

PCFM



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว | Journal of Primary Care and Family Medicine

Vol. 3 No.2 May - August 2020

ISSN 2651-0553

The
COVID-19
Pandemic



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อารัมรัตน์
ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์รัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.ชัยสิทธิ์ อังกระวานนท์
นพ. ปกรณ์ ทองวิไล
นพ.สตาจด์ คุกผล
นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย แขวง
บางกะปิ 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

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทราโรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email:
pcfmjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี
รศ.นพ.อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์
รศ.พญ.สรญา แก้วพิบูลย์
ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์
ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ
ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์
ผศ.พญ.ปัทมา โภษะบุตร
ผศ.ดร.ภัทรธรรณ ไชยสุริยา
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
นพ.กรภัทร มยุระสาคร
พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์
พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล
นพ.นนท์ ไสวันณะ
พญ.อรารอน ตะเวทิพงศ์
พญ.ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา
ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ
ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม
ภก.อดุลพร ทองอิม
ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพินธุ์
ดร.สุรศักดิ์ อธิคมานนท์
นส.สุริรัตน์ ธนากิจ
นส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournal.com



X THAIJO

ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

ผ่านระบบ online journal system

3 ขั้นตอนง่าย ๆ

เริ่ม 1 เมษายน 2563



1

เตรียมบทความ
ฉบับสมบูรณ์



2

ลงทะเบียนใน
ระบบ THAIJO



3

ส่งบทความ
online ได้ทันที

สะดวก รวดเร็ว มาตรฐาน TCI



Submit or Subscribe now!@

www.pcfmjournal.com

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว Journal of Primary Care and Family Medicine



บทบรรณาธิการ 1 5

ศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิและทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย
ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ 1 9

กิตติกรรมประกาศ 1 11

บทความพิเศษ

The health care system after the COVID-19: New Normal or Permanent
change? 1 12

บทความปริทัศน์

การบริการสุขภาพที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (บทความ
ปริทัศน์) 1 19

บทเรียนจากพื้นที่

ผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ที่มีต่อการเรียนของแพทย์
ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรง
พยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 1 30

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อ
ในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน 1 39

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ โรง
พยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 1 51

ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอน
ปลายตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง 1 74

ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารชะลอไตเสื่อมในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี 1 87

บทบรรณาธิการ

ศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิ และทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา



แพทย์หญิงสุพัตรา
ศิริวิชชากร

นายกสมาคมแพทย์เวช
ปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์
ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ในช่วงระยะของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เห็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงการจัดการของรัฐบาลและระบบบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งปฏิกิริยาของประชาชนและสังคมต่อภาวะการติดเชื้อและการควบคุมการระบาดนี้ ที่มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงในแต่ละภูมิภาคของโลก อันเชื่อมโยงกับรากฐานทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจของสังคมนั้น ๆ ในประเทศที่มีระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และประชากรในสังคมมีวินัย มีพื้นฐานความเข้าใจในการจัดการตนเองได้ดี ก็จะเป็นประเทศที่ประชาชนสูญเสียชีวิตจากการติดเชื้อ และได้รับผลกระทบด้านลบไม่มาก ตัวอย่างเช่น ประเทศนิวซีแลนด์ ไต้หวัน ประเทศที่แม้มีระบบบริการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า แต่หากการจัดการระบบบริการสุขภาพไม่ได้ทำให้เกิดความเท่าเทียม ทั้งถึง ไม่มีระบบที่ประกันสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วหน้า ประชาชนก็จะยังได้รับผลความสูญเสียจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส และกลุ่มเปราะบาง

ประเทศไทยถือว่าอยู่ในกลุ่มประเทศที่อยู่ระหว่างกลางค่อนข้างไปทางระบบที่ดี ที่มีโครงสร้างระบบบริการสุขภาพพื้นฐานกระจายได้ทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบ ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์เพื่อการรักษา และการจัดการควบคุมโรค ก็มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นได้ทันต่อเหตุการณ์การระบาด จนทำให้ภาวะการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยอยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่มาก และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคนี้น้อย ทำให้ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับต้น ๆ ของประเทศในโลกที่จัดการกับโรคระบาดนี้ได้ดี เหตุการณ์ความสำเร็จครั้งนี้เป็นสิ่งที่คนไทย และชาวสาธารณสุขไทยควรภาคภูมิใจ และทบทวนเรียนรู้ต่อความสำเร็จที่เกิดขึ้น เพื่อการพัฒนาต่อยอดที่ต่อเนื่องต่อไป

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดขึ้นใหม่ บนฐานการติดเชื้อระหว่างคนกับคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผ่านระบบความสัมพันธ์และการสัมผัสระหว่างกันของคนในสังคมที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก อันเป็นผลให้โรคนี้ได้ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว แสดงถึงภาวะโลกาภิวัตน์ที่เชื่อมโยงทุกส่วนทุกมุมของโลก ทั้งที่เชื่อมโยงด้วยทางกายภาพ และการสื่อสารข้อมูลข่าวสารระหว่างกันและกัน เป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึงภาวะเชื่อมโยงมิติทางด้านการแพทย์ การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่ชัดเจน ทั้งในมุมที่เป็นปัจจัยที่ก่อเกิดโรคระบาด และในด้านผลกระทบจากโรค ฉะนั้น การจัดการเรื่องนี้ให้สำเร็จราบรื่น จึงจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการให้ดีทั้งในด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ การจัดการด้านอารมณ์ ความตระหนักตกใจของประชาชน และการดูแลเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ยังสามารถป้องกันการติดเชื้อ และการกระจายโรคได้ด้วย

ประเทศไทยมีการลงทุนพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพภาครัฐมาอย่างต่อเนื่องกว่า 40 ปี จนทำให้ประเทศไทยมีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นด่านแรก กับโรงพยาบาลที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทั่วทั้งประเทศ รวมทั้งเชื่อมโยงกับภาค

ประชาชน กับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมประชากรเกือบทุกคนในทุกชุมชน ทุกหมู่บ้าน อีกทั้งมีระบบการจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง ในลักษณะการเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร และสามารถจัดการนำเงินงบประมาณมาสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในยามฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว จึงทำให้เครือข่ายการเฝ้าระวัง คัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัย การแยกตัวผู้ติดเชื้อ และการรักษาพยาบาล สามารถทำได้อย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ลดผลกระทบและลดการแพร่ระบาดได้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม แม้จะมีความแตกต่างกันบ้างในระดับของคุณภาพการดูแล และการจัดการของแต่ละพื้นที่บ้างก็ตาม

“...ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระบบพื้นฐานส่วนใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ได้มีบทบาทให้บริการที่ผสมผสานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้ดำเนินการแบบแยกส่วน จึงทำให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิสามารถปรับตัวทำหน้าที่ในภาวะวิกฤตอย่างเช่นการระบาดครั้งนี้..”

ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระบบพื้นฐานส่วนใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ได้มีบทบาทให้บริการที่ผสมผสานทั้งในด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้ดำเนินการแบบแยกส่วน จึงทำให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิสามารถปรับตัวทำหน้าที่ในภาวะวิกฤติอย่างเช่นการระบาดครั้งนี้ ทำหน้าที่จัดบริการเพื่อการควบคุม ป้องกันโรค เป็นรั้วป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว มีระยะช่องว่างของการเตรียมการไม่นาน อีกทั้งพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิกับอาสาสมัคร และประชาชนในพื้นที่ จึงช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจ มีความมั่นใจต่อการบริการของรัฐ ลดความตระหนกตื่นกลัว ความหวาดระแวงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อโรคนี้ได้ อย่างราบรื่น อีกทั้งไม่ได้ทอดทิ้งกลุ่มผู้ยากไร้และกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ อย่างที่พบได้ในหลายประเทศ

ท่ามกลางการจัดการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน และบางพื้นที่ได้เข้าไปเป็นผู้นำในการจัดการภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ได้ใช้ศาสตร์วิชาทักษะในการสื่อสาร การเข้าใจภาวะความทุกข์ ความเชื่อมโยงมิติทางการแพทย์กับมิติทางด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ของคนในสังคม ลงไปช่วยจัดการให้ประชาชนมีการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความตระหนก ความ

“.... ภาวะวิกฤติของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่กระตุ้นให้ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวได้มีโอกาสแสดงออกอย่างเต็มที่..”

หวาดระแวง ลดการตีตราต่อภาวะการระบาดที่แพร่เข้าไปในแต่ละชุมชน และได้ใช้ทุนความสัมพันธ์ ความศรัทธาที่มีกับประชากรในพื้นที่รับผิดชอบในการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการ

สื่อสารสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นไลน์กลุ่ม เพชบุ๊ก การสื่อสาร การประชุมผ่านซูม เพื่อปรึกษากันระหว่างทีมแพทย์กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน มีการริเริ่มพัฒนากิจกรรมนวัตกรรมบริการต่างๆ เช่น บริการส่งยาถึงบ้าน แทนการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพื่อเลี่ยงการสัมผัส ลดการแออัดในหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้บริการโดยตรงต่อหน้าได้ ทำให้บริการสุขภาพยังดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้หยุดชะงัก อีกทั้งยังช่วยทำให้ลดความแออัดของบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลต่าง ๆ อีกด้วย

ทั้งหมดนี้ แสดงถึงความสำเร็จ ความเข้มแข็งของกระบวนการขับเคลื่อนงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ที่เป็นฐานรากที่กระจายอย่างทั่วถึง เป็นหัวหอกในระดับพื้นที่ทำหน้าที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บูรณาการด้านการแพทย์ การควบคุมป้องกันโรค เชื่อมโยงกับเครือข่ายการจัดการทางสังคมในชุมชน ภายใต้การเชื่อมโยงกับนโยบาย และการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ

ภาวะวิกฤติของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่กระตุ้นให้ศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวได้มีโอกาสแสดงออกอย่างเต็มที่ ทำให้สังคมภาคส่วนต่าง ๆ ได้รับรู้เข้าใจถึงจุดเด่น และศักยภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม สามารถให้บริการที่มีคุณภาพ มีความละเอียดอ่อนต่อความแตกต่างทางสังคมของประชาชนที่รับบริการ ประยุกต์ได้เหมาะกับบริบท และน่าจะเป็นโอกาสที่ทำให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้เห็นถึงจุดที่ยังเป็นช่องว่างของการดำเนินงานที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม และได้เข้าใจถึงศักยภาพ ความสามารถของตนเองในการเดินหน้าต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ



“...ในพื้นที่ อ. เมืองชลบุรี ช่วง 10 มีนาคม - 10 เมษายน 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 23 ราย ซึ่งเป็นการติดเชื้อจากการสัมผัสโรคในกลุ่มผู้ป่วยมาจากสนามมวยในกรุงเทพฯ พบ High risk contact จำนวน 205 ราย กลไกการดำเนินงานต้องอาศัยความเข้มแข็ง ใน 3 ด้านได้แก่ 1) โครงสร้างการทำงาน (2) ความรู้ทางการแพทย์ และ (3) การปรับตัวและพัฒนางานด้านบริการ...”

เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

วิกฤตโควิด 19 ได้สร้างบทเรียนสำคัญต่อการสาธารณสุขและการปรับตัวของทีมสุขภาพของประเทศไทย ปัญหาดังกล่าวไม่ใช่เรื่องการแยกส่วนการทำงานของทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ทุกคนมีโอกาสได้รับความเสี่ยงในการติดเชื้อและมีโอกาสในการวางแผนแนวทางการทำงานใหม่ให้กับประชาชนในพื้นที่

ในพื้นที่อำเภอเมืองชลบุรี ช่วงวันที่ 10 มีนาคม - 10 เมษายน 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 23 ราย ซึ่งเป็นการติดเชื้อจากการสัมผัสโรคในกลุ่มผู้ป่วยมาจากสนามมวยในกรุงเทพฯ พบ High risk contact จำนวน 205 ราย กลไกการดำเนินงานต้องอาศัยความเข้มแข็ง ใน 3 ด้านได้แก่

- 1. โครงสร้างการทำงาน** โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยท่านนายอำเภอเป็นประธานในการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ในการสนับสนุนยานพาหนะในการรับส่งผู้ป่วย และการส่งกลุ่ม High risk contact มาตรวจในโรงพยาบาล ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้กักกันตนเองในกลุ่มเสี่ยง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขในการเชื่อมความช่วยเหลือด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กลุ่มมีปัญหาด้านเศรษฐกิจฐานะได้รับการดูแลและช่วยเหลือปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้สามารถกักกันตนเองที่บ้านให้ครบ 14 วันตามเกณฑ์
- 2. ความรู้ทางการแพทย์** เน้นการเชื่อมโยงและการจัดการองค์ความรู้ในการทำงานโดยได้รับความร่วมมือจากงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักควบคุมโรคเขต 6 อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องการควบคุมการติดเชื้อ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง งานควบคุมโรคโรงพยาบาลชลบุรี และทีมพยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง ได้มีการทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในกระบวนการการดูแลในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน แนวทางการดูแลกลุ่ม High risk contact หลังจากการตรวจคัดกรองและการกักกันตนเองที่บ้าน มีการประชุมทีมงานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี ในการวางแผนการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และกลุ่มกักกันตนเองที่บ้านเพื่อสร้างระบบและแนวทางการติดตามชัดเจน การจัดอุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ให้กับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานและซักซ้อมการสวมใส่ชุด PPE โดยทีมพยาบาล IC หัวใจสำคัญในการดูแลเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

3. การปรับตัวและพัฒนางานด้านบริการ ด้านการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับชุมชน ร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น สื่อภาคเอกชน สร้างความเข้าใจในชุมชนและยอมรับผู้ป่วยโรคโควิด 19 กลับสู่ครอบครัวและชุมชน สร้างมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยมารับบริการ ในสถานบริการพร้อมกับการจัดบริการคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

ความท้าทายและโอกาสพัฒนาในระบบปฐมภูมิในอนาคต มีการพัฒนาต่อยอด การให้บริการผู้ป่วยโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล การจัดการส่งยาทางไปรษณีย์ การมีภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเภสัชกรที่มียาชุมชนอบอุ่นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถควบคุมโรคได้ดีเพื่อลดจำนวนครั้งการมารับบริการในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ

ท้ายที่สุด ผู้เขียนเห็นว่าการมีวิกฤตทำให้เกิดโอกาสในการจัดรูปแบบการดูแลประชาชนในพื้นที่และการพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งชาวปฐมภูมิมีทีมเดินเคียงข้าง สนับสนุนการเกิดรูปแบบการทำงานใหม่ ๆ ในอนาคตต่อไป

แพทย์หญิงโสรยา วงศ์วิไล

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี



ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

นพ.อนุวัตร แก้วเชียงหวาง	โรงพยาบาลคำชะอี
นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พญ.ธนิษฐา ศิริรักษ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.พ.ท.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผศ.พญ.พัทธวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นพ.พรพรหม โนนจ้อย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

บทความพิเศษ

The health care system after the COVID-19: New Normal or Permanent change?

นายแพทย์ภูมิใจ สรเสณี

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและ
เวชศาสตร์ป้องกัน

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Email: ezipnary@gmail.com

บทนำ

“This storm will pass. But the choices we make now could change our lives for years to come”

ประโยคเก๋ไก๋นำขึ้นต้นบทความ The world after coronavirus ของนักเขียน **Yuval Noah Harari**¹ เจ้าของหนึ่งในหนังสือที่โด่งดังที่สุดแห่งยุคที่เรา รู้จักกันดี **Sapiens: A Brief History of Humankind** และอีกมากมาย บทความฉบับนี้กล่าวถึงความเป็นไปได้ของโลกที่จะเปลี่ยนไปหลังการระบาดของเชื้อ SAR-CoV-2 หรือ ที่เราเรียกกันว่าโรค COVID-19 แม้ในบทความดังกล่าวจะมีได้เน้นแค่เรื่อง การเปลี่ยนไปของระบบสาธารณสุขหรือทางการแพทย์ แต่มีหลาย ๆ ปัจจัยที่สอดคล้องและมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำมาเชื่อมโยงเพื่อตอบคำถามที่ว่า หลังการระบาดจบสิ้นลงระบบสาธารณสุขจะมีหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อะไรสมควรคงอยู่ อะไรที่จะโดนแทนที่ หรืออะไรควรเรียกว่า **ความปกติในรูปแบบใหม่หรือ “New Normal”**

ก่อนที่จะกล่าวถึงเนื้อหาในบทความขอสรุป ข้อมูลการระบาดและมาตรการของประเทศไทยโดยย่อ ดังนี้

นับตั้งแต่ปลายปีพ.ศ. 2562 ที่โลกพบโรคอุบัติใหม่โดยเชื้อ SARS-CoV-2 นับวันยิ่งทวีความรุนแรงไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศยกระดับการระบาดเป็นการระบาดใหญ่ไปทั่วโลกหรือ Pandemic² สำหรับประเทศไทยมีรายงานการตรวจพบโรคดังกล่าวตั้งแต่เดือน มกราคม ปี พ.ศ. 2563 ในระยะเวลา 9 เดือนมีตัวเลขผู้ติดเชื้อรวมกันมากกว่า 3500 รายภายในประเทศ³ (ข้อมูล ณ วันที่ 23 กันยายน 2563) ทั้งนี้ หลังจากรัฐบาลได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ออกมา เช่น การปิดการเข้าออกระหว่างประเทศ นโยบายปิดจังหวัด นโยบายปิดเมือง (lockdown) จำกัดการออกจากบ้านของประชาชน ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน⁴ ทำให้ดูเหมือนตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่เริ่มลดลง แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องแลกมาด้วยการดำเนินชีวิตที่ถูกจำกัด และผลเสียทางเศรษฐกิจที่ตามมา⁵ นอกจากนโยบายภาพใหญ่ของประเทศที่ช่วยชะลอการระบาด ยังมีนโยบายทางสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นมาเองในแต่ละพื้นที่ เช่น คลินิกพิเศษโรคทางเดินหายใจ (Acute respiratory infection clinic) มาตรการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่น การอนุโลมให้ญาติมารับยา

แทน การขยายระยะเวลาในการนัดโรค การส่งยาทางไปรษณีย์ เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและลดความเสี่ยงของการติดต่อโรคในบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เห็นภาพว่าบุคลากรมีวิธีการทำงานที่เปลี่ยนไป ไม่ใช่เพียงแค่การตรวจผู้ป่วยนอก แม้แต่การประชุมทางวิชาการ การเรียนการสอน ก็โดนปรับให้เข้ากับยุคสมัยที่มีการระบาด เช่น การสอนผ่านวิดีโอและการจัดประชุมผ่านสื่อออนไลน์ เป็นต้น⁶

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่า ในภาวะโรคระบาดบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องปรับตัวเข้าหาสิ่งแวดล้อมทางสังคมในรูปแบบใหม่ มาตรการและเทคโนโลยีที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์จะถูกนำมาทดลองใช้เพื่อการป้องกันการระบาดของโรค อีกทั้งงานวิจัยและการทดลองทางการแพทย์ซึ่งหากเป็นในสถานการณ์ปกติต้องใช้เวลานานในการพัฒนาอาจถูกย่นระยะเวลาในการทดลอง ผู้เขียนจะนำบทความดังกล่าวมาตีความ และสอดแทรกความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขตามหัวข้อ ดังนี้

1. การเฝ้าระวังในระดับใต้ผิวหนัง (Under-the-skin surveillance) : ในหลายประเทศรัฐบาลใช้มาตรการในการติดตามประชาชน ในระดับที่มีความเสี่ยงที่จะเกินขอบเขตความจำเป็น มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาเพื่อติดตามประชาชนตลอดเวลาเสมือนอยู่ใต้ผิวหนังของเรา ข้อดีอาจทำให้การติดตามและควบคุมโรคเป็นไปได้ทันถ่วงที

แต่ก็ต้องแลกมากับการรุกรานสิทธิของประชาชนเช่นกัน

ตัวอย่างมาตรการการเฝ้าระวังในรูปแบบใหม่ในบทความคือ “ประเทศจีนสามารถตรวจสอบสมาร์ตโฟนของประชาชนผ่านกล้องจดจำใบหน้าหลายร้อยล้านคน เพื่อตรวจสอบและรายงานอุณหภูมิร่างกายรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น ทำให้เจ้าหน้าที่อื่นไม่เพียงแต่สามารถระบุผู้ป่วยที่สงสัยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถระบุบุคคลที่เข้ามาติดต่อ (contact case) ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ อีกกรณีตัวอย่างคือ ประเทศอิสราเอล อนุญาตให้หน่วยงานความมั่นคงใช้เทคโนโลยีการเฝ้าระวังซึ่งแต่เดิมสงวนไว้สำหรับการต่อสู้กับผู้ก่อการร้ายมาใช้ในการติดตามผู้ป่วยผ่านทางการใช้อำนาจออกพระราชกำหนดฉุกเฉิน”

เห็นได้ว่า รัฐบาลและองค์กรต่างใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนมากขึ้นในการตรวจสอบและจัดการ ยิ่งไปกว่านั้นอาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงมาตรการการเฝ้าระวังจากระดับ “เหนือผิวหนัง” เป็น “ใต้ผิวหนัง”

สำหรับข้อแรกถ้าจะตีความเพื่อให้เข้ากับทางการแพทย์หมายถึง ในอนาคตหากมีนวัตกรรมที่สามารถบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ ได้อย่างครบวงจรผ่านการตรวจทางอณูชีววิทยาใต้ผิวหนังเพื่อให้ทราบค่าต่าง ๆ ในร่างกายนั้นอาจเป็นดาบสองคม มุมมองด้านข้อดีคือ ทางทางการแพทย์จะได้ทราบถึงข้อมูลจำนวนมหาศาล หรือ Big data สำหรับนำมาวิเคราะห์และ

พัฒนาทางการแพทย์แทนจะทำการทดลองแบบเดิม แต่ในแง่ความปลอดภัย อาจต้องแลกมาด้วยการรุกล้ำความเป็นอิสระความเป็นส่วนตัว (privacy) หรือข้อมูลส่วนบุคคล ที่แท้จริงแล้วควรได้รับการขออนุญาตและจัดเก็บเป็นความลับ เรื่องนี้ไม่ได้ไกลเกินตัวรายงานข่าว (21 เมษายน 2563) คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้มอบ นานิกาต้นแบบ และสนับสนุนงานนวัตกรรมนานิกาติดตามผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค หรือ PUI (Patient Under Investigation) ให้กับโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อใช้ติดตามเก็บค่าข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรค COVID-19

2. พุดดิ้งฉุกเฉิน (The emergency pudding) : Yuval Noah Harari ใช้การเปรียบเทียบ มาตรการเฝ้าระวังในปัจจุบันว่า มีแนวโน้มที่จะคล้ายคลึงกับมาตรการของประเทศอิสราเอลในอดีต กล่าวคือ “อิสราเอลได้เคยประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในช่วงปี ค.ศ. 1948 มาตรการชั่วคราวในครั้งนั้น ออกมาหลายรูปแบบตั้งแต่ การปิดกั้นข่าวสาร การยึดที่ดินเป็นของรัฐ ตลอดจนกำหนดปริมาณการผลิตพุดดิ้งและราคาไอศกรีม(เป็นที่มาของชื่อพุดดิ้ง) ท้ายที่สุดแม้สถานการณ์จะคลี่คลายแต่อิสราเอลก็ไม่ได้ยกเลิกมาตรการ “ชั่วคราว” จำนวนมากในปีค.ศ. 1948 (กว่าที่พระราชกฤษฎีกาฉุกเฉินจะถูกยกเลิกต้องรอถึงปีค.ศ. 2011)”

ในทำนองเดียวกัน ในอนาคต แม้ว่าการติดโรค COVID-19 จะลดลง รัฐบาลอาจไม่ยอมยกเลิกมาตรการที่ดำเนินอยู่บางมาตรการ ที่ส่งผลดีต่อการทำงานของภาครัฐ เช่น ระบบติดตามยืนยันตัวบุคคล นอกจากใช้ดูแลโรคระบาดได้แล้วนั้นอาจปรับมาใช้ในการติดตามอาชญากรรมได้ แต่อย่างไรก็ตามนั้นก็ไม่ใช่อุดประสงค์ของมาตรการที่ออกมาในตอนแรก มีหน้าซ้ำยังเป็นการลิดรอนสิทธิของประชาชน หรือการแอบแฝงนำข้อมูลบางอย่างไปใช้ประโยชน์เพื่อการอื่นที่ต่างจากข้อตกลงในตอนแรก

ประเด็นนี้หากมองในมุมมองแพทย์และมองด้วยใจเป็นกลางถือว่าเป็นหัวข้อที่ยากและท้าทายที่จะตั้งคำถามกับสังคมว่า เราจะทำอย่างไรให้เกิดสมดุลระหว่างความเป็นส่วนตัวและสุขภาพ ซึ่งถือเป็นหัวข้อที่เป็นข้อพิพาท (dilemma) ในเวชปฏิบัติอยู่บ่อยครั้ง เช่น มาตรการ lockdown เป็นมาตรการที่ได้ผลที่สุด มาตรการหนึ่ง แต่ก็ต้องแลกมาด้วยการจำกัดอิสรภาพความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ มาตรการที่ได้ผลในประเทศหนึ่งอาจจะไม่ได้ผลกับอีกประเทศ มีการประท้วงมากมายในประเทศสหรัฐฯ หลังการประกาศ lockdown ในหลาย ๆ รัฐจนทำให้มีการระบาดที่ไม่สามารถควบคุมได้

หากจะดึงเข้าสู่หลักการทางเวชศาสตร์ครอบครัว มีความเห็นว่าการที่จะกำหนดนโยบาย(implement) นโยบายใด ๆ นอกจากการประเมินข้อดีข้อเสียในเชิงสถิติอาจต้องประเมิน background,

idea, feeling และแนวโน้มความร่วมมือ
ของประชาชนในประเทศร่วมด้วยเสมอ

ในบริบทของประเทศไทย มีการ
ใช้มาตรการ lockdown เพื่อป้องกันการ
ระบาดของโรคซึ่งหากเทียบกับประเทศอื่น
ถือว่าประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งต้องยก
ความดีความชอบให้ประชาชนในประเทศที่
ร่วมมือกันได้อย่างดี แต่ในแง่ของการ
รักษาสมดุลระหว่างมาตรการที่เข้มแข็งกับ
การนำไปใช้ในระบยาวอาจต้องใช้เวลา
เป็นข้อพิสูจน์ รวมถึงการคำนึงถึงปัจจัย
อื่น อาทิเช่น ความเสียหายทางเศรษฐกิจ
ที่จะตามมา ซึ่งในทางปฏิบัติจำเป็นต้อง
ปรับแก้ไขให้ทันกับสถานการณ์ขณะนั้น
หรือภาพรวมการระบาดทั่วโลก สิ่งสำคัญ
คือ รัฐ ต้องใช้อำนาจในขอบเขตที่จำเป็น
และไม่หวังผลประโยชน์แอบแฝงนอกจาก
การควบคุมการระบาด

