

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ
ผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่านนันทิกานต์ ปลายสุวรรณ, พ.บ., วาลิกา รัตนจันทร์, พ.บ., ว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, หุจิศักดิ์ วรเดชาวิทยา, พ.บ.

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลน่าน, จังหวัดน่าน

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นันทิกานต์ ปลายสุวรรณ, พ.บ.,
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลน่าน 1 ถ.วชิรชัย
ต.ในเวียง อ.เมืองน่าน
55000 จังหวัดน่าน,
ประเทศไทย
Email: Nantikan.pla@gmail.
com

Received: October 23, 2024;

Revised: November 8, 2024;

Accepted: January 24, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันแนวคิดการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (homeward) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุทธศักราช 2565 เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและความแออัดในโรงพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้าเกณฑ์ step down ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Chi-Square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเข้ารับการรักษาแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 85 ราย จากทั้งหมด 396 ราย ที่เข้าเกณฑ์ step down ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน คิดเป็นความชุกร้อยละ 21.46 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ภาวะติดเตียง (bedridden) การติดเชื้อ COVID-19 และการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

สรุป: แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2565 สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลน่านได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน ลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัดในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยในการจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โรคปอดอักเสบ

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Pneumonia Patients Eligible to Participate in the Hospital at Home Ward at Nan Hospital, Nan Province

Nantikan Plasuwan, M.D., Valika Rattanachun, M.D., MRCP, Lujisak Voradechvittaya, M.D.

Department of Family Medicine, Nan Hospital, Nan Province

Corresponding author :

Nantikan Plasuwan, M.D.,
Department of Family Medicine
Nan Hospital, 1 Worawichai
Road, Nai Wiang Subdistric,
Mueang Nan District, Nan
55000, Thailand
Email: Nantikan.pla@gmail.
com

Received: October 23, 2024;

Revised: November 8, 2024;

Accepted: January 24, 2025

ABSTRACT

Background: The concept of home care is gaining increased attention as it reduces the burden on hospitals and improves patients' quality of life. In Thailand, the Department of Medical Services, Ministry of Public Health have developed guidelines and standards for Home care in 2022. This approach offers an alternative for inpatient services, aiming to enhance patients' quality of life during treatment, reduce complications associated with hospital stays, and decrease bed occupancy and overcrowding in hospitals. This study aims to evaluate the number of pneumonia patients who meet the Step-Down criteria according to the Home care guidelines and standards of the Department of Medicine, Ministry of Public Health, at Nan Hospital, Nan Province

Methods: Retrospective descriptive analysis using data collected from medical records and electronic databases of patients diagnosed with pneumonia who received inpatient care from August 1, 2022, to June 30, 2023. The study focused on patients residing within the Mueang Nan District and within 20 kilometers of Nan Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-Square tests to determine the relationship between various factors and eligibility for home-based care.

Results: Eighty-five out of 396 pneumonia patients attended the Step-Down criteria for home-based care, representing a prevalence of 21.46% of all patients. Factors influencing eligibility included age, gender, marital status, chronic diseases, physical condition, bedridden status, COVID-19 infection, and death in the hospital.

Conclusion: The Home care guidelines and standards from the Department of Medicine, Ministry of Public Health, can be applied to pneumonia patients at Nan Hospital, Nan Province. This approach will provide patients with an alternative to inpatient care, reduce bed occupancy rates, and alleviate hospital congestion. Additionally, it will contribute to more appropriate and efficient resource management at the hospital in the future.

Keywords: home ward, pneumonia

บทนำ

การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (hospital at home, HaH) หรือ home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (In Patient Department, PD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง¹ นอกจากนี้การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านยังเป็นแบบจำลองการให้บริการด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งในด้านนวัตกรรมและรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่² ทั้งนี้ยังมีประโยชน์ทางด้านการลดค่าใช้จ่ายและการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ จากมุมมองของแพทย์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านช่วยในเรื่องการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล และลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้อีกด้วย³

ในปัจจุบันการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านได้รับความสนใจและความนิยมมากขึ้น อันเนื่องมาจากการพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)⁴ นับตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด-19 ในปี ค.ศ. 2019 ซึ่งปัญหาที่ใหญ่สำหรับระบบสาธารณสุขทั่วโลก สถานพยาบาลหลายแห่งเต็มไปด้วยผู้ป่วยจำนวนมาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ใช้บริการต้องทนกับการเดินทางและการรอคอยที่ยาวนานกว่าจะได้รับการดูแลรักษา³ ดังนั้นในหลายโรงพยาบาลจึงได้มีการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกเหล่านี้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการจัดทำโครงการการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดที่บ้านโดยมีแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษาผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสารแบบ video conference (telemedicine) รวมถึงการให้แผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (telehealth)⁵

