปัสสาวะ microalbuminuria, รวมถึงตรวจตาและเท้า อย่างละเอียด อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

4. ประเมินภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งพบแพทย์

1) ตา: สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสายตา เช่นตามัวลง มองเห็น ภาพซ้อน (อาการเหล่านี้เกิดจากควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้) เบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการ ตรวจตา ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวาน และควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2) ไต: สังเกตอาการบวม โดยเฉพาะเท้า และ ตรวจเพื่อดูโปรตีนในปัสสาวะ

3) เท้า: ตรวจอย่างละเอียดบริเวณซอกนิ้วเท้า ฝ่าเท้ารอบเล็บเท้า เพื่อดู รอยขีดรอยแผลหรืออาการอักเสบ

5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอด เลือดหัวใจและหลอดเลือด สมอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

6. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ควรควบคุมความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท



และควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้ต่ำกว่า 7

7. ประเมินเพิ่มเติมในส่วนของสภาพแวดล้อม  
ความเป็นอยู่ในบ้านที่สนับสนุน การจัดการดูแลตนเอง  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

8. ให้คำปรึกษาในส่วนขาด หาสาเหตุ และวางแผน  
แก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

9. เน้นย้ำอาการสำคัญที่ต้องไปพบแพทย์ เช่น  
ชาตามปลายมือปลายเท้า ใจสั่น บวมตาม ปลายมือ ปลายเท้า  
ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หรือมีภาวะ Hypoglycemia/  
Hyperglycemia

10. บันทึกเพื่อติดตามผลการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วย  
การติดตามและการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย<sup>8</sup>

ระยะที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้  
ติดตามทุก 1-4 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค ให้ความ  
รู้เกี่ยวกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และติดตามระดับ  
น้ำตาลใน เลือด จนสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย  
ภายใน 3-6 เดือน และควรมีการติดตาม เยี่ยม บ้านและร่วม  
ประเมินสภาพแวดล้อม

ระยะที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ติดตาม  
ทุก 1-3 เดือน เพื่อประเมิน การควบคุมน้ำตาลและการปฏิบัติ  
ตัวตามแผนการรักษา การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา  
ปัญหา อุปสรรค และสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต  
และสภาพจิตใจ

## บทสรุป

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้น  
การจัดการตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ จำเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อให้  
ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตนได้ด้วยตนเอง และ  
เมื่อสามารถ ปฏิบัติได้ด้วยตนเองและเมื่อสามารถปฏิบัติ  
กิจกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายได้ จะเป็นแรงจูงใจให้  
เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและการเปลี่ยนพฤติกรรม  
ของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่ จะแก้ไขปัญหาใน  
สถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ มีการเรียนรู้ทักษะและการจัดการ  
สิ่งแวดล้อมของ ตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการปฏิบัติตาม  
แผนการรักษาการสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความ  
รับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการกระตุ้นอย่างเข้มแข็ง  
ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากบุคลากร ทางสุขภาพ  
เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งการอธิบาย  
หรือการให้คำแนะนำ โดยบุคคลอื่นจะทำให้เกิดกระบวนการ

สะท้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองได้ วิธีที่  
จะส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการตนเองต่อปัญหาสุขภาพ  
ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดการกำกับตัวเอง (self regulation)  
วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal-setting) การติดตาม  
ตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation)  
และ การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement)<sup>5</sup> เป้าหมาย  
ในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือการควบคุม ระดับน้ำตาล  
ในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ HbA1C<7%<sup>11</sup> สำหรับ  
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานปี 2560  
ได้แนะนำให้รักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันพร้อมกับบุคคลนั้น  
ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้มีความเหมาะสม  
ตามหลัก 3 อ. การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย  
และการผ่อนคลายความเครียด

## ข้อเสนอแนะ

1. ในการรักษาเบาหวานโดยการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม ประกอบด้วยการควบคุมอาหารสำหรับผู้เป็น  
เบาหวาน ประโยชน์ ของการควบคุมอาหาร คนที่เป็นเบาหวาน  
จำเป็นต้องควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ น้ำหนักตัว  
อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ รักษากระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด  
ได้ใกล้เคียงกับระดับปกติ ป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ  
สุขภาพแข็งแรงและอายุยืน

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่  
มีความซับซ้อนการจะมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขนั้นผู้ป่วยต้องเอาใจ  
ใส่ในชีวิตประจำวันรับผิดชอบในการจัดการตนเองเพื่อป้องกัน  
การเกิด ปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนดำรงรักษาสุขภาพ  
และคุณภาพชีวิตที่ดี หน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยโรค  
เบาหวานชนิดที่ 2 ควรมีหลากหลายช่องทางทำให้ความรู้  
ความเข้าใจในการจัดการตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้คุณภาพชีวิต  
ผู้ป่วยดีขึ้น

3. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาล  
การจัดบริการตามแนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิก  
เบาหวาน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

4. พยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิควรสนับสนุน  
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นแบบรายกรณี และ  
สร้างความร่วมมือกลุ่มการดูแลและการจัดการตนเองของ  
ผู้ป่วยรวมทั้งการสร้างเครือข่าย

## References

1. World Health Organization. Global report on diabetes. France: World Health Organization; 2016.
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2011; 34 (Supply1): 62-69.
3. Zheng, Y., Ley, S. H., & Hu, F. B. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature Reviews Endocrinology 2018; 14(2), 88-98.
4. Zheng, F., Liu, S., Liu, Y., & Deng, L. Effects of an outpatient diabetes self-management education on patients with type 2 diabetes in china: A randomized controlled trial. Journal of diabetes research; 2019.
5. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. Selfmanagement methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds), Self-management methods in helping people changes: A textbook of methods (4<sup>th</sup>ed., pp.305-360.). New York: Pergamon; 1991.
6. Powers, M. A., & Marrero, D. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the american diabetes association, the american association of diabetes educators, and the academy of nutrition and dietetics. Diabetes Care 2016; 39(1): 1372-1382.
7. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2011; 34(Supply1): 62-69.
8. Royal College of Internal Medicine of Thailand, Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health and National Health Security Office. Practice Guidelines for Diabetes 2017. Bangkok: Arun printing; 2017. (in Thai).
9. Cressey, R. Diabetes: Basic knowledge and related laboratory tests. Chiang Mai: Department of Medical Technology Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
10. Royal College of Internal Medicine of Thailand, Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health and National Health Security Office. Practice Guidelines for Diabetes 2014. Bangkok: Arun printing; 2014. (in Thai).
11. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2020. The Journal of Clinical and Applied Research and Education 2020; 43(1): S54.
12. Diabetes Association of Thailand under royal patronage Somdej Phonthepp Rattana Rajasuda Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Developmental Guidelines for Diabetes Clinic Standards. Bangkok: Sri Muang Printing Co., Ltd; 2020. (in Thai).

# การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19

The teaching and learning management of adult and elderly nursing  
practice courses in the situation of the COVID 19 epidemic

กิตติพงษ์ พลทิพย์\*<sup>1</sup> จิรวรรณ ชาประดิษฐ์<sup>1</sup> วณิภา ชั่งศิริทรัพย์<sup>2</sup>

ชุมศรี ต้นเกตุ<sup>1</sup> สุพัตรา เชาวไวย<sup>1</sup> วิราพร สืบสุนทร<sup>1</sup>

Kittiphong Phontip\*<sup>1</sup> Chirawan Chapradit<sup>1</sup> Vanipa Suengsirirub<sup>2</sup>

Choomsri Thonkate<sup>1</sup> Supatra Chaowai<sup>1</sup> Wiraporn Suebsoontorn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

Faculty of Nursing Western university, Buriram Province, Thailand 31000

<sup>2</sup>ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ บุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

Nursing department, Buriram hospital, Buriram Province, Thailand 31000

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยเป็นพื้นที่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่จะต้องขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ได้จัดรูปแบบการเรียนการสอนโดยการวางแผนร่วมกันระหว่างคณะกรรมการกลุ่มสาขาวิชา คณะกรรมการบริหารหลักสูตร และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้กำหนดแนวทางร่วมกันใน 3 ระยะ คือ ระยะการเตรียมการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน, ระยะระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน และระยะหลังการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ผลการดำเนินงานพบว่านิสิตส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และปลอดภัยจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 สำหรับด้านลบ นิสิตและอาจารย์ในเทศจะมีความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการและสำหรับด้านบวกการจัดการเรียนการสอนรายวิชาดังกล่าว ทำให้นิสิตได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย รวมไปถึงพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันโรคติดเชื้อและการปรับตัวในสถานการณ์โรคระบาด

**คำสำคัญ :** การเรียนการสอน, รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, Covid- 19

## Abstract

Thailand has been an epidemic area of corona virus disease-2019. It has affected teaching and learning management, especially the nursing practice course that must be practiced on the ward. Adult and elderly nursing department, Faculty of Nursing Buriram, Western university has managed the teaching and learning styles through joint planning between the Department Committee, Curriculum Management Committee, and Nursing Department of Buriram hospital. They have established a common approach in 3 phases: Preparation for the training period, during the training period, and after the training period. The results showed that most of the students followed the established guidelines and were safe from training.

Corresponding author: \* E-mail: kittiphontip1987@hotmail.com

วันที่รับ (received) 20 เม.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ(revised) 22 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ส.ค. 2565



Therefore, it found that in the teaching and learning management of adult and elderly nursing practice courses in the situation of the COVID-19 epidemic, the negative aspects, students and lecturers were at risk of coming in contact with asymptomatic infected people. The positive aspects, the teaching and learning in the courses allowed students to experience the real situation on the ward as well as to develop competence in infectious disease prevention and adaptation in epidemic situations.