**3. ตำรวจสบู่ (The soap
police) :** ในบทความเสนอคำที่น่าสนใจ
คือ “การเลือกกระหว่าง การเฝ้าระวังแบบ
เผด็จการ (totalitarian surveillance)
และการเพิ่มขีดความสามารถของ
ประชาชน (citizen empowerment)”
จากการถอดบทเรียนจะพบว่าโมเดลที่
ประสบความสำเร็จในประเทศเกาหลีใต้
ไต้หวันและสิงคโปร์ พบสิ่งที่คล้ายคลึงกัน
คือ ประเทศเหล่านี้มีสามารถนำเทคโนโลยี
การติดตามมาใช้ได้อย่างเหมาะสมและ
รวดเร็วก็จริง แต่นั่นอาจไม่ใช่สาเหตุหลัก
สำคัญที่ ทำให้สามารถควบคุมการระบาด
ได้ บางประเทศใช้การบังคับแบบเบ็ดเสร็จ
เพื่อให้ประชาชนทำตามแนวทาง แต่

แท้จริงแล้วปัจจัยที่สำคัญอีกประการคือ
การนำเสนอข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องจาก
รัฐบาลและการให้ความร่วมมือจากภาค
ประชาชน หากประชาชนได้รับข้อเท็จจริง
ทางการแพทย์ และเกิดความไว้วางใจใน
หน่วยงานสาธารณสุขจะทำให้ประชาชนมี
แรงจูงใจในการปฏิบัติตาม

ความร่วมมือที่เกิดจากความรู้มี
ประสิทธิภาพมากกว่าการที่ประชาชนถูก
เฝ้าติดตาม Yuval เปรียบเทียบว่า “ทุกวัน
นี้ผู้คนหลายพันล้านคนล้างมือมิใช่เพราะ
กลัวตำรวจสบู่ แต่เป็นเพราะพวกเขาเข้าใจ
ข้อเท็จจริง ผู้คนล้างมือด้วยสบู่เพราะมี
ความรู้เรื่องไวรัสและแบคทีเรียและเข้าใจว่า
เชื้อเหล่านี้ทำให้เกิดโรคซึ่งการล้างมือสบู่
กำจัดมันได้”

การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี
ใหม่ ๆ นั้นให้ประโยชน์ แต่เทคโนโลยีเหล่านี้
ไม่ควรให้อำนาจแก่ประชาชนสามารถเลือก
ให้ข้อมูลส่วนตัวได้และอนุญาตให้รัฐบาล
รับผิดชอบเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นหรือเป็น
ภัยต่อส่วนรวม ความรู้ที่เหมาะสมนำไปสู่
ความร่วมมือจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการ
ขับเคลื่อนมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ
เทียบเคียงกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่
ทันสมัย

ประเด็นข้างต้นส่วนตัวผู้เขียน
รู้สึกชอบเป็นพิเศษ เนื่องจากทำให้ได้
บททวนว่าทุกวันนี้แพทย์ปฏิบัติกับผู้ป่วย
โดยอิงแค่มุมมองทางการแพทย์เป็น
สำคัญเพียงอย่างเดียวหรือไม่ หลาย ๆ
ครั้งที่แพทย์แนะนำหรือให้การรักษาโดยไม่

ได้อ้างอิงจากความคิดของตัวผู้ป่วยเอง เปรียบเสมือนแพทย์ทำหน้าที่ตำรวจสบู่ในบทความ เฝ้ามองและบังคับให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโดยไม่ได้อิงถึงบริบทของผู้ป่วย

ในยุคการระบาดมีหลาย ๆ ครั้งที่แพทย์ต้องเลื่อนการรักษาออกไปหลายเดือนหรือการรับยาแทนโดยญาติ ในกรณีผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการมาโรงพยาบาล คำถามที่ควรตั้งต่อไปคือ เป็นไปได้ไหมว่า ในอนาคตหากทั้งสองฝ่ายมีความเชื่อใจกันมากพอเราอาจพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้สื่อเทคโนโลยีในการติดตามมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ แต่ใช้การตรวจผ่านระบบออนไลน์ เจาะเลือดใกล้บ้าน รับยาที่ร้านขายยา มาพบแพทย์ปีละครั้งถึงสองครั้ง (กรณีที่ผลตรวจดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) แทนการมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ หรือการใช้ระบบสนทนาออนไลน์แทนการเยี่ยมบ้านในบางกรณี เพื่อเพิ่มจำนวนครั้งการเยี่ยมและสะดวกกับบุคลากร แต่แน่นอนว่าระบบเหล่านี้หากจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความร่วมมือและความเชื่อใจของทั้งสองฝ่าย แพทย์ต้องเชื่อว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้และผู้ป่วยเองก็ต้องปฏิบัติตาม แม้จะไม่มีตำรวจสบู่ในบทความมาเฝ้าดู

อีกมาตรการในสถานการณ์ COVID-19 ของประเทศไทย ที่อ้างอิงทฤษฎีดังกล่าวคือ มาตรการ ไทยชนะ ที่มีการใช้การบันทึกข้อมูลการเดินทางผ่าน application มาตรการนี้จะสำเร็จได้นั้น

ส่วนหนึ่งนอกจากการออกแบบ application ให้เหมาะสม ไม่ใช้งานยากจนเกินไป ประชาชนต้องให้ความร่วมมือในลักษณะที่ไม่รู้สึกว่าเป็นการบังคับ แต่เชื่อว่าการร่วมมือเพื่อทำสิ่งดังกล่าวสามารถเกิดประโยชน์ในภาพรวม

4. แผนการระดับโลก (We need a global plan) : การระบาดของ COVID-19 ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญระหว่างการเลือกระหว่างการแบ่งแยกของชาตินิยม (nationalist isolation) และการเป็นปึกแผ่นของโลก (global solidarity) การระบาดที่เกิดขึ้นถือเป็นปัญหาระดับโลก ดังนั้นจะแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือระดับโลกเช่นกัน การแบ่งปันข้อมูลถือเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหา การถอดบทเรียนจากประเทศหนึ่งสามารถนำไปสู่การป้องกันที่ดีขึ้นในอีกประเทศได้ รวมทั้งการร่วมมือในเชิงนโยบาย อาทิเช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค การทดลองการรักษาทางการแพทย์ การผลิตและพัฒนายาหรือวัคซีนร่วมกัน สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้นั้นเราต้องมีความร่วมมือระดับโลกและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่แทบจะไม่ทำสิ่งเหล่านี้แต่เดิม สหรัฐอเมริกาคือผู้นำระดับโลก แต่รัฐบาลสหรัฐฯในปัจจุบันได้สละตำแหน่งผู้นำ (อาจเพราะสหรัฐฯยังแทบเอาตัวเองไม่รอดจากโรคระบาด) นโยบายความยิ่งใหญ่ของสหรัฐฯดูเหมือนจะสำคัญมากกว่าขนาดของมนุษยชาติ แต่

กระนั้นเองในบทความยังเสนอแนะว่า “ทุกวิกฤตก็เป็นโอกาสเช่นกัน อาจหวังว่าการระบาดของโรค COVID-19 ในครั้งนี้จะช่วยให้มนุษย์ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการแบ่งแยก มนุษยชาติจำเป็นต้องเลือก เราจะเดินทางไปตามเส้นทางของการแบ่งแยกหรือเราจะยอมรับเส้นทางแห่งความเป็นปึกแผ่น หากเราเลือกการแบ่งแยกสิ่งนี้จะไม่เพียงแต่ยึดเยื้อวิกฤตแต่จะส่งผลให้เกิดภัยพิบัติที่เลวร้ายยิ่งขึ้นในอนาคต หากเราเลือกความเป็นปึกแผ่นของโลกมันจะเป็นชัยชนะไม่เพียงแต่ต่อต้าน COVID-19 แต่สำหรับอนาคตอาจส่งผลกระทบต่อวิกฤตอื่น ๆ ของมนุษยชาติในศตวรรษที่ 21”

ประเด็นสุดท้าย Yuval ชวนให้เห็นว่าเมื่อมีวิกฤต ประเทศส่วนใหญ่มักมีมุมมองที่เอาตัวเองรอด ก่อนที่จะเห็นข้อดีถึงความร่วมมือ จึงอยากสะกิดให้ผู้อ่านได้เห็นถึงความสำคัญของการร่วมมือระหว่างประเทศเป็นสำคัญ ล่าสุดก็ได้เห็นการแบ่งฝักแบ่งฝ่ายไม่ว่าจะเป็นประเด็นของไต้หวันออกมาวิจารณ์การทำงานของ WHO⁸ หรือสหรัฐอเมริกาประกาศเชิงขู่ว่าจะตัดงบประมาณ WHO⁹ อินเดียประกาศลดการส่งออกยา Hydroxychloroquine ที่มีแนวโน้มจะช่วยลดอาการของโรค(แม้สุดท้ายที่สุดจะยกเลิกประกาศตามคำขู่ของโดนัล ทรัมป์)¹⁰ 3 เหตุการณ์ที่ยกขึ้นมาล้วนเกิดขึ้นภายหลังบทความของ Yuval ทั้งสิ้น สำหรับประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่จัดการกับการระบาดได้ดีพอสมควรเมื่อเทียบกับเพื่อนบ้านข้างเคียงแต่

เมื่อนายกรัฐมนตรีประกาศเกี่ยวกับการบริจาคชุดทดสอบ 10000 ชุด ให้แก่ประเทศในอาเซียน¹¹ กลับได้รับเสียงวิพากษ์วิจารณ์ออกมาในแง่ลบ ในประเด็นนี้ผู้เขียนมีอาจแสดงความเห็นถึงความเหมาะสม หากแต่อยากทิ้งท้ายไว้เช่นเดียวกับ Yuval ว่า

“ไม่ว่าเราจะเลือกแบบใด ทางเลือกของเราจะส่งผลกระทบต่อเราไปอีกหลาย ๆ ปี หากแต่เราเลือกเพื่อส่วนรวมแล้วนั้น ความยั่งยืนก็จะอยู่กับมนุษยชาติไปอีกนานเท่านั้น”

สุดท้ายนี้แม้บทความนี้มิได้บอกชัดเจนว่าหน้าตาของสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร แต่ก็พอให้เห็นภาพคร่าว ๆ ว่า ทิศทางของโลกน่าจะเป็นเช่นไร ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านเทคโนโลยีที่เร็วอย่างก้าวกระโดด การติดตามเฝ้าระวังโรคผ่านทางระบบการเฝ้าระวังที่ก้าวหน้าและใช้การแปลผลคำนวณที่รวดเร็ว แต่ก็ต้องแลกมาซึ่งการชั่งน้ำหนักที่เหมาะสมกับสิทธิเสรีภาพที่ประชาชนพึงได้รับ ประกอบกับการปฏิรูปข้อมูล ข่าวสาร การแจ้งผลและพัฒนาระบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้มีความทันสมัย เข้าถึงง่ายและแม่นยำ ให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาเพื่อความเชื่อใจและการร่วมมือจากภาคประชาชนเป็นสำคัญ สุดท้ายความร่วมมือของประชาชนและทุกภาคส่วนจากทุกประเทศน่าจะเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่ทำให้เราก้าวผ่าน COVID-19 ไปพร้อม ๆ กันโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Harari YN. The world after coronavirus [Internet]. Financial Time; 2020. [cited 2020 April 19].Available from: <https://www.ft.com/content/19d90308-6858-11ea-a3c9-1fe6fedcca75#comments-anchor>
- 2.World Health Organization, W.H. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet].2020.[cited 2020 April 21] Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
- 3.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ โควิด-19[Internet].2563 [เข้าถึงเมื่อ 2020 November 23]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th>
- 4.ราชกิจจานุเบกษา สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร[PDF]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2020 April 21].เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/069/T_0001.PDF?fbclid=IwAR0ARXFib-38MMYIDE2KFX-MV9kOSN9V2kuWeAlWlfwJZ-min4ghmRhrCNE
- 5.INTERNATIONAL MONETARY FUND. WORLD ECONOMIC OUTLOOK REPORTS World Economic Outlook, April 2020: Chapter 1 April 2020. [cited 2020 April 21]. Available from: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020?fbclid=IwAR0AhVKbsa2ubwa5Xqdteusx4SolcAAhLUlp4OuiCRvT-MFOOYXSkfrZylc>
- 6.กระทรวงการคลัง, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. คู่มือมาตรฐานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของการประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ [PDF]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2020 April 21]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mdes.go.th/storage/contents/file/IDB6U40FRvdkrUOWD7APGbtj6Mg4XPPMkuwnCfl1.pdf>
- 7.The momentum. นาฬิกาต้นแบบจากกรมการแพทย์ ใช้เพื่อติดตามผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 [Internet].2563 [เข้าถึงเมื่อ 2020 April 21]. เข้าถึงได้จาก: <https://themomentum.co/tracking-watch-covid-19-patient>
- 8.Wong T. Why Taiwan has become a problem for WHO [Internet]. BBC News; 2020. [cited 2020 April 21]. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-asia-52088167>
- 9.The Associated Press. Trump Halts W.H.O. Funding Amid Coronavirus Pandemic [Internet]. The New York Times; 2020. [cited 2020 April 21]. Available from: <https://www.nytimes.com/video/us/politics/100000007088432/trump-world-health-organization-coronavirus.html>
- 10.Hydroxychloroquine: India agrees to release drug after Trump retaliation threat [Internet]. BBC News; 2020. [cited 2020 April 21]. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-52196730>
- 11.กต. ยืนยันตรวจโควิด ไทยผลิตได้ถึง 1 ล้านชุด มากพอแบ่งปันอาเซียน [Internet]. กรุงเทพธุรกิจ; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2020 April 21]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/876243>

บทความปริทัศน์

การบริการสุขภาพที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (บทความปริทัศน์)

บทคัดย่อ

นายแพทย์ภูมิพงศ์ ศรีภา

แพทย์ประจำบ้านสาขา

เวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อีเมล: poomsr@kku.ac.th

การให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 นั้น ต้องหยุดชะงักลงเนื่องจากอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเลือกการให้บริการทางการแพทย์ที่บ้านนั้น ควรเป็นไปตามลำดับความจำเป็นทางคลินิกของผู้ป่วยและแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้บริการทางการแพทย์ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และควรดัดแปลงการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์อาจพิจารณาใช้การแพทย์ทางไกล เช่น โทรศัพท์ และการโทรผ่านวิดีโอ ในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านหากสามารถทำได้ โดยควรที่จะติดต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนที่จะเริ่มการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เอง สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลโดยครอบคลุมการจัดการอาการ การเตรียมพร้อมสำหรับอาการที่อาจเกิดขึ้น การดูแลสุขภาพจิต สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากการระบาดของ COVID-19 นั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกังวลได้

คำสำคัญ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การบริการสุขภาพที่บ้าน, การแพทย์ปฐมภูมิ, การแพทย์ทางไกล, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

REVIEW ARTICLE

Home Health Care during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Review

Abstract

During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic, many home health care services have been disrupted because of the risk of infection and lack of workforce. Based on the literature review, home health care services should be prioritized and provided based on clinical necessity and local infection control and prevention guideline. While necessary home health care services including palliative care services should be continued to maintain the standard of care, some non-essential services should be stopped to reduce the risk of infection among health care workforces. Where possible, health care providers should consider telemedicine such as telephone and video call for providing home health services. Before providing home health care services, health care providers should assess their patients regarding clinical severity and possibility of having COVID-19 to ensure the safety of patients, their family members and health care providers. Regarding palliative care services, home health care providers should provide not only symptomatic management and management for anticipatory symptoms based on resource availability during the outbreak but also psychological, social and spiritual support as COVID-19 can cause psychological stress and anxiety.

Keyword: Coronavirus Disease 2019, home health care, primary care, telemedicine, palliative care

Poompong Sripa,
MD.

Family Medicine
Resident,

Family Medicine Unit,
Department of
Community Medicine,

Faculty of Medicine,
Khon Kaen University,
Thailand

E-mail:
poomsr@kku.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า SARS-CoV-2 สามารถติดต่อผ่านละอองฝอยขนาดใหญ่และการสัมผัส¹ ส่วนการติดต่อทางอากาศ (airborne transmission) นั้น ยังไม่ปรากฏแน่ชัดแต่อาจเกิดได้จากการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดละอองฝอย^{1,2} โดยเชื่อกันว่ามีระยะฟักตัว 2-14 วัน^{3,4} และเฉลี่ยที่ 5 วัน⁵

อาการทางคลินิกที่พบได้ของ COVID-19 ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำมูกไหล เจ็บคอ ปวดศีรษะ ถ่ายอุจจาระเหลว^{4,6-8} และการได้กลิ่นลดลง⁹ ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการของโรครุนแรงในช่วงวันที่ 8 ของการติดเชื้อโรคนั้นมักเกิดอาการรุนแรงในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต และโรคมะเร็ง^{6,8,10}

ประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patient under investigation) ฉบับปรับปรุง วันที่ 23 มิถุนายน 2563 ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่เข้า

รับบริการสุขภาพ โดยต้องมีลักษณะครบทั้งสองข้อโดยสรุป ดังนี้¹¹

1. มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปหรือมีประวัติมีไข้และ/หรือมีอาการของระบบทางเดินหายใจร่วมกับ

2. มีประวัติในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือการเดินทางไปยังพื้นที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือพื้นที่แออัด

นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับวันที่ 15 พฤษภาคม 2563¹² ซึ่งครอบคลุมถึงการค้นหาผู้ที่อาจติดเชื้อโดยที่ไม่แสดงอาการเพื่อการตรวจคัดกรอง การแจ้งแนวทางการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการ การเข้าถึงการวินิจฉัย และการรักษา การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมมีแนวทางดังนี้¹²

1. การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact tracing) เป็นการค้นหาผู้สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน โดยอาจหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องหรือสอบถามผู้ป่วยว่าในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้สัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลใดบ้าง (reverse contact tracing)

2. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) เป็นการค้นหาผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีทราบแหล่งที่มาที่แน่ชัดโดยอาศัยการค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ ซึ่งมี

โอกาสสัมผัสกับแหล่งโรคเดียวกัน (common exposure) กับผู้ป่วยยืนยัน

3. การค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชน (asymptomatic infection finding) เป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการในพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่องอย่างน้อย 28 วัน

การวินิจฉัย COVID-19 มีหลายวิธี เช่น COVID-19 antigen test^{13,14} COVID-19 antibody test^{13,14} และ real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR)^{13,14} สำหรับในประเทศไทยนั้น ทำโดยวิธี RT-PCR จากสิ่งส่งตรวจทางเดินหายใจ¹²

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ไม่เฉพาะการให้บริการในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care) ซึ่งได้รับผลกระทบทั้งในด้านของจำนวนบุคลากร อุปกรณ์ และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ อย่างไรก็ตาม การบริการสุขภาพที่บ้านบางอย่างนั้นยังคงมีความจำเป็นอยู่ เช่น การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย^{15,16} ดังนั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ จึงควรปรับรูปแบบการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้เป็นไปตามความจำเป็น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นพื้นฐาน โดยหน่วย

บริการสุขภาพแต่ละพื้นที่ได้กำหนดแนวทางที่แตกต่างกันในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของตนและสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย¹⁷ เช่น งดการเยี่ยมบ้าน ลดจำนวนสมาชิกที่มียืมบ้าน การเลือกเยี่ยมบ้านเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็น และการปรับเปลี่ยนเป็นการให้บริการในรูปแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วย

แนวทางการให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงที่มีโรคระบาด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศสหราชอาณาจักรนั้น ยังคงจัดการให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงโรคระบาด โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางคลินิก รูปแบบการให้บริการ และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ^{16,18} เช่น การบริหารยาทางหลอดเลือดดำ การดูแลทวารเทียม (colostomy care) การดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง และการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย^{16,19}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการให้บริการสุขภาพที่บ้านและชุมชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 นั้น สามารถสรุปขั้นตอนการเยี่ยมบ้านเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การเตรียมการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติระหว่างการเยี่ยม

บ้าน และการปฏิบัติหลังการเยี่ยม
บ้าน^{15,17,18,20-22}

1. การเตรียมการเยี่ยมบ้าน

1.1 การประเมินความเสี่ยง COVID-19

หน่วยบริการสุขภาพควรกำหนด
แนวทางการสอบถามความเสี่ยง
COVID-19 ทางโทรศัพท์ เพื่อใช้ประเมิน
ความเสี่ยงและบันทึกข้อมูลความเสี่ยง
ก่อนการนัดการบริการสุขภาพที่บ้าน^{15,17}
โดยสอบถามความเสี่ยงของทั้งผู้ป่วย
ครอบครัว และผู้ดูแลให้ครอบคลุมถึงการ
เจ็บป่วย ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใกล้ชิด
ผู้ป่วย COVID-19 การเดินทางไปยังแหล่ง
ระบาด และประวัติไข้และอาการระบบทาง
เดินหายใจ^{15,20} หากประเมินพบความเสี่ยง
หน่วยบริการสุขภาพควรปรับรูปแบบการ
บริการเป็นรูปแบบการแพทย์ทางไกลหรือ
หากสามารถเลื่อนการเยี่ยมบ้านได้ ควร
เลื่อนการเยี่ยมบ้าน 14 วัน^{15,21} แต่หากผู้
ป่วยมีอาการแสดงคล้าย COVID-19 และ
มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการ
ทางการแพทย์ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์ควรรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2
เมตร^{17,20,22} และปฏิบัติตามแนวทางการ
ควบคุมโรคติดต่อและสวมใส่อุปกรณ์
ป้องกัน (personal protective
equipment, PPE) ตามหลักการป้องกันการ
ติดเชื้อสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน
และที่พักรักษาโดยคำนึงตามความเสี่ยง
ของผู้ป่วย^{15,17,23} เช่น ถุงมือ^{17,22,23} ผ้ากัน
เปื้อนพลาสติก (disposable plastic

apron)^{22,23} หน้ากากอนามัยชนิดกันน้ำ
(fluid-resistant surgical mask)^{17,22,23}
และอุปกรณ์ป้องกันใบหน้า^{17,22,23}
นอกจากนี้ควรเตรียม PPE สำรอง และ
อุปกรณ์จัดเก็บขยะติดเชื้อในการเยี่ยม
บ้าน^{17,18,20,22}

หากการประเมินผู้ป่วยก่อนการ
เยี่ยมบ้านนั้น พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการ
ที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยรุนแรง ได้แก่
หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
ปากเขียว และประวัติอาการของภาวะช็อก
ผู้ปฏิบัติงานควรหลีกเลี่ยงการให้บริการ
แบบการแพทย์ทางไกล²⁴

1.2 การเตรียมทีมดูแลสุขภาพผู้ ป่วยที่บ้าน

การจัดเตรียมทีมดูแลสุขภาพผู้
ป่วยที่บ้านนั้น ควรคำนึงถึงความปลอดภัย
และจำนวนของบุคลากร หากทำได้ควรจัด
ทีมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเป็น 2 ทีม
โดยให้ทีมหนึ่งดูแลผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรอง
พบความเสี่ยง เพื่อลดการแพร่กระจาย
ของโรคไปยังผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองไม่พบ
ความเสี่ยง^{15,18} แต่หากบุคลากรไม่เพียงพอควรจัดลำดับผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองพบ
ประวัติเสี่ยงไว้รายสุดท้ายของวัน¹⁵ และ
ควรจัดบุคลากรในทีมให้น้อยที่สุดโดยที่
ยังสามารถให้การดูแลตามมาตรฐานได้
เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
ในบุคลากร^{15,18,22}

2. การปฏิบัติระหว่างการเยี่ยมบ้าน

ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและตรวจคัดกรองพบความเสี่ยงของโรค COVID-19 ให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อระหว่างการเยี่ยมบ้าน^{15,17,18,20,22} หากประเมินผู้ป่วยแล้วไม่พบความเสี่ยง COVID-19 บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้บริการสุขภาพที่บ้านได้โดยสวมใส่ PPE ตามวิธีมาตรฐานในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ (standard precaution)¹⁷ และแนวทางการควบคุมโรคระหว่างการระบาดของ COVID-19^{18,25} เช่น หากบุคลากรสามารถเว้นระยะห่าง 2 เมตรได้ ไม่มีคนมีอาการไอในระยะ 2 เมตร และไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง บุคลากรสามารถสวมใส่หน้ากากอนามัย^{17,25} และกระจงหน้า (face shield) ได้¹⁷

ในระหว่างการเยี่ยมบ้าน หากซักประวัติอาการผู้ป่วยแล้วพบประวัติอาการแสดงของ COVID-19 ผู้ปฏิบัติงานควรแยกตัวออกไปยังห้องอื่นแล้วปิดประตูห้องของผู้ป่วย จากนั้นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ หรือทั้งสองอย่าง^{15,18} จากนั้นจึงสอบถามอาการผู้ป่วยต่อการโทรศัพท์¹⁵ และหากมีความจำเป็นต้องตรวจร่างกาย หรือ ซักประวัติใกล้ชิดผู้ป่วยให้สวมใส่ PPE^{15,18}

3. การปฏิบัติหลังการเยี่ยมบ้าน

ผู้ปฏิบัติงานควรล้างมือให้สะอาดทั้งขณะและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและ

ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามแนวทางการควบคุมโรค^{17,20,22} นอกจากนี้ ควรบันทึกการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการระบาด รวมถึงแนวทางการปฏิบัติและข้อมูลที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวของผู้ปฏิบัติงานสำหรับการเยี่ยมบ้านหรือการตรวจรักษาผู้ป่วยต่อไป²⁰

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนระหว่างการระบาด

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนและที่บ้านนั้นยังคงมีความจำเป็นอยู่^{16,22} ผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในปอดและระบบทางเดินหายใจนั้น มักมีอาการไอ หายใจลำบาก เหนื่อยเพลีย อาจทำให้สับสนกับอาการของ COVID-19 ได้²⁶ ดังนั้น ทีมสหสาขาวิชาชีพควรคัดกรองความเสี่ยง COVID-19 และให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งอาการทางกายและทางใจ^{19,22,26} นอกจากนี้ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) ในแง่ของโรคระยะท้ายเดิม อาการที่อาจเกิดขึ้น แผนการรักษา และอาการแสดงที่คล้าย COVID-19 ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว^{19,22,26} การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า อาจทำได้ทั้งผ่านการแพทย์ทางไกลหรือการเยี่ยมบ้าน^{22,26} ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถลดความกังวล ความเครียด และความกลัวได้นอกจากนี้ควรแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