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเข้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเริ่มบริการ 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคโควิด-19 ในกลุ่มที่สามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะอันตราย ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ และ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ¹

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านในโรงพยาบาลน่าน โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์กำหนดตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 ฉะนั้นหากทราบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในบ้านแล้ว จะนำไปสู่การวางแผนการจัดการทรัพยากรและระบบในการดูแลผู้ป่วยในบ้านอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

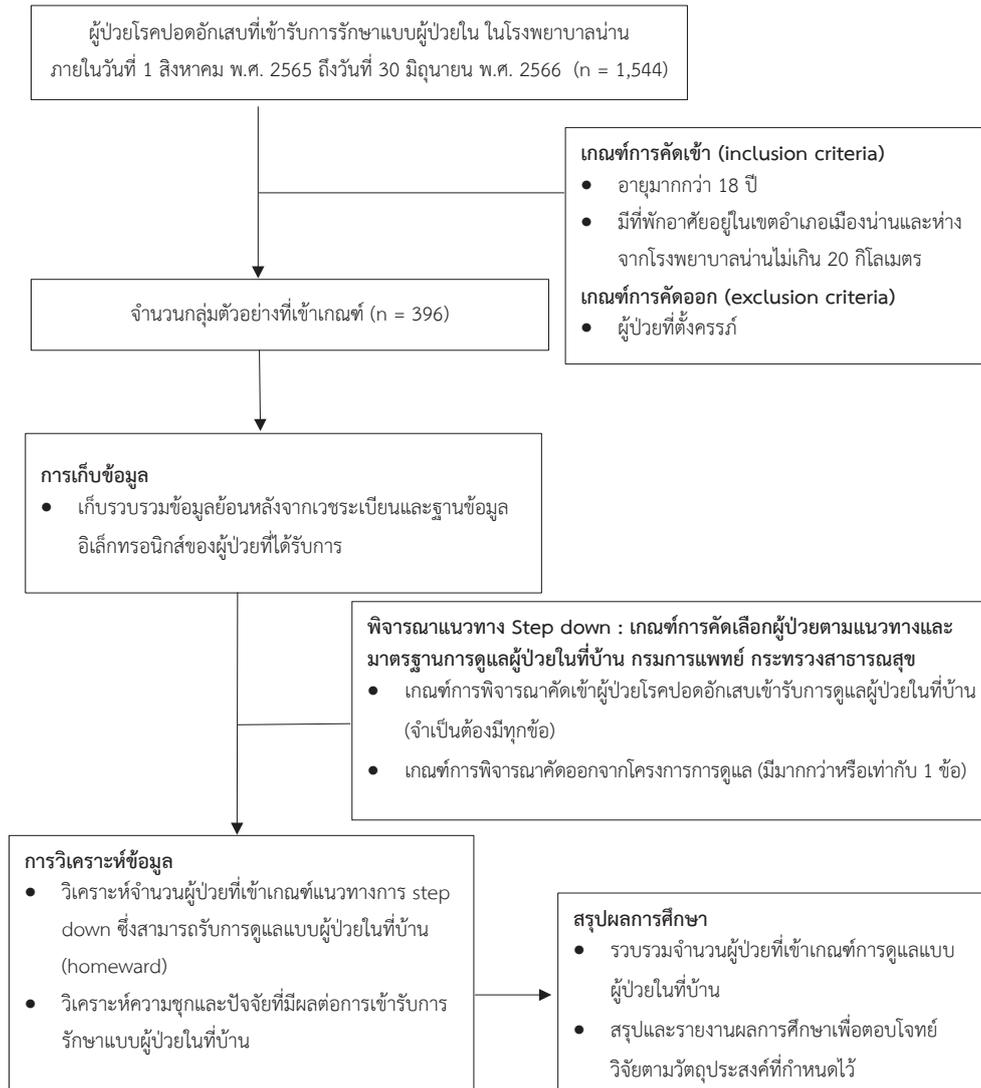
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์กำหนดตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2565 ของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วัสดุและวิธีการ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ (pneumonia) โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล



รูปที่ 1. ขั้นตอนการศึกษา

น่าน โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลน่าน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลน่าน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1

สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร⁶

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

คำอธิบาย

n คือ ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level)

กำหนดให้ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

โดย $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05} = 1.96$

P คือ ค่าสัดส่วนในกลุ่มประชากรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม⁷ ในที่นี้คือ อัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ถูก

