

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
JOURNAL OF PRIMARY CARE
AND FAMILY MEDICINE

VOLUME 2 No. 3 SEPTEMBER-DECEMBER 2019 ISSN 2651-0553

CARE FOR
COMFORT



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM)

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวนิชชากร

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวานนท์

นพ.ปกรณ ท่องวิไล

นพ.สตาจค์ ศุภผล

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ธัญรัตน์ อโนทัยสินทวี

รศ.นพ.อภิชาติ วรรณะพิศิษฐ์

รศ.พญ.สรญา แก้วพิบูลย์

ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ดงศิริ

ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

ผศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร

ผศ.ดร.ภัทรธรรมา แสนไชยสุริยา

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

นพ.กรภัทร มยุระสาคร

พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

นพ.นนท์ ไสวณะ

พญ.อรรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ.ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ

ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก.จตุพร ทองอิม

ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ดร.สุรศักดิ์ อธิมานนท์

นส.สุรรัตน์ ธนากิจ

นส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรศ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email: pcfmjournall@gmail.com

สารบัญ



บทบรรณาธิการ

Care for the Comfort (การบริหารเพื่อความสบาย) คุณค่าและคุณภาพสำคัญของการดูแลสุขภาพที่อาจถูกละเลย	4
--	---

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ	6
------------------------	---

กิตติกรรมประกาศ	8
-----------------	---

บทความพิเศษ

การแจ้งข่าวร้าย 3 ขั้นตอน	9
---------------------------	---

อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย	16
---------------------------------	----

กรณีศึกษา : เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ และการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ห่างไกล	25
---	----

นิพนธ์ต้นฉบับ

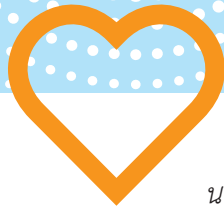
การวัดการดูแลต่อเนื่องของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง	34
--	----

ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม	45
---	----

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	56
---	----

ทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	66
---	----

บทบรรณาธิการ



แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

Care for the Comfort (การบริบาลเพื่อความสบาย) คุณค่าและคุณภาพสำคัญ ของการดูแลสุขภาพที่อาจถูกละเลย

แม้ปัจจุบัน เทคโนโลยีการรักษาทางการแพทย์จะพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างกว้างขวาง ทำให้การรักษาทางการแพทย์ขยายผลการรักษาดีขึ้นอย่างมาก แต่ก็ยังพบว่าภาวะหรือโรคอีกจำนวนมาก ที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ช่วยอะไรเพิ่มขึ้นไม่ได้มาก การดูแลเพื่อให้หายเป็นไปไม่ได้ แต่การดูแลเพื่อความสบาย ลดความทุกข์ทรมาน หรือทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี ก็ยังเป็นคุณค่าสำคัญของการดูแลที่ผู้ป่วย/ประชาชนต้องการ หรืออีกมุมหนึ่ง หากการดูแลนั้นมุ่งแต่การรักษาโรคให้หาย โดยไม่ได้คำนึงถึงความสุขความสบายของชีวิตผู้ป่วยร่วมด้วย ก็ไม่น่าจะเป็นการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพดีพอ กับความต้องการของประชาชน ฉะนั้นการดูแล ทั้ง “คน” ทั้งกาย ชีวิต และจิตใจ อย่างเป็นองค์รวม จึงยังเป็นเป้าหมายที่ต้องการของประชาชน และเป็นเป้าหมายของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

Care for the comfort หมายถึง

การดูแล การบริบาล เพื่อความสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ลด “suffering” เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้บริการซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง โดยที่บริการทางการแพทย์ไม่สามารถยืดชีวิต หรือไม่อาจก่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอีกแล้ว หรือในระยะที่เป็นระยะสุดท้ายของชีวิต

เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การดูแลทางการแพทย์เกิดประโยชน์สูงสุด (optimizing care) ร่วมกับช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ลดความไม่สบายตัว ไม่สบายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้โรคจะไม่ดีขึ้น

มิติของการดูแลเพื่อความสบายนี้ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความสบายทางกาย ความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ ประเด็นทางด้านจิตวิญญาณ และประเด็นอื่นๆ ที่มีความสำคัญของแต่ละคนในชีวิต รวมถึงการมีความเคารพต่อผู้ป่วยด้วย

การดูแลเพื่อลดอาการต่างๆ ที่มีผลต่อความสบายทางกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน อาการไม่สบายท้อง อาการหายใจลำบาก

Comfort care เป็นคุณค่า และคุณภาพบริการ ในมิติที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ชีวิตจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ที่เป็นคุณภาพระดับสูงของการบริการ เป็นส่วนที่มีความละเอียดอ่อน และมีความจำเพาะเฉพาะตัวของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน...

การดูแลต่อความไม่สบายใจ ความกังวลใจ ความไม่เข้าใจต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือความไม่รู้ต่อนาคตชีวิตของตนเอง ความไม่รู้ว่าจะวางตัววางใจอย่างไรต่อสภาวะที่เกิดขึ้น

ความสบายต่างๆ เหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นจากการให้การบริการต่างๆ เท่านั้น แต่รวมถึงการไม่ให้บริการบางอย่างที่รบกวนต่อความสบายของผู้ป่วยด้วย การลดบริการที่สร้างความรู้สึกลำบากมากกว่าความสบาย ได้แก่ การไม่เจาะเส้นเลือดให้น้ำเกลือ หรือหยุดเจาะเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น การไม่ให้ยาที่ไม่ได้เกิดผลต่อความสบายของผู้ป่วย หรือการไม่ทำหัตถการต่างๆ ที่กระทบต่อความสบายของผู้ป่วยโดยไม่เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น

Comfort care นี้ยังรวมถึงการสร้างการเข้าใจ และทักษะให้แก่ผู้ดูแลและญาติด้วย ไม่ใช่เฉพาะต่อผู้ป่วยเท่านั้น การสร้างการเข้าใจต่อการวางตัวของผู้ดูแลและญาติ ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่กระทบต่อความสบายของผู้ป่วยและผู้ครอบครัว ทำให้มีทีมที่เข้าใจบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างพอดีเท่าที่เป็นไปได้ รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลและญาติไม่ทุกข์ทรมานไปด้วย ไม่รู้สึกผิดหรือมีความรู้สึกติดค้างในใจ

Comfort care เป็นคุณค่า และคุณภาพบริการ ในมิติที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ชีวิตจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ที่เป็นคุณภาพระดับสูงของการบริการ เป็นส่วนที่มีความละเอียดอ่อน และมีความจำเพาะเฉพาะตัวของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน

การจะเกิดการบริการแบบนี้ได้ดี ผู้ให้บริการจำเป็นต้องเป็นผู้ฟังที่ดี และใส่ใจต่อเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้วแปลความเข้าใจนั้นไปเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่ช่วยลดอาการปวด ลดปัญหาความไม่สบายที่เกิดขึ้นได้พอดีตรงประเด็น ร่วมกับการพูดคุย สื่อสาร ให้คำปรึกษาทำให้เกิดผลดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

อีกมิติหนึ่งที่ต้องไม่ละเลยก็คือ ต้องไม่ละเลยต่อวิถีชีวิตธรรมชาติของคนทั่วไป ไม่ละเลยต่อคำบ่น คำถาม อาการไม่สบาย ที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ฟัง ได้พบบ่อยๆ จนเป็นความคุ้นชิน เป็นเรื่องปกติธรรมดา อาจทำให้ไม่ได้ให้ความ

สนใจหรือใส่ใจต่อคำบ่น หรืออาการไม่สบายเหล่านั้น รู้สึกว่าเป็นเรื่องเล็กๆ ที่เกิดได้ ผู้ป่วยต้องทนได้ ปรับได้ จนอาจมองข้าม สมองว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นเรื่องใหม่ในชีวิต เป็นเรื่องเจ็บปวดมากๆ สำหรับคนๆ นั้น จนทำให้ละเลยต่อการดูแลการพูดคุย เพื่อลดความทุกข์ทรมานนั้นของผู้ป่วย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่โรคไม่มีทางแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงอะไรได้มาก การดูแลที่ความคิด ความรู้สึก จิตวิญญาณ จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากขึ้น การจัดการที่ใช้ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ที่เป็นปัจจัยจากด้านร่างกาย ก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยบรรเทาความทุกข์นั้นได้ การจัดการกับประเด็นความคิด ประเด็นทางใจ ความไม่เข้าใจ ความไม่รู้ ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการที่จะทำให้บุคคลอยู่กับความเสื่อมโทรม ความยากลำบากของร่างกายได้อย่างพอดี ไม่มากเกินไปจนเหตุปัจจัย และเข้าใจได้กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

สังคมไทย เป็นสังคมที่มีทุนทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ให้ความสำคัญต่อเรื่องจิตใจ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีเครื่องยึดเหนี่ยวเยียวยาด้านจิตใจ ก็ถือว่าเป็นทุนที่นำมาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลด้านนี้ได้

การพัฒนาการจัดการการบริการเพื่อความสุขสบายทั้งหลายในระบบบริการทางการแพทย์ สมัยใหม่ในประเทศไทยเป็นอีกความท้าทายหนึ่ง และความพยายามหนึ่งที่ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยกำลังพัฒนาขึ้น และก้าวขึ้นมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานในการดูแลเรื่องนี้เพื่อความสุข คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในประเทศไทย ทั้งที่เป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

และภายใต้ประเทศที่ยังมีทรัพยากรจำกัด แต่มีพื้นที่ที่ประชากรมีความต้องการการดูแลเช่นนี้อยู่ทั่วไป ทั้งในพื้นที่เมือง และพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล การพัฒนาทีมงาน เครือข่ายการทำงาน โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ทั้งในด้านการสื่อสารดิจิทัล ออนไลน์ การให้บริการทางไกล ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่กำลังพัฒนาควบคู่กันไป ดังตัวอย่างบทความที่เสนอเรื่องราวบทเรียนการทำงานในวารสารฉบับนี้

จดหมายถึง กองบรรณาธิการ



เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

ปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการแพทย์ปฐมภูมิ คือ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ฉบับปี 2562 ที่จะเป็นกลไกการแก้ปัญหา ผ่านกระบวนการที่สำคัญคือการจัดการให้ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพใกล้บ้าน ด้วยรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว นอกจากนี้ยังมีกลไกที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้นในระดับอำเภอ โดยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการมากขึ้น

สำหรับโรงพยาบาลน่าน ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้มองเห็นช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากตัวโรคที่ไม่สามารถรักษาเพื่อหยุดหรือชะลอความก้าวหน้าได้อีกต่อไป ในขณะเดียวกัน ยังขาดความพร้อมทางจิตใจก่อนจากไป รวมทั้งครอบครัวที่กำลังเผชิญความสูญเสีย ทำให้เกิดความทุกข์กับทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว รวมทั้งทีมสุขภาพ เนื่องจากมีระยะเวลาในการช่วยจัดการปัญหาอุปสรรคจำกัด เช่น ในอดีต เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่อาการปวดและเหนื่อย ยังจำเป็นต้องได้รับยาทางหลอดเลือดในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถกลืนยาได้แล้ว หากเลือกการกลับบ้านตามความประสงค์ นั้นหมายถึงผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการรบกวนที่ทุกข์ทรมาน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของโจทย์ที่สำคัญของทีมคือ จะเป็นไปได้หรือไม่ หากเราสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องสู่ที่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยไม่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง



จึงเป็นที่มาของการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล เพื่อสร้างแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมเป็นเจ้าของใช้จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต และสร้างความเข้าใจกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต) เครือข่าย เพื่อการดูแลไร้รอยต่อ และหัวใจที่สำคัญคือ การคืนข้อมูลไปยังผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ ในการร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยเฉพาะการกลับสู่ชุมชน ในสถานะที่ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพิง จากการออกแบบร่วมกัน เราได้จัดตั้งศูนย์อุปกรณ์หมุนเวียนทางการแพทย์เพื่อใช้ที่บ้าน เพิ่มความมั่นใจในการดูแล โดยก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล อุปกรณ์ต่าง ๆ จะถูกติดตั้งพร้อมใช้งานที่บ้าน หรือหากมีปัญหาการกลืนยา อุปกรณ์ให้ยาทางใต้ผิวหนัง (syringe driver) จะถูกเบิกจากศูนย์อุปกรณ์เพื่อให้ยากับผู้ป่วยที่ประสงค์จะใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้าน นอกจากนี้ ยังมีระบบการช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย (caregiver) เพื่อช่วยแบ่งเบางานดูแล ซึ่งได้รับงบประมาณส่วนหนึ่งจากท้องถิ่น และจากองค์กรเอกชน และโครงการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิต จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการ ซึ่งได้รับการสนับสนุนปีละกว่า 100 หลัง

ตลอดหลายปีที่ผ่านมา ทีมสุขภาพได้ใช้ความพยายามในการระดมความคิดและขอความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดระบบการดูแลดังกล่าว ซึ่งได้รับความร่วมมือร่วมใจจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นอย่างดี ทั้งนี้ เมื่อพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิบังคับใช้ จะเป็นประตูสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเป็นโอกาสที่ท้าทายสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการทำหน้าที่เชื่อมประสานกับทุกภาคส่วนในสังคม

แพทย์หญิงวาฬิภา รัตนจันทร์

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลน่าน

กิตติกรรมประกาศ



ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

พญ.ปรารธนา โกศลนาคร

พญ.ชลทิพย์ ชีระชาติสกุล

พญ.ภักวีร์ นาคะวิโร

พญ.ธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์

อ.นพ.กฤษฏี ทองบรรจบ

ผศ.พญ.อิสราภรณ์ เทพวงษา

นพ.สุรเชษฐ์ อรุณทอง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาลยางตลาด

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลบ้านตาก

โรงพยาบาลงาว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

การแจ้งข่าวร้าย 3 ขั้นตอน

นายแพทย์พรพิสุทธิ์ เดชแสง
วว. เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง
Email: Pornpisutd@gmail.com

บทคัดย่อ

การแจ้งข่าวร้ายอย่างมีคุณภาพเพื่อสร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว จำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝน นอกจากนี้ การมีรูปแบบหรือแนวทางการแจ้งข่าวร้ายก็จะช่วยให้การแจ้งข่าวร้ายมีคุณภาพมากขึ้น โดยปัจจุบันการแจ้งข่าวร้ายมีหลายแนวทางที่ได้รับความนิยมเช่น SPIKES, ABCDE, BREAKS บทความนี้นำเสนอการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี 3 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย 1. การเตรียมตัวก่อนการแจ้งข่าวร้าย 2. การแจ้งข่าวร้าย 3. การดูแลหลังการแจ้งข่าวร้าย ซึ่งสามารถจดจำและนำไปใช้ได้สะดวกง่ายดายยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การแจ้งข่าวร้าย, ทักษะการสื่อสาร

Breaking Bad News: A 3-Step Approach

Pornpisut Dejsaeng MD.

Diploma Thai Board of Family Medicine

Huaiyot Hospital Trang

Email: Pornpisutd@gmail.com

Abstract

The quality of breaking bad news creates satisfaction for patients and their families. It is necessary to learn and practice the skills of breaking bad news. In addition, having a protocol or guidelines for breaking bad news will also help improve the quality of breaking bad news. Currently, there are many popular methods for breaking bad news, such as SPIKES, ABCDE, BREAKS. This article presents a 3-Step Approach for breaking bad news, including: 1. Before breaking bad news 2. Delivering bad news 3. After breaking bad news. This 3-Step Approach can be remembered and used easily.

Keywords : Breaking bad news, Communication skill



บทนำ

ความหมายของข่าวร้าย

ข่าวร้าย (Bad news) คือข่าวใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อมุมมองของบุคคลในอนาคตของเขาหรือเธอ⁽¹⁾ มีผู้เสนอให้เปลี่ยนคำจากข่าวร้ายเป็น ข่าวที่เปลี่ยนแปลงชีวิต (life-altering news) โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่เมื่อนึกถึงข่าวร้ายมักจะนึกถึงโรคมะเร็งหรือโรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ ระยะเวลาสุดท้าย แต่ข่าวร้ายหรือข้อมูลที่ส่งผลร้ายหรือส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยโดยคาดไม่ถึง เช่น การวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง การมีผลตรวจเลือดผิดปกติเช่น ค่าการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ การตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี การบาดเจ็บของไขสันหลังจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บของมือซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้ ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าตั้งครรภ์ล้ม เหล่านี้เป็นตัวอย่างของข่าวร้ายในเวชปฏิบัติที่พบเห็นได้บ่อย ๆ จนบางครั้งแพทย์อาจลืมไปว่าเป็นข่าวร้ายและแจ้งผู้ป่วยโดยไม่ได้เตรียมความพร้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกต่อผู้ป่วยได้อย่างมาก

ปัญหาในการแจ้งข่าวร้าย

1. ผู้แจ้งข่าวร้ายขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการแจ้งข่าวร้าย⁽²⁾ ทำให้การแจ้งข่าวร้ายขาดคุณภาพและอาจสร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวได้⁽³⁾ ดังนั้นผู้แจ้งข่าวร้ายควรได้รับการทบทวนเพิ่มพูนความรู้และทักษะการแจ้งข่าวร้าย การได้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้าย การจัดให้มีแนวทางการแจ้งข่าวร้ายในหน่วยงานและอาจจะขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์
2. ญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบข่าวร้ายเพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถรับความจริง ซึ่งแพทย์หรือผู้แจ้งข่าวร้ายต้องแจ้งถึงสิทธิของผู้ป่วย และให้ความมั่นใจแก่ญาติว่าในการแจ้งข่าวร้ายแพทย์จะต้องประเมินความพร้อมและระดับความต้องการของผู้ป่วยก่อนจะแจ้งข่าวร้ายเสมอ รวมทั้งแพทย์จะแจ้งข่าวร้ายด้วยความระมัดระวัง
3. ผู้ป่วยไม่ต้องการรับฟังข่าวร้าย หลังจากสนทนาหากพบว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรับทราบข่าวร้าย อาจหมายถึงผู้ป่วยยังไม่พร้อมรับฟังในขณะนั้น แพทย์ยังไม่ควรแจ้งข่าวร้ายในเวลานั้น อาจหาโอกาสอื่น ๆ เมื่อผู้ป่วยพร้อมและสอบถามความต้องการความช่วยเหลืออื่น ๆ

ประโยชน์และเหตุผลที่ควรแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย

1. หากผู้ป่วยทราบความจริง มักจะให้ความร่วมมือต่อการรักษาดีกว่า
2. แม้ญาติและแพทย์จะปกปิดส่วนใหญ่ก็ปิดไม่มิด ผู้ป่วยจะต้องทราบอยู่ดีไม่วันใดก็วันหนึ่ง หากผู้ป่วยทราบข่าวร้ายของตนจากคนอื่น ๆ อาจจะสูญเสียความไว้วางใจต่อญาติและแพทย์ซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาตามมา และส่วนใหญ่ถึงแพทย์และญาติไม่แจ้งข่าวร้าย ผู้ป่วยก็มักจะพอทราบได้ด้วยตนเองจากท่าทีของคนรอบข้าง
3. มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะรับข่าวร้ายได้ดีกว่าที่ญาติคิด และก่อนที่แพทย์จะแจ้งข่าวร้ายจะมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมแพทย์ก็ไม่ได้แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย
4. การรับรู้ความจริง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสามารถวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับตนได้ดีกว่าไม่รู้ความจริง

แนวทางการแจ้งข่าวร้าย

การแจ้งข่าวร้ายเป็นงานประจำอย่างหนึ่งในเวชปฏิบัติทุกวิชาชีพด้านสุขภาพมีโอกาสได้แจ้งข่าวร้ายอยู่เสมอเนื่องจากจำนวนข่าวร้ายในเวชปฏิบัติมีมากขึ้นตามลำดับ การแจ้งข่าวร้ายที่มีคุณภาพที่ดีสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ การฝึกฝนและประสบการณ์ การเตรียมการและมีแนวทางหรือรูปแบบในการแจ้งข่าวร้ายจะมีส่วนช่วยให้การแจ้งข่าวร้าย ซึ่งเป็นงานที่สร้างความลำบากใจแก่ผู้แจ้งและแก่ผู้ได้รับข่าวร้ายเป็นไปอย่างราบรื่นพึงพอใจทุกฝ่าย

ปัจจุบันมีหลายแนวทางในการแจ้งข่าวร้าย ที่ได้รับความนิยม เช่น A Six-Step Protocol, ABCDE, SPIKES และ BREAKS Protocol ซึ่งในบทความนี้ ผู้เขียนได้ทบทวนรูปแบบการแจ้งข่าวร้าย รูปแบบต่างๆ พบว่ามีส่วนคล้ายคลึงกัน โดยมีขั้นตอน 5-6 ขั้นตอน และเพื่อความสะดวกในการเรียนรู้จดจำและนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงนำเสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้าย 3 ขั้นตอนเพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มเติมจากแนวทางเดิมที่มีอยู่

รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี 6 ขั้นตอน (A Six-Step Protocol) ของ Robert Buckman

Robert Buckman (1992)⁽⁴⁾ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยามีประสบการณ์ในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย เป็นผู้สนใจในการสื่อสารโดยเฉพาะการแจ้งข่าวร้าย ได้วางรูปแบบการแจ้งข่าวร้าย 6 ขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ให้บริการแจ้งข่าวร้ายได้อย่างมีคุณภาพ

A Six-Step Protocol

Step 1 Getting Started การเริ่มต้นที่ดี การวางแผนแจ้งข่าวร้าย การเตรียมสถานที่สงบเงียบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการประเมินว่าผู้ป่วยต้องการให้มีใครอยู่ด้วย ผู้ป่วยพร้อมในการรับฟังหรือไม่

Step 2 Finding out how much the patient knows การประเมินผู้ป่วยว่าทราบอะไรบ้างแล้ว

Step 3 Find out how much the patient wants to know การประเมินผู้ป่วยว่าต้องการทราบข้อมูลความเจ็บป่วยอย่างไร แค่ไหน

Step 4 Sharing the information (Aligning and Educating) การแจ้งข่าวร้าย โดยอาศัยข้อมูลทางการแพทย์และเริ่มต้นจากข้อมูลของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ นำไปสู่การตรวจพบทางการแพทย์ การใช้ศัพท์ทั่วไป เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ

Step 5 Responding to the patient's feeling การประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยทราบข่าวร้ายพร้อมทั้งการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ

Step 6 Planning and following through การวางแผนร่วมกันและการนัดติดตาม

รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี ABCDE

Rabow MW และ McPhee SJ (1999)⁽⁵⁾ ได้พัฒนาแนวทางการแจ้งข่าวร้ายขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับความทุกข์จากความเจ็บป่วย การแจ้งข่าวร้ายไม่ได้เป็นเพียงการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ช่วยให้รับรู้ปัญหาาร่วมกัน เปิดโอกาสให้แสดงความต้องการ ข้อมูลเบื้องต้น สามารถประเมินความเสี่ยง เช่น การฆ่าตัวตาย การสนองตอบและการดูแลด้านอารมณ์หลังจากผู้ป่วยทราบข่าวร้าย การวางแผนดูแลและติดตาม และการเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์พร้อมที่จะดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ได้ต่อสู้

กับความเจ็บป่วยเพียงลำพัง โดยรูปแบบการแจ้งข่าวร้ายมี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ABCDE Protocol

A - Advance preparation การเตรียมความพร้อม การเตรียมข้อมูล สอบถามว่าผู้ป่วยรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยแค่ไหน

B - Build a therapeutic environment/relationship การเตรียมหาสถานที่เป็นส่วนตัว สงบเงียบ ไม่มีสิ่งรบกวน และการสร้างสัมพันธภาพ

C - Communicate well การแจ้งข่าวอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย ไม่ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ และสอบถามความเข้าใจหลังจากทราบข่าวร้าย

D - Deal with patient and family reactions การประเมินอารมณ์ความรู้สึกหลังทราบข่าวร้าย ให้การดูแลอารมณ์ของผู้ป่วย ครอบครัว และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ

E - Encourage and validate emotion (Reflect back emotions) การปรับความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลให้ตรงกัน การแนะนำ การส่งเสริมและสนับสนุนความต้องการและทางเลือกที่ผู้ป่วยต้องการ การนัดติดตาม

รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี SPIKES

Baile WF ร่วมกับ Buckman R และคณะ (2000)⁽⁶⁾ ได้สร้างแนวทางการแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นขั้นตอนที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ 4 อย่างคือ 1. การรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย 2. การให้ข้อมูลทางการแพทย์ 3. การให้การสนับสนุนและดูแลผู้ป่วย 4. การนำเสนอความร่วมมือของผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาสำหรับอนาคต นอกจากจะนำมาใช้แจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งแล้ว สามารถนำไปใช้แจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ปัจจุบันมีการนำกระบวนการแจ้งข่าวร้ายด้วยรูปแบบ SPIKES มาใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

SPIKES Protocol

S - Setting up the interviews หมายถึงการเตรียมความพร้อม มีเวลาเพียงพอให้ผู้ป่วย เตรียมสถานที่ เลือกที่สงบเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน และการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตรวจร่างกาย ผลตรวจเลือด และการวินิจฉัยโรค

P - Assessing the patient's Perception หมายถึง การประเมินผู้ป่วยว่าทราบอะไรบ้างเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

I - Obtaining the patient's Invitation หมายถึง การสอบถามความต้องการของผู้ป่วย ว่าต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด

K - Giving Knowledge and information to the patient หมายถึง การให้ข่าวร้าย ควรกล่าวเกริ่นนำก่อนแจ้งข่าวร้าย (warning shot) ให้ข้อมูลความจริงแก่ผู้ป่วยอย่างกระชับชัดเจนเข้าใจง่าย พูดให้ช้า ไม่ใช่คำศัพท์ทางการแพทย์

E - Addressing the patient's Emotions with empathic responses หมายถึง การประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือด้านอารมณ์ของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการแจ้งข่าวร้าย

S - Strategy and Summary หมายถึง การวางแผนดูแลรักษาร่วมกัน การสรุปการสนทนาและนัดหมายเพื่อติดตาม

รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี BREAKS Protocol

Narayanan V และคณะ (2010)⁽⁷⁾ ได้สร้างรูปแบบการแจ้งข่าวร้ายเพื่อเป็นทางเลือกนอกเหนือจากรูปแบบเดิม รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายของ Narayanan V จัดทำเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ โดยเป็นการสื่อสารอย่างมีระบบ มีขั้นตอน และนำไปใช้ในการแจ้งข่าวร้ายได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

BREAKS Protocol

B - Background ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย ประวัติความเจ็บป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และข้อมูลครอบครัว ผู้ที่ผู้ป่วยสนิทสนม

R - Rapport การสร้างสัมพันธภาพ การเปิดโอกาสและให้เวลาแก่ผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยสามารถระบายหรือพูดในสิ่งที่ต้องการหรือกังวล

E - Explore การสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองว่าทราบข้อมูลอะไรบ้างมากน้อยแค่ไหน

A - Announce เริ่มเกริ่นนำและการแจ้งข่าวร้ายให้ผู้ป่วยไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อาจเว้นช่วงบ้าง ใช้คำสั้นๆ เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงประโยคยาวๆ หรือหลายๆ ประโยคต่อเนื่องกัน

K - Kindling ประเมินอารมณ์และความรู้สึก พร้อมทั้งให้การดูแล การให้ผู้ป่วยทบทวนความเข้าใจกับข่าวร้ายที่แพทย์เพิ่งแจ้งไป

S - Summarize การสรุปการสนทนา ประเด็นที่ผู้ป่วยกังวล ประเมินสภาวะจิตใจหลังทราบข่าวร้าย ความปลอดภัย การนัดหมายเพื่อติดตามและให้ช่องทางติดต่อที่สะดวก

รูปแบบการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี 3 ขั้นตอน (A 3-Step Approach)

การแจ้งข่าวร้ายแม้จะมีรูปแบบและแนวทางหลายๆ อย่างดังกล่าวข้างต้น^(8,9) แต่สามารถสรุปกระบวนการการแจ้งข่าวร้ายให้กระชับลงเป็น 3 ขั้นตอน⁽¹⁰⁾ จะช่วยให้ผู้แจ้งข่าวร้ายสามารถจดจำขั้นตอนได้ง่ายขึ้น สามารถนำเอามาประยุกต์และนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการแจ้งข่าวร้าย (Before Breaking Bad News or Preparation)

หมายถึงระยะก่อนการให้ข่าวร้าย เป็นระยะที่ผู้แจ้งข่าวร้ายจะต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่างๆ เช่น การเลือกสถานที่และเวลา การศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การเตรียมตัวเตรียมใจของผู้แจ้งข่าวร้ายและผู้รับฟังข่าวร้าย ดังต่อไปนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้แจ้งข่าวร้าย ควรมีความรู้ทางด้านการแพทย์ มีการเตรียมแผนการแจ้งข่าวร้าย เตรียมประโยคคำพูดเช่น ประโยคเกริ่นนำ ประโยคแจ้งข่าวร้าย ประโยคให้กำลังใจ นอกจากนี้ ต้องเตรียมประโยคเพื่อตอบคำถามที่คาดว่าผู้ป่วยอาจถามได้ เช่น โรคที่เป็นจะรักษาหายหรือไม่ ตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหน หรือเมื่อผู้ป่วยบ่นอยากตายหลังทราบข่าวร้าย หากผู้แจ้งข่าวร้ายได้เตรียมตัวกับการตอบคำถามเหล่านี้จะทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่น

1.2 การเตรียมข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งประวัติการตรวจร่างกาย ผลทางห้องปฏิบัติการ ในการบอกผลวินิจฉัยโรค รวมถึงรายละเอียดระยะของโรค การเตรียมวางแผนการดูแลรักษา เตรียมข้อมูลการพยากรณ์โรค การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ

1.3 การเตรียมสถานที่โดยเลือกสถานที่ที่เหมาะสม มีความปลอดภัย มีความสงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวน เช่น เสียงโทรศัพท์ หรือไม่มีผู้คนเดินไปมา

1.4 การเลือกเวลาที่เหมาะสมในการแจ้งข่าวร้ายคือเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมรับฟัง และการมีเวลาเพียงพอให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การแจ้งข่าวร้าย (Breaking Bad News or Delivery)

หมายถึงระยะที่มีการแจ้งข่าวร้าย เป็นระยะที่สำคัญ เริ่มจากการทักทาย สร้างสัมพันธภาพ การกล่าวเกริ่นนำ และการแจ้งข่าว ผู้ป่วยแต่ละคนจะแสดงปฏิกิริยาต่อข่าวร้ายแตกต่างกัน ต้องมีการประเมินและดูแลอารมณ์ของผู้ป่วยหลังทราบข่าวร้าย ผู้แจ้งต้องแสดงท่าทีที่เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ โดยในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1 เริ่มสนทนาทักทายและสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Build Relationship) ทบทวนอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ สอบถามข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยทราบแล้ว และข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเพิ่มเติม ต้องการลงรายละเอียดมากน้อยแค่ไหน เช่น

“สวัสดีครับ คุณเอ วันนี้เป็นอย่างไรบ้าง”

“ครั้งที่แล้ว ที่คุณเอมาตรวจด้วยเรื่องอ่อนเพลียและน้ำหนักลด แล้วหมอได้เจาะเลือดนำไปตรวจ ตอนนั้นเราได้คุยอะไรกันบ้าง”

“หมอได้อธิบายอะไร”

“และหมอแจ้งว่าสงสัยอาจจะเป็นอะไรบ้าง”

“แล้วคุณเอสงสัยว่าจะเป็นอะไรครับ”

รวมถึงการเตรียมตัวผู้ป่วยโดยสอบถามความพร้อมในการรับฟังข่าวร้าย ผู้ป่วยต้องการให้มีญาติหรือผู้ใดร่วมฟังข่าวด้วยหรือไม่ เช่น

“ไม่ทราบว่าคุณเอ พร้อมฟังผลเลือดที่เจาะไปเมื่อครั้งก่อนหรือยังครับ”

2.2 แจ้งข่าวร้าย (Giving bad news) โดยเริ่มด้วยการกล่าวเกริ่นนำ (warning shot) เช่น

“เรื่องที่หมอบอกอาจทำให้คุณเอรู้สึกไม่สบายใจ แต่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษา”

หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลที่ เป็นความจริงและผู้ป่วยต้องการ (Giving the News) โดยไม่ควรใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ (medical jargon) ควรใช้คำที่เข้าใจง่าย พูดให้ช้า กระชับและชัดเจน เช่น

“ผลตรวจเลือดของคุณเอ พบว่าติดเชื้อเอชไอวีนะครับ”

2.3 การประเมินและการดูแลทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยหลังทราบข่าวร้าย (Empathic Responses) หลังจากผู้ป่วยได้รับข่าวร้ายจะมีปฏิกิริยาแตกต่างกันในแต่ละคน เช่น บางคนอาจจะโกรธ บางคนเศร้าโศก แพทย์จะต้องประเมิน

อารมณ์และความรู้สึกให้ถูกต้อง เพื่อจะได้ตอบสนองให้เหมาะสม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความใส่ใจ ความห่วงใยและอยากช่วยเหลือ

เช่นผู้ป่วยที่เสียใจและร้องไห้ แพทย์ไม่ควรห้าม แต่ควรเจียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก และอาจยื่นกระดาษทิชชูให้

ผู้ป่วยที่โกรธ แพทย์ไม่ควรพูดแก้ตัว ควรปล่อยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เช่น

“พูดออกมาเลยครับ หมอกำลังฟัง”

หลังจากผู้ป่วยได้ระบายความโกรธ แพทย์ควรแสดงความเห็นใจและเสนอทางช่วยเหลือ เช่น

“หมอเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น”

“แล้วในตอนนี้คุณเออยากให้หมอช่วยอย่างไรบ้างครับ”

ผู้ป่วยที่ปฏิเสธข่าวร้าย แพทย์ควรแสดงความเห็นใจ เช่น

“หมอพอเข้าใจ ว่าคุณคงไม่อยากเชื่อ”

ถ้าผู้ป่วยเจียบไป ควรปล่อยให้ผู้ป่วยเจียบไปสักพัก เพราะผู้ป่วยอาจกำลังตกใจ หรือกำลังคิดอะไรอยู่ หากผู้ป่วยเจียบไปนาน แพทย์ควรสอบถามความรู้สึก เช่น

“คุณเอเจียบไป รู้สึกเป็นอย่างไรบ้างครับ บอกหมอหน่อย”

ขั้นตอนที่ 3 หลังการแจ้งข่าวร้าย (After Breaking Bad News or Summary)

หมายถึงระยะหลังจากที่ได้แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยไปแล้ว เป็นระยะที่ต้องมีการสรุปการสนทนาเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับการวินิจฉัยและวางแผนการดูแล เป็นโอกาสที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม รวมทั้งมีการวางแผนและนัดหมายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

3.1 การสรุปการสนทนา (Summary) ทบทวนความเข้าใจ เปิดโอกาสให้สอบถามเพิ่มเติม การแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น

“หมอขอสรุปนะครับคุณเอว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลเลือดพบว่า ติดเชื้อเอชไอวี มีวิธีการรักษาได้โดยการให้ยาต้านเชื้อไวรัส คุณเอมีอะไรจะสอบถามหมอเพิ่มเติมไหมครับ”

3.2 การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (Supportive) การไม่ทำลายความหวังที่ผู้ป่วยมีอยู่ และไม่สร้างความหวังที่ไม่อาจเป็นจริง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสุขภาพพร้อมที่จะดูแลและอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย เช่น

“หมอขอเป็นกำลังใจให้คุณเอนในการรักษานะครับ”

3.3 การวางแผนดูแลร่วมกันและการนัดหมาย (Plan and Follow up) การให้ความสะดวกในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม เช่น

“หมอจะนัดคุณเอนมาติดตามในสัปดาห์หน้านะครับ”

“และถ้ามีอะไรไม่เข้าใจหรือไม่สบายใจอะไร ก็สามารถติดต่อสอบถามมาได้เลยครับ”

การมีช่องทางให้ผู้ป่วยได้ปรึกษา เช่น ทางโทรศัพท์ ทางสื่อออนไลน์ เป็นการแสดงให้เห็นว่าแพทย์ยินดีดูแลให้การช่วยเหลือและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

สรุป

การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในเวชปฏิบัติ ซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรทราบและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ในบทความนี้ได้นำเสนอการแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี 3 ขั้นตอน ซึ่งประกอบไปด้วย **ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมการก่อนการแจ้งข่าวร้าย **ขั้นตอนที่ 2** การแจ้งข่าวร้าย ซึ่งประกอบด้วย 2.1 การทักทาย การสร้างสัมพันธภาพ 2.2 การให้ข้อมูล ประกอบด้วย การเกริ่นนำและให้แจ้งข่าวร้ายอย่างกระชับและชัดเจน 2.3 การประณามและดูแลด้านอารมณ์ **ขั้นตอนที่ 3** การดูแลหลังการแจ้งข่าวร้าย ประกอบไปด้วย การสรุป การวางแผนและการนัดติดตามเพื่อดูแลต่อเนื่อง การแจ้งข่าวร้ายด้วยวิธี 3 ขั้นตอนเป็นวิธีที่ง่ายต่อการจดจำ เรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J.1984;288(6430):1597-1599.
2. Mostafavian Z, Shaye ZA. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. J Family Med Prim Care. 2018 May-Jun; 7(3): 601-605. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_25_18.
3. Brewin TB. Three ways of giving bad news. Lancet. 1991 May 18; 337(8751): 1207-9.
4. Buckman R. How to Break bad news: a guide for health care professionals Baltimore: Johns Hopkins University Press 1992.
5. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999; 171(4): 260-263.
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000; 5(4): 302-311
7. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. Indian J Palliat Care. 2010; 16(2):61-65.
8. Berkey FJ, Wiedemer JP, Vithalani ND. Delivering Bad or Life-Altering News. Am Fam Physician. 2018 Jul 15;98(2): 99-104.
9. VandeKieft GK. Breaking bad news. Am Fam Physician. 2001 Dec 15;64(12): 1975-8.
10. Matthews T, Baken D, Ross K, Ogilvie E, Kent L. The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: A qualitative meta-synthesis. Psychooncology. 2019 Dec; 28(12):2286-2294. doi: 10.1002/pon.5241. Epub 2019 Oct 30.

อาการและอาการแสดง ของภาวะใกล้ตาย

นายแพทย์พรพิสุทธิ์ เดชแสง

วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

Email: Pornpisutd@gmail.com

บทคัดย่อ

อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายเป็นสัญญาณเตือนให้แพทย์สื่อสารกับญาติและครอบครัว เพื่อการวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกัน หากแพทย์ขาดความรู้และการตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ก็อาจไม่สามารถให้การดูแลระยะสุดท้ายที่ดีได้ จึงได้ทบทวนอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูล Medline คู่มือและหนังสือเกี่ยวกับการดูแลประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าอาการของภาวะใกล้ตายที่พบได้บ่อยคือ อาการปวด อาการเหนื่อย อาการสับสน และเสียงเสมหะก่อนตาย อาการแสดงที่จำเพาะกับภาวะใกล้ตาย ซึ่งหากพบอาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะมีโอกาสสูงที่จะเสียชีวิตภายใน 3 วัน ได้แก่ 1. รูม่านตาไม่ตอบสนอง 2. การตอบสนองต่อการได้ยินเสียงลดลง 3. การตอบสนองต่อการมองเห็นภาพลดลง 4. การปิดเปลือกตาได้ไม่สนิท 5. การลดลงของร่องแก้ม 6. คอเหยียดกว่าปกติ 7. การมีเสียงในคอ 8. การมีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน

คำสำคัญ: ภาวะใกล้ตาย, การดูแลประคับประคอง, การดูแลระยะสุดท้าย



The Signs and Symptoms of Impending Death

Pornpisut Dejsaeng MD.

Diploma Thai Board of Family Medicine

Huaiyot Hospital Trang

Email: Pornpisutd@gmail.com

Abstract

The signs and symptoms of impending death are warning signs for physicians to communicate with relatives and family. For joint planning of terminal care for patients, if the doctors lack knowledge and awareness of the signs and symptoms of the patient's near-death condition, they may not be able to provide good end-of-life care. Therefore, the signs and symptoms of impending death were reviewed by searching through the Medline database, manuals, and books about palliative care and terminal care. Common impending death symptoms are pain, dyspnea, confusion, and death rattle. Symptoms specific to impending death, indicate that patients will have the likelihood to die within three days. These symptoms include the following: 1. Non-reactive pupil 2. Decreased response to verbal stimuli 3. Decreased response to visual stimuli 4. Inability to close eyelids 5. Drooping of the nasolabial fold 6. Hyperextension of the neck 7. Grunting of vocal cords 8. Upper gastrointestinal bleeding.

Keywords: Impending death, palliative care, end of life care.

บทนำ

“Dying cannot be made good or well-managed if there is no recognition of dying”

Professor Allan Kellehear ⁽¹⁾

ในการดูแลประคับประคอง (palliative care) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วินิจฉัยโรคที่รักษาไม่หายต่อเนื่องจนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life care, terminal phase) รวมถึงการดูแลญาติและครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ภาวะใกล้ตายเป็นช่วงวิกฤติช่วงหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและครอบครัวก่อนจะตายผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังจะตายในไม่ช้า

การศึกษาพบว่า มีแพทย์ถึง 1 ใน 3 ที่ไม่ได้วินิจฉัยภาวะใกล้ตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจเกิดจากแพทย์ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย และไม่ตระหนักว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำลังใกล้ตาย⁽²⁾ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่มีคุณภาพ เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Investigation) เพื่อวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น หรือการให้ยาหรือการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้⁽³⁾ และขาดการพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญทั้งของผู้ป่วย ญาติและครอบครัว อาจจะตัดโอกาสของญาติที่จะได้ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย แต่หากแพทย์มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายและสามารถวินิจฉัยภาวะใกล้ตายได้แต่เนิ่นๆ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพ เช่น ไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยที่ไม่จำเป็น ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็นและไม่มีประโยชน์ และสามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในภาวะใกล้ตายได้อย่างมีคุณภาพ ตามแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งจะได้ประโยชน์ทั้งผู้ป่วยเอง และครอบครัว⁽³⁾

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายเพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

การสืบค้นข้อมูล

ได้สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Pubmed Medline และจากหนังสือเกี่ยวกับการดูแลประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้คำสำคัญคือ symptoms, signs, impending death, imminent death และเลือกการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายตั้งแต่ ค.ศ.1980-2020

คำนิยามของภาวะใกล้ตาย (Impending Death) ^(4,5)

ภาวะใกล้ตาย (Impending Death) หมายถึง ช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่กำลังจะตายอย่างแน่นอน ไม่มีการรักษาดูแลใดที่สามารถจะหยุดการตายนี้ได้ และจะถึงแก่ความตายในไม่ช้า ยังไม่มีนิยามเกี่ยวกับช่วงระยะเวลาของภาวะใกล้ตายที่แน่นอนว่าเป็นเวลาเท่าใด เพราะการตายเป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งโรคที่แตกต่างกัน แต่ก็มีรูปแบบอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายคล้ายคลึงกัน โดยจะมีการทำงานของอวัยวะและร่างกายค่อย ๆ ถดถอยลง จนกระทั่งระบบต่าง ๆ ของร่างกายหยุดทำงานไปในที่สุด โดยทั่วไปจะเริ่มเข้าสู่ภาวะใกล้ตายนั้นนับเอาประมาณ 1 เดือนสุดท้าย ก่อนจะถึงแก่ความตาย แต่ก็ไม่ได้มีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกชัดเจนเพียงพอว่าผู้ป่วยใกล้ถึงแก่ความตาย จนกระทั่งถึงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิตก่อนถึงแก่ความตาย มักจะมีการและอาการแสดงที่ปรากฏชัดเจนขึ้น เป็นสัญญาณให้ผู้ดูแลได้ทราบ โดยเฉพาะสามวันสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตาย มักจะมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน และจำเพาะว่าผู้ป่วยกำลังจะตายในไม่ช้า

นิยามของคำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะใกล้ตาย ⁽⁶⁾

1. Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง) หมายถึงการดูแลที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจากปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นหาประเมิน และให้การรักษาความปวดและอาการอื่น ๆ ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2. End of life (ระยะสุดท้ายของชีวิต) หมายถึงช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่ไม่มีการรักษาที่ได้ผล ผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตใน 1 เดือน ⁽⁶⁾

3. Terminally ill (โรคระยะสุดท้าย) หมายถึงความเจ็บป่วยหนักมีอาการทรุดลง ไม่มีการรักษาใดจะช่วยเหลือได้ และคาดว่าจะเสียชีวิตใน 1 เดือน⁽⁶⁾

4. Actively dying หมายถึงช่วงเวลาชั่วโมงหรือวันสุดท้ายของชีวิตก่อนจะตาย ซึ่งจะมีการและอาการแสดงที่มีลักษณะจำเพาะ⁽⁶⁾

คำที่มีความหมายคล้ายกับภาวะใกล้ตาย

คำที่มีความหมายคล้ายกับภาวะใกล้ตายหรือ Impending death เช่น Imminent death, Nearing death, Close to death, Approaching death, Actively dying สามารถนำมาใช้แทนกันได้ แม้จะมีความหมายใกล้เคียงและใช้แทนกันได้ แต่มีคุณภาพของความหมายที่ต่างกันบ้าง เช่น Imminent death หรือ Actively dying มีความหมายใกล้กับความตายมากกว่า Impending death

กระบวนการตาย (The Dying Process)⁽⁷⁾

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพบไม่เร็วก็ช้า ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และก็ไม่มีใครจะคาดการณ์ได้ว่าความตายของแต่ละคนจะมาเมื่อไหร่ การตายนั้นไม่ได้เป็นเพียงจุดหนึ่งจุดใด แต่มีลักษณะเป็นกระบวนการที่ใช้เวลา โดยกระบวนการตายในแต่ละคนมีระยะเวลาไม่เหมือนกัน สั้นบ้าง ยาวบ้าง แต่มีรูปแบบที่คล้ายกัน เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยระยะสุดท้ายจะมีการดำเนินโรค 3 รูปแบบ ก่อนที่จะเสียชีวิต (disease trajectory and dying trajectories)⁽⁸⁾ (Glaser and Strauss 1968)

1. Steady progression with a clear terminal phase การดำเนินโรคมมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด เช่นที่พบในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่

2. Gradual decline, punctuated by episodes of acute deterioration and some recovery การดำเนินโรคทรุดลงอย่างช้า ๆ และมีระยะที่ทรุดลงอย่างมากเข้ามาแทรกและฟื้นตัวขึ้นบางส่วน เช่นในกรณีผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีระยะกำเริบ และดีขึ้นเล็กน้อย

3. Prolonged, progressive, gradual decline การดำเนินโรครุนแรงขึ้นและทรุดลงอย่างต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยนอนติดเตียงด้วยโรคต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

รูปแบบการดำเนินโรคเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์พยากรณ์โรคและอาจจะคาดการณ์การเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

กระบวนการตายแบ่งได้ 2 ระยะ ตามลำดับเวลา^(9,10,11)

1. Pre-active phase of dying เป็นช่วงใกล้ตาย โดยประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต เป็นช่วงที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าความตายกำลังใกล้เข้ามา

2. Active dying phase of dying ช่วงใกล้ตาย ประมาณ 3 วันก่อนเสียชีวิต เป็นช่วงที่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนและจำเพาะที่แสดงว่าผู้ป่วยกำลังจะตายในไม่ช้า

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วยใกล้ตาย

การศึกษาภาวะใกล้ตายส่วนใหญ่ทำในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากภาวะใกล้ตายในกลุ่มคนทั่วไปบ้าง Elisabeth Kubler-Ross.⁽¹²⁾ ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิกิริยาของจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเรียกว่า stage of dying และต่อมาพัฒนาเป็นปฏิกิริยาต่อการสูญเสียหรือ stage of grief โดยนำเสนอเกี่ยวกับปฏิกิริยาด้านจิตใจและอารมณ์ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน

1. ปฏิเสธ (Denial) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองกำลังจะตาย หรือไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง หรือไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังจะสูญเสียสิ่งที่รักไป

2. โกรธ (Anger) ผู้ป่วยโกรธกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาจจะโทษหรือหาคนผิด ไม่พอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น

3. การต่อรอง (Bargain) พยายามหาหนทางอื่น ๆ เป็นทางเลือก ยังมีความหวังกับชีวิตว่าจะดีขึ้น

4. ซึมเศร้า (Depression) อารมณ์เศร้าจากสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่สามารถหาทางออก ท้อแท้ หดหู่

5. การยอมรับ (Acceptance) ยอมรับความจริง คิดได้ว่าต้องเสียชีวิตแน่ อาจไม่ต้องการรักษาใด ๆ อีก หรือยอมรับการรักษาแต่ไม่ได้คาดหวังผลการรักษา

ในผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตหรือหลังการสูญเสีย มีปฏิกิริยาของจิตใจแตกต่างกันไปในแต่ละคน และไม่ได้เป็นไปตามลำดับขั้นตอน และไม่จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงครบในทุกขั้นตอน

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วยใกล้ตาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ปรากฏให้เห็นชัดเจนกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยมีอาการและอาการแสดงทางกายที่เปลี่ยนแปลงตามลำดับเวลา ดังนี้

เดือนสุดท้ายก่อนตาย (Last 4 weeks or Last month) ⁽¹³⁾

อาการที่พบบ่อย⁽¹³⁾ คือ อาการปวด ร้อยละ 54.3 อาการซึมเศร้า ร้อยละ 26.6 อาการสับสน ร้อยละ 31.3 อาการอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น อาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารและน้ำลดลง อาการอ่อนเพลีย หลับมากขึ้น นอนติดเตียงตลอดเวลา การที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาลดความปวดเพิ่มขึ้นอาจเป็นสัญญาณเข้าสู่ภาวะใกล้ตายเช่นกัน ⁽¹⁴⁾ การศึกษาอาการในเดือนสุดท้ายของผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง ⁽¹⁵⁾ พบความชุกของอาการที่อาจจะแตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลุ่มอื่นคือ อาการชัก ร้อยละ 30 อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 36 อาการซึม ร้อยละ 85 อาการกลืนลำบาก ร้อยละ 85 อาการแสดงอื่นๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต เช่น เท้าบวม หายใจลำบาก ปัสสาวะลดลง อ่อนแรง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง พูดคุยน้อยลง

ตารางที่ 1 แสดงอาการใกล้ตายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนตาย ^(13,14,15)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ^(13,14)	
อาการปวด	54.3
อาการซึมเศร้า	26.6
อาการสับสน	31.0
ผู้ป่วยมะเร็งสมอง ⁽¹⁵⁾	
อาการชัก	30
อาการปวดศีรษะ	36
อาการซึม	85
อาการกลืนลำบาก	85

หนึ่งถึงสองสัปดาห์สุดท้ายก่อนตาย (Last week - 2 weeks of life) ^(16,17)

อาการในสัปดาห์สุดท้ายก่อนตายที่พบบ่อย ^(16, 17, 18) คืออาการสับสน พบได้ร้อยละ 39-50.1 อาการเหนื่อย ร้อยละ 46-56.7 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 71 อาการปวด ร้อยละ 52.4-99 เสียงเสมหะก่อนตาย ร้อยละ 51.4 อาการอื่น ๆ ได้แก่⁽¹⁸⁾ อาการเพลียอ่อนล้าอย่างมาก อาการปากแห้ง อาการกลืนลำบาก อาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารและน้ำลดลง อาการท้องผูก อาการกังวล อาการซึมเศร้า ปัญหาการนอนหลับ อาการอาเจียน อาการแสดงที่พบได้บ่อยก่อนจะเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์⁽¹⁹⁾ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น มีการหายใจเร็วขึ้น คะแนน Karnofsky Performance Status (KPS) ต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงอาการใกล้ตายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วง 1 ถึง 2 สัปดาห์สุดท้ายก่อนตาย ^(16,17,18)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
อาการสับสน	39-50.1
อาการเหนื่อย	46-56.7
อาการคลื่นไส้	71
อาการปวด	52.4-99
อาการเสียงเสมหะก่อนตาย	51.4

สามวันสุดท้ายก่อนตาย (Last 72 hours) ^(17,19,20)

อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยคือ ⁽¹⁹⁾ อาการสับสน ร้อยละ 55 อาการเหนื่อย ร้อยละ 26 อาการกระตุก ร้อยละ 12 อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 14 อาการเสียงเสมหะก่อนตาย ร้อยละ 45 อาการปวด ร้อยละ 26 อาการกระสับกระส่าย ร้อยละ 43

Hui และคณะ (2015) ศึกษาอาการแสดงในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วย 72 ชั่วโมงสุดท้าย ^(20,21,22) คือ Palliative Performance Scale น้อยกว่า 20 คิดเป็นร้อยละ 93 Richmond Agitation Sedation Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับลบสอง คิดเป็นร้อยละ 90 การกลืนอาหารเหลวหรือน้ำลำบาก ร้อยละ 90 ปัสสาวะใน 12 ชั่วโมงน้อยกว่า 100 ซีซี ร้อยละ 72 เสียงเสมหะก่อนตาย ร้อยละ 66 การหยุดหายใจเป็นพักๆ ร้อยละ 46 การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง ร้อยละ 56 ปลายมือปลายเท้าเขียว ร้อยละ 59 การหายใจแบบ Cheyne Stokes breathing ร้อยละ 41 คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้ ร้อยละ 38 การตอบสนองต่อการได้ยินเสียงลดลง ร้อยละ 69 การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง ร้อยละ 70 การไม่ตอบสนองของม่านตา ร้อยละ 38 การลดลงของร่งแก้ม ร้อยละ 78 การเหี่ยวคอบมากกว่าปกติ ร้อยละ 46 ไม่สามารถปิดเปลือกตา ร้อยละ 57 การมีเสียงในคอ ร้อยละ 54 การมีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน ร้อยละ 5

ตารางที่ 3 แสดงอาการและอาการแสดงผู้ป่วยใกล้ตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วง 72 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนตาย ^(17,20,21)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
อาการ	
อาการสับสน	55
อาการเหนื่อย	26
อาการคลื่นไส้	14
อาการปวด	26
อาการเสียงเสมหะก่อนตาย ⁽¹⁷⁾	45
อาการกระสับกระส่าย	43
อาการกระตุก	12
อาการแสดง	
Palliative Performance Scale น้อยกว่า 20	93

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
Richmond Agitation Sedation Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับลบสอง	90
ปัสสาวะใน 12 ชั่วโมงน้อยกว่า 100 ซีซี	72
การมีเสียงเสมหะก่อนตาย ⁽²⁰⁾	66
การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง	56
ปลายมือปลายเท้าเขียว	59
การหายใจแบบ Cheyne Stokes breathing	41
คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้	38
รุ่มานตาไม่ตอบสนอง	38
การตอบสนองต่อการได้ยินเสียงลดลง	69
การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง	70
ลดลงของร่องแก้ม	78
การเหี่ยยดคมมากกว่าปกติ	46
ไม่สามารถปิดเปลือกตา	57
การมีเสียงในคอ	54
การมีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน	5

Hui และคณะ พบว่าอาการแสดงที่จำเพาะต่อการเสียชีวิตใน 3 วันสุดท้าย⁽²⁰⁾ 8 อาการ คือ (1) รุ่มานตาไม่ตอบสนอง (2) การตอบสนองต่อการได้ยินเสียงลดลง (3) การตอบสนองต่อการมองเห็นลดลง (4) ไม่สามารถปิดเปลือกตา (5) การลดลงของร่องแก้ม (6) การเหี่ยยดคมมากกว่าปกติ (7) การมีเสียงในคอ (8) การมีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน

สองวันสุดท้ายก่อนตาย (Last 48 hours)^(17,23,24,25)

อาการที่พบบ่อยได้แก่ เสียงเสมหะก่อนตาย ร้อยละ 56 อาการปวด ร้อยละ 51-56 อาการกระสับกระส่าย ร้อยละ 30-42 อาการเหนื่อย ร้อยละ 22-26 อาการคลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 12-14 อาการสับสน ร้อยละ 9-12 อาการอื่น ๆ เช่น อาการกระสับกระส่าย อาการกลืนลำบาก ปัสสาวะคั่งหรือปัสสาวะราด อาการแสดงที่สำคัญบ่งชี้ว่าผู้ป่วยใกล้ตาย⁽²⁶⁾ คือ ความดันโลหิตต่ำและความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำ อาการอื่น ๆ เช่น ชีพจรเร็วขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือหมดสติ⁽²⁷⁾

ตารางที่ 4 แสดงอาการใกล้ตายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วง 48 ชั่วโมงสุดท้ายก่อนตาย^(17,20)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
เสียงเสมหะก่อนตาย	56
อาการปวด	51-56
อาการกระสับกระส่าย	30-42
อาการเหนื่อย	22-26
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	12-14
อาการสับสน	9-12

วันสุดท้ายและชั่วโมงสุดท้ายก่อนตาย (Last 24 hours and last hours) ⁽¹⁷⁾

อาการที่พบได้บ่อยคือ ⁽¹⁸⁾ อาการปวด อาการสับสน หมดสติ อาการเหนื่อย เสียงเสมหะก่อนตาย คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย กลืนไม่ลง ปัสสาวะคั่งหรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่งเสียงครางพึมพำในคอ ⁽²⁸⁾ อาการแสดงที่พบได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก ⁽²⁹⁾ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ความเข้มข้นของออกซิเจนลดลง ความดันโลหิตลดลงเรื่อย ๆ หายใจเหนื่อย หยุดหายใจเป็นพัก ๆ การหายใจโดยมีการเคลื่อนไหวของกรามล่าง ⁽³⁰⁾ หายใจแบบ Cheyne Stokes breathing อาการอื่น ๆ เช่น มือเท้าเย็น มีลายจ้ำที่ผิวหนัง เสมหะสะสมในคอ เสียงในคอ เสียงเสมหะก่อนตาย

วิจารณ์และเสนอแนะ

บทความนี้ได้ทบทวนอาการและอาการแสดงเพื่อฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย เพื่อให้ตระหนักและให้การวินิจฉัยภาวะใกล้ตายได้ในระยะแรก ช่วยให้ปรับแผนการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย และอาจนำความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะใกล้ตายที่พบบ่อย เช่น อาการเหนื่อย อาการปวด เสียงเสมหะก่อนตาย ไปจัดทำเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังเช่นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Liverpool care pathway for the dying patient ⁽³¹⁾

ข้อจำกัดการศึกษาอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยประคับประคอง ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ อาจจะไม่สามารถนำไปประเมินในผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังอื่นได้ แต่ก็เปิดโอกาสให้มีการศึกษาต่อไปถึงอาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตายของกลุ่มคนทั่วไปหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ว่ามีลักษณะอย่างไร

สรุป

อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย จะปรากฏให้เห็นในวาระสุดท้ายของชีวิต ช่วยเตือนให้ทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะตายในไม่ช้า โดยการตายนั่นเป็นกระบวนการที่มีช่วงเวลาและแต่ละคนก็มีช่วงเวลาการตายที่แตกต่างกัน การเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการและอาการแสดงของภาวะใกล้ตาย จะช่วยให้แพทย์ พยากรณ์และวินิจฉัยภาวะใกล้ตายในผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ สามารถเตรียมความพร้อมของญาติและครอบครัวกับการเสียชีวิตของคนในครอบครัวได้แต่เนิ่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Brayne S, Fenwick P, Nearing the end of life a guide for relatives and friends of the dying .1st ed .Great Britain: Braynework; 2008.
2. Houttekier D, Witkamp FE, van Zuylen L, van der Rijt CC, van der Heide A. Is physician awareness of impending death in hospital related to better communication and medical care? J Palliat Med. 2014; 17(11): 1238-43.
3. Geijteman ECT, Graaf M van der, Witkamp FE, Norden SV, Stricker BH, Rijt CCD van der, et al. Interventions in hospitalised patients with cancer: the importance of impending death awareness. BMJ Support Palliat Care. 2018; 8(3): 278-281.
4. Catholic Dictionary. Impending death. Available from: <https://www.catholicculture.org/culture/library/dictionary/index.cfm?id=34116> (verified July 9th, 2020)
5. Catholic Dictionary. imminent death. Available from: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/imminent-death> (verified July 9th, 2020)
6. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, De La Cruz M, Kim SH, et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review J Pain Symptom Manage. 2014; 47(1): 77-89.
7. Lindley-Davis B. Process of dying. Defining characteristics. Cancer Nursing. 1991; 14(6): 328-33.

8. Sue Haig. Diagnosing dying symptoms and signs of end-stage disease. *End of Life Care*. 2009; 3(4): 8-13.
9. Hospice Patients Alliance. Signs and Symptoms of Approaching Death. Available from: www.hospicepatients.org/hospic60.html(verified July 9th, 2020)
10. Oates JR, Maani CV. Death and Dying. [Updated 2020 Jul 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53697> (verified July 9th, 2020).
11. Eckl C. Symptoms of dying: Physical, Emotional-mental, Social and Spiritual. Life Quality Institute Handout. 2012. Available from: https://homecareinformation.net/handouts/hen/2229_Handout.pdf(verified July 9th, 2020)
12. Gregory, C. The five Stages of Grief: An Examination of the Kuber -Ross Model. Available from: <https://www.psychom.net/depression.central.grief.html>. (verified July 9th, 2020)
13. Singer AE, Meeker D, Teno JM, Lynn J, Lunney JR, Lorenz KA. Symptom trends in the last year of life from 1998 to 2010: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2015; 162(3): 175-83.
14. Ferrell BR, Dean G. The meaning of cancer pain. *Semin Oncol Nurs*. 1995 ;11(1):17-22.
15. Pace A, Di Lorenzo C, Guariglia L, Jandolo B, Carapella CM, Pompili A. End of life issues in brain tumor patients. *J Neurooncol*. 2009; 91(1): 39-43.
16. Kehl KA, Kowalkowski JA. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013; 30(6): 601-16.
17. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calmanher C K, Oxford Textbook of Palliative Medicine .3rd ed. New York: Oxford University Press; 2004.
18. Conill C, Verger E, Henríquez I, Saiz N, Espier M, Lugo F, et al. Symptom prevalence in the last week of life. *J Pain Symptom Manage*. 1997; 14(6): 328-31.
19. Mercadante S, Valle A, Porzio G, Aielli F, Adile C, Casuccio A. Prognostic factors of survival in patients with advanced cancer admitted to home care. *J Pain Symptom Manage*. 2013; 45(1): 56-62.
20. Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Souza Crovador C, Bruera E. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer*. 2015; 121(6): 960-7.
21. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist*. 2014; 19(6): 681-7.
22. Hui D, Hess K, Santos R, Chisholm G, Bruera E. A Diagnostic Model for Impending Death in Cancer Patients: Preliminary Report, *Cancer*. 2015; 121(21): 3914–3921.
23. Bruera S, Chisholm G, Dos Santos R, Crovador C, Bruera E, Hui D. Variations in vital signs in the last days of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2014 ;48(4): 510-7.
24. Ellershaw J, Wilkinson S. *Care of the dying A pathway to excellence*. 1st ed. New York. Oxford University Press; 2003.
25. Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker SE, Aldridge J. Care of the dying: setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *J Pain Symptom Manage*. 2001; 21(1): 12-7.
26. Hwang IC, Ahn HY, Park SM, Shim JY, Kim KK. Clinical changes in terminally ill cancer patients and death within 48 h: when should we refer patients to a separate room? *Support Care Cancer*. 2013; 21(3): 835-40.
27. Matsunami K, Tomita K, Touge H, Sakai H, Yamasaki A, Shimizu E. Physical Signs and Clinical Findings Before Death in Ill Elderly Patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018; 35(4): 712-717.
28. Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care*. 1990 Winter;6(4): 7-15.
29. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T. Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care*. 1991 Spring;7(1): 5-11.
30. Matsunami K, Tomita K, Touge H, Sakai H, Yamasaki A, Shimizu E. Physical Signs and Clinical Findings Before Death in Ill Elderly Patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(4): 712-717.
31. DH Renal NSF Team and The Marie Curie Palliative Care Institute. Guideline for LPC Drug Prescribing in Advance Chronic Kidney Disease. 2008. Available from: https://www.palliativedrugs.com/download/08_06_LCP_renalprescribing.pdf (verified July 6th, 2020)

เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ และการดูแลแบบประคับประคอง ในพื้นที่ห่างไกล

แพทย์หญิงภรณ์รัตน์ ศรีธราธิคุณ

นายแพทย์ปฏิบัติการ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. แม่สอด จังหวัดตาก

E-mail: pamornrut.mu@gmail.com

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม เข้าถึงการดูแลและยาโอปิออยด์ได้ กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 19 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติกะเหรี่ยง ภูมิลำเนาอยู่ในเขตชนบทในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก ที่ประสบกับอาการทุกข์ทรมานทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจและเกิดภาวะโศกเศร้าในครอบครัว (bereavement) ทีมหมอครอบครัวจึงแก้ปัญหาโดยใช้เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ผ่าน line application (FCT line group) และสร้างเครือข่ายในพื้นที่ทั้งบุคลากรสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้สามารถจัดการอาการทุกข์ทรมานได้ ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายมากขึ้น ตลอดจนสามารถดูแลในช่วง End of life care ที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุง คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีบทบาทหน้าที่ในการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การดูแลประคับประคอง, เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์, พื้นที่ห่างไกล



Social Media and Palliative Care Challenge in Rural Primary Care

Phamonrut Sritharathikun, MD

Department of Social Medicine

Maesod General Hospital

E-mail: pamornrut.mu@gmail.com

Abstract:

Palliative care for people near the end of life needs close holistic medical care which includes access to opioid medication. This case study demonstrates care for a 19-year-old Thai man, Karen ethnicity, living in a rural area, suffering from not only the pain and discomfort from his disease but poverty. Through this suffering the family also experienced loss and grief. The Family Care Team used an online technology (LINE application) called FCT line group and established a network of care involving health and local authorities to improve access to care, successfully providing end of life care at home. This case study suggests that a family physician has a key role in strengthening the capacity of local health professionals supporting end of life care at home.

Keywords: Palliative Care, online technology, rural area



บทนำ

การดูแลระดับประคับประคองในบริบทปฐมภูมิเป็นการดูแลแบบองค์รวม⁽¹⁾ ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การดูแลดังกล่าวประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยองค์ความรู้พื้นฐานการดูแลระดับประคับประคองในบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับ (palliative care approach)⁽²⁾ ยิ่งกว่านั้นการที่ระบบปฐมภูมิสามารถเข้าถึงยาโอปิออยด์มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการให้คำปรึกษาส่งต่อและประสานงานตั้งแต่ระดับการดูแลที่บ้าน ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ และความร่วมมือในทุกระดับทุกภาคส่วน ย่อมส่งผลดีต่อทั้งมิติคุณภาพและการเข้าถึงบริการประคับประคอง

กรณีศึกษานี้แสดงบทบาทของทีมหมอบรรอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยมะเร็งกระดูกระยะท้าย (osteosarcoma) ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก ที่ประสบกับอาการทุกข์ทรมานทางกาย ปัญหาทางเศรษฐกิจและเกิดภาวะโศกเศร้าในครอบครัว (bereavement)

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยคู่ เชื้อสายกะเหรี่ยง อายุ 19 ปี ภูมิลำเนา อำเภอสอด จังหวัดตาก อาชีพ รับจ้างทั่วไป

อาการสำคัญ: มีก้อนและปวดเข่าซ้ายรุนแรงมา 6 เดือน

ประวัติปัจจุบัน:

6 เดือนก่อน มีอาการปวดเข่าซ้าย ให้ประวัติหกล้มเข่า

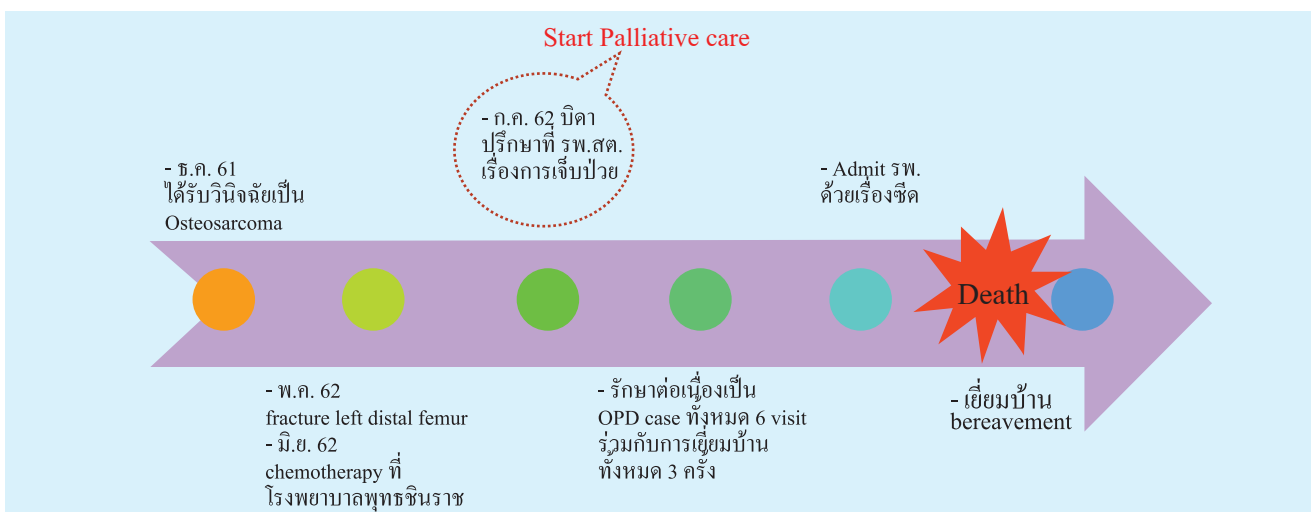
ซ้ายกระดูกหัก มีอาการปวด บวมเล็กน้อย เดินได้ปกติ มาตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้ออักเสบ ได้ยาไปรับประทาน

5 เดือนก่อน อาการปวดเข่าเป็นมากขึ้น เข่าซ้ายบวมมากยิ่งขึ้น เดินได้ลำบากมากขึ้นจึงไปตรวจที่คลินิก แพทย์สงสัยว่าเป็นมะเร็งกระดูก จึงส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการวินิจฉัยเป็น osteosarcoma เข้ารับเคมีบำบัด 1 cycle แล้วอาการทรุดลง อ่อนเพลียมากขึ้น ไม่สามารถดำเนินการรักษาต่อไปได้ จึงขอกลับมาทำการรักษาที่บ้าน

2 เดือนก่อน หกล้มอีกครั้ง เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่สอด ตรวจพบ Pathologic fracture left distal femur ทางแผนกศัลยกรรมกระดูกแนะนำให้รักษาตามอาการที่บ้าน

1 วันก่อน บิดามาปรึกษาที่ รพ. สต. เรื่องการเจ็บป่วยทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทางกลุ่มไลน์ (Family Care Team line group: FCT line) อาการปวดเข่าซ้ายเป็นมากขึ้น pain score 9/10 ปวดมากขึ้นในตอนกลางคืน จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องนอนเป็นส่วนใหญ่ กินได้น้อยลง และอ่อนเพลียมากขึ้น บิดาไปซื้อยาแก้ปวดที่คลินิกมาให้รับประทาน อาการปวดลดลงจาก 9/10 เหลือ 4/10 แต่เนื่องจากยามีราคาแพง จึงไม่มีเงินที่จะซื้อยารับประทานต่อ

ในวันต่อมา บิดาเป็นผู้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หลังจากทำการพูดคุยและซักประวัติกับทางบิดาของผู้ป่วยแล้ว จากข้อจำกัดของผู้ป่วยที่มีอาการปวด เข่าขาบวมมาก เคลื่อนไหวลำบาก และไม่มีรถส่วนตัว เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล



รูปที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันตามช่วงเวลา

Management plan

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ใบตาประเมินอาการและมารับยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยเดินไม่ได้และอยู่ในพื้นที่ห่างไกล โรงพยาบาล
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการและความทุกข์ทรมานจากโรคและผลการตอบสนองต่อการรักษา ประเมินศักยภาพผู้ดูแล รวมถึงสภาวะทางจิตใจของครอบครัว และนำอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยส่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมหมอครอบครัว

Setting	Management
Palliative OPD 5 ครั้ง	Symptom control: - Control pain โดยใช้ strong opioid start dose Morphine Sulfate Tablet: MST (10) 1-tab po q 8 hr., Morphine syrup 2.5 ml po prn q 2-4 hr. adjust dose q 1-2 wk. - Malignant wound care: bleeding and odor issue, wet dressing with normal saline, metronidazole powder Psychosocial Grief assessment and bereavement support: พูดคุย ประเมินความรุนแรง ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้เกิดการพูดเพื่อระบายความรู้สึก Financial: สนับสนุนค่าใช้จ่าย ในเรื่องของการดูแล และจัดเตรียมอุปกรณ์ สำหรับการดูแลโดยเฉพาะเรื่องแผล และขอความร่วมมือจาก รพ.สต. ใกล้บ้าน และสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางจาก “กองทุนคนรักพ่อ”
Home visit	กำหนดการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 - ประเมิน และแก้ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ทั้งเรื่องการใช้ morphine แก้ไขความเข้าใจผิดเรื่อง morphine ที่ผู้ป่วยไม่ยอมใช้ยาบ่อยตามอาการเนื่องจากกลัวว่าจะติดยา - สอนผู้ป่วย และภรรยาทำแผลที่ถูกต้อง ครั้งที่ 2 - เน้นเรื่องการดูแลญาติและผู้ดูแล พูดคุยปัญหา ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ครั้งที่ 3 - ดูแลเรื่อง bereavement - แนะนำภรรยาของผู้ป่วยเรื่องทำงาน และสนับสนุนให้ทำงานที่ตรงตามความสามารถ
Hospitalization	- Admit 31/8/2562–7/9/2562 เรื่องซีดจากแผลที่มีเลือดซึมตลอดเวลา เพื่อให้เลือด - ปรับยาแก้ปวดจากรับประทานเป็น fentanyl patch (12 mcg/hr) 1patch Transdermal q 72 hr.