ถึงองค์กรอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในช่วงการระบาด^{22,26}

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในช่วงการระบาดนั้น ควรเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยระยะท้าย โดยหากทำได้ ควรปรับระบบการให้บริการเป็นรูปแบบการแพทย์ทางไกล เช่น โทรศัพท์ หรือการโทรผ่านวิดีโอ รวมถึงการสั่งยาทางอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดส่งยาผ่านระบบที่ปลอดภัย เช่น ระบบอาสาสมัครช่วยจัดส่งยา หรือการส่งไปรษณีย์^{15,19,22,26} แต่หากมีความจำเป็นที่จะต้องจัดการบริการสุขภาพที่บ้านให้กับผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอาการแสดงคล้าย COVID-19 ให้ปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคติดเชื้อ^{22,26} และตระหนักว่าไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่จะเป็น COVID-19 โดยให้คำนึงถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยครั้งนี้ การรักษาที่ได้รับ และตระหนักว่าอาการของผู้ป่วยอาจแย่ลงได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง^{19,26} แพทย์ควรเตรียมแผนการสำหรับการดูแลอาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วให้กับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่และความสะดวกในการบริหารยา เช่น เลือกใช้ยาในที่มีการบริหารยาในรูปแบบอมใต้ลิ้น รับประทาน หรือแปะผิวหนัง^{19,22,26} นอกจากนี้ ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลระดับประคองในพื้นที่และยึดการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการอาการผู้ป่วยและการ

ดูแลก่อนการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายหรือเป็น COVID-19^{19,26}

การแพทย์ทางไกลกับการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

จากการระบาดของ COVID-19 นั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีการนำการแพทย์ทางไกลเข้ามาใช้มากขึ้นทั้งในด้านการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วย COVID-19 และการตรวจรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน^{22,24}

ในประเทศไทยนั้น แพทยสภาได้ออกประกาศแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์²⁷ ซึ่งกำหนดให้แพทย์ที่เป็นผู้ให้การบริบาลนั้น ต้องยืนยันตนกับสถานพยาบาลในการให้บริการการแพทย์ทางไกล และปฏิบัติตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพและเกณฑ์หรือแนวทางที่แพทยสภากำหนดขึ้นตามกรอบแห่งกฎหมายวิชาชีพเวชกรรม แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการพิจารณาแบบของเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้แทนการบริการสุขภาพที่บ้าน แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพจึงควรเลือกใช้เทคโนโลยีแต่ละชนิดโดยพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีควบคู่ไปกับทรัพยากรที่มีอยู่ การโทรผ่านวิดีโอจะทำให้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพมองเห็น

เห็นผู้ป่วยซึ่งมีรายละเอียดมากกว่าบน
สนทนาทางโทรศัพท์²⁴ นอกจากนี้
ยังทำให้มองเห็นลักษณะโดยทั่วไปของ
ผู้ป่วย ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และความ
รุนแรงของอาการผู้ป่วย ทำให้สามารถ
วินิจฉัยและวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อ
ไปได้ ข้อเสียของการโทรผ่านวิดีโอ
ได้แก่ ความเสถียรและประสิทธิภาพของ
เทคโนโลยี ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์สื่อสาร
และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ
กับแนวทางการให้บริการทางการแพทย์
ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลในช่วงการ
ระบาดของ COVID-19^{24,28,29} ได้แบ่งชั้น
ตอนเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การเตรียม
การ การตรวจรักษา และหลังการตรวจ
รักษา

1. การเตรียมการ

ผู้ปฏิบัติงานควรตรวจสอบประวัติ
ผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
การรักษาที่ได้รับ และค้นหาประวัติเสี่ยงที่
สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยร้ายแรงจาก
COVID-19 ได้ เช่น โรคประจำตัว ภาวะ
ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น^{24,28,29} และตรวจ
สอบความพร้อมของระบบสารสนเทศก่อน
ที่จะให้บริการสุขภาพผ่านระบบการแพทย์
ทางไกล^{24,29} นอกจากนี้ ควรเตรียมความ
พร้อมในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับ
COVID-19 แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวน
COVID-19 และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ
การดูแลรักษา COVID-19²⁴

2. การตรวจรักษา

ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบตัวตนของ
ผู้รับบริการว่าเป็นผู้ป่วยหรือญาติของผู้
ป่วยจริง โดยอาจตรวจสอบชื่อ นามสกุล
และวันเกิด จากนั้นจึงเริ่มประเมินสุขภาพ
ผู้ป่วยโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่
บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่
เช่น หอบ หายใจลำบาก และนอนบน
เตียงระหว่างการสนทนา²⁴ โดยหากผู้ป่วย
มีลักษณะอาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วย
รุนแรง ควรรีบชักประวัติทางคลินิกเพื่อ
ประเมินอาการผู้ป่วยและวางแผนแนวทางการ
รักษา แต่หากผู้ป่วยไม่มีลักษณะดัง
กล่าว อาจถามถึงอาการทั่วไป ความกังวล
และความต้องการของผู้ป่วย จากนั้นจึง
เริ่มการซักประวัติทางคลินิก²⁴ นอกจากนี้
ควรซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการและ
ความเสี่ยงของ COVID-19 ซึ่งอาจเป็นไปได้
ตามแนวทางเวชปฏิบัติของพื้นที่หรือกรม
ควบคุมโรค²⁴ รวมถึงซักประวัติอื่น ๆ ที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วย เช่น สุขภาพจิต
ประวัติโรคประจำตัว ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน
อยู่ ความเป็นอยู่ และการดูแลของผู้ดูแล
เป็นต้น^{24,28}

แพทย์ควรสรุปการตรวจรักษาให้
ผู้ป่วยและแนะนำการป้องกันการแพร่เชื้อ
ภายในบ้าน^{24,28,29} หากผู้ป่วยมีอาการ
แสดงคล้ายกับ COVID-19 แพทย์ควร
ประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย
เข้ารับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ^{12,17}
นอกจากนี้แพทย์ควรให้ความรู้เรื่องการ
ปฏิบัติตน เช่น การรักษาระยะห่างทางกาย
ที่ระยะ 2 เมตร¹⁷ การแยกบริเวณ^{17,24,30}

การล้างมือด้วยสบู่อย่างน้อย 20 วินาที^{17,24,30} การสวมหน้ากากอนามัยหรืออุปกรณ์ปิดใบหน้า^{17,24,30} และการแยกขยะ^{17,24,30} แก้วอยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน หรือผู้คอยตรวจสอบอาการผู้ป่วยหากผู้ป่วยอาศัยเพียงลำพัง เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ²⁴

3. หลังการตรวจรักษา

หลังจากแพทย์สรุปข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียน หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทั่วไปหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แพทย์ควรส่งจ่ายยาไปยังระบบจ่ายยาเพื่อจัดส่งยาให้ผู้ป่วย ในกรณีที่แพทย์ต้องการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด การตรวจทางรังสีวิทยา หรือการให้ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ควรประสานงานไปยังสถานพยาบาลปลายทาง²⁹ ในกรณีที่ประเมินแล้วผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการป่วยจาก COVID-19 แพทย์ควรประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อและสอบสวนโรคต่อไป^{12,17}

บทสรุป

การให้บริการทางการแพทย์ที่บ้านนั้นยังมีความจำเป็นอยู่ในช่วงการระบาดของ COVID-19 เนื่องจากยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสภาพที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพควรกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านในช่วงที่มีการระบาด การจัดลำดับความสำคัญและขอบเขตปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้าน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดสรรทรัพยากร การจัดสรรบุคลากร โดยแพทย์ควรพิจารณาตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยและหลักการควบคุมโรคระบาด นอกจากนี้ แพทย์ควรประยุกต์ใช้การแพทย์ทางไกล เช่น โทรศัพท์ หรือการโทรผ่านวิดีโอเข้ามาช่วยในการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคลากรในช่วงการระบาดของ COVID-19

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). 2020 [cited 2020 Apr 23];2:2-4. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med* 2020; 382(16):1564-1567.
- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020;382(13):1199-1207.
- Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382(18):1708-1720.

5. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med* 2020 172(9):577-582.
6. Beeching NJ, Fletcher TE, Fowler R. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) - Symptoms, diagnosis and treatment | *BMJ Best Practice* [Internet]. BMJ Group 2020 [cited 2020 Apr 23]. p. 1-53. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>
7. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Wkly* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23];2(8):113-122. Available from: <http://weekly.chinacdc.cn/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
8. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395(10229):1054-1062.
9. Gane SB, Kelly C, Hopkins C. Isolated sudden onset anosmia in COVID-19 infection. A novel syndrome? *Rhinology* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23]; 58(3):299-301. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32240279>
10. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of Underlying Diseases in Hospitalized Patients with COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Acad Emerg Med* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 22];8(1):e35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32232218>
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) 16 มิถุนายน 2563 (ปรับปรุง 23 มิถุนายน 2563) [Internet]. นนทบุรี; 2563 [cited 2020 Apr 23]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_230663.pdf
12. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับ 15 พฤษภาคม 2563. นนทบุรี; 2563.
13. European Centre for Disease Prevention and Control An agency of the European Union. Diagnostic testing and screening for SARS-CoV-2 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/diagnostic-testing>
14. The U.S. Food and Drug Administration. Coronavirus Testing Basics [Internet]. Vol. 2019. 2020 [cited 2020 Aug 12]. p. 2019-2021. Available from: <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/coronavirus-testing-basics>
15. NHS England, NHS Improvement. Guidance and standard operating procedures: general practice in the context of coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO133-COVID-19-Primary-Care-SOP-GP-practice_V2.1_6-April.pdf
16. NHS England, NHS Improvement. COVID-19 prioritisation within community health services. [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/covid-19-prioritisation-within-community-health-services-with-annex_19-march-2020/
17. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือโรคโควิด-19 สำหรับทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ; 2563.

18. NHS England, NHS Improvement. Novel coronavirus (COVID-19) standard operating procedure: Community health services [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.bda.uk.com/uploads/assets/7f380e35-5679-4ade-9c5fdabea64ba108/CO198-community-health-services-sop.pdf>
19. The Royal College of General Practitioners and The Association of Palliative Medicine. Community Palliative, End of Life and Bereavement Care in the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <https://elearning.rcgp.org.uk/course/view.php?id=373>
20. The British Association of Social Workers. British Association of Social Workers (BASW) Professional practice guidance for home visits during Covid-19 Pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.basw.co.uk/professional-practice-guidance-home-visits-during-covid-19-pandemic>
21. Health Protection New South Wales. COVID-19 (Coronavirus) - Guidance for community-based and outpatient health services [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/diseases/Pages/covid-19-community-outpatient.aspx>
22. Task Force in Palliative Care (PallicovidKerala). e-Book on Palliative Care guidelines for COVID-19 pandemic [Internet]. 2nd ed. Kerala; 2020 [cited 2020 Apr 24]. Available from: <https://palliumindia.org/cms/wp-content/uploads/2020/04/e-book-Palliative-Care-Guidelines-for-COVID19-ver2.pdf>
23. Public Health England. Recommended PPE for primary, outpatient, community and social care by setting, NHS and independent sector [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 23]. Available from: www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control/covid-19-personal-protective-equipment-ppe.
24. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: A remote assessment in primary care. BMJ. 2020; 368:m1182.doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
25. Public Health England. Personal protective equipment (PPE) – resource for care workers delivering homecare (domiciliary care) during sustained COVID-19 transmission in the UK [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 31]. p. 1–14. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg139>
26. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163>
27. แพทย์สภา. ประกาศแพทย์สภา ที่ 54/2563 เรื่องแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และ คลินิกออนไลน์ [Internet]. 2563 Jul [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/Telemedicine>
28. Shankar M, Fischer M, Brown-Johnson CG, Safaeinili N, Haverfield MC, Shaw JG, et al. Humanism in telemedicine: Connecting through virtual visits during the COVID-19 pandemic. Annals of Family Medicine COVID-19 Collection courtesy of Megha Shankar [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.annfammed.org/content/covid-19-collection-telemedicine-and-covid-19>
29. The Royal Australian College of General Practitioners. Telephone and video consultations in general practice: Flowcharts [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Telephone-and-video-consultations-in-general-practice-Flowcharts.pdf>
30. Public Health England. Stay at home: guidance for households with possible or confirmed coronavirus (COVID-19) infection [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance>

บทเรียนจากพื้นที่

ผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ที่มีต่อการเรียนของ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นายแพทย์กฤษฏา

เจริญรุ่งเรืองชัย

แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์
ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมล: thonsmn@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งระบาดไปทั่วโลก ในประเทศไทยพบการติดเชื้อในบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 3.7 ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ร่วมกับการประกาศงดการเรียนการสอนทุกระดับทั่วประเทศตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ทำให้โรงพยาบาลรามาธิบดีต้องปรับการเรียนการสอนและการบริการ ส่งผลกระทบต่อการเรียนของแพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ไม่สามารถดำเนินการตามหลักสูตรได้ทั้งหมด ขณะเดียวกันก็มีการเรียนการสอนรูปแบบอื่นมาทดแทน เช่น การเรียน online นอกจากนั้น แพทย์ประจำบ้านยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการขณะเกิดโรคอุบัติใหม่ซึ่งระบาดไปทั่วโลกจากการเผชิญเหตุการณ์จริง แต่ในขณะเดียวกันจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผลกระทบต่อจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย เมื่อทบทวนการระบาดใหญ่ของโรค Severe Acute Respiratory Distress Syndrome ในอดีต ก็พบผลกระทบหลาย ๆ ด้านคล้าย ๆ กัน เช่น มีนักศึกษาแพทย์ติดเชื้อจากผู้ป่วย ต้องปรับการเรียนการสอน การเรียนบางอย่างก็สามารถทดแทนได้ด้วยเทคโนโลยี แต่บางอย่างเทคโนโลยีก็อาจทดแทนไม่ได้ เหตุการณ์นี้แม้ดูเหมือนจะเกิดผลเสียต่อการเรียนของแพทย์ประจำบ้านหลายประการ แต่ก็ถือเป็นโอกาสที่ทำให้ได้เรียนรู้เรื่องใหม่ และยังเป็นโอกาสในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวอีกด้วย

คำสำคัญ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การเรียนของแพทย์ประจำบ้าน, เวชศาสตร์ครอบครัว

LESSONS FROM THE FIELD

The Impact of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on the Learning of the Family Medicine Residents of Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Abstract

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is emerging infectious disease, which become a pandemic. In Thailand, 3.7% of infections are found in medical personnel, most of which are infected by duty. It causes Ramathibodi Hospital to adjust its education and services causing the residents of the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital to be affected. Many departments refused residents to rotate in their departments. At the same time, there are other forms of teaching to replace, such as interactive online meetings. In addition, residents also learn about emerging diseases management in a real circumstance. However, it is inevitable that it affects the mental health of the resident as well. When reviewing the Severe Acute Respiratory Distress Syndrome outbreak in the past, similar problems were encountered. Some learning experience can be substituted with technology, But some can not. Although it appears to have many disadvantages, it is an opportunity to learn new things and an opportunity to conduct research to develop new knowledge for a family physician.

Kridsada

Chareonrungrueangchai,
MD.

Family Medicine Resident,

Department of Family
Medicine, Faculty of
Medicine Ramathibodi
Hospital, Mahidol University

E-mail: thonsmn@gmail.com

Keyword: COVID-19, Family medicine, Residents, Learning

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ถือว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ ในปัจจุบันระบาดไปทั่วโลก โดยเริ่มมีรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนครั้งแรกในเมือง Wuhan จังหวัด Hubei ประเทศจีน โดยผู้ป่วยรายแรกพบเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2562 และเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่าเชื้อก่อโรคเป็น coronavirus สายพันธุ์ใหม่^{1,2} และในวันที่ 13 มกราคม 2563 พบรายงานผู้ป่วย COVID-19 นอกประเทศจีนรายแรกในประเทศไทย จนถึงวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรค COVID-19 มีระดับการระบาดถือเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)¹ การระบาดครั้งนี้มีผลกระทบหลายประการ รวมทั้งมีผลกระทบต่อการเรียนของแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในบทความนี้จะอธิบายในมุมมองของผู้เรียน

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในปลายปี พ.ศ. 2545 มีการระบาดใหญ่ของ Severe Acute Respiratory Distress Syndrome (SARS) ทั่วโลก ซึ่งเหตุการณ์นั้นมีรายงานการศึกษาถึงนักศึกษาแพทย์ที่สิงคโปร์ติด

เชื้อไวรัส SARS เป็นกลุ่มก้อน เพราะได้ไปเรียนที่หอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรค SARS นอนรักษาตัวอยู่ในช่วงวันที่ 4-10 มีนาคม พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Cohort study ที่โรงพยาบาล Prince of Wales ผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษาที่นักศึกษาแพทย์ได้สัมผัสที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2546 ได้รับการวินิจฉัยเป็น SARS วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2546 รักษาจนผู้ป่วยหายและออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2546 ในการศึกษานี้มีนักศึกษาแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 474 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามการวิจัยนี้ 334 คน คิดเป็น 70.5% นักศึกษาแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามพบว่า มีผู้ที่ไปเรียนที่หอผู้ป่วยดังกล่าว 66 คน คิดเป็น 20% นักศึกษาแพทย์ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้มีข้อมูลทั่วไปที่แตกต่างจากคนที่ตอบแบบสอบถาม และไม่มีใครเป็นโรค SARS เลย นักศึกษาแพทย์ 66 คน ที่ไปเรียนที่หอผู้ป่วยดังกล่าวและตอบแบบสอบถามพบว่ามี 16 คน (24%) ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยของ SARS และต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลทุกคน มี 1 คนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีนักศึกษาแพทย์ที่ป่วยแล้วเสียชีวิต³ ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโรคระบาดที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจในอดีตมีผลต่อการเรียนการสอนในระดับนักศึกษาแพทย์ซึ่งอาจทำให้

ต้องปิดการเรียนการสอนหรือเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนไปชั่วคราว

Erle CH Lim และคณะได้เขียนบทความเกี่ยวกับแพทยศาสตรศึกษาในช่วงมีโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ซึ่งกล่าวถึงการระบาดของไข้หวัดใหญ่ H1N1, H5N1 และโรค SARS ซึ่งในการระบาดดังกล่าวอาจต้องมีการปิดโรงเรียนแพทย์หรือจำกัดบุคคลในการเข้าไปในหอผู้ป่วย ซึ่งอาจจะต้องหาวิธีการเรียนการสอนทางคลินิกโดยไม่มีผู้ป่วยจริง วิธีที่มีการใช้ขณะนั้นได้แก่ การดูวิดีโอและให้ผู้เรียนเป็นอาสาสมัคร เรียนกับหุ่นจำลอง การสอนผ่านอินเทอร์เน็ต และการพิมพ์ข้อความโต้ตอบแบบ online ซึ่งพบว่าหุ่นจำลองหรือสถานการณ์จำลองมีประสิทธิภาพในการสอนไม่ต่างจากผู้ป่วยจริง นอกจากนี้ การระบาดของ SARS ในครั้งนั้นยังมีผลกระทบต่อการสอบวัดความรู้อีกด้วย⁴ ซึ่งบทความนี้สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้นว่า หากจัดการเรียนการสอนแบบเดิม อาจเกิดโรคระบาดในนักศึกษาแพทย์ซึ่งอาจนำมาเทียบเคียงได้ว่า ถ้ายังจัดการเรียนการสอนแบบปกติให้แพทย์ประจำบ้านในสถานการณ์ปัจจุบัน มีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม หลักในการสอนทางคลินิก ผู้สอนต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการสอน (Objective, O) ว่าจะสอนอะไร ซึ่งวัตถุประสงค์ของการสอนจะเป็นตัวกำหนดวิธีการสอน (Learning experience, L) ว่าจะสอนอย่างไร และจะ

ประเมินผล (Evaluation, E) อย่างไรด้วย ซึ่งวัตถุประสงค์การสอนแบ่งได้หลัก ๆ เป็น 3 ประการได้แก่ ความรู้ (Cognitive) ทักษะ (Psychomotor) และเจตคติ (Attitude)⁵ ในด้านความรู้นั้นวิธีการสอนอาจเป็นการบรรยาย หรือสอนแบบกลุ่มย่อย ซึ่งการปรับรูปแบบเป็นการสอน online ที่มีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้เรียนและผู้สอนนั้นทำได้ไม่ยาก การสอนทักษะอาจจะเริ่มมีปัญหา การเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวนั้น หัตถการส่วนใหญ่ไม่สามารถเรียนกับหุ่นจำลองได้ เพราะเป็นทักษะการสื่อสาร เช่น การแจ้งข่าวร้าย การปรับพฤติกรรม การประชุมครอบครัว เป็นต้น วัตถุประสงค์ด้านเจตคตินั้นน่าจะเกิดขึ้นได้ตามปกติ เนื่องจากการเรียนรู้จากแบบอย่างที่ดี

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการระบาดของ COVID-19

COVID-19 เป็น positive-sense single-stranded RNA virus ((+) ssRNA virus) ซึ่งติดต่อได้ง่าย⁶ โรคนี้แพร่เชื้อผ่านฝอยละอองที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยมีอาการไอ จาม แต่ก็มียางานว่าสามารถแพร่เชื้อจากผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือแพร่เชื้อก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการได้⁷ ข้อมูลวันที่ 17 เมษายน 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 2,197,968 คน เสียชีวิต 147,598 คน คิดเป็นอัตราการตายจากโรค COVID-19 6.72 %⁸ สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 2,700 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 1 เดือน ผู้ป่วยอายุมากที่สุด 91 ปี มีผู้เสีย

ชีวิตสะสม 47 คน คิดเป็นอัตราการตายจากโรค COVID-19 1.74%⁹ ซึ่งอัตราการตายทั่วโลกจาก COVID-19 ขณะนี้น้อยกว่าอัตราการตายของโรค SARS ซึ่งเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งมีอัตราการตาย 9.60%²

การระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย ข้อมูลวันที่ 17 เมษายน 2563 พบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ 99 ราย คิดเป็น 3.7% ของผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทย โดยติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 74% และพบการติดเชื้อของบุคลากรช่วงอายุ 20-29 ปี มากที่สุด คิดเป็น 44.44%¹⁰

เนื่องจาก COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ติดเชื้อผ่านทางระบบทางเดินหายใจที่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีการระบาดไปทั่วประเทศ รัฐบาลจึงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วประเทศซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อควบคุมการระบาดให้สงบลงโดยเร็ว¹¹ โดยมีมาตรการต่าง ๆ เช่น การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค การลดการรวมกลุ่มคนเป็นจำนวนมาก การเว้นระยะห่างทางสังคม การใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การล้างมือ การควบคุมการเดินทางเข้าหรือออกจังหวัดในบางพื้นที่ของประเทศ และให้งดการเรียนการสอนของสถานศึกษาทุกระดับ การประชุมวิชาการ เว้นแต่จะทำผ่านระบบ online ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศรวมทั้งโรงพยาบาลรามาริบัติจำเป็นต้องปรับการ

บริการให้เข้ากับสถานการณ์โรคระบาดซึ่งมีผลกระทบต่อการเรียนของแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาวิชารวมทั้งเวชศาสตร์ครอบครัว

ผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 ที่มีต่อแพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ

แพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ จะมีกิจกรรมการเรียนในภาควิชา นอกภาควิชา และวิชาเลือกเสรี โดยปกติทุกวันจะมีกิจกรรมวิชาการภายในภาควิชา ได้แก่ รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย การอ่านบทความจากวารสารทางการแพทย์ที่น่าสนใจ การเรียนเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และการอ่านบทความเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์ นอกจากนั้น จะมีกิจกรรมการตรวจผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว และจะมีกิจกรรมที่ภาควิชาอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นการเรียนการสอนที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นหลัก นอกจากกิจกรรมภายในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติแล้ว แพทย์ประจำบ้านจะต้องไปศึกษาที่ต่างสถาบัน รวมทั้งการไปฝึกที่โรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย และยังมีการศึกษาวิชาเลือกของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ตามความต้องการของแพทย์ประจำบ้านแต่ละคน¹² ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์โรค COVID-19 ระบาดทั่วประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาล

รามาธิบดีและแหล่งฝึกอื่น ๆ ต้องพิจารณาปรับกิจกรรมการเรียนการสอนและการบริการผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสอดคล้องกับมาตรการการควบคุมโรคของรัฐบาล ตามรายงานการประชุมระหว่างอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประจำเดือนมีนาคม 2563 และรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำเดือนเมษายน 2563 มีมติให้งดการเรียนการสอนในห้องเรียน ปรับไปใช้การเรียนผ่านระบบ online แทน งดการเรียนการสอนนอกภาควิชาบางส่วนและงดกิจกรรมการฝึกที่โรงพยาบาลชุมชน^{13,14} ซึ่งโดยปกติแพทย์ประจำบ้านจำเป็นต้องเรียนให้ครบตามหลักสูตรที่กำหนด แต่ไม่สามารถทำได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน และการเรียนการสอนส่วนที่เป็นทักษะทางคลินิกที่แพทย์ประจำบ้านจะได้เรียนรู้จากผู้ป่วยจริง ไม่สามารถทดแทนด้วยการอ่านหนังสือหรือฟังบรรยายได้ทั้งหมด^{5,15} สำหรับทักษะการสื่อสารซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว แม้จะใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในการเรียนการสอนแทนได้^{16,17} แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันการเรียนการสอนด้วยวิธีดังกล่าวไม่สอดคล้องกับมาตรการควบคุมโรค

สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ซึ่งจะได้ไปเรียนรู้ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลา 2 เดือน และทำโครงการชุมชน

ซึ่งเป็นชิ้นงานที่ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนดเป็นผลงานสำหรับส่งเพื่อสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁸ จะมีแพทย์ประจำบ้านบางส่วนต้องงดกิจกรรมดังกล่าว ทำให้อาจจะต้องปรับเปลี่ยนการทำโครงการชุมชน หรือรอการระบาดสงบก่อน แล้วจึงทำโครงการชุมชนได้ ซึ่งยังไม่มีคำแนะนำในขณะนี้ และที่สำคัญยิ่งกว่าคือเสียโอกาสการเรียนรู้การปฏิบัติงานในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีระบบเวชปฏิบัติปฐมภูมิที่ดี

สำหรับการตรวจผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมีนโยบายให้ลดความหนาแน่นของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ทำให้ต้องเลื่อนนัดผู้ป่วยหรือติดตามผู้ป่วยที่อาการคงที่ผ่านทางโทรศัพท์ซึ่งอาจเป็นการพูดคุยอย่างเดียวหรือการใช้ video-call^{13,14} ซึ่งถือเป็นโอกาสเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารมาใช้ในเวชปฏิบัติ แต่ในภาวะนี้ผู้ป่วยใหม่ที่มาตรวจที่โรงพยาบาลมีปริมาณลดลง โดยในสถานการณ์ปกติแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จะได้ตรวจผู้ป่วยใหม่ 3 คนต่อคาบ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จะได้ตรวจผู้ป่วยใหม่ 4 คนต่อคาบ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 จะได้ตรวจผู้ป่วยใหม่ 5 คนต่อคาบ แต่ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 บางวันไม่มีผู้ป่วยใหม่เลย บางวันได้ตรวจผู้ป่วยใหม่เพียง 1-2 คนเท่านั้น ทำให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสเรียนรู้จากผู้ป่วยจริงน้อยลง

นอกจากนั้น กิจกรรมเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มติที่ประชุมของภาควิชาเห็นควรให้งดการเยี่ยมบ้านโดยให้ติดตามทางโทรศัพท์แทน ยกเว้นผู้ป่วยรายที่จำเป็นเนื่องจากในเขตกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ระบาดลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย^{13,14} ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือโรคโควิด-19 สำหรับทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย¹⁵ ในบางกรณีพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมให้เยี่ยมบ้านในช่วงนี้

งานวิจัยที่อาสาสมัครวิจัยจำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาล หรือต้องมีการสัมภาษณ์เป็นเวลานาน อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัยเนื่องจากอาจผิดมาตรการสร้างระยะห่างทางสังคม หรืออาจทำให้อาสาสมัครวิจัยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีประกาศจากหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุว่า การพิจารณาอนุมัติโครงการวิจัยแบบ observational study ที่มีหัตถการที่รุกรานและการวิจัยแบบ clinical trial จะใช้เวลานานกว่าปกติ เนื่องจากข้อจำกัดของการประชุมของคณะกรรมการชุดใหญ่ ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการดำเนินการทำวิจัยให้แล้วเสร็จตามหลักสูตรการฝึกอบรม

กิจกรรมที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ประจำบ้านรวมทั้งอาจารย์แพทย์คือ การออกตรวจผู้ป่วยที่คลินิกทางเดินหายใจของโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อตรวจผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจ และคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจหาเชื้อ COVID-19 หรือไม่ ทำให้ได้เรียนรู้การเลือกอุปกรณ์ป้องกัน การติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) ที่เหมาะสม เรียนรู้การบริหารจัดการขณะเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เรียนรู้ที่จะตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคที่ยังไม่เคยมีใครรู้จักมาก่อน ทุกคนรู้จักพร้อม ๆ กัน และเรียนรู้กับความไม่แน่นอนเพราะต้องปรับตัวกับข้อมูลใหม่ เกณฑ์การสอบสวนโรคใหม่ แนวทางการรักษาใหม่ ที่ปรับเปลี่ยนตามข้อมูลที่ดีที่สุดในขณะนั้น อยู่เสมอ นอกจากนี้ได้เรียนรู้การบริหารจัดการทรัพยากรที่ขาดแคลนโดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

ใน เมื่อ การระบาดของ COVID-19 เป็นสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้รูปแบบการเรียนการสอนเปลี่ยนไป เห็นว่าเป็นโอกาสอันดีที่จะได้เรียนในรูปแบบใหม่ ๆ เมื่อรูปแบบใดที่พบว่าดีมีประสิทธิภาพก็นำไปใช้ต่อทั้งผู้เรียนและผู้สอนในอนาคตหลังการระบาดสิ้นสุดลงแล้ว นอกจากนี้ ยังเป็นโอกาสอันดีที่จะได้เรียนรู้โรคใหม่ไปพร้อม ๆ กัน ทำให้ทราบกระบวนการคิดในการวินิจฉัยโรคใหม่ แนวคิดในการหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพจากสถานการณ์จริง ไม่ใช่

เรียนจากตำราอย่างเดียว นอกจากนั้น อาจเป็นโอกาสที่แพทย์ประจำบ้าน เวชศาสตร์ครอบครัวได้ทำงานวิจัยที่สนใจ เกี่ยวกับสถานการณ์ COVID-19 ในมุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็เป็นไปได้เช่นกัน

การจัดประชุมวิชาการรูปแบบ online ในช่วงนี้ ถือเป็นโอกาสอันดีเช่นกันที่จะได้เรียนรู้ตามความสนใจได้ง่ายขึ้น เมื่อสถานการณ์โรคระบาดสงบแล้ว คิดว่าเป็นโอกาสอันดีว่าควรเป็นกิจกรรมที่ดำเนินต่อเนื่องไปอย่างสม่ำเสมอ

สรุป

แม้ว่าการระบาดของ COVID-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ จะทำให้แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวเสียโอกาสในการเรียนรู้ไปหลายประการ แต่อย่างไรก็ตาม ถือเป็นโอกาสที่ทำให้ได้เรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ

ได้เห็นวิธีการเรียนการสอนแบบใหม่ และได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคระบาด ระดับประเทศจากสถานการณ์จริง ซึ่งช่วยพัฒนาความคิดมุมมองของแพทย์ประจำบ้านได้มาก นอกจากนั้น แพทย์ประจำบ้านยังได้เรียนรู้นอกหลักสูตรตามความสนใจมากขึ้น และยังเป็นโอกาสในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์อาทิตย์ ชัยธนสาร ที่กรุณาตรวจทานต้นฉบับและให้ข้อเสนอแนะ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้นิพนธ์ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ทั้งสิ้นเกี่ยวกับบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Timeline - COVID-19: World Health Organization; 2020 [cited 2020 April,17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid-19>.
2. Xu J, Zhao S, Teng T, Abdalla AE, Zhu W, Xie L, et al. Systematic Comparison of Two Animal-to-Human Transmitted Human Coronaviruses: SARS-CoV-2 and SARS-CoV. *Viruses*. 2020;12(2):244. doi: 103390/v12020244.
3. Wong T-w, Lee C-k, Tam W. Cluster of SARS among Medical Students Exposed to Single Patient, Hong Kong. *Emerg Infect Dis* 2004;10(2):269-276.
4. Lim E, Oh V, Koh D-R, Seet R. The Challenges of "Continuing Medical Education" in a Pandemic Era. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38(8):724-726.
5. รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. แนวคิดของการสอนทางคลินิก. ใน: เชิดศักดิ์ ไธรมณีนรัตน์, สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, บรรณาธิการ. เคล็ดลับครูแพทย์คลินิก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2556.
6. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ใน: กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ.: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

7. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):281-286.
8. EOC-DDC Thailand. COVID-19: Department of Disease Control, Minister of Public Health, Thailand; 2020. [cited 2020 April,17]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
9. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ โควิด-19: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
10. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย: สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19036>.
11. แฉลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. *ราชกิจจานุเบกษา*; 2563.
12. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. เอกสารการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวชั้นปีที่ 1-3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
13. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. รายงานการประชุมอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านปีการศึกษา 2562 วันพุธที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
14. คณะกรรมการบริหารหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวประจำเดือนเมษายน 2563. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
15. Conceptual Framework for Clinical Teaching. In: Amin Z, Eng KH, editors. *Basics in Medical Education*. Toh Tuck Link, Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.; 2003. p. 163-70.
16. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999;21(6):563-570.
17. Hudson J, Ratnapalan S. Teaching clinical skills with patient resources. *Can Fam Physician* 2014;60(7):674-677
18. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อผู้สมัครแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2560.
19. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือโรคโควิด-19 สำหรับทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2563.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิภาพจากการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน

นายแพทย์ ชินอรส วงศ์ริดา

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลเสริมงาม จังหวัดลำปาง

อีเมล: chinoroswong@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาสำคัญของไทย จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เครื่องมือแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) มีความแม่นยำในการค้นหาผู้ป่วย sepsis การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis กับเครื่องมือ NEWS

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วย sepsis 115 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสริมงาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - กรกฎาคม พ.ศ.2562 เก็บข้อมูลจากบันทึกทางเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลผ่านสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ผ่านสถิติ Chi square for independent test

ผลการศึกษา: พบความชุกของผู้ป่วย sepsis ที่มีคะแนน NEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขึ้นไป หรืออยู่ในเกณฑ์ “think sepsis” ทั้งหมด 93 ราย (80.9%) ค่าเฉลี่ยคะแนน NEWS อยู่ที่ 8.03 ± 3.509 (95% CI 7.39-8.68, $p < .01$) และพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มความเสี่ยงทางคลินิกสูงและกลุ่มที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิกสูงโดยใช้เครื่องมือ NEWS กับอุบัติการณ์การเสียชีวิต (OR 2.895, 95%CI 1.070-7.827, $p = .032$)

สรุปผล: เครื่องมือ NEWS สามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ sepsis ได้ โดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถใช้ทำนายอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากภาวะ sepsis ได้

คำสำคัญ: แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต, ติดเชื้อในกระแสเลือด

ORIGINAL ARTICLE

Efficiency of National Early Warning Score (NEWS) for Early Detection of Sepsis in a Community Hospital

Abstract

Background: Sepsis is a serious problem in Thailand. In previous studies, the National Early Warning Score (NEWS) has been mentioned as an accurate tool in identifying sepsis patients. This study aimed to study the prevalence of patients with suspected sepsis by applying NEWS and to study the relationship between the incidence of death in patients with suspected sepsis and NEWS.

Methods: A retrospective descriptive study of 115 sepsis patients in Soem Ngam Hospital, from October 2017 to July 2019 was performed. The data were collected from medical records and analyzed by descriptive statistics. The relationship factors were analyzed by Chi-square for independent tests.

Results: The prevalence of sepsis patients had a NEWS score greater than or equal to 5 or higher or being in the "think sepsis" of 93 cases (80.9%). The mean NEWS score was 8.03 ± 3.509 (95% CI 7.39-8.68, $p < 0.01$). From this study, there was a statistically significant correlation between the high clinical risk group and the non-high clinical risk group according to NEWS and the incidence of death (OR 2.895, 95% CI 1.070-7.827, $p = 0.032$).

Conclusions: NEWS can be used for early detection of patients with suspected sepsis without laboratory tests and can be used to predict the incidence of death from sepsis.

Keywords: National Early Warning Score, Sepsis

Chinoros Wongtida,
MD.

Soem Ngam Hospital,
Lampang

E-mail:
chinoroswong@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะที่เป็นปัญหาสำคัญของไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹ พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีจำนวนผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ปี คิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด อีกทั้งมีแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น รวมถึงมีความเจริญก้าวหน้าในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อได้ดีขึ้น แต่อัตราการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังอยู่ในระดับสูง โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 32.03 ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

โรงพยาบาลเสริมงามเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ ขนาด 30 เตียง จากการเก็บสถิติตัวชี้วัดเรื่องอันดับโรคที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลเสริมงามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึง 2560 พบว่า ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และ 2561 อยู่ที่ร้อยละ 27 และ 31 ตามลำดับ จากการทบทวนกระบวนการ

รักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยทีมการดูแลผู้ป่วย (Patient care team) พบว่ายังมีความล่าช้าในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหาและการประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากผลการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือระหว่างการใช้ Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), Quick Sequential [sepsis-related] Organ Failure Assessment (qSOFA) และ National Early Warning Score (NEWS) เพื่อค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด² ได้อย่างรวดเร็ว พบว่าเครื่องมือ NEWS มีความแม่นยำมากที่สุด

แนวทางการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต หรือ National Early Warning Scores (NEWS) เป็นแนวทางการประเมินที่ปรับปรุงจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ประเทศอังกฤษ ปี ค.ศ. 2012³ โดยเครื่องมือนี้จะประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับคะแนน (Clinical scoring) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย (Body temperature) อัตราการหายใจ (Respiratory rate) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน

ในเลือด (Oxygen saturation) และระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness) โดยแต่ละองค์ประกอบมีลำดับคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน หากผลการประเมินพบว่า มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ผู้ใช้เครื่องมือจะต้องทำการค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงถือว่าเครื่องมือนี้สามารถช่วยแบ่งระดับความเสี่ยงทางคลินิก และนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด อีกทั้งยังสามารถช่วยค้นหาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้ โรงพยาบาลเสริมงามยังไม่มี การนำเครื่องมือค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้ อย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านการใช้นิวส์
- เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและการใช้นิวส์

วิธีดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive research) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 060/2562 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลในโปรแกรม SEPNET ของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งได้

รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกรายตามหลัก ICD-10 ดังนี้

- กลุ่มโรค Sepsis รหัส A40.- และ A 41.-

- กลุ่มอาการ Multiorgan failure หรือ severe sepsis รหัส R57.2

- กลุ่มอาการ Septic shock รหัส R65.1

และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเสริมงาม อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 โดยข้อมูลดังกล่าวได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงามแล้ว

การจัดเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และอวัยวะที่เป็นแหล่งติดเชื้อหลัก เป็นต้น และดำเนินการเก็บข้อมูลอาการและอาการแสดงของกลุ่มตัวอย่างขณะมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ค่าระดับออกซิเจนในเลือดและระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น จากนั้นนำมาคิดคำนวณคะแนนสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (National Early Warning Scores หรือ NEWS) โดยใช้โปรแกรม NEWS & SEPSIS Screening ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านการใช้นิวส์ทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) และศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกับการใช้

แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้
สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS)

National Early Warning Score (NEWS)³

NEWS เป็นกระบวนการใช้งาน
เครื่องมือเพื่อประเมินอาการและอาการ
แสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลง
อวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบระดับ
คะแนน (Clinical scoring) ประกอบด้วย
6 องค์ประกอบได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย
(Body temperature) อัตราการหายใจ
(Respiratory rate) อัตราการเต้นของ
หัวใจ (Heart rate) ค่าความดันโลหิต
ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood
pressure) ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน
ในเลือด (Oxygen saturation) และระดับ
ความรู้สึกตัว (Level of consciousness)
โดยแต่ละองค์ประกอบมีลำดับคะแนน
ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ดังแสดงในตาราง
ที่ 1

จากนั้นคิดคะแนนแต่ละองค์
ประกอบโดยมีการแบ่งระดับการให้คะแนน
ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- ช่วงคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง
Low clinical risk

- ช่วงคะแนน 5-6 คะแนน หมายถึง
Medium clinical risk

- ช่วงคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7
คะแนน หมายถึง High clinical risk

โดยผลลัพธ์จากการประเมิน หากคะแนนที่
ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนหรือ
มีช่วงคะแนนตั้งแต่ระดับ Medium
clinical risk ขึ้นไป หมายความว่า ผู้ใช้
เครื่องมือจะต้องจัดให้มีการคัดกรองหรือ
พิจารณาถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
(Think sepsis) ในผู้ป่วยที่มีอาการหรือ
อาการแสดงของการติดเชื้อ หรือมีความ
เสี่ยงสูงของการติดเชื้อ

ตารางที่ 1 การประเมินการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (National Early Warning Scores: NEWS)

Score	3	2	1	0	1	2	3
Respiratory rate	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Oxygen saturation	≤91	92-93	94-95	≥96			
Any supplemental oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systolic BP	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Heart rate	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciousness level*				A			V, P, or U

*หมายเหตุ : consciousness level – A(alert), V(react to voice), P(react to pain), U(unresponsive)

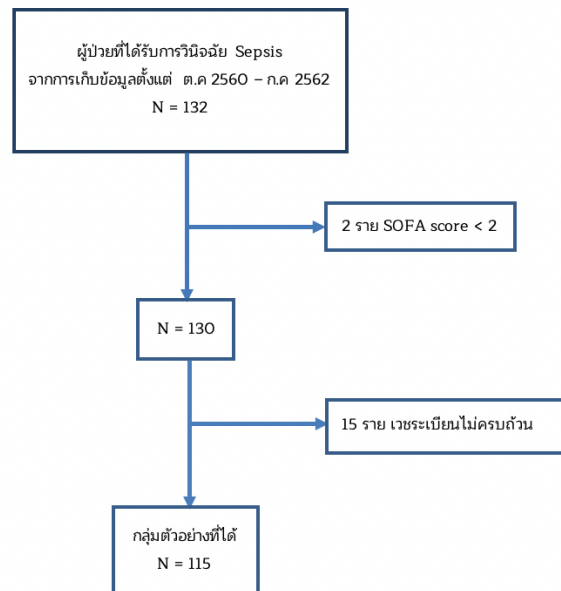
สถิติวิเคราะห์

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความชุกของการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกับคะแนน NEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน โดยรายงานออกมาในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ใช้สถิติทดสอบ Chi square for independent test ในการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกคือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ส่วนที่สองคือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) รายงานออกมาในรูปแบบของ odd ratio (OR) ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < .05) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ทั้งหมด 132 ราย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจริง แต่จากการประเมิน SOFA score ย้อนหลัง มีคะแนน SOFA เท่ากับ 1 และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 15 ราย ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจริง แต่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่

เพียงพอต่อการศึกษา จึงทำให้เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 115 รายดังในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเพศ อายุ การมีโรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะที่เป็นแหล่งติดเชื้อหลักและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) ดังปรากฏในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) จากตารางที่ 3 พบว่าความชุกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนน NEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนหรือที่อยู่ในเกณฑ์ “think sepsis” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (n=115)	P value
เพศ, จำนวน (%)		.493
ผู้ชาย	65(56.5)	
ผู้หญิง	50(43.5)	
อายุ, จำนวน (%)ปี		.870
ต่ำกว่า 60 ปี	33(28.7)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	82(71.3)	
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), จำนวน (%)		.335
ต่ำกว่า 18.5	59(51.8)	
18.5-24.9	44(38.3)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 25	12(0.4)	
โรคประจำตัว(underlying disease), จำนวน (%)		.519
ไม่มีโรคประจำตัว	29(25.2)	
โรคประจำตัว 1 โรค	39(33.9)	
โรคประจำตัว 2 โรค	23(20.0)	
โรคประจำตัว 3 โรค	18(15.7)	
โรคประจำตัวมากกว่า 3 โรคขึ้นไป	6(5.2)	
ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน, จำนวน (%)		.009*
เป็น	20(17.4)	
ไม่เป็น	95(82.6)	
ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง, จำนวน (%)		.195
เป็น	34(29.6)	
ไม่เป็น	81(70.4)	
อวัยวะที่เป็นแหล่งติดเชื้อ (Source of infection), จำนวน (%)		.177
ระบบทางเดินหายใจ	34(29.6)	
ระบบทางเดินอาหาร	19(16.5)	
ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	26(22.6)	
ระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	4(3.5)	
ระบบอื่น ๆ	32(27.8)	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of stay), จำนวน (%)		.428
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน	54(47.0)	
มากกว่า 7 วัน	61(53.0)	

*ระดับความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตของแบบประเมินแนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS)

NEWS score*	จำนวน	ร้อยละ	p-value
Low clinical risk (≤ 4 คะแนน)	22	19.1	< .01
Medium clinical risk (5 – 6 คะแนน)	21	18.3	
High clinical risk (≥ 7 คะแนน)	72	62.6	
รวม	115	100	
Mean 8.03 Std. Deviation 3.509 Maximum 17 Minimum 1 95%CI 7.39-8.68			

*หมายเหตุ: NEWS; national early warning score

.05 ($p < .01$) คิดเป็นร้อยละ 80.9 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน NEWS อยู่ที่ 8.03 ± 3.51 มีค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 7.39-8.68 ซึ่งหากแบ่งตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก พบว่าความชุกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนน NEWS อยู่ในระดับความเสี่ยงทางคลินิกสูง (High clinical risk) คิดเป็นร้อยละ 62.6 รองลงมาคือระดับความเสี่ยงทางคลินิกต่ำ (Low clinical risk) คิดเป็นร้อยละ 19.1 และระดับความเสี่ยงทางคลินิกปานกลาง (Medium clinical risk) คิดเป็นร้อยละ 18.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) โดยทำการแบ่งกลุ่มของระดับ NEWS ออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มความเสี่ยงทางคลินิกสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน) และกลุ่มที่ไม่ใช่ความเสี่ยงทางคลินิกสูง (ระหว่าง 0-6 คะแนน) พบว่าภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR1.336, 95%CI .625-2.856,

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS)

Clinical risk	septic shock		รวม	Odd ratio (95%CI)	Chi square (p)
	ไม่ใช่	ใช่			
Non-high clinical risk group (0 - 6 คะแนน)	21(48.8%)	22(51.2%)	43(100%)	1.336 (.625-2.856)	.561 ^a (.454)
High clinical risk group (≥ 7 คะแนน)	30(41.7%)	42(58.3%)	72(100%)		
รวม	51(44.3%)	64(55.7%)	115(100%)		

^a คือ 0 cells (.0%) ต้องมีค่าคาดหวังไม่น้อยกว่า 5 และตารางนี้ค่าคาดหวังที่น้อยที่สุดเท่ากับ 19.07

$p = .454$) ซึ่งนิยามของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) ในที่นี้ได้ยึดตาม Surviving sepsis campaign bundle ฉบับปรับปรุงใหม่ปี 2018⁴ หมายถึง

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ยังคงมีค่า systolic blood pressure < 90 mm Hg หรือ Systolic blood pressure ลดต่ำลง > 40 mm Hg จากระดับเดิม หรือค่า mean arterial pressure < 70 mmHg แม้ว่าผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation อย่างเพียงพอแล้ว

2. ค่า Blood lactate > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่า adequate fluid resuscitation

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์การเสียชีวิตภายหลังให้การรักษาระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) โดยดำเนินการวิเคราะห์เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) กับระดับ

ความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเสียชีวิตภายหลังให้การรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR 2.895, 95%CI 1.070-7.827, $p = .032$)

การอภิปรายผลการศึกษาและสรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.5) และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 71.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anniek Brink⁵ โดยดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.8) และอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-68 ปี นอกจากนี้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบว่าร้อยละที่เป็นแหล่งติดเชื้อหลัก (Source of infection) ในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 29.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert Goulden⁶

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์การเสียชีวิตหลังให้การรักษากับระดับความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS score)

Clinical risk	อุบัติการณ์การเสียชีวิต		รวม	Odd ratio (95%CI)	Chi square (p)
	ไม่เสียชีวิต	เสียชีวิต			
Non-high clinical risk group (0 - 6 คะแนน)	37(86.0%)	6(14.0%)	43(100%)	2.895 (1.070-7.827)	4.621 ^a (.032)
High clinical risk group (≥7คะแนน)	49(68.1%)	23(31.9%)	72(100%)		
รวม	86(74.8%)	29(25.2%)	115(100%)		

a คือ 0 cells (.0%) ต้องมีค่าคาดหวังไม่น้อยกว่า 5 และตารางนี้ค่าคาดหวังที่น้อยที่สุดเท่ากับ 10.84

ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศอังกฤษ ซึ่งพบว่าร้อยละที่เป็นแหล่งติดเชื้อหลัก (Source of infection) ของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่คือระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 29) เช่นกัน

ผลการศึกษาในเรื่องความชุกของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนน NEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 93 คน (ร้อยละ 80.9) หากจำแนกตามระดับความเสี่ยงทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนน NEWS อยู่ในระดับ Medium clinical risk (มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Omar A. Usman² ที่ทำการศึกษาในศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า NEWS มีความแม่นยำในการคัดกรองภาวะ severe sepsis (AUROC = .91, 95% CI 0.903-0.926) โดย NEWS มีค่าความไวในการคัดกรองภาวะ sepsis เท่ากับ 84.2% (95% CI 81.5-86.5%) และมีค่าความจำเพาะในการคัดกรองภาวะ sepsis เท่ากับ 85% (95% CI 84.8-85.3%)

จากผลการศึกษาเรื่องปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) กับการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) ซึ่งจำแนกตามระดับการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .454$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Omar A. Usman² ที่ทำการศึกษาในศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า NEWS สามารถทำนายภาวะ

ช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) (AUROC = .93, $p < .001$)

การศึกษาในประเด็นการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์การเสียชีวิตกับการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .032$) ซึ่งให้ผลการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Young Seok Le⁷ ที่ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศเกาหลี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินอยู่ในระดับ high clinical risk (มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน) และมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินอยู่ในระดับ low risk (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน) ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tom E.F. Abbott⁸ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของประเทศอังกฤษ พบว่าการใช้ Pre-hospital NEWS มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตหรือการย้ายเข้า ICU ภายใน 48 ชั่วโมงหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR, 1.25; 95% CI, 1.04–1.51; $p = .02$) และการใช้ Pre-hospital NEWS ในการประเมินผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเสียชีวิตหรือการย้ายเข้า ICU (OR, 1.52; 95% CI, 1.18–1.97, $p < .01$)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกคือเป็นการศึกษาย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวน (Confounding) ต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) และอัตราการเสียชีวิตได้โดยตรง เช่น ความรุนแรงของอวัยวะภายในที่ทำงานผิดปกติ ระดับของค่า Blood lactate ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ ชนิดของยาปฏิชีวนะ

รวมถึงระยะเวลาของการได้รับสารน้ำ เป็นต้น และข้อจำกัดประการที่สองคือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรนอกเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษาที่อาจมีบริบทแตกต่างออกไป แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต (NEWS) มีประโยชน์ในแง่ของการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปใช้เฝ้าระวังภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยได้รวดเร็วโดยไม่ต้องรอผลเลือดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังซึ่งเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณ ทำให้ได้ข้อมูลอย่างหยาด ดังนั้น ควรดำเนินการศึกษาไปข้างหน้า เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปัจจัยกวนต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) และอุบัติการณ์การเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ครอบคลุมมากขึ้น

ควรมีการขยายผลในการศึกษาครั้งนี้ในพื้นที่ที่มีลักษณะบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้เป็นตัวแทนในประชากรกลุ่มใหญ่ ทำให้การศึกษามีความตรงภายนอก (External validity) มากขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์จากนายแพทย์อาคม บุญเลิศ อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาขณะที่เข้าร่วมโครงการ “อบรมแนวคิดและทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว” ของสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป / เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ขอขอบคุณนายแพทย์สิทธิกร สาริวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงามที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในโรงพยาบาล รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชระเบียน และคุณระวีวรรณ ชุ่มธิพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลงานผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ให้ความช่วยเหลือในการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยงานมาเพื่อประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. 2560; 448-455.
2. Usman OA, Usman AA, Ward MA. Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in emergency department. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2018 [cited 2020 July 28]; 37(8): 1490-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.10.058>
3. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party [Internet]. London: RCP, 2017 [cited 2020 July 28]. Available from: http://allcatsrgrey.org.uk/wp/download/governance/clinical_governance/NEWS2-final-report_O.pdf
4. Napolitano LM. Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes. *Surg Infect(Larchmt)* 2018;19(2):117-125.
5. Brink A, Alsma J, Verdonchot RJCG, Rood PPM, Zietse R, Lingsma HF, et al. Predicting mortality in patients with suspected sepsis at the Emergency Department; A retrospective cohort study comparing qSOFA, SIRS and National Early Warning Score. *PLoS One*. 2019; 14(1): 1-14.
6. Goulden R, Hoyle M, Monis J, Railton D, Riley V, Martin P, et al. qSOFA , SIRS and NEWS for predicting inhospital mortality and ICU admission in emergency admissions treated as sepsis. *Emerg med J* 2018;35(6):345-349.
7. Lee YS, Choi JW, Park YH, Chung C, Park D Il, Lee JE, et al. Evaluation of the efficacy of the National Early Warning Score in predicting in-hospital mortality via the risk stratification. *J Crit Care* [Internet]. 2018 [cited 2020 July 18]; 47: 222-226. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.07.011>
8. Abbott TEF, Cron N, Vaid N, Ip D, Torrance HDT, Emmanuel J. Pre-hospital National Early Warning Score (NEWS) is associated with in-hospital mortality and critical care unit admission: A cohort study. *Ann Med Surg* [Internet]. 2018 [cited 2020 July 28] 27: 17-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.01.006>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

บทคัดย่อ

แพทย์หญิงธัญวรรณ เพ็ชรน้อย

แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์
ครอบครัว

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

อีเมล:

thanyawan_k@hotmail.com

ที่มา: ปี พ.ศ. 2562 พบความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่หน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 8.79% ในจำนวนนี้ได้รับยานอนหลับสูงถึง 90.27% ซึ่งการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการล้ม กระดูกสะโพกหัก เกิดการทนยา (Tolerance) และติดยา (Addiction) ได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการป้องกันและรักษาภาวะนอนไม่หลับและลดการใช้ยานอนหลับ

แบบวิจัย: Case-control

วัสดุและวิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ที่มารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 170 คน สุ่มตัวอย่างแบบโควตา แบ่งเป็น กลุ่มนอนไม่หลับและกลุ่มนอนหลับ กลุ่มละ 85 คน ใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติ Chi-square, Independent samples t-test, Binary logistic regression นัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา: พบว่าปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ การไม่รักษากันในครอบครัว การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน

สรุป: ผลการศึกษานี้นำไปใช้ส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ให้มีการออกกำลังกาย ให้มีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี ซึ่งปลอดภัยกับผู้สูงอายุ เสียค่าใช้จ่ายน้อยและยั่งยืนกว่าการใช้ยานอนหลับ ไม่แนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้หลับ เพราะมีผลให้นอนหลับไม่สนิทในช่วงครึ่งหลังของการนอน และเกิดการใช้อัลกอฮอล์มากขึ้นเพราะติดยา

คำสำคัญ: ภาวะนอนไม่หลับ, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Insomnia in Older Patients at Primary Care Unit, Bhumibol Adulyadej Hospital

Abstract

Backgrounds: In 2019, The prevalence of insomnia in older patients who were treated for non-communicable diseases at the primary care unit, Bhumibol Adulyadej Hospital was 8.79% and they were treated with sleeping pills 90.27%. Using sleeping pills in older patients can result in dizziness and increase the risk of falling and hip fracture. This can also cause drug tolerance and addiction.