**Keywords:** Teaching and learning, Adult and geriatric nursing practicum, COVID 19

## บทนำ

ประเทศไทยเป็นพื้นที่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 เป็นต้นมา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงอันดับที่ 14 และได้กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้าง ในห้วงเวลาที่ผ่านมามีผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มที่ยืนยันผลการติดเชื้อและไม่ได้ยืนยันผลการติดเชื้อ ส่งผลให้โรงพยาบาลเป็นอีกสถานที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ นับว่าเป็นความเสี่ยงในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งนี้กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ได้วางแผนการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนเป็นไปด้วยความปลอดภัยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในลำดับต่อไป

## โรค Covid-19

โรคโควิด 19<sup>1,2,3</sup> เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ Severe Acute respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งสามารถติดต่อทางหลักโดยการสูดหายใจเอาละอองฝอยเข้าสู่ร่างกาย โดยละอองฝอยดังกล่าวมาจากผู้ป่วยที่ไอ จาม หรือหายใจออกในระยะห่างประมาณ 1-2 เมตร ซึ่งแบ่งการติดเชื้อออกเป็น 4 แบบหลักๆ

คือ Airborne transmission, Droplet transmission, Direct transmission และ Indirect transmission มีระยะการฟักตัวประมาณ 2-7 วัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีการเล็กน้อย ซึ่งมีการคล้ายกับไข้หวัด คือ ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ บางส่วนอาจมีภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบ และส่วนน้อยจะมีการรุนแรงจนเสียชีวิต กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคร่วมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่ไม่แสดงอาการของโรคหรืออยู่ในระยะฟักตัวยังสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่บุคคลอื่นได้ และในผู้ที่มีประวัติสัมผัสเชื้อแต่ไม่แสดงอาการก็สามารถตรวจพบพันธุกรรมของไวรัสได้เช่นกัน การวินิจฉัยโรคสามารถทำได้โดยการชักประวัติในผู้ที่สงสัยจะส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยการทำให้ Real-time PCR ส่วนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบว่า ผู้ป่วยจะมีเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ลดลง มีค่าของ Inflammatory marker เพิ่มขึ้น และมีระดับ serum procalcitonin เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ในส่วนการรักษามักจะรักษาตามอาการ (Supportive care) และมีหลักการ การป้องกันโรคคือ กั้นของร้อน ใช้ช้อนกลาง หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และรักษาระยะห่างจากผู้อื่น และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในทุกๆด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างชัดเจน ก่อให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความสมดุลและลงตัว จัดเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ (New normal) ที่แตกต่างไปจากในอดีต ที่คนในสังคมเกิดความคุ้นเคยอย่างปกติและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สู่การเปลี่ยนแปลงวิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งในด้านวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร วิถีปฏิบัติและการจัดการในด้านต่างๆ<sup>4,5</sup>

## ผลกระทบจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบด้านการศึกษาและการจัดการเรียนการสอน

สถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านการศึกษา และการจัดการเรียนการสอนที่ได้รับผลกระทบโดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้<sup>4,6,7,8,9</sup>

1. รูปแบบการจัดการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา มีการออกแบบรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นและหลากหลาย สามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของสถานศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้รายบุคคล

2. รูปแบบการทำงานในสถานศึกษา เป็นกระบวนการขั้นตอนการทำงานที่มีความยืดหยุ่น และเอื้อต่อการทำงาน โดยไม่ได้สร้างเงื่อนไขและภาระให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยการนำหลักการ Space and time เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดระยะห่างของโต๊ะผู้เรียน โต๊ะทำงานครูผู้สอน มาตรการในการดูแล การไหลเวียนความเย็นของเครื่องปรับอากาศ เลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่ม กิจกรรมพูดหรือถึงตัวระหว่างกัน การให้ความสำคัญในการล้างมือ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้หน้ากากอนามัย การกระชับหลักสูตร มีการบูรณาการเนื้อหาให้สอดคล้องตามสถานการณ์การแพร่ระบาด รวมไปถึงการแบ่งกลุ่มจำนวนผู้เรียนเพื่อให้ไม่มากเกินไป

3. ยกระดับการประเมินผลเพื่อการพัฒนา ทั้งการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งผู้เรียน ผู้ปกครอง และผู้สอน อาจจะมีผลการประเมินตนเอง หรือเพื่อนประเมินเพื่อน รวมไปถึงการประเมินการรับรู้หรือชอบอีกด้วย

4. การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เรียนและบุคลากรทางการศึกษา ในการใช้ชีวิตในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 จากการศึกษาของ ศศิธร ชิดนัย และคณะ<sup>10</sup> พบว่านักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่ามีเพียงร้อยละ 50-60 ที่มีความรู้ในระดับมาก ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อได้ นอกจากนี้การศึกษาของวิชัย

เทียนถาวร และณรงค์ ใจเพียง<sup>11</sup> ยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสถาบันการศึกษาจึงควรคำนึงและเร่งให้ความรู้แก่นักศึกษาเป็นระยะ

4. การบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อดำเนินการที่ต่อเนื่อง มีการวางแผนด้านงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องในด้านการจัดการความเสี่ยงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมไปถึงการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โควิด 19 สำหรับสถานศึกษา เช่น การลดการแพร่กระจายเชื้อด้วยการเน้น DMHTT การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการวัดอุณหภูมิร่างกาย การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ การจัดเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ห้ามรับประทานอาหารร่วมกัน การเหลื่อมเวลาลดความแออัดในห้องเรียน การปรับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ เป็นต้น<sup>10</sup>

## การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19

ในปีการศึกษา 2564 เป็นระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ จัดเป็นความเสี่ยงที่มีความสำคัญ ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ที่จะต้องจัดการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ได้จัดรูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยการวางแผนร่วมกันระหว่างคณะกรรมการกลุ่มสาขาวิชา คณะกรรมการบริหารหลักสูตร และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักการจัดการความเสี่ยงรูปแบบกิจกรรมการควบคุม (Control activities) คือ มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในการควบคุมชั้น เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งเป้าหมายให้สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้<sup>12</sup> รายละเอียดดังนี้

1. ระยะการเตรียมการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นิสิตที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติงานและอาจารย์นิเทศในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะต้องปฏิบัติตามแนวทางต่อไปนี้

1.1 นิสิตและอาจารย์จะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ตามเกณฑ์กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พร้อมส่งสำเนาเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนให้กับอาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชาให้เรียบร้อย

1.2 นิสิตและอาจารย์จะต้องได้รับการตรวจ RT-PCR เป็น Not detected ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง พร้อมส่งสำเนาเอกสารรับรองผลการตรวจให้กับอาจารย์ผู้ประสานงานรายวิชาให้เรียบร้อย

1.3 นิสิตและอาจารย์จะต้องได้รับการกักตัวก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 14 วัน และจะต้องส่งรายงานการเดินทางในแต่ละช่วงเวลา (Time line) เป็นระยะเวลา 14 วันก่อนการกักตัวเพื่อประเมินความเสี่ยงและจัดกลุ่มในการกักตัว

1.4 อาจารย์กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะต้องจัดทำแผนการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบสถานการณ์เสมือนจริง เมื่อเกิดสถานการณ์ความเสี่ยงที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และ/หรือคณะกรรมการบริหารหลักสูตรพิจารณาเห็นว่าไม่ควรขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

1.5 อาจารย์กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะต้องเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในประเด็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและประกาศของจังหวัดบุรีรัมย์ รวมไปถึงการสวมเครื่องป้องกันที่ถูกต้อง

1.6 คณะกรรมการบริหารหลักสูตรจะต้องเตรียมสถานที่สำหรับกักตัวให้กับนิสิตหรืออาจารย์ที่มีความเสี่ยงสูงจากการฝึกปฏิบัติงานและจำเป็นต้องกักตัวเพื่อสังเกตอาการ

2. ระยะระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นิสิตที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานและอาจารย์นิเทศในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะต้องปฏิบัติตามแนวทางต่อไปนี้

2.1 นิสิตและอาจารย์จะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาลบุรีรัมย์อย่างเคร่งครัด

2.2 นิสิตและอาจารย์งดการเดินทางไปยังสถานที่อื่นนอกจากหอพักคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์นและหอผู้ป่วยที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

2.3 นิสิตและอาจารย์จะต้องประเมินความเสี่ยงในการปฏิบัติงานแต่ละวันเพื่อให้การจัดการและปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

2.4 เมื่อมีการสัมผัสผู้ติดเชื้อเป็นกรณีเสี่ยงสูง นิสิตจะต้องงดขึ้นฝึกปฏิบัติงานและกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน หากผลตรวจเป็นผู้ติดเชื้อ จะต้องเข้ารับการรักษาตามประกาศของจังหวัดบุรีรัมย์

2.5 ติดตามข่าวสาร ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ประกาศของจังหวัดบุรีรัมย์ ประกาศโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และประกาศมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พร้อมปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

3. ระยะหลังการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นิสิตที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานและอาจารย์นิเทศในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะต้องสังเกตอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 14 วัน

ผลการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว พบว่า

1. นิสิตจำนวน 1 คน ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการกักตัวในห้วงระยะเวลาเตรียมการก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน มีการเดินทางออกนอกจังหวัดบุรีรัมย์เพื่อทำภารกิจส่วนตัว คณะกรรมการกลุ่มวิชาพิจารณาให้การกักตัว 14 วันหลังการเดินทางกลับมายังหอพักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และขึ้นฝึกปฏิบัติงานชัดเจนครบจำนวนชั่วโมง

2. นิสิตจำนวน 8 คน และอาจารย์นิเทศ 1 คน ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง พบการยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อ ประเมินพบว่านิสิตและอาจารย์เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำสามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานต่อเนื่อง แต่จำเป็นต้องจำกัดพื้นที่กิจกรรมเฉพาะหอผู้ป่วยที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงาน และจัดห้องพักเฉพาะกลุ่มสำหรับนิสิตอาจารย์กลุ่มเสี่ยงที่แยกจากนิสิตอื่น พร้อมสังเกตอาการโรคโควิด 19 พร้อมเข้ารับการตรวจ RT-PCR ตามระเบียบโรงพยาบาลบุรีรัมย์

## บทสรุป

ในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโคโรนา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีความจำเป็นในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ซึ่งมีความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ป่วยทั้งกลุ่มยืนยันผลการติดเชื้อและไม่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อ การจัดการเรียน

การสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำเป็นต้องมีการวางแผนร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติอย่างชัดเจนและอธิบายให้บัณฑิตเข้าใจเพื่อปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดและบรรลุวัตถุประสงค์รายวิชา

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มเติมในการประเมินภาวะสุขภาพจิตและติดตามสุขภาพจิตของนิสิตและอาจารย์อย่างต่อเนื่องเนื่องจากการถูกกักตัวเป็นการถูกจำกัดการใช้ชีวิตหลายๆอย่าง ที่นิสิตและอาจารย์ไม่เคยประสบมาก่อน ทำให้ต้องทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ และไม่ทำในสิ่งที่เคยทำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของนิสิตและอาจารย์ได้ นอกจากนี้การขึ้นฝึกปฏิบัติงานยังเกิดความกังวลในด้านความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการที่ตนเองจะเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อไปยังเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงส่งเสริมการจัดการที่เหมาะสมของนิสิต ที่มีภาวะความเครียดหรือภาวะเปราะบางทางสุขภาพจิต<sup>13,14,15</sup>

2. ควรมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับนิสิตในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อและนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง<sup>10,16</sup>

3. การวางแผนร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติงานเพื่อการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติงานจะทำให้สามารถกำหนดแนวทางที่ครอบคลุม และได้รับความร่วมมือหรือการสนับสนุนเพื่อการปฏิบัติตามแนวทางที่สร้างขึ้น

4. ในการจัดการเรียนการสอนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ควรมีการวางแผนสำรองที่สามารถปรับใช้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง มีความพร้อมใช้ในทุกระยะและบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชาและหลักสูตร รวมไปถึงเพิ่มประสบการณ์เฉพาะด้านให้กับนิสิตได้อย่างครอบคลุมตามผลลัพธ์การเรียนรู้

### References

1. Siriboriruk J. and Prueksaritanond S. COVID-19. Burapha journal of medicine 2020;7(1): 89-95. (in Thai)
2. Phumkhachorn P. and Rattanachaiakunsopon P. Coronaviruses: biological disasters From SARS and MERS to COVID-19. Journal of science and technology Mahasarakham university 2021;40(6): 595-604. (in Thai)
3. Manmana S., Iamsirithaworn S. and Uttayamakul S. Coronavirus Disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura infectious disease institute, 2020; 14(2): 124-133. (in Thai)
4. Boonloy W., Warabamrunkul T., Wichaiwong M. and Nilkote R. The covid-19 with changing of education and society. CMU journal of education, 2021;5(1): 44-57. (in Thai)
5. Mathuros S. Management education online in the NEW NORMAL COVID-19. Rajapark journal, 2021; 15(40): 33-42. (in Thai)
6. Karunyawee S. Learning and teaching for students in COVID-19 epidemic situation. Journal of Bovorn multi-education and human social sciences, 2021;2(2): 48-55. (in Thai)
7. Pawangkanan T. Education administration in the COVID-19 outbreak situation in new normal living. Journal of Bovorn multi-education and human social sciences, 2021;2(2): 25-32. (in Thai)
8. Sangsawangwatthana T., Sirisaiyas N. and Bodeerat C. "New normal" A new way of life and adaptation of Thai people after Covid-19 : Work Education and Business. Journal of local governance and innovation, 2020;4(3): 371-386. (in Thai)

9. Intharawiset T., Jareoan-sa T. and Yuang-soi P. Reflection on Thai education after COVID 2019. Journal of legal entity management and local innovation, 2021;7(4): 323-333. (in Thai)
10. Chidnayee S., Tachawarakorn K., Poosook K., Wiangnak K., Khrutkamchorn K., Naksuan K., Chaipun K., Mekmuangthong K., Kantapa J. and Tana J. Knowledge and preventive behaviors towards the covid-19 among nursing students in Boromarajonani college of nursing, Chiang mai. Journal of nursing and public health research, 2021;1(3): 60-71. (in Thai)
11. Thainthavorn V. and Chitiang N. Relationship between health literacy and behavior to prevent COVID-19 among university students. Thai journal of public health and health sciences, 2021; 4(2): 126-137. (in Thai)
12. Jirathummakoon S., Thepna A. and Ongmekiat T. Nursing management in 4G plus era. Bangkok: TBS product; 2016. (in Thai)
13. Jerayingmongkol P., Wongnoi A., Sukhawadee B., Thuajop S. and Duangkam T. Experiences of being quarantined to prevent the spread of coronavirus (COVID 19) among nursing students. Journal of nursing and health research, 2021;22(1): 110-124. (in Thai)
14. Netirojjanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems on healthcare workers at Nakhonpathom hospital in corona virus disease 2019 (COVID-19) epidemic era. Region 4-5 medical journal, 2020;39(4): 616-627. (in Thai)
15. Pensirinapa N. Burnout syndrome among health personal during pandemic of Covid-19. Journal of council of community public health, 2021;3(3): 1-16 (in Thai)
16. Morasakul B. and Punthasee. Knowledge and prevention behavior regarding COVID-19 among the first-year nursing students of Saint Theresa International college and Saint Louis college. Regional health promotion center 9 journal, 15;(37): 179-195. (in Thai)



# การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมือง

## Palliative Care with the Buddhism traditions in Semi-Urban Context

สายสมร เฉลยกิตติ\* นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ

Saisamorn Chaleoykitti\* Nuntikran Krinchet

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

The Royal Thai Army Nursing College, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400

### บทคัดย่อ

การประคับประคอง ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง คอยระมัดระวังพยุงไว้ คอยบำรุงรักษา ทะนุถนอมอย่างดี การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) จึงมีความหมายว่าด้วยการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่ น้อยกว่า 1 ปี อย่างระมัดระวัง บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนกึ่งเมือง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวิถีชาวพุทธ (พุทธศาสนา) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นการดูแล มีหลักการ 3 หมวดใหญ่ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ ไตรลักษณ์ ได้แก่ 1) อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) 2) ทุกขัง (ความทุกข์) 3) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัวไม่ใช่ตน) โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลและเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองและใช้หัวใจของการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่กำลังจะจากไปโดยสงบ

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, วิถีแบบพุทธ (พุทธศาสนา), ชุมชนกึ่งเมือง

### Abstract

According to the meaning in the dictionary of the Royal Institute, support means be careful, to support maintenance, and be will cherished. Palliative Care: Therefore, it means taking care of patients who cannot be cured, and it is estimated to have less than 1 year of life remaining cautiously. This academic article aims to explain palliative care with the Buddhism traditions in Semi-Urban context to have a good quality of life according to the Buddhist way (Buddhism). Palliative Care is based on Dharma to understand things called the trinity. There are tree categories: impermanent (absolute impermanence), every prison (suffering) and soulless (non-self) where nurses play a role in caring. A nurse is an advocate for patients and family confident in palliative care and takes the heart of caring for the sick and those who are leaving peacefully.

**Keyword :** Palliative Care, Buddhist way(Buddhism), Buddhism



## บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly ครั้งที่ 67 ปี ค.ศ. 2014 มีการสรุปข้อมติที่ 67.19 เรื่อง การสร้างความเข้มแข็ง ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต (Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course) การประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายของไทยว่า ประชาชน และผู้อาศัยบนแผ่นดินไทยจะได้รับการดูแลสภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการ แบบไร้รอยต่อ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล โดยเคารพความประสงค์ในการเลือกแผนการรักษา และแผนการเสียชีวิตของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพ มาตรา 12 วรรค 1 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (living wills)<sup>1</sup>

สถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก โดยมีจำนวนประชากรที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงท้าย ของชีวิตประมาณ 20.4 ล้านคน ซึ่งในกลุ่มนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 6 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 25 และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความจำเป็น ในการดูแลแบบประคับประคองเสียชีวิตจากกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.47 โรคมะเร็งร้อยละ 34.01 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.26 โรคเอดส์ร้อยละ 5.71 โรคเบาหวานร้อยละ 4.59 โรคไตร้อยละ 2.02 โรคตับแข็งร้อยละ 1.70 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 1.65 และอื่นๆ<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยจากฐานข้อมูล ระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> ปีงบประมาณ 2562 พบว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 9.40 ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานร้อยละ 33.65 และผู้สูงอายุขึ้นไป 60 ปีร้อยละ 25.56 และหากแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคต่างๆ พบว่าเป็นกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.36 โรคหลอดเลือด

สมองแตก/ ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.68 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.89 ภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 17.31 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.01 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร้อยละ 14.93

การติดตามประเทศสมาชิกที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญประการหนึ่ง คือ ความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองจากการบริโภคมอร์ฟีน (opioids) โดยติดตามปริมาณการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone คือ ไม่รวมการใช้ opioids ในการรักษาผู้ติดยาเสพติด ของทุกประเทศอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานของ WHO South East Asia Region ในปี ค.ศ. 2017<sup>3</sup> ซึ่งมีประเทศ สมาชิก 11 ประเทศ มีรายงานการใช้ยา opioids แบบ morphine equivalent (ME) minus methadone จากข้อมูลปี ค.ศ. 2015 พบประเทศสหรัฐแห่งสหภาพเมียนมามีรายงานการใช้ 3.71 มิลลิกรัมต่อประชากร ซึ่งสูงที่สุด ใน 11 ประเทศ สมาชิก รองลงมาคือประเทศไทยมีปริมาณการใช้ 2.97 มิลลิกรัมต่อประชากร และประเทศศรีลังกา มีปริมาณการใช้ 0.87 มิลลิกรัมต่อประชากร ตามลำดับ

แนวคิดและหลักการของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในชุมชนกึ่งเมืองเป็นแนวทางในการดูแลที่ให้ความสำคัญเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ครอบคลุมทั้งการดูแลจิตใจทั้งของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญหน้ากับสัจจะวินาทีสุดท้ายของชีวิตอย่างปราศจากความกลัวและกังวลอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่สำคัญ เป็นการคืนสิทธิการเลือกตายโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งรายละเอียดในการทำความเข้าใจมีดังต่อไปนี้<sup>4</sup>

### 1. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

### 2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้า เนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป

### 3. เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### 4. ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย

การบอกความจริงต่ออาการโรค นอกจากเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อญาติ เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันถึงวิธีการรักษาอาการต่างๆ รวมถึงการเตรียมความพร้อมทั้งกับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะดีหรือร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถตัดสินใจล่วงหน้าว่าเมื่อตอนอาการหนักจนไม่รู้สึกร่างกายจะให้เฝ้ารักษายังไงแต่การที่ญาติปิดบังเพราะกลัวผู้ป่วยจะรับไม่ได้ แท้ที่จริงแล้วการไม่บอกความจริงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและส่งผลต่อการดูแล เพราะในที่สุดผู้ป่วยก็สามารถคาดเดาสภาพอาการป่วยได้จากการทำตัวผิดแปลกไปของญาติ เช่น พูดซุบซิบกันเองเบาๆ หรือเอาอกเอาใจผู้ป่วยมากขึ้นจนผิดปกติ หรืออาการต่างๆ ที่ทรุดลงเรื่อยๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเป็นกังวลและพยายามค้นหาความจริง ดังนั้นการยังปิดกั้นก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้ขณะที่การบอกความจริงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจกับอาการต่างๆ ของโรค และการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงเตรียมจากไปอย่างสงบ

### 5. เทคนิคการแจ้งข่าว

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเริ่มตั้งแต่การแจ้งข่าวหรือการบอกสภาพความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งญาติที่ใกล้ชิดจะเป็นผู้ทำหน้าที่แจ้งข่าวร้าย การแจ้งข่าวร้ายมีเทคนิคที่สามารถนำไปปรับใช้ ประกอบด้วย 1) ญาติที่ทำหน้าที่นั้นควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเป็นผู้ที่ผู้ป่วยรักและเชื่อใจพอสมควร 2) เลือกสถานที่และบรรยากาศที่เหมาะสมในการพูดคุย มีความเป็นส่วนตัวไม่มีเสียงรบกวนจากโทรศัพท์ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย มีน้ำเสียงที่นุ่มนวล ท่าทางที่จริงใจเป็นมิตร 3) บอกความจริงและให้ความหวังอย่างซื่อตรงเมื่อเล่าผลการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว ควรให้กำลังใจ ญาติอาจขอให้ทีมผู้ดูแลร่วมวงพูดคุยและแนะนำทางเลือกในการรักษากับผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าญาติและทีมผู้ดูแลพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างให้คำปรึกษาและเลือกแผนการรักษาที่ดีที่สุด 4) ระหว่างที่บอกต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ไม่ควร

รีบเร่ง และผลจากไปในทันที เพราะผู้ป่วยอาจมีคำถามหรือต้องการการปลอบโยน หรือกระทั่งอาจต้องเตรียมพร้อมเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหากผู้ป่วยเป็นลมหรือเกิดอาการช็อกทั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติควรมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับทีมผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอทั้งเรื่องอาการของโรค วิธีการรักษา ผลที่จะเกิด เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษาซึ่งจะช่วยสร้างความคาดหวังที่ตรงกันและลดความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วยและญาติด้วย

### แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Palliative Care เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง<sup>5,6</sup> และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ให้บริการในระดับตติยภูมิได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ว่า “การดูแลเริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค สามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูล การเจ็บป่วยเมื่อต้องการรวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความต้องการของตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางการรักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษาเน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิตรวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความยาวนานของผู้ป่วยโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>7,8</sup>

### แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนกึ่งเมือง ด้วยวิธีแบบพุทธ

การพยาบาลแบบประคับประคองในชุมชนกึ่งเมืองตามแนวคิดแบบพุทธประกอบด้วยเทคนิคดังนี้ 1) การสร้างความอุ่นใจ 2) การสร้างความเข้าใจ 3) การทำใจ และ 4) การปลงใจ<sup>9</sup> สำหรับในชุมชนกึ่งเมืองการดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลตามหลักวิธีแบบพุทธ (พุทธศาสนา) นั้น ในชุมชนกึ่งเมืองสามารถดำเนินการในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามบริบทของพื้นที่ ดังนี้

### การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามหลักวิธีแบบพุทธ (พุทธศาสนา)

หลักสำคัญของพุทธศาสนา คือ การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส และเห็นว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นทุกข์ ประเทศไทยเป็นพุทธศาสนา

นิยายเถรวาท มีหลักธรรม 3 หมวดใหญ่<sup>10</sup> ที่ใช้ในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ คือ ไตรลักษณ์ อันได้แก่ 1) อนิจจัง (ความไม่เที่ยงแท้แน่นอน) 2) ทุกขัง (ความทุกข์) 3) อนัตตา (ความไม่ใช่ตัว ไม่ใช่ตน) อันเป็นลักษณะของสรรพสิ่งในโลก กฎแห่งกรรม อันได้แก่ ระบบความเชื่อที่ว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ล้วนมีผลสืบเนื่องทั้งสิ้น ไม่ว่ากรรมฝ่ายดีหรือฝ่ายชั่ว มงคลสูตร อันได้แก่ หลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นเรื่องของคุณธรรมที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าโดยหลักธรรมเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนสภาพที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยให้เป็นมงคล เช่น การพยายามทำความเข้าใจความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วยที่เป็นสิ่งดีงามให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต หรือการให้ผู้ป่วยได้อโหสิกรรม คืนดีกับญาติที่เคยโกรธเคืองกัน หรือการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีแก่ผู้ป่วยโดยการเฝ้าดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข สบายกาย สบายใจ รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงกฎของธรรมชาติ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นต้น

#### วิธีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามหลัก วิถีพุทธ (พุทธศาสนา)

แม้ว่าในศาสนาพุทธแบบเถรวาท จะไม่มีพิธีกรรมอะไรเป็นพิเศษ แต่มีผู้สรุปแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยตามวิถีพุทธไว้ว่า มีวิธีการคือ

1. การดูแลสุขภาพกาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน คือ อาหาร ยา เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ให้มีความสะอาด สงบ เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย อีกทั้งดูแลการใช้ตา หู จมูก ลิ้น และกาย อย่างระมัดระวัง และให้เป็นไปในทางกุศล

2. การดูแลในมิติทางศีล คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจต่อกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีจะส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ป่วย

3. การดูแลในมิติทางจิตใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตที่เข้มแข็ง มีคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เครียด มีความสงบ ซึ่งอาจทำได้โดยการทำสมาธิ ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และคุณงามความดีที่ได้กระทำมา

4. การดูแลในมิติทางปัญญา เช่น การรับฟังรายละเอียดการดูแลรักษาจากแพทย์ แล้วใคร่ครวญอย่างมีสติ เข้าใจชีวิตและการของโรคตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองให้ดี<sup>10</sup> โดยการสร้างสมาธิ การให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิ และจดจ่อกับสิ่งดีงาม เราสามารถเสริมด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำบุญ ทั้งการทำบุญแก่พระศาสนา การใส่บาตร

การถวายสังฆทาน และการสละเงินทองเพื่อส่วนรวม การให้เงินหรือสิ่งของแก่คนทุกข์คนยาก การถือศีล กินเจ (ในกรณีที่ไม่มีส่งผลกระทบต่ออาการของโรคของผู้ป่วย) การสวดมนต์ หากผู้ป่วยไม่สามารถสวดเองได้ ญาติอาจสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ เช่น พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือบุคคลที่เราเคารพนับถือ

#### การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ตามหลักพระพุทธศาสนา<sup>11</sup>

ชีวิตคือการรวมของรูป (ร่างกาย) และนาม (จิตใจ) การตายก็คือการแยกกันของรูปและนาม เมื่อมีชีวิตก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา คือ มีความแก่ ความเจ็บ และสุดท้ายก็ถึงแก่ความตาย มีเหตุมีปัจจัยซึ่งกันและกันวนเวียนกันไป ที่เรียกว่ากฎของสมุปบาท, ชีวิตที่ได้มาก็เกี่ยวข้องกับ กิเลส, กาม, เกียรติ, ตลอดจนถึงเรื่องโลภ, โกรธ, หลง ตลอดเวลา แต่ก็หนีจากเรื่องความไม่แน่นอน (ความเปลี่ยนแปลง), ความเป็นทุกข์ (ทนได้ยาก), ความที่ไม่ใช่ตัวตนของตน คือ การบังคับตัวเองไม่ได้ ที่เรียก อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา (ไตรลักษณ์)

#### แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงวาระสุดท้าย<sup>11</sup>

1. Competence คือ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีประสบการณ์เพียงพอในการจัดการกับอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการทางจิตใจต่างๆ เป็นต้น และต้องอธิบายให้ญาติ และผู้ป่วยเข้าใจถึงแนวทางการรักษา ดูแล โดยร่วมกันตัดสินใจ เช่น การตายควรจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาล, การตัดสินใจให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบโดยไม่มีการใช้เครื่องช่วยชีวิตต่อไป

2. Concern หมายถึง มีความห่วงใย ผูกพัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา เปรียบเสมือนมีความรู้สึกหรือมีอารมณ์ร่วมในความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยมี ซึ่งอาจไม่ได้แสดงออกด้วยคำพูดอย่างเดียว แต่แววตาและการแสดงออกหรือการดูแลต่างๆ ที่แสดงถึงความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยจนผู้ป่วยรับรู้ได้

ในบางช่วงของชีวิตย่อมมีคืนใกล้ตัวของเราที่เจ็บหนัก และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่รักษาตัวที่โรงพยาบาล การดูแลรักษาตกเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล ลูกหลานหรือญาติมิตรเป็นเพียงผู้มาเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ อย่างไรก็ตามพึงตระหนักว่าในฐานะลูกหลานหรือญาติมิตร เราแต่ละคนมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย สิ่งที่คุณต้องการมิใช่แค่การเยียวยารักษาทางกายเท่านั้น หากยังปรารถนาความช่วยเหลือทางจิตใจอีกด้วยโดยเฉพาะในช่วง