การประเมินตามหลัก Patient-centered medicine approach

Whole person approach

ผู้ป่วยทราบอาการป่วย และการวินิจฉัยโรคของตนเองดี เข้าใจการพยากรณ์โรค พยายามทำใจหากวันหนึ่งจะต้องเสียชีวิต เป็นห่วงครอบครัวมากที่สุด ความหวังที่จะสร้างบ้านคงจะทำได้แล้ว การป่วยครั้งนี้ทำให้ไม่สามารถทำงานได้แล้ว สงสารพ่อที่ต้องรับภาระทั้งหมด ความหวังในตอนนั้นคือ ไม่อยากปวดแบบนี้อีก

ปัญหาทางกาย

Pain left leg:

Pain type: nociceptive and bone pain, Pain score average 9/10 เดิมได้รับยา Ultracet วันละ 3 ครั้ง (Tramadol 112.5 mg ต่อวัน) ยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดให้ดีขึ้นได้ จึงพิจารณาให้การรักษาด้วย strong opioid และทำการปรับขนาดของมอร์ฟีนที่ได้เป็นรายสัปดาห์ จนกว่าจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ดี

Malignant wound care

แผลที่บริเวณขาซ้าย มีปัญหาเรื่องเลือดซึมออกจากแผล และแผลมีกลิ่นเหม็น ผู้ดูแลคือ ภรรยา ทางทีมได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีทักษะ และเสริมกำลังใจให้เกิดความมั่นใจในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยสนับสนุนเครื่องมือ และเป็นที่ปรึกษาเวลาเกิดปัญหา

พบว่าเมื่อทำการรักษาแล้ว แผลดีขึ้นในแง่ของกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ แต่ขนาดของแผลก็ใหญ่มากขึ้น และยังคงมีเลือดไหลซึมออกจากแผลอยู่เช่นเดิม เกินความสามารถของภรรยาผู้ดูแล ไม่สามารถทำแผลเองที่บ้านได้ จึงขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยทำแผลโดยทางทีมหมอครอบครัวได้สนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมืออย่างเต็มที่

Fatigue

อาการอ่อนเพลีย เกิดจากภาวะซีด จากการที่แผลมีเลือดซึมต่อเนื่องเป็นเวลานาน ได้ทำการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้เลือด ทำให้อาการอ่อนเพลียของผู้ป่วยดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้⁽³⁾

ปัญหาทางจิตใจและจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยรับทราบอาการป่วยของตัวเองเป็นอย่างดี แต่ยังทำใจยอมรับไม่ได้ ไม่ได้กลัวว่าตัวเองจะเสียชีวิต แต่ห่วงภรรยา และลูกสาว ก่อนหน้านี้ได้วางแผนว่าจะสร้างบ้านใหม่ แต่ไม่สามารถทำได้แล้ว สำหรับการวางแผนการรักษาในอนาคตนั้น เข้าใจดีว่าโรครักษาไม่หายขาด จึงขอแค่รักษาตามอาการ ไม่ทรมาน หากอาการแยลงก็ไม่อยากกระทำการใด ๆ เพื่อเป็นการยืดชีวิต ขอให้เสียชีวิตที่บ้าน พร้อมหน้าครอบครัว และเพื่อน ๆ

การเยี่ยมบ้าน

ประเมินตามหลักการของ INHOMESSS ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วย ตามแนวทาง INHOMESSS

หัวข้อ	ผลการประเมิน
I: Immobilization	- Activity daily of living: ประเมิน ADL = 8 (ภาวะพึ่งพารุนแรง) ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่สามารถช่วยแขนขาได้บ้าง ไม่สามารถพลิกตัวเองได้ปกติ ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา - Instrumental ADL: ผู้ป่วยสามารถใช้อุปกรณ์ได้ตามปกติ หากมีผู้นำมาวางไว้ใกล้ๆ - Palliative Performance Scale: PPS 40% - Balance/ gait problem: ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ - Sensory impairment: ปกติ
N: Nutrition	- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เป็นบางครั้ง แต่ส่วนมากภรรยาจะเป็นคนป้อนมากกว่า - ปฏิเสธการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ - ผู้จัดหาอาหารคือ ภรรยา โดยอาหารทุกมื้อต้องซื้อเองทั้งหมด
H: Housing	- ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้เฟื้อ ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง มีแสงสว่างพอเพียง และอากาศภายในห้องถ่ายเทได้ค่อนข้างดี - บริเวณที่นอนของผู้ป่วยอยู่บริเวณหน้าบ้าน จัดที่นอนโดยใช้ฟูกนอน กางมุ้งเรียบร้อยดี แต่ไม่สะดวกต่อการพลิกตัว ขยับตัว หรือลุกขึ้นนั่ง
O: Other people	- Social support: รพ.สต. ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล - Financial support: บิดาเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวในขณะนี้ และใช้เงินจากการขายที่ดินมรดกไป - Living will: No CPR, No ET-tube, No medication - Caregiver: ภรรยา - Power of attorney: บิดา
M: Medication	- MST (10) 1 tablet po q 8 hrs. และ Morphine syrup 2 ml po prn q 4 hrs. for severe pain
E: examination	- Vital sign: Blood Pressure = 105/49 mmHg, Heart Rate = 125 beat/min, Respiratory Rate = 18 beat/min, Body temperature = not measured, DTX = 98 mg% - Good conscious, markedly pale, drowsy, no jaundice - A bed sore ulcer is grade 1 in size 4 x 8 cm at coccyx - Left leg: large mass at knee about 20 cm in diameters, with redness and hyper-vascularity, moderate tender limit ROM all direction
S: Safety	- บ้านไม้ฟากที่ไม่เหมาะสมในการเคลื่อนไหว อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หากผู้ป่วยเริ่มประครองตัว ลุกนั่งหรือยืนได้ - การจัดเก็บสิ่งของภายในบ้านค่อนข้างไม่เป็นระเบียบ
S: Spiritual health	- ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธตามบิดา ทำบุญบ้างตามโอกาส - สิ่งที่เป็นแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่คือ ครอบครัว
S: Services	- รพ.สต. ใกล้บ้านช่วยสนับสนุนในเรื่องยา และอุปกรณ์ทำแผล - โรงพยาบาลแม่สอด



รูปที่ 2 สภาพแวดล้อมในบ้าน และ สภาพก้อนที่ขา

ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนที่ 2 มีพี่ชายต่างบิดา 1 คน 3 ปีก่อน ผู้ป่วยได้แต่งงานกับภรรยาคนปัจจุบัน มีลูกสาว 1 คน ซึ่งเป็นรักในวัยเรียน โดยที่ผู้ใหญ่ฝ่ายหญิงไม่ได้ให้การยอมรับ หลังจากแต่งงานผู้ป่วยดูแลครอบครัวโดยยึดอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งส่วนใหญ่จะไปทำงานกับบิดา ผู้ป่วยเป็นคนขยันขันแข็งและคอยช่วยเหลือครอบครัวอยู่เสมอ

บิดา: คิดว่าจะเป็นมะเร็งและรู้ว่าจะรักษาไม่หาย แต่ลูกชายอายุยังน้อย “แค่การหกล้มเท่านั้นทำให้เป็นมะเร็งได้อย่างไร” ลูกชายเป็นคนดี รู้สึกสงสารลูกชาย ไม่อยากให้เขาทรمانแบบนี้ ถ้าแลกได้เขายอมเจ็บยอมตายแทนลูกชาย ตอนนี้ภาระทั้งหมดมาตกอยู่ที่ตัวของบิดา ทั้งเรื่องการดูแลครอบครัว และการหารายได้ทั้งหมด ที่ผ่านมาได้ขายที่ดินเพื่อนำเงินมารักษาลูกชาย และอาจจะขายที่บ้านหากจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อการรักษาอีกครั้ง “เครียดมาก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ แต่ไม่คิดจะทำร้ายตัวเอง หรือละทิ้งลูกชายไป”

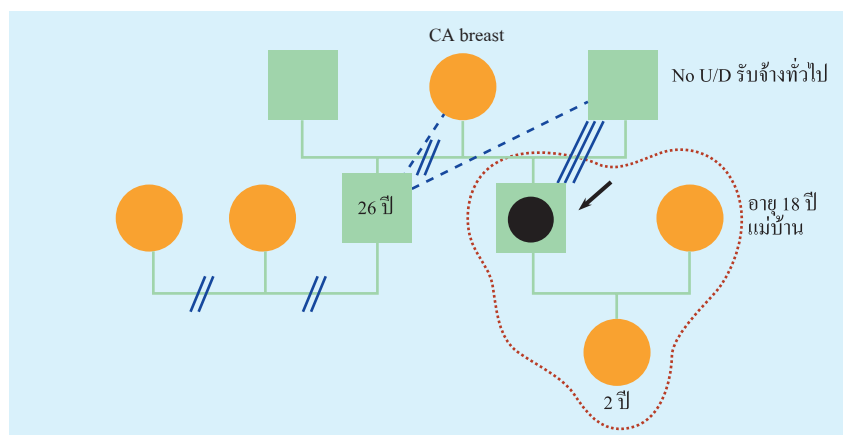
มารดา: มารดามีโรคประจำตัวเป็นมะเร็งเต้านม ปัจจุบันรักษาหายดี ส่วนเรื่องการเจ็บป่วยของลูกชาย ตัวมารดาเองไม่สามารถรับความจริงได้ ใช้การหลีกเลี่ยงไม่ดูแลลูกชาย

ภรรยา: รับทราบเรื่องอาการป่วย และการพยากรณ์โรคเป็นอย่างดี ครั้งแรกที่คุยกับภรรยาประเมินได้ว่า ภรรยายังไม่ยอมรับสภาพของสามีที่เป็น แต่หลังจากการเยี่ยมบ้านและพบปะพูดคุยหลายครั้ง สุดท้ายภรรยาก็สามารถยอมรับความจริง และปรับสภาพจิตใจต่อความเศร้าโศกนี้ได้

Family Oriented Approach

◆ Financial problem: อาชีพรับจ้าง ครอบครัวฐานะยากจน

◆ Psychosocial problem: บิดา มารดา และภรรยา เริ่มมีภาวะ caregiver burden และเสี่ยงที่จะเกิด complicated grief ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่จะมีการเสียชีวิตของผู้ป่วย (anticipatory grief) โดยเฉพาะบิดาและมารดามีอาการซึมเศร้าเป็นพักๆ สิ้นหวัง กังวล รู้สึกผิด โกรธตัวเองที่ไม่ดูแลลูก โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข คิดว่าไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ สิ่งที่จะเกิด complicated grief ตามมาได้ ต้องติดตามอาการและประเมินเป็นระยะ



รูปที่ 3 ผังครอบครัว (genogram)

ผลลัพธ์การดูแล

ทีมหมอมอบครอบครัวดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ความผ่อนคลายในบ้านเริ่มเกิดขึ้น และแม้กระทั่งในวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต แม้ทุกคนจะเศร้าโศก แต่ใช้เวลาเพียงแค่ 1 สัปดาห์ ความโศกเศร้าดังกล่าวเริ่มดีขึ้น

ทีมยังคงติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยการไปเยี่ยมบ้าน พบว่าบิดามีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น กลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ภรรยาผู้ป่วยวางแผนว่าจะยังอาศัยอยู่ที่บ้านเดิมของสามี และช่วยเหลือฝากงานให้กับภรรยาผู้ป่วยได้ทำงานเป็นคนดูแลบ้าน

วิจารณ์

กรณีศึกษาเป็น การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล เช่นเดียวกับการศึกษาในปี 2014 ของ Pesut B⁽⁴⁾ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองในชนบท (Rural Palliative Supportive Services: RPaSS) ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยทำการฝึกพยาบาล และติดตามอาการผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งประสบความสำเร็จดีและพบว่าพยาบาล 1 คนสามารถดูแลผู้ป่วยได้สูงสุดถึง 25 คน

ในปัจจุบัน การสร้างระบบการดูแลโดยนำเทคโนโลยีและเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมีความสำคัญ ดังนั้นนอกจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีทักษะในการประเมินอาการทุกขั้ว ทักษะ palliative care approach โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลแล้ว จะต้องมีการสร้างเครือข่ายและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้⁽⁵⁾

การจัดการในเชิงระบบในผู้ป่วยรายนี้ มีการรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่โดยผ่าน กลุ่ม FCT line ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตั้งขึ้นโดยทีมหมอมอบครอบครัว ผ่าน line application เพื่อใช้ในการรับปรึกษาจากในพื้นที่ รพ.สต. ในเขตอำเภอแม่สอด มีการตอบคำถามโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่สามารถส่งคำปรึกษาแพทย์ได้ตลอดเวลา ส่วนในด้านของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่นั้น มีการฝึกสอนการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นรายบุคคล ซึ่งเราพบว่าปัญหา คือ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ดังนั้นเห็นควรให้มีการจัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้เกิด

ความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁾ และขอความร่วมมือในส่วนท้องถิ่นสนับสนุน ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายจากกองทุน ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทาง ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ได้

◆ Symptom management: palliative home care challenge in rural primary care

การจัดการเรื่องความทุกข์ทรมานทางกายของผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ได้แก่อาการปวดแผล และอ่อนเพลีย ตามแนวทางของการจัดการอาการปวดขององค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ สำหรับยาตัวแรกที่เลือกใช้ใน severe pain คือ strong opioid ขนาดยาเทียบเท่ามาจากขนาดยา Ultracet (weak opioid) และปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นจนสามารถคุมปวดได้ดี⁽⁷⁾ การดูแลแผล⁽⁸⁾⁽⁹⁾ ที่มีความซับซ้อน ต้องใช้ผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ในพื้นที่ห่างไกลเช่นนี้ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในพื้นที่เป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hour of life) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านตาม Advance care planning เพื่อจัดการอาการปวดและทุกข์ทรมานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีทีมหมอมอบครอบครัวช่วยสนับสนุน

◆ Family bereavement:

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้สูญเสียหลังจากเกิดภาวะสูญเสียแล้วนั้นคือ สังคม และความเชื่อที่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นเชื้อชาติกะเหรี่ยง⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่กันแบบครอบครัวขยาย มีความรักความผูกพันที่เหนียวแน่น ตรงกับคำบอกเล่าของครอบครัว แนวทางการจัดการเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลที่เพียงพอเป็นระยะๆ และให้บิดาเป็นผู้ตัดสินใจร่วมดูแลในเรื่องการวางแผนการรักษาด้วยตัวเอง (Advance care planning: ACP) ช่วยเหลือสนับสนุน และแนะนำการดูแลในระยะสุดท้าย⁽¹²⁾ อีกทั้งครอบครัวยังมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจที่ล้นเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะโศกเศร้าดังกล่าว ดังนั้นนอกจากทางทีมจะดำเนินการในเรื่องสภาพจิตใจตามแนวทางแล้ว ยังช่วยสนับสนุนแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย โดยการนำเรื่องยื่นต่อ “โครงการคนรักพ่อ” ทำให้คลี่คลายปัญหานี้ได้ระดับหนึ่ง และคอยติดตามประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ complicated grief อย่างต่อเนื่อง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับปฐมภูมิที่มีอาการที่ซับซ้อนแต่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โอกาสเข้าถึงบริการยากลำบาก การจัดการอาการต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ดังนั้น การจัดการบริการต้องเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการในทุกระดับ ดึงชุมชนและทรัพยากรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม⁽¹³⁾ การพิจารณานำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดระยะทางและลดเวลาในการเข้าถึงระบบสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่สิ่งที่ต้องระวังคือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ในกรณีต้องส่งรูปภาพหรือรายละเอียดส่วนบุคคล ควรจะเป็นกลุ่มปิดที่จำกัดสมาชิกและเข้าถึงได้เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น นอกจากนี้ การเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีม และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ให้เข้าใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น จะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อพึงเรียนรู้ (Learning point)

1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้เชี่ยวชาญการดูแลระดับประคับประคอง เปรียบเสมือนเจ้าภาพในการดูแลผู้ป่วย ประสานงานทั้งการดูแลในโรงพยาบาล

OPD และ home health care เพื่อให้เกิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ เสริมศักยภาพ/เสริมพลังของทีมสุขภาพปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่นั้น ทั้งในเรื่องของความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว โดยการจัดอบรมหรือให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

2. การบริหารทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพสูงสุดต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วน ยกตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รวมถึงผู้นำท้องถิ่นและภาคประชาชน จะเป็นเช่นนั้นได้ การเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมทำร่วมแก้ปัญหาอย่างเท่าเทียมเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ยั่งยืนในชุมชน

3. ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในพื้นที่ห่างไกลคือ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข แพทย์ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงที่สามารถแก้ไขโดยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารออนไลน์เข้ามาช่วยอำนวยความสะดวกและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการได้ แต่สิ่งที่พึงระวังคือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2020 Mar 31]. Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/en>
2. World Health Organization. Why Palliative Care Is an Essential Function of Primary Health Care. 2018; Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2
3. Gleeson C, Spencer D. Blood transfusion and its benefits in palliative care. *Palliat Med*. 1995;9(4):307–13.
4. Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive service. *Rural Remote Health*. 2015;15(2).
5. Fernando J, Percy J, Davidson L, Allan S. The challenge of providing palliative care to a rural population with cardiovascular disease. Vol. 8, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 9–14.
6. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva; p.138.
7. Panikulam A. Total pain management. In: *Indian Journal of Palliative Care*. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2011. p. S68.
8. Journal O, Brant JM. PALLIATIVE MEDICINE AND HOSPICE CARE Holistic Total Pain Management in Palliative Care: Cultural and Global Considerations Article History. 2017 [cited 2020 Mar 29]; Available from: <http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-SE-1-108>
9. Kevin Y. Woo, PhD, MSc, RN, ACNP, GNC(C) F&. Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds C M E. 2011.
10. Jaaniste T, Coombs S, Donnelly T, Kelk N, Beston D. Risk and Resilience Factors Related to Parental Bereavement Following the Death of a Child with a Life-Limiting Condition. *Children* [Internet]. 2017 Nov 9 [cited 2020 Apr 11];4(11):96. Available from: <http://www.mdpi.com/2227-9067/4/11/96>
11. สำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ. พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง. 2013;53(9):1689–99. Available from: <http://www.shi.or.th/download/82/>
12. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. 2018;1(1):17–28.
13. Gómez-Batiste X CS. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. Catalonia; 2017.



การวัดการดูแลต่อเนื่องของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง

พญ.กัญฐาภรณ์ มณีรัตน์*

แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

พญ.รัตนภรณ์ ชูทอง

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

รศ.นพ. สีสัม แจ่มอุลิตรัตน์

ว.เวชปฏิบัติทั่วไป, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding Author Email: ggffammed009@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา: รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ประชากรคือผู้รับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุมากกว่า 35 ปี เก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกทางการแพทย์โปรแกรม HosOs ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ มิถุนายน 2561 – มิถุนายน 2562 คำนวณค่าดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care index, COCI) ตามลำดับคะแนน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ใช้ Exact binomial และ T test statistical ตามชนิดตัวแปร ค่าความเชื่อมั่น 95% เพื่อแสดงช่วงของข้อมูล

ผลการศึกษา: การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 395 ราย อายุเฉลี่ย 61.7 ปี เพศหญิง 62% โรคประจำตัวเฉลี่ย 3.1 โรค จำนวนครั้งการเข้ารับบริการ 4.8 ครั้งต่อปี คะแนนเฉลี่ยดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง 0.17 ± 0.21 จัดอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องระดับสูงคิดเป็น 3.3% (95%CI 2.0-5.0) ระดับปานกลาง 5.3% (95% CI 3.0-8.0) และระดับต่ำ 91.4% (95%CI 89.0-94.0)

สรุปผลการศึกษา: การวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้อยู่ในระดับต่ำ มีความแตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมา ดังนั้น ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องส่งเสริมให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง, คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว

A Measurement of Continuity of Care Index in Chronic Non-Communicable Disease Clinic at a Community Hospital

Gantaporn Maneerat, MD*

Family Medicine Resident

Rattaporn Chootong, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine

Associated Professor Silom Jamulitrat, MD

Diploma Thai Board of General Practice, Diploma Thai Board of Family Medicine

Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

*Corresponding Author Email: ggfammed009@gmail.com

Abstract

Objective: To study the continuity care index in chronic non-communicable diseases of those who are treated in a Chronic Non-Communicable Disease Clinic at a Community Hospital.

Study Method: This study was a descriptive research model at a specific time. The population was service recipients at a Chronic Non-Communicable Disease Clinic aged over 35 years. Data were collected from electronic medical records, HosOs program, June 2018 - June 2019. The Continuity of Care Index (COCI) was calculated according to the ranking. Data were analyzed using descriptive statistics such as mean, percentage, exact binomial, and T-test based on the variable type. The confidence value was 95% to show the range of data.

Result: The medical records from 395 patients were evaluated with an average age of 61.7 years, 62% female. The average number of chronic diseases was 3.1 diseases with 4.8 service visits per year. The mean continuity of care index was 0.17 ± 0.2 which was a low level. The patients who received continuity of care at a high level were 3.3% (95% CI 2.0-5.0), moderate level 5.3% (95% CI 3.0-8.0) and low level 91.4% (95% CI 89.0- 94.0).

Conclusion: The continuity of care by using the CCOI in chronic non-communicable diseases in a Chronic Non-Communicable Disease Clinic at a Community Hospital was a low level. Therefore, in the context of community hospitals, it is important to promote continuity of care.