พิจารณาว่ามีความเหมาะสมทางการแพทย์ที่จะสามารถเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านได้ คิดร้อยละ 36.7

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ในที่นี้กำหนดเป็นร้อยละ 5 ของค่า P ดังนั้น $d = 0.05$

ดังนั้นสามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.367 (1 - 0.367)}{(0.05)^2}$$

$n = 360$ ราย

จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่างเป็น 360 ราย และคาดว่าอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่ครบอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนทั้งสิ้น 396 ราย (รูปที่ 1)

รูปแบบการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเล่มเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่านที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลน่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective chart review) เพื่อรวบรวมผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งหมด เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอื่น ๆ ที่สนใจที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาความซุกในการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษา โดยมีการใช้สถิติที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ความซุก การทดสอบ Chi-square และการคำนวณ odds ratio (OR)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของประชากรที่ศึกษาจากเวช

ระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านประชากรหรือกายภาพ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2: ข้อมูลในการนอนโรงพยาบาล ได้แก่ วันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ ผลการเอกซเรย์ปอด การเข้ายาปฏิชีวนะ ผลเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ

ส่วนที่ 3: แนวทาง step-down : เกณฑ์การพิจารณาคัดเข้าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (จำเป็นต้องมีทุกข้อ) ได้แก่

1. อาการดีขึ้น ได้แก่ ไอลดลง เสมหะเปลี่ยนสีจางลง
 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่
 - ไม่มีไข้
 - ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท
 - อัตราการหายใจน้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาที
 - ซีพจร น้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที
 3. มีความจำเป็นที่ต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยในเพียงเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ครบระยะเวลาตามที่กำหนด
 4. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะ (ถ้าได้รับการตรวจ) ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง
 5. ได้รับการติดตามเอกซเรย์ปอด 48-72 ชั่วโมงหลังการรักษา และพบภาพเอกซเรย์คงที่หรือดีขึ้น
 6. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้งผ่านทาง heparin lock หรือ saline lock
- ส่วนที่ 4: แนวทาง step-down : เกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (มีข้อใดข้อหนึ่ง) ได้แก่

1. ความเสี่ยงในการติดเชื้อปอดอักเสบแบบซับซ้อน (complicated pneumonia)
2. มีลักษณะฝีในปอดหรือภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema)
3. พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (parapneumonic effusion)
4. ความเสี่ยงในการติดเชื้อปอดอักเสบรุนแรง (severe pneumonia)

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ แนวทางการดูแลแบบ step down เกณฑ์การพิจารณาตัดเข้าโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านและเกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้ ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์การดูแล step down ตามแนวทางการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (ตารางที่ 1) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 85 คนจากทั้งหมด 396 คนที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว คิดเป็นความชุกร้อยละ 21.46 ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 21.46 คน ต่อประชากร 100 คน ที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สภาพร่างกาย ภาวะติดเตียง (bedridden) การติดเชื้อโควิด-19 และการเสียชีวิตระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

งานวิจัยนี้ได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน การรวมกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโควิด-19 ไม่สามารถเข้าร่วมการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ เนื่องจาก

ไม่เข้าเกณฑ์ในเรื่องของการได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำผ่านวันละ 1 ครั้ง ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมไม่สามารถรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้เช่นกัน การรวมกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จึงทำให้ความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านลดลง หากเราตัดกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตออกจากการวิเคราะห์ จะพบว่าความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน มากกว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ค่า OR ที่ 2.80 และค่า p-value ที่ 0.001 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีโอกาสมากกว่าที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยมักมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า⁸ และสามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวที่บ้านได้ดีกว่า ทำให้การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและปลอดภัยกว่า

เพศ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย (p = 0.013) อ้างอิงจากการศึกษาของ Chase et al.⁹ พบว่าสาเหตุที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมากกว่า อาจมาจากปัจจัยเช่น ความยืดหยุ่นในการปรับตัว บทบาทของผู้ดูแล ผู้หญิงมักมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งทำให้มีความคุ้นเคยกับการดูแลตนเองและผู้อื่นในบริบทของบ้าน เป็นต้น

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหรือมีครอบครัวที่สามารถดูแลได้มีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่โสดหรือหม้าย (p = 0.004) การมีครอบครัวหรือผู้สนับสนุนที่บ้านเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณา เนื่องจากการมีผู้ดูแลในบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