Objectives: The purpose of this study was to examine factors associated with insomnia, from 1 March to 31 May 2020.

Design: Case-control

Materials and Methods: The sample consisted of male and female patients 60 years old and older patients who treated for non-communicable diseases at primary care unit, Bhumibol Adulyadej Hospital, from 1 March to 31 May 2020. One hundred seventy people were divided into non-insomnia and insomnia, 85 people equally. The samples were selected by quota sampling. A questionnaire was used to collect data with statistical analysis by the SPSS program. Data were analyzed using frequency (N), percentage (%), mean $\pm$ SD, chi-square, independent samples t-test and binary logistic regression. The statistical significance was set at P-value <0.05 .

Results: The factors associated with insomnia included poor family relationships, non-alcohol use, non-exercise and irregular sleep-wake times.

Conclusions: Study results can be utilized for promoting good family relationship, exercise and good sleep hygiene. All of these methods assist older patients in sleeping without using sleeping pills which is safe, less costly, and more sustained. Alcohol is not recommended as a sleeping aid because it leads to sleep fragmentation in the second half of sleep and can cause alcohol tolerance.

Keywords: Insomnia, Older patients, Non-communicable diseases

Thanyawan Petchnoi,
MD.

Family medicine resident

Bhumibol Adulyadej
Hospital

E-mail:
thanyawan_k@hotmail.com

บทนำ

การนอนหลับเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของร่างกายที่เกิดขึ้นทุกวัน มีลักษณะของความรู้สึกตัว การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งเร้ารอบตัวลดลง แต่ก็สามารถตื่นกลับมารู้สึกตัวได้¹ โดยขณะนอนหลับจะมีการซ่อมแซมฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการจัดเก็บความจำ โดยคนเราใช้เวลา 1 ใน 3 ของเวลาทั้งชีวิตในการนอนหลับ² การนอนหลับอย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญต่อร่างกาย หากนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้ขาดสมาธิ ง่วงนอนในช่วงกลางวัน ความจำลดลง อารมณ์ไม่ดี การรับรู้ลดลง การตัดสินใจช้าลง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย³ ทำให้อาการของโรคที่มีอยู่กำเริบมากขึ้นหรือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่อไปนี้ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ โรคเบาหวานชนิดที่ 2⁵ โรคอ้วน กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndrome)⁶ โรคกรดไหลย้อน⁷ และโรคหอบหืด⁸ ปัญหาของการนอนหลับที่พบบ่อยที่สุด คือภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia)⁹ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type II Diabetes) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) โรคหัวใจและ

หลอดเลือด (Cardiovascular diseases) โรคอ้วน (Obesity) กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) โรคมะเร็ง (Cancers) และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (COPD, Asthma)¹⁰ ในปี พ.ศ. 2562 พบความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 8.79% ในจำนวนนี้ได้รับยานอนหลับสูงถึง 90.27% ซึ่งการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุมีผลทำให้เวียนศีรษะ มึนงง เพิ่มความเสี่ยงในการล้ม เพิ่มความเสี่ยงของกระดูกสะโพกหัก ทำให้เกิดการทนยา (Tolerance) และติดยาได้³ (Addiction) จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ อันจะนำไปสู่แนวทางในการป้องกันและรักษาภาวะนอนไม่หลับ เพื่อลดการใช้ยานอนหลับโดยไม่จำเป็น ในประเทศไทยมีการศึกษาของ Chakrit Sukying และคณะ (2003)¹¹ พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ 42.6% พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ ความซึมเศร้า (Depression) และการรับรู้ทางสุขภาพที่ไม่ดี (Poor perceived health) งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่หน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นแบบ Case-control study (อัตราส่วน Case : Control = 1 : 1) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุชาย หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ที่หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตึกสลากรีนแ่งรัฐบาลและห้องตรวจข้าราชการในเครื่องแบบ สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ การพูด หรือการได้ยิน สามารถตอบแบบสอบถามได้ตั้งแต่ต้นจนจบ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ได้มาจากงานวิจัย The prevalence of insomnia and its risk factors among older adults in a city in Turkey's Aegean Region¹² พบว่ามีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชนิดของยาที่รับประทานประจำ (Medications taken regularly) กับภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) โดยใช้ Logistic regression ในการวิเคราะห์ พบว่าการกินยา >1 ชนิดเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงของอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.000)

จึงนำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณหา sample size

	Insomnia	Non-insomnia	รวม
กินยา > 1 ชนิด	100 (a)	62 (b)	162 (a+b)
กินยา ≤ 1 ชนิด	75 (c)	123 (d)	198 (c+d)
รวม	175 (a+c)	185 (b+d)	360 (a+b+c+d)

ใช้สูตรคำนวณ Sample size สำหรับงานวิจัย Case control กรณีตัวแปรต้นทางเป็นค่าแบบจำแนก

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{p\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1 + r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1 + p_2 (OR - 1)}$$

$$P1 = \frac{a}{a+c} = \frac{100}{100+75} = 0.57 \quad q1 = 1-0.57 = 0.43$$

$$P2 = \frac{b}{b+d} = \frac{62}{62+123} = 0.34 \quad q2 = 1-0.34 = 0.66$$

$$\bar{p} = \frac{0.43+0.66(1)}{1+1} = 0.54 \quad \bar{q} = 1-0.54 = 0.455$$

กำหนดให้ Cases : Controls = 1 : 1 ดังนั้น r = 1

$$\alpha = 0.05, Z(0.975) = 1.959964$$

$$\beta = 0.20, Z(0.80) = 0.8416212$$

Δ = ผลต่างระหว่าง P1 และ P2

$$\text{Odds ของการกินยา} \leq 1 \text{ ชนิด} = \frac{c}{d} = \frac{75}{123} = 0.609756$$

$$\text{ดังนั้น Odds ratio (OR) ของการกินยา} > 1 \text{ ชนิด} = \frac{\frac{a}{b}}{\frac{c}{d}} = \frac{\frac{100}{92}}{\frac{75}{123}} = \frac{1.6129032}{0.609756} = 2.645$$

นำค่าที่ได้ทั้งหมดแทนค่าในสูตร หรือใช้โปรแกรม n4Studies จะได้ Sample size แบ่งเป็น Cases และ Controls กลุ่มละ 73 คน เมื่อใช้ Continuity correction จะได้ Sample size กลุ่มละ 81 คน

ปรับขนาดตัวอย่างในกรณี Drop out

$$n_{adj} = \frac{n}{1 - R}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง = 81

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกสำรวจหรือสัดส่วนการสูญหาย

จากการติดตาม = 5 %

แทนค่าในสูตร จะได้

$$n_{adj} = \frac{81}{1 - 0.05} = 85.26 \text{ คน}$$

ดังนั้น จึงแบ่งเป็นกลุ่มนอนไม่หลับและกลุ่มนอนหลับ กลุ่มละ 85 คน รวมทั้งหมด 170 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา เก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2563 ตัวแปรต้นที่ต้องการวัดผลเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร อาศัยอยู่กับใคร การปรึกษากันในครอบครัว รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การดื่ม

แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มคาเฟอีน การใช้สารเสพติด โรคประจำตัว ความพิการ ยาที่รับประทานประจำ

- ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การนอนกลางวัน การสวดมนต์ สุขอนามัยการนอนหลับ

- ภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด

กลุ่มนอนหลับ (Non-insomnia) หมายถึง ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ได้ 0-7 คะแนน จากการใช้แบบสอบถามประเมินภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)

กลุ่มนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึง ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ได้ 8-28 คะแนน จากการใช้แบบสอบถามประเมินภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (IRB No.18/63) ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบโครงสร้าง สัมภาษณ์จากผู้ให้คำตอบโดยตรง ผู้ทำวิจัยสัมภาษณ์คนเดียว ก่อนเก็บข้อมูลจะมีการอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะต้องให้การยินยอมโดยปากเปล่า (Verbal

consent) หรือโดยมีลายลักษณ์อักษร (Written informed consent) ก่อนเสมอ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ จะไม่บันทึกชื่อผู้ป่วยในแบบสอบถามและไม่นำเสนอชื่อผู้ป่วยในงานวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนที่เก็บข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)¹³ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ มีคะแนนรวม 0-28 คะแนน แปลผลโดย 0-7 คะแนน คือไม่มีภาวะนอนไม่หลับ (Non-clinically significant insomnia), 8-14 คะแนน คือมีภาวะนอนไม่หลับเล็กน้อย (Subthreshold insomnia), 15-21 คะแนน คือมีภาวะนอนไม่หลับปานกลาง (Moderate severity clinical insomnia), 22-28 คะแนน คือมีภาวะนอนไม่หลับรุนแรง (Severe clinical insomnia)

ส่วนที่ 4 เป็นส่วนที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep data)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety

Stress Scales; DASS-21)¹⁴ มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แปลผลโดยรวมคะแนนในแต่ละด้าน ได้แก่ ความซึมเศร้า (D), ความวิตกกังวล (A), ความเครียด (S) จากนั้นนำคะแนนแต่ละด้านคูณสอง แปลผลตามตารางด้านล่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 18 วิเคราะห์ข้อมูล กำหนด Statistically significance ที่ $P\text{-value} < 0.05$ สถิติที่ใช้ ได้แก่ Frequency (N), Percentage (%), Mean $\pm$ SD, Chi-square test, Independent samples t-test และ Binary logistic regression

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

พบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม กลุ่มนอนหลับมีอายุเฉลี่ย 68.89 ± 6.27 ปี และกลุ่มนอนไม่หลับมีอายุเฉลี่ย 69.61 ± 6.13 ปี พบว่าเพศและการปรึกษากันในครอบครัวระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มนอนไม่หลับมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีการไม่ปรึกษากันในครอบครัวมากกว่า ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่าใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม

	ความซึมเศร้า (D)	ความวิตกกังวล (A)	ความเครียด (S)
ปกติ (Normal)	0-9	0-7	0-14
ระดับต่ำ (Mild)	10-13	8-9	15-18
ระดับปานกลาง (Moderate)	14-20	10-14	19-25
ระดับรุนแรง (Severe)	21-27	15-19	26-33
ระดับรุนแรงที่สุด (Extremely Severe)	28+	20+	34+

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและการดื่มกาแฟระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มนอนไม่หลับ ไม่ดื่มสุรามากกว่า มีการออกกำลังกายน้อยกว่า ไม่ดื่มกาแฟมากกว่ากลุ่มนอนหลับ

การประเมินภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)

พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการของภาวะนอนไม่หลับที่พบมากที่สุด คือมีความลำบากที่จะหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty maintaining sleep) พบ 45.61% ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับที่พบมากที่สุด คือระดับน้อย (Subthreshold insomnia) พบ 78.8%

ข้อมูลการนอนหลับ

พบว่าการเข้านอน-ตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน การลุกจากที่นอนเมื่อตื่นนอนตอนเช้า และการมีเสียงดังในห้องนอนมี

ความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มนอนไม่หลับ เข้านอนตื่นนอนไม่ตรงเวลามากกว่า ไม่ลุกจากเตียงทันทีเมื่อตื่นนอนมากกว่า และมีเสียงดังรบกวนในห้องนอนมากกว่ากลุ่มนอนหลับ

ภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)

พบว่าภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มนอนไม่หลับมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติมากกว่ากลุ่มนอนหลับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ

พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ปรึกษากันในครอบครัว การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และการเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาทุกวัน

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
เพศ			
หญิง	45 (52.94)	58 (68.24)	0.04
ชาย	40 (47.06)	27 (31.76)	
อายุ (ปี)			
60-69 ปี	53 (62.35)	52 (61.18)	0.77
70-79 ปี	25 (29.41)	28 (32.94)	
80-89 ปี	7 (8.24)	5 (5.88)	
อายุเฉลี่ย (Mean±SD)	68.89±6.27	69.61±6.13	0.45

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (ต่อ)

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
เชื้อชาติ			
ไทย	85 (100)	85 (100)	-
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	65 (76.47)	66 (77.65)	0.86
ปริญญาตรีขึ้นไป	20 (23.53)	19 (22.35)	
อาชีพ			
ไม่ได้ทำงาน	25 (29.41)	25 (29.41)	1.000
ยังทำงานอยู่	21 (24.71)	21 (24.71)	
เกษียณ	39 (45.88)	39 (45.88)	
สถานภาพ			
โสด	6 (7.06)	5 (5.88)	0.74
แต่งงาน	63 (74.12)	58 (68.24)	
หย่าร้าง	7 (8.24)	10 (11.76)	
ม่าย	9 (10.59)	12 (14.12)	
การมีบุตร			
ไม่มีบุตร	10 (11.76)	6 (7.06)	0.29
มีบุตร	75 (88.24)	79 (92.94)	
อาศัยอยู่กับ			
อยู่คนเดียว	8 (9.41)	7 (8.24)	0.79
อยู่กับครอบครัว	77 (90.59)	78 (91.76)	
การปรึกษาในครอบครัว			
ไม่ปรึกษากัน	7 (8.97)	19 (22.35)	0.01
ปรึกษากัน	78 (91.76)	66 (77.65)	
รายได้/เดือน			
น้อยกว่า 10,000 บาท	30 (35.29)	34 (40)	0.91
10,000-20,000 บาท	20 (23.53)	20 (23.53)	
20,001-30,000 บาท	15 (17.65)	14 (16.47)	
มากกว่า 30,000 บาท	20 (23.53)	17 (20)	
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอ	18 (21.18)	23 (27.06)	0.37
เพียงพอ	67 (78.82)	62 (72.64)	
แหล่งรายได้			
ได้จากตัวเอง	57 (67.06)	59 (69.41)	0.74
ได้จากผู้อื่น	28 (32.94)	26 (30.59)	
ภาระหนี้สิน			
ไม่มี	19 (22.35)	25 (29.41)	0.29
มี	66 (77.65)	60 (70.95)	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
ดัชนีมวลกาย (Kg/m²)			
< 23.00	25 (29.41)	25 (29.41)	0.69
23.00-24.99	18 (21.18)	18 (21.18)	
≥ 25.00	42 (49.41)	42 (49.41)	
เฉลี่ย (Mean±SD)	25.95±4.84	25.95±4.84	0.14
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม	69 (81.18)	79 (92.94)	0.02
ดื่ม	16 (18.82)	6 (7.06)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	78 (91.76)	82 (96.47)	0.19
สูบ	7 (8.24)	3 (3.53)	
การออกกำลังกาย			
ไม่ออกกำลังกาย	38 (44.71)	61 (71.76)	<0.01
ออกกำลังกาย	47 (55.29)	24 (28.24)	
การดื่มน้ำชา			
ไม่ดื่มน้ำชา	64 (75.29)	65 (76.47)	0.86
ดื่มน้ำชา	21 (24.71)	20 (23.53)	
การดื่มกาแฟ			
ไม่ดื่มกาแฟ	22 (25.88)	35 (41.18)	0.04
ดื่มกาแฟ	63 (74.12)	50 (58.52)	
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง			
ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	75 (88.24)	79 (92.94)	0.29
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	10 (11.76)	6 (7.06)	
น้ำอัดลม			
ไม่ดื่ม	56 (65.88)	56 (65.88)	1.00
ดื่ม	29 (34.12)	29 (34.12)	
การใช้ยาเสพติด			
ไม่ใช้ยาเสพติด	85 (100)	85 (100)	-
ใช้ยาเสพติด	0 (0)	0 (0)	
จำนวนโรคประจำตัว			
เฉลี่ย (Mean±SD)	3.59±1.40	3.69±1.559	0.64
โรคประจำตัว มากที่สุด 3 อันดับ			
โรคหัวใจและหลอดเลือด	75 (88.23)	28 (32.94)	-
โรคต่อมไทรอยด์	34 (40)	22 (25.88)	-
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	16 (18.82)	18 (21.18)	-
ยาที่รับประทาน			
จำนวน ≤ 1 ชนิด	9 (10.59)	6 (7.06)	0.42
จำนวน > 1 ชนิด	76 (89.41)	79 (92.94)	
ความพิการ			
ไม่พิการ	84 (98.82)	81 (95.29)	0.37
มีความพิการ	1 (1.18)	4 (4.71)	

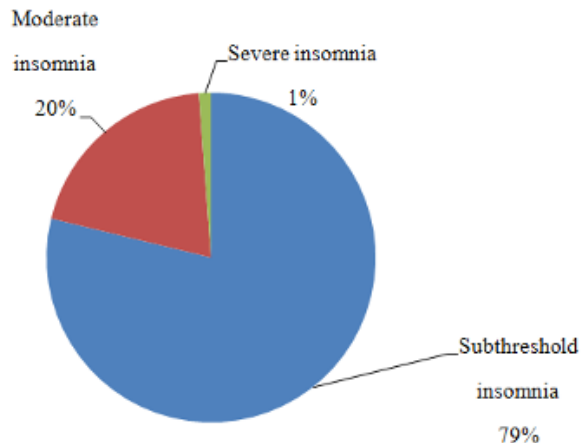
ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index)

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ(85 คน) N (%)	
คะแนนรวม			
คะแนนต่ำสุด (Min)	0	8	
คะแนนมากที่สุด (Max)	7	22	
คะแนนเฉลี่ย (Mean±SD)	2.11±2.179	12.05±3.488	<0.01
ลักษณะอาการของภาวะนอนไม่หลับ (คน)			
มีความลำบากกว่าจะเริ่มหลับได้ (DIS) [*]	-	73 (42.69)	-
มีความลำบากที่จะนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (DMS) [§]	-	78 (45.61)	-
ตื่นเช้าเกินกว่าที่ต้องการ (EMA) [†]	-	20 (28.17)	-
ระดับความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับ N (%)			
ไม่มีภาวะนอนไม่หลับ	85 (100)	-	-
นอนไม่หลับระดับน้อย (Subthreshold insomnia)	-	67 (78.8)	-
นอนไม่หลับระดับปานกลาง (Moderate insomnia)	-	17 (20)	-
นอนไม่หลับระดับรุนแรง (Severe insomnia)	-	1 (1.2)	-

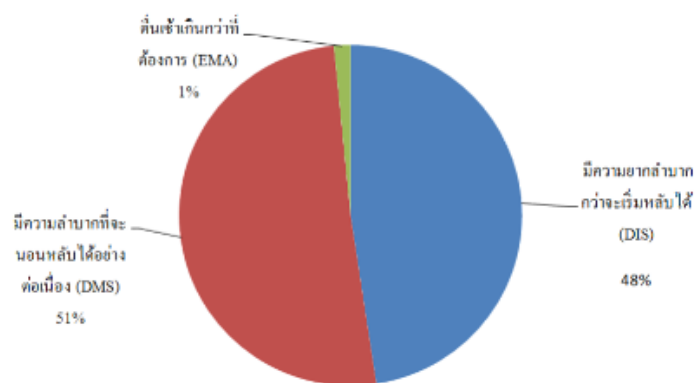
^{*}DIS (Difficulty initiating sleep) คือ มีความลำบากกว่าจะเริ่มหลับได้ มากกว่า 30 นาที

[§]DMS (Difficulty maintaining sleep) คือ มีความลำบากที่จะนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง หลังจากตื่น มากกว่า 30 นาที

[†]EMA (Early morning awakening) คือ ตื่นเช้าเกินกว่าที่ต้องการ มากกว่า 30 นาที



แผนภาพที่ 1 แสดงความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ



แผนภาพที่ 2 แสดงอาการนอนไม่หลับ

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลการนอนหลับของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมง)			
เฉลี่ย (Mean±SD)	7.24±1.24	7.03±1.69	0.36
การนอนหลับช่วงกลางวัน			
ไม่นอนหลับช่วงกลางวัน	37 (43.53)	46 (54.12)	0.08
นอนหลับช่วงกลางวัน	48 (56.47)	39 (45.88)	
การสะดุ้งตื่นก่อนนอน			
ไม่สะดุ้งตื่นก่อนนอน	33 (38.82)	39 (45.88)	0.17
สะดุ้งตื่นก่อนนอน	52 (61.18)	46 (54.12)	
การเข้านอน-ตื่นนอน			
ตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน			
ตรงเวลา	83 (97.65)	72 (84.71)	0.003
ไม่ตรงเวลา	2 (2.35)	13 (15.29)	
การลุกจากที่นอนเมื่อตื่นนอน			
ไม่ลุกจากที่นอนทันที	18 (21.18)	31 (36.47)	0.03
ลุกทันทีเมื่อตื่นนอน	67 (78.82)	54 (63.53)	
การงีบหลับตอนกลางวัน			
>30 นาทีหลัง 15.00 น.			
ไม่งีบ	76 (89.41)	80 (94.12)	0.26
งีบ	9 (10.59)	5 (5.88)	
การดื่มคาเฟอีน			
ภายใน 6 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน			
ไม่ใช้	82 (96.47)	83 (97.65)	1.00
ใช้	3 (3.53)	2 (2.35)	
การดื่มแอลกอฮอล์			
ภายใน 4 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน			
ไม่ใช้	80 (94.12)	85 (100)	0.06
ใช้	5 (5.88)	0 (0)	
การสูบบุหรี่			
ภายใน 4 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน			
ไม่ใช้	82 (96.47)	83 (97.65)	1.00
ใช้	3 (3.53)	2 (2.35)	
การรับประทานอาหาร			
ภายใน 4 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน			
ไม่ใช้	67 (78.82)	72 (84.71)	0.32
ใช้	18 (21.18)	13 (15.29)	
การดื่มน้ำมากกว่า 1 แก้ว			
ก่อนเข้านอน			
ไม่ดื่ม	46 (54.12)	44 (51.76)	0.76
ดื่ม	39 (45.88)	41 (48.24)	
หิวก่อนเข้านอนเป็นประจำ			
ไม่ใช้	77 (90.59)	73 (85.88)	0.34
ใช้	8 (9.41)	12 (14.12)	
เตียงนอนสบาย			
ไม่ใช้	3 (3.53)	3 (3.53)	1.00
ใช้	82 (96.47)	82 (96.47)	

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลการนอนหลับของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม (ต่อ)

ปัจจัย	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
ห้องนอนมีอุณหภูมิที่เหมาะสม			
ไม่ใช่	2 (2.35)	8 (9.41)	0.05
ใช่	83 (97.65)	77 (90.59)	
การมีแสงเล็ดลอดในห้องนอน			
ไม่มี	75 (88.24)	72 (84.71)	0.50
มี	10 (11.76)	13 (15.29)	
การมีเสียงดังในห้องนอน			
ไม่มี	75 (88.24)	65 (76.47)	0.04
มี	10 (11.76)	20 (23.53)	
การวิตกกังวลหรือการขบคิด			
ปัญหาก่อนเข้านอน			
ไม่มี	72 (84.71)	62 (72.94)	0.06
มี	13 (15.29)	23 (27.06)	
การโต้เถียงก่อนเข้านอน			
ไม่มี	64 (75.29)	58 (68.24)	0.23
มี	21 (24.71)	27 (31.76)	
การใช้ห้องนอนทำกิจกรรมอื่น			
ไม่ใช่	64 (75.29)	58 (68.24)	0.31
ใช่	21 (24.71)	27 (31.76)	
การนอนไม่หลับภายใน 20 นาที			
แล้วทำอะไร			
นอนต่อ	13 (72.22)	43 (56.58)	0.22
ลุกมาทำอะไรทำ	5 (27.78)	33 (43.42)	
การรับแสงแดดในตอนเช้า			
อย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน			
ไม่ใช่	44 (51.76)	45 (52.94)	0.88
ใช่	41 (48.24)	40 (47.06)	

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลการนอนหลับเฉพาะกลุ่มนอนไม่หลับ

ปัจจัย	นอนไม่หลับ (85 คน)
ระยะเวลาที่นอนไม่หลับ	
น้อยสุด (Min)	1 เดือน
มากที่สุด (Max)	45 ปี
เฉลี่ย (Mean±SD)	6.94±9.28 ปี
Acute insomnia (<3 เดือน)	7 คน (8.24 %)
Chronic insomnia (≥3 เดือน)	78 คน (91.76 %)
อาการผิดปกติในช่วงกลางวันหลังจากนอนไม่หลับ (Daytime dysfunction) (คน) N (%) มากที่สุด 3 อันดับ	
ง่วงนอนมากตอนกลางวัน	52 (61.18)
กังวลมากกับการนอนไม่หลับ	40 (47.06)
อ่อนเพลีย	29 (34.12)
อาการทางกายที่รบกวนการนอนหลับ (คน) N (%) มากที่สุด 3 อันดับ	
ปัสสาวะกลางคืน	57 (67.06)
ปวด	38 (44.71)
นอนกรน	19 (22.35)
การใช้ยานอนหลับ (คน) N (%)	
ใช้ทุกวัน	14 (16.47)
ใช้เป็นบางวัน	27 (31.76)
ไม่ใช่	44 (51.76)

ตารางที่ 5 แสดงภาวะสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย (DASS-21)

ภาวะสุขภาพจิต	การนอนหลับ		P-value
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	
ภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ (คน)	15 (17.65)	26 (30.59)	0.049
ภาวะสุขภาพจิตปกติ (คน)	70 (82.35)	59 (69.41)	
ความซึมเศร้า (Depression) (ครั้ง)			
ระดับต่ำ (Mild)	5 (41.67)	9 (56.25)	0.75
ระดับปานกลาง (Moderate)	5 (41.67)	5 (31.25)	
ระดับรุนแรง (Severe)	2 (16.67)	2 (12.50)	
ความวิตกกังวล (Anxiety) (ครั้ง)			
ระดับต่ำ (Mild)	5 (62.50)	7 (46.67)	0.64
ระดับปานกลาง (Moderate)	3 (37.50)	7 (46.67)	
ระดับรุนแรง (Severe)	0 (0)	1 (6.67)	
ความเครียด (Stress) (ครั้ง)			
ระดับต่ำ (Mild)	0 (0)	2 (33.33)	-
ระดับปานกลาง (Moderate)	0 (0)	3 (50)	
ระดับรุนแรง (Severe)	0 (0)	1 (16.67)	

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ

ปัจจัยเสี่ยง	การนอนหลับ		Odds ratio	
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
เพศ				
หญิง	45 (43.69)	58 (56.31)	1.91 (1.02-3.57)	NS
ชาย	40 (59.70)	27 (40.30)	1 (Reference)	
การปรึกษาในครอบครัว				
ไม่ปรึกษากัน				
ปรึกษากัน	7 (26.92)	19 (73.08)	3.21 (1.27-8.10)	3.19 (1.08-9.47)
การดื่มแอลกอฮอล์	78 (54.17)	66 (45.83)	1 (Reference)	
ไม่ดื่ม				
ดื่ม	69 (46.62)	79 (53.38)	3.05 (1.13-8.24)	4.82 (1.52-15.33)
การออกกำลังกาย	16 (72.73)	6 (27.27)	1 (Reference)	
ไม่ออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	38 (38.38)	61 (61.62)	3.14 (1.66-5.94)	2.92 (1.47-5.82)
การดื่มกาแฟ	47 (66.20)	24 (33.80)	1 (Reference)	
ไม่ดื่มกาแฟ				
ดื่มกาแฟ	22 (38.60)	35 (61.40)	2.005 (1.05-3.84)	NS
	63 (55.75)	50 (44.25)	1 (Reference)	

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยเสี่ยงของการนอนไม่หลับ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	การนอนหลับ		Odds ratio	
	นอนหลับ (85 คน) N (%)	นอนไม่หลับ (85 คน) N (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
การเข้านอน-ตื่นนอนตรงเวลา				
ไม่ตรงเวลาทุกวัน	2 (13.33)	13 (86.67)	7.493 (1.64-34.32)	11.79 (2.23-62.35)
ตรงเวลาทุกวัน	83 (53.55)	72 (46.45)	1 (Reference)	
การลุกจากเตียงทันทีเมื่อตื่นนอน				
ไม่ใช่	18 (36.73)	31 (63.27)	1 (Reference)	
ใช่	67 (55.37)	54 (44.63)	2.137 (1.08-4.23)	NS
การมีเสียงดังในห้องนอน				
ไม่มีเสียงดังรบกวน	75 (53.57)	65 (46.43)	1 (Reference)	
มีเสียงดังรบกวน	10 (33.33)	20 (66.67)	2.308 (1.01-5.29)	NS
ภาวะสุขภาพจิต				
ปกติ	70 (54.26)	59 (45.74)	1 (Reference)	
ผิดปกติ	15 (36.59)	26 (63.41)	2.056 (0.99-4.24)	NS

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family relationship) คือการไม่ปรึกษากันในครอบครัว

2. วิถีชีวิต (Lifestyles) คือการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย

3. สุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) คือการเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลา

พบว่าการไม่ปรึกษากันในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจากการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดีเป็นการแยกตัวจาก

สังคม (Social isolation)¹⁵ ส่งผลให้ผู้นั้นเกิดความเหงา (Loneliness)¹⁶ ซึ่งความเหงามีผลเสียต่อการนอนหลับ ได้แก่ เริ่มหลับยาก (Difficulty falling asleep) ระยะเวลาในการนอนหลับลดลง (Shorter sleep duration) และมีอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอน (Woke up feeling tired and worn out)¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakorn Thichumpa และคณะ (2018)¹⁸ พบว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว (Poor family relationships) เสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Jennifer และคณะ (2012)¹⁹ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family relationship) ที่ดีจะมีปัญหาการนอนหลับ (Sleep trouble) น้อยกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robert G.

Kent และคณะ (2015)²⁰ พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ป้องกันหรือใช้รักษาอาการนอนไม่หลับได้ โดยการส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

พบว่าการไม่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น (Reduction sleep onset latency) ทำให้ระยะหลับลึก (N3) เพิ่มขึ้น แต่จะก่อดระยะ REM sleep (Rapid eye movement sleep) ในช่วงครึ่งแรกของการนอนหลับ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีคนดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยหลับ (Sleep aids) โดยแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์สูงสุดหลังดื่มเข้าไป 6 ชั่วโมง เมื่อแอลกอฮอล์หมดฤทธิ์แล้ว จะทำให้ระยะ REM เพิ่มขึ้น (REM rebound) ทำให้นอนหลับไม่สนิทในช่วงครึ่งหลังของการนอนหลับ²¹ พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ช่วยหลับทำให้เกิดการทนยา (Tolerance) ที่ต้องเพิ่มปริมาณแอลกอฮอล์เพื่อให้หลับได้เหมือนเดิม หลังใช้แอลกอฮอล์ช่วยหลับติดต่อกันนาน 6 คืน²² ในรายที่เป็น Alcoholism พบว่ามีปัญหาอนไม่หลับ 36-91% ในรายที่ยังดื่มอยู่และรายที่หยุดดื่มมานานหลายสัปดาห์แล้ว เนื่องจากยังคงมีนิสัยการนอนหลับที่ไม่ดีและเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาเหมือนตอนที่ยังดื่มอยู่ ทำให้ตื่นบ่อยและคุณภาพการนอนหลับแย่ลง เมื่อตรวจการ

นอนหลับ (Polysomnographic studies) จะพบระยะ REM sleep เพิ่มขึ้น แม้จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์นานแล้ว อาจเป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์มานานจนทำให้เปลี่ยนแปลงสารเคมีบริเวณก้านสมอง²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying Ma และคณะ (2018)²⁴ พบว่ากลุ่มที่นอนไม่หลับมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Irshaad O. Ebrahim และคณะ (2013)²⁵ พบว่าผลของการดื่มแอลกอฮอล์กับการนอนหลับมีลักษณะเป็น Dose dependent ในช่วงครึ่งคืนแรก (First half of sleep) การดื่มแอลกอฮอล์ทุกขนาด ได้แก่ ขนาดต่ำ (1-2 ดื่มมาตรฐาน) ขนาดปานกลาง (2-4 ดื่มมาตรฐาน) และขนาดสูง (>4 ดื่มมาตรฐาน) ทำให้นอนหลับง่าย (Reduced sleep onset latency) เพิ่มระยะหลับลึก (Increase slow wave sleep) และลดระยะ REM sleep ส่วนการนอนหลับตลอดคืน (All night sleep) พบว่าการดื่มขนาดสูงจะเพิ่มระยะหลับลึก เพิ่มระยะเวลาก่อนเข้าสู่ระยะ REM sleep (REM onset latency) และลดระยะ REM sleep ในขณะที่การดื่มระดับต่ำและปานกลาง ส่งผลให้ตื่นบ่อยตลอดคืนหลังจากนอนหลับ (Wake after sleep onset) ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ก็คือทำให้ทราบว่าแอลกอฮอล์ช่วยให้หลับได้ แต่ในแง่การนำไปใช้ ไม่ควรแนะนำให้ใช้

แอลกอฮอล์ช่วยหลับ เนื่องจากมีผลเสียมากกว่าผลดีตามที่กล่าวไปแล้ว

พบว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นประจำที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจากการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ (Regular moderate intensity exercise) มีผลต่อโครงสร้างการนอนหลับ ทำให้หลับง่ายขึ้น (Decrease sleep onset latency) ลดการตื่นหลังจากการนอนหลับ (Decrease wake after onset sleep) เพิ่มระยะเวลาการนอนหลับในระยะหลับลึก (Increase slow wave sleep) เพิ่มระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมด (Increase total sleep time) เพิ่มการนอนหลับในระยะ REM (Increase REM sleep latency) ซึ่งการออกกำลังกายมีผลดีต่อการนอนหลับเมื่อออกกำลังกายห่างจากเวลาเข้านอนตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adetola M. และคณะ (2014)²⁷ พบว่าผู้ที่นอนไม่หลับมีส่วนของการมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำมากกว่าผู้ที่นอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pei-Yu Yang และคณะ (2012)²⁸ พบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ (Better global PSQI score) ช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น (Decrease sleep latency) และช่วยลดการใช้ยานอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Glauber Sá Brandão และคณะ (2018)²⁹ พบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่มคุณภาพการนอน

หลับ (Improvement in quality of sleep) และช่วยลดอาการง่วงนอนตอนกลางวัน (Reduction of daytime sleepiness) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kathryn J. Reid และคณะ (2010)³⁰ พบว่าการมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ทำให้หลับง่ายขึ้น เพิ่มระยะเวลานอนหลับ ลดอาการผิดปกติในช่วงกลางวัน ลดอาการซึมเศร้า ลดอาการง่วงนอนตอนกลางวันและช่วยเพิ่มพลังชีวิต ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มีการนอนไม่หลับได้ เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ไม่ต้องใช้ยา สามารถทำได้ทุกที่ มีค่าใช้จ่ายน้อย โดยแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เช่น เดินเร็ว เต้นรำ ปั่นจักรยาน ทำสวน หรือระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก เทนนิส กระโดดเชือก แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น ยางยืด ยกน้ำหนัก อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ และควรออกกำลังกายห่างจากเวลาเข้านอนตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไปเพื่อไม่ให้เกิดการนอนหลับ สำหรับผู้สูงอายุ อาจจะออกกำลังกายเท่าที่ไหว โดยคำนึงถึงโรคประจำตัวและความปลอดภัยเป็นหลัก หากไม่สามารถออกกำลังกายได้ ควรมีกิจกรรมทางกายเท่าที่ทำได้ก็เพียงพอแล้ว³¹

พบว่า การเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาเป็นประจำทุกวันเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจาก การเข้านอน-ตื่นนอนตรงเวลาทุกวันเป็นข้อหนึ่งที่อยู่ในสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) เพื่อให้การนอนหลับมีคุณภาพดีขึ้นและเพื่อให้มีระยะเวลาการนอนหลับที่เหมาะสม ซึ่งการเข้านอน-ตื่นนอนเกี่ยวข้องกับวงจรนาฬิกาชีวิต (Circadian rhythm) เกิดขึ้นทุก 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่ Process C ที่ทำงานโดยอาศัยความมืด-ความสว่าง (Light-dark cycle) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนิน ฮอร์โมนคอร์ติซอล เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการหลับ-ตื่น และ Process S เป็นการสะสมความต้องการนอนหลับ³² เมื่อมีการเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาทุกวัน จะทำให้นาฬิกาชีวิตทำงานผิดปกติไปจากเดิม³³ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วจะมีการนอนไม่เป็นเวลา อาจจะมีงีบหลับตอนกลางวัน ไม่ได้มีกิจกรรมทางกายหรือทางสังคมเหมือนเมื่อก่อน ทำให้นาฬิกาชีวิตเปลี่ยนแปลงไป³⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eman Shokry Abd Allah และคณะ (2014)³⁵ พบว่าการเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาเป็นประจำทุกวันมีผลต่อการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrew J. K. Phillips และคณะ (2017)³⁶ พบว่า ผู้ที่เข้านอน-ตื่นนอนไม่

ตรงเวลา (Irregular sleeper) จะนอนดึกมากกว่ากลุ่มที่เข้านอน-ตื่นนอนตรงเวลา (Regular sleeper) ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ในการป้องกันและรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยส่งเสริมให้มีการเข้านอน-ตื่นนอนตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน

พบว่ากลุ่มนอนไม่หลับส่วนใหญ่ นอนไม่หลับระดับน้อย (Subthreshold insomnia) 78.8% และพบว่าส่วนใหญ่ไม่เข้านอนหลับ 44% การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม Insomnia severity index มาใช้ในการแยกกลุ่มระหว่างกลุ่มนอนหลับ (0-7 คะแนน) และกลุ่มนอนไม่หลับ (8-28 คะแนน) ในกลุ่มนอนไม่หลับ ก็จะแบ่งความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (8-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-21 คะแนน) และระดับรุนแรง (22-28 คะแนน) ความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับ ประกอบไปด้วยปัญหาของภาวะนอนไม่หลับ (Sleep problems) ความกังวลหรือความเครียด (Worry/Distress) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความพึงพอใจ (Satisfaction) และการใช้ชีวิตประจำวัน (Daily function) ที่มีผลมาจากภาวะนอนไม่หลับ¹³ การศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ นอนไม่หลับระดับน้อย (Subthreshold insomnia) สอดคล้องกับการศึกษาของ Abba I. Ayoub และคณะ (2014)³⁷ และการศึกษาของ Gulbahar และคณะ (2019)³⁸ ที่พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มนอนไม่หลับ มีความรุนแรงระดับน้อย (Subthreshold insomnia) 66.1% และ

67.4% ตามลำดับ ในการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับ 44% สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu-Mei Wang และคณะ (2015)³⁹ พบว่ากลุ่มนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับ 78.1% สาเหตุที่ใช้ยานอนหลับน้อย มาจากเหตุผลหลัก คือผู้สูงอายุชาวจีนจะไม่ถือว่าการที่ตนเองนอนไม่หลับนั้นเป็นโรค เข้าใจว่าเป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุที่จะนอนไม่หลับ เหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ชาวจีนขาดประสบการณ์ในโรคเกี่ยวกับการนอนหลับ จึงจ่ายยานอนหลับน้อยลง ผู้สูงอายุชาวจีนอาจจะกังวลว่าจะทนยา (Tolerance) และติดยานอนหลับ (Dependent) จึงใช้ยานอนหลับน้อยลง³⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu-Yu-Tao Xiang และคณะ (2008)⁴⁰ พบว่ากลุ่มนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับ 70.2% สาเหตุที่พบการใช้ยาน้อย เนื่องมาจากการใช้ยานอนหลับในประเทศจีนต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น การซื้อจากร้านขายยาก็ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ด้วยจึงซื้อได้ ส่วนในการศึกษานี้ที่พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช้ยานอนหลับ คาดว่ามาจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1. เป็นภาวะนอนไม่หลับความรุนแรงระดับน้อย มีผลรบกวนคุณภาพชีวิตน้อย ทำให้รู้สึกว่าการนอนไม่หลับไม่เป็นปัญหา จึงไม่ได้ใช้ยานอนหลับ 2. พบว่าส่วนใหญ่นอนไม่หลับเรื้อรัง (≥ 3 เดือน) อาจจะทำให้เกิดความชินกับภาวะนอนไม่หลับ ทำให้คิดว่าเป็นเรื่องปกติของตนเอง จึงไม่ได้ใช้ยานอนหลับ 3. การรักษาภาวะนอนไม่หลับจะเริ่มรักษา

โดยวิธีไม่ใช้ยา (Non pharmacological treatment) ก่อน จึงทำให้การใช้ยานอนหลับลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Matthew D Mitchell และคณะ (2012)⁴¹ พบว่าการรักษาแบบ CBT-I (Cognitive behavior therapy for insomnia) ซึ่งเป็นการรักษาแบบไม่ใช้ยาหลายวิธีร่วมกัน มีประสิทธิภาพเหนือกว่าการรักษาแบบใช้ยานอนหลับในระยะยาว ในแง่ของประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep efficiency) ที่เพิ่มขึ้น ช่วยทำให้ระยะเวลาก่อนหลับ (Sleep latency) และเวลานอนหลับรวม (Total sleep time) ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Patricia Rios และคณะ (2019)⁴² พบว่าการรักษาแบบ CBT (Cognitive behavior therapy) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ควรเลือกเป็นวิธีการรักษาภาวะนอนไม่หลับเป็นอันดับแรก (First line intervention) ดังนั้นในการรักษาภาวะนอนไม่หลับควรที่จะเลือกใช้วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาก่อน แม้ว่าการรักษาแบบใช้ยาจะรักษาอาการภาวะนอนไม่หลับได้เร็วกว่า แต่ผลการรักษาจะสั้นสุดลงทันทีเมื่อหยุดใช้ยา ร่วมกับมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในขณะที่การรักษาแบบไม่ใช้ยาแม้จะใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล แต่ให้ผลการรักษายาวนานกว่า ยั่งยืนกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่าแบบใช้ยา⁴³

ผลการศึกษาพบว่าความซึมเศร้า (Depression) ไม่พบความแตกต่างกันของความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มนอนหลับกับกลุ่มนอนไม่หลับ ภาวะนอนไม่หลับนั้น

เป็นทั้งปัจจัยเสี่ยง และเป็นอาการของความซึมเศร้า⁴⁴ ปัญหาการนอนหลับในโรคซึมเศร้า พบนอนไม่หลับ 88% และพบนอนมากเกินไป (Hypersomnia) 27%⁴⁵ เมื่อตรวจการนอนหลับโดยใช้ EEG ในผู้ที่ซึมเศร้าจะพบการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง (Impair sleep continuity) เข้าสู่ระยะ REM เร็วขึ้น (Shortened REM latency) และเพิ่มความหนาแน่นในระยะ REM (Enhanced REM density) ในระยะ NREM พบว่ามีการลดระยะ N2 และ N3 ลง ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁴⁶ การรับประทานยาต้านซึมเศร้า ได้แก่ ยากลุ่ม Tricyclics, Tetracyclics, SSRIs, SNRIs, MAOIs, NRIs จะไปกดระยะ REM (REM suppression) โดยการยืดเวลาก่อนเข้าสู่ระยะ REM (Prolonged REM latency) ลดระยะ REM (Reduced time spent in REM sleep) และลดความหนาแน่นในระยะ REM (Decreased REM density)⁴⁴ ทำให้นอนหลับดีขึ้น ภาวะนอนไม่หลับหรือภาวะนอนหลับมากเกินไปอยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตาม DSM-5 ผลการศึกษาแตกต่างจาก 7 การศึกษาต่อไปนี้ที่พบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ การศึกษาของ Chakrit Sukying และคณะ (2003)¹¹ การศึกษาของ Abba I. Ayoub และคณะ (2014)³⁷ การศึกษาของ Abdel-Hady El-Gilany และคณะ (2017)⁴⁷ การศึกษาของ Eman Shokry Abd Allah และ

คณะ (2014)³⁵ การศึกษาของ Woo Jung Kim และคณะ (2016)⁴⁸ การศึกษาของ Yan Zou และคณะ (2019)⁴⁹ การศึกษาของ Yu-Mei Wang และคณะ (2016)³⁹ สาเหตุที่ผลการศึกษาที่ได้ขัดแย้งกับผลการศึกษาอื่น อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีความซึมเศร้าน้อย เนื่องจากพื้นที่ที่เก็บข้อมูลเป็นห้องตรวจโรคของหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลซึ่งรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหลัก ในกลุ่มโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า จะถูกส่งไปรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชในแผนกอายุรกรรม จึงทำให้มีโอกาสพบผู้ป่วยที่มีความซึมเศร่าลดลง ด้วยเหตุนี้ อาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างไปจากการศึกษาอื่น ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่นับสำคัญทางสถิติ แต่ก็สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ในการป้องกันการโรคซึมเศร้า เนื่องจากการนอนไปหลับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ ในขณะเดียวกัน อาการนอนไม่หลับก็อาจมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้าได้⁴⁴ จึงต้องรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อให้การนอนหลับดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- มีข้อจำกัดในด้านผู้เข้าร่วมงานวิจัย คือส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมีผู้ที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปในงานวิจัยมีจำนวนน้อย
- การศึกษานี้ อาจมีอคติจากการถายย้อนหลัง (Recall bias) ได้จากการถามข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ Cohort study เพื่อลดอคตินี้ และเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุมากขึ้น

- การศึกษานี้อาจมีอคติจากการเลือก (Selection bias) และอาจมีความตรงภายนอก (External validity) ต่ำจากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) เพื่อลดอคติ และเพื่อเพิ่มความตรงภายนอก เพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือไปยังประชากรได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

- การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างจากหน่วยปฐมภูมิที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแห่งเดียว ซึ่งอาจจะไม่เป็นตัวแทนที่ครบถ้วนสมบูรณ์จากประชากรทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยที่มารักษาส่วนหนึ่งเป็นข้าราชการทหารอากาศ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลอื่น และผู้ป่วยที่มารักษาอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสายไหมและดอนเมือง กรุงเทพฯ ซึ่งคนในเมืองอาจมีความแตกต่างกับคนในชนบท เช่น ระดับการศึกษา รายได้ สถานะทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น^{50,51} ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะต้องเก็บข้อมูลจากหน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นด้วย

- ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการศึกษา (Self-report) เป็นหลัก อาจให้ข้อมูลที่ไม่จริงได้ (Reporting error) การศึกษาในครั้งต่อไปอาจใช้อุปกรณ์ที่ช่วยให้ได้ Objective sleep measure data มากขึ้น เช่น การใช้ Actimeter เป็นอุปกรณ์ตรวจจับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ใส่ที่ข้อมือข้างที่ไม่ถนัด ที่สามารถตรวจจับระยะเวลาการนอนหลับ การเคลื่อนไหว แสงสว่าง ช่วยเก็บข้อมูลการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ Total sleep duration, Sleep onset latency, Sleep offset, Wakefulness after sleep onset, Sleep efficiency⁵²

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้แก่ การไม่ปรึกษาทันในครอบครัว การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาทุกวัน ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้มีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยกับผู้สูงอายุ เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและยั่งยืนมากกว่าการใช้ยานอนหลับ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ใช้ในการช่วยหลับ เนื่องจากมีผลให้นอนหลับไม่สนิทในช่วงครึ่งหลังของการนอนหลับ²² และทำให้เกิดการใช้แอลกอฮอล์ที่มากขึ้น เพราะดื้อยา²³

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางอากาศเอกชัยณรงค์ ธีราทร อาจารย์ที่ปรึกษาและนางอากาศเอกหญิง วราลี อภินิเวศ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตึกสลาภกสินแบ่งรัฐบาลและห้องตรวจข้าราชการในเครื่องแบบ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ขอขอบคุณนางอากาศเอกหญิง สุภาภรณ์ ฤทธิชัย เวชสถิติประจำกรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในงานวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel JM. Sleep Viewed as a State of Adaptive Inactivity. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10(10): 747-53.
2. Havekes R, Meerlo P, Abel T. Animal studies on the role of sleep in memory: from behavioral performance to molecular mechanisms. *Curr Top Behav Neurosci* 2015; 25: 183-206.
3. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *Am Med* 2006; 119(6): 463-69.
4. Javaheri S, Redline S. Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest* 2017; 152(2): 435-44.
5. Lin CL, Chien WC, Chung CH, Wu FL. Risk of type 2 diabetes in patients with insomnia: A population based historical cohort study. *Diabetes Metab Res Rev* 2018; 34(1). doi: 10.1002/dmrr.2930. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28834008.
6. Czeisler CA, Scammell TE, Saper CB. Sleep disorder. In: Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, editors. *Harrison's principle of internal medicine*, 19th ed. USA: McGraw-Hill Education; 2015. p. 184-189.
7. Stein E, Katz PO. GERD: GERD and Insomnia-First Degree Relatives or Distant Cousins?. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7: 8-10.
8. Lin YC, Lai CC, Chien CC, Chen CM, Chiang SR, Ho CH, etc. Is Insomnia a Risk Factor for New-Onset Asthma? A Population-Based Study in Taiwan. *BMJ open* 2017; 7(11):e018714.
9. Rodin SS, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4(5): 487-504.
10. Kelishadi R. *Primordial Prevention of Non-Communicable Disease*. Switzerland: Springer; 2019.
11. Sukying C, Bhokakul V, Udomsubpayakul U. An Epidemiological Study on Insomnia in an Elderly Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2003; 86(4): 316-324.
12. Aslan GK, INC FH, Kartal A. The prevalence of insomnia and its risk factors among older adults in a city in Turkey's Aegean Region. *Psychogeriatrics* 2020; 20(1): 111-117.
13. Oncology nursing society. Insomnia severity index [Internet]. n.d. [cited 2020 Jul 1]. Available from: www.ons.org/sites/default/files/InsomniaSeverityIndex_ISI.pdf
14. Motor accident insurance commission. DASS-21 [Internet]. n.d. [cited 2020 Jul 1]. Available from: maic.qld.gov.au/wp-content/uploads/2016/07/DASS-21.pdf
15. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford E, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med* 2002; 64(3): 407-417.
16. Yildirim Y, Kocabiyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *C Nurs* 2010; 19(5-6): 832-838.
17. Shankar A. Loneliness and sleep in older adults. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2020; 55(2): 269-272.
18. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep Quality and Associated Factors Among the Elderly Living in Rural Chiang Rai, Northern Thailand. *Epidemiol Health* 2018; 14(40): e2018018.
19. Ailshire JA, Burgard SA. Family Relationships and Troubled Sleep Among U.S. Adults: Examining the Influences of Contact Frequency and Relationship Quality. *J Health Soc Behav* 2012; 52(2): 248-262.
20. Kent RG, Uchino BN, Cribbet MR, Bowen K, Smith TW. Social Relationships and Sleep Quality. *Ann Behav Med* 2015; 49(6): 912-917.