Keywords: Continuity of care, Chronic Non-Communicable Disease Clinic, Continuity of care index, Primary health system, Family medicine principles

บทนำ

“โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” (Non-communicable Diseases หรือ NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ทั้งยังส่งผลต่อเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดสรร และลงทุนในการรักษาพยาบาล สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อประชากรสูงถึง 3,128 บาทต่อคน และหากคิดจากจำนวนประชากรกลางปี 2560 นั้นหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า 2 แสนล้านบาท^[1]

โรงพยาบาลชุมชน (community hospital) เป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดประชาชนจัดอยู่ในระดับ secondary care level ตามระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทย ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษาคือ โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 60 เตียง มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2560 6,668 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ณ ช่วงเวลาเก็บข้อมูลวิจัย มีแพทย์ 12 คน โดย 4 คน เป็นแพทย์ที่ประจำในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 5 ปี และอีก 8 คน เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนมาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมากจะไปศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาที่สนใจเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาใช้ทุน โดยการคงอยู่ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะย้อนหลัง 3 ปี (2559-2561) อยู่ที่ 1-2 ปี ข้อมูลใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา คือ มีค่าน้อยกว่า 5 ปี (วสิน คัมภีระ, 2561)^[2] บริบทเช่นนี้ไม่เพียงแต่ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้เท่านั้น ยังเป็นคล้ายกันทั่วประเทศ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2535)^[3]

การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care)^[4] หมายถึง การดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งได้เป็นหลายมิติ ได้แก่ การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นลำดับ (Chronological continuity) การดูแลต่อเนื่องครอบคลุมในพื้นที่ดูแลสะดวก (Geographical continuity) การดูแลต่อเนื่องในหลายสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary continuity) และการดูแลต่อเนื่องในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal continuity) การมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่ดี ทำให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้ในระยะเวลานาน ส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ^{[5],[6]} จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา และการควบคุมตัวโรค

มีการคัดกรอง ดูแลโรคแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง^{[7],[8],[9]} ทั้งยังมีผลลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและค่านาคำนวณเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข^[10] งานวิจัยฉบับนี้มีความสนใจการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นลำดับ (Chronological or longitudinal continuity)

วิธีวัดการดูแลต่อเนื่อง^[11] มีหลายวิธี เป็นการดู Concentrate of care และ Sequential of care จากการทบทวนการศึกษาต่าง ๆ ยังไม่พบการศึกษาใดที่จะบอกได้ว่า ค่าดัชนีวัดตัวใดเหมาะสมหรือดีที่สุด เพียงแต่ต้องพิจารณาตามบริบท และประเภทของการดูแลต่อเนื่องที่จะประเมิน^[12] ในการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (John W. Saultz, 2003)^[13] แบ่งดัชนีการวัดการติดตามต่อเนื่องเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกขึ้นอยู่กับผู้ป่วยมาติดตามต่อเนื่อง (Visit pattern) เพียงอย่างเดียว เช่น The continuity of care index (COCI) และอีกกลุ่มหนึ่ง การคำนวณดัชนีขึ้นอยู่กับการระบุแพทย์ประจำ (Usual provider) ของผู้ป่วยด้วย เช่น Usual provider continuity care index (UPC) ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษาคือไม่ได้มีการระบุแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์อยู่เสมอ แพทย์ประจำไม่เพียงพอ ปรับเปลี่ยนตารางการให้บริการตามจำนวนแพทย์ที่ขาดแคลน ทำให้การจัดตารางการทำงานของแพทย์ยากต่อการระบุวัน ยากที่ผู้ป่วยจะสามารถเลือกวันพบแพทย์เดิมของตนได้ การดูแลเช่นนี้ทำให้แนวทางการรักษาเปลี่ยนแปลงไปตามดุลยพินิจของแพทย์แต่ละท่าน และอาจจะไม่ได้เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม^[14]

การศึกษาใช้ดัชนีวัดการดูแลต่อเนื่อง Continuity of care index (COCI) วัดการดูแลต่อเนื่องในประเทศเกาหลี (Jae-Seok-Hong และคณะ, 2013) ^[15] ศึกษาการดูแลต่อเนื่องกับผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การติดตามตลอด 4 ปีพบว่า คะแนนค่าดัชนีวัดการดูแลต่อเนื่อง (COCI) เฉลี่ย 0.752 และกลุ่มผู้ป่วยที่ค่า COCI ต่ำ มีผลการรักษาของโรคเบาหวานที่แย่กว่ากลุ่มผู้ป่วย COCI สูง เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในปี 2011-2013 (Young Soon Nam และคณะ, 2016)^[16] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง COCI ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยภาวะความดันโลหิตสูงแบบฉุกเฉินจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ COCI สูงกว่า มีความเสี่ยงต่อการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีค่า COCI ที่ต่ำ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษา

ในประเทศเกาหลีใต้ในปี 2002-2013 (Jae-Hyun Kim และคณะ, 2016)^[17] พบว่าเมื่อค่าดัชนีวัดการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอกมารับการรักษาด้วยความดันโลหิตสูงจะลดลงตามไปด้วย และการศึกษาในประเทศสวีเดน (Hannes Kohnke และ Andrzej Zielinski, 2017)^[18] ศึกษาความสัมพันธ์การดูแลแบบต่อเนื่องของผู้ป่วยและการเข้ารับการใช้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้ การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับเรื่องนี้มีน้อยมาก พบการศึกษาเทียบประสิทธิผลของการรักษาโรคเบาหวานของคลินิกติดตามต่อเนื่องของโรงพยาบาลศิริราชกับคลินิกอายุรกรรมทั่วไป (Chalobol Chalerm Sri และคณะ, 2014)^[9] พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับคลินิกติดตามต่อเนื่อง มีการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีกว่า ได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อนเบาหวาน และโรคเม็เร็งตามกลุ่มอายุมากกว่า แต่ไม่ได้มีการแสดงดัชนีวัดการรักษาแบบต่อเนื่องไว้ในผลการศึกษา

จากข้อมูลพื้นฐานและการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่จะทำการรักษา หรือแม้แต่ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปของประเทศไทย จึงมีความสนใจศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อทราบขนาดของปัญหาเรื่องการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอาจจะใช้ข้อมูลส่วนนี้เพื่อต่อยอดในการทำวิจัยเพื่อหาสาเหตุของปัญหา และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีคุณภาพในอนาคต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ย้อนดูบันทึกทางการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record) 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2561-18 มิถุนายน 2562 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน (ICD10 E10-14) และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง (ICD10 I10- I15) และ/หรือโรคไขมันในเลือดสูง (ICD10 E78) 2) มีประวัติได้รับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลแห่งนี้ มาก่อนวันที่ทำการศึกษาน้อยกว่า 1 ปี มาทำการรักษาอย่างน้อยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง เกณฑ์การคัดออกคือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็น

โรคเม็เร็งหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง 2) เป็นผู้ป่วยที่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงที่ได้รับยาอื่นที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด 3) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป (เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาหลักที่โรงพยาบาลศูนย์)

ขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากไม่เคยมีข้อมูลการศึกษาความชุกของการได้รับการรักษาแบบติดตามต่อเนื่องที่ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย ผู้วิจัยรู้ขนาดประชากรที่ชัดเจน จึงใช้ตารางสำเร็จของทาร์ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 375 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง 5% จะได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 395 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

สถานที่ใช้ศึกษาวิจัย

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ดูแลประชากร 14 ตำบล 139 หมู่บ้าน มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบกว่า 200,000 คน ให้บริการแบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูแบบองค์รวมทั้งในและนอกโรงพยาบาล มีแผนกตรวจผู้ป่วยทั่วไปทุกวัน และแยกเป็นคลินิกโรคเรื้อรังทั่วไป ได้แก่ วันจันทร์ อังคาร พุธ ศุกร์ ตรวจผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และคลินิกโรคเรื้อรังพิเศษ ทุกวันอังคารบ่ายจะเป็นคลินิกโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-4 และระยะที่ 5 (ESRD) ที่ปฏิเสธการล้างไต วันพุธเป็นคลินิกโรคปอด ถุงลมโป่งพอง หอบหืด วันพฤหัสบดีที่ 2 และ 4 ของเดือนจะมีคลินิกโรคหัวใจ (ACS Clinic)

วิธีการวัดการดูแลแบบต่อเนื่องที่ใช้ในงานวิจัย

The Continuity of Care Index (COCI) ดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง วัดได้ทั้งความถี่ของการมาติดตามการรักษา กับแพทย์และการวัดการกระจายตัวของการติดตามรักษา กับแพทย์ทุกคนได้ โดยมีข้อดี คือ เข้ากับบริบทของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย เนื่องจากไม่ได้มีแพทย์เพียงท่านเดียวในการดูแลคลินิก แพทย์ต้องหมุนเวียนมาเมื่อถึงกำหนดของตนเอง และผู้ป่วยไม่ได้มีการระบุแพทย์ประจำตัว (Usual care provider) ดังนั้นจึงน่าจะเป็นค่าดัชนี

ที่มีประโยชน์ในงานวิจัยนี้ รวมไปถึงจากการทบทวนวรรณกรรม ค่า COCI เป็นค่าดัชนีที่นิยมใช้แพร่หลายในหลายการศึกษา^{[7],[8],[10],[14],[15]} จึงเลือกนำมาใช้

$$\text{สูตรคำนวณ COCI} = \frac{\sum_{i=1}^k n_i^2 - N}{N(N-1)}$$

k = จำนวนของแพทย์ที่ให้การรักษา

n_i = จำนวนการรักษาด้วยแพทย์ i

N = จำนวนการรักษาด้วยแพทย์ทั้งหมด

แบ่งค่าดัชนีตามลำดับคะแนน ได้แก่ Low COCI, Moderate COCI และ High COCI กำหนดค่าคือ $0 \leq x < 0.43$, $0.43 \leq x < 0.8$, $0.8 \leq x < 1$ ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

จัดทำแบบบันทึกข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่าง ผ่านการตรวจสอบดัชนีวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีวัดความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ในแต่ละข้อมากกว่า 0.5 คะแนน จึงได้ทำการแก้ไขและนำมาใช้เก็บข้อมูล แบบเก็บข้อมูลวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลการติดตามการรักษา และตารางบันทึกค่าคำนวณดัชนีวัดการรักษาแบบติดตามต่อเนื่องตามสูตรการคำนวณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. Descriptive data ข้อมูลของลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างแสดงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous Data) แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (Arithmetic or geometric mean) สำหรับข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง (Discrete Data) แสดงเป็นร้อยละ (Percentage)

2. Analytic and Precision ใช้ Exact binomial statistic สำหรับข้อมูลที่แสดงเป็นร้อยละ และใช้ t test statistic สำหรับข้อมูลที่แสดงค่าเฉลี่ย กำหนดค่า 95%CI สำหรับแสดงค่าทางสถิติของตัวแปร ใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2010 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการทบทวนเวชระเบียนทั้งหมด 395 รายพบว่า อายุเฉลี่ยของประชากรกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 61.7 ปี เพศหญิง 62% ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ยาที่สั่งจ่ายจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อครั้งเฉลี่ย 3.2 ชนิด จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย 3.1 โรค ประชากรตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่มี 3.0% ที่ยังคงดื่มแอลกอฮอล์ 9.1% โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์ พบโรคความดันโลหิตสูง 91.4% เบาหวาน 44.56% ไขมันในเลือดสูง 56.2% โรคไตวายเรื้อรัง 46.6% โรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจขาดเลือด 6.8% และ 4.3% ตามลำดับ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ย 4.8 ครั้งต่อปี สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า 84.3% ประกันสังคม 3.5% และสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 12% (ตารางที่ 1)

ประชากรตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานมีค่า HbA1c เฉลี่ย 8.3 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ยของ LDLc, HDL, Triglyceride และ Cholesterol เท่ากับ 123.9, 45.8, 139.5 และ 197.6 ตามลำดับ Fasting Plasma Glucose เฉลี่ยอยู่ที่ 129.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการใช้ยาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยารักษาความดันโลหิตสูงกลุ่ม Calcium channel blocker คิดเป็น 50.9% Angiotensin converting enzyme 44.6% Angiotensin II receptor antagonist 19.7% Diuretic 10.8% Vasodilator (hydralazine) และ Beta blocker 5.5% และ 9.4% ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ยาในกลุ่มรักษาโรคเบาหวานได้แก่ Biguanide 30.9% Sulfonylurea 22.4% Thiazolidinedione และ Insulin 4.3% และ 2.3% ใช้ยา Aspirin 19.3% ยาลดไขมันกลุ่ม Statin, Non statin 53.1% และ 4.9% ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง

จากการคำนวณค่าดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่อง (COCI) พบว่าคะแนนเฉลี่ย COCI ของประชากรกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.17 ± 0.21 ซึ่งจัดอยู่ในการได้รับการดูแลต่อเนื่องระดับต่ำ ค่าคะแนน COCI เฉลี่ยแต่ละระดับเท่ากับ 1, 0.6 ± 0.1 , 0.1 ± 0.1 ตามการแบ่งระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องระดับสูงคิดเป็น 3.3% (95% CI 2-5) ระดับปานกลางคิดเป็น 5.3% (95% CI 3-8) และระดับต่ำ 91.4% (95% CI 89.0-94.0) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางย้อนหลัง (Retrospective cross-sectional study) เพื่อศึกษาถึงขนาดของปัญหา เรื่องการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ย้อนดูบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ รวมระยะเวลา 1 ปี คิดว่าเป็นระยะเวลาที่ครอบคลุมช่วงเวลาซึ่งส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ฤดูกาล เทศกาลที่สำคัญ และเป็นช่วงเวลาการหมุนเวียนแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีทุกเดือนมิถุนายน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากข้อมูลบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม HosOs โดยกำหนดความเชื่อมั่น 95% และเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 5% จากขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา งานวิจัยฉบับนี้เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีข้อมูลการศึกษาเพื่อนำมาเปรียบเทียบวิจารณ์ผลการวิจัยค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะยังไม่ค่อยมีการศึกษาในประเทศมาก่อนหน้านี้ และการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ อาจมีข้อมูลบางตัวแปรไม่ครบ (missing data) เช่น บันทึกเรื่องการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ผลจากการวิจัยพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามต่อเนื่องระดับสูงมีจำนวนน้อยมาก คือเพียงแค่ 3.3% ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 91.4% มีดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่องในระดับต่ำ และคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.17 ± 0.21 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมา มีค่าคะแนน COCI ต่างกันอย่างชัดเจน โดยที่ได้ทบทวนมานั้น พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทั้งหมด การศึกษาในประเทศไต้หวัน (Li Y-C และคณะ, 2019)^[19] ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า COCI คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มสูงและต่ำเป็น 0.982 และ 0.442 ตามลำดับ การศึกษาในประเทศฝรั่งเศส (Leleu H และคณะ, 2013)^[21] คะแนนเฉลี่ย COCI 0.74 และการศึกษาในหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ที่ให้บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวาน (โกเมศ โฆษะวิวัฒน์ และคณะ, 2558)^[22] พบว่ามีการดูแลต่อเนื่องมากถึง 70% ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้

ทำให้โรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีค่าคะแนนการติดตามต่อเนื่องต่ำ อาจเนื่องจากการจัดตารางตามอัตรากำลังแพทย์ที่ขาดแคลน ตารางการทำงานของแพทย์ที่มีการปรับเป็นรายสัปดาห์ ทำให้แพทย์ไม่สามารถนัดผู้ป่วยให้มาตรงกับวันให้บริการของตนได้ พยาบาลไม่สามารถทราบตารางการทำงานเพื่อนัดผู้ป่วยให้ตรงกับแพทย์คนเดิม ไม่ได้มีแพทย์เพียงพอที่จัดประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบว่าแพทย์ประจำตัว (Usual provider) ของตนคือใคร เนื่องจากไม่ได้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยไว้กับแพทย์ประจำตัว ทำให้ไม่ได้พบกับแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง

ต่างจากระบบสุขภาพในต่างประเทศ ในประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมือนประเทศไทย และมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมาอย่างยาวนาน เช่น อังกฤษ หรือแคนาดา ผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาสุขภาพต้องมาพบแพทย์ประจำตัวที่ลงทะเบียนไว้ก่อน และจะเริ่มต้นการดูแลแบบองค์รวมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น Gate keeper เว้นแต่มีปัญหสุขภาพที่ต้องใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน^[12] การศึกษาในประเทศอังกฤษ (Gray DP และคณะ, 2000)^[20] ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มาใช้บริการปฐมภูมิ พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างที่มีการรักษาแบบติดตามต่อเนื่องคิดเป็น 69.8% ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยฉบับนี้ที่พบการได้รับการรักษาแบบติดตามต่อเนื่องระดับสูงและระดับกลางรวมกันน้อยกว่า 10% การศึกษาในประเทศแคนาดา (Knight JC และคณะ, 2009)^[23] ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าค่า COCI อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 0.73 ± 0.12 ด้วยเรื่องกำหนดระบบการบริการเช่นนี้ จึงทำให้มีการดูแลต่อเนื่องที่ดีกว่า

ดังนั้น โรงพยาบาลชุมชนควรตระหนักถึงปัญหาของการดูแลต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้มีการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มากขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณภาพ งานวิจัยฉบับนี้เป็นงานวิจัยที่ทำให้ทราบถึงปัญหา แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่อง จึงควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีผลให้ดัชนีวัดการรักษแบบติดตามต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีค่าน้อย เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือปัจจัยในด้านของปัญหา ระบบบริการ รวมไปถึงศึกษาปัจจัยของผู้ให้บริการทั้งเรื่องความรู้ (Knowledge) ความตระหนัก (Attitude) เพื่อนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการ (Practice) ให้มีการรักษาแบบติดตามต่อเนื่องที่ดีขึ้น ตามหลักพัฒนาคุณภาพ

(PDCA) ดังนั้นข้อมูลในงานวิจัยฉบับนี้สามารถนำไปใช้เพื่อต่อยอดการศึกษาขั้นต่อไปได้ และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้การดูแลต่อเนื่องมีน้อย เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

สรุป

จากผลการศึกษา ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือ ได้ทราบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่ามีการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยมาก งานวิจัยฉบับนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน และตระหนักถึงการดูแลแบบติดตามต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาที่ต่อยอดจากงานวิจัยฉบับนี้ เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การพัฒนาการดูแลต่อเนื่องให้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่น่าสนใจอย่างมากที่จะศึกษาการเปลี่ยนแปลงของดัชนีวัดการได้รับการดูแลต่อเนื่องและเปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษารุ่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่กรุณาสับสนุนการทำงานวิจัย ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ที่ได้มีความตระหนักถึงการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความกรุณาให้ใช้ข้อมูลเพื่อทำงานวิจัยฉบับนี้

ตารางที่ 1 Characteristics of the studied population (N=395)

Patient characteristics	Mean or %	95% Confidence Interval
Age, years (arithmetic mean)	61.7	60.5 - 62.9
BMI, kg/m ² (arithmetic mean)	24.7	24.0 - 25.4
Blood pressure (arithmetic mean)		
Systolic blood pressure, mmHg	114.5	112.2 - 116.8
Diastolic blood pressure, mmHg	102.2	24.8 - 179.8
Gender (%)		
Female	62.0%	52.0 - 71.0
Male	38.0%	29.0 - 48.0
Welfare (%)		
Government officer	12.0%	6.0 - 19.0
Social security scheme	3.5%	0.0 - 7.0
Universal coverage scheme	84.3%	77.0 - 91.0
Current medication, type (arithmetic mean)	3.2	3.0 - 3.3
Number of underlying diseases (arithmetic mean)	3.1	3.0 - 3.2
Average number of visits	4.8 ± 1.6	
Underlying disease (%)		
Hypertension	91.4%	86.0 - 96.0
Diabetic mellitus	44.6%	35.0 - 54.0
Dyslipidemia	56.2%	46.0 - 66.0
Cerebrovascular disease*	6.8%	2.0 - 12.0
Cardiovascular disease**	4.3%	1.0 - 9.0
Chronic kidney disease***	46.6%	37.0 - 56.0
Smoking and alcohol status (%)		
Current alcohol drinking	9.1%	4.0 - 15.0
Current smoking	3.0%	0.0 - 7.0

*Ischemic stroke and Hemorrhagic stroke **Ischemic heart disease ***Chronic kidney disease Stage 1-3

ตารางที่ 2 Characteristics of the studied population classified by laboratory baseline (N=395)

Patient characteristics	Mean or %	95% Confidence Interval
HbA1c (%)	8.3	8.0 - 8.6
Fasting plasma glucose (mg %)	129.8	123.9 - 135.3
Lipid profile (mg %)		
LDL	123.9	119.9 - 127.9
HDL	45.8	44.6 - 47.0
Triglyceride	139.5	133.3 - 145.8
Cholesterol	197.6	193.4 - 201.8

ตารางที่ 3 Characteristics of the studied population classified by medications (N=395)

Medications prescribed per visit	%	95% confidence interval
Antihypertensive drug		
Calcium channel blocker	50.9%	41.0 - 61.0
Angiotensin converting enzyme inhibitor	44.6%	35.0 - 54.0
Angiotensin II receptor antagonist	19.7%	12.0 - 28.0
Beta blocker	9.4%	4.0 - 15.0
Vasodilator (Hydralazine)	5.5%	2.0 - 10.0
Diuretic	10.8%	5.5 - 17.0
Antidiabetic drug		
Biguanide	30.9%	22.0 - 40.0
Sulfonylurea	22.4%	15.0 - 31.0
Thiazolidinedione	4.3%	1.0 - 9.0
Insulin	2.3%	1.0 - 9.0
Antihyperlipidemic drug		
Statin	53.1%	43.0 - 63.0
Fibrate	4.9%	1.0 - 9.0
Aspirin	19.3%	12.0 - 27.0

ตารางที่ 4 Continuity of Care Index in the hospital (N=395)

Continuity of Care Index	Mean± SD	%	95% confident interval
COCI Average	0.17± 0.21		
High ($0.8 \leq x < 1$)	1.00	3.3%	2.0 - 5.0
Moderate ($0.43 \leq x < 0.8$)	0.6±0.1	5.3%	3.0 - 8.0
Low ($0 \leq x < 0.43$)	0.1±0.1	91.4%	89.0 - 94.0
Total		100%	

Reference

- ศิริวรรณ ทิพย์รังษฤษฎ์, เรณู การ์ก, สิริกร ชุนศรี, สุขเกษม เทพสิทธิ์, ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, ธิดารัตน์ อภิญญา. สถานการณ์ดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- วศิน คัมภีระ. คุณภาพชีวิตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา[รายงานการวิจัยประกอบการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว]. สงขลา: โรงพยาบาลจะนะ อำเภोजะนะ; 2561.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. การศึกษาเรื่องอัตราการศึกษาต่อของแพทย์เป็นแพทย์เฉพาะทาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2535.
- อภิรักษ์ อร่ามรัตน์. Continuity and Coordination of Care. Thai fammed. [อินเทอร์เน็ต]. 2009. [เข้าถึงเมื่อ ตุลาคม 2018]. เข้าถึงได้จาก <http://www.oocities.org/thaifammed/continuity>
- Katz A, De Coster C, Bogdanovic B, Soodeen R, Chateau D. Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy, 2004.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8: e021161.
- Jae-Seok Hong, Hee-Chung Kang. Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health policy*. 2013;103:158-165.
- Nam YS, Cho KH, Kang H-C, Lee K-S, Park E-C. Greater continuity of care reduces hospital admissions in patients with hypertension: An analysis of nationwide health insurance data in Korea, 2011–2013. *Health Policy*. 2016 Jun 1;120(6):604–11.
- Chalobol Chalerm Sri, Supalerg Paisansudhi, Pitchaporn Kantachuesiri, Pornpoj Pramyothin, Chaiwat Washirasak siri, Weerachai Srivanichakorn, et al. The Effectiveness of Holistic Diabetic Management between Siriraj Continuity of Care Clinic and Medical Out-Patient Department. *J Med Assoc Thai*. 2014; Vol.97:197-205.
- Kim JH, Park EC, Kim TH, Lee Y. Hospital charges and continuity of care for outpatients with hypertension in South Korea: a nationwide population-based cohort study from 2002 to 2013. *Korean J Fam Med*. 2017; 38:242–248.
- Dalhousie university [Internet]. Canada: Dalhousie university; [cited 2019 March 2]. Available from <http://dictionary.hdns.dal.ca/concept-dictionary/continuity-care-usual-provider-continuity-upc-index>
- Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion - Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. Canadian Health Services Research Foundation 2002; 1: 134-143.
- Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Ann Fam Med*. 2003 Sep 1;1(3):134–43.
- Hong JS, Kang HC, Kim J. Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. *J Korean Med Sci*. 2010;25(9):1259.
- Jae-Seok Hong, Hee-Chung Kang. Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health policy*. 2013;103:158-165.
- Nam YS, Cho KH, Kang H-C, Lee K-S, Park E-C. Greater continuity of care reduces hospital admissions in patients with hypertension: An analysis of nationwide health insurance data in Korea, 2011–2013. *Health Policy*. 2016 Jun 1;120(6):604–11.

17. Kim JH, Park EC, Kim TH, Lee Y. Hospital charges and continuity of care for outpatients with hypertension in South Korea: a nationwide population-based cohort study from 2002 to 2013. *Korean J Fam Med*. 2017; 38:242–248.
18. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2017 Apr 3;35(2):113–9.
19. Li Y-C. Continuity of care for newly diagnosed diabetic patients: A population-based study. Orueta JF, editor. *PLOS ONE*. 2019 Aug 22;14(8):e0221327.
20. Gray DP, Gill JM. Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med*. 2000;7.
21. Leleu H, Minvielle E. Relationship between Longitudinal Continuity of Primary Care and Likelihood of Death: Analysis of National Insurance Data. Schooling CM, editor. *PLoS ONE*. 2013 Aug 22;8(8): e71669.
22. โกเมศ โฆษะวิวัฒน์, และคณะ. การศึกษาประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์[งานวิจัยในรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 3,4]. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
23. Knight JC, Dowden JJ, Worrall GJ, et al. Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Popul Health Manag* 2009; 12:81-6.

ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม



แพทย์หญิง กรรณิกา เจริญฤทธิ์

แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

พันเอก แพทย์หญิง สุธาทิพ ศิริชนะ

วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท แพทย์หญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Email: canayko89@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้า (DN) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) มีผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจทำให้หกล้ม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง DN และปัจจัยเสี่ยงอื่นใน T2DM กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปริมาณภาคตัดขวาง ในผู้ป่วย T2DM อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ช่วง 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2562 ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน The Michigan Neuropathy screening Instrument ทดสอบ Timed Up and Go Test (TUG) และ Single leg stance test (SLS) หาความสัมพันธ์ระหว่าง DN ในผู้ป่วย T2DM และปัจจัยเสี่ยงอื่น วิเคราะห์โดยสถิติ multivariate analysis (p -value < 0.05)

ผลการศึกษา: พบว่า DN ในผู้ป่วย T2DM สัมพันธ์กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม SLS (adjusted OR: 23.1; 95% CI 2.09 – 255.22; $p=0.01$) และ TUG (adjusted OR: 41.3; 95% CI 9.83 – 173.61; $p < 0.001$) และพบว่า เพศหญิง, ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, เข้าเสื่อม, ต้อกระจก, ปัญหาสายตา, กลัวการหกล้ม, ใช้นานอนหลับ, อายุ, ระยะเวลาของ T2DM เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

สรุปผล: DN ในผู้ป่วย T2DM มีความสัมพันธ์กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม ผู้ป่วย T2DM และ DN ควรได้รับการประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม

คำสำคัญ: ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้า; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; การทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม

Association Between Diabetic Neuropathy and Balance and Risk of Falling in Type 2 Diabetic Patient: A Cross-Sectional Study

Kannika Charoenrit, MD*

Family Medicine Resident

Col. Sudatip Sirichana, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine

Lt. Col. Asst. Prof. Patsri Srisuwan, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine,

Certificate in Clinical Fellowship: Care of the Elderly

Department of Family Medicine, Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding Author Email: canayko89@gmail.com

Abstract

Background: Diabetic neuropathy (DN) is a complication of type 2 diabetes mellitus (T2DM). It has major impacts on the health of the affected patient and is a leading cause of falls. This study aimed to explore the relationship between DN and risk of falls, and other risk factors among patients with T2DM.

Methods: In this cross-sectional study we enrolled, according to consecutive cases, 120 patients with T2DM aged 18 years or older who visited the outpatient clinic, Pramongkutklao Hospital from February -May 2019. Data were recorded on a form. The presence of DN was evaluated using the Michigan Neuropathy Screening Instrument. The balance impairment and the risk of falls were evaluated using two tools: Timed Up and Go Test (TUG) and Single Leg Stand Test (SLS). The relationship between DN among patients with T2DM and other factors on balance and risk of falls was analyzed using multivariate analysis (p -value < 0.05).

Results: The presence of DN was significantly associated with balance and risk of falls SLS (adjusted OR: 23.1; 95% CI 2.09 – 255.22; $p = 0.01$) and TUG (adjusted OR: 41.304; 95% CI 9.83 – 173.62; $p < 0.001$). The patients' sex, vision problems, fear of falling, using hypnotic drugs, age, and duration of T2DM were significant predictors for the risk of falls among patients with T2DM.

Conclusion: The presence of DN among patients with T2DM is associated with impaired balance and risk of falls. Patients with T2DM and DN should be evaluated for balance and risk of falls.

Keywords: Diabetic Neuropathy; Type 2 Diabetics Mellitus; Balance; Risk of falls

Background

The prevalence of diabetes mellitus (DM) is higher among Asians, while type 2 diabetes accounts for 90% to 95% of all diabetes cases ⁽¹⁾; 425 million people have diabetes globally. Over 4,208,600 cases of diabetes were reported in Thailand in 2017⁽²⁾. Complications of DM account for increased morbidity, disability, and mortality. Atherosclerosis is a macrovascular complication of DM. Diabetic nephropathy, neuropathy (DN), and retinopathy are the main microvascular complications ⁽³⁾. Diabetic polyneuropathy, presenting a prevalence of approximately 50%, is the most common diabetic complication ⁽⁴⁾. DN is a complication of patients with DM is 2.4% in public hospitals in Bangkok⁽⁵⁾. DN is a leading cause of disability due to foot ulceration and amputation, gait disturbance, and falling⁽⁴⁾. A person with DM who is older than 65 is 17 times more likely to fall than a younger man or woman who does not have the disease. Chronically elevated glucose has a large impact on the longest nerves in bodies. The resulting loss of sensation and muscle tone is often worse in the feet and ankles, which can make it harder to stand up and walk⁽⁶⁾. As there are few of these kinds of studies in Thailand, we undertook this study to show the importance between DN and balance and the risk of falls.

This study aimed to evaluate the association between DN on balance impairment and the risk of falls among patients with T2DM. The secondary objective was to assess other risk factors of falls among patients with T2DM.

The author hypothesized that the presence of DN may impair the balance of patients with T2DM. The risk of falls continues to increase among T2DM patients with DN.

Materials and Methods

Study Design and Subjects

Approval was obtained from the Ethics Committee Board of the Institutional Review Board of the Royal Thai Army Medical Department (IRBTA). In this cross-sectional study we enrolled, according to a consecutive-case, 120 patients with T2DM aged 18 years or older who visited in the outpatient clinic, Pramongkutklao Hospital from February to May 2019. All patients provided written informed consent. The patients were followed up regarding the study at their next visit. The following were considered inclusion criteria: participants with T2DM aged 18 years or older. Exclusion criteria included the inability to provide informed consent, balance assessment, or accurate medical history data, prior history of DN, and major cardiovascular events three months before screening.

Clinical, Anthropometric and Laboratory Data

The patient's data: age, body mass index, diabetes duration, HBA1C, history of diabetes treatment, history of diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, DN, osteoarthritis, cataract, smoking, alcohol consumption history and underlying diseases including dyslipidemia, cardiovascular disease, chronic kidney disease were collected from the patients' medical records. The use of hypnotic drugs, and vision and balance problems were collected from the patients' questionnaires. The Fall Efficacy Scale in Thai version ⁽⁸⁾ was used to evaluate the fear of falling. Orthostatic hypotension measurements were taken using the standard method; a systolic blood pressure decrease of at least 20 mmHg or a diastolic blood pressure decrease of at least 10 mm Hg within three minutes of standing was noted ⁽¹²⁾.

Diabetic Neuropathy Assessment

The Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), a validated score instrument for DN, was used to diagnose DN. The Thai version of MNSI consists of two parts: a 15-item self-administered questionnaire scored by summing abnormal answers provided by the patient and a lower extremity examination performed by the author including inspecting and evaluating ankle reflexes and vibration perception at the great toe. The MNSI has both high sensitivity and specificity; a self-administered questionnaire scoring 7 or above, or a clinical examination score of 2.5 or above provided a positive diagnosis of DN ⁽⁷⁾.

Balance Assessment

Balance impairment was evaluated using two components: The Single Leg Stand Test (SLS) and Timed Up and Go Test (TUG) and using the Thai version of the Fall Efficacy Scale ⁽⁸⁾.

The TUG comprises a reliable and valid test. The TUG test is quick, does not require any special equipment, and can easily be included as part of a routine medical examination ⁽⁹⁾. The patient was asked to sit in a chair, stand up, walk ten feet, turn around, walk back to the chair, and sit down. A time of 12 seconds or greater indicates an increased risk of falls ⁽¹⁰⁾.

SLS tests static balance and records the time a participant can stand on one leg unassisted. The subjects were free to choose which leg they preferred to lift. The initial position was standing relaxed with eyes open and weight evenly distributed between both feet. Then the subjects were instructed to stand on one leg for as long as possible and interrupted the test after 30 seconds by auditory clue, or if the subject touched the floor with the lifted leg. The subject was instructed to keep his or her arms along the side of the body. To

prevent falls or injuries, the author stood close to the subject throughout the session. Three trials were performed. Standing for less than five seconds indicates an impairment of static balance and an increased risk of falls ⁽¹¹⁾.

Data Analysis

Data were collected and analyzed using SPSS, Version 23, statistical software package and are presented as average $\pm$ standard deviation (SD), compared between two groups using the independent sample t-test. Categorical variables were compared between two groups using the Chi-Square test. Multivariate analysis (p-value < 0.05) was conducted to identify the risk of falls among patients with T2DM and was adjusted for sex, vision problems, fear of falling, DN, using hypnotic drugs, age, and duration of T2DM. The prevalence of DN was analyzed by percentage, and P < 0.05 was considered statistically significant.

Results

Patient demographics and clinical data are shown in Table 1. No significant differences between the DN and non-DN groups in respect of gender, HbA1c, HTN, DLP, CVS, CKD, stroke, OA, cataract, osteoporosis, hypoglycemia, DR, Diabetic nephropathy, history of DN, smoking, alcohol, and BMI. Age, status, and duration of diabetes were significantly different between the two groups (p < 0.05).

Neuropathy and Neuropathy-Related Associations

In this study, the prevalence of DN, as diagnosed according to the MNSI criteria was 35% (42 cases). The presence of overt neuropathy was associated with increased age (65.3 vs. 58.7 years; p < 0.001) and diabetes duration (9.1 vs. 6.1 years;

$p = 0.028$). The differences in the other studied parameters had no significant differences between the groups: HbA1c, hypertension, dyslipidemia, cardiovascular disease, chronic kidney disease, stroke, osteoarthritis, hypoglycemia, diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, the prevalence of smoking, alcohol consumption and BMI (Table 1).

Neuropathy Impact on Balance Parameters

In this study, the presence of overt neuropathy, diagnosed as presented in the Method section based on the MNSI score, was associated with SLS (adjusted OR: 23.01; 95% CI 2.09 – 255.22; $p = 0.01$) and TUG (adjusted OR: 41.3; 95% CI 9.83-173.62; $p < 0.001$). These results are significant indicating the negative impact of DN on the patient's balance parameters (Table 2), leading indirectly, to an increased risk of falls.

Using multivariate analysis, we observed that patient's sex, vision problems, fear of falling, use of hypnotic drugs, age, and duration of T2DM were significant predictors for risk of falls in patients with T2DM

Discussion

The results revealed that the presence of DN was significantly associated with impairment of balance and risk of falls and observed that patient's sex, vision problems, fear of falling, use of hypnotic drugs, age and duration of T2DM were significant predictors for the risk of falls among patients with T2DM.

Falls are one of the greatest health challenges, particularly among diabetic adults. The consequences of falls, such as fractures, poorer rehabilitation, an increased number of falls were said to be more severe among the elderly with diabetes⁽¹³⁾. However, one related study demonstrated that balance impairment and the risk

of falls, many times were underestimated and under-screened, as a frequent condition among patients having DN. Therefore, patients with T2DM and DN should be evaluated regarding balance and risk of falls⁽¹⁴⁾.

Patients with T2DM and DN need to have their balance parameters evaluated. When impairments are found, these patients should be included in a rehabilitation program. Rehabilitation can decrease the risk of falls with an aim to improve their balance and walking stability.

This study found an elevated risk of falling among older women with diabetes. Related studies of falls and diabetes have produced mixed results. In the Third National Health and Nutrition Examination Survey, diabetes was one risk factor for falls among older women. However, the Rotterdam Study found no association among women aged 55 years. An increased risk of serious injury due to a fall was reported among diabetic adults. The prospective cohort study suggested that poor balance is a factor in the pathway between diabetes and increased risk of falling. Notably, a poor balance has been previously identified as a risk factor for falls among older women⁽¹⁵⁾.

In this study, visual problems were a risk factor for falls among patients with T2DM. Confirming earlier studies, visual impairment is a risk factor for falls, on average, approximately doubling falls risk in a wide variety of studies. Falls risk increases as visual impairment worsens⁽¹⁶⁾.

This study found fear of falling is a risk factor for falls among patients with T2DM. Confirming earlier studies, T2DM is associated with increased fear of falling and fear-associated activity restriction, and the risk of falls even in the face of increased fall risk factors including worsened mobility. Related prospective cohort studies revealed that using nonbenzodiazepine sedative-hypnotics is associated

with an increased risk of falls. Nonpharmacologic approaches to sleep disturbances may represent the safest approach to sleep difficulties among older adults.⁽¹⁸⁾ In this study, patients with T2DM who reported using hypnotic drugs had a risk of falls, so the type of hypnotic drug should be clarified in a future study.

Another risk factor for falls among patients with T2DM is age. We found patients with increased age had increased risk of falls. Falls are a major concern for elderly adults with DM.⁽¹⁹⁾ The high prevalence of falls among elderly individuals with DM has been well established with reported annual incidence rates of 39% among those over 65 years⁽²⁰⁾ and 35% among those over 55 years.⁽²¹⁾ In addition to the reported high incidence of falls in this population, it has been established that individuals with DM are at a higher risk for falls.⁽²²⁾

This study's subjects had long term duration of T2DM, which was significantly longer in the group of patients with T2DM who presented balance impairment in the TUGT (median duration 9.08) and SLS (median duration 2.79). The median T2DM duration of one related study was 11 years⁽²³⁾ confirming the long-term duration of diabetes and DPN was significantly longer in the fall group.

Conclusion

The presence of DN among patients with T2DM was associated with impaired balance and increase the risk of falls. In addition to our findings, patients with T2DM are associated with an excessive risk of falls. Patients with T2DM and DN should have their balance parameters evaluated. When impairments are found, these patients should be included in a rehabilitation program, to improve their balance and walking stability.

Strengths

The strengths of this study are emphasized by the patient's consecutive enrollment principle which comprises a heterogeneous study having the baseline characteristics matching the characteristics of the T2DM general population, containing both patients with overt DM and patients without any signs of DN.

This study demonstrated the need for using tests to evaluate the risk of falls among patients with DPN and suggested that DPN is a specific entity for planning prevention programs. DN is a common complication of T2DM, so detecting DN using appropriate tools is important. Using simple screening tools including MNSI, TUGT, and SLS to identify DN and evaluate balance impairment can be applied in primary care.

Tools to identify patients at risk of having DN, i.e., the MNSI, are inexpensive and easy to use in outpatient and community settings.⁽²⁴⁾ The sample size was another strong point of this study, providing enough statistical power to make solid conclusions.

Study limitations

One limitation of this study was the small number of patients. Some questions (use of hypnotic drugs and vision and balance problems) were used in self-report questionnaires. The data might have been under- or overestimated especially the effect of diabetes concerning the risk of falls.

This study employed a cross-sectional design, indicating its relation to the association between DN and inadequate glycemic control. The development of DN is a well-known long-term process and cross-sectional evaluation of glycemic control. In this study, the value of HbA1c an indicator, which may have reflected glycemic control for no

longer than three months, may not always be associated with the development of T2DM complications. However, this weak point of the study did not interfere with the study's aim. Further studies incorporating a larger sample size, longitudinal follow-up, and multicenter study should be conducted.

Acknowledgements

The authors would like to express our gratitude to the participants and the PMK team in the outpatient clinic, Pramongkutklao Hospital.

Table 1 Patient Demographics Data

Characteristics	Non-DN (n = 78) mean $\pm$ SD	DN (N = 42) mean $\pm$ SD	Total 120	p-value
Age (years)	58.7 $\pm$ 9.2	65.3 $\pm$ 9.2	61 $\pm$ 9.7	< 0.001*b
Male, n (%)	36 (72)	14 (28)	50 (41.7)	0.174a
Single, n (%)	10 (83.3)	2 (16.7)	12 (10)	0.013*a
Married, n (%)	56 (70.9)	23 (29.1)	79 (65.8)	
Separated, n (%)	6 (50)	6 (50)	12 (10)	
Widowed, n (%)	6 (35.3)	11 (64.7)	17 (14.2)	
T2DM duration (years)	6.1 $\pm$ 5.3	9.1 $\pm$ 7.8	7.2 $\pm$ 6.4	0.028*b
HbA1c (%)	7 $\pm$ 1.2	7.1 $\pm$ 1.1	7.1 $\pm$ 1.2	0.782b
Hypertension, n (%)	52 (59.8)	35 (40.2)	87 (72.5)	0.051a
Dyslipidemia, n (%)	67 (63.2)	39 (36.8)	106 (88.3)	0.257a
CVD, n (%)	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (2.5)	0.951a
CKD, n (%)	6 (50)	6 (50)	12 (10)	0.251a
Stroke, n (%)	1 (25)	3 (75)	4 (3.3)	0.088a
Osteoarthritis, n (%)	9 (64.3)	5 (35.7)	14 (11.7)	0.952a
Cataract, n (%)	14 (53.8)	12 (46.2)	26 (21.7)	0.178a
Osteoporosis, n (%)	2 (100)	0 (0)	2 (1.7)	0.295a
Hypoglycemia, n (%)	2 (50)	2 (50)	4 (3.3)	0.522a
DR, n (%)	2 (50)	2 (50)	4 (3.3)	0.522a
DN, n (%)	78 (65)	42 (35)	120 (100)	NA
Smoke, n (%)				
No	48 (64)	27 (36)	75 (62.5)	0.205a
Quit	21 (60)	14 (40)	35 (29.2)	
Yes	9 (90)	1 (10)	10 (8.3)	
Alcohol, n (%)				
No	33 (60)	22 (40)	55 (45.8)	0.274a
Quit	29 (64.4)	16 (35.6)	45 (37.5)	
Yes	16 (80)	4 (20)	20 (16.7)	
BMI (kg/m ²)	26.13 $\pm$ 3.98	27.56 $\pm$ 4.28	26.63 $\pm$ 4.13	0.070a

Notes: a. Chi-square test, b. Independent sample t-test. Abbreviations: HbA1c, Hemoglobin A1c; CVD, Cardiovascular disease; CKD, chronic kidney disease; DR, Diabetic retinopathy; DN, Diabetic neuropathy BMI, Body mass index

Table 2. Comparison of the Multivariate Risk Factors Between Positive and Negative Groups

	TUG					SLS				
	Positive n (%)	Negative n (%)	Adjusted			Positive n (%)	Negative n (%)	Adjusted		
			Odds ratio	95% CI	p- value			Odds ratio	95% CI	p- value
Gender										
Male	34 (68)	16 (32)				46 (92)	4 (8)			
Female	26 (37.1)	44 (62.9)	5.2	1.66- 16.3	0.008*	60 (85.7)	10 (14.3)	1.9	0.56- 6.50	0.29
Dyslipidemia										
No	33 (56.9)	25 (43.1)				13 (92.9)	1 (7.1)			
Yes	27 (43.5)	35 (56.5)	1.7	0.83- 3.52	0.14	93 (87.7)	13 (12.3)	1.8	0.22- 15.07	0.58
CKD										
No	56 (51.9)	52 (48.1)				97 (89.8)	11 (10.2)			
Yes	4 (33.3)	8 (66.7)	2.2	0.61- 7.58	0.23	9 (75)	3 (25)	2.9	0.69- 12.50	0.14
Osteoarthritis										
No	56 (52.8)	50 (47.2)				48 (51.1)	46 (48.9)			
Yes	4 (28.6)	10 (71.4)	2.8	0.83- 9.49	0.09	9 (34.6)	17 (65.4)	1.9	0.79- 4.86	0.141
Cataract										
No	48 (51.1)	46 (48.9)				82 (87.2)	12 (12.8)			
Yes	9 (34.6)	17 (65.4)	1.9	0.79- 4.86	0.14	24 (92.3)	2 (7.7)	0.6	0.12- 2.72	0.48
Smoke										
No	32 (42.7)	43 (57.3)				50 (90.9)	5 (9.1)			
Quit	21 (60)	14 (40)	0.5	0.22- 1.12	0.09	37 (82.2)	8 (17.8)			
Yes	7 (70)	3 (30)	0.3	0.07- 1.33	0.12	19 (95)	1 (5)	0.5	0.05- 4.80	0.57
Alcohol										
No	23 (41.8)	32 (58.2)				50 (90.9)	5 (9.1)			
Quit	25 (55.6)	20 (44.4)	0.6	0.26- 1.27	0.17	37 (82.2)	8 (17.8)	2.2	0.65- 7.14	0.20
Yes	12 (60)	8 (40)	0.5	1.16- 1.35	0.16	19 (95)	1 (5)	0.53	0.05- 4.80	0.569

	TUG					SLS				
	Positive n (%)	Negative n (%)	Adjusted			Positive n (%)	Negative n (%)	Adjusted		
			Odds ratio	95% CI	p- value			Odds ratio	95% CI	p- value
OH										
No	49 (48.5)	52 (51.5)				48 (47.5)	53 (52.5)			
Yes	11 (57.9)	8 (42.1)	0.7	0.25- 1.84	0.455	9 (47.4)	10 (52.6)	1.0	0.37- 2.68	0.99
Hypnotic drug										
No	53 (55.8)	42 (44.2)				89(93.7)	6 (6.3)			
Yes	7 (28)	18 (72)	3.2	1.24- 8.49	0.01	17 (68)	8 (32)	22.4	2.52- 198.93	0.005*
Vision problem										
No	54 (58.7)	38 (41.3)				88 (95.7)	4 (4.3)			
Yes	6 (21.4)	22 (78.6)	4.0	1.07- 15.04	0.038*	18 (64.3)	10 (35.7)	23.0	2.49- 213.13	0.006*
Fear of falling										
No	58 (54.7)	48 (45.3)				98 (92.5)	8 (7.5)			
Yes	2 (14.3)	12 (85.7)	8.1	1.13- 57.07	0.037*	8 (57.1)	6 (42.9)	9.2	2.55- 33.06	0.010*
Age (years)	57.8 ± 10.2	64.3 ± 8.1	1.1	1.03- 1.13	0.001	60 ± 9.8	68 ± 5.0	1.1	1.00- 1.28	0.049*
T2DM duration (years)	5.3 ± 4.4	9.1 ± 7.5	1.1	1.04- 1.19	0.002	6.4 ± 5.9	12.8 ± 7.6	1.1	1.02- 1.27	0.016*
HbA1c (%)	7 ± 1.2	7.1 ± 1.1	1.1	0.79- 1.48	0.59	7 ± 1.1	7.2 ± 1.4	1.2	0.72- 1.83	0.54
BMI (kg/m ²)	25.9 ± 3.9	27.3 ± 4.2	1.1	0.99- 1.19	0.06	26.6 ± 4.2	26.7 ± 3.9	1.0	0.87- 1.14	0.96
Medication	4.1 ± 1.9	4.7 ± 1.7	1.2	0.97- 1.46	0.08	4.3 ± 1.8	5.3 ± 1.8	1.3	0.99- 1.80	0.05
DN*										
No	57 (73.1)	21 (26.9)				76 (97.4)	2 (2.6)			
Yes	3 (7.1)	39 (92.9)	41.3	9.83- 173.62	< 0.001*	30 (71.4)	12 (28.6)	23.1	2.09- 255.22	0.01*

Notes: CKD – Chronic kidney disease, OH – Orthostatic hypotension, BMI – Body mass index, DN – Diabetic neuropathy

Reference

- Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report, 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Dept of Health and Human Services; 2017.
- International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas [Internet]. 8th ed. 2017 [cited 2018 August 12]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>
- Papatheodorou K, Papanas N, Banach M, Papazoglou D, Edmonds M. Complications of Diabetes 2016. *J Diabetes Res* 2016. doi.org/10.1155/2016/6989453
- Juster-switlyk K, Smith AG; Department of Neurology University of Utah School of Medicine Salt Lake City UT USA. Updates in diabetic peripheral neuropathy. *F1000Res*. 2016;5. doi:10.12688/f1000research.7898.1
- Rangsing R, Tassanawiwat P, et al. Data Collection and analysis for care among Patients Diagnosed with Type 2 Diabetes and Hypertension Visiting Hospitals in care of Ministry of Public Health and Hospital in Bangkok in Thailand 2015. national health security office. 2015.
- UC Berkeley school of public health. Why diabetes raises your risk of falling. [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 3]. Available from: https://www.healthandwellnessalerts.berkeley.edu/alerts/diabetes/Why-Diabetes-Raises-Your-Risk-of-Falling_7805-1.html
- Damri T, Chatchawan U. validity and reliability of the michigan neuropathy screening instrument (MNSI) on the diabetic type II patients (Thai version). *JMTPT* 2015; 27: 307-319.
- Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1990; 45(6): 239-43.
- Podsiadlo D, Richardson S. The time "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8.
- Eckstrom E, Parker EM, Shakya I, Lee R. Coordinated Care Plan to Prevent Older Adult Falls. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2019.
- Jonsson E, Seiger A, Hirschfeld H. One-leg stance in healthy young and elderly adults: a measure of postural steadiness? *Clinical biomechanics* 2004; 19: 688-94.
- Bradley GB, DAVIS KA; Southern Illinois University School of Medicine Decatur Illinois. Orthostatic Hypotension. *American Family Physician* 2003; 68: 2393-98.
- Yang Y, Hu X, Zhang Q, Zou R. Diabetes mellitus and risk of falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2016; 45(6): 761-67.
- Timar B, Timar R, Gaită L, Oancea C, Levai C, Lungescu D. The Impact of Diabetic Neuropathy on Balance and on the Risk of Falls in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 2016; 11(4): Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 11(4): e0154654. doi: 10.1371/journal.pone.0154654.
- Schwartz AV, Hiller TA, Sellmeyer DE, Resnick HE, Gregg E, Ensrud KE, et al. Older Women with Diabetes Have a Higher Risk of Falls. *Diabetic care* 2002; 25(10): 1749-54.
- Harwood RH. Visual problems and falls. *Age and Ageing* 2001; 30-S4: 13-18.
- Bruce D, Hunter M, Peters K, Davis T, Davis W. Fear of falling is common in patients with type 2 diabetes and is associated with increased risk of falls. *Age and Ageing* 2015; 44(4): 687-90.
- Diem SJ, Ewing SK, Stone KL, Ancoli-Israel S, Redline S, Ensrud KE, Use of non-benzodiazepine sedative hypnotics and risk of falls in older men. *J Gerontol Geriatr Res* 2014; 3(3). 2014; 158. doi:10.4172/2167-7182.1000158.
- Kim KS, Kim SK, Sung KM, Cho YW, Park SW. Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Older Adults. *Diabetes & Metabolism Journal* 2012; 36(5): 336-44.
- Tilling LM, Darawil K, Britton M, Falls as a complication of diabetes mellitus in older people, *J Diabetes Complications* 2006, 20(3): 158-162.
- Macgilchrist C, Paul L, Ellis BM, Howe TE, Kennon B, Godwin J, Lower-limb risk factors for falls in people with diabetes mellitus, *Diabetic Medicine* 2010, 27(2): 162-168.
- Crews RT, Yalla SV, Fleischer AE, Wu SC. A Growing Troubling Triad: Diabetes, Aging, and Falls. *J of Aging* 2013, 342650. doi.org/10.1155/2013/342650.
- Mirkovic VB, Karanikic ZS, Nejkov S, Vukovic M, Cirovic D. Diabetic Polyneuropathy and risk of falls: fear of falling and other factors. *Acta Clin Croat* 2017; 56: 721-727.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการ ในการวินิจฉัยวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

แพทย์หญิงจิรพรรณ กัปตัน

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

อีเมล Captainnickboat@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากระบบบริการในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2560 - 30 เมษายน 2562 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ทำการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (bivariate analysis) โดยใช้สถิติ simple logistic regression นำเสนอด้วย P-value และหาขนาดความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย นำเสนอด้วยค่า OR อย่างหายากคู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95% และนำปัจจัยที่มีค่า P-value < 0.05 มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรด้วยสถิติ multiple logistic regression นำเสนอด้วย adjusted OR คู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งสิ้น 293 คน เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ 196 คน (ร้อยละ 66.89) พบว่า ความล่าช้าของการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่เกิดจากระบบบริการ ที่คลินิกวัณโรคปอดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 37.54 (95%CI= 32-43.4) ผลจากการวิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรกไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด (adjusted OR 11.254 ,95%CI= 4.67-35.90) และปัจจัยที่ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผู้ที่นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค (adjusted OR 0.212, 95%CI= 0.18-0.52)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าที่เกิดจากระบบบริการในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเกี่ยวข้องกับความต้องการแม่นยำในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก จึงควรเพิ่มคุณภาพการเก็บเสมหะเพื่อเพิ่มความไวในการตรวจพบเชื้อวัณโรคจากห้องปฏิบัติการ และจัดทำแนวทางการวินิจฉัยวัณโรคปอดจากอาการทางคลินิกร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่ชัดเจน รวมถึงส่งเสริมให้มีการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่คลินิกวัณโรค

คำสำคัญ : วัณโรคปอด, ความล่าช้าด้านระบบบริการ, การวินิจฉัย

Factors Associated with Provider's Delay of Diagnosis for Pulmonary Tuberculosis Patients Chiang Rai Prachanukroh Hospital, Muang, Chiang Rai

Ajirapun Captain MD.