วาระสุดท้ายใกล้จะมาถึงผู้ป่วยเหล่านี้แม้แพทย์หมดหวังที่จะรักษาให้หายหรือรอดตายได้ แต่ก็มีได้หมายความว่าแต่ละวินาทีที่เขามีลมหายใจอยู่นั้นเป็นเพียงการนอนรอความตาย เราสามารถทำสิ่งดีๆ มีคุณค่าต่อชีวิตของเขาได้ และในเวลาเดียวกันเขาก็สามารถประสบพบสิ่งดีงามหรือทำสิ่งที่มีคุณค่าแก่ตนเองอย่างที่ไม่เคยนึกว่าจะทำได้มาก่อน

**3. Comfort** หมายถึง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ โดยเฉพาะเรื่องความปวด ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยมีความปวดน้อยที่สุดโดยให้ยาแก้ปวดน้อยที่สุด ให้ยาแก้ปวดที่เพียงพอให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีภาวะของ “การตายดี (good death)” ซึ่งสถาบันการแพทย์ของอเมริกาได้นิยามไว้ว่า คือการตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของคนป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติบนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรมที่ได้มาตรฐานและดีงาม

**4. Communication** เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย เน้นการสื่อสารสองทาง ผู้ดูแลควรเป็นผู้รับฟังที่ดี (active listening) มีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผยถึงขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ในชีวิตที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ทำ เราอาจเป็นผู้ประสานให้ผู้ป่วยทั้งในเรื่องครอบครัว การงาน

**5. Children and relatives** หมายถึง การนำญาติและบุตรหลานของผู้ป่วยมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ โดยหาช่วงเวลาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ชัดขึ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนขึ้น ดังนั้นก็เพราะยังติดขัดกับบางสิ่งบางอย่าง ไม่สามารถพรางจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินงานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดขัดอย่างแน่น

**6. Cohesion** เป็นการเชื่อมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ให้บุคคลเหล่านี้ได้มาช่วยประคับประคองจิตใจลดความกังวล และยังช่วยให้ญาติปรับตัวกับความรูสึกที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่รักไป

**7. Cheerfulness** หมายถึง การมีอารมณ์ขันที่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจช่วยให้ผู้ป่วยยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตใจที่สบายขึ้น สีสหน้าท่าทางของผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวลเกินเหตุ หรือแสดงความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพราะยังจะทำให้ผู้ป่วยหดหู่มากขึ้น

**8. Consistency** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คงเส้นคงวาเพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความกลัวที่จะถูกทอดทิ้ง การที่แพทย์หรือผู้ดูแลมาตรวจเยี่ยมสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลได้มาก

**9. Calmness of mind** แพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบ สามารถเผชิญกับผู้ป่วยใกล้ตายได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกหวาดหวั่นเกินเหตุ หรือแสดงอาการเฉยเมยต่อผู้ป่วยและญาติ

## หัวใจของการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่กำลังจะจากไป<sup>12</sup>

สิ่งสำคัญที่ญาติ เพื่อน หรือผู้ดูแลผู้ป่วยควรพิจารณา คือ

**1. ทักษะคติของตนที่มีต่อชีวิตและความตาย** หากผู้ช่วยเหลือนมองความตายว่าเป็นความสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้น การจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเผชิญความตายอย่างสงบเป็นไปได้ยากหลายครั้งที่ญาติยอมรับความตายไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยกังวลใจและกลัวที่จะจากไป ทำให้เข้าถึงความสงบไม่ได้ ต่างกล่าวว่า การที่เราช่วยผู้อื่นให้ตายดี เท่ากับเรากำลังเตรียมใจเพื่อเตรียมตัวตายสำหรับตนเองไปด้วย ได้เห็นแนวทางการดูแลกายและใจของตนในอนาคต ได้เรียนรู้ที่จะยอมรับความจริงของชีวิต และไม่มีความคิดแง่ลบกับความตายที่จะทำให้เราเป็นทุกข์ และที่สำคัญคือ ได้เรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตที่เอื้อต่อการตายที่ดีในอนาคต

**2. สำรวจใจของตนว่าเข้มแข็งและพร้อมรับสภาพทางกายและทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้หรือไม่**

อาจให้เวลาตนเองทำสมาธิเจริญภาวนาสักพักหนึ่ง ก่อนเข้าเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วย เตรียมคำพูดและท่าทีของเราไว้ล่วงหน้าหากผู้ป่วยแสดงอาการที่ไม่น่าพอใจ เช่น โกรธ โวยวาย หรือเศร้า ลองจินตนาการว่า หากเราเป็นผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานและกำลังจะตายเช่นเขา เราจะรู้สึกอย่างไร กลัวแค่ไหน เหนงหรือไม่ ต้องการอะไรจากครอบครัว คำตอบของเราอาจเป็นแนวทางให้เราเห็นว่า ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไร

**3. มีความรู้ความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย**

เพื่อหาวิธีบรรเทาเบาลายความทุกข์กายทุกข์ใจให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม



#### 4. เคารพความเห็น ความปรารถนา และสิทธิของผู้ที่กำลังจะจากไป

อย่าพยายามยึดเยียดความคิด ความเชื่อของเราให้เขา

#### 5. อยู่เป็นเพื่อน

สิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุดคือเพื่อนที่อยู่เคียงข้าง ซึ่งไม่ได้หมายความว่าต้องอยู่กับเขาตลอดเวลา แต่หมายถึงการอยู่กับเขาได้ในเวลาที่เขาต้องการ

#### 6. รับฟังให้มาก

เปิดใจฟังเขาเหมือนกับว่าเขาเป็นคนเดียวในโลกที่เราสนใจ ตั้งใจฟังโดยไม่ตัดสินสิ่งที่เขาพูด ผู้ใกล้ตายมีเวลาพูดน้อยลงแล้ว หากมีอะไรที่เขาอยากพูด อยากระบาย ก็น่าจะให้เราเปิดโอกาสพูดจนหมดใจ

#### 7. แบ่งปันความรู้สึกกัน

ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี เช่น ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า ปลอ่ยให้เขาระบายความรู้สึกภายในออกมา การได้เห็นความกลัวของตนเอง และพูดถึงความกลัวอย่างเปิดเผย จะช่วยให้ความรู้สึกทุกขีใจคลายลงและยอมรับสิ่งที่กำลังจะเผชิญได้

#### 8. รักและอภัยอย่างไม่มีเงื่อนไข

แม้ว่าเขาจะโกรธหรืออารมณ์ไม่ดีเพียงไร อย่าคิดว่าสิ่งเหล่านั้นพุ่งเป้ามาที่เรา ให้มองว่าเขา กำลังพยายามสื่อสารความรู้สึกต่างๆ ออกมา ลองนึกว่าหากเราอยู่ในสถานการณ์อย่างเขา เราจะรู้สึกโกรธ ว่ารุ่น กลัว หรือเรียกร้องความรักความสนใจมากเพียงใด

#### 9. ใช้น้ำเสียงและการสัมผัสที่อ่อนโยนเสมอ

การใช้น้ำเสียงและสัมผัสอย่างอ่อนโยนบ่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายรู้สึกถึงมิตรภาพ และสงบลงได้มาก

#### 10. มีความหวัง แต่อย่าคาดหวัง

ปลอ่ยวางความคาดหวังของเราว่าเขาจะต้องไปดีและสงบ เราเพียงทำให้ดีที่สุด และวางใจว่าทุกคนมีกรรมและชีวิตเป็นของตนเอง ซึ่งกำหนดให้วิถีการตายของแต่ละคนแตกต่างกัน

#### 11. ดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจมั่นคง

เพื่อแบ่งปันความสุขสงบจากตัวเราให้ผู้ป่วย หลายครั้งที่ผู้ดูแลทุ่มเทกำลังกายกำลังใจจนไม่ได้ดูแลตนเอง เกิดอาการป่วย หมดหวัง ท้อแท้ ไม่มีเรี่ยวแรงและความเบิกบานสำหรับทำางานอันสำคัญยั้งนี้

#### บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามวิถีแบบพุทธในชุมชนกึ่งเมืองในปัจจุบันนี้มีความสำคัญมาก คนที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่แล้วจึงไม่ได้มีความเจ็บป่วยทาง (กาย) เท่านั้น หากยังมีความเจ็บป่วยทาง (จิตใจ) อีกด้วย ยิ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแล้ว ความเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ทรมานไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยทางกาย หรืออาจมากกว่าด้วยซ้ำ เพราะสิ่งที่เผชิญเบื้องหน้าเขาคือความตายและความพลัดพรากสูญเสียอย่างสิ้นเชิง ซึ่งกระตุ้นเร้าความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวให้ผุดขึ้นมาอย่างเข้มข้นรุนแรงอย่างไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลรักษาทาง (จิตใจ) ไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางร่างกาย และสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งแพทย์หมดหวังที่จะรักษาร่างกายให้หายหรือดีขึ้นกว่าเดิมแล้ว การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจกลับจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะแม้ร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจยังมีโอกาสที่จะกลับมาดีขึ้น หายทรมานทรมาย จนเกิดความสงบขึ้นได้แม้กระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต การพิจารณาตามหลักไตรลักษณ์ของพระพุทธศาสนา และการเกิด แก่ เจ็บ ตาย บุคลากรด้านการแพทย์ ครอบครั และญาติ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหารและนโยบายควรสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย ครบถ้วนทั้งด้านวิชาการ และการวิจัย เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้เพิ่มความสนใจ เกิดการเรียนรู้ มีช่องทางแสดงความคิดเห็น และเกิดงานวิจัยซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรมีการอบรมพยาบาลในหอผู้ป่วย มีการประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคองนำไปใช้ให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีการเชื่อมโยงต่อเนื่อง โดยเน้นให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผน และดูแลร่วมกับทีมพยาบาลผู้ป่วย

## References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Handbook of palliative and end-of-life care (for medical personnel). Nonthaburi: Printed at the Veterans Affairs Organization. under royal patronage; 2017. (in Thai).
2. Palliative Care Network , Conservation Center, Department of Medicine. Assessment Manual Self-standard quality of palliative care for terminally ill patients. Khon Kaen: International Archives; 2018. (in Thai).
3. Improving access to medicines in the South-East Asia Region: Progress, challenges, priorities. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; 2017.
4. National Health Office . People's Guide Palliative care for terminally ill patients (Palliative Care) Revised edition. Bangkok: Pimsiri Pattana Co., Ltd; 2018. (in Thai).
5. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016.
7. Medical Department. The Guideline of Palliative Care. Medical Department Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).
8. WHO Definition of Palliative Care. Palliative Care: symptom management and end-of-life care. WHO Publications; 2012.
9. Artsanthia, J., Barbara E.M., Chaiphilabsarisdi, P. Nitayasuddhi D. & Triamchaisri S.K. (2011). Exploring the palliative care needs of people living in Thailand with End stage renal disease: A pilot study. Journal of hospice & palliative care nursing, 13(6):403-410.
10. Phra Brahmaganabhorn (P.A. Payutto). Trinity Anicchata Dukkha Anatta . Bangkok: Center for disseminating scriptures and Buddhist books; 2011. (in Thai).
11. Tantiwong, A. Phitthayaphan, P Suntharapha, S. Caring for terminally ill patients. 12<sup>th</sup>ed : Printed at H.T.P Press Co., Ltd; 2015. (in Thai).
12. Sukrung, K. The final happiness at the destination : Facing death peacefully. 5<sup>th</sup>ed. Bangkok: Samlada Partnership; 2017. (in Thai).