N = 396	Homeward n (%)	Non-Homeward n (%)	p-value
Overall	85 (21.5)	311 (78.5)	
อายุ			0.001 ^a
< 60 ปี	19 (22.4)	29 (9.32)	
≥ 60 ปี	66 (77.6)	282 (90.67)	
เพศ			0.013 ^a
ชาย	43 (50.6)	203 (65.3)	
หญิง	42 (49.4)	108 (34.7)	
ระดับการศึกษา			0.268 ^a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20 (20.5)	57 (18.3)	
ประถมศึกษา	41 (48.2)	184 (59.2)	
มัธยมศึกษา	14 (16.5)	47 (15.1)	
ปริญญา	10 (11.8)	23 (7.4)	
อาชีพ			0.071 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47 (55.3)	224 (72.0)	
ข้าราชการ	7 (8.2)	23 (7.4)	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	4 (4.7)	10 (3.2)	
รับจ้าง	14 (16.5)	27 (8.7)	
เกษตรกร	12 (14.1)	24 (7.7)	
พนักงานประจำ	1 (1.2)	3 (1.0)	
สถานภาพ			0.004 ^a
โสด	18 (21.2)	39 (12.5)	
สมรส	56 (65.9)	174 (55.9)	
หม้าย	11 (12.9)	90 (28.9)	
หย่าร้าง	0 (0.0)	8 (2.6)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)			0.341 ^a
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน: < 18.5	26 (30.6)	102 (32.8)	
น้ำหนักปกติ: BMI 18.5-22.9	33 (38.8)	114 (36.7)	
น้ำหนักเกิน: BMI 23.0-24.9	8 (9.4)	37 (11.9)	
อ้วน: BMI 25.0-29.9	12 (14.1)	50 (16.1)	
อ้วนมาก: BMI ≥ 30.0	6 (7.1)	8 (2.6)	
โรคประจำตัว			0.006 ^a
มีโรคประจำตัว	70 (82.4)	287 (92.3)	
ไม่มีโรคประจำตัว	15 (17.6)	24 (7.7)	
ภาวะติดเตียง			0.011 ^a
ใช่	4 (4.7)	47 (15.1)	
ไม่ใช่	81 (95.3)	264 (84.9)	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			0.637 ^a
ใช่	15 (77.6)	62 (19.9)	
ไม่ใช่	70 (82.4)	249 (80.1)	
โรคหอบหืด			0.371 ^a
ใช่	1 (1.2)	9 (2.9)	
ไม่ใช่	84 (98.8)	302 (97.1)	

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

N = 396	Homeward n (%)	Non-Homeward n (%)	p-value
การติดเชื้อเอชไอวี			0.086 ^a
ใช่	3 (3.5)	3 (1.0)	
ไม่ใช่	82 (96.5)	308 (99.0)	
โรคมะเร็ง			0.113 ^a
ใช่	4 (4.7)	32 (10.3)	
ไม่ใช่	81 (95.3)	279 (89.7)	
เคยติดเชื้อวัณโรคในอดีต			0.342 ^a
ใช่	8 (9.4)	20 (6.4)	
ไม่ใช่	77 (90.6)	291 (93.6)	
โรคปอดอักเสบเรื้อรัง			0.533 ^a
ใช่	1 (1.2)	7 (2.3)	
ไม่ใช่	84 (98.8)	304 (97.7)	
การติดเชื้อโควิด-19			< 0.001 ^b
ใช่	0 (0.0)	94 (30.2)	
ไม่ใช่	85 (100.0)	217 (69.8)	
การเสียชีวิตในโรงพยาบาล			< 0.001 ^b
ใช่	0 (0.0)	81 (26.0)	
ไม่ใช่	85 (100.0)	230 (47.0)	

^ap-value วิเคราะห์โดย Pearson Chi-square, ^bp-value วิเคราะห์โดย Fisher's Exact Test จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในบ้านจำนวน 85 คนจาก 396 คน หรือร้อยละ 21.46 พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในบ้านอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่: อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การติดเชื้อโควิด-19 และการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 60 ปีเพศหญิง มีแนวโน้มเข้าเกณฑ์มากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยติดเตียงและมีโรคประจำตัวมักไม่เข้าเกณฑ์

โรคประจำตัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและใช้ยาจำนวนมากมีแนวโน้มจะไม่เข้าเกณฑ์การดูแลที่บ้าน¹⁰ เนื่องจากภาวะโรคที่ซับซ้อนต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดจากทีมแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลที่บ้านอาจไม่สามารถให้การรักษาที่เพียงพอและปลอดภัยได้

ผู้ป่วยติดเตียงเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง (bed ridden) มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าเกณฑ์การดูแลที่บ้าน (p = 0.011) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มากกว่าในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰ ซึ่งทำให้การดูแลในโรงพยาบาลเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า

การติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างชัดเจนในการตัดสินใจเรื่องการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ไม่มี

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 รายใดที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า การติดเชื้อโควิด-19 ณ ปัจจุบันไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถเปลี่ยนเป็นยาในรูปแบบยารับประทานไปทานที่บ้านได้

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างบางประการเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งในด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Frick et al.¹¹ ระบุว่าผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน มากกว่าเพศหญิง ซึ่งตรงข้ามกับผลการ

ศึกษาที่พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเข้าเกณฑ์มากกว่า ปัจจัยที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้คือบทบาทของผู้หญิงในบริบทสังคมที่มักมีความยืดหยุ่นและความคุ้นเคยในการดูแลตนเองหรือครอบครัว ทำให้การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่า

ในด้านอายุ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Barcala et al.¹² ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปีมีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านมากกว่า เนื่องจากมักมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าและสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หลังได้รับการดูแลที่บ้าน รวมถึงประสิทธิภาพในการลดต้นทุนและลดความแออัดของโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัวมีผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันกับงานวิจัยของ Montalto¹³ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือใช้ยาจำนวนมากมักไม่ได้รับเข้ารับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล หากตัดกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้เสียชีวิตออกจากการวิเคราะห์ จะส่งผลให้ความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ การรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.46 เป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยลักษณะนี้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สะท้อนความเป็นจริงและนำไปใช้ได้เหมาะสม ดังนั้นการเก็บข้อมูลในอนาคตควรหลีกเลี่ยงการรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือผู้เสียชีวิต เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่บ้าน ซึ่งสามารถลดภาระการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาต่อยอด จะช่วยให้ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน มีความครอบคลุมและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และนอกจากนี้ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมของการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

Highlight

1. ผู้ป่วยปอดอักเสบถึง 1 ใน 3 สามารถรักษาแบบ home ward ได้หากมีการคัดกรองกลุ่มเฉพาะอย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี เพศหญิง และการมีครอบครัวช่วยดูแล เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาที่บ้าน
3. ภาวะโรคซับซ้อน สภาพร่างกายที่ติดเตียง และเกณฑ์การให้ยาฉีด ยังเป็นอุปสรรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการดูแลที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีนภกร วีระศักดิ์, แสงสายัณห์ เปี่ยมลาภ, ศิริบำรุงวงศ์ มนต์ชัย. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). หมายเหตุ: ปิยะธิดา, บรรณาธิการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. Home | Commonwealth Fund [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org>
3. Patel HY, West DJ. Hospital at home: an evolving model for comprehensive healthcare. *Glob J Qual Saf Healthc.* 2021;4:141-6.
4. Nogués X, Sánchez-Martinez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22:939-42.
5. Appelbaum E, Batt R. The New Hospital at Home Movement: Opportunity or Threat for Patient Care? Center for Economic and Policy Research [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://cepr.net>
6. Wayne WD, Chad LC. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New York: John Wiley and Sons; 2013.
7. Santos-Eggimann B, Chavaz N, Larequi T, Lamy O, Yersin B. Heart failure and community-acquired pneumonia: cases for home hospital? *Int J Qual Health Care.* 2001;13:211-6.
8. Levine DM, Paz M, Burke K, Beaumont R, Boxer RB, Morris CA, et al. Remote vs In-home Physician Visits for Hospital-Level Care at Home: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2022; 5(12):E2229067. PubMed PMID: 36040741
9. Chase JAD, Russell D, Huang L, Hanlon A, O'Connor M, Bowles KH. Relationships Between Race/Ethnicity and Health Care Utilization Among Older Post-Acute Home Health Care Patients. *J Appl Gerontol*

- [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Sep 4];39(2):201-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29457521/>
10. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender Disparities in Health and Healthcare Use Among Older Adults. *J Womens Health*. 2010;19:1643-50.
 11. Frick KD, Burton LC, Clark R, Mader SI, Naughton WB, Burl JB, et al. Substitutive Hospital at Home for Older Persons: Effects on Costs [Internet]. *Am J Manag Care*. 2009;15:626-32.
 12. Gonzalez Barcala FJ, Pose Reino A, Paz Esquete JJ, De la Fuente Cid R, Masa Vazquez LA, Alvarez Calderon P, et al. Hospital at home for acute respiratory patients. *Eur J Intern Med*. 2006;17:402-7.
 13. Montalto M, McElduff P, Hardy K. Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017. *Med J Aust*. 2020;213:22-7.