Primary Care Unit, Chiang Rai Prachanukroh hospital

E-mail: Captainnickboat@gmail.com

Abstract

Objective: To investigate the risk factors associated with provider's delay of diagnosis among pulmonary tuberculosis patients (TB) in Chiang Rai Prachanukroh Hospital, Muang District, Chiang Rai.

Materials and Methods: This cross-sectional analytical study aimed to investigate the risk factors associated with the provider's delay of diagnosis among pulmonary tuberculosis patients in Chiang Rai Prachanukroh Hospital Muang District Chiang Rai. Data of TB patients, who registered at the Tuberculosis Clinic from July 1, 2018 to April 30, 2019. The data were analyzed using descriptive statistics (percentages, means, standard deviations, median, 1stquatile, 3rdquatile) and multiple logistic regression, in calculating the odds ratio (OR) and Adjusted OR with 95% Confidence Intervals were applied.

Results: The results show that, in a total of 293 pulmonary tuberculosis patients, 196 were smear-negative pulmonary (66.89%). 37.54% experienced provider's delays longer than 7 days (95% CI = 32-43.4). In the multivariate analysis, the factors significantly associated with provider's delays are first diagnosis not associated with pulmonary tuberculosis (Adjusted OR 11.254, 95% CI = 4.67-39.50), patients followed-up at the Tuberculosis Clinic (Adjusted OR 0.212, 95%CI: 0.18-0.52).

Conclusions: This study showed that the provider's delays of diagnosis were associated with the accuracy of the diagnosis of pulmonary tuberculosis at first contact. So, there is a need to improve the quality of sputum collection to increased sensitivity bacterial laboratory and developing guidelines for the diagnosis of pulmonary tuberculosis using both clinical features and chest x-ray. In addition to this, improving patients' following up at Tuberculosis clinic is essential.

Keyword: Pulmonary Tuberculosis, Provider's delay, Diagnosis

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงเป็น 1 ใน 14 กลุ่มประเทศ⁽¹⁾ โดยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ ปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 68,146 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษา (treatment coverage) เพียงร้อยละ 74⁽³⁾ มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (TB treatment success rate) อยู่ที่ร้อยละ 84.2⁽³⁾ กรมควบคุมโรคจึงมีมาตรการเพิ่มการตรวจคัดกรอง และพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค⁽⁴⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการรักษาที่รวดเร็วและเพิ่มขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับร้อยละ 82.5 และอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเท่ากับร้อยละ 85⁽³⁾

ปี พ.ศ. 2561 จังหวัดเชียงรายมีประชากร 1,746,840 คน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน 1,423 คน⁽³⁾ ต่ำกว่าค่าคาดหวังที่ควรมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 2,725 คน (156 ต่อแสนประชากร)⁽³⁾ คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาเพียงร้อยละ 52.2 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคเพียงร้อยละ 77.37⁽³⁾ หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือ มีการเสียชีวิตระหว่างการรักษาที่สูง โดยมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 16.79⁽³⁾ เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่แสดงอาการอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยจึงเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต รวมถึงเพิ่มอัตราการแพร่เชื้อสู่ชุมชน⁽¹⁾ ดังนั้นการเพิ่มความรวดเร็วในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ให้เข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐาน จะช่วยลดการเสียชีวิต ส่งผลให้ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾

ความล่าช้าของการเข้าสู่ระบบการรักษาวัณโรคปอดแบ่งเป็นความล่าช้าด้านผู้ป่วย และความล่าช้าด้านระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ความล่าช้าด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด และความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอด ซึ่งความล่าช้าด้านระบบบริการสุขภาพมีสาเหตุมาจากความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเป็นหลัก⁽⁵⁾ การศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบรักษาของผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความล่าช้าด้านผู้ป่วย ส่วนการศึกษาความล่าช้าด้านระบบบริการสุขภาพที่พบเป็นการศึกษาใน

โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่มีบริบทการจัดบริการสุขภาพต่างกับโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีห้องตรวจผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง 10 แผนก มีผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกรวมทุกแผนก 708,492 ครั้งต่อปี เฉลี่ย 2,703 คนต่อวัน รวมถึงกลุ่มประชากรมีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ จึงมีโอกาสดเกิดความล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลได้ ดังนั้นการทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการสุขภาพในการวินิจฉัยวัณโรคปอด จะสามารถนำมาวางแผนระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบการรักษาได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนที่คลินิกวัณโรคปอด

ความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด หมายถึง

1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการแสดงและมารับบริการที่โรงพยาบาล จนถึงแพทย์ให้การวินิจฉัยวัณโรคปอด ใช้เวลามากกว่า 7 วัน⁽⁶⁾
2. ระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแต่ได้รับการตรวจภาพรังสีทรวงอก จนถึงแพทย์ให้การวินิจฉัยวัณโรคปอด ใช้เวลามากกว่า 7 วัน

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางแบบย้อนหลัง (Retrospective cross-sectional analytical study)

ประชากรศึกษา

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้ (Hsieh et al., 1998)

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2 (1-B)]}$$

$$P = (1-B)P_0 + BP_1$$

จากการคำนวณโดยพิจารณาจากปัจจัยการสังเกตรวม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 โดยสัดส่วนของการสังเกตรวมมากกว่า 3 ครั้ง มีค่าเท่ากับ 0.23 สัดส่วนของการสังเกตรวมน้อยกว่า 3 ครั้ง มีค่าเท่ากับ 0.76 สัดส่วนเหล่านี้ นำมาจากการศึกษาที่มหาสารคาม⁽⁷⁾ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ได้จริงได้จากการปรับขนาดตัวอย่างขึ้นต้นด้วยระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านปัจจัยการสังเกตรวมกับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ซึ่งเท่ากับ 0.5 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 284 ราย

เกณฑ์รับเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2560 - 31 เมษายน 2562 โดยไม่จำกัดอายุ
2. มีภูมิลำเนาอยู่เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เกณฑ์ไม่รับเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นนักโทษเรือนจำ
2. ผู้ป่วยที่ถูกเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นระหว่างการรักษา

การรวบรวมข้อมูล

โดยทบทวนเวชระเบียนในประเด็นด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่ สัญชาติ กลุ่มผู้ที่มีโรคหรือเสี่ยงวัณโรค ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และผู้ที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่ ผู้สัมผัสวัณโรค บุคลากรทางการแพทย์ และแรงงานต่างชาติดำเนินการจำแนกผู้ป่วยตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย ได้แก่ ผู้ป่วยพบเชื้อ และผู้ป่วยไม่พบเชื้อ อาการแสดงที่สงสัยวัณโรค

ประเด็นปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาล่าช้า (วัน) ห้องตรวจที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก แพทย์คนแรกที่ให้บริการผู้ป่วย ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรก

การนัดติดตามอาการ แพทย์ที่วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นวัณโรค การเข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค ข้อมูลการส่งตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ การส่งตรวจเพิ่มเติมจากครั้งแรก ประวัติการตรวจภาพรังสีทรวงอกย้อนหลัง 1 ปีจากวันที่วินิจฉัยวัณโรคปอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ปัจจัยด้านการบริการ ปัจจัยด้านการสังเกตเพิ่มเติม โดยข้อมูลแจกแจง นำเสนอผลด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่ไม่ใช่การแจกแจงแบบปกติ นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าควอไทล์ที่ 1-3 (Q1-Q3)

วิเคราะห์ความชุกของความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด นำเสนอผลด้วยค่าร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด ด้วยสถิติ simple logistic regression ครั้งละ 1 ตัวแปร นำเสนอด้วย P-value และหาขนาดความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย นำเสนอด้วยค่า OR อย่างหยาบคู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95% และนำปัจจัยที่มีค่า P-value < 0.05 มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรด้วยสถิติ multiple logistic regression โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) เพื่อให้ได้โมเดลที่ดีที่สุด

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ EC CRH 0048/62 และได้รับการอนุมัติให้ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 293 คน เป็นเพศชาย 182 คน (ร้อยละ 62.11) มีอายุเฉลี่ย 52.85 ปี (3-92 ปี, SD 18.4 ปี) สัญชาติไทย 211 คน (ร้อยละ 72.01) ระยะห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า หรือเท่ากับ 20 กิโลเมตร 187 คน (ร้อยละ 63.82) เป็นกลุ่มเสี่ยง

วัณโรคปอด 221 คน (ร้อยละ 72.01) เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ตรวจไม่พบเชื้อ (P-) 196 คน (ร้อยละ 66.89) มีอาการไอน้อยกว่า 14 วัน 200 คน (ร้อยละ 68.25) มีผู้ที่ไม่มีอาการแสดง 61 คน (ร้อยละ 20.81) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่วินิจฉัยจากการคัดกรองภาพรังสีทรวงอก 45 คน และเป็นผู้ป่วยทั่วไปที่บังเอิญตรวจภาพรังสีทรวงอกพบ 16 คน เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเวชกรรมสังคม 152 คน (ร้อยละ 51.87) ได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ใช่วัณโรคปอด 91 คน (ร้อยละ 68.94) มีการนัดติดตามอาการต่อที่คลินิกวัณโรค 157 คน (ร้อยละ 53.58) มีผู้ที่ได้เข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค 74 คน (ร้อยละ 25.25) การส่งตรวจเพิ่มเติมครั้งแรกโดยส่งทั้งเสมหะและภาพรังสีทรวงอก 183 คน (ร้อยละ 62.45) ประวัติมีภาพรังสีทรวงอกย้อนหลัง 1 ปีจากวันที่วินิจฉัยวัณโรคปอด 87 คน (ร้อยละ 29.69) ดังตารางที่ 1

ความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอดของการศึกษานี้มีค่ามัธยฐาน 3 วัน (1-17) มีความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่มากกว่า 7 วันจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 37.54 (95%CI= 32-43.4) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญ คือ ผู้ที่ได้รับยาคุมกำเนิด (Crude OR 3.988, 95%CI: 1.09-5.67) ผู้ที่ไม่มีอาการแสดง (Crude OR 3.070, 95%CI: 1.56-6.06) ผู้ที่มีอาการไอน้อยกว่า 14 วัน (Crude OR 2.749, 95%CI: 1.57-4.81) ผู้ที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรม (Crude OR 2.581, 95%CI: 1.31-5.09) ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรกไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด (Crude OR 41.121, 95%CI: 12.59-134.30) ผู้ที่ไม่ได้รับการคัดกรองวัณโรค (Crude OR 3.344, 95%CI: 1.76-6.34) แต่ปัจจัยที่ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผู้ที่มีอาการไอ (Crude OR 0.499, 95%CI: 0.13-0.56) และผู้ที่นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค (Crude OR 0.234, 95%CI: 0.13-0.42) ดังตารางที่ 2

เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรกไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด (adjusted OR 11.254, 95%CI= 4.67-35.90) และปัจจัยที่ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผู้ที่นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค (adjusted OR 0.212, 95%CI= 0.18-0.52) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอดของการศึกษานี้มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 วัน (1-17 วัน) มีความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่มากกว่า 7 วันจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 37.54 มากกว่าการศึกษาที่มหาสารคามที่พบความล่าช้าของการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เกิดจากระบบบริการสุขภาพของรัฐ ระยะเวลามากกว่า 7 วันร้อยละ 11.7⁽⁷⁾ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ ศึกษาทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อ และไม่พบเชื้อ โดยผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อจะได้รับการวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอก และติดตามการย้อมเสมหะซ้ำ⁽⁸⁾ จึงอาจทำให้มีความล่าช้าของการวินิจฉัยวัณโรคปอดมากกว่า

การศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้า คือ ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรกไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาที่มหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ จะมีความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด (adjusted OR 9.58, 95%CI= 2.76-33.27)⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ศรีสะเกษ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ มีความล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยวัณโรค (OR 25.9, 95%CI= 7.9-84.9)⁽⁸⁾ โดยการศึกษาพบว่า แพทย์วินิจฉัยโรคครั้งแรกเป็นโรคปอดอักเสบชนิดอื่น ๆ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และผลภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ อาจเนื่องมาจาก

1) ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการแสดงของวัณโรคปอดไม่ชัดเจนคือ มีอาการไอน้อยกว่า 14 วัน หรือไม่มีอาการทางคลินิกโดยมีการศึกษาที่นครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าผู้ที่มีอาการแสดง (OR 1.70, 95%CI= 0.88-3.30)⁽⁹⁾ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เสมหะไม่พบเชื้อ คือ คุณภาพการเก็บเสมหะจากผู้ป่วย อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยบางส่วนมีเชื้อชาติไทยภูเขาอาจทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยคลาดเคลื่อน และผู้ป่วยบางส่วนต้องสื่อสารผ่านผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยเด็ก ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 3-92 ปี ทำให้ประวัติอาจมีความคลาดเคลื่อน และการเก็บเสมหะที่ไม่มีคุณภาพ และ จำนวนเชื้อวัณโรคที่น้อยกว่า 5,000-10,000 ตัว ต่อ 1 มิลลิตรเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อได้ ซึ่งจะพบเชื่อน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ

เอชไอวี⁽¹⁰⁾ โดยในการศึกษานี้มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 14.33

2) ความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยวัณโรคปอดจากภาพรังสีทรวงอก โดยการศึกษาพบว่ามีส่วนหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการวินิจฉัยจากภาพรังสีทรวงอกเดิมที่การวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรคเป็นปัจจัยป้องกันความล่าช้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผลภาพรังสีทรวงอกผิดปกติแต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ทำให้การวินิจฉัยวัณโรคครั้งแรกยังไม่ชัดเจน จึงนัดมาที่คลินิกวัณโรคเพื่อยืนยันการวินิจฉัย โดยคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งอยู่ที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และมีช่องทางรับปรึกษาทุกวันในเวลาราชการ ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ที่ให้การวินิจฉัยวัณโรคปอดมากที่สุดในการศึกษานี้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่าอายุรแพทย์ทรวงอกเป็นแพทย์ผู้วินิจฉัยวัณโรคปอดมากที่สุดร้อยละ 81.3⁽⁵⁾

สรุป

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าที่เกิดจากระบบบริการในการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเกี่ยวข้องกับความต้องการแม่นยำในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก จึงควรเพิ่มคุณภาพการเก็บเสมหะเพื่อเพิ่มความไวในการตรวจพบเชื้อวัณโรคจากห้องปฏิบัติการ และจัดทำแนวทางการวินิจฉัยวัณโรคปอดจากอาการทางคลินิกร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่ชัดเจน รวมถึงส่งเสริมให้มีการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่คลินิกวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มคุณภาพการเก็บเสมหะ โดยการสื่อสารกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรจัดทำแนวทางการวินิจฉัยวัณโรคปอดจากอาการทางคลินิกร่วมกับภาพรังสีทรวงอกที่ชัดเจน โดยเฉพาะรูปแบบต่าง ๆ ของภาพรังสีทรวงอกที่จำเพาะกับวัณโรคปอด รวมถึงอบรมชี้แจงให้แพทย์ที่ให้บริการด้านหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยวัณโรคปอดได้ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรก
2. ส่งเสริมให้มีการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่คลินิกวัณโรค

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ) N = 293	ระยะเวลาในการวินิจฉัยวัณโรคปอด		P-value
		≤7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	>7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.8670
ชาย	182 (62.11)	113 (61.75)	69 (62.73)	
หญิง	111 (37.89)	70 (38.25)	41 (37.27)	
อายุ Mean (S.D.); Median (Min, Max) : 52.85 ปี (18.42); 55 ปี (3,92)				0.601
<65	216 (73.72)	133 (72.67)	83 (75.45)	
≥65	77 (26.27)	50 (27.32)	27 (24.54)	
สัญชาติ				0.201
สัญชาติไทย	211 (72.01)	126 (68.35)	85 (77.27)	
ไม่ใช่สัญชาติไทย	9 (3.07)	8 (4.37)	1 (0.91)	
ไทยภูเขา	73 (24.91)	49 (26.78)	24 (21.82)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ) N = 293	ระยะเวลาในการวินิจฉัยวัณโรคปอด		P-value
		≤7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	>7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	
ที่อยู่				0.173
ระยะทาง ≥ 20 km	187 (63.82)	140 (76.50)	47 (42.72)	
ระยะทาง <20 km	106 (36.17)	53 (23.50)	53 (57.27)	
ผู้ที่มีโรคหรือเสี่ยงวัณโรค (Risk group)				
ติดเชื้อเอชไอวี	42 (14.33)	21 (11.48)	21 (19.09)	0.072
เบาหวาน	35 (11.94)	19 (10.38)	16 (14.55)	0.178
ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	26 (8.87)	8 (2.19)	18 (16.36)	0.013
ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง	32 (10.92)	20 (10.93)	12 (10.91)	0.822
ผู้สัมผัสวัณโรค	31 (10.58)	18 (9.84)	13 (11.82)	0.596
อาการแสดง				
ไอ	200 (68.25)	134 (73.22)	66 (61.68)	0.032
เจ็บหน้าอก	35 (11.94)	24 (13.11)	11 (10.00)	0.328
ไอมีเลือด	22 (7.50)	16 (8.74)	6 (5.45)	0.458
น้ำหนักลด	60 (20.47)	40 (21.86)	20 (18.18)	0.584
ไข้เหงือกกลางคืน	72 (24.57)	48 (26.23)	24 (21.82)	0.574
เหนื่อยง่าย	54 (18.08)	32 (17.49)	22 (20.00)	0.577
ไม่มีอาการแสดง	61 (20.81)	35 (18.13)	26 (23.63)	0.001
ระยะเวลาไอ (วัน) Median (Q1, Q3); (Min, Max)		7 วัน (0, 21); (0, 120)		0.002
<14	200 (68.25)	111 (57.51)	89 (80.90)	
≥14	93 (31.74)	72 (42.49)	21 (19.09)	
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (OPD)				0.023
ER	46 (15.69)	30 (16.39)	16 (14.55)	
OPD med	40 (13.65)	17 (9.29)	23 (20.91)	
OPD นอกเวลา	48 (16.38)	23 (12.57)	25 (22.73)	
OPD specialist	7 (2.38)	4 (2.19)	3 (2.73)	
PCU	152 (51.87)	109 (59.56)	43 (39.09)	
ผลการตรวจทางแบคทีเรีย				0.915
พบเชื้อ (P+)	97 (33.10)	61 (33.33)	36 (32.73)	
ไม่พบเชื้อ (P-)	196 (66.89)	122 (66.67)	74 (67.27)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ) N = 293	ระยะเวลาในการวินิจฉัยวัณโรคปอด		P-value
		≤7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	>7 วัน จำนวน (ร้อยละ)	
ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรก				0.019
ไม่ใช่วัณโรค	202 (68.94)	95 (49.22)	107 (97.27)	
วัณโรค	91 (31.05)	98 (50.77)	3 (2.72)	
การนัดติดตามอาการ				0.005
Refer to TB clinic	157 (53.58)	126 (68.85)	31 (28.18)	
อื่น ๆ	136 (46.41)	83 (31.15)	79 (71.82)	
การเข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค				0.011
ไม่เข้า	219 (74.74)	123 (67.21)	96 (87.27)	
เข้า	74 (25.25)	60 (32.79)	14 (12.72)	
การส่งตรวจ Sputum AFB ร่วมกับภาพรังสีทรวงอก	183 (62.45)	157 (81.34)	26 (23.63)	0.223
ภาพรังสีทรวงอกภายใน 1 ปี	87 (29.69)	50 (27.32)	37 (33.64)	0.671

ตารางที่ 2 ขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	P - value	Adjusted OR (95%CI)	P - value
ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	3.988 (1.09-5.67)	0.013	0.976 (0.25-7.81)	0.864
ไม่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	reference		reference	
ไอ	0.499 (0.13-0.56)	0.032	0.501 (0.32-1.35)	0.064
ไม่ไอ	reference		reference	
ไอ <14 วัน	2.749 (1.57-4.81)	0.002	1.243 (0.67-4.45)	0.389
ไอ ≥14 วัน	reference		reference	
ไม่มีอาการแสดง	3.07 (1.56-6.06)	0.001	1.95 (0.76-3.36)	0.098
มีอาการแสดง	reference		reference	
การวินิจฉัยครั้งแรกไม่ใช่วัณโรค	41.121 (12.59-134.30)	0.019	11.254 (4.67-35.90)	0.0001
การวินิจฉัยครั้งแรกเป็นวัณโรค	reference		reference	
ห้องตรวจครั้งแรกที่ OPD med	2.581 (1.31-5.09)	0.039	2.31 (0.45-4.53)	0.173
ห้องตรวจครั้งแรกที่ห้องตรวจอื่น ๆ	reference		reference	
นัดติดตามอาการที่คลินิกวัณโรค	0.234 (0.13-0.42)	0.005	0.212 (0.18-0.52)	0.013
นัดติดตามอาการที่ห้องตรวจอื่น ๆ	reference		reference	
ไม่ได้เข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค	3.344 (1.76-6.34)	0.011	2.068 (0.57-5.52)	0.849
เข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค	reference		reference	

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561 (National Tuberculosis control Programme Guidelines Thailand 2018). กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561.หน้า 120.
2. World Health Organization: Global tuberculosis report, WHO report. Geneva 2018.
3. แบบพัฒนาระบบบริการการควบคุมวัณโรค จังหวัดเชียงราย เขตสุขภาพที่ 1 ตรวจราชการระหว่างวันที่ 5-7 มิถุนายน 2562: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2562.หน้า 503-511.
4. สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคพ.ศ.2561. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
5. Diagnosis and treatment delay in tuberculosis, An in-depth analysis of the health-seeking behavior of patients and health system response in seven countries of the Eastern Mediterranean Region: WHO 2006.
6. จินตนา งามวิทย์พงศ์-ยาโน. (2543).พฤติกรรมในการเข้ารับบริการรักษาวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIVs ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. INT J TUBERC LUNG DIS 5(11):1013-1020.
7. กรรณิกา ทานะพันธ์ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น Vol.6 No.3 July-September, 2013 ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2556.
8. นราวุฒิ คำหอม และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี, 6(3):65-75.
9. ธนยศ และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วยในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Vol.6 No.3 July-September, 2013 ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – กันยายน 2556.
10. Improving the diagnosis and treatment of smear-negative pulmonary and extrapulmonary tuberculosis among adults and adolescents Recommendations for HIV-prevalent and resource-constrained settings, WHO 2006.
11. Chandrashekar T Sreeramareddy, Zhi Zhen Qin, Srinath Satyanarayana, Ramnath Subbaraman, and Madhukar Pai. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India: a systematic review : Int J Tuberc Lung Dis. 2014 Mar; 18(3): 255–266.
12. Long NH, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan VK. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. Int Tuberc Lung Dis. 1999;3:388–393.
13. Solomon Yimer, Gunnar Bjune, Getu Alene. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study 2003: BMC Infect Dis. 2005; 5:112.
14. Betânia M. F. Nogueira, Factors associated with tuberculosis treatment delay in patients co-infected with HIV in a high prevalence area in Rio de Janeiro, Brazil the TB/HIV in Rio (THRio) Cohort. PLoS One. 2018.
15. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (TB case manager programme). เข้าถึงได้จาก: <http://tbcmtailand.net>
16. มาลี โรจน์พิบูลสถิต. (2556). ปัจจัยด้านระบบบริการและผู้ป่วยต่อความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดในภาคใต้หลังการปฏิรูปการสาธารณสุขในจังหวัดสงขลา. INT J TUBERC LUNG DIS 10(4):422-428.
17. ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาวัณโรคใน 10 โรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย. SOUTHEAST ASIAN J TROP MED PUBLIC HEALTH Vol 46 No.4 July 2015.

ทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



แพทย์หญิง อิดาวรรณ สาสีผล*

แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันโท แพทย์หญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อีเมล tida_goy@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

แบบวิจัย: การศึกษาแบบผสมผสานร่วมกัน

วัสดุและวิธีการ: มีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองจำนวน 25 คน ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2562 ซึ่งได้รับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 3 ประเด็น คือ (1) เหตุผลและความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย (2) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (3) การแก้ปัญหาเบื้องต้นของผู้ดูแล ข้อมูลถูกเข้ารหัสและวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เฉพาะประเด็น ผู้เขียนได้ศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล (The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire-caregiver form: PNPC-c) ฉบับภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติและการแก้ปัญหาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 52.45 ปี มีบทบาทในการดูแลโดยเฉลี่ย 3.45 ปีและมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้เวลาดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน โดยส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยดูแล จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลแตกต่างกันไป โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ความกลัวต่ออนาคตที่ไม่แน่นอน ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วย และปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ตามลำดับ โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองคือการหาวิธีผ่อนคลายความเครียด รวมไปถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งข้อมูล ช่วยเหลือดูแล และดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแล

สรุป: ทัศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมีหลากหลายปัญหาที่อาจจะยังค้นพบเพิ่มเติมได้ แนวทางการแก้ไขปัญหามาตรึงแก้ไขได้โดยจากตัวผู้ดูแลเอง ความยืดหยุ่น ทัศนคติ สภาวะจิตใจ และการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, การดูแลแบบประคับประคอง, ความต้องการ, ปัญหาในการดูแล

Caregivers' Attitudes and Needs in Palliative Care Cancer Patients in Phramongkutklao Hospital

Tidawan Saleepon, MD*

Family Medicine Resident

Lt. Col. Asst. Prof. Patsri Srisuwan, MD

Diploma Thai Board of Family Medicine

Certificate in Clinical Fellowship: Care of the Elderly

Department of Family Medicine, Phramongkutklao Hospital, Bangkok, Thailand

*Corresponding author e-mail: tida_goy@hotmail.com



Abstract

Objective: The study aimed to explore the attitudes and needs toward being a caregiver for palliative care of patients with cancer.

Design: The study employed a concurrent mixed-method design.

Materials and Methods: Data were collected from 25 caregivers of patients with cancer using semi-structured interviews from March to May 2019. Three aspects were explored: (1) attitudes of caregivers in palliative care of patients with cancer (2) problems and needs in palliative care of patients with cancer, and (3) problem solvings of caregivers. Data were gathered until saturation was reached then coded and analyzed. The problems and needs in palliative care by caregivers were analyzed using bivariate analysis. The results of problems and resolutions were analyzed, coded, and interpreted using qualitative analytic techniques to arrive at several common overarching themes.

Results: The mean age of caregivers was 52.45 years. An average caregiving role was 3.45 years with more than one half giving care > 12 hours daily. From interviews, variable problems were identified. The most common problems were fear regarding the future, distressing symptoms, pain, and emotional problems. Moreover, the problem solving of caregivers involved themselves and others, knowledge, attitude, activities, assistance, and psychological support.

Conclusion: The care of patients with cancer presents a series of problems for caregivers many of which remain undetected. Additionally, the problem solving of caregivers involved themselves and others, resilience, coping, knowledge, attitude, activities, assistance, and psychological support.

Keywords: palliative, caregivers, needs, problems

Introduction

Patients with cancer are increasing globally. In 2008, 12.7 million new cancer cases emerged and 7.6 million cases died from cancer.¹ In 2018, 9.6 million died from cancer.² In Thailand, 61,082³ died from cancer in 2011 and the trend increases every year.³ The many treatments include surgery, chemotherapy, and radiotherapy, or a combination of treatments. Palliative care is specialized medical care for people living with an incurable disease, active, progressive, advanced disease, who have little or no prospect of cure and are expected to die. The goal is to improve the quality of life for both the patient and the family.

In palliative care, attention is usually concentrated on the patient and the family stays in the background.⁴ The spouse, who is closest to the patient, usually bears most of the caregiving burden. From the patient's perspective, family caregivers are "fellow sufferers"⁵ and rightfully so. In recent years, the World Health Organization has included the health and well-being of family members and caregivers working with a patient in their concept of palliative care.⁶ A formal caregiver usually refers to paid care services provided by a healthcare institution or individual for a person in need. Informal care refers to unpaid care provided by family, close relatives, friends, and neighbors. Both forms of caregiving involve a spectrum of tasks, but informal caregivers seldom receive enough training for these tasks. Formal caregivers are trained in the field.⁷ Caregivers in Thailand are often family members or informal caregivers.⁸ Family members play an important role in the care of patients with cancer and are often unprepared for the combination of physiological and mental changes⁹ such as depression, anxiety, fatigue, and sleeping disorder. When caregivers are inflexible and cannot adapt to the patient, the burden of the caregivers will affect

their emotional health, and the quality of care.¹⁰ The caregivers' burden of patients with cancer is associated with several poor health outcomes, including increased depression and anxiety, poorer health behavior and increased mortality.¹¹⁻¹⁴ Spouses of patients with Alzheimer's disease reported poorer mental and physical health than the general population.¹⁵ Understanding the factors associated with increased caregiver burdens in this group would allow clinicians to more easily identify and target these caregivers for interventions to address caregiver problems, needs coping skills reducing the related risk of poor health outcomes.

Materials and Methods

This study employed a concurrent mixed-method design. The present study was undertaken in the Oncology Clinic of Phramongkutklao Hospital from March to May of 2019 after obtaining approval from the Ethics Committee Board of the Institutional Review Board of the Royal Thai Army Medical Department (IRBTA).

This study took place in a tertiary care setting. The research participants comprised caregivers of patients with cancer, who were able to understand the items of the questionnaire; Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire-Caregiver Form (PNPC-c) and did not receive earnings from caring. They were also well informed and provided their consent to be included. The sample size was adequate to reach a sufficient level of "saturation", a term describing a point beyond which no new concepts will arise as a result of further interviews.

Interviews averaging 30 minutes, were conducted over three months. Sixty-seven questions divided into 11 items represented the most important issues of the problems and needs of caregivers in providing palliative care for a cancer

patient. The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire-Caregiver Form (PNPC-c)¹⁶ was utilized for patients and caregivers to comprehend and answer in about 15 minutes. The PNPC-c constitutes a checklist designed to present a comprehensive picture of the problems experienced by caregivers and their perceived subsequent needs for care. The instruments were translated to Thai by Suphasiri Chiangta.¹⁷ The reliability of the instrument is 0.93 and 0.95. The validity is 1 and 0.95.¹⁶ There are 3 levels of scores in each question; 3 is a problem and needs, 2 is sometimes, 1 is not a problem, and no needs. Higher scores indicated a higher need for help.

All basic characteristics of data and PNPC-c questionnaires were collected from caregivers, and all interviews were recorded by audiotape. For qualitative data, Open codes were created and analyzed using the investigator triangulation method. The codes were purely data driven. After that, the codes were discussed, modified, and merged by all authors, and final revised codes were developed afterwards. Emerging concepts were extracted and analyzed using a thematic analysis approach. After demographic data collection, three aspects were explored: (1) attitude of caregivers in palliative care of patients with cancer, (2) problems and needs in palliative care of patients with cancer, and (3) problem solving of caregivers. Data were gathered until saturation was reached.

Results

1. Descriptive Statistics: Demographic Characteristics

Twenty-five caregivers of patients with cancer were involved and participated in this study. The mean age of caregivers was 52.45 years (range, 30 to 67 years) and 80% were women. The majority of caregivers in this study were the primary caregivers

for their parents ($n = 11$, 44%) followed by spouse ($n = 7$, 28%) and grandchildren ($n = 4$, 16%). Approximately one half (52%) of the caregivers were single, ten (40%) were married and two (8%) were separated. Twenty-one caregivers (84%) held a bachelor's degree and above. An average caregiving role totaled 3.45 years and more than one half spent >12 hours giving care daily.

2. Problems and Needs of Caregivers

The most frequent problems experienced by 80% of caregivers are listed in a “top 20” (Table 2). One issue stood out from the rest: Fear of an unpredictable future. Accepting the patient's disease (76%), The meaning of death (54%), and the caregiver's physical symptoms: Muscle pains or painful joints (52%) and Fatigue (76%): were further common problems. The other issues in this top 20 list were reported to be “somewhat of a problem” by many caregivers.

3. Thematic Analysis

Attitude and caregivers' needs in palliative care of patients with cancer could be divided into two major themes: 1) Resilience and coping strategies to provide a caregiving role; and (2) methods of problem solvings.

Resilience and Coping Strategies to Continue in the Caregiving Role

Long term care of patients with cancer entails challenging behaviors which were always problematic when managing care including related physical and mental problems. When no way could be found to deal with the problem, the caregivers experienced exhaustion leading to using costly hospital and emergency services. The interviews revealed that maintaining positive reasons and attitudes in the caring role, reframing, acceptance

and intentional activities of resilience and coping strategies by the caregivers helped them to continue in their role.

Most caregivers identified themselves as family members, parents, spouse, children and grandchildren. These participants enjoyed close relationships with their patients and gave their reasons for caring as affection, gratitude and reciprocity. This made the caregivers more willing to continue in their caregiving role. Moreover, their relationship encompassed positive reinforcement towards the caregiving role and strengthened their relationships to be better able to face with problems for their beloved patients. They explained as described below.

“That’s the way it is in our families. It’s like, if you can do it (care for a sick parent), then you do it. If you can’t, then you’re going to leave your job, or whatever. But our family comes first. Our parents come first.”

“On top of all is keeping them comfortable, keeping the whole family comfortable on what exactly is going on with them and what we can do to make them feel better in their last days”

In addition, the reason given for nonrelative acting as caregivers to maintain their role is love. The long relationship occurring in Thai society also links these patient-caregiver relationships as relatives.

“I have taken care of him for a long time; it’s a bond we have with each other.”

When asked about problems and needs towards being a caregiver, most participants said that they now can cope with the problems they experienced. A lack of understanding of the disease caused problems at first when they did not understand the symptoms and how to handle them. However, once they understood and accepted the signs and symptoms, they could reframe their

perception and become able to care for the patient.

“I don’t know how you do it, but if somehow in the medical profession could explain to the public better what palliative care entails, it would take away some of the fear and the stigma.”

“It is the physician who should at least inform parents about advanced directives and why it is important to plan. I would dare not initiate the discussion with my parents. When the physician tells them, they may consider it.”

Methods of Problem Solving

One of the most consistent themes that emerged during the interviews was the notion that quality of life, the make-up of which varied among patients, was more important than prolonging life.

The concern for caregivers’ problems was expressed and indicated a real need for services, including regular assistance with patient care, pain and medication management advice, psychological support, and respite care.

“I feel that the caregivers themselves deserve a break. I feel my sister carried the entire burden for about 2 or 3 years now. So that’s what I wanted to speak on. The people that are the caregivers, where do they get a break? When you want to scream, where do you go?”

God, religion, and spirituality were spoken of as essential components of the coping process for patients and families throughout every phase of life and death. The state of a person’s relationship with God was seen as a mediator of personal distress or peace.

“I have been meditating and praying for an hour every night. It makes my mind calm and cheerful.”

Whether representing a means to adapt to a difficult situation or a continued pattern of the previous observance, it did not appear that religion

or spirituality affected treatment choices or how aggressive patients, or caregivers were with their illness. In most respects, spirituality was seen more as a means towards understanding, rather than guidance.

“The soul never dies. The body is just like the jacket you are putting on.”

Some participants had no time for self-care that caused stress in the caregiving role, so they reorganize their time to pay attention to activities other than patient care.

“When I’m tired or discouraged, I try to live happily. I have a dog as a friend, I play with it, I grow trees; it helps me to relax.”

Discussion

This study demonstrated that caregivers were the closest contact of the patients with cancer, constantly responsible for the care of the patient, a fact that has also been reported in other studies.¹⁸ Caregivers’ problems most frequently concerned they are coping with the situation mentally, their fears, and existential/spiritual questions. These came together with stress-related physical symptoms. Other researchers found that caregivers had a greater prevalence of affective disorders than patients.^{19, 20}

One requirement of caregivers and patients at home is pain alleviation. The majority of caregivers noted that their patients suffered mainly from pain and they faced difficulty managing it. Such difficulty has also been confirmed by other studies.²¹ Recent studies^{22,23} have evaluated the administration of strong opioids among patients with cancer and concluded that fentanyl in the transdermal patch formulation can be used effectively and safely for pain management among patients with cancer while additionally being easy for caregivers to use.

Fear concerning the patient’s future was the most frequent spiritual problem caregivers encountered. Most caregivers managed to solve their problems, such as lack of autonomy and bad mood, which they developed during the period they cared for the patient with cancer, by themselves.

Caregivers also indicated a wish for more professional attention to problems in the quality of care: coordinating care, accessing care provision, and having the opportunity to consult another doctor. Many caregivers would like more information to be given in writing. Caregivers are confronted with a new and emotionally challenging situation, which makes asking the right questions on the spot difficult. The situation also reduces a caregiver’s capability to process new information, and it may be necessary to offer information several times before the family can understand and assimilate it.²⁴

The findings of the present study agree with those presented in the literature²⁵ reporting that anxiety and depression were common among patients and their caregivers. These feelings might represent a reaction to the disease, or they might result from it. These feelings are effectively managed with psychopharmacologic and psychotherapeutic approaches. Modern antidepressants and sleeping pills are better tolerated and might be safely administered or be withdrawn when the symptoms regress.²⁶

Another issue that is scarcely reported in the literature is the presence of spiritual or religious problems.²⁷ Questionnaires measuring the quality of life usually focus on the medical problems that caregivers face and it would be generally unusual to discuss spiritual issues between researchers, patients, and caregivers.

The findings demonstrated that reframing and accepting the illness, adaptability dealing with stress use of intentional activities were effective

ways to reduce the burden of care and maintain the care for patients exhibiting mental deterioration. Religion and spirituality are significant resources in adapting to stressful life events. Moreover, assistance from family members, health care services, and social support are keys to caring for patients. The support of the family members in terms of assisting the care, emotional support, and financial resources also reduces the burden of care. Medical service support can also help caregivers gain knowledge, experience, trust in caregiving, and encourage them in the caregiving role. The knowledge and understanding gained from caring for these patients also produced positive effects on the caregivers themselves as they could share with others in the community.

Conclusion

The care of patients with cancer presents a series of problems for caregivers as many remain undetected: fear of an unpredictable future, accepting the patient's disease, fatigue, depressed mood, difficulty in showing emotion. The diagnosis and acknowledgement of these problems by health workers might contribute to offering practical help and finding solutions to assist with the difficult tasks of these caregivers. Illness and death are and will be an inevitable and integral part of human life. How we recognize and manage the needs of patients experiencing a terminal disease and those of their family members demonstrates the degree of society's maturity. The difference in duration of caregiving maybe affects the attitudes of caregivers

Acknowledgements

The author would like to express our gratitude to the participants and the PMK Oncology Clinic, Phramongkutklao Hospital, and Wallada Chanruangvanich¹⁷ for the Thai versions of the PNPC-c.

Table 1. Basic Characteristics

Characteristics	N (%)
Caregivers	
Age, mean 52.45 years	
Gender	
Women	20 (80.0)
Men	5 (20.0)
Relationship to patient	
Son/daughter	5/6 (44)
Spouse	7 (28)
Grandchildren	4 (16)
Daughter-in-law	3 (12)
Others	0 (0)
Marital status	
Single	13 (52)
Married	10 (40)
Separated	2 (8)
Education level	
Primary school	3 (12)
Secondary school	1 (4)
Bachelor degree	19 (76)
Higher than a bachelor's degree	2 (8)
Health status	
Healthy	8 (32)
Ill	13 (52)
Never checked	4 (16)
Time spent caregiving per day (hours)	
<8	6 (24)
8-12	4 (16)
>12	15 (60)
Duration of caregiving, mean 3.45 years	
Care assistant	
Yes	19 (76)
No	7 (28)
Sleep time (hours)	

Characteristics	N (%)
<6	6 (24)
6-8	13 (52)
>8	6 (24)

Table 2. Top 20 Problems and Needs for Palliative Care (N = 25)

Top 20 Problems ('yes' and 'somewhat')	N	%	Top 20 Needs for More Attention	N	%
Fear of an unpredictable future	20	80	Knowing what physical signs I should notice	17	68
Accepting the patient's disease	19	76	Fear of an unpredictable future	15	60
Fatigue	19	76	How I should handle the patient's pain?	15	60
Depressed mood	17	68	Lack of information in writing (inability to reread information)	15	60
Difficulty in showing emotion	16	64	Difficulty in coordinating the care of different professionals	14	56
Hope for the future	16	64	Extra expenditure because of the disease	14	56
How I should handle the patient's pain?	16	64	Difficulty in getting access to help from agencies/professional organizations	13	52
Anxiety for my health	15	60	Difficulty in getting a second opinion from another doctor	13	52
The meaning of death	14	56	Insufficient adjustment of hospital care to the home situation	13	52
Activities to relax	14	56	The possibility of choosing another care provider	11	44
Knowing what physical signs, I should notice	13	52	Changing tasks and responsibilities in the family	11	44
Not wanting to leave the patient alone	13	52	Hope for the future	11	44
Muscle pains or painful joints	13	52	Difficulty in showing emotion	11	44
Sleeping problems	12	48	Anxiety for my health	10	40
Asking for help	12	48	Activities to relax	10	40
Making decisions	12	48	How I can help the patient to fill the days?	9	36
Experiencing difficulty in remembering what I was told	12	48	Accepting the patient's disease	9	36
Difficulty in coordinating the care of different professionals	11	44	The insecurity of the availability of a hospital bed if needed (acutely)	9	36
Difficulty in seeing any positive aspects of the situation	11	44	The contact with (one of) my children	9	36
Continuing doing the things I do for others	11	44	Reduced income because of the disease	9	36

Table 3 Theme and Codes of the Participants After the Interview.

Themes	Codes
Resilience and coping strategies to continue caregiving role	Love, gratitude, reciprocity, good relationship Knowledge of patients and their caregiving
Methods of problem solving	Assistance, psychologic support, family members, health care provider Religious beliefs including mindfulness, physical activity, and hobbies

Reference

1. International Agency for Research of Cancer. Globocan 2008: Cancer incidence and mortality worldwide. available from: <https://www.iarc.fr/media-centre-iarc-news-29/> (verified on July 31st, 2020)
2. World Health Organization. Cancer (2018) available from: <http://www.who.int/cancer/en/> (verified on July 31st, 2020)
3. National Cancer Institute. Department of Medical Services. National Cancer Control Programs(2013-2017). 2013; 9. available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/NCCP_2556-2560.pdf. (verified on July 31st, 2020)
4. Kuyper MB. On the background: a study of the problems of spouses of patients with chronic disease [Op de achtergrond, Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte] [dissertation of the University Nijmegen, the Netherlands]. Amsterdam: Thesis Publishers; 1993.
5. Proot IM, Huijter Abu-Saad H, ter Meulen RHJ, Goldsteen M, Spreeuwenberg C, Widdershoven G. The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliat Med*. 2004;18(1):53-61.
6. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24(2):91-96.
7. Barbabella F, Poli A, Santini S et al (2018) The role of informal caregivers in long-term care for older people. In: Boll T, Ferring D, Valsiner J (eds) *Cultures of care in aging*. Information Age Publishing, Charlotte, pp 193–212.
8. Knodel J, Teerawichitchainan B, Prachuabmoh V, Pothisiri W. The Situation of Thailand's Older Population: An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. HelpAge International; 2015.
9. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin printing and publishing; 2016.
10. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999; 282:2215-9.
11. Connell CM, Gibson GO. Racial, ethnic, and cultural differences in dementia caregiving: review and analysis. *Gerontologist* 1997; 37(3): 355-364.
12. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study. *Psychol Aging* 2000; 15(2): 259-271.
13. Schulz R, Newsom J, Mittelmark M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving: the caregiver health effects study: an ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Ann Behav Med* 1997; 19(2):110-116.
14. Schulz R, Beach SA. Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999;282(23): 2215-2219.
15. Pruncho RA, Potashnik SL. Caregiving spouses: physical and mental health in perspective. *J Am Geriatr Soc*.1989; 37:697-705.
16. Bart H.P. Osse, Myrra J.F.J Vernooij-Dassen, Egbert Schade, Richard P.T.M Grol . Problems Experienced by the Informal Caregivers of Cancer Patients and Their Needs for Support. *Cancer nursing* 2006; 378-378.

17. Suphasiri Chiangta, Wallada Chanruangvanich, Orapan Thosingha, Phawin Keschool. Relationship between Head & Neck Cancer Patients and Their Caregivers in Terms of Palliative Care Needs. *Thai Journal of nursing council*. 2560.
18. Proot IM, Abu-Saad HH, ter Meulen RH, Goldsteen M, Spreeuwenberg C, Widdershoven GA. The needs of terminally ill patients at home: Directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliative Medicine* 2004; 18: 53–61.
19. Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. Physical and psychosocial needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Palliat Med*. 1999;13(1):45-50.
20. Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliat Med*. 1994; 8:183-196.
21. Hanks GW, Conno F, Cherny N et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC recommendations. *The British Journal of Cancer* 2001; 84: 587–593.
22. Mystakidou K, Befon S, Kouskouni E et al. From codeine to transdermal fentanyl for cancer pain control: A safety and efficacy clinical trial. *Anticancer Research* 2001; 21: 2225–2230.
23. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E et al. Pain management of cancer patients with transdermal fentanyl: A study of 1828 step I, II, & III transfers. *Journal of Pain* 2004; 5: 119–132.
24. Vess JD, Moreland JR, Schwebel AI, Kraut E. Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *J Psychosoc Oncol*.1988;6:31-51.
25. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer Journal* 2006; 12: 388–397.
26. Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schadé E, Grol RP. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing* 2006; 29: 378–388.
27. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine* 1995; 9: 207–219.



สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.)
126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่
Website: www.pcfmjournal.com