## ผู้สูงอายุสุขภาพดี : ในมุมมองความสุข 5 มิติ

### Healthy Elderly : Point of View 5 Dimensions of Happiness

ลำไผ สุวรรณสาร\* อรุณรัตน์ สุนทองบัว

Lumpai Suvannasan\* Arunrat Sunongbua

โรงพยาบาลชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000

Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum, Thailand 36000

#### บทคัดย่อ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และสังคม แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ในสังคมปัจจุบันที่จำนวนประชากรวัยทำงานมีความสามารถในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุกลับมีแนวโน้มลดลง ปัญหาผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ปัญหาด้านสุขภาพและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย กรอบแนวคิดการดำเนินงาน ภายใต้ “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” กลยุทธ์ในแต่ละกิจกรรม ตลอดจนแนวทางการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน สร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงาน การสร้างสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เป้าหมายหลัก คือ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมี 6 ประเด็นที่ต้องการดำเนินการ ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหว 2) โภชนาการ 3) สิ่งแวดล้อม 4) สุขภาพช่องปาก 5) สมอ่งดี และ 6) มีความสุขทั้ง 5 มิติ

**คำสำคัญ:** สุขภาพดี, ผู้สูงอายุ, มุมมองความสุข 5 มิติ

#### Abstract

The situation of entering an aging society has impacts on physical, mental, economic, and social health. This indicated the trend of the rapidly increasing rate of the elderly in today's society. The number of working-age population that can support caring for the elderly tends to decline. The problem of the elderly was being alone. Health problems and the ability to help by themselves in daily life decreased due to the deterioration of the body. Implementation conceptual framework “Enough happiness, slow down aging, live long” Led to strategies for each activity as well as follow-up guidelines performance appraisal. Creating mutual understanding in Public Health operations was for all departments. The main purpose of Building health for the elderly was to campaign “healthy elderly, take care of yourself and have a good quality of life”. Six issues that need to be in action together: movement, nutrition, environment, oral health, brain health, and happiness in the previous of all 5 dimensions.

**Keyword:** Healthy, Elderly, View 5 Dimensions of Happiness

Corresponding Author : \* E-mail: Lumnoot@gmail.com

วันที่รับ (received) 20 พ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 มิ.ย. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ส.ค. 2565

## บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุโลกในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก<sup>1</sup> และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย<sup>2</sup> พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นมีสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด<sup>3</sup> และสำหรับสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรผู้สูงอายุหรือคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรโลกทั้งหมดโดยความเร็วการสูงวัยของประชากรโลกในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2550-2560) มีอัตราเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 5.8 ต่อปี กลุ่มประเทศอาเซียน พบว่ามีประชากรสูงอายุ 63.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.9 สาธารณรัฐสิงคโปร์มีประชากร สูงอายุ ร้อยละ 11.1 และประเทศไทยมีประชากร สูงอายุ ร้อยละ 17.1 เป็นสังคมสูงอายุและ กำลังก้าวสู่สังคม สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2564 จากการคาดประมาณประชากร ประเทศไทย ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในขณะที่มี ประชากรวัยแรงงานเพียง 35.18 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2553 ที่มีประชากรวัยแรงงาน จำนวน 42.74 ล้านคน หรือลดลง 7.6 ล้านคน<sup>4</sup> สำหรับสถานการณ์ทางสุขภาพ (Health) ของผู้สูงอายุ ระบุว่าร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน มีปัญหาสุขภาพ หลายโรค อาทิ มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง, มากกว่าร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน และมากกว่า ร้อยละ 70 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และยังมีโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต<sup>5</sup>

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จำนวน 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต / อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มีสัดส่วนของการเป็น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัย ปลายพบอุบัติการณ์ของโรค อัมพาต/อัมพฤกษ์ การสำรวจ ในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่ม

อายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรังและพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป พบว่ามี ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พบคือ ปวดข้อ และปวด หลังเรื้อรัง พบมีความชุกถึง 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่นๆ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังโรคหัวใจและ หลอดเลือด<sup>6</sup>

จากแนวคิดของทฤษฎีที่เชื่อว่า จำนวนปีที่ยืนยาว มากขึ้นนั้น สามารถทำให้เป็นปีที่มีความสุขปราศจาก ความพิการได้ และจะมีผลให้ภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ ลดลงนั้น จำเป็นต้องมีมาตรการด้านการป้องกันโรคที่มี ประสิทธิภาพต่อการลดการเจ็บป่วยมากกว่าลดการตาย โดยการเจ็บป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพเรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์ กับผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และมลภาวะแวดล้อม ซึ่งสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นทฤษฎีดังกล่าวจะเป็นจริงได้จำเป็นต้องทำให้ วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัย แวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพถูกสุขลักษณะมากขึ้น นอกจากนั้น การดำเนินชีวิตอิสระของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือพิการ ต้องประสบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มากมาย หากมีการนำ เทคโนโลยีชุมชนมาใช้และปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ต่างๆ สภาพแวดล้อมที่ปรับให้เหมาะสมนี้จะสามารถป้องกันการ เจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาพ และบำ บัดฟื้นฟูร่างกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ และช่วยแก้ปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายได้อีกด้วย<sup>7</sup> การล้มเป็นสาเหตุหลักของอาการกระดูกหักในผู้สูงวัย โดยเฉพาะกระดูกสะโพก และยังเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงวัยต้องย้ายจากบ้านและชุมชนไปอยู่ในสถานพักพิง คนชราการจัดการปัญหาการล้มในผู้สูงวัยที่ดีที่สุดคือการตรวจ ประเมินเพื่อจัดการความเสี่ยง และการออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันการล้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต<sup>8</sup> และ การดูแลสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะปากและฟันที่ สะอาดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด ไม่มีกลิ่นปาก กินอาหารได้ตามปกติ ลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ<sup>9</sup>

## ความสุขเชิงจิตวิทยาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในผู้สูงอายุ<sup>10</sup>

1. ความหมายของความสุข ในทางพุทธศาสนา ความสุขคือการมีทุกข์น้อย ทั้งนี้ความทุกข์ในพุทธศาสนา จะมุ่งเน้นเรื่องความทุกข์ทาง ใจเพราะความทุกข์ทางกายเป็น

เรื่องธรรมชาติ โดยความทุกข์ทางใจพระพุทธรูปเจ้ากล่าวไว้ใน “หลักปฏิจางสมุปปาต” ว่า “ความทุกข์ทางใจมีกระบวนการทางจิตเป็นสาเหตุทั้งนี้ค้นหาหรือความทะยานอยากที่ผลักดันให้คนเราเกิด ทุกข์” มีการแบ่งความสุขไว้ 3 ระดับ คือ

**ระดับที่ 1 :** กามสุข หรือความสุขที่เกิดจากความใคร่ ความอยาก และความปรารถนาทั้งหลายอันเนื่องมา จาก “วัตถุกาม” หรือความสุขจากภายนอก เช่น รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัสที่ใคร่ น่าพอใจ อาทิสุขจากได้ใช้ทรัพย์สินสมบัติ ต้ม เทียว การเสพเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น หรือความสุขเนื่องมาจากความต้องการภายใน “กิเลสกาม” เช่น ความพอใจว่าตนเองมีฐานะ ชื่อเสียง มีตำแหน่งใหญ่โต เป็นต้น

**ระดับที่ 2 :** ฌานสุข หรือความสุขสงบเป็นความสุขที่ปราศจากกิเลสชั่วคราว เมื่ออยู่ในสมาธิ และมีผลต่อไป อีกระยะหนึ่งหลังออกจากสมาธิ เมื่อกลับสู่สถานการณ์ปัจจุบันที่ ยังมีโลก โกรธ หลง ความทะยานอยากในจิตใจ แล้วความทุกข์ทางใจก็จะกลับมาอีก เนื่องจากยังไม่รู้เท่าทันความคิดปรุงแต่งของตัวเองหรือยังมีความเป็นตัวตนของ ตนเองอยู่

**ระดับที่ 3 :** ญาณสุข หรือสุขจากการปล่อยวาง เป็นการรู้เท่าทันความทะยานอยาก และความคิดปรุงแต่ง ด้วย กิเลสของตัวเอง ทำให้สามารถควบคุมความคิดปรุงแต่ง และปล่อยวางได้ในที่สุด ในทางพุทธศาสนาจัดว่าเป็นความสุขที่ยิ่งกว่าและยั่งยืนกว่าความสุขทางโลก สามารถมองทุกอย่างตามความเป็นจริง เป็นความสุขที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาใน ชีวิตประจำวัน หากบุคคลนั้นสามารถเจริญสติที่รู้ตัวและรู้เท่าทัน ค้นหาและสังขารของตนเองได้

## 2. กรอบแนวคิดเรื่องความสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

เพื่อที่จะพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะนำมาปฏิบัติและสามารถวัดในเชิงสัมพัทธ์ได้ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตั้งนิยามข้างต้นในเนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้จะจำแนกความสุขของผู้สูงอายุ 5 มิติ ดังนี้

### ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

ไม่ติดสิ่งเสพติด

### ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมที่เหล่านี้นี้สามารถลด ความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้

### ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการ ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

### ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition)

หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผนและการ แก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการ จัดการสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจ ความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถ จัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้ง ความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

## 3. การจัดการบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ

### 3.1 ความต้องการการตอบสนองทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ<sup>10</sup>

การตอบสนองความต้องการทางสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุได้แก่ ความตั้งใจต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความต้องการการเอาใจใส่ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการการยอมรับนับถือจากลูกหลานและสังคม รวมทั้งความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยการมีส่วนร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ต่อสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ และมีความสุขต่อการใช้ชีวิตในบั้นปลายที่เหลืออยู่ ดังนั้น การจัดการบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลัง เกิดขึ้น ได้แก่ 1) การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง 2) การปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่ไม่ต้องทำงานและมีรายได้ลดลง 3) การปรับ

ตัวให้อยอมรับการจากไปของคู่ครอง เพื่อนสนิทและสมาชิกในครอบครัว 4) การปรับตัวให้อยอมรับแบบแผนของสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน การสร้างความสุขและความพึงพอใจให้กับตนเองภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เป็นจริงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

### 3.2 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการสุขภาพ<sup>10</sup>

จากการสังเคราะห์สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในระดับต่างๆ ซึ่งอาศัยในชุมชนพบว่า ร้อยละ 27 ของ ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นผู้มีสุขภาพดี ร้อยละ 73 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค อย่างไรก็ตามได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ ดังนี้

3.2.1) กลุ่มที่ 1 : กลุ่มติดสังคม

3.2.2) กลุ่มที่ 2 : กลุ่มติดบ้าน

3.2.3) กลุ่มที่ 3 : กลุ่มติดเตียง

#### 3.2.1) ความสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป แม้จะมีโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถควบคุมโรคได้ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อคงสุขภาพดีไว้ หรือชะลอการเสื่อมของร่างกายให้นานที่สุด รวมทั้งความสามารถ ในการพึ่งพาตนเอง เช่นผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป จำเป็นต้องสร้างเสริมพฤติกรรมดีทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกทางบวก และการสร้างกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขจากการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ในการสร้างความสุข 5 มิติดังนี้

##### ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด อย่างไรก็ตาม สมรรถภาพทางกายสำหรับ ผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งมีสุขภาพดีเช่นเดียวกับผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป

กิจกรรมสุขสบาย (Health) ในที่นี้จะเน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) โดยสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม คือความสามารถทางกาย

ที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ และปลอดภัย โดยปราศจากความอ่อนล้า ซึ่งจะวัดความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้แก่

- 1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)
- 2) ความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic endurance)
- 3) ความอ่อนตัว (Flexibility)
- 4) ความว่องไวและการทรงตัว (Agility/dynamic balance)
- 5) ดัชนีมวลกาย (BMI)

##### ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และกิจกรรมที่เหล่านี้น่าสามารถลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้

กิจกรรมสุขสนุก (Recreation) จะเน้นไปที่การจัดกิจกรรมนันทนาการ ที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงามในรูปแบบของการทำกิจกรรม การแสดงออกในด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่ ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

##### ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity)

หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

กิจกรรมสุขสง่า (Integrity) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งจะประเมินจาก 1) การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน 2) การมีจิตอาสา และให้การช่วยเหลือผู้อื่น 3) การช่วยเหลือคนในครอบครัว อาทิการดูแลเด็ก เป็นต้น

##### ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความเข้าใจ การคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้เหตุผล การเรียนรู้ การวางแผนการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมสุขสว่าง (Cognition) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำการมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินจาก 1) ความจำ 2) ความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผล



3) ความสามารถในการเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูด และวาจา 4) มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ใส่ใจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ 6) การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน

### ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถควบคุมความต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสมสามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ และยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

กิจกรรมสุขสงบ (Peacefulness) จะเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้าน 1) การรู้อารมณ์ตน (Knowing Emotion) หมายถึง ตระหนักรู้ตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง 2) การควบคุมอารมณ์ (Managing Emotion) หมายถึง ความสามารถในการจัดการ กับอารมณ์ตนเอง ได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด สามารถคลายเครียด สลัดความวิตก จริตรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ชุ่มฉ่ำหายไปโดยเร็ว 3) การยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หมายถึง ความสามารถในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิต ได้ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์ สมหวัง-ผิดหวัง สำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป เป็นต้น ไม่ยึดมั่นกับสิ่งใดมากเกินไป สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ทั้ง ในด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง

### 3.2.2 ความสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน<sup>9</sup>

หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย หรือทางด้านจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

#### ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแลสุขภาพร่างกาย ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจ

หรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ไม่ติดสิ่งเสพติด อย่างไรก็ตามสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ต้องอาศัยผู้อื่นใน เรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

#### กิจกรรมความสบาย (Health) สำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะเน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) ซึ่งจะแบ่งการประเมินออกเป็น 10 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การแต่งตัว 3) การลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องสุขา 5) การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การอาบน้ำ 8) การเดินในบ้าน/ห้อง 9) การกลืนอาหาร 10) การกลืนปัสสาวะ นอกจากนี้จะประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ และแหล่งช่วยเหลือ

### ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่ติดบ้านในการปรับตัว สามารถสร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ และดิงามในรูปแบบของการทำกิจกรรมหรือการแสดงออกในด้านกีฬาเบาๆ ดนตรี ศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

### ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity)

หมายถึง ความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ย่อท้อ ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ มีมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตัวเอง และต่อผู้อื่น รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

กิจกรรมสุขสง่า (Integrity) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ซึมเศร้า ท้อแท้ เครียด หงุดหงิด การมีมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตนเอง และต่อผู้อื่น และการเห็น ออกเห็นใจผู้อื่น จะประเมินจาก 1) การไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ 2) การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น 3) การมีความรักและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น 4) แหล่งสนับสนุนทางสังคม

### ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition)

หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุติดบ้านด้านความทรงจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสารและความสามารถในการปรับตัวแบบยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมสุขสว่าง (Cognition) จะเน้นไปที่ กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง การรับรู้ (Perception) การรับรู้ความรู้สึก (sensation) การเคลื่อนไหว (kinesthesia) เพิ่มไหวพริบความจำ การคิดอย่างมี เหตุผลและจัดการกับสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะประเมิน 1) ความจำ 2) การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีตมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น 3) ความสามารถในการเชิงภาษาการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดและวาจา 4) มีความสามารถทางสังคมมีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้

### 3.2.3 ความสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง<sup>10</sup>

หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และ ควบคุมไม่ได้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

#### ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในการดูแลสุขภาพร่างกาย ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือ ปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ ไม่ติดสิ่งเสพติด อย่างไรก็ตาม สมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ต้องอาศัยผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

กิจกรรมสุขสบาย (Health) จะเน้นไปที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Katz Index of ADL) ซึ่งจะแบ่งการประเมินออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การอาบน้ำ การแต่งตัว 2) การแต่งกาย 3) การไปห้องสุขา 4) การเคลื่อนย้ายตัวเอง 5) การควบคุมการขับถ่าย 6) การรับประทานอาหาร นอกจากนี้จะประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ และแหล่งช่วยเหลือ

#### ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่ติดเตียงใน

การปรับตัว สามารถสร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และตีงามในรูปแบบของการทำกิจกรรมนันทนาการ

#### ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity)

หมายถึง ความเข้าใจในความเป็นไปในชีวิตตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ย่อท้อ ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ มีมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตัวเอง และต่อผู้อื่น รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

กิจกรรมสุขสง่า (Integrity) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ไม่ซึมเศร้า ท้อแท้ เครียด หงุดหงิด การมีมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตนเอง และต่อผู้อื่น และการเห็น ออกเห็นใจผู้อื่น จะประเมินจาก 1) การไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ 2) การมีความรักและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น 3) แหล่งสนับสนุนทางสังคม

#### ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition)

หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุติดเตียงด้านความทรงจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสารและความสามารถในการปรับตัวแบบยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้น

กิจกรรมสุขสว่าง (Cognition) จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง การรับรู้ (Perception) การเคลื่อนไหว (Kinesthesia) ความจำ

#### ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness)

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้

กิจกรรมสุขสงบ (Peacefulness) จะเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้าน 1) การรู้อารมณ์ตน (Knowing Emotion) หมายถึง ตระหนักถึงตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง และสามารถควบคุมความรู้สึกได้ 2) การควบคุมอารมณ์ (Managing Emotion) หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ตนเอง ได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด สามารถคลายเครียด ไม่ฉุนเฉียวง่าย

### บทสรุป

สำหรับผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายชีวิต สิ่งที่เขาต้องการมากที่สุดก็คือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้ 1) สุขภาพกายและสุขภาพจิตแน่นอนว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องความเสื่อมของ



สุขภาพร่างกายย่อมจะตามมา ดังนั้นสุขภาพกาย จิตสังคม และปัญญา จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจ 2) สังคม ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตชีวา ไม่ห่อเหี่ยว จะต้องมีส่วนร่วมกับสังคม ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยเป็นได้ทั้งการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง หาเลี้ยงชีพ ให้มีอาชีพเสริม หรือทำประโยชน์กับผู้อื่นทำประโยชน์กับสังคม ให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 3) เศรษฐกิจ การมีรายได้ มีสถานะเศรษฐกิจที่ดีเพียงพอจะดูแลตัวเองจนถึงบั้นปลายชีวิต มีความปลอดภัย มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะ

1. สุขภาวะหรือสุขภาพของผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่สุดที่จะเป็นการค้นหาและบ่งบอกถึงสถานการณ์ปัญหาคือ การมีฐานข้อมูลชุมชน/ข้อมูลผู้สูงอายุ เพราะแต่ละแห่งย่อมไม่เหมือนกัน เป็นไปตามแต่บริบทวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของพื้นที่แต่ละแห่ง

2. ผู้สูงอายุจะอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคมที่ทำให้ลูกหลานต้องออกไปเป็นแรงงานต่างถิ่น ควรพัฒนาให้เกิดศูนย์รวมของการทำกิจกรรมผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

### References

1. United Nation. World populations ageing 2015. New York: Author; 2015.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Elderly 2017. Bangkok: Printery Company Limited; 2016. (in Thai).
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the elderly in Thailand 2016. Bonkok: Printery Company Limited; 2016. (in Thai).