21. Thakkar MM, Sharma R, Sahota P. Alcohol Disrupts Sleep Homeostasis. *Alcohol* 2014; 49(4): 299-310.
22. Roehrs T, Roth T. Insomnia as a Path to Alcoholism: Tolerance Development and Dose Escalation. *Sleep* 2018; 41(8):zsy091.
23. Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. Alcohol and the Sleeping Brain. *Handb Clin Neurol* 2014; 125: 415-431.
24. Ma Y, Hu Z, Qin X, Chen R, Zhou Y. Prevalence and socio-economic correlates of insomnia among older people in Anhui, China. *Australas Ageing* 2018; 37(3): 91-96.
25. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcohol Clin Exp Res* 2013;37(4): 539-549.
26. Chennaoui M, Arnal PJ, Sauvet F, L  ger D. Sleep and Exercise: A Reciprocal Issue? *Sleep Med Rev* 2015; 20: 57-72.
27. Ogunbode AM, Adebuso LA, Olowookere OO, Owolabi M, Ogunniyi A. Factors Associated with Insomnia among Elderly Patients Attending a Geriatric Centre in Nigeria. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2014;2014:780535.
28. Yang PY, Ho KH, Chen HC, Chien MY. Exercise Training Improves Sleep Quality in Middle-Aged and Older Adults with Sleep Problems: A Systematic Review. *J Physiother* 2012; 58(3): 157-163.
29. Brandão GS, Gomes GSBF, Brandão GS, Sampaio AAC, Donner CF, Oliveira LVF, et al. Home Exercise Improves the Quality of Sleep and Daytime Sleepiness of Elderlies: A Randomized Controlled Trial. *Multidiscip Respir Med* 2018; 13:2.
30. Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic Exercise Improves Self-Reported Sleep and Quality of Life in Older Adults with Insomnia. *Sleep Med* 2010; 11(9): 934-940.
31. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA* 2018; 320(19):2020-2028.
32. Phillips AJK, Clerx WM, O'Brien CS, Sano A, Barger LK, Picard RW, et al. Irregular sleep/wake patterns are associated with poorer academic performance and delayed circadian and sleep/wake timing. *Sci Rep* 2017;7:3216.
33. Wittmann M, Dinich J, Mellow M, Roenneberg T. Social Jetlag: Misalignment of Biological and Social Time. *Chronobiol Int* 2006; 23(1-2): 497-509.
34. Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in Normal Aging. *Sleep Med Clin* 2018; 13(1): 1-11.
35. Allah ESA, Abdel-Aziz HR, El-Seoud ARA. Insomnia: Prevalence, risk factors, and its effect on quality of life among elderly in Zagazig City, Egypt. *Nurs Edu Pract* 2014;4(8):52-69.doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n8p52>
36. Phillips AJK, Clerx WM, O'Brien CS, Sano A, Barger LK, Picard RW. Irregular sleep/wake Patterns Are Associated With Poorer Academic Performance and Delayed Circadian and sleep/wake Timing. *Sci Rep* 2017; 7(1):3216.
37. Ayoub AI, Attiab M, Kadya HME, Ashour A. Insomnia among community dwelling elderly in Alexandria, Egypt. *Egypt Public Health Assoc* 2014; 89: 136-142.
38. Aslan GK, INC FH, Kartal A. The prevalence of insomnia and its risk factors among older adults in a city in Turkey's Aegean Region. *Psychogeriatrics* 2020; 20(1):111-117.
39. Wang YM, Chen HG, Song M, Xu SJ, Yu LL, Wang L, et al. Prevalence of insomnia and its risk factors in older individuals: a community-based study in four cities of Hebei Province, China. *Sleep Med* 2016; 19: 116-122.
40. Xiang YT, Ma X, Cai Z, Li S, Xiang Y, Guo H, et al. The prevalence of insomnia, its sociodemographic and clinical correlates, and treatment in rural and urban regions of Beijing, China: a general population-based survey. *Sleep* 2008; 31(12): 1655-1662.
41. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *Fam Pract* 2012; 13(40):doi: 10.1186/1471-2296-13-40
42. Rios P, Cardoso R, Morra D, Nincic V, Goodarzi Z, Farah B, et al. Comparative effectiveness and safety of pharmacological and non-pharmacological interventions for insomnia: an overview of reviews. *Syst Rev* 2019; 8(1): 281.
43. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin* 2018; 13(1): 13-9.
44. Steiger A, Pawlowski M. Depression and Sleep. *Int J Mol Sci* 2019; 20(3):607.
45. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(6):421-429.

46. Wichniak Adam, Wierzbicka A, J Wojciech. Sleep as a biomarker for depression. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25(5): 632-645.
47. El-Gilany AH, Saleh NMH, Mohamed HNAE, Elsayed EBM. Prevalence of insomnia and its associated factors among rural elderly: a community-based study. *Int Adv Nurs Stud* 2017; 6(1): 56-62.
48. Kim WJ, Joo WT, Baek J, Sohn SY, Namkoong K, Youm Y, et al. Factors Associated with Insomnia among the Elderly in a Korean Rural Community. *Psychiatry Investig* 2017; 14(4): 400-406.
49. Zou Y, Chen Y, Yu W, Chen T, Tian Q, Tu Q, et al. The prevalence and clinical risk factors of insomnia in the Chinese elderly based on comprehensive geriatric assessment in Chongqing population. *Psychogeriatric Society* 2019; 19(4): 384-390.
50. Dong XQ, Simon MA. Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. *Geriatr Gerontol Int* 2010; 10(1): 85-93.
51. Fang H, Chen J, Rizzo JA. Explaining urban-rural health disparities in China. *Med Care* 2009; 47(12): 1209-1216.
52. Walia HK, Mehra R. Practical Aspects of Actigraphy and Approaches in Clinical and Research Domains. *Clin Neurol* 2019; 130: 371-379.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

แพทย์หญิงทรงสมร ศรีเพชร

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานการแพทย์
โรงพยาบาลห้วยยอด

อีเมล:

gotchamind2@gmail.com

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่ศึกษาในพื้นที่ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2562

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่พัฒนาโดย ดร. จิรนนท์ แก้วมา ซึ่งวัดความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การตัดสินใจ การใช้ข้อมูล จากสถานการณ์ต่าง ๆ จำนวน 15 สถานการณ์ 50 ข้อ ย่อย คะแนนเต็ม 150 คะแนน การเก็บข้อมูลช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของเด็กนักเรียน หรือปัจจัยเกี่ยวข้องอื่น ๆ

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 51.9 ของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.8 ของนักเรียนเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 109.6 ± 10.4 คะแนน คะแนนความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของนักเรียน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเท่ากับ -0.059 ($P\text{-value} = 0.401$) อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเพศ โรงเรียน และระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเท่ากับ 0.377 ($P\text{-value} < 0.001$), 0.372 ($P\text{-value} < 0.001$) และ 0.218 ($P\text{-value} = 0.002$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ, น้ำหนักตัว, นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ORIGINAL ARTICLE

The Relationship between Health Literacy and Body Weight of Primary School Students (Grade 4 to 6), Huai-Nang Sub-district, Huai-Yot District, Trang Province

Abstract

The conceptualization of health literacy is beneficial. Inappropriate health literacy levels in children can lead to improper health behavior and result in overweight or obesity. This cross-sectional study aimed to investigate the association between health literacy and the bodyweight of the fourth- to the sixth-grade students in Huai-Nang Sub-district, Huai-Yot District, Trang Province, Thailand. Two hundred and two of 225 students participated in the study.

The health literacy test was developed by Dr. Jeeranan Kaewma and was used with her permission. The students completed the test within 50 minutes. Weight for height was used to classify the children as underweight, normal, or overweight/obese. The health literacy score and levels were analyzed. Spearman's correlation model was used to identify the association between health literacy and body weight. Multiple linear regression models, also with Spearman's correlation were used to investigate the relationships between body weight and other factors.

The result showed that 52% of students were female, 65.8% were normal weight. An average health literacy score was 109.6 ± 10.4 points (from 150 points). No correlation was identified between health literacy and body weight, Spearman's correlation coefficient was -0.059 (P -value = 0.401). However, Health literacy, in this study, correlated with sex, school and grade, the Spearman's correlation coefficients were 0.377 (P -value = <0.001), 0.372 (P -value < 0.001), and 0.218 (P -value = 0.002) respectively.

In conclusion, this study indicated that there was no correlation between health literacy and body weight, however health literacy correlated with sex, school, and grade (level of education).

Keywords: Primary school students, Health literacy, Bodyweight, Thailand.

Suangsamorn

Sripheet, MD,

Diploma Thai Board of
Family Medicine

Medical physician,
Huaiyot Hospital

E-mail:

gotchamind2@gmail.com

บทนำ

เด็กเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ จึงควรได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ความสามารถ นอกจากนี้ สิ่งสำคัญที่ควรส่งเสริมคู่กันไปคือสุขภาพ เนื่องจากหากเด็กและเยาวชนมีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศและเป็นภาระของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือฟื้นฟู เด็กวัยเรียนมีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของการมีพัฒนาการในด้านการทำงานของร่างกายอย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการด้านสติปัญญา สามารถคิดเข้าใจ หาเหตุผลมาอธิบายและสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัว สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้² ดังนั้น จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควบคู่กับการได้รับการศึกษาที่เหมาะสม การที่เด็กวัยเรียนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น^{3,4}

ในการพัฒนาความรู้ความฉลาดทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ต้องอาศัยคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่

- 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- 2) ความรู้ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ

- 3) ทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดข้อมูลทางด้านสุขภาพ
- 4) ทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ
- 5) การจัดการตนเองให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง และ
- 6) การรู้เท่าทันสื่อ ในการคิดวิเคราะห์และตีความเนื้อหาที่แฝงอยู่ในสื่อสารสนเทศทางสุขภาพได้⁵ หากมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอหรือมีความเข้าใจอย่างถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามหากมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำจะส่งผลต่อการดูแลหรือพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย⁶

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในเด็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางกายและทางจิตใจตามมา เด็กอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่อ้วน จากการสำรวจภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน ของนักเรียนในภาคใต้เขต 12 พบว่า เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุดใน 3 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดพัทลุง (ร้อยละ 13.27) จังหวัดตรัง (ร้อยละ 11.04) และจังหวัดสตูล (ร้อยละ 10.21)⁷ ในพื้นที่ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีโรงเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดห้วยนาง โรงเรียนบ้านวังหลาม และโรงเรียนบ้านหนองราโพ ซึ่งจากการประเมินภาวะ

สุขภาพของนักเรียนที่ศึกษาในพื้นที่พบว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหา อาทิ ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ปัญหาฟันผุหรือปัญหาโรคซัด เป็นต้น โดยปัญหาที่มีความสำคัญอย่างมาก ได้แก่ ปัญหาเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับความฉลาดทางสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 – ป.6) ในตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และจัดทำโครงการให้ความรู้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้น สามารถรู้เท่าทันสื่อ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม มีการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกายเพื่อให้มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและไม่เกิดโรคอ้วนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสโครงการวิจัยเลขที่ PO59/2562

กรอบแนวคิดการวิจัย

(แสดงในแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2562 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 225 คน

สถานที่ในการดำเนินงาน

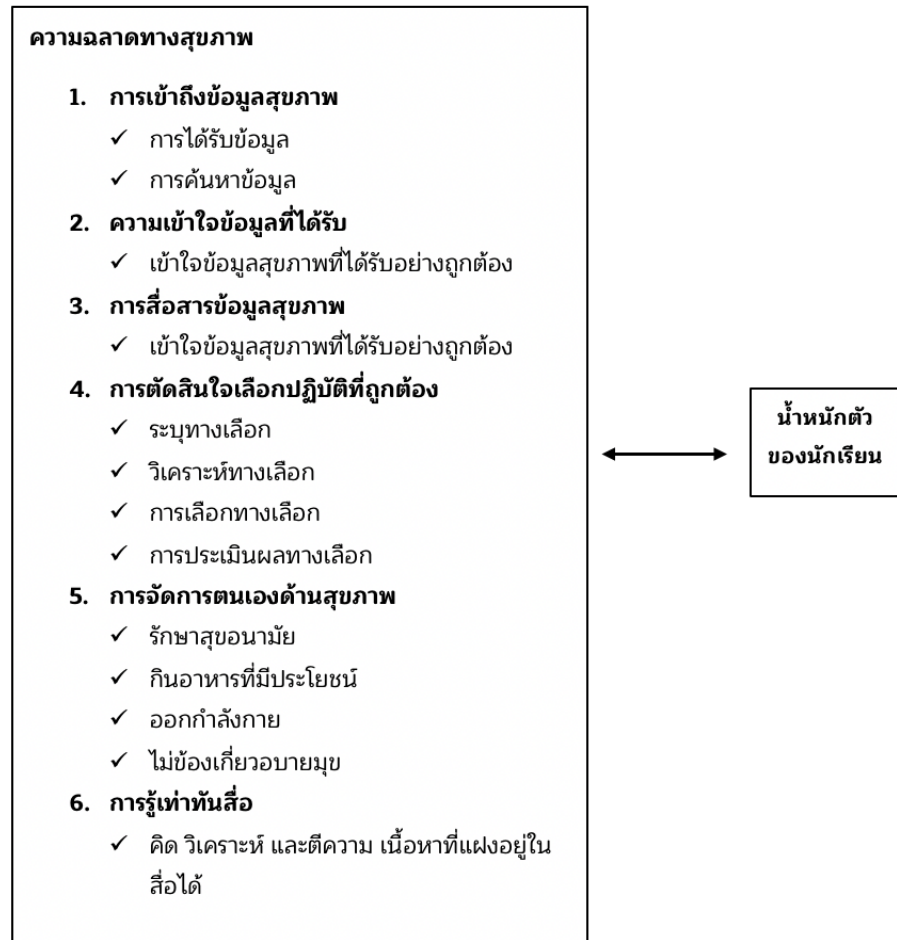
โรงเรียนประถมศึกษาในเขตตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนวัดห้วยนาง โรงเรียนบ้านวังหลาม และ โรงเรียนบ้านหนองราโพ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- นักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไปถึงอายุ 13 ปี ซึ่งกำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2562
- เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากได้รับทราบคำชี้แจงและรายละเอียดของงานวิจัยโดยผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- เป็นผู้ซึ่งไม่อยู่ในวันที่เก็บข้อมูล
- เป็นผู้ซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้



แผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะเวลาการดำเนินงาน

เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบที่มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นแบบเติมและให้เลือกตอบ ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล วัน เดือน ปีเกิด อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับชั้นและโรงเรียนที่กำลังศึกษา โรคประจำตัวของนักเรียน โรคประจำตัวของคนในครอบครัว และคนที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนในครอบครัว

ผู้วิจัยนำน้ำหนักต่อส่วนสูงที่ได้จากแบบสอบถามมาหาตำแหน่งของเปอร์เซ็นต์

ไทล์ แล้วจัดกลุ่มของนักเรียนเป็น 1) เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม 2) เด็กที่มีน้ำหนักปกติ และ 3) เด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์/อ้วน โดยอ้างอิงจากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กไทย อายุ 5-18 ปี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2542

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพซึ่งพัฒนาโดย ดร.จิรนนท์ แก้วมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559 โดยผู้วิจัยได้ขอและได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพฉบับดังกล่าวจาก ดร.จิรนนท์ แก้วมา แล้ว

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพนี้เป็นแบบทดสอบที่มี 15 สถานการณ์ รวมทั้งสิ้น 50 ข้อย่อย แต่ละข้อมีตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก มีค่าคะแนนน้ำหนักของตัวเลือกตั้งแต่ 1-3 คิดเป็นคะแนนเต็มของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพทั้งหมดเท่ากับ 150 คะแนน โดยมีรายละเอียดการแบ่งประเภทองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การตัดสินใจ การใช้ข้อมูล และการแปลผลโดยสร้างเกณฑ์ปกติในรูปตำแหน่งของเปอร์เซ็นต์ไทล์ (percentile rank) จากคะแนนดิบที่ได้สอบวัดจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำเสนอระดับของความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ และภาพรวมของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยแบ่งเกณฑ์จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็น 5 ระดับตามช่วงของเปอร์เซ็นต์ไทล์ดังนี้

ช่วงของเปอร์เซ็นต์ไทล์	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ
0 – 19	ต่ำ
20 – 39	ค่อนข้างต่ำ
40 – 59	ปานกลาง
60 – 79	ค่อนข้างสูง
80 – 99	สูง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ให้นักเรียนตอบแบบทดสอบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่โรงเรียน โดยใช้เวลาในคาบกิจกรรม 50 นาที คุณครูประจำชั้นและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงข้อมูลและอธิบายวิธีการทำแบบทดสอบให้นักเรียน ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปและคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย ตาราง หรือแผนภูมิ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของนักเรียน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) นอกจากนี้ ยังได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้สถิติ multiple linear regression analysis และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation)

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 202 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ของนักเรียนทั้งหมด เป็นเพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน กล่าวคือเป็นนักเรียนชาย 97 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และนักเรียนหญิง 105 คน คิดเป็นร้อยละ 51.9 อายุของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในช่วง 9-13 ปี นักเรียน

ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามมีอายุ 11 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ระดับการศึกษาที่มีจำนวนนักเรียนมากที่สุดคือ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.1 โรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือโรงเรียนวัดห้วยนาง จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 ของจำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด เมื่อแบ่งน้ำหนักตัวของนักเรียนเป็น

3 กลุ่มได้แก่ เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม เด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ และเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์/อ้วน พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในกลุ่มปกติมากที่สุด คือจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์/อ้วน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=202)

รายการข้อมูล	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	48
หญิง	105	52
อายุ		
9 ปี	7	3.5
10 ปี	50	24.8
11 ปี	79	39.1
12 ปี	64	31.7
13 ปี	2	1.0
ระดับชั้น		
ป.4	55	27.2
ป.5	70	34.7
ป.6	77	38.1
โรงเรียน		
บ้านหนองราโพ	27	13.4
บ้านวังหลาม	78	38.6
วัดห้วยนาง	97	48.0
น้ำหนักตัวเด็ก		
ต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม	17	8.4
ปกติ	133	65.8
เกินเกณฑ์/อ้วน	52	25.7

**ตอนที่ 2 คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ใน
ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัด
ตรัง**

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนรวมของความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 มีคะแนนรวมของความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและสูงมากที่สุดเท่ากัน จำนวน 15 คน

คิดเป็นร้อยละ 21.4 ในส่วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีคะแนนรวมของความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 เมื่อมองในภาพรวมพบว่านักเรียนมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูงมากที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ระดับชั้น ของนักเรียน	คะแนน (เต็ม 150)	เปอร์เซ็นต์ ไทล์	ระดับความฉลาด ทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษาปีที่ 4	98 ลงไป	0-19	ต่ำ	11	20.0
	99 - 102	20-39	ค่อนข้างต่ำ	8	14.6
	103 - 107	40-59	ปานกลาง	13	23.6
	108 - 112	60-79	ค่อนข้างสูง	12	21.8
	113 ขึ้นไป	80-99	สูง	11	20.0
รวม				55	100
ประถมศึกษาปีที่ 5	100 ลงไป	0-19	ต่ำ	14	20.0
	101-107	20-39	ค่อนข้างต่ำ	12	17.2
	108-113	40-59	ปานกลาง	15	21.4
	114-118	60-79	ค่อนข้างสูง	14	20.0
	119 ขึ้นไป	80-99	สูง	15	21.4
รวม				70	100
ประถมศึกษาปีที่ 6	99 ลงไป	0-19	ต่ำ	12	15.6
	100-109	20-39	ค่อนข้างต่ำ	19	24.7
	110-113	40-59	ปานกลาง	15	19.5
	114-122	60-79	ค่อนข้างสูง	14	18.2
	123 ขึ้นไป	80-99	สูง	17	22.0
รวม				77	100
ประถมศึกษาปีที่ 4-6	99 ลงไป	0-19	ต่ำ	37	18.3
	100 - 105	20-39	ค่อนข้างต่ำ	40	19.8
	106 - 111	40-59	ปานกลาง	36	17.8
	112 - 118	60-79	ค่อนข้างสูง	49	24.3
	119 ขึ้นไป	80-99	สูง	40	19.8
รวม				202	100

เมื่อจำแนกนักเรียนตามระดับชั้นและตามน้ำหนักตัว พบว่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างนักเรียนที่มีน้ำหนักตัวต่างกัน โดยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในตำบลห้วยนาง อำเภอยะยง จันทบุรี ที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 202 คน มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 109.6 ± 10.4 จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ค่าความสัมพันธ์ของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมี

ค่าเท่ากับ -0.059 ($P = 0.401$) สรุปได้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้ คะแนนความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตาม การที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ติดลบ หมายถึงคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมีทิศทางสวนกับน้ำหนักตัวของนักเรียน กล่าวคือเด็กที่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีน้ำหนักตัวน้อย ส่วนเด็กที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีน้ำหนักตัวมาก

จากผลการศึกษาเบื้องต้นดังกล่าว ผู้วิจัยต้องการทราบว่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นใดบ้างหรือไม่ จึงได้ทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระอื่น ๆ กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน โดยใช้การ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัว ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในตำบลห้วยนาง อำเภอยะยง จันทบุรี ($n=202$) วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation)

ตัวแปรที่ศึกษา	Correlations (rho)	P-value
น้ำหนักตัว (Weight for height)	-0.059	.401
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ (150 คะแนน)		

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple linear regression analysis) ระหว่างปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในตำบลห้วยนาง อำเภอยะยง จันทบุรี ($n=202$)

ตัวแปร	Standardized coefficient	t	P-value
เพศ	0.352	5.779	.000*
อายุ	-0.102	-.778	.437
โรงเรียน	0.329	5.336	.000*
ระดับชั้น	0.293	2.276	.024*
โรคประจำตัว	-0.055	-1.630	.105
การมีคนในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกิน	0.004	.069	.945
การมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว	-0.100	-1.630	.105

** มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression) ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ผลดังตารางที่ 5 คือ จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 7 ตัว มีตัวแปร 3 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน ได้แก่ เพศ โรงเรียน และระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามกับคะแนนความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มเติมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับเพศ โรงเรียน และระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ มีค่าเท่ากับ 0.377 ($P < 0.001$), 0.372 ($P < 0.001$), และ 0.218 ($P = 0.002$) ตาม

ลำดับ (ตารางที่ 6) จึงกล่าวได้ว่า คะแนนความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับ เพศ โรงเรียน และระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

ผลการวิจัยฉบับนี้พบว่า คะแนนความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อดูจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เป็นลบ หมายถึงคะแนนความฉลาดทางสุขภาพสวนทางกับน้ำหนักของนักเรียน กล่าวคือเด็กที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากจะมีน้ำหนักตัวน้อย ส่วนเด็กที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยจะมีน้ำหนักตัวมากกว่า ผลที่ได้เป็น

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับ เพศ โรงเรียน ระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง (n=202) วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยเอกนามเชิงเส้น (Bivariate linear regression analysis)

ตัวแปร	Correlations (r)	P-value
เพศ	.377	.000**
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		
โรงเรียน	.367	.000**
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		
ระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่	.239	.0001**
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		

** มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับ เพศ โรงเรียน ระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง (n=202) วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

ตัวแปร	Correlations (rho)	P-value
เพศ	.377	<0.001*
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		
โรงเรียน	.372	<0.001*
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		
ระดับชั้นที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่	.218	<0.001*
คะแนนความฉลาดทางสุขภาพ		

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Shu-Fang Shih และคณะ ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวของเด็กกับความฉลาดทางสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในประเทศไต้หวัน โดยผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมากระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพและน้ำหนักตัวของเด็ก กล่าวคือเด็กกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงมักไม่อ้วน เด็กที่ไม่ค่อยออกกำลังกายและรับประทานน้ำหวานเป็นประจำ มักเป็นเด็กที่มีน้ำหนักเกินหรือเด็กอ้วน⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lawrence T Lam และ Li Yang ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับน้ำหนักตัวของวัยรุ่นอายุ 12-16 ปี ในมณฑลนานอิง ประเทศจีน เมื่อปี 2555 ที่พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักตัวเกิน เกินท่และภาวะอ้วน¹⁰

ผู้วิจัยคิดว่ามีสาเหตุหลายประการที่ส่งผลให้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ดังนี้

- แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ไม่ได้เป็นแบบทดสอบที่เน้นในด้านพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน แต่เป็นแบบทดสอบที่วิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของนักเรียน
- ไม่ได้ประเมินความสามารถในการอ่าน การจับใจความ การคิดวิเคราะห์ของนักเรียนก่อนการทำวิจัย ทำให้ไม่ทราบว่านักเรียนมีความเข้าใจข้อคำถามในแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพมากน้อยเพียงใด
- มีปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกินของเด็กนักเรียน

อาทิ พันธุกรรม ความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายของนักเรียนและครอบครัว วิถีชีวิตในปัจจุบันที่ไม่ค่อยได้ขยับเขยื้อนร่างกายมากนัก สิ่งแวดล้อมที่บ้านและโรงเรียน นโยบายของโรงเรียนในการจำกัดหรืออนุญาตให้มีการจำหน่ายขนมขบเคี้ยวหรือน้ำหวานภายในบริเวณโรงเรียน เป็นต้น¹¹

- มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ผลต่อคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ อาทิ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น ความสามารถในการใช้ภาษา ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความสามารถในการใช้สื่อ เป็นต้น⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- ควรมีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ให้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งสามโรงเรียน และเนื่องจากตัวแปรด้านโรงเรียนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรมีการออกแบบการทำกิจกรรมแต่ละโรงเรียนแตกต่างกัน และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพควรต่างกันระหว่างเพศด้วย
- ควรมีการจัดอบรมส่งเสริมสุขอนามัยและสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพแก่นักเรียนโดยเริ่มในเด็กประถม เนื่องจากยังมีการให้ความรู้เร็ว จะนำมาซึ่งความตระหนัก การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ การเลือกทางเลือกที่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลในแง่ดีต่อเด็ก

ทำให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณค่า เป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ลดปัญหาสุขภาพที่อาจตามมาในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- ควรหาแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคอ้วน หรือสร้างแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับโรคอ้วนหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนขึ้นมาใช้โดยตรง
- ควรมีการวัดความฉลาดทางสุขภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขตอำเภอห้วยยอดทั้งหมดและในเขตจังหวัดตรัง เพื่อหาภาพรวมที่กว้างขึ้นของความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
- ควรมีการพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพช่วงอายุอื่น ๆ อาทิ ประถมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย นักศึกษามหาวิทยาลัย วัยผู้ใหญ่ หรือวัยชรา เป็นต้น เพื่อวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของช่วงวัยต่าง ๆ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของประชากรทุกช่วงวัย

สรุปผลการวิจัย

ความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้หากไม่ได้รับการสนับสนุน และคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ ดังนี้

ขอขอบคุณ ดร.สุพมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ์ รวมทั้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทุกท่าน ที่ช่วยขัดเกลาโครงร่างงานวิจัยบทที่ 1-3 รวมทั้งอนุมัติให้สามารถดำเนินการทำวิจัยได้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง รวมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการ คุณครูประจำชั้น ผู้ปกครองและนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนวัดห้วยนาง โรงเรียนบ้านวังหลาม และโรงเรียนบ้านหนองราโพ ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณอาจารย์กิตติศักดิ์ ชูมาลี อาจารย์พิเศษของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง ที่ช่วยเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในงานวิจัย รวมทั้งช่วยขัดเกลาเนื้อหาในส่วนของผลการวิเคราะห์และสรุปผล ทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จีรนนท์ แก้วมา.การพัฒนาแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนประถมศึกษา[วิทยานิพนธ์/ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา].กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
2. Burns, C. E., Dunn, A. et al. Pediatric primary care (5th Ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013.
3. World Health Organization. Health Promotion. WHO Publications; 2013.
4. Manganello, J. A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Educ Res; 2008, 23(5), 840-847.
5. กองสุขศึกษา.ความฉลาดทางสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศการพิมพ์; 2554.
6. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., et al. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med; 2004; 19: p 1228-1239.
7. ศิริลักษณ์ เชี่ยวชาญ.รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 12 รอบที่ 2 ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2561 ในแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
8. รายงานสถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพกลุ่มโซนไพฑูรย์ อำเภอยะยงต์ จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2561.
9. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. BMC Public Health. 2016; 16:280.
10. Lam LT, Yang L. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. Arch Public Health. 2014;72(1):11-18.
11. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. J Family Med Prim Care. 2015;4(2):187-92.[Internet].[cited February 13, 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408699/?report=classic>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารชะลอไตเสื่อมในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

แพทย์หญิงรัญญพัทธ์

สุนทรานุรักษ์*

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลปทุมธานี

นวลอนงค์ หุ่นบัวทอง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านใหม่

อัษฎพร แสงอุทัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านใหม่

* อีเมล: jaiboons@gmail.com

ที่มา: การชะลอไตเสื่อมเป็นทางออกในการลดความรุนแรงของปัญหาโรคไตเรื้อรัง เดิมการดำเนินงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเดินทางและต้องมีการติดตาม การจัดบริการในสถานบริการปฐมภูมิจะช่วยให้ติดตามผู้ป่วยได้ดีขึ้น

วิธีการศึกษา: interventional study แบบ pre- post-test เปรียบเทียบผลลัพธ์อัตราการกรองของไตก่อนและหลังการเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึง มกราคม 2563 จำนวน 48 คน โดยมีโปรแกรมแนะนำอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ปัญหาในการใช้โปรแกรมอาหารทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 18 เดือนเป็นมาตรการในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test และ chi-square test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคไตระยะ 3a ร้อยละ 66.67 ระยะ 3b ร้อยละ 27.08 และระยะ 4 ร้อยละ 6.25 เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.30 อายุเฉลี่ย 72 ปี ก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 48.72 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หลังเข้าคลินิก อัตราการกรองของไตเฉลี่ย 53.19 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งค่าการกรองของไตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 20.67/5.33 mmHg, $P < 0.001$, $P = 0.01$) และไขมัน LDL-c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยที่ประกอบอาหารเอง คุมความดันโลหิตได้ตามมาตรฐานมากกว่าผู้ป่วยที่ซื้ออาหารกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.02$)

คำสำคัญ: ชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Food Program for Chronic Kidney Disease at the CKD Clinic of Banmai Health Promoting Hospital, Muang District, Pathum Thani

Abstract

Background: Slowing down kidney degeneration is one of the best solutions for reducing the severity of chronic kidney problems. Previously, the slowdown of the kidney degeneration clinic was mainly in hospital operations where patients had travel difficulties and needed individualized advice. Therefore, clinics to slow down kidney degeneration at primary care level in the district health promoting hospital were established, to improve follow up and enable individualized care.

Methods: This research is an interventional study with a pre and post-test. The objective of this study was to compare the eGFR before and after attending the clinic. The population group studied were chronic kidney disease patients treated at the clinic, Ban Mai Health Promoting Hospital from August 2018 to January 2020, a total of 48 persons. The intervention included recommending a food control program for chronic kidney disease patients and home visits to track barriers to use of the food control program for chronic kidney disease patients every three months, for 18 months. The data were analyzed by paired t-test and chi-square test.

Results: The patients were kidney disease patients Stage 3a (66.67%), Stage 3b (27.08%), Stage 4 (6.25%). The average age was 72 years old and 58.30% were females. The average eGFR of patients before attending the clinic was 48.72 ml/min/1.73 sq.m and after attending the clinic was 53.19 ml. min/1.3 sq.m. The eGFR was higher than the eGFR of patients before attending the clinic with statistical significance ($p < 0.001$). Also, the blood pressure of patients dropped significantly after attending the clinic (mean difference = 20.67/5.33, $P < 0.001$, $P = 0.01$), and the LDL-c of patients dropped significantly after attending the clinic ($p < 0.001$). The patients who prepared their own food maintained their blood pressure levels better than patients who purchased ready-cooked food with statistical significance ($P = 0.02$).

Keywords: Slow down Kidney degenerative disease, Health Promoting Hospital, food control program for chronic kidney disease patients

**Thanyapat
Soontaranurak,
MD***

Diploma Thai Board of
Family Medicine
Pathum Thani Hospital

**Nuananong
Hunbuatong**

Professional Nurse,
Banmai Health Promoting
Hospital

Achaporn Sanguthai

Professional Nurse,
Banmai Health Promoting
Hospital

*E-mail: jaiboons@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยสถานการณ์ของประเทศไทยมีความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.5¹ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่แสดงอาการและไม่ทราบว่าตนเองเป็น โดยผู้ป่วยมีโอกาสที่โรคจะดำเนินเข้าสู่ในระยะท้าย (End Stage Renal Disease) จากข้อมูลของสมาคมโรคไตที่มีการรายงานในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไตทั้งหมดในประเทศไทยจำนวนกว่า 75,000 ราย หรือ 1,198 รายต่อประชากร 1 ล้านคนและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง² และในปี 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้งบประมาณสำหรับการล้างไตฟอกไต ปลูกไต จำนวน 60,210 คน ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านยาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ อีก⁴ ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก การชะลอความเสื่อมของไตจัดเป็นทางออกที่ดีที่สุดในทางหนึ่งในการลดความรุนแรงของปัญหาโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นการช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไต เพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต ซึ่งนอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยมี

คุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตรอดอยู่ได้นานขึ้น เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง^{5,6} ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย ให้การดูแลรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เดิมการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อมเป็นการดำเนินการในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาลและช่วยแก้ปัญหาอุปสรรคในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสนใจและได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมีจุดเด่นในเรื่องบริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ง่าย มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชนเป็นอย่างดี ให้บริการที่ต่อเนื่องซึ่งเหมาะสมสำหรับการดูแลชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและต้องการคำแนะนำในการแก้ปัญหาเป็นรายบุคคล ซึ่งทางทีมผู้ดูแลเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านอาหารในรายบุคคล⁷ และได้ใช้โปรแกรมอาหารที่เป็นรูปธรรมเข้าใจง่าย รวมถึงแนะนำการใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งการเยี่ยมบ้านมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารชะลอไตเสื่อมโดยการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (eGFR) ความดัน

โลหิต ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) และไขมัน LDL-c ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาโดยการทดลอง (interventional study) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pre- Post-test) โดยมีระยะเวลาการศึกษา 18 เดือน ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะ 3-4 (estimate Glomerular Filtration Rate; eGFR 15-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร โดย CKD EPI equation) ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2561 - 31 มกราคม พ.ศ. 2563 การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปทุมธานี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4
2. ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมคลินิกชะลอไตเสื่อมและมีผลทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 4 ครั้ง และผลทางห้องปฏิบัติการที่นำมาเปรียบเทียบทั้งกันอย่างน้อย 12 เดือน
3. ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึง มกราคม พ.ศ.2563 อย่างน้อย 3 ครั้ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เมื่อทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมตามที่อยู่ของผู้ป่วยให้ไว้แล้วไม่พบผู้ป่วยและไม่สามารถติดต่อได้
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมครบ 12 เดือน
3. ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไต (eGFR) ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) และ ไขมัน LDL-c ก่อนและหลังการเข้าร่วมคลินิกชะลอไตเสื่อมด้วยสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างที่มาของอาหารกับการควบคุมความดันโลหิต ค่าน้ำตาลสะสม และไขมัน LDL-c ด้วย chi-square

ขั้นตอนในการวิจัย

บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมลงแบบฟอร์มบันทึกของคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา โรคร่วม ผู้ดูแล การใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
2. แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต

(eGFR) ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ไบรน์ LDL-c

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แนะนำโปรแกรมอาหารและสารอาหารประกอบอาหารชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย

1.1. จำกัดโซเดียมโดยใส่น้ำปลาหรือน้ำปรุงรสอื่น 1 ช้อนชาต่อการประกอบอาหาร 1 มื้อต่อคน (น้ำปลา 1 ช้อนชามีปริมาณโซเดียม 400 มิลลิกรัม เมื่อกินอาหาร 3 มื้อได้โซเดียม 1,200 มิลลิกรัมส่วนโซเดียมที่เหลือนั้นได้จากอาหารตามธรรมชาติ) และงดการใช้ผงชูรส

1.2. การควบคุมอาหารโปรตีน โดยรับประทานเนื้อสัตว์ได้ไม่เกิน 3 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ (การควบคุมโปรตีนควรได้รับโปรตีนไม่เกิน 0.8 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว)

2. ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหารายบุคคลร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย มีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลภายหลังจากการเยี่ยมบ้านและผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมอาหารได้

3. จัดอบรมการใช้ยาสมเหตุสมผลโดยเภสัชกรปีละ 1 ครั้ง โดยการงดยากลุ่มยาแก้ปวด NSAID/Cox2 inhibitor งดการกินสมุนไพร และนำยา tramadol มาใช้แทน NSAIDS

4. แนะนำการออกกำลังกายครั้งละครึ่งชั่วโมง สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 และ 4 จำนวน 54 คน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่าไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้างานวิจัยเนื่องจากย้ายที่อยู่ติดตามไม่ได้ เข้าร่วมโครงการชะลอไตเสื่อมไม่ถึง 12 เดือน จึงมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 48 คน มีลักษณะพื้นฐานดังแสดงในตารางที่ 1

ลักษณะผู้เข้าร่วมโครงการชะลอไตเสื่อม อายุสูงสุด 95 ปี ต่ำสุด 53 ปี อายุเฉลี่ย 72 ปี ผู้ป่วยอายุระหว่าง 51-60 ปีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.42) อายุระหว่าง 61-70 ปี มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 41.67) อายุระหว่าง 71-80 ปี 14 คน (ร้อยละ 29.17) อายุระหว่าง 81-90 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.50) อายุระหว่าง 91-100 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.25) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 58.30) เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 41.70) สถานภาพสมรส 31 คน (ร้อยละ 64.58) หย่า/คู่สมรสเสียชีวิต 16 คน (ร้อยละ 33.33) และโสด 1 คน (ร้อยละ 2.08) แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะ 3a จำนวน 32 คน (ร้อยละ 66.67) ระยะ 3b จำนวน 13 คน (ร้อยละ 27.08) และระยะ 4 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.25)

โรคประจำตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 47 คน (ร้อยละ 97.92) โรคไขมันในเลือดสูง 27 คน (ร้อยละ 56.25) โรคเบาหวาน 20 คน (ร้อยละ 41.67) เป็นมากกว่า 1 โรคจำนวน 36 คน (ร้อยละ 75) ประกอบด้วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 11 คน (ร้อยละ 22.92) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจำนวน 8 คน (ร้อยละ 16.67) โรคไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 25.00)

ละ 25) โรคเก๊าท์ โรคไขมันในเลือดสูง และ
ความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ
4.17) โรคเก๊าท์ โรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูงจำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.17) โรค
เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์และ
ความดันโลหิตสูงจำนวน 1 คน (ร้อย
ละ 2.08)

สิทธิการรักษาเป็นผู้ป่วยระบบ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 2 คน
(ร้อยละ 4.17) ประกันสังคมจำนวน 1 คน
(ร้อยละ 2.08) สิทธิผู้สูงอายุ 43 คน (ร้อย
ละ 89.58) เบิกราชการ 2 คน (ร้อยละ
4.17) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลจำนวน 46
คน (ร้อยละ 95.83) ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล
จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.17) แสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
-51-60 ปี	5	10.42
-61-70 ปี	20	41.67
-71-80 ปี	14	29.17
-81-90 ปี	6	12.50
-91-100 ปี	3	6.25
เพศ		
-หญิง	28	58.30
-ชาย	20	41.70
สถานภาพสมรส		
-แต่งงาน	31	64.58
-หย่า	16	33.33
-โสด	1	2.08
เป็นโรคไทรอย		
-ระยะ 3a	32	66.67
-ระยะ 3b	13	27.08
-ระยะ 4	3	6.25
โรคประจำตัว		
-ความดันโลหิตสูง	47	97.92
-เบาหวาน	20	41.47
-ไขมันในเลือดสูง	27	56.25
-มากกว่า 1 โรค	36	75.00
สิทธิการรักษา		
-ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2	4.17
-ประกันสังคม	1	2.08
-ผู้สูงอายุ	43	89.58
-เบิกราชการ	2	4.17
ผู้ดูแล	46	95.83
-มีผู้ดูแล	2	4.17
-ไม่มีผู้ดูแล		

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการกรองของไตเฉลี่ย ความดันโลหิต และค่าน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม

การเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	จำนวน	ค่าเฉลี่ย ml/min/1.73m ²	Std. Deviation	t	dt	95% Confident interval of the difference		P-value
						lower	upper	
-อัตราการกรองของไตเฉลี่ยก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	48.72	9.24	-3.45	47	-7.09	-1.86	0.001*
-อัตราการกรองของไตเฉลี่ยหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	53.19	12.98					
-ค่าความดันโลหิต systolic ก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	143.46	16.94	6.79	47	14.54	26.79	<0.001*
-ค่าความดันโลหิต systolic หลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	122.49	12.90					
-ค่าความดันโลหิต diastolic ก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	73.70	10.53	3.56	47	2.28	8.44	0.01*
-ค่าความดันโลหิต diastolic หลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	68.34	8.74					
-ค่า HbA1C เฉลี่ยก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	20	7.49	2.04	0.71	19	-0.30	0.61	0.484
-ค่า HbA1C เฉลี่ยหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	20	7.33	2.19					
-ไขมัน LDL-c เฉลี่ยก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	135.56	28.02	3.94	47	14.50	44.71	<0.001*
-ไขมัน LDL-c เฉลี่ยหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม	48	105.96	47.59					

ผลการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตเฉลี่ย ความดันโลหิต และค่าน้ำตาลสะสมก่อนและหลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม

ผลการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตพบว่า หลังจากเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมแล้ว ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) โดยค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมเท่ากับ 48.72 มิลลิเมตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังเข้า

คลินิกชะลอไตเสื่อมเท่ากับ 53.19 มิลลิเมตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร ความดันโลหิต systolic และ diastolic มีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference= 20.67/5.33, $P<0.001$, $p=0.01$) และไขมัน LDL-c หลังเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ส่วนค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) หลังเข้าคลินิกมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.484$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการควบคุมความดันโลหิต การควบคุมไขมัน และการควบคุมน้ำตาล
สะสมกับแหล่งที่มาของอาหาร

	แหล่งที่มาของอาหาร				P-value	Relative risk
	ทำอาหารเอง	เปอร์เซ็นต์	ซื้ออาหารปรุงสำเร็จ	เปอร์เซ็นต์		
-ความดัน systolic ควบคุมได้ (ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท)	32	66.67	6	12.50	0.04*	1.59
-ความดัน systolic ควบคุมไม่ได้ (สูงกว่า 130 มม.ปรอท)	5	10.42	5	10.42		
-ควบคุม LDL-c ได้ (ต่ำกว่า 70 มก./ดล)	12	25.00	2	4.17	0.47	1.58
-ควบคุม LDL-c ไม่ได้ (สูงกว่า 70 มก./ดล)	26	54.17	8	16.67		
-ควบคุม HbA1C ได้ (ต่ำกว่า 7 มก.%)	8	34.78	4	17.39	0.88	1.06
-ควบคุม HbA1C ไม่ได้ (สูงกว่า 7 มก.%)	7	30.43	4	17.39		

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาหารกับการควบคุมความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลสะสม

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านแหล่งที่มาของอาหารกับการควบคุมความดันโลหิต พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประกอบอาหารเองควบคุมความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure < 130 มม.ปรอท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=0.04$ ในส่วนความสัมพันธ์ของการประกอบอาหารกับการควบคุมไขมัน LDL-c (LDL-c < 70 มก./ดล.)⁸ และการควบคุมเบาหวาน (HbA1C < 7 มก.%) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน⁹ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตเสื่อมมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 97.92 ซึ่งโปรแกรมอาหารชะลอไตเสื่อมจึงเน้นไปที่กลุ่มความดันโลหิตสูงเป็นสำคัญ เนื่องจากการควบคุมความดันโลหิตซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังสามารถ

ยืดระยะเวลาในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตออกไปได้⁷ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรจำกัดปริมาณโซเดียมโดยจำกัดให้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต^{2,10} เนื่องจากโซเดียมจะดึงสารน้ำให้คั่งอยู่ในร่างกายมาก เป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว นอกจากการควบคุมโซเดียม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรจำกัดโปรตีนให้อยู่ในปริมาณ 0.6 - 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน^{2,10} เพื่อลดปริมาณของเสีย (urea) ในกระแสเลือด เนื่องจากไตทำหน้าที่ขับของเสียที่เกิดจากโปรตีน ซึ่งการรับประทานโปรตีนในปริมาณที่มากเกินไปจะเป็นการส่งเสริมให้ไตต้องทำงานหนัก ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะปานกลางของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามแนวทางการรักษาร่วมกับการจำกัดการบริโภคสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เกิน 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมเป็นระยะเวลา 4 ปี พบว่าช่วยลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะในระดับเล็กน้อย และมีค่า creatinine

clearance และอัตราการกรองของไตคงที่ หรือดีขึ้นเล็กน้อย¹¹ หลังจากทีมผู้วิจัยได้ แนะนำโปรแกรมอาหารที่ลดโซเดียมและ โปรตีนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมิน พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ทบทวนสิ่งที่ ผู้ป่วยทำได้ ผลทางห้องปฏิบัติการและ ปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งแนวทางการแก้ ปัญหาในการปฏิบัติตามโปรแกรมอาหาร ชะลอไตเสื่อมรายบุคคลสามารถชะลอ ความเสื่อมของไตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคลินิกชะลอไต เสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบ ว่าการควบคุมโปรแกรมอาหารชะลอไต เสื่อมสามารถชะลอไตเสื่อมได้¹²

เป้าหมายการชะลอความเสื่อม ของไต คือผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงน้อยกว่า 4 มิลลิลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร/ปี ผลลัพธ์ทางคลินิกพบ ว่าอัตราการกรองของไตนอกจากไม่ลดลง แล้ว ยังมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น และยังพบว่าไม่มีผู้ป่วยเปลี่ยนจากโรคไต เรื้อรังระยะ 3, 4 ที่มีอัตราการกรองไตลดลงจนเข้าสู่ระยะ 5 เลย และระดับความดัน โลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยการใช้โปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสห สาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง พบว่า อัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ และระดับความดันโลหิต ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน¹³

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือใน ส่วนความดันโลหิตที่ลดลง มีข้อจำกัด เนื่องจากมีการรักษาความดันโลหิตตาม แนวทางมาตรฐาน¹⁴ ซึ่งมีการปรับยาความ ดันโลหิตร่วมด้วย และส่งผลต่อการลด

ความดันโลหิตด้วย และโปรแกรมอาหาร ไม่เน้นย้ำในเรื่องของการควบคุมอาหาร หวานและอาหารไขมัน เพียงแต่เป็นการ แนะนำการควบคุมอาหารเบาหวานและไขมันตามแนวทางมาตรฐานการรักษาเท่านั้น จึงส่งผลให้ค่าน้ำตาลสะสมไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าคลินิก ซึ่ง ค่าน้ำตาลสะสมที่สูงอาจมีผลทำให้การทำงานของไตลดลงในระยะยาว แต่ เนื่องจากการศึกษานี้ ใช้เวลาเพียง 18 เดือน จึงอาจยังไม่เห็นผลดังกล่าว และถึงแม้ระดับไขมัน LDL-c จะลดลง แต่ยังเกิน ค่ามาตรฐานซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนา โปรแกรมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต่อไป

การประกอบอาหารมีความ สัมพันธ์กับการลดความดันอยู่ในเกณฑ์ มาตรฐาน เนื่องจากผู้ป่วยสามารถควบคุม เครื่องปรุงในการประกอบอาหารให้เป็นไป ตามคำแนะนำโภชนาการสำหรับผู้ป่วยไต เสื่อมได้ แต่การซื้ออาหารเองไม่สามารถ ควบคุมเครื่องปรุงและมีการใส่สารปรุงรส และสอดคล้องกับผลของงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ปรุงอาหารเองสามารถที่จะควบคุม ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของ ไตเสื่อมได้ดีกว่ากลุ่มที่ซื้ออาหารปรุง สำเร็จ

การศึกษานี้มีการนำยา Tramadol มา ใช้ทดแทน NSAID เพื่อเป็นการควบคุม การใช้ NSAID และยาพื้นบ้านด้วย เนื่องจากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของ การใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ steroidal (NSAIDs) และยาแผนโบราณมีความ สัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง^{15,16} และมีการศึกษาพบว่าการหยุดยา NSAIDs ต่อ เนื่อง 1 ปีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีประวัติ ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การทำงานของ ไตดีขึ้น¹⁷

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องบูรณาการการดูแลทุกด้าน และสิ่งหนึ่งซึ่งมีความสำคัญมาก คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อรับทราบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตัวผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและร่วมกันหาทางแก้ปัญหา รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย จึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดอาหารเค็มและลดโปรตีนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ใช้รูปแบบการดำเนินงานชะลอไตเสื่อม โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาและวางแผนการจัดการปัญหาแต่ละด้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้^{18,19} และควรมีการส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและขยายผลไปสู่ชุมชนต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรจัดทำโปรแกรมอาหารที่ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดที่จะก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรัง มีการทำวิจัยที่เน้นข้อมูลคุณภาพในการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ควบคุมอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไตระยะ 3 และ 4 เมื่อเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม พบว่ามีอัตราการกรองของไตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโครงการชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าความดันโลหิต ไชมัน LDL-c ลดลงหลังจากเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนแหล่งที่มาของอาหาร พบว่ากลุ่มการทำอาหารรับประทานเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในเกณฑ์มาตรฐานมากกว่ากลุ่มซื้ออาหารปรุงสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักกำหนดอาหารโรงพยาบาลปทุมธานี เภสัชกรโรงพยาบาลปทุมธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1567-75.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558. กรุงเทพมหานคร.2558.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2562.
4. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย; 2559.

5. Kazancioglu R. Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 368-71.
6. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์* 2558; 40(5): 5-18.
7. รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, วรพรรณ ชัยสิมปมนตรี. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย* 2561; 5(1): 57-74.
8. สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติเพื่อป้องกันหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ.2559. ปทุมธานี: เอ-พลัส พริน. 2560.
9. Zheng W, Qian G, Hao W, Geng X, Hong Q, Cai G, et al. Cardiovascular metabolic risk factors and glomerular filtration rate: a rural Chinese population study. *Lipids Health Dis* 2016; 15(180): 2-5.
10. รสสุคนธ์ วรวิมลกุล. การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557; 15(1): 22-8.
11. Tungsanga K., Ratanakul C., Pooltavee W. Experience with prevention programs in Thailand. *Kidney Int Suppl* 2005; 94: S 68-9.
12. พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลกวด. ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2559; 6(3): 205-15.
13. ไพศาล ไตรสิริโชค, หลั่งพร อุตตราสาร, วราทิพย์ แก่นการ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2562; 34(6): 552-8.
14. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูนิเจนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด. 2555.
15. Rational drug use subcommittee. Rational drug use hospital manual. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2015.
16. สิริมา วรรณานัน, สกลวรรณ ประพุดติบัติ. การประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เชิงปริมาณในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2563; 12(1): 11-23.
17. อีรพล เมืองไพศาล, สรวิทย์ เตชะเทียมจันทร์, วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์. ผลประเมินการทำงานของไต ที่ 1 ปีหลังหยุดยา Non-steroidal anti-inflammatory drug ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 ถึง 5 ที่ใช้ยา Non-steroidal anti-inflammatory drug อย่างต่อเนื่อง เทียบกับกลุ่มควบคุมโรคไตเรื้อรังในระยะเดียวกันที่ไม่มีประวัติใช้ยา. *วารสารกรมการแพทย์* 2560; 42(3): 52-62.
18. สมคิด สุภาพันธ์. การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2562; 28(5): 857-66.
19. Suwanwaha S, Wonghongkul T, Panuthai S, Chaiard J. Effectiveness of Self-Management Enhancement Program for Thais with CKD at Pre-dialysis Stages: A Randomized Controlled Trial. *Pacific Rim Int J Nurse Res* 2016; 20(4): 320-36.

*Share passion..
..Get inspired*

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
THE JOURNAL OF PRIMARY CARE AND FAMILY MEDICINE