4. Board Cluster Elderly Group, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for driving action plans Health Promotion for the Elderly, Department of Health under the concept “Enough happiness, slow down aging, long life” Fiscal Year 2020-2022. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2019. (in Thai).
5. Office of the Health Promotion Fund. A Healthy Handbook for Healthy Elderly Care. Bangkok: Health Learning Center, Office of the Health Promotion Fund; 2017. (in Thai).
6. Bureau of Elderly Health Department of Health, Ministry of Public Health. Course Guidelines CARE MANAGER . Nonthaburi: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. (in Thai).
7. Health Systems Research Institute. Elderly Care Guide: adjust the house to be comfortable. Nonthaburi: Open Worlds Publishing House Company Limited; 2016. (in Thai).
8. Health Systems Research Institute. Elderly Care Guide: Walk well without falling. Nonthaburi: Open Worlds Publishing House Company Limited; 2016. (in Thai).
9. Health Systems Research Institute. Elderly Care Guide: oral health. Nonthaburi: Open Worlds Publishing House Company Limited; 2016. (in Thai).
10. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Manual “5 dimensions of happiness for the elderly”. 6<sup>th</sup>ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House; 2015. (in Thai).

## คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยทางการแพทย์เพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร, เอกสารประกอบการประชุม เป็นต้น หรือเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่น** ซึ่งต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณาทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์โดยเฉพาะมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานในสาขาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

อนึ่ง ถ้าผู้เขียนบทความไม่แก้ไขบทความหรือทางกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใด ๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การส่งบทความของผู้เขียนบทความทุกคนลงในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิในครั้งต่อไป

### ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการทางการแพทย์
2. บทความวิจัยทางการแพทย์
3. บทความพิเศษ และปกิณกะ

### การเตรียมต้นฉบับ

#### บทความวิชาการ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว ในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
2. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3. ชื่อเรื่อง ผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ 3-5 ตัวอักษร หัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน พิมพ์ให้ตรงกัน เริ่มด้วยบทนำ เนื้อหา และบทสรุป

### บทความวิจัย

1. สารของบทความวิจัยที่กำหนดลงตีพิมพ์ในวารสาร

1.1 เป็นบทความวิจัยด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน มีความน่าสนใจ และไม่ล้าสมัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.2 ผู้วิจัย/ผู้เขียนบทความ ประกอบด้วย บุคคล คณะบุคคล หรือทีมสหวิชาชีพ

1.3 ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์ลงวารสารตามที่กำหนด

1.4 บทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา และลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาด้วย

1.5 ผู้วิจัย/ผู้เขียนส่งต้นฉบับ ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้า โดยพิมพ์ในกระดาษ A4 จำนวน 3 ชุด และแนบแผ่นบันทึกข้อมูลบทความดังกล่าวในรูปแบบ CD พร้อมภาพถ่ายประกอบที่ชัดเจน (ถ้ามี)

2. รูปแบบการเขียนชื่อเรื่อง และข้อมูลของผู้วิจัยเรียงตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
- 2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ
- 2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำตอบคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และคำสำคัญ 3-5 คำ บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) และคำสำคัญ

4. รูปแบบการเขียนเนื้อหาในบทความวิจัย กำหนดดังนี้

4.1 บทนำ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.3 สมมติฐาน (ถ้ามี)

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย

4.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใส่หมายเลขจริยธรรมการวิจัยและวันที่ที่ได้รับ

4.7 เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

4.8 ผลการวิจัย

4.9 สรุปและอภิปราย

4.10 ข้อเสนอแนะ

4.11 เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัยจากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ และเมื่อบทความตีพิมพ์ท่านสามารถปรับบทความได้ทุกหน้า ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JNPCPRU/>

7. ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในครั้งต่อไป

### การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ควรส่งต้นฉบับที่ตีพิมพ์ในกระดาษ A4 เรียบร้อยแล้ว 3 ชุด พร้อมบันทึกในแผ่น CD ระบุโปรแกรมที่ใช้และชื่อแฟ้มข้อมูลมาด้วย พร้อมทั้งแจ้งชื่อสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก

2. Submission บทความลงใน

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/JNPCPRU>

หรือ E-mail : [suwimolrat.1967@gmail.com](mailto:suwimolrat.1967@gmail.com)

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

2. เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่องนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,... ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง

3. การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข (1,2,3)

4. เอกสารอ้างอิง ส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,... ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

## รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง มีดังนี้

### หนังสือที่บรรณาธิการเป็นผู้เขียนทั้งเล่ม

#### รูปแบบ

Author Surname Initials. Title: subtitle. Edition (if not the first). Place of publication: Publisher; Year.

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

#### ตัวอย่าง

Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2<sup>nd</sup>ed. New York: Mc Graw-Hill;2002.

Bronfenbrenner U. Ecological models of Human development. in international encyclopedia of education. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford; Elsevier.1994

#### วารสาร

##### รูปแบบ

Author Surname Initials. Title of article. Title of journal, abbreviated. Date of Publication; Volume number (Issue number): Page numbers.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน ; เล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่): เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

#### ตัวอย่าง

Paowana W. Effect of videotaped video on nursing practice in patients with health problems, boromrajonani nursing college, udonthani, Journal of Nursing and Health Care. 2013;31(3) : 99-106. (in Thai)

#### วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง..(dissertation/thesis). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์

Sowapak P. Factors related to drug adherence among elders with hypertension. (thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)

#### ติดต่อสอบถามข้อมูลได้ที่ :

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน บรรณาธิการวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

เลขที่167 ม.2 ต.นาฝาย อ.เมือง จ.ชัยภูมิ 36000

โทร 044-815111 ต่อ 5100 ,5102,09-9039-4218

Fax : -

E-mail : suwimolrat.1967@gmail.com

## แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ (JNPCPRU)

- ชื่อ - สกุลผู้เขียน (ภาษาไทย).....  
ชื่อ - สกุลผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ).....  
ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....  
 • ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ  
 ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....  
 แขนงวิชา (ถ้ามี).....คณะ.....  
 สถาบันการศึกษา.....
- ชื่อเรื่อง  
 (ภาษาไทย).....  
 (ภาษาอังกฤษ).....
- สถานที่ติดต่อผู้เขียน  
 ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 E-mail.....
- ข้าพเจ้า  
☐ บทความวิจัย/บทความวิชาการนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ  
☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักษรวิสุทธิ์หรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง  
 (กรณีดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)  
☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว  
 (โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)  
☐ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
- ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถือเป็นลิขสิทธิ์  
 ของวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ โดยชอบธรรม  
 ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)  
 ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้อง  
 ตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้  
 ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

-ลับ-

แบบประเมินบทความวิจัย/บทความวิชาการ

เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลและสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

เรื่อง.....

.....

| หัวข้อการประเมิน                                                                                                                              | ผ่าน | แก้ไข | ข้อคิดเห็น |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|
| 1. ชื่อเรื่อง : ตรวจสอบความถูกต้อง ของภาษา<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาไทย<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ                 |      |       |            |
| 2. บทคัดย่อ :<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาไทย<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ                                              |      |       |            |
| 3. คำสำคัญ : ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง ไม่เกิน 5 คำ<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาไทย<br><br><input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ |      |       |            |
| 4. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา :                                                                                                           |      |       |            |
| 5. กรอบแนวคิดของการวิจัย :                                                                                                                    |      |       |            |
| 6. วัตถุประสงค์ของการวิจัย :                                                                                                                  |      |       |            |
| 7. สมมติฐานการวิจัย : ตรวจสอบความชัดเจน (ถ้ามี)                                                                                               |      |       |            |



| หัวข้อการประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ผ่าน | แก้ไข | ข้อคิดเห็น |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|
| <b>8. วิธีดำเนินการ :</b> ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนในเรื่องต่อไปนี้<br><input type="checkbox"/> ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง<br><input type="checkbox"/> เครื่องมือการวิจัย (ต้องมีการระบุการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย)                                                                                                          |      |       |            |
| <input type="checkbox"/> วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีความชัดเจน<br><input type="checkbox"/> การพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และระบุวันที่ผ่าน<br>การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม<br><input type="checkbox"/> การวิเคราะห์ข้อมูล - ความถูกต้อง<br>ของสถิติ                                                                                   |      |       |            |
| <b>9. ผลการวิจัย :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |       |            |
| <b>10. การอภิปรายผล :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |       |            |
| <b>11. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |       |            |
| <b>12. การอ้างอิง :</b><br><input type="checkbox"/> ระบบ Vancouver<br><input type="checkbox"/> ตรวจสอบความถูกต้องในการอ้างอิง<br><input type="checkbox"/> การอ้างอิงในเนื้อเรื่องกับเอกสารอ้างอิง<br><input type="checkbox"/> ท้ายบทต้องตรงกันและครบถ้วน<br><input type="checkbox"/> ความยาวบทความไม่เกิน 12 หน้า<br>(รวมเอกสารอ้างอิง) |      |       |            |

## ผลการพิจารณา

- ☐ ตีพิมพ์ได้โดยไม่ต้องแก้ไข / ตอรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)
- ☐ ตีพิมพ์ได้ / สมควรตีพิมพ์ได้แต่ขอให้แก้ไข ตามประเด็นต่างๆ ตามคำแนะนำของผู้ประเมิน ที่ได้แนบมาพร้อมนี้ และบรรณาธิการพิจารณาต่อไป (Revisions Required)
- ☐ ไม่ควรรับตีพิมพ์/ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความ (Decline Submission) เนื่องจาก.....

.....

.....

อื่นๆ.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(.....